



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX**

**FORMATION SAGE-FEMME - Site de LYON**

Allaitement maternel ou alimentation artificielle :  
Lorsqu'il faut faire un choix.

Mémoire présenté par Emma GUILBERT  
Née le 09 juin 1994  
En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme  
Promotion 2018



Allaitement maternel ou alimentation artificielle :  
Lorsqu'il faut faire un choix.

Mémoire présenté par Emma GUILBERT  
Née le 09 juin 1994  
En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme  
Promotion 2018

## REMERCIEMENTS

Merci aux femmes qui ont accepté de participer à mon étude et à celles qui m'ont inspirée au cours de mes stages, sans elles, rien n'aurait été possible.

J'adresse mes remerciements aux responsables de service qui m'ont ouvert les portes de leurs établissements pour diffuser mes questionnaires.

Je remercie particulièrement,

Madame Hélène DELGADO, Sage-femme et consultante en lactation, au centre hospitalier Lyon Sud

*Pour son investissement, ses conseils avisés et sa formation à l'écoute des femmes.*

Madame Patricia GIRAUD, Sage-femme Enseignante à la faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud

*Pour sa disponibilité et son aide tout au long de cette année d'étude.*

Mes amies Hélène, Romane, Charlotte, Mélanie, Fanny, Justine et Céline

*Avec qui j'ai tout partagé et qui ont su illuminer ces années d'étude en maïeutique.*

A Aude,

*Pour sa relecture et ses conseils très justes lors de la correction de ce travail.*

Ma famille,

*Pour leur confiance et leur soutien sans faille.*

Mon très bientôt futur mari,

*Pour son amour inconditionnel et sa patience pendant l'élaboration de ce mémoire.*

# GLOSSAIRE

A.A. : Allaitement Artificiel

A.C.L.P. : Association des Consultants en Lactation Professionnel de santé

A.M. : Allaitement Maternel

A.N.A.E.S. : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

C.H.L.S. : Centre Hospitalier Lyon Sud

C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire

C.O.F.A.M. : COordination Française pour l'Allaitement Maternel

E.P.P. : Entretien Périnatal Précoce

H.A.S. : Haute Autorité de Santé

H.F.M.E. : Hôpital Femme Mère Enfant

I.H.A.B. : Initiative Hôpitaux Amis des Bébé

I.N.S.E.E. : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

I.P.A. : Information Pour l'Allaitement

L.L.L. : La Leche League

M.L.F : Mouvement de Libération des Femmes

O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé

O.R.L. : Oto-Rhino-Laryngologue

P.H.A.A.M. : PHarmacies Amies de l'Allaitement Maternel

P.N.P. : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

W.A.B.A. : Alliance Mondiale pour l'Allaitement Maternel

# SOMMAIRE

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Contexte actuel et problématique.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1 Définitions .....</b>	<b>2</b>
1.1.1 L'allaitement maternel.....	2
1.1.2 L'alimentation artificielle.....	2
<b>1.2 Recommandations en vigueur .....</b>	<b>3</b>
1.2.1 Bénéfices prouvés de l'allaitement maternel.....	3
1.2.2 Mesures mises en place .....	3
1.2.2.1 <i>Hôpitaux Amis des Bébé</i> s et <i>Pharmacies Amies de l'Allaitement Maternel</i> .....	4
1.2.2.2 <i>Associations</i> .....	4
1.2.2.3 <i>Pratiques professionnelles</i> .....	4
1.2.3 Droit.....	4
<b>1.3 Alimentation du nouveau-né .....</b>	<b>5</b>
1.3.1 En Europe et en France.....	5
1.3.2 Histoire de l'allaitement en France.....	6
1.3.2.1 <i>Croyances sur l'allaitement maternel</i> .....	6
1.3.2.2 <i>Histoire française de la femme face à l'allaitement maternel</i> .....	6
1.3.2.3 <i>Discours féministes</i> .....	7
<b>1.4 Le choix.....</b>	<b>7</b>
1.4.1 Les facteurs mesurables.....	7
1.4.1.1 <i>Moment du choix</i> .....	7
1.4.1.2 <i>Problèmes d'ordre médical</i> .....	7
1.4.1.3 <i>Facteurs sociodémographiques</i> .....	8
1.4.1.4 <i>Facteurs psychologiques</i> .....	8
1.4.2 Influences.....	9
<b>1.5 Choix de l'étude et problématique.....</b>	<b>9</b>
1.5.1 Choix de l'étude .....	9
1.5.2 Problématique.....	10
<b>2. L'étude .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Matériel et méthode.....</b>	<b>11</b>
2.1.1 Objectifs de l'étude.....	11

2.1.2	La population cible .....	11
2.1.3	Outils de recherche et diffusion.....	11
2.1.4	Exploitations des données .....	13
<b>2.2</b>	<b>Présentation des résultats .....</b>	<b>13</b>
2.2.1	Description de notre population .....	13
2.2.2	Impacts des facteurs de choix supposés sur le choix du mode d'alimentation.....	15
2.2.2.1	<i>Impacts des facteurs psychologiques.....</i>	<i>15</i>
2.2.2.2	<i>Impacts de l'entourage.....</i>	<i>16</i>
2.2.2.3	<i>Impacts des « idées reçues ».....</i>	<i>17</i>
2.2.3	Connaissances des futures primipares .....	19
2.2.3.1	<i>Connaissances générales des modes d'alimentation du nouveau-né.....</i>	<i>19</i>
2.2.3.2	<i>Connaissances de l'impact des modes d'alimentation vis-à-vis de la mère ....</i>	<i>21</i>
2.2.3.3	<i>Connaissances de l'impact du mode d'alimentation vis-à-vis de l'enfant.....</i>	<i>22</i>
2.2.3.4	<i>Impacts du score de connaissance sur le choix de l'allaitement.....</i>	<i>24</i>
2.2.4	Impacts d'une participation à une préparation à la naissance et à la parentalité sur le choix du mode d'alimentation .....	24
2.2.5	Ressentis des femmes et sources d'informations .....	25
<b>3.</b>	<b>Analyses et discussions.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1</b>	<b>Discussion des résultats.....</b>	<b>27</b>
3.1.1	Vœux de notre population en matière de modes d'alimentation.....	27
3.1.2	Impacts des facteurs de choix supposés sur le choix du mode d'alimentation.....	27
3.1.3	Connaissances des futures primipares .....	29
3.1.4	Impacts d'une participation à une PNP sur le mode d'alimentation .....	31
3.1.5	Ressentis des femmes et sources d'informations .....	32
<b>3.2</b>	<b>Propositions.....</b>	<b>32</b>
<b>3.3</b>	<b>Limites et forces de l'étude .....</b>	<b>33</b>
3.3.1	Biais et limites de l'étude .....	33
3.3.2	Forces de l'étude.....	34
	<b>Conclusion.....</b>	<b>35</b>
	<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>36</b>
	<b>Annexes.....</b>	<b>40</b>

## Introduction

Il a été démontré que l'allaitement maternel présentait de réels bénéfices pour la mère et son enfant, c'est pourquoi depuis 2002, les recommandations nationales et internationales préconisent l'initiation et la poursuite de l'allaitement maternel pendant les 6 premiers mois du post-partum exclusivement puis jusqu'aux 2 ans de l'enfant (1,2). Cependant, la France présente des taux d'allaitement très inférieurs à ceux de nos voisins Européens (3).

Nous nous sommes alors intéressée à ce choix, évident pour les uns, impensable pour les autres, qui dès lors qu'on s'y s'intéresse semble bien plus compliqué qu'il n'y paraît. En effet, ce choix très personnel qui ne semble appartenir qu'à la femme, concerne rapidement le couple mais aussi la famille, les professionnels de santé, les politiques de santé publique et bien sûr, la société. Les avis divergents et chacun a son mot à dire, parfois avec un manque certain d'objectivité et de bienveillance. Mais alors que les futures mères ont de quoi être perdues, très vite leur est posé la question : « Vous allez donner le sein ou le biberon ? ». Un choix arrêté semble donc à faire, avant même d'avoir pu savoir ce que c'est que de mettre un enfant au sein, ce que cet acte loin d'être anodin implique ou même de connaître exactement ce qu'est l'allaitement maternel et ce qu'est l'alimentation artificielle. En effet, il ne semble pas y avoir une seule réponse possible à cette question.

Les femmes sont-elles libres dans notre société de faire le choix qui leur convient ? Ont-elles accès aux informations disponibles pour pouvoir prendre une décision en toute connaissance de cause ? De quoi les françaises semblent-elles avoir besoin ? Nous nous poserons la question des connaissances des femmes en matière d'alimentation du nouveau-né et chercherons à savoir s'il existe un lien entre connaissances des femmes et choix de l'allaitement maternel. Nous étudierons aussi l'impact de la participation à une préparation à la naissance et à la parentalité, actuellement obligatoirement proposée, sur le choix du mode d'alimentation du nouveau-né et les connaissances des mères. Pour répondre à ces questions, nous aborderons quelques généralités sur les modes d'alimentation, et plus particulièrement l'allaitement, qui ont permis de faire émerger les enjeux de notre travail. Puis nous vous présenterons la méthodologie de notre étude ainsi que nos résultats. Pour finir nous discuterons nos résultats, en les comparant à la littérature, afin de répondre à nos questions.

# 1. Contexte actuel et problématique

## 1.1 Définitions

Etymologiquement, allaiter vient du latin *allactare* qui signifie nourrir de son lait. L'allaitement définit donc le fait de nourrir le nouveau-né avec du lait d'origine maternel. Actuellement ce terme a un sens plus large puisqu'il définit aussi bien l'alimentation du nouveau-né avec du lait de femme qu'avec du lait artificiel ce qui peut créer une certaine confusion chez les futures mères.

### 1.1.1 L'allaitement maternel

L'allaitement maternel est le fait de nourrir son nourrisson avec un lait d'origine humaine. Il peut être donné au sein, au biberon, ou par tous autres moyens (seringue, cuillère, dispositif aide à la lactation...). Cependant, il est couramment admis que pour parler d'allaitement maternel le terme « allaitement » soit utilisé.

L'allaitement est dit « exclusif » lorsque le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel, à l'exception de tous autres liquides (dont l'eau) ou solides. Il permet une croissance satisfaisante de l'enfant au moins jusqu'à l'âge de 6 mois. Il est dit « mixte » lorsque l'enfant reçoit en association du lait maternel et artificiel. (1)

### 1.1.2 L'alimentation artificielle

L'alimentation artificielle, ou couramment appelée « allaitement artificiel », est le fait de nourrir un nourrisson avec un lait à base de protéines animales (vache ou chèvre). Ces laits sont alors modifiés pour s'adapter aux besoins du nouveau-né.

Dans cette étude, nous ne ferons pas d'amalgames, comme cela peut se voir fréquemment en maternité, et nous utiliserons le terme d'alimentation artificielle. En effet, parler d'allaitement artificiel revient à banaliser les effets démontrés de l'allaitement maternel. Dans une volonté d'information éclairée des futures mères, on se doit de leur donner une information validée ; les professionnels de santé ne peuvent se laisser influencer par leurs propres angoisses de culpabilisation. Selon Hélène Mornier, consultante en lactation, « ne pas donner toutes les informations revient à infantiliser les parents et à leur enlever la possibilité de faire un vrai choix ». Il n'y a pas de bon ou de mauvais choix en termes d'alimentation du nouveau-né, mais il y doit y avoir un choix éclairé.

## **1.2 Recommandations en vigueur**

### **1.2.1 Bénéfices prouvés de l'allaitement maternel**

Les études convergent vers des effets bénéfiques de l'allaitement maternel sur le plan cognitif des enfants, mais aussi sur la diminution de l'incidence et de la gravité des infections digestives, ORL et respiratoires. De plus, c'est un facteur protecteur vis-à-vis des allergies et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. (2)

Pour la mère, l'allaitement est un facteur de prévention de l'hémorragie du post-partum. Il permet une perte de poids plus rapide dans les 6 premiers mois du post-partum, ainsi qu'une diminution de l'incidence des cancers du sein et de l'ovaire avant la ménopause, et une réduction de l'augmentation du risque d'ostéoporose liée à la ménopause.

Cependant, il est indispensable de rappeler que ces effets sont dépendants de la durée d'allaitement (2,3).

Enfin, l'allaitement a un rôle défini sur le développement psycho-affectif de la mère et de l'enfant, notamment en renforçant le lien mère/enfant (2).

Aujourd'hui, on peut donc affirmer avec certitude que l'allaitement maternel est bénéfique pour la santé de l'enfant, bien que les enjeux vitaux ne se posent pas dans un pays tel que la France qui permet l'accès à l'eau potable.

C'est pourquoi la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommandent un allaitement exclusif jusqu'aux 6 mois de l'enfant et sa poursuite en association à une diversification jusqu'à ses 2 ans (1,4).

### **1.2.2 Mesures mises en place**

Au vu de ces recommandations, de nombreux pays développent des stratégies de promotion de l'allaitement maternel. Pour cela, une association entre la formation des professionnels, le soutien des mères, les campagnes d'informations et l'aménagement du mode de travail est nécessaire. Le soutien de l'allaitement maternel fait partie du Programme National Nutrition Santé (PNNS) (5). Selon l'Union Européenne, il est indispensable que « toutes les femmes aient accès à des services qui soutiennent l'allaitement, c'est-à-dire qui offrent notamment une assistance par des professionnels de santé adéquatement formés ainsi que par des consultants en lactation, des conseillers non professionnels, et des groupes de soutien de mère à mère. » (6).

### *1.2.2.1 Initiative Hôpitaux Amis des Bébéés et Pharmacies Amies de l'Allaitement Maternel*

L'IHAB et PHAAM sont des programmes destinés aux professionnels de santé dans le but de favoriser un accompagnement des familles autour de l'allaitement maternel.

On retrouve 12 recommandations applicables pour obtenir le label HAB (7). Seulement 32 services (soit 6% des naissances) sont labélisés en France, aucun dans le Rhône.

### *1.2.2.2 Associations*

Les associations pour l'allaitement sont nombreuses mais agissent peu en prénatal. La plus connue, La Leche League, met à disposition du grand public les dernières publications sur l'allaitement maternel. Elle rend possible la rencontre entre une future mère et des femmes ayant pratiqué l'allaitement. On sait désormais que le contact avec une femme ayant allaité à un impact positif sur le choix de l'allaitement maternel (8). Pourtant, ces associations peuvent parfois tenir un discours très strict pouvant effrayer les futures mères : « On ne naît pas maman, on le devient. Et je dois dire que l'allaitement permet de le devenir » (9), et tendre à une culpabilisation de toutes celles qui ne s'y retrouvent pas.

Cependant, il est admis que ces associations ont un impact majeur sur le succès de l'allaitement après le retour à domicile.

### *1.2.2.3 Pratiques professionnelles*

La formation des professionnels au contact des femmes enceintes est limitée. Ce manque de formation homogène tend à générer des discours différents d'un professionnel à l'autre, voir à une rétention d'information. Selon Héléne Mormier, consultante en lactation, « entre la peur de culpabiliser les femmes qui ne souhaitent pas allaiter et l'envie de convaincre d'allaiter pour le bien du bébé, les informations données en anténatal ne sont pas toujours objectives. » En effet, un manque d'information des mères ne peut pas conduire à un choix libre et éclairé.

Les données de l'enquête nationale périnatale de 2016 montre que moins de 70% des services de maternités déclarent avoir une personne référente pour l'allaitement (10).

## 1.2.3 Droit

Pour favoriser l'allaitement maternel, les politiques de santé publique tentent de limiter les facteurs abusifs pouvant orienter le choix de la future mère vers celui de l'alimentation artificielle sans motifs suffisants. Il existe alors un code international de commercialisation

des substituts du lait maternel. Ce dernier encadre les pratiques de commercialisation des substituts du lait maternel, biberons, tétines, mais n'en interdit ni la vente ni l'utilisation (11,12). En 2016, l'OMS remet à jour ce code et rappelle l'importance pour les femmes de pouvoir faire un choix non influencé par des informations impartiales. D'après un rapport de l'OMS datant d'août 2017, aucun pays au monde ne respecteraient entièrement les recommandations en matière de commercialisation des substituts du lait maternel (1, 13).

Le code du travail est quant à lui moins explicite. Il permet à « une salariée revenant d'un congé légal de maternité de disposer d'une heure par jour, non rémunérée (sauf disposition contraire fixée par la convention collective), sur son temps de travail pour allaiter son enfant ou tirer son lait et ce pendant un an à compter de la naissance du bébé » (articles L. 1225-30 à L. 1225-33 et R. 1225-5 à R. 1225-7). Il n'existe pas en France de prolongation du congé maternel. Cette adaptation du code du travail reste mince et nombreuses sont les femmes qui n'envisagent pas de continuer un allaitement après la reprise du travail, ou même qui ne voit pas l'intérêt de débiter un allaitement pour arrêter une fois la période difficile de mise en place effectuée. (14–16)

La législation tend à une promotion de l'allaitement maternel mais de nombreux efforts restent encore à faire.

## **1.3 Alimentation du nouveau-né**

### **1.3.1 En Europe et en France**

Selon l'enquête nationale périnatale de 2016, la fréquence de l'allaitement maternel durant le séjour à la maternité a diminué de 2010 à 2016 ; passant de 60,3% à 52,2% pour l'allaitement maternel exclusif, et de 68,7% à 66,7% si l'allaitement est associé à un autre mode d'alimentation. La pratique de l'allaitement maternel avait pourtant progressé depuis 1990 et était stable depuis une dizaine d'années (10). Ceci remet en cause l'efficacité des politiques de promotion de l'allaitement maternel en France, aussi bien du point de vue sociologique (droit des femmes à allaiter et droit des enfants à être allaités) que par le manque d'information et d'accompagnement des femmes dans cette démarche d'allaitement (16).

De plus, il existe des variations très importantes selon les régions. La proportion de nouveau-nés allaités (exclusif ou mixte) est nettement inférieure au taux national dans trois régions : Hauts-de-France (53,4%), Bretagne (57,8%) et Pays de la Loire (58,2%). A l'inverse, les régions qui respectent le mieux les recommandations sont : la région parisienne

(76,9%), la région PACA (72,1%) et l'Auvergne-Rhône-Alpes (71,1% dont 75,2% dans le département du Rhône) (10).

Ces taux restent faibles en comparaison aux autres pays européens et classent la France comme un des « moins bons élèves » en matière d'allaitement (selon EUROPERISTAT 2010 près de 60,2% des françaises donnent le sein à la maternité contre près de 90% chez nos voisins occidentaux) (17).

### 1.3.2 Histoire de l'allaitement en France

#### 1.3.2.1 *Croyances sur l'allaitement maternel*

De nos jours, le discours médical s'oriente nettement en faveur de l'allaitement maternel mais cela n'a pas toujours été le cas.

Jusqu'au siècle dernier, il existait un tabou sexuel pendant l'allaitement maternel. Les relations sexuelles étaient alors interdites car « ces dernières étaient supposées faire réapparaître les menstruations et diminuer ainsi la qualité du lait maternel ». Depuis le Moyen-âge, le lait maternel était aussi considéré comme insuffisant pour répondre aux besoins du nouveau-né. Au XIXe siècle, les émotions trop « vives » des femmes et la pollution de la ville rendaient dangereuse la pratique de l'allaitement (18).

Ces croyances ne sont en ces termes plus d'actualité, mais leur persistance est profondément ancrée chez les femmes françaises. La lecture des forums de discussion fait ressortir les principales peurs des mères, notamment le manque de lait, la reprise de la sexualité et installe au premier plan la question de la « bonne mère ».

#### 1.3.2.2 *Histoire française de la femme face à l'allaitement maternel*

Les aristocrates du XVIIIe siècle ont rapidement fait appel à des nourrices pour nourrir leurs nouveau-nés, avant que la pratique ne se généralise. Toute la société s'accordait à accepter une telle pratique jusqu'à ce que la mortalité des enfants de moins de un an atteigne près de 25%. Il s'agit d'une spécificité française qui ancre dans notre culture le fait que le maternage seul ne définisse pas la femme. Selon Elisabeth Badinter « nos aïeules du siècle des Lumières nous ont légué ce modèle peu commun d'une femme émancipée, déchargée des soucis du maternage et dont l'identité ne se résume pas à la maternité » (p.199) (19).

Le discours médical préconisa de ces constatations un allaitement par la mère. Ce dernier réintroduit au sein des foyers bénéficie d'un entourage de femmes soutenant cette nouvelle condition de mère, jusqu'à la redistribution de la société à la fin du XXe siècle et la

réorganisation de la famille (20). Le professionnel de santé, moins accessible, est alors chargé d'orienter les femmes dans leur rôle de mère. Cependant, il existe selon le Docteur Marie Thirion une « inadéquation profonde des besoins des mères et des bébés avec les réponses habituelles des soignants »(21).

### *1.3.2.3 Discours féministes*

Que dire du discours féministe qui oppose deux courants : celui qui voit en l'allaitement maternel une exaltation de la maternité et donc de la féminité ou celui qui voit l'allaitement comme un esclavage obstacle à l'égalité des sexes (22). Les femmes d'aujourd'hui ont tout pour se perdre entre ces deux approches. Cependant l'allaitement maternel peut faire surgir un sentiment de force, de puissance, d'avoir pu nourrir intimement son enfant. Il suppose aussi des changements sociaux qui ne pourront qu'améliorer la question de la femme dans la société : autorité sur son propre corps, démantèlement de la vision du corps féminin comme unique objet sexuel, redéfinition du travail, solidarité et coopération.

Mais la question qui perdure est celle de la liberté de choix, qui même entre les futures mères fait surgir un véritable conflit sur Internet entre « biberonnantes » et « allaitantes » (23), catastrophique pour l'estime d'une future maman.

## **1.4 Le choix**

### 1.4.1 Les facteurs mesurables

Le choix d'alimentation du futur nouveau-né n'est pas une simple décision à prendre entre deux options mais plutôt un processus visant à peser les pour et les contre que proposent chaque solution.

#### *1.4.1.1 Moment du choix*

Une étude observationnelle transversale (24) a mis en évidence que le choix d'alimentation de l'enfant à venir était fait principalement avant la grossesse (49%) ou au cours de la grossesse (40%). La plupart du temps, la décision d'allaiter au sein ou non n'a pas été discutée (70,5 %) (25).

#### *1.4.1.2 Problèmes d'ordre médical*

Il existe deux uniques contre-indications à l'allaitement :

- la séropositivité au VIH chez la mère. « En l'état actuel des connaissances, l'allaitement est déconseillé à chaque fois qu'une alimentation au lait industriel peut

être assurée dans des conditions correctes, donc essentiellement dans les pays développés. » (26).

- la galactosémie congénitale chez le nouveau-né. « Le déficit en Galactose-1-Phosphate Uridyltransférase est une affection très rare qui impose d'avoir recours à une alimentation sans lactose. » (26).

Les autres pathologies pouvant toucher la mère et l'enfant sont à discuter au cas par cas mais une adaptation du traitement rend possible l'allaitement maternel dans une majorité des cas.

#### *1.4.1.3 Facteurs sociodémographiques*

Une courbe en « U » a été démontrée quant aux facteurs sociodémographiques influant sur le choix de l'alimentation du nouveau-né :

- les femmes les moins diplômées allaitent autant que la moyenne. Les femmes avec un diplôme d'étude allant du CAP, BEPC, BEP allaitent de façon significative moins que la moyenne. Puis la fréquence d'allaitement s'accroît à mesure que le niveau d'étude des femmes augmente (27).
- l'origine géographique est un facteur déterminant. Les femmes ayant passé leur enfance dans un pays étranger, hors Europe, présentent un taux plus élevé d'allaitement que les femmes européennes (27).
- le choix d'alimentation ne serait pas dépendant des revenus du ménage (10).
- l'observation d'alimentation au sein dans son entourage et l'expérience de soins à la petite enfance sont favorables à l'allaitement (27).
- les femmes de moins 20 ans choisiraient plus une alimentation artificielle par opposition aux femmes de plus de 35 ans (26,28).
- l'absence de statut marital est corrélée à la non initiation de l'allaitement (15).

#### *1.4.1.4 Facteurs psychologiques*

Le choix d'allaiter ou non est avant tout un choix personnel car impacté par de nombreuses représentations morales et symboliques.

La pudeur notamment a son importance. Elle sous-entend « un malaise qui accompagne certaines femmes pendant leur grossesse » (29). Le changement de « statut social » et de « place pour l'entourage », peut aussi bien être ressenti comme valorisant ou déstabilisant par les femmes. Le devenir mère induit des contacts physiques, mais aussi des regards tout à fait inhabituels en dehors de l'état de grossesse ; l'allaitement suppose l'acceptation du prolongement de cet état.

L'allaitement n'est plus une pratique évidente et accessible comme il a pu l'être. La confiance en ses capacités de future mère, en ses capacités d'allaiter reste malgré tout primordiale. Selon Dominique Blin et Michel Soulé, « décider de s'en priver, d'en priver le bébé n'est pas aussi anodin ou atonal que certains le disent » (30). Tout comme la grossesse, l'allaitement ou le choix du non allaitement est une expérience globale qui implique la mère profondément. Certaines mères vont ressentir un véritable sentiment de plaisir, un lien extrêmement fort avec leur bébé, quand d'autres vont percevoir des obstacles insurmontables, un sentiment de mal-être et de véritables terreurs (31).

#### 1.4.2 Influences

Les échecs d'allaitement précoce sont très nombreux et posent question d'un choix en faveur de l'allaitement dans le but de se conformer aux attentes sociétales (32). De nombreuses études ont relevé différents types d'influences, celles du père, de l'entourage, des professionnels de santé, des médias et de l'Internet, des ouvrages savants.

La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) est au cœur d'une démarche de promotion de l'allaitement maternel (5). Elle a pour objectif « d'informer tous les futurs parents sur l'intérêt et la physiologie de l'allaitement maternel, dans le respect de leur culture, afin d'aider leur décision sans imposer de choix. » L'Enquête périnatale de 2016 montre un taux de participation à la PNP de 77,9% chez les primipares (taux en évolution depuis 2010 : 74,0%) (33). Bien que ces séances représentent une bonne opportunité pour informer les mères et ouvrir le dialogue, il est nécessaire de rappeler que souvent une seule séance est orientée sur le choix d'alimentation du nouveau-né, voir même une séance sur l'alimentation artificielle et une séance sur l'allaitement maternel. Certaines mères peuvent décider de ne pas y participer, notamment si elles considèrent leur choix comme définitif ou si elles ne se sentent pas concernées par ce sujet (alimentation artificielle ou allaitement maternel). De ce fait, à notre connaissance, aucune étude n'évalue l'impact de la participation à une séance abordant le thème de l'alimentation du nouveau-né sur le taux d'allaitement maternel.

## 1.5 Choix de l'étude et problématique

### 1.5.1 Choix de l'étude

Il a été démontré que l'allaitement maternel présentait de réels bénéfices pour la mère et son enfant. Les recommandations nationales et internationales préconisent l'initiation et la

poursuite de l'allaitement maternel pendant les 6 premiers mois du post-partum exclusivement puis jusqu'aux 2 ans de l'enfant (1,4).

Cependant, la France conserve des taux d'allaitement nettement inférieurs à ceux de nos voisins européens (selon le bulletin épidémiologique de l'Institut National de Veille Sanitaire de septembre 2012 près de 56,3% des françaises donnent le sein à la maternité contre près de 90% chez nos voisins occidentaux) (6).

Ce chiffre peut s'expliquer par un bouleversement des foyers en France ces 60 dernières années, avec une absence de modèles d'allaitement mais probablement aussi par le rôle des professionnels de santé. Entre peur de culpabiliser les femmes qui ne souhaitent pas allaiter et envie de convaincre d'allaiter pour le bien de l'enfant, il existe selon le Docteur Marie Thirion une « inadéquation profonde des besoins des mères et des bébés avec les réponses habituelles des soignants » (20). Le professionnel de santé n'est pas consulté en première intention et Internet regorge d'idées reçues et d'avis catastrophiques pour l'estime d'une future maman (20,29).

Par ailleurs, l'OMS et les grandes institutions comme l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébéés (IHAB), ont un discours qui tend à une meilleure information et un meilleur accompagnement pour favoriser l'allaitement maternel. Nous nous demandions alors si cette composante est suffisante pour convaincre les mères ; ce serait oublier l'intime, qui est un facteur majeur du choix de l'allaitement.

### 1.5.2 Problématique

Alors que le choix de l'allaitement questionne la liberté des femmes dans notre société, on peut s'interroger sur l'accès des femmes aux informations disponibles pour pouvoir prendre une décision en toute connaissance de cause, et évaluer si le choix d'allaiter est un choix éclairé.

Nous émettons l'hypothèse que le manque de connaissances en matière d'alimentation du nouveau-né a un impact dans la décision d'allaiter. Hormis lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, les professionnels de santé transmettent peu d'informations sur l'alimentation du nouveau-né lors du suivi de grossesse.

Notre seconde hypothèse suppose que la participation à une PNP permet une meilleure information des femmes sur les choix qui s'offrent à elles ; elle serait en faveur d'un choix éclairé.

## 2. L'étude

### 2.1 Matériel et méthode

#### 2.1.1 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances des futures primipares en l'allaitement maternel ou l'alimentation artificielle et ainsi, de décrire les raisons les conduisant à faire le choix d'alimentation de leur futur nouveau-né.

L'objectif secondaire était d'évaluer l'impact de la préparation à la naissance et à la parentalité sur le choix du mode d'alimentation de l'enfant.

#### 2.1.2 La population cible

Nous avons réalisé notre étude en service de consultation prénatale, dans les centres hospitaliers universitaires lyonnais de type IIb et III (Lyon Sud, HFME et Croix Rousse).

Dans ma population ont été incluses les futures primipares, de grossesse monozygote, au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse (7, 8 et 9<sup>ème</sup> mois). Les femmes ne répondant pas aux critères d'inclusion ont été exclues, ainsi que les mères présentant des traitements ou des pathologies pouvant contre-indiquer l'allaitement maternel. Les femmes ne lisant pas couramment le français ne pouvaient pas participer à notre étude.

Pour garantir l'anonymat des patientes, aucun nom ne leur a été demandé, seul était indiqué un numéro de questionnaire.

#### 2.1.3 Outils de recherche et diffusion

Pour répondre à ces objectifs, nous avons réalisé une étude transversale à visée comparative. Nous avons alors construit un questionnaire à choix multiple de 37 questions, réparties en 3 parties distinctes :

- une première partie permettant de décrire la population et de vérifier les critères d'inclusion.
- une seconde partie sur les facteurs pouvant influencer le choix d'alimentation et les connaissances des futures mères de chacun des modes d'alimentation.
- une troisième partie sur les sources d'informations pendant la grossesse et le ressenti des mères face à leur choix.

Ce questionnaire a été créé dans le but de mieux comprendre ce choix très personnel qu'est celui d'allaiter, et de permettre aux professionnels de santé d'accompagner au mieux

les femmes dans leur décision. Il a été construit en s'appuyant sur les données actuelles justifiant nos questions de connaissances (2,35–37), ainsi que sur les documents pouvant être à disposition des futurs primipares comme la plaquette d'information sur l'allaitement maternel distribuée en début de grossesse au CHLS (Annexe I), le Guide de l'allaitement maternel (Annexe II) et le Guide nutrition de la naissance à trois ans : La santé vient en mangeant (Annexe III) élaborés tous deux par le Programme National Nutrition Santé. Nous nous sommes aussi inspirées des questionnaires élaborés dans le cadre de thèse ou de mémoire sur le choix d'alimentation du nouveau-né (38,39).

Sa diffusion a été précédée d'un entretien avec 4 patientes afin de tester la compréhension de chaque item, la neutralité de nos questions, le ressenti global de chaque patiente et la durée de réponse. Le questionnaire final est présenté en Annexe IV.

Une affiche avait été positionnée dans les salles d'attente pour sensibiliser les patientes à notre étude (Annexe V).

Les questionnaires ont été distribués sous forme papier aux patientes, à l'aide des secrétaires des services de consultations obstétricales, de Juin à Octobre 2017. Chaque femme devait répondre brièvement à quelques questions afin d'évaluer les critères d'inclusion de l'étude. Une double vérification de ces critères était réalisée grâce au questionnaire. Les patientes ne pouvaient le remplir qu'une seule fois. Les femmes incluses et volontaires avaient pour consigne de remplir le document dans l'attente de leur consultation. Durant mes périodes de disponibilités, je me rendais directement dans les services concernés pour m'entretenir avec les patientes et leur distribuer le questionnaire.

Les facteurs étudiés, autres que les caractéristiques de population (âge, niveau d'étude, reprise d'une activité professionnelle après le congé maternité, situation maritale, terme, pathologie associée à la grossesse) (40,41), étaient le choix du mode d'alimentation, la participation ou non à une séance de PNP, les facteurs de choix supposés et évalués par les études actuelles (influences familiales, influences de la publicité et des médias, idées renvoyées par la société actuelle mais aussi influences des professionnels de santé) (42–44), les connaissances des femmes sur chacun des modes d'alimentation, leur ressenti et les sources d'informations pendant la grossesse.

Toutes les futures primipares au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse n'ont pu être interrogées, mais nous avons poursuivi notre étude afin d'obtenir un nombre maximal de questionnaires sur la période établie par notre calendrier.

#### 2.1.4 Exploitations des données

Pour évaluer les connaissances sur les différents modes d'alimentation, nous avons établi pour chaque patiente trois scores (Annexe VI).

- Le score A : connaissances générales des modes d'alimentation du nouveau-né. Chaque bonne réponse vaut un point constituant un premier score sur 7.
- Le score B : connaissance de l'impact des modes d'alimentation sur la santé de la mère. Chaque bonne réponse vaut un point constituant un second score sur 3.
- Le score C : connaissance de l'impact des modes d'alimentation sur la santé de l'enfant. Chaque bonne réponse vaut un point constituant un troisième score sur 3.

La somme des trois scores nous donne un score sur 13 points, ce qui permet de classer les patientes dans trois catégories : connaissances jugées insuffisantes (score inférieur ou égal à 4), moyennes (score compris entre 5 et 8), suffisantes (score supérieur ou égal à 9).

Pour cette étude, le critère de jugement principal concerne les connaissances générales et plus spécifiques en rapport avec l'impact sur la santé de la mère et de l'enfant à partir du score sur 13 présenté ci-dessus.

Les critères de jugement secondaire sont :

- le mode d'alimentation choisi au troisième trimestre de la grossesse
- la participation à une PNP.

Les réponses aux questionnaires ont été collectées dans le logiciel statistique StatView®. Le seuil de significativité statistique  $p$  a été fixé à 0.05. Les tests statistiques utilisés ont été choisis selon le facteur d'étude, la variable de réponse, la distribution ainsi que les valeurs attendues. L'analyse des scores a été caractérisée par la moyenne et l'écart type.

## 2.2 Présentation des résultats

### 2.2.1 Description de notre population

Au total, 102 patientes ont été incluses dans l'étude mais deux questionnaires impliquaient des femmes ayant une pathologie associée à un traitement qu'elles pensaient être contre-indiqué avec l'allaitement. Nous avons donc exclu ces questionnaires de notre population. Au final 100 questionnaires ont été exploités.

Notre population est composée en totalité de primipare (vérifié lors de la distribution des questionnaires), au troisième trimestre de la grossesse (moyenne à 7,8 mois). Elle est majoritairement composée de femmes ayant entre 26 et 30 ans, ayant un diplôme de niveau supérieur ou égal à Bac + 3 ans. Les patientes intégrées à notre étude sont en grande partie en couple (40% mariées, 19% pacsés et 38% en concubinage) et souhaitent reprendre une activité professionnelle après l'accouchement entre 0 et 3 mois pour 36% d'entre elles et entre 3 mois et 1 an pour 47% d'entre elles. Les femmes présentant une pathologie associée à la grossesse et ne pensant pas que le traitement pris soit contre-indiqué avec l'allaitement n'ont pas été exclues. Nous n'avons pas estimé que ce serait un obstacle à leur choix.

**Tableau I. Caractéristiques de la population de l'étude (effectif total = 100)**

Caractéristiques de la population		Effectif	%
<b>Lieu de suivi</b>	CHLS	53	53,0
	HFME	31	31,0
	Croix Rousse	16	16,0
<b>Age</b>	<20 ans	1	1,0
	20 – 25 ans	16	16,0
	26 – 30 ans	48	48,0
	31 – 35 ans	25	25,0
	36 – 40 ans	9	9,0
	> 40 ans	1	1,0
<b>Niveau d'étude</b>	Arrêt niveau formation obligatoire (16 ans)	0	0,0
	Niveau équivalent CAP, BEP ou DNB	9	9,0
	Niveau Bac, BT ou BP	25	25,0
	Niveau Bac + 2 ans	13	13,0
	Niveau $\geq$ à Bac + 3 ans	53	53,0
<b>Reprise de l'activité professionnelle après le congé maternité</b>	Non	5	5,0
	Oui, entre 0 et 3 mois	36	36,0
	Oui, entre 3 mois et 1 an	47	47,0
	Oui, > 1 an	12	12,0
<b>Situation maritale</b>	Célibataire	3	3,0
	En concubinage	38	38,0
	Pacsé	19	19,0
	Mariée	40	40,0
<b>Terme de la grossesse</b>	Moyenne	7,895	/
	Déviation standard	0,756	
	Erreur standards	0,076	
<b>Pathologie nécessitant un traitement particulier</b>	Non	89	80,0
	Oui ne pense pas que le traitement soit CI	11	11,0
	Oui pense que le traitement est CI	0	0

Au sein de notre population, 77 % des femmes souhaitaient allaiter exclusivement, 10% choisissaient l'alimentation artificielle et 7% envisageaient une alimentation mixte. De plus, 6% des femmes admettaient n'avoir pas encore choisi la future alimentation de leur nouveau-né.

Pour limiter la perte de puissance, les femmes qui n'avaient pas énoncé un choix sur le type d'alimentation retenue n'ont pas été intégrées aux calculs statistiques. De même, le mode d'alimentation mixte a été considéré comme faisant partie du mode d'alimentation artificielle. Les quatre variables (allaitement maternel, alimentation artificielle, alimentation mixte et absence de décision) ont été conservées pour les statistiques descriptives.

### 2.2.2 Impacts des facteurs de choix supposés sur le choix du mode d'alimentation

Dans un but de proposer des solutions adaptées, nous voulions savoir si les facteurs de choix supposés avaient influencé notre population.

#### 2.2.2.1 *Impacts des facteurs psychologiques*

Six facteurs psychologiques pouvant avoir une influence sur le choix de l'alimentation du nouveau-né ont été étudiés. La « confiance en ses capacités personnelles d'allaiter » ne s'est pas révélée statistiquement significative dans le choix de l'alimentation du nouveau-né ( $p = 0,0845$ ). Cependant, il est important de remarquer que la majorité des femmes, tout mode d'alimentation confondu, déclarent avoir confiance en leur capacité d'allaiter (88,3% des femmes qui souhaitaient un AM et 71,4% des femmes une AA). Ainsi, la « peur de ne pas y arriver » ne serait pas un facteur déterminant dans le choix du mode d'alimentation du nouveau-né.

Aucun des facteurs tels que l'environnement allaitant, l'imaginaire et les jeux de rôle maternel et nourricier durant l'enfance, le regard des autres pendant la grossesse ainsi que l'importance des seins dans la sexualité n'a révélé de différence significative entre les groupes de choix supposés (allaitement maternel, alimentation artificielle ou alimentation mixte). (Tableau II)

**Tableau II. Impacts des facteurs psychologiques sur le choix du mode d'alimentation**

Mode d'alimentation		AM Nb (%)	AA Nb (%)	Test utilisé	p-value
<b>Environnement allaitant</b>	Oui	70 (91)	16 (94,1)	Fisher	>0,9999
	Non	7 (9)	1 (5,9)		
<b>Imaginer maman</b>	Oui	44 (57,1)	7 (41,2)	Fisher	0,2865
	Non	33 (42,9)	10 (58,8)		
<b>Donner le biberon à sa poupée</b>	Oui	42 (54,5)	12 (70,6)	Fisher	0,2843
	Non	35 (45,5)	5 (29,4)		
<b>Confiance en ses capacités d'allaiter</b>	Oui	68 (88,3)	10 (71,4)	Fisher	0,0845
	Non	8 (11,7)	4 (28,6)		
<b>Regard des autres pendant la grossesse</b>	Gênant	14 (18,4)	1 (6,25)	Chi2	0,4062
	Valorisant	39 (51,3)	10 (62,5)		
	Inchangé	23 (30,3)	5 (31,25)		
<b>Importance des seins dans la sexualité</b>	Oui	54 (70,1)	11 (68,7)	Fisher	>0,9999
	Non	23 (29,9)	5 (31,3)		

AA : Alimentation artificielle  
AM : Allaitement maternel

#### 2.2.2.2 Impacts de l'entourage

Aucun facteur de cette catégorie (avis du conjoint, de la famille, des professionnels de santé, des médias, des forums et d'internet ou de l'entourage professionnel) n'a révélé de différence statistiquement significative entre les groupes de choix supposés d'alimentation du nouveau-né (Tableau III).

Il est cependant intéressant de noter qu'une catégorie « Autre » était proposée aux femmes. Parmi l'ensemble de notre population, 22,8% ont choisi cette possibilité. Elles ont alors à l'unanimité répondu qu'elles ne ressentaient aucune influence de leur entourage, et que seul leur avis personnel intervenait dans leur décision.

**Tableau III. Impacts de l'entourage sur le choix du mode d'alimentation.**

Mode d'alimentation		AM Nb (%)	AA Nb (%)	Test utilisé	<i>p</i> -value
<b>Conjoint</b>	Oui	49 (63,6)	7 (43,7)	Fisher	0,1665
	Non	28 (36,4)	9 (56,3)		
<b>Famille</b>	Oui	18 (23,4)	4 (25)	Fisher	>0,9999
	Non	59 (76,6)	12 (75)		
<b>Professionnels de santé</b>	Oui	28 (36,4)	4 (25)	Fisher	0,5643
	Non	49 (63,6)	12 (75)		
<b>Médias</b>	Oui	3 (3,9)	1 (6,25)	Fisher	0,5408
	Non	73 (96,1)	15 (93,75)		
<b>Forums et internet</b>	Oui	4 (5,26)	2 (12,5)	Fisher	0,2789
	Non	72 (94,7)	14 (87,5)		
<b>Collègues et entourage professionnel</b>	Oui	8 (10,4)	2 (12,5)	Fisher	0,6805
	Non	69 (89,6)	14 (87,5)		
<b>Autre</b>	Oui	16 (20,8)	4 (25)	Fisher	0,7417
	Non	61 (79,2)	12 (75)		

AA : Alimentation artificielle

AM : Allaitement maternel

### 2.2.2.3 Impacts des « idées reçues »

Quatre idées reçues concernant l'AA ont été évaluées. **De façon statistiquement significative ( $p = 0,0444$ ), la supposition « l'alimentation artificielle permet d'avoir plus de temps pour soi, contrairement à l'allaitement maternel » n'a pas été retenue** par 98,7% des femmes qui optaient pour l'AM et seulement par 37,5% pour celles qui optaient pour l'AA ou l'allaitement mixte. **De même la supposition « l'alimentation artificielle permet de laisser le papa s'impliquer » s'est révélée statistiquement significative ( $p = 0,0171$ )**. Ainsi, elle a été sélectionnée par 93,8% des femmes qui ont choisi de ne pas allaiter et par 62,3% des femmes dans le cas contraire. Les suppositions selon lesquelles l'AA

permettrait d'aider à la reprise du travail ou de faciliter le retour à la sexualité n'ont pas été retenues comme statistiquement significatives. (Tableau IV)

**Tableau IV. Impacts des « idées reçues » sur l'alimentation artificielle**

Mode d'alimentation		AM	AA	Test utilisé	p-value
		Nb (%)	Nb (%)		
<b>AA et temps pour soi</b>	Oui	1 (1,3)	10 (62,5)	Fisher	<b>0,0444</b>
	Non	76 (98,7)	6 (37,5)		
<b>AA et reprise du travail facilitée</b>	Oui	37 (48,1)	10 (62,5)	Fisher	0,4111
	Non	40 (51,9)	6 (37,5)		
<b>AA et laisser le papa s'impliquer</b>	Oui	48 (62,3)	15 (93,8)	Fisher	<b>0,0171</b>
	Non	29 (37,6)	1 (6,2)		
<b>AA et facilite le retour à la sexualité</b>	Oui	6 (7,9)	4 (25)	Fisher	0,0679
	Non	70 (92,1)	12 (75)		
<b>AM et coût</b>	Oui	11 (14,3)	3 (18,75)	Fisher	0,7027
	Non	66 (85,7)	13 (81,25)		

AA : Alimentation artificielle

AM : Allaitement maternel

Cinq idées reçues sur l'AM ont été étudiées. **De façon statistiquement significative ( $p = 0,0193$ ), la supposition « l'allaitement maternel favorise la relation mère/enfant » a été validée par 81,8% des femmes souhaitant allaiter et par 50% des femmes souhaitant une alimentation mixte ou artificielle.** Les suppositions selon lesquelles l'AM serait favorable en termes de coût, de reprise plus rapide du poids de forme ou utile comme moyen de contraception n'ont pas été retenues comme statistiquement significatives ; de même en ce qui concerne l'AM comme un facteur modifiant négativement le corps de la femme (Tableau V).

**Tableau V. Impacts des « idées reçues » sur l'allaitement maternel**

		AM	AA		
Mode d'alimentation		Nb	Nb	Test utilisé	p-value
		(%)	(%)		
<b>AM et coût</b>	Oui	11 (14,3)	3 (18,75)	Fisher	0,7027
	Non	66 (85,7)	13 (81,25)		
<b>AM et reprise plus rapide de son poids de forme</b>	Oui	13 (16,9)	4 (25)	Fisher	0,4818
	Non	64 (83,1)	12 (75)		
<b>AM et perte de l'élasticité des seins</b>	Oui	6 (7,8)	0 (0)	Fisher	0,5853
	Non	71 (92,2)	16 (100)		
<b>AM comme moyen de contraception</b>	Oui	3 (4)	0 (0)	Fisher	>0,9999
	Non	72 (96)	16 (100)		
<b>AM favorise la relation mère/enfant</b>	Oui	63 (81,8)	8 (50)	Fisher	<b>0,0193</b>
	Non	14 (18,2)	8 (50)		

AA : Alimentation artificielle

AM : Allaitement maternel

### 2.2.3 Connaissances des futures primipares

Quatre-vingt-dix-sept femmes ont répondu intégralement aux questions permettant d'évaluer leurs connaissances sur les modes d'alimentation du nouveau-né.

#### 2.2.3.1 Connaissances générales des modes d'alimentation du nouveau-né

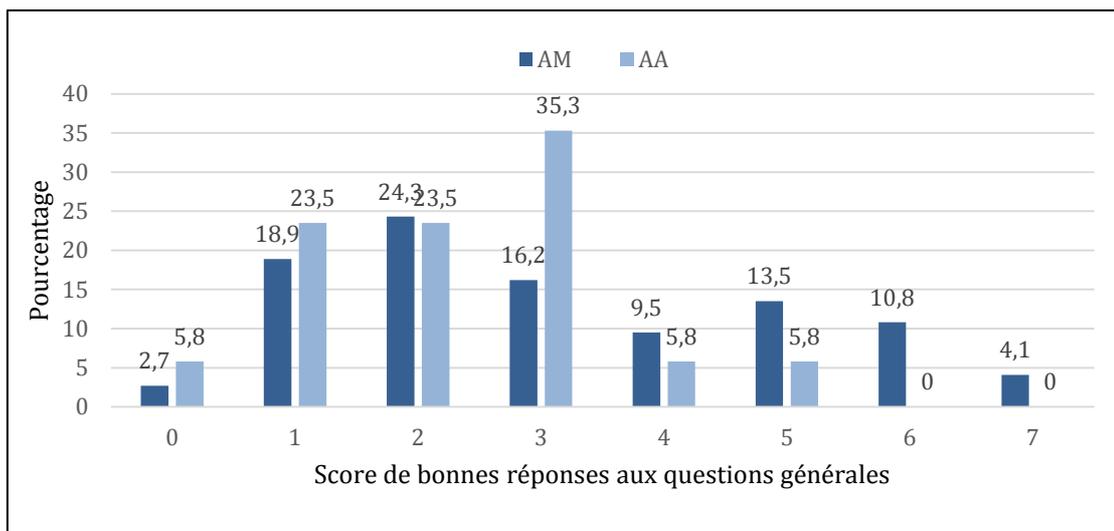
Pour l'évaluation des connaissances des femmes enceintes en ce qui concerne les modes d'alimentation du nouveau-né sept questions ont été posées. **De façon statistiquement significative ( $p = 0,0104$ ), une majorité des femmes ont des informations erronées sur la production de lait maternel, et notamment en termes d'insuffisance.** Elles étaient 100% parmi celles ne désirant pas allaiter et 72,6% parmi celles souhaitant allaiter, à ne pas posséder les bonnes informations (Tableau VI)

**Tableau VI. Connaissances générales des modes d'alimentation du nouveau-né.**

Mode d'alimentation		AM Nb (%)	AA Nb (%)	Test utilisé	p-value
<b>Composition lait artificiel</b>	Vrai	45 (60)	37,5 (44,4)	Fisher	>0,9999
	Faux	30 (40)	10 (62,5)		
<b>Alimentation du prématuré</b>	Vrai	22 (31)	4 (23,5)	Fisher	0,7683
	Faux	49 (69)	13 (76,5)		
<b>Evaluation production suffisante de lait maternel</b>	Vrai	25 (33,8)	3 (17,6)	Fisher	0,2517
	Faux	49 (66,2)	14 (82,4)		
<b>Insuffisance en lait maternel</b>	Vrai	20 (27,4)	0 (0)	Fisher	<b>0,0104</b>
	Faux	53 (72,6)	17 (100)		
<b>Tabac et allaitement</b>	Vrai	33 (44,6)	8 (47,1)	Fisher	>0,9999
	Faux	41 (55,4)	9 (52,9)		
<b>Arrêt de la lactation</b>	Vrai	30 (41,1)	5 (29,4)	Chi2	0,1467
	Faux	43 (58,9)	12 (70,6)		
<b>Physiologie de la lactation</b>	Vrai	56 (76,7)	11 (64,7)	Chi2	0,1570
	Faux	17 (23,3)	6 (35,3)		

AA : Alimentation artificielle  
AM : Allaitement maternel

Nous avons calculé un score A sur 7 points à partir des réponses aux questions générales sur le mode d'alimentation du nouveau-né. Le score le plus élevé pour les patientes ayant choisi l'allaitement maternel était de 7/7 (pour 4,1% d'entre elles) contre 5/7 (5,8%) pour les patientes ayant choisi l'alimentation mixte ou artificielle. La moyenne du score pour les patientes souhaitant allaiter est de 3,14 et la médiane est de 3. La moyenne du score pour les patientes souhaitant la mise en place d'une alimentation artificielle ou mixte est de 2,3 et la médiane est de 2. Cette comparaison, évaluée grâce au test de Mann-Whitney, n'est pas statistiquement significative ( $p = 0,1412$ ).



**Figure 1. Répartition suivant le score A de bonnes réponses**

### 2.2.3.2 Connaissances de l'impact des modes d'alimentation vis-à-vis de la mère

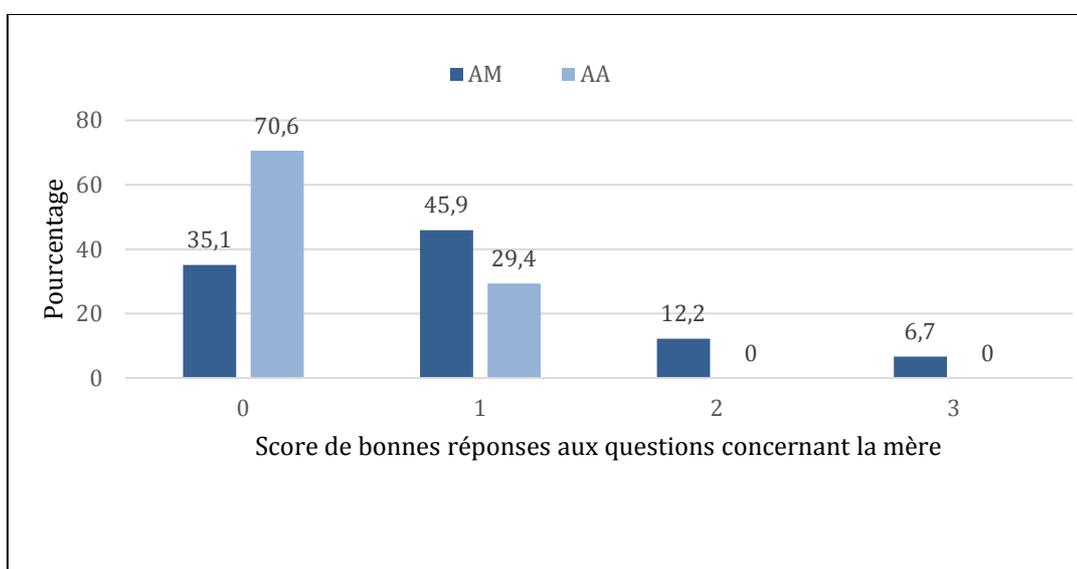
Dans l'évaluation des connaissances des femmes enceintes en ce qui concerne l'impact de l'allaitement maternel sur la mère trois questions ont été posées. **De façon statistiquement significative ( $p = 0,0348$ ) les femmes qui ont fait le choix de l'alimentation artificielle ou de l'alimentation mixte ont toutes (100%) répondu négativement à l'affirmation « Donner le sein est bon pour la santé de la mère, à long terme ». De façon moins prédominante, les femmes ayant choisies d'allaiter étaient tout de même 77% à contredire cette proposition (Tableau VII).**

**Tableau VII. Connaissances de l'impact du mode d'alimentation sur la santé de la mère.**

Mode d'alimentation		AM Nb (%)	AA Nb (%)	Test utilisé	p-value
<b>Fatigue et allaitement maternel</b>	Vrai	39 (52,7)	5 (29,4)	Chi2	0,1355
	Faux	35 (47,3)	12 (70,6)		
<b>Hémorragie et allaitement maternel</b>	Vrai	9 (12,3)	0 (0)	Fisher	0,1988
	Faux	64 (87,7)	17 (100)		
<b>Santé de la mère à long terme et allaitement maternel</b>	Vrai	17 (23)	0 (0)	Fisher	<b>0,0348</b>
	Faux	57 (77)	17 (100)		

AA : Alimentation artificielle  
AM : Allaitement maternel

Nous avons calculé un score B sur 3 points à partir des réponses aux questions sur l'impact de l'allaitement sur la santé de la mère. Seul 5 (6,7%) des patientes ayant choisi l'allaitement maternel ont un score supérieur ou égal à 2/3. Tandis que 9 (70,6%) des patientes ayant choisi l'alimentation artificielle ou mixte ont un score égal à 0/3. La moyenne du score pour les patientes souhaitant allaiter est de 0,9 et la médiane est de 1. La moyenne du score pour les patientes souhaitant l'alimentation artificielle est de 0,3 et la médiane est de 0. **Cette comparaison entre mode d'alimentation et score de connaissance dans les modes d'alimentation vis-à-vis de la mère est statistiquement significative ( $p = 0,0086$ ).** Elle a été évaluée grâce au test de Mann-Whitney.



**Figure 2. Répartition suivant le score B de bonnes réponses**

### 2.2.3.3 Connaissances de l'impact du mode d'alimentation vis-à-vis de l'enfant

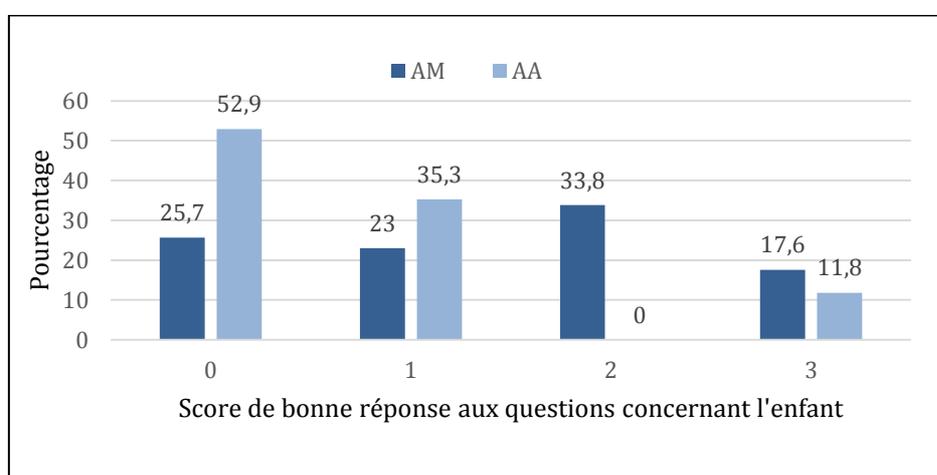
Pour l'évaluation des connaissances des femmes enceintes en ce qui concerne l'impact de l'allaitement maternel sur le nouveau-né trois questions ont été posées. **Une des questions du questionnaire évaluait les connaissances des femmes sur les usages du lait maternel autres que son usage premier. Cette question s'est révélée statistiquement significative ( $p = 0,0312$ ) en révélant une méconnaissance des femmes,** notamment chez 87,5% des femmes souhaitant une alimentation artificielle et 57,5% des femmes souhaitant la mise en place d'un allaitement maternel. (Tableau VIII).

**Tableau VIII. Connaissances de l'impact du mode d'alimentation vis-à-vis de l'enfant.**

Mode d'alimentation		AM	AA	Test utilisé	p-value
		Nb (%)	Nb (%)		
Santé de l'enfant et allaitement maternel	Vrai	53 (69,7)	8 (47,1)	Fisher	0,0936
	Faux	23 (30,3)	9 (52,9)		
Obésité de l'enfant et de l'adolescent et allaitement maternel	Vrai	25 (33,3)	2 (11,8)	Fisher	0,1376
	Faux	50 (66,7)	15 (88,2)		
Utilisation du lait maternel	Vrai	31 (42,5)	2 (12,5)	Chi2	<b>0,0312</b>
	Faux	42 (57,5)	14 (87,5)		

AA : Alimentation artificielle  
AM : Allaitement maternel

Nous avons calculé un score C sur 3 points à partir des réponses aux questions sur l'impact de l'allaitement sur la santé de la mère. Les patientes ayant choisies l'alimentation artificielle ou mixte ont obtenu pour 2 (11,8%) d'entre elles un score de 3/3, de même pour 13 (17,6%) des patientes ayant choisi l'allaitement maternel. La moyenne du score pour les patientes souhaitant allaiter est de 1,4 et la médiane est de 2. La moyenne du score pour les patientes souhaitant l'alimentation artificielle ou mixte est de 0,7 et la médiane est de 0. **Cette comparaison entre mode d'alimentation et score de connaissance dans les modes d'alimentation vis-à-vis du nouveau-né est statistiquement significative ( $p = 0,0101$ ).** Elle a été évaluée grâce au test statistique de Mann-Whitney.

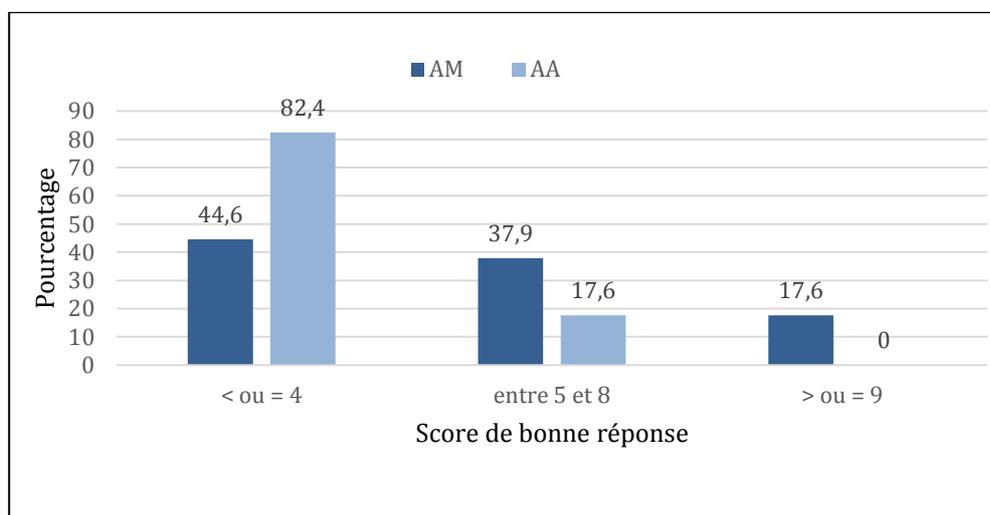


**Figure 3. Répartition suivant le score C de bonnes réponses**

#### 2.2.3.4 Impacts du score de connaissance sur le choix de l'allaitement

La somme des trois scores précédents (connaissances générales des différents modes d'alimentation du nouveau-né, impact de l'allaitement sur la santé de la mère et impact de l'allaitement sur la santé de l'enfant) nous donne un score sur 13 points. Cela nous permet de classer les patientes dans trois catégories : connaissances jugées insuffisantes (inférieur à 4), connaissances jugées moyennes (entre 5 et 8), connaissances jugées suffisantes (supérieur à 9). **Cette comparaison, évaluée grâce au test de Mann-Whitney, est statistiquement significative ( $p = 0,0073$ ).** On constate que les femmes ayant choisi l'allaitement maternel sont les seules à avoir un score supérieur ou égal à 9/13, pour 13 (17,6%) d'entre elles. Suivant la même analyse, les femmes ayant fait le vœu de l'alimentation artificielle ou mixte ont pour 14 (82,4%) d'entre elles un score inférieur ou égal à 4.

Ainsi, parmi les femmes souhaitant allaiter, 33 (44,6%) avaient un score estimé insuffisant ( $\leq$  à 4), 28 (37,9%) avaient un score estimé moyen (entre 5 et 8) et 13 (17,6%) un score estimé comme suffisant ( $>$  à 9). Ce qui correspond à une moyenne de 5,5/13. Dans la population des femmes ayant fait le choix de l'AA, 14 (82,4%) avaient un score estimé insuffisant, 3 (17,64%) avaient un score estimé moyen et aucune ne se classe dans la catégorie ayant un niveau de connaissance estimé comme suffisant ; soit une moyenne de 3,3/13.

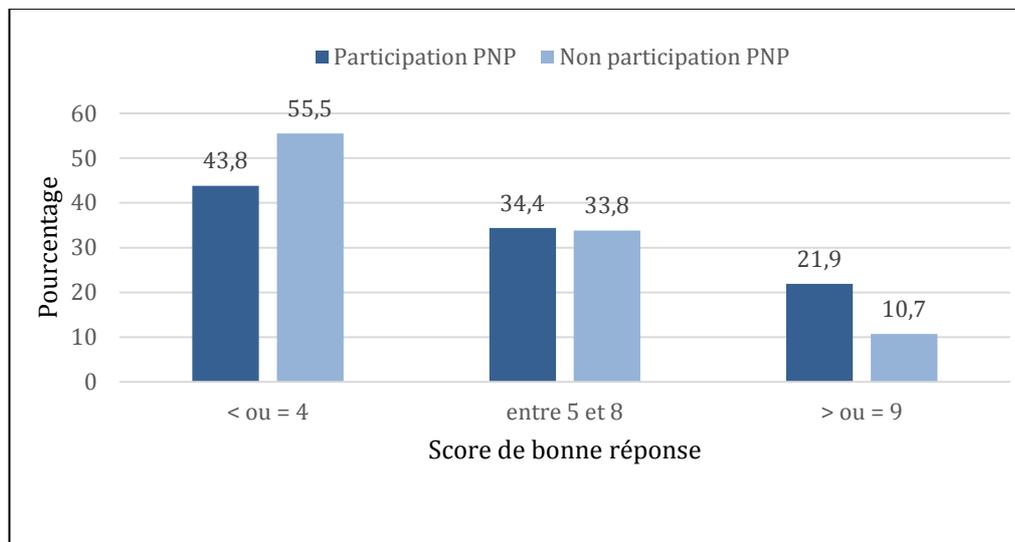


**Figure 4. Score de connaissances selon le type d'alimentation**

#### 2.2.4 Impacts d'une participation à une préparation à la naissance et à la parentalité sur le choix du mode d'alimentation

Sur les 100 femmes enceintes interrogées, 34 avaient participé à au moins une séance de PNP abordant le thème de l'alimentation du nouveau-né. Parmi ces patientes, 27 (79,4%) avaient

fait le choix de l'allaitement maternel, 2 (5,9%) celui de l'alimentation artificielle, 5 (14,7%) celui de l'alimentation mixte et aucune des patientes s'est dite indécise quant à la future alimentation de leur nouveau-né. **De ce fait, de façon statistiquement significative ( $p = 0,0382$ ) la préparation à la naissance et à la parentalité joue un rôle positif en faveur de l'allaitement maternel.** En relation avec cette séance, 27 (79,4%) trouvaient qu'elle leur avait été utile, 6 (17,6%) qu'elle les avait aidé à prendre une décision et 1 (2,9%) pensait qu'elle aurait dû être réalisée plus tôt pendant la grossesse. Aucune des patientes n'avait trouvé cette intervention culpabilisante. Cependant, notre recherche n'a pas révélé de différence statistiquement significative ( $p = 0,0809$ ) entre le résultat au score de connaissance et la participation à une séance de préparation à la naissance et à la parentalité abordant le thème de l'alimentation du nouveau-né. Cette comparaison a été effectuée grâce au test de Mann-Whitney.



**Figure 5. Score de connaissances selon la participation à une séance de préparation à la naissance et à la parentalité abordant le thème de l'alimentation du nouveau-né**

### 2.2.5 Ressentis des femmes et sources d'informations

Sur l'ensemble de notre population, 22,9% se sentaient responsables en cas d'échec à la mise en place de l'allaitement et 14,6% pensaient que la responsabilité appartenait en partie ou en totalité au nouveau-né. De plus, 11,5% portaient la responsabilité sur les soignants et 9,4% sur leur entourage. A la fin de l'étude, 80,4% des femmes interrogées se sentaient en accord avec leur décision quant au choix d'alimentation de leur futur enfant et 33% exprimaient leur impatience face à cette nouvelle aventure. Cependant, 23,7% avouaient de l'appréhension et 2% se sentaient coupables suite à leur décision. (Tableau IX).

Seulement 35,4% des patientes déclaraient avoir reçu une information sur les modes d'alimentation du nouveau-né pendant la grossesse de la part d'un professionnel de santé. De plus, 59,8% de ces femmes ne connaissaient pas l'existence des associations de soutien à l'allaitement maternel et 50,5% l'existence des consultantes en lactation, pourtant présentes au sein même de la maternité effectuant leur suivi de grossesse. Malgré ce manque d'information, 81,5% des femmes interrogées se sentaient assez informées pour prendre leur décision concernant l'alimentation de leur nouveau-né. A la question « Pensez-vous que votre choix ne pourra se confirmer que lorsque votre bébé sera "posé sur votre ventre" ? » 44,7% des femmes ont répondu positivement. La décision de l'alimentation du nouveau-né pendant la grossesse n'était donc pas nécessairement un choix arrêté. (Tableau IX).

**Tableau IX. Ressentis des femmes et sources d'information.**

Ressenti des femmes et sources d'informations		Oui Nb (%)	Non Nb (%)
<b>Responsabilité en cas d'échec d'allaitement</b>	Maman	22 (22,9)	74 (77,1)
	Bébé	14 (14,6)	82 (85,4)
	Soignants	11 (11,5)	85 (88,5)
	Entourage	9 (9,4)	87 (90,6)
<b>Accord avec leur décision</b>		78 (80,4)	19 (19,6)
<b>Appréhension</b>		23 (23,7)	74 (76,3)
<b>Impatiente</b>		32 (33)	65 (67)
<b>Coupable</b>		2 (2)	95 (98)
<b>Choix non arrêté</b>		42 (44,7)	52 (55,3)
<b>Information pendant la grossesse sur les modes d'alimentation du nouveau-né</b>		34 (35,4)	62 (64,6)
<b>Connaissance des associations de soutien à l'allaitement maternel</b>	Intéressée	7 (7,2)	11 (11,3)
	Non intéressée	32 (33)	47 (48,5)
<b>Connaissance des consultantes en lactation</b>	Intéressée	9 (9,3)	14 (14,4)
	Non intéressée	39 (40,2)	35 (36,1)
<b>Se sentent assez informées pour prendre leur décision</b>		79 (81,4)	18 (18,6)

## 3. Analyses et discussions

### 3.1 Discussion des résultats

#### 3.1.1 Vœux de notre population en matière de modes d'alimentation

**Notre étude révèle que les femmes de notre population sont majoritaires à souhaiter mettre en place un allaitement maternel comme mode d'alimentation du nouveau-né.** Ainsi sur les 100 femmes interrogées, 77 % souhaitent allaiter exclusivement, 10% choisissent l'alimentation artificielle et 7% envisagent une alimentation mixte. Nos résultats rejoignent les données retrouvées dans la littérature où selon un groupe de travail, 75% des françaises aimeraient nourrir leur bébé au sein (2).

Il est alors intéressant d'opposer ces résultats à ceux retrouvés au cours du séjour à la maternité. Selon l'Enquête Périnatale de 2016, la France estime à 52,2% son taux d'allaitement maternel exclusif, à 14,5% le taux d'alimentation mixte et à 33,3% le taux d'alimentation artificielle (9). Si les françaises sont alors majoritaires à vouloir allaiter, comment se fait-il que notre taux d'allaitement chute si rapidement et atteigne des moyennes parmi les plus basses d'Europe ? Cela nous laisse suspecter un obstacle rapide à la mise en place de l'allaitement maternel. Les femmes seraient confrontées à des difficultés pouvant conduire à une rediscussion de leur premier choix en termes de mode d'alimentation du nouveau-né. Cette différence de pourcentages entre souhait et mise en place du mode d'alimentation peut être vécue difficilement par les mères et pourrait être un des facteurs rendant ce sujet parfois si tabou au sein de la population.

Le choix du mode d'alimentation chez les nourrissons est donc un choix particulièrement fragile. J'émet l'hypothèse que la différence de résultats entre les études anténatales et postnatales s'explique par un manque de préparation des femmes en matière d'allaitement, aussi bien d'un point de vue informatif (physiologie de l'allaitement, connaissances scientifiques), intime (animalité de l'allaitement dans un environnement très médicalisé, « se faire téter les seins », lâcher prise) ou encore de parentalité (modèle de la mère « suffisamment bonne » de Winnicott). C'est ce que nous allons essayer de comprendre.

#### 3.1.2 Impacts des facteurs de choix supposés sur le choix du mode d'alimentation

Notre étude a voulu observer les influences pouvant intervenir dans la décision du mode d'alimentation du nouveau-né. Les études actuelles, réalisées en post-partum, soulignent que le soutien de l'entourage et la confiance en ses capacités jouent un rôle non négligeable dans le souhait de s'engager dans une démarche d'allaitement maternel (14, 25, 26, 29). Pourtant,

notre travail ne révèle aucun de ces facteurs comme statistiquement significatifs. Bien que ces influences ne soient pas systématiquement conscientes, les patientes de notre population semblent émettre une véritable volonté à se défaire des influences extérieures pour se concentrer sur leur ressenti personnel. Les réponses à cette partie du questionnaire auraient peut-être révélé des résultats différents si elles avaient été abordées lors d'un entretien, comme cela était le cas dans la majorité des études précédentes. Cependant, l'influence de l'auteur aurait été à prendre en compte.

Mais alors que l'on suppose les femmes de notre population indépendantes de leur histoire personnelle d'allaitement, des médias ou encore de l'avis véhiculé par leur entourage, il semblerait que deux idées reçues soient particulièrement ancrées dans leur esprit. Ainsi, « l'alimentation artificielle serait associée à plus de temps pour soi » pour 62,5% des femmes ayant choisi une AA, alors que 98,7% des femmes ayant fait le choix d'un AM s'opposent à cette idée ( $p = 0,0444$ ). De plus, la majorité de notre population tombe d'accord sur l'idée que « l'alimentation artificielle permet au père de s'impliquer davantage ». Cela est observé chez 62,3% des femmes souhaitant allaiter et chez 93,8% des femmes souhaitant un allaitement artificiel ou mixte ( $p = 0,0171$ ). Ces hypothèses sont cependant discutables et peuvent s'adapter à chaque couple et enfant dans leur individualité.

De plus, nos résultats démontrent que la proposition « l'allaitement maternel favorise la relation mère/enfant » est particulièrement retenue par 81,8% des femmes souhaitant allaiter, et seulement par 50% des femmes de notre seconde population ( $p = 0,0193$ ). La littérature, notamment avec l'étude de l'ANAES en 2002 (25), retrouve des chiffres équivalents : le lien mère enfant en faveur de l'allaitement était cité par 80% des femmes avec une différence selon le type de mode d'alimentation. Cette idée est majoritairement véhiculée dans notre société. Elle est exposée dans les bénéfices associés à l'allaitement maternel (2) et ressort comme importante dans notre étude. Une femme qui attend son premier enfant se pose de nombreuses questions, et notamment sur la construction du lien qui va les unir. Si ce lien l'inquiète, elle aura tendance à s'orienter vers le mode d'alimentation qui le soutiendra et rendra la rencontre avec son bébé plus aisée. Au congrès de l'ACLP du 02 décembre 2017 à Valpré, l'inquiétude à « faire au mieux pour son enfant » est ressortie quasi systématiquement de chacun des témoignages de mères ou exemples donnés par les consultantes en lactation. Ce choix du mode d'alimentation est fait en tant que mère, mais aussi en tant que femme et questionne l'enfant, l'adolescent que l'on a été. Si ce qui est « bon pour mon bébé » ne se révèle pas « bon pour moi », ce choix d'allaitement peut mettre à mal la relation mère/enfant tant valorisée et espérée. C'est en ce sens que nous qualifions la phrase : « l'allaitement

maternel favorise la relation mère/enfant » d'idée reçue. L'allaitement maternel intimement réussi peut être un véritable soutien au lien mère/enfant mais n'en est-il pas de même en cas d'alimentation artificielle réussie ?

### 3.1.3 Connaissances des futures primipares

Notre étude a montré que **les femmes de notre population ont toutes peu de connaissances sur les modes d'alimentation du nouveau-né en général, quel que soit leur choix initial**. Ainsi notre score A présente une moyenne de 4,5/10 pour les femmes ayant choisi d'allaiter et de 3,3/10 pour les femmes ayant choisi un autre mode d'alimentation. Parmi les connaissances qui semblent les plus indispensables, peu de femmes connaissent la composition des préparations pour nourrisson (60% si AM et 44,4% si AA), moins de la moitié des femmes savent que le tabac est compatible avec l'allaitement maternel (44,6% si AM et 47,1% si AA) et 100% des femmes qui ont choisi une alimentation artificielle ou mixte pense qu'une femme peut couramment manquer de lait sans y apporter une justification valide. Cette vision d'obstacle à l'allaitement maternel et la méconnaissance de l'alimentation artificielle, ne semblent pas permettre aux femmes de faire un choix éclairé.

En ce qui concerne les connaissances sur les avantages et inconvénients de l'allaitement pour la mère, **les femmes ayant choisi d'allaiter sont plus informées, de façon statistiquement significative, comparées à celles ayant choisi une alimentation artificielle ou mixte ( $p = 0,0086$ )**. Cependant, la moyenne des deux groupes en réponse au score B reste peu élevée. Elle est de 3/10 pour les patientes souhaitant allaiter et de 1/10 pour les patientes qui souhaitent un autre mode d'alimentation. D'une façon générale, très peu de femmes savent que l'allaitement peut être bénéfique sur la santé de la mère à long terme ; parmi toutes les femmes de notre étude, seulement 18,7% ont eu un résultat positif à cette question. Toutes avaient fait le choix d'un allaitement maternel. Le seul bénéfice cité était une « diminution du risque de cancer du sein ». Cela nous conduit à nous interroger sur l'origine de ces connaissances, sont-elles le fruit des campagnes de prévention du cancer du sein ou des informations fournies dans le cadre de leur suivi de grossesse. Nous retrouvons des résultats similaires avec le travail de Gina Guigui, psychologue (43). Son étude a été réalisée sur 199 mères dans la salle d'attente d'un cabinet de pédiatrie. Bien qu'un autre score de connaissance étudiant les modes d'alimentation vis-à-vis de la mère ait été utilisé, le groupe composé de femmes ayant allaité a obtenu une moyenne de 3,6/10 et le groupe de femmes ayant donné le biberon a obtenu une moyenne inférieure à 2/10. Cette étude s'intéressant aux mères dans le

post-partum montre que les femmes n'ont pas beaucoup plus de connaissance après avoir allaité. Dans ce cas, le manque de connaissances n'est pas un frein à l'allaitement maternel.

En ce qui concerne les connaissances sur les avantages et inconvénients de l'allaitement pour le nouveau-né, les femmes de notre population semblent être un peu plus informées. En effet, la moyenne du score des femmes souhaitant allaiter est de 4,7/10 tandis qu'elle est de 2,3/10 si les femmes souhaitent s'orienter vers une alimentation artificielle ou mixte. De ce fait, **les femmes ayant choisi d'allaiter sont plus informées de façon statistiquement significative en comparaison aux femmes ayant choisi une alimentation artificielle ou mixte ( $p = 0,0101$ )**. Contrairement aux questions qui impliquaient la santé de la femme où seules 18,7% avaient répondu juste, 65,6% des femmes sur l'ensemble de notre population ont répondu positivement à la question concernant les bénéfices de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant. Même si les moyennes aux scores de connaissances restent particulièrement basses, il semble que les futures mères soient plus impliquées dans ce qui est « bon pour leur bébé » plutôt que dans ce qui est « bon pour elle ». Cette volonté est particulièrement valorisée par notre société. Comme en témoigne Elisabeth Badinter dans son livre Le Conflit la femme et la mère (18) « Le souci de soi doit céder la place à l'oubli de soi et au « je veux tout » succède le « je lui dois tout ». » (p.21) En contradiction avec cette valorisation de la mère nourricière, il y a le rejet d'un retour tempéré à notre animalité, où une mère pourrait prendre du plaisir à se faire téter les seins. La société n'étant pas claire sur ce sujet, les françaises ont certainement de quoi être perdues. Allaiter ne transmet pas seulement au nourrisson des substances biologiques, la mère lui transmet aussi ses désirs, ses angoisses et ses fantasmes. En ce sens, l'allaitement n'a pas un aspect strictement alimentaire mais aussi instinctuel, pulsionnel et érotique (44). Les femmes doivent être conscientes de ces dimensions multiples pour que leur choix puisse perdurer après le séjour à la maternité. En ce sens, la citation tirée du livre L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre conclut notre pensée : « Usuellement défini par les mères en tant que « le meilleur pour mon bébé » et par l'ensemble du corps médical comme « toujours bon », ce nectar, cet élixir se transforme aussi bien en « un pire », en un poison. » (45).

**Notre hypothèse principale semble être validée par notre étude. En effet, le manque de connaissances en matière d'alimentation du nouveau-né aurait un impact dans la décision d'allaiter.** De façon statistiquement significative ( $p = 0,0073$ ), plus le niveau de connaissance est élevé et plus les femmes s'orientent vers un allaitement maternel. Ainsi, la

moyenne des femmes ayant choisi une alimentation artificielle ou mixte est de 3,3/13 ; les classant dans un groupe aux connaissances jugées insuffisantes. La moyenne des femmes ayant choisi un allaitement maternel est de 5,5/13 ; les classant dans un groupe aux connaissances jugées moyennes. C'est ce que Kong et Lee avaient aussi retrouvé dans leur étude (46) : il existe une corrélation entre le choix de l'allaitement et les connaissances des mères. **Malgré des moyennes particulièrement basses, et un manque de connaissances certain des femmes, 81,4% des mères** (dont 82,4% si AM et 88,3% si AA) **qui ont répondu à notre questionnaire se sentent assez informées pour prendre une décision.** J'é mets alors deux hypothèses : soit les femmes ne veulent pas en savoir plus car la décision du mode d'alimentation de leur nouveau-né n'est pour elles pas une question de science et d'organisation, soit elles n'ont pas idée de l'existence de connaissances actuelles sérieuses en termes d'alimentation du nouveau-né et ne peuvent donc pas aspirer à les connaître. Cependant en opposition avec ma dernière hypothèse, les données de la littérature montrent que « L'évolution des mentalités et la progression de l'allaitement maternel suivent lentement la progression des connaissances scientifiques sur ses bénéfices. » (4). Mais alors que la volonté d'allaiter son nouveau-né est majoritaire, le taux d'allaitement à 3 mois reste particulièrement bas. Il serait à peine de 5% à 4 mois en France, contre 65 % chez notre voisin Suisse, plus proche de la moyenne des autres pays d'Europe (2, 15). Les françaises initient alors peut-être un allaitement pour les bénéfices attendus en termes de santé et, l'arrête rapidement car : « on ne m'avait pas prévenue de ce que l'allaitement allait réveiller en moi ».

#### 3.1.4 Impacts d'une participation à une PNP sur le mode d'alimentation

Notre étude a montré que 34% de notre population avait participé à une séance de PNP contre 79,9% dans la population générale (33). Notre taux très inférieur peut s'expliquer par la sélection uniquement des séances abordant le thème de l'alimentation du nouveau-né d'une part et la précocité de l'enquête d'autre part. En effet, l'accouchement n'étant pas encore survenu, les femmes de notre étude ont encore la possibilité de participer à des séances de préparation prénatale. Cependant, ce temps privilégié pour aborder les questions et les représentations concernant l'alimentation du nouveau-né semble jouer un rôle positif en faveur de l'allaitement maternel ( $p = 0,0382$ ). Ce qui est surprenant c'est que cette intervention ne semble pas conduire à une meilleure information des femmes quant aux bénéfices des différents modes d'alimentation ( $p = 0,0809$ ). **Notre seconde hypothèse est de ce fait invalidée ; la PNP ne permettrait pas une meilleure information des femmes sur les points évalués par notre score de connaissance.** Il est alors intéressant de se demander

en quoi la PNP joue un rôle dans la volonté d'allaiter si ce n'est pas celui d'apporter aux femmes plus de connaissances. Selon les recommandations professionnelles de la HAS (47), la PNP favorise une « approche humaniste de la naissance » et se doit de prendre en compte « les désirs, les émotions, les perceptions de chaque femme ainsi que son contexte de vie et son environnement ». En ce sens, le professionnel de santé fournit aux femmes les informations qui l'intéressent personnellement et prend en compte son histoire de vie. Selon un niveau de preuve 4, la PNP améliore la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel (47). Certainement car elle permet d'amener chacun à la question du choix, sans jugement.

### 3.1.5 Ressentis des femmes et sources d'informations

Le choix du mode d'alimentation du nouveau-né est souvent la première décision que les couples prennent en tant que parent. Cette décision semble révéler des émotions positives pour une majorité des femmes de notre population : 80,4% sont en accord avec leur décision, et 44,7% se laissent la possibilité de la rediscuter. Cependant, 19,6% des mères ne sont pas en accord avec leur décision, 23,7% appréhendent et 2% se sentent coupable ; ce qui peut être perçu comme une demande d'accompagnement. Ce choix fait entrer les couples dans un monde de doutes et d'incertitudes et rend son soutien indispensable. Pourtant, seulement 34% des femmes de notre population ont reçu une information de la part d'un professionnel de santé pendant la grossesse. Alors que les soignants auraient une part de responsabilités selon les femmes dans 11,5% des échecs d'allaitement, on peut comprendre la crainte des praticiens à transmettre aux femmes les fantasmes que l'allaitement suscite en eux : culpabilité et fantasmes de la mauvaise mère lors de l'information anténatal, puis fantasme du sein vide rempli par le complément, voir l'exclusion du plaisir où s'applique la règle du « 10 minutes par sein » (44). C'est alors aux soignants d'apprendre à laisser de côté leurs propres doutes pour accompagner au mieux les patientes avec écoute et bienveillance. Ce serait respecter les femmes là où elles en sont dans leur processus de parentalité, sans leur imposer une quelconque idéologie.

## 3.2 Propositions

De grandes études françaises (4, 15, 48) ont jusqu'alors proposé différents plans d'action dans le but de promouvoir l'allaitement en favorisant l'information des femmes. (Annexe VII et VIII). Nous avons vu que les connaissances des mères sur les modes d'alimentation du nouveau-né étaient un lien avec un souhait majoritaire en faveur de l'allaitement maternel.

Mais nous avons aussi compris qu'un allaitement initié parce qu'il est « bon pour mon bébé » peut se confronter rapidement à des arrêts précoces. Ainsi, nous proposons, associée à une information complète sur les bénéfices et les difficultés des différents types d'alimentation, que soit instauré un entretien pendant la grossesse pour aborder le ressenti, le vécu et la motivation des femmes à allaiter. Cela pourrait être associé à l'entretien prénatal précoce (EPP) en début de grossesse puis réitéré au troisième trimestre. (Annexe IX) Comme tous les êtres humains, les professionnels de santé ont très souvent un regard biaisé sur l'allaitement, chargé par leur vécu et leurs fantasmes. Ils sont formés majoritairement aux bénéfices santé de l'alimentation du nouveau-né, motivés par les politiques de santé publique. En ce sens, l'HAS a publié un rapport (15) prouvant qu'une augmentation de 5% du taux d'allaitement maternel conduirait à une économie de 2,7 milliards d'euros, et cela par les seules dépenses liées aux pathologies des jeunes nourrissons (0 à 6 mois). Mais sur le sujet de l'allaitement, nous sommes peu sensibilisés à l'écoute du ressenti, de la personnalité, de l'histoire d'une femme qui n'osera pas forcément se dire : « ce choix ne me convient pas, à moi en tant que mère, mais aussi que femme, et il ne respecte pas mon histoire ». Cette sensibilisation semble indispensable à un meilleur accompagnement, qui peut-être favorisera une augmentation du taux d'allaitement maternel mais qui, j'en suis sûre, permettra un choix libre et éclairé.

### **3.3 Limites et forces de l'étude**

#### **3.3.1 Biais et limites de l'étude**

L'effectif réduit de notre population par rapport aux études existantes de la littérature est une véritable limite qui diminue la puissance de nos résultats. La difficulté à récupérer les questionnaires après leur distribution à jouer en notre défaveur ; les patientes oubliant régulièrement de les rendre après leur consultation. De même la différence d'effectif entre nos deux populations (allaitement maternel et alimentation artificielle) influe en ce sens. Cependant, cette différence s'est révélée représentative des souhaits en termes de mode d'alimentation du nouveau-né dans la population générale.

On retient un probable biais de neutralité du questionnaire, ce dernier n'étant pas validé par une étude préexistante. Cependant sa construction a été faite de telle sorte à associer des questions aussi bien sur l'AA que sur AM. Par ailleurs, nous gardons en tête que les documents à disposition des patientes, qui nous ont aidé à construire notre questionnaire, n'ont certainement pas été lus par la totalité de notre population. Ceci représente un biais d'information.

En ce qui concerne le score établi, aucun score numérique d'évaluation des connaissances validé n'a été retrouvé. La définition des catégories « connaissances insuffisantes », « connaissances moyennes » et « connaissances suffisamment bonnes » a été mise au point de façon personnelle et subjective. Notre enquête aurait plus de valeur et de puissance si ce score pouvait être étudié et validé lors d'une prochaine étude.

Enfin, les quatre possibilités de choix en termes de mode d'alimentation (allaitement maternel, alimentation artificielle, alimentation mixte et absence de décision) n'ont pas pu être comparées statistiquement. Cela aurait induit un risque d'erreur statistique non maîtrisé. Il serait alors intéressant de réaliser une prochaine étude sur de plus gros échantillons.

### 3.3.2 Forces de l'étude

Ce travail est à notre connaissance le seul ayant étudié le choix du mode d'alimentation du nouveau-né au 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse en France, en termes de connaissances préalablement acquises. Grâce aux données de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) nous savons que notre étude est représentative de la population générale française en ce qui concerne l'âge des patientes et le niveau d'étude. (49,50)

La sélection préalable de notre population a permis de limiter les biais d'inclusion (futures primipares, de grossesse monozygote, au 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse), ainsi seules deux patientes ont été exclues suite à la contre-indication supposée de leur pathologie avec l'allaitement maternel. Le biais de sincérité des réponses a été limité par les justifications demandées aux questions de connaissances.

Des retours de sages-femmes et médecins des services concernés ont montré que la distribution du questionnaire avant une consultation obstétricale incitait les femmes à interroger leur professionnel de santé sur le sujet abordé, et donc à ouvrir la discussion du mode d'alimentation de leur enfant à venir.

Par une évaluation des connaissances des femmes en matière d'alimentation du nouveau-né, ce travail propose une évaluation des pratiques des professionnels de santé.

Ce travail nous a permis d'aborder la question du choix de l'alimentation du nouveau-né d'une façon différente. En voulant nous assurer de la bonne information des femmes dans leur parcours de soins, nous avons appris à les écouter. La réalisation d'entretien aux cours de mes stages pour développer mes connaissances et l'écoute de nombreux témoignages nous ont permis de nous mettre en retrait pour accueillir la demande du patient et proposer un accompagnement adapté, dans un temps et à un moment donné.

## Conclusion

Notre étude a montré que le manque de connaissances en matière d'alimentation du nouveau-né aurait un impact négatif dans la décision d'allaiter. Par ailleurs, les femmes de notre population ont majoritairement peu de connaissances en ce qui concerne l'allaitement maternel ou l'alimentation artificielle et seule une minorité a reçu une information pendant sa grossesse. Ce déficit d'information n'a pas pu être comblé par la participation à une séance de préparation à la naissance et à la parentalité. Pourtant, une participation à une de ces séances a un effet positif en faveur de l'allaitement maternel. De plus, les femmes ne semblent pas souffrir de ce manque d'information. Ainsi, les connaissances qui permettent de faire un choix éclairé et raisonné ne semblent pas pouvoir à elles seules régler le problème du taux d'allaitement français, toujours plus bas que la moyenne des pays européens. Alors que les femmes veulent prendre la décision qui est la bonne pour leur bébé, elles oublient de s'inclure dans ce couple et de se demander ce qui est bon pour elle. Ce choix est une expérience globale qui implique profondément la mère ; sentiment de plaisir et de lien extrêmement fort ou alors, obstacle insurmontable et sentiment de mal être. Ce travail nous a permis de comprendre que le choix du mode d'alimentation du nouveau-né est un choix bien plus complexe et qui ne peut se résumer à un manque d'information et de connaissances des femmes. C'est pour cela que nous proposons un plan d'action (Annexe IX) pour aider les femmes à prendre la décision qui leur convient le mieux en tant que femme mais aussi nouvellement mère, et ainsi à les accompagner au mieux dans leur parcours de parentalité.

L'un des rôles de tout professionnel de santé est d'apporter les informations relatives à tous les actes concernant les patients. A l'information s'ajoute systématiquement une part d'écoute et de bienveillance qui ne peuvent être soustraites lorsqu'il s'agit de l'alimentation du nouveau-né. En tant que soignant nous nous devons d'informer les femmes, mais aussi de leur permettre de développer leur personnalité en tant que mère et d'accepter leur histoire en tant que femme.

Mais alors est-il vraiment nécessaire de leur demander de choisir entre deux modes d'alimentation ? Des connaissances suffisantes et une confiance dans les capacités de décision de chaque mère devraient permettre aux futures mères de ne plus avoir à répondre de façon binaire à la question « Voulez-vous donner le sein ou le biberon ? » mais de trouver en elles la réponse qui leur convient. Ainsi l'alimentation du nouveau-né ne serait pas un choix arrêté mais un choix en évolution selon leurs propres ressentis et leur propre histoire.

## Références bibliographiques

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS): Allaitement maternel. WHO. Disponible à partir de URL: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/fr/)
2. Programme National Nutrition Santé (PNNS) Allaitement Maternel. Les bénéfices pour la santé de la mère et de l'enfant, 2005.
3. Turck D, Vidailhet M, Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, Chouraqui J-P, *et al.* Breastfeeding: health benefits for child and mother. Arch Péd. 2013;20(S2):S29-48.
4. HAS : Favoriser l'allaitement maternel Processus - Évaluation 2006. Disponible à partir de URL: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_449049/fr/favoriser-l-allaitement-maternel-processus-evaluation](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_449049/fr/favoriser-l-allaitement-maternel-processus-evaluation)
5. HAS : favoriser l'allaitement maternel processus - évaluation fiche de présentation 2006. Disponible à partir de l'URL: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/favoriser\\_lallaitement\\_maternel\\_processus\\_-\\_evaluation\\_synthese\\_2006.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/favoriser_lallaitement_maternel_processus_-_evaluation_synthese_2006.pdf)
6. European Commission. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. 2004. Disponible à partir de l'URL : [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2002/promotion/fp\\_promotion\\_2002\\_frep\\_18\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf)
7. Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB).12 recommandations 2016. Disponible à partir de URL: <https://amis-des-bebes.fr/pdf/12-recommandations-IHAB.pdf>
8. Midal F. L'art de l'allaitement maternel. La Leche League: coll évolution ed Pocket 2012.
9. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) Enquête de périnatalité. Rapport 2016. Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010. 2017. Disponible à partir de l'URL:<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese-enp2017.pdf>
10. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Code international de commercialisation des substituts du lait maternel : synthèse des mesures prises par les Etats Membres de l'OMS et autres parties intéressées de 1994 à 1998. Disponible à partir de l'URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63918/1/WHO\\_NUT\\_98.11\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63918/1/WHO_NUT_98.11_fre.pdf)
11. World Health Organization (WHO): International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. 1981. Disponible à partir de l'URL [http://www.who.int/nutrition/publications/code\\_english.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf)
12. World Health Organization (WHO): The international code of marketing of breast-milk substitutes. Frequently Asked Questions; 2017. Disponible à partir de l'URL: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/breastmilk-substitutes-FAQ2017/en/>

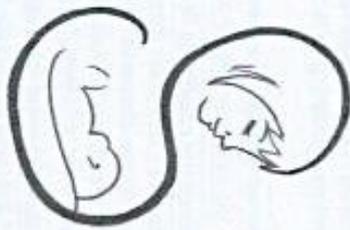
13. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Geay B, *et al.* durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. *Bull Epidemiol Hebd.* 2015;(29):522-32.
14. César C. Déterminants sociaux de l'allaitement *in* Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique INPES 2014 p267-307 Disponible à partir de l'URL: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6522/?sequence=16>
15. Turck D. Plan d'action : Allaitement maternel. 2010. Disponible à partir de l'URL: <https://reseauprosante.fr/files/santepublique/Plan-d-action-Allaitement-maternel.pdf>
16. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013. Disponible à partir de l'URL: [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com).
17. Capponi I. Allaitement maternel : liberté individuelle sous influences. *Devenir.* 2013;25(2):117-36.
18. Badinter E. *Le conflit : la femme et la mère.* ed Flammarion;2011.
19. Didier Lett, Morel M-F. *Une histoire de l'allaitement.* Paris: ed la Martinière;2006.
20. Thirion M. *L'allaitement.* Coll Bibliothèque de la famille. ed Albin Michel;2014.
21. Didierjean-Jouveau CS, « L'allaitement est-il compatible avec le féminisme ? », ed Eres Spirale (no 27), 2003 p. 139-147.
22. Grède J. *Sein ou biberon ? Choisis ton camp !* Coll témoignage doc ed. La boîte à pandore 2014. 137p
23. Otmani C, Ibanez G, Chastang J, Hommey N, Cadwallader JS, Magnier AM, *et al.* Role of the mother's family environment in the initiation of breastfeeding. *Santé Publique* 2015;27(6):785-95.
24. Branger B, Lestien R, Crine F, Picherot G, Gérard C. Les motivations psycho-sociales dans le choix du mode d'alimentation du nouveau-né. *Ann Pédiatr* 1988;35(7):519-23.
25. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Allaitement maternel - Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. 2002. Disponible à partir de l'URL: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement\\_recos.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf)
26. Gojard S. L'allaitement : une pratique socialement différenciée. *Rech Prévisions.* 1998;53(1):23-34.
27. Godbout JM, Goldsberry WN, Franklin TE. Factors Associated with Infant Feeding Choices in the Adolescent Population. *J Hum Lact.* 2016;32(4):642-647.
28. Anonyme « Cachez ce sein que je ne saurais voir », ed Eres Spirale 2003 (no 27), p. 151-153.
29. Soulé M, Blin D. Avant propos. *In: L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre.* Coll A l'aube de la vie ed Erès:7-9.
30. Prat R. « L'érotique maternel. Psychanalyse de l'allaitement. » de Hélène Parat. *Revue française de psychanalyse.* 2002;66:277-82.

31. Faniel A. L'allaitement : choix délibéré et pression sociale. Centre d'Expertise et de Ressources pour l'Enfance (CERE). 2014. Disponible à partir de l'URL: [http://cere-asbl.be/IMG/pdf/8\\_allaitement\\_def.pdf](http://cere-asbl.be/IMG/pdf/8_allaitement_def.pdf)
32. Hôpital de Montréal pour enfants. Les mythes sur l'allaitement. 2006. Disponible à partir de URL: <http://www.hopitalpourenfants.com/infos-sante/pathologies-et-maladies/les-mythes-sur-lallaitement>
33. Scoccianti C, Key TJ, Anderson AS, Armaroli P, Berrino F, Cecchini M et al European Code against Cancer 4th Edition: Breastfeeding and cancer. *Cancer Epidemiol.* 2015;39 Suppl 1:S101-6
34. Blyton DM, Sullivan CE, Edwards N, Lactation is associated with an increase in slow-wave sleep in women, *J Sleep Res* 2002 ; 11(4) : 297-303.
35. Nafstad P, Jaakkola JJ, Hagen JA, Botten G, Kongerud J. Breastfeeding, maternal smoking and lower respiratory tract infections, *Eur Respir J* 1996 ; 9 : 2623-29.
36. Benamer S, Vianey C. Les déterminants du choix de l'allaitement artificiel et le vécu de ce choix chez les mères non allaitantes. Thèse UFR de Médecine Lyon-Est; 2016.
37. Croze F. Comment les femmes ont-elles choisi le mode d'alimentation de leur premier enfant ? Entretiens auprès de femmes issues de trois générations différentes. Mémoire UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux site de formation maïeutique de Bourg en Bresse; 2016.
38. Gojard S. L'allaitement, une norme sociale, *Spirale* 2003 (n° 27) ed Eres p. 133-137.
39. Vilain A. Les derniers chiffres de l'allaitement en France. *Etudes & Résultats DRESS* 2016; n°958.
40. Turck D. Les bénéfices santé de l'allaitement. *La Santé de l'homme.* 2008;(408):21-22.
41. Gojard S. Etat des connaissances Approche sociologique de l'allaitement maternel en France. *La Santé de l'homme.* 2008;(408):17-18.
42. Pillot M. La situation de l'allaitement maternel en France. *La Santé de l'homme.* 2008;(408)19-20.
43. Guigui Gina, « Connaissances et méconnaissances des mères sur l'allaitement », *Devenir.* 2007; 3 (19) : 261-297.
44. Siksou J. Allaiter : au sein ou au biberon ? *In: L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre.* Coll A l'aube de la vie ed Erès:47-66.
45. Blin D, Cerutti SM. Mon lait est bon, mon lait n'est pas bon. *In: L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre.* Coll A l'aube de la vie ed Erès:87-94.
46. Kong SK, Lee DT. Factors influencing decision to breastfeed. *J Adv Nurs* 2004; 46: 369-79. 36
47. Haute Autorité de Santé (HAS) : Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandations professionnelles, 2005. Disponible à partir de URL : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

48. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) Pour une Politique Nutrition Santé en France - PNNS 2017-202. Avis et Rapports, 2017.
49. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Nés vivants selon l'âge de la mère et la situation matrimoniale des parents. Année 2016.
50. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Niveaux de formation. Disponible à partir de URL: <file:///C:/Users/giraudpa/Downloads/T16F104.pdf>

# Annexes I : Fiche d'information sur l'allaitement maternel CHLS

## INFORMATION SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL



Le lait maternel est le meilleur aliment pour le bébé. Toutes les femmes sont capables de produire du lait pour nourrir leur enfant, avec l'aide et le soutien du papa.

Il est important de laisser le bébé téter le plus souvent possible les premiers jours pour permettre la fabrication du lait. Plus le bébé tète, plus le lait se fabrique. Les bébés peuvent téter entre 8 à 12 fois par jour. Il est donc normal que l'enfant réclame toutes les heures parfois, toutes les 3 ou 4 heures à d'autres moments. Il est également normal que l'enfant pleure beaucoup durant les premières nuits après l'accouchement, car en tétant il favorise la fabrication de lait.

*Je peux manger de tout pendant l'allaitement... ?*

### BENEFICES DE...

#### Pour le nouveau-né

- Favorise lien mère-enfant
- Lait maternel adapté au nouveau-né et qui se modifie en fonction de ses besoins. Très digeste, il ne fatigue ni les reins ni le foie, et diminue les gaz.
- Meilleure défense face aux infections
  - gastro intestinales
  - respiratoires
  - ORL
- Prévention de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent
- Diminution des allergies
- Nouveau-né prématuré :
  - morbidité plus basse
  - séjours plus courts

*Mon lait est moins bon que le lait artificiel, donc il n'est pas bon ?*

**FAUX !** Le lait artificiel ne tente qu'une chose, c'est égaler la composition du lait maternel. Or, le lait maternel contient tout ce qu'il faut pour votre enfant, et s'adapte à ses besoins. Il est assez concentré même quand il est pâle.

**VRAI !** Aucun aliment ne doit être évité, sauf l'alcool. L'alcool passe dans le lait.

### ... L'ALLAITEMENT MATERNEL.

#### Pour la mère

- L'application de lait favorise la cicatrisation des mamelons.
- Diminution du risque hémorragique du post-partum
- Consommation de calories qui entraîne une perte de poids plus rapide surtout en cas d'allaitement prolongé.
- Protection contre les cancers du sein et de l'ovaire



*Il faut espacer les tétées de 3 heures ?*

**FAUX !** Votre bébé peut avoir besoin de téter toutes les heures.

Aujourd'hui, la maman qui fait le choix de ne pas allaiter n'aura pas de médicament pour arrêter la lactation. Si le bébé ne tète pas, le lait ne sera pas fabriqué.

*Mon conjoint a peur de ne pas trouver sa place ?*

**FAUX !** La relation avec un bébé ne se limite pas à l'alimentation.



*Je suis fatiguée  
donc je n'aurai  
pas assez de lait ?*

**FAUX !** Bien sûr, le stress et la fatigue diminuent la fabrication de lait. Mais 95 à 99% des femmes produisent suffisamment de lait si le bébé tète aussi souvent qu'il y croit. C'est lui qui régule la production de la quantité de lait qu'il lui faut. La fatigue est liée à l'accouchement et à l'arrivée d'un bébé, et non au mode d'alimentation choisi.

L'hormone de la lactation aide la maman à bien dormir. De plus, le temps de sommeil est similaire chez la maman et le nouveau-né est nourri au lait maternel ou au lait artificiel.

Au début, le lait s'appelle le colostrum. Il est jaune, très riche, et contient tout ce qui est nécessaire au nouveau-né en quantité et en qualité. On pourrait le comparer à de la gelée royale. Si le bébé boit, il éliminera le méconium (première selle noire) dès le premier jour et fera des petits pipis. Une fois qu'il aura tété suffisamment, vous verrez apparaître les selles d'allaitement jaunes (environ 4 fois par jour) et des gros pipis.

*Je fume, je  
ne dois pas  
allaiter ?*

**FAUX !** Même si vous fumez, l'allaitement est bénéfique pour votre bébé.

## VOS CONTACTS

**Pendant la grossesse**, il est important de poser toutes vos questions sur l'allaitement maternel :

- N'hésitez pas à en parler au professionnel qui suit votre grossesse, ou lors de la préparation à l'accouchement

- Il existe des séances d'information spécifiques sur l'alimentation et l'accueil du nouveau-né proposés au CHLS. Vous pouvez prendre rendez-vous au 04 78 86 56 18.

- Vous pouvez également aller dans les maisons du Rhône pour des temps d'allaitement, une fois par mois : sur Oullins avec R.Renaud (04 72 66 34 90) ; sur St-Génis-Laval et Ste-Foy-les-Lyon avec M.Ehrmann (06 15 27 67 65).

- Les associations (Galactée, ...) vous permettent de rencontrer des mamans allaitantes et leurs bébés, et de participer à des réunions afin de répondre à toutes vos interrogations.



*Je ne vais pas pouvoir allaiter  
longtemps, donc ça ne sert à  
rien que je commence ?*

**FAUX !** Il est toujours bon pour le nouveau-né de recevoir du lait maternel, et de retarder au maximum l'introduction des laits artificiels.

**Lors de votre séjour à la maternité :**

L'équipe soignante est à votre disposition pour l'accompagnement de votre allaitement. En cas de besoin, une conseillère en lactation pourra vous rencontrer.

**De retour à domicile :**

Vous n'êtes pas seule ! De nombreuses personnes et structures peuvent vous soutenir pour la poursuite de la lactation

→ les sages-femmes libérales : leurs coordonnées sont sur le site : <http://sages-femmes-rhone.org>

→ les professionnels des maisons du Rhône/PMU ou vous pouvez notamment faire passer votre bébé. Dans chaque maison du Rhône, chaque semaine, à l'heure temps « info-bébé », sans rendez-vous. Retrouvez leurs adresses sur le site <http://www.rhone.fr/mtdr>.

→ Une consultation allaitement est ouverte à la maternité du CHLS du lundi au jeudi sur rendez-vous au 04 78 86 56 18, 04 78 86 56 99.

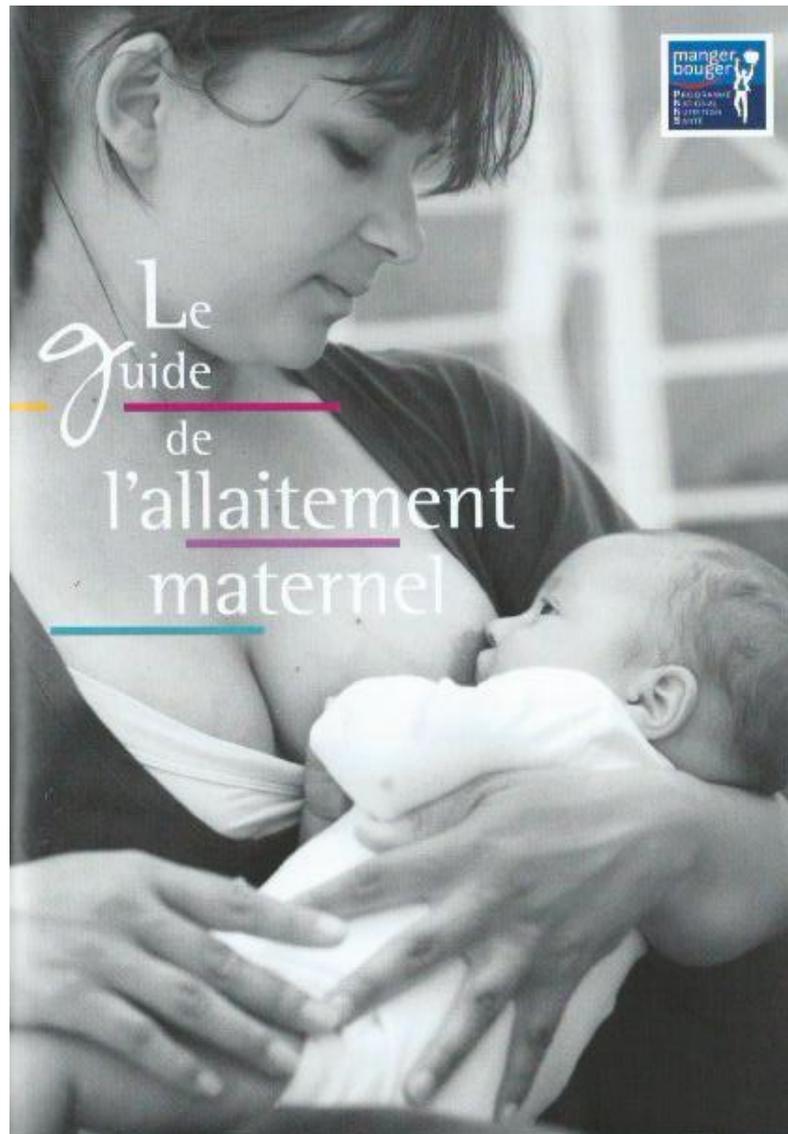
→ Les associations pour l'allaitement maternel  
Galactée : [www.galactee.org](http://www.galactee.org) ou 04 72 07 01 00  
Leche league : <http://www.lifrance.org>

→ a pharmacovigilance : Vous avez un doute sur un traitement, appelez le 04 72 11 69 97

→ Le lactarium : Vous avez trop de lait, vous désirez le donner pour qu'il profite à d'autres enfants, n'hésitez pas à appeler au 04 72 00 41 43.

En cas de difficultés, contactez votre sage-femme, votre médecin traitant ou la maternité du CHLS.

## Annexes II : Le Guide de l'allaitement maternel par le Programme National Nutrition Santé





## Vous établissez un lien privilégié

### • Un corps à corps tendre

L'allaitement induit des contacts peau à peau fréquents; le toucher joue un grand rôle pour le nouveau-né qui prend connaissance du monde qui l'entoure à travers ces premiers contacts.

### • Une odeur reconnue

Le bébé reconnaît l'odeur de sa mère et celle de son lait, tout comme la mère sait distinguer l'odeur de son bébé. Or le lien d'attachement se tisse aussi autour de l'odeur reconnue.

### • Vous renforcez votre confiance mutuelle

- La confiance de votre bébé envers vous, qui comblez sa demande.
- Votre confiance en vous en tant que mère qui se voit et se sent compétente.
- La confiance envers votre bébé que vous apprenez à écouter.

## Vous lui donnez la meilleure alimentation

- **Le lait maternel couvre tous les besoins de votre bébé** et contient les vitamines, sels minéraux, oligoéléments, sucres, graisses, protéines dont votre bébé a besoin pour bien grandir, le tout en justes quantités.

### • Le lait maternel évolue constamment selon les besoins de votre enfant.

Sa composition varie au cours de la tétée, en s'enrichissant en graisses au fur et à mesure que le sein se vide ou lorsque les tétées se rapprochent, mais aussi au cours de la journée et au fil des mois pour s'adapter aux besoins du bébé qui grandit.

## Vous favorisez sa santé

- **La composition du lait maternel en protéines, en acides gras et en minéraux est parfaitement adaptée à votre enfant**: elle évolue au fil des semaines mais également pendant la tétée.

- **Le lait maternel favorise la bonne digestion**. Très digeste, il ne fatigue ni les reins ni le foie et diminue les gaz.

Il permet aussi :

- **Une protection contre les microbes grâce à vos anticorps** : votre bébé n'ayant pas encore un système de défense immunitaire bien développé, il profite du votre, grâce à votre lait.
- **Une protection contre les allergies**. Le lait maternel contribuerait à réduire le risque d'allergies des enfants qui sont prédisposés au niveau familial.
- **Une prévention de l'obésité** : les bébés allaités au sein sembleraient moins exposés au risque d'obésité pendant l'enfance et l'adolescence.

## Vous protégez aussi votre santé

- L'allaitement accélère les contractions de l'utérus, lui permettant de reprendre sa place plus rapidement après l'accouchement.
- Il diminue les risques de certains cancers, comme celui de l'ovaire et du sein.
- Il diminuerait le risque d'ostéoporose.

## Comment vous préparer à l'allaitement ?

### • Sachez que votre corps se prépare tout seul à allaiter

Dès le début de la grossesse, les seins augmentent de volume, l'aréole prend une couleur plus foncée et les mamelons deviennent plus durs et plus saillants, avec parfois quelques écoulements de colostrum (voir définition du colostrum page 22) en fin de grossesse. Aucune préparation pour « endurcir » les mamelons et éviter les crevasses n'est nécessaire avant d'allaiter.

### • Informez-vous et échangez

Documentez-vous sur l'allaitement, posez des questions autour de vous, rapprochez-vous des femmes de votre entourage qui ont allaité, suivez les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, participez aux réunions des associations de soutien à l'allaitement... (voir ressources et adresses page 59).

## "Je prends des médicaments"

Beaucoup de médicaments sont compatibles avec l'allaitement. Si ce n'est pas le cas, un autre médicament peut le plus souvent vous être proposé. Mais attention, pas d'automédication ! Ne prenez pas de traitement sans demander conseil à votre médecin, votre sage-femme ou votre pharmacien. Ils tiendront compte également de l'âge et du poids de votre bébé : un médicament peu recommandé pour un nouveau-né n'aura en effet peut-être aucune incidence sur un enfant de six mois ou un an.

## "Je fume"

Vous savez bien sûr qu'il est préférable de ne pas fumer, et arrêter de fumer est toujours bénéfique, à n'importe quel moment de la grossesse, pour la santé de votre enfant comme pour la vôtre. Cependant, si vous fumez, sachez qu'il est toujours préférable d'allaiter votre bébé plutôt que de le priver de votre lait. Quelques conseils : diminuez au maximum votre consommation, fumez bien entendu à l'extérieur, loin du bébé, et attendez si possible 2 heures après avoir fumé avant de lui donner le sein (ce temps permet de diminuer la concentration de nicotine dans le lait). Les autres substances toxiques comme le cannabis sont à proscrire.

## "J'ai peur d'avoir les seins abîmés"

L'allaitement n'abîme pas les seins, c'est surtout la grossesse qui peut transformer les seins. Il faudra juste porter un bon soutien-gorge d'allaitement qui soutient sans comprimer.

## "Allaiter cela fait grossir"

Bien au contraire ! Pour beaucoup de femmes, l'allaitement favorise le retour au poids d'avant la grossesse au bout d'une période allant de quelques mois à un an. Une femme qui allaite n'a pas besoin de manger plus pour produire du lait, ni de se forcer à boire énormément. Allaiter permet même de dépenser des calories !



## "J'ai une question..."

Beaucoup d'inquiétudes sont liées au manque d'informations et à des idées fausses qui circulent sur l'allaitement au sein.

### "Est-ce que j'aurai assez de lait ?"

Il est rare de manquer de lait. Une fois l'allaitement démarré, il n'y aura pas de problème à partir du moment où votre enfant tête de façon fréquente et « efficace », car c'est la succion du bébé qui entretient la fabrication du lait (voir page 26). L'important est de se faire confiance : les associations de soutien à l'allaitement peuvent vous y aider (voir page 59).

### "Mon lait sera-t-il assez nourrissant ?"

Oui, votre lait sera toujours suffisamment nourrissant pour votre bébé. Le lait maternel est toujours doté de tout ce qu'il faut ! (voir pages 6 et 7).

### "Il paraît que ça fait mal..."

Ce qui peut faire mal, c'est une mauvaise position du bébé quand il tète. Vous allez trouver dans ce guide comment bien installer votre bébé au sein et au bout de quelques jours, votre bébé et vous aurez adopté les bons gestes (voir pages 20 et 21). La première semaine, les mamelons peuvent être sensibles, voire un peu douloureux. C'est un phénomène normal et transitoire. Si cela persiste, n'hésitez pas à demander conseil à un professionnel.



### "Puis-je boire de l'alcool ?"

Si un verre occasionnel ne semble pas présenter un risque particulier, il convient cependant par prudence **d'éviter toute boisson alcoolisée pendant la durée de l'allaitement.**

### "Je vais être trop fatiguée"

À la suite d'une grossesse, d'un accouchement et avec un nouveau-né à la maison qui demande des soins constants, il est normal d'être fatiguée. L'allaitement offre de nombreux avantages : sans préparation, vous disposez d'un lait à bonne température, que vous pouvez donner allongée. Il est vrai que donner le sein demande beaucoup de disponibilité, mais essayez de profiter des tétées pour vous détendre, vous reposer et câliner votre bébé. (voir *Comment faire pour ne pas être fatiguée par les tétées de nuit ?* page 41).

### "Je ne pourrai pas allaiter longtemps. Est-ce que ça vaut la peine que je commence ?"

Oui. L'allaitement maternel, même de courte durée, est bénéfique pour votre santé et celle de votre bébé. Si vous reprenez votre travail, essayez de continuer à allaiter votre enfant le matin et le soir, les week-ends... C'est bien pour lui et en général c'est aussi gratifiant pour vous.

**Annexes III :**  
**Le Guide nutrition de la naissance à trois ans -**  
**La santé vient en mangeant**  
**par le Programme National Nutrition Santé**



## POURQUOI ET COMMENT ALLAITER MON BÉBÉ ?

**V**ous allez avoir un bébé et vous aimeriez bien l'allaiter. Mais des questions se bousillent dans votre tête : est-ce que ça vaut vraiment la peine ? Comment vais-je m'y prendre ?

### Pourquoi allaiter ?

#### UN « PLUS » POUR VOTRE ENFANT

Votre lait est parfaitement adapté aux besoins et au développement de votre bébé et favorise sa bonne santé. Il est supérieur aux « laits » infantiles et au lait de vache.

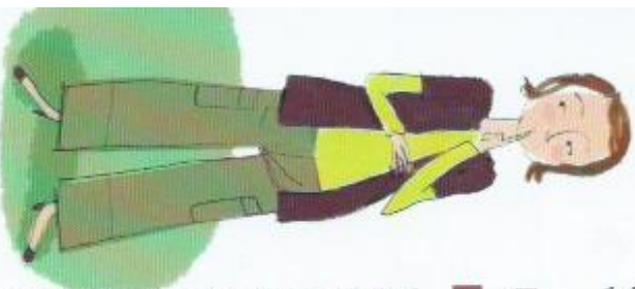
Le lait maternel évolue constamment selon les besoins de votre enfant pour s'adapter à sa croissance, au fil des semaines, et même durant la tétée.

Il réduit les risques d'infections (en particulier gastro-intestinales).

Il contribue à prévenir les allergies chez les enfants, en particulier ceux qui sont prédisposés au niveau familial.

Il pourrait diminuer les risques de diabète et d'obésité, même si, aujourd'hui, il est difficile de savoir si c'est dû uniquement à l'allaitement.

Quand votre enfant sera grand, vous lui direz que vous l'avez allaité, cela fera partie de son histoire familiale.



4

#### UN « PLUS » POUR VOUS

Pour vous aussi, l'allaitement est un vrai « plus », même si les débuts peuvent être parfois un petit peu difficiles. Surtout, ne vous découragez pas ! Les premiers jours, vous aurez l'impression que l'allaitement est très exigeant. Mais, très vite, les avantages l'emporteront sur les petits inconvénients de la mise en route.

L'allaitement favorise la réduction du volume de l'utérus à la suite de l'accouchement.

Il aurait un effet protecteur contre certains cancers, comme celui du sein.

Les moments partagés ensemble à cette occasion vous laisseront des souvenirs inoubliables.

Pas besoin de préparer de biberon en pleine nuit, rien à prévoir en cas de sortie ou de voyage... L'allaitement permet de répondre rapidement aux demandes de votre bébé.



**L'ÉQUILIBRE DE BUDGET EN PLUS**  
Allaiter votre bébé au sein est de loin la formule la plus économique : par rapport à celui de « laits » infantiles, pas de biberon...

#### Vous hésitez encore ?

Reportez-vous à la rubrique « Toutes les questions que vous vous posez », p. 9. Vous y trouverez les réponses à vos doutes. Mais de toute façon, la décision d'allaiter puis de poursuivre l'allaitement appartient à chaque femme, à chaque couple, et tous les choix sont respectables.

#### Vous êtes partante ?

Voici des conseils pour bien allaiter votre bébé.

### Combien de temps allaiter ?

L'allaitement maternel est recommandé de façon exclusive jusqu'à 6 mois, et au moins jusqu'à 4 mois pour un bénéfice santé.

Mais, même de plus courte durée, l'allaitement reste toujours recommandé.

#### 4 mois

#### 4 mois révolus

Lorsqu'on parle de nombre de mois, on parle en mois révolus. Ainsi : 4 mois = 4 mois révolus, c'est-à-dire jusqu'au début du 5<sup>e</sup> mois.

6 mois =

6 mois révolus,

c'est-à-dire jusqu'au début du 7<sup>e</sup> mois.

5 ALLAITER mon bébé



1  
Installez-vous confortablement.

- **En position assise** Choisissez un siège qui soutient votre dos, si possible avec des accoudoirs pour poser votre bras.
- **Au lit** Calez bien votre dos avec deux oreillers.



2  
Positionnez bien le corps de votre bébé.

- Il doit avoir le ventre contre vous, le visage face au sein, pour qu'il n'ait pas besoin de tourner la tête pour l'attraper. Glissez son bras sous votre aisselle pour qu'il ne soit pas gêné.

## Allaitement mode d'emploi

### LES PREMIERS JOURS SONT DÉTERMINANTS POUR RÉUSSIR VOTRE ALLAITEMENT

- Votre bébé doit têter le plus tôt possible après l'accouchement, même s'il naît par césarienne. C'est important pour favoriser votre montée de lait. Il suffit juste de le laisser faire car il sait têter... tout seul !
- Posez-le sur votre ventre. Guidé par ses réflexes et son odorat, il cherchera instinctivement votre sein.
- À la maternité, on doit vous aider dans votre démarche. S'il n'est pas le cas, insistez pour qu'on laisse votre bébé près de vous aussitôt après l'accouchement, ainsi que la nuit. N'hésitez jamais à demander de l'aide pendant votre séjour à la maternité.

### LA BONNE MISE EN ROUTE

- Allaiter, ce n'est pas à la demande, sans limiter le nombre de tétées ni leur durée. C'est la meilleure façon de satisfaire les besoins de votre bébé et d'avoir suffisamment de lait les premiers jours.
- Évitez de donner en complément des biberons de « lait » infantile. Ils diminueraient votre production de lait, stimulée par la tétée. C'est seulement lorsque l'allaitement sera bien installé (au-delà de 4 à 6 semaines) que vous pourrez éventuellement en proposer, si vous ne pouvez pas allaiter de façon exclusive.
- Si vous devez vous absenter, vous pouvez utiliser un

tire-lait mécanique ou électrique (joué en pharmacie, remboursé par la Sécurité sociale) pour préparer des biberons. Il est également possible de recueillir son lait par un massage spécifique des seins : le massage aréolaire. Votre production de lait restera constante. Le lait maternel se conserve au réfrigérateur le moins longtemps possible (maximum 24 h) dans la partie la plus froide, entre 0 et 2 °C et plusieurs semaines au congélateur. Pour réchauffer un lait congelé, passez-le sous l'eau chaude mais évitez le four à micro-ondes, qui détruit les éléments anti-infectieux du lait maternel. En cas de surplus, pensez à donner votre lait à un lactarium.

- **Soin quotidien** : inutile de laver vos seins avant et après la tétée. Votre toilette quotidienne habituelle est suffisante.

 **Le bon réflexe** — Vérifiez bien, à l'aide d'un thermomètre de réfrigérateur, que votre frigo est bien réglé.

### COMMENT SAVOIR SI TOUT SE PASSE BIEN ?

- Côté maman**
  - Vous éprouvez des sensations de chaleur, de picotement et de tension dans le sein tété, un écoulement dans l'aisselle.
  - Votre utérus se contracte.
  - Vous avez soif : n'hésitez pas alors à boire beaucoup d'eau.
  - Vous ressentez un bien-être en fin de tétée.
- Côté bébé**
  - Après quelques minutes d'attente, le lait arrive en jets et votre bébé déglutit.



3  
Placez sa tête.

- Le simple contact du mamelon aux alentours de sa bouche pousse votre bébé à l'ouvrir en grand et à tirer la langue. Placez sa tête pour qu'il puisse attraper la plus large partie de l'aréole, pas uniquement le bout du sein. Pensez à lui dégager le nez pour qu'il puisse mieux respirer. Ne soulevez pas votre sein en tirant sur la peau au-dessus de l'aréole : votre bébé saisirait mieux l'ensemble du mamelon s'il est relâché.

## Annexes IV

### Questionnaire Allaitement maternel ou alimentation artificielle : Lorsqu'il faut faire un choix.

Chères futures mamans,

Je suis Emma Guilbert, **étudiante sage-femme**, et je fais actuellement un mémoire sur **le choix que vous effectuez pendant votre grossesse sur la future alimentation de votre bébé**.

Voici quelques questions pour nous aider, nous professionnels de santé à mieux comprendre ce qui guide votre choix, et donc à **mieux vous soutenir dans votre décision**.

**Ce questionnaire est destiné aux futures mamans au 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse (7, 8 et 9<sup>e</sup> mois), n'ayant pas encore d'enfant et attendant un seul bébé.**

*Répondre à ce questionnaire prend au maximum 10 mn.*

*Ce questionnaire est anonyme et ce n'est pas un examen ! Dites-nous ce que vous pensez en toute sincérité.*

#### Tout d'abord, faisons connaissance.

Votre âge :

- < 20 ans
- 20 – 25 ans
- 26 – 30 ans
- 31 – 35 ans
- 36 – 40 ans
- > 40 ans

Votre niveau d'étude :

- formation n'allant pas au-delà du niveau de formation obligatoire (16 ans)
- sortie avec un niveau équivalent au CAP ou BEP ou au diplôme national du brevet
- sorties avec une formation de niveau Bac, Brevet de Technicien ou Brevet Professionnel
- sorties avec un diplôme de niveau Bac + 2 ans
- sorties avec un diplôme de niveau égale ou supérieur à Bac+3

Comptez-vous reprendre une activité professionnelle après votre congé maternité ?  Oui  Non

Si oui, au bout de combien de temps ?

- 0 à 3 mois
- 3 à 1 an
- > 1 an

Situation maritale :

- célibataire
- en concubinage
- pacsé
- mariée

Vous êtes enceinte de \_\_\_\_\_ mois.

Avez-vous une pathologie qui nécessite un traitement particulier ?  Oui  Non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Pensez-vous que ce traitement est contre-indiqué avec l'allaitement maternel ?  Oui  Non

## Alors, commençons...

*Vous pouvez cocher plusieurs réponses à toutes les questions de ce questionnaire.*

- 1) Aujourd'hui, quel type d'alimentation pensez-vous plutôt choisir ?  
 Sein    Lait artificiel    Je ne sais pas
- 2) Autour de vous, avez-vous vu des femmes allaiter et/ou avez-vous vous même été allaité ?  
 Oui    Non
- 3) Que pensez-vous quand vous étiez enfant :  
 Vous vous imaginiez maman.  
 Vous donniez le biberon à votre poupée.  
 Vous donniez le sein à votre poupée.  
 Vous n'avez jamais aimé jouer à la poupée.
- 4) Avez-vous confiance en vos capacités d'allaiter ?  
 Oui    Non
- 5) Pendant la grossesse, trouvez-vous que le regard et/ou le contact (main sur le ventre, proximité...) des autres à votre égard...  
 a changé, et cela vous gêne.  
 a changé, et cela vous valorise.  
 n'a pas changé.
- 6) Dans votre relation de couple, vos seins ont-ils une place importante ?  
 Oui    Non
- 7) La décision d'alimentation de votre enfant est un choix personnel mais par quoi d'autre est-elle impactée :  
 L'avis de votre conjoint  
 L'avis de votre famille  
 L'avis des professionnels de santé  
 Les médias  
 Les forums et internet  
 Vos collègues et votre situation professionnelle  
 Autre \_\_\_\_\_
- 8) Selon vous, les avantages avec l'alimentation artificielle sont ceux :  
 De ne pas risquer de devenir trop « fusionnel » avec votre bébé.  
 De pouvoir laisser votre bébé pour aller faire d'autres activités.  
 De rendre plus facile la reprise du travail.  
 De laisser le papa s'impliquer.  
 De rendre plus facile le retour à la sexualité.  
 Je ne suis d'accord avec aucune des propositions.
- 9) Ce qui est caractéristique de l'allaitement maternel et est important pour vous :  
 Il est moins cher.  
 Il permet à la mère de brûler des calories et de retrouver plus rapidement son ancien poids.  
 Il fait tomber les seins.  
 Il peut, sous certaines conditions, être un moyen de contraception.  
 Il favorise la relation mère/enfant.  
 Je ne suis d'accord avec aucune des propositions.
- 10) Le lait artificiel est :  
 du lait de femme    du lait de vache    Je ne sais pas

- 11) Le lait maternel est meilleur pour la santé des nourrissons que le lait artificiel :  
 Oui     Non  
Justifiez votre réponse : \_\_\_\_\_  
 Je ne sais pas
- 12) Par rapport à la préparation des biberons, le choix du lait et le matériel nécessaire, estimez-vous manquer d'informations ?  
 Oui     Non
- 13) Le lait maternel permet de diminuer l'obésité de l'enfant et de l'adolescent :  
 Oui     Non     Je ne sais pas
- 14) La fatigue et l'allaitement maternel :  
 Le stress et la fatigue peuvent diminuer la fabrication de lait.  
 La sensation de fatigue après une tétée est un signe positif associé à l'hormone de la lactation et donc à la production de lait.  
 La sensation de fatigue après une tétée empêche la mère de récupérer et se cumule à la fatigue de l'accouchement.  
 Le temps de sommeil est inférieur chez la maman qui nourrit son enfant au sein par rapport à la maman qui nourrit son enfant au biberon.
- 15) Si la maman n'allait pas, et que son bébé est **prématuré**, il est nourri :  
 Avec du lait artificiel  
 Avec du lait d'autres femmes  
 Je ne sais pas
- 16) Après l'accouchement, donner le sein permet de réduire le risque d'hémorragie :  
 Oui     Non     Je ne sais pas
- 17) Donner le sein est bon pour la santé de la mère, à long terme :  
 Oui     Non  
Justifiez votre réponse : \_\_\_\_\_  
 Je ne sais pas
- 18) Contrairement au biberon, au sein on a du mal à savoir si le bébé reçoit assez de lait.  
 Oui     Non     Je ne sais pas
- 19) Les femmes peuvent ne pas avoir assez de lait pour leur bébé :  
 Oui     Non  
Justifiez votre réponse : \_\_\_\_\_  
 Je ne sais pas
- 20) Une femme qui fume peut allaiter :  
 Oui     Non     Je ne sais pas
- 21) Le lait maternel peut être utilisé :  
 Pour nourrir un enfant de plus de 6 mois, associé à la diversification alimentaire.  
 Pour son pouvoir cicatrisant et immunologique sur les plaies (crevasse, soin du cordon, érythème fessier).  
 Comme collyre sur les conjonctivites.  
 Uniquement pour nourrir un bébé de moins de 6 mois.
- 22) Si vous ne vous sentez pas à l'aise avec le fait d'allaiter ou que vous ne voulez pas allaiter, vous pouvez si vous en avez envie :  
 Faire une seule tétée en salle de naissance.  
 Utiliser un tire lait pour donner votre lait dans un biberon à votre enfant.  
 Prendre un cachet qui empêche la mise en route de la lactation.  
 Prendre de l'homéopathie.

- 23) Si vous n'allaitiez pas :
- la lactation est arrêtée par le fait que le bébé ne tète pas.
  - la lactation est arrêtée uniquement à l'aide des médicaments.
  - le fait d'être en accord avec votre choix est primordial.
- 24) Lors d'un échec d'allaitement, qui est responsable ?
- La maman
  - Le bébé
  - Les soignants
  - L'entourage
  - Autre \_\_\_\_\_

### Informations reçues

- 25) Avez-vous reçu une information sur l'alimentation de votre enfant de la part du professionnel qui effectue votre suivi de grossesse ?
- Oui       Non
- 26) Connaissez-vous les associations de soutien à l'allaitement maternel ?
- Oui       Non
  - Vous seriez intéressée de les contacter et d'entendre le témoignage d'autres mamans.
- 27) Connaissez-vous l'existence des consultations d'allaitement ?
- Oui       Non
  - Vous seriez intéressée d'y participer.
- 28) Avez-vous suivi une préparation à la naissance qui aborde le sujet de l'allaitement ?
- Oui       Non
- Si OUI, cette séance :
- vous a aidé à prendre une décision.
  - vous a culpabilisé vis-à-vis de votre choix.
  - vous a semblé utile.
  - aurait du être réalisée plus tôt pendant la grossesse.
- 29) Face à votre choix de donner le biberon ou le sein à votre bébé :
- Vous vous sentez en accord avec votre décision.
  - Vous appréhendez.
  - Vous avez hâte.
  - Vous vous sentez coupable.
  - Autre \_\_\_\_\_
- 30) Vous sentez-vous assez informée pour choisir dans de bonnes conditions entre allaitement maternel et alimentation artificielle ?
- Oui       Non
- 31) Pensez-vous que votre choix ne pourra se confirmer que lorsque votre bébé sera « posé sur votre ventre » ?
- Oui       Non

**Je vous remercie infiniment du temps que vous avez bien voulu consacrer à ce questionnaire.**

Si vous avez des questions,  
Vous pouvez me contacter par mail à l'adresse suivante  
[emma.guilbert@etu.univ-lyon1.fr](mailto:emma.guilbert@etu.univ-lyon1.fr)

Emma GUILBERT  
Etudiante sage-femme

## Annexes V : Affiche

**Questionnaire**  
**Allaitement maternel ou alimentation artificielle**  
**: lorsqu'il faut faire un choix.**

**Vous attendez un bébé ?**

Sein ?

Biberon ?

Avis de l'entourage

Reprise du travail

Guerre sur internet entre  
« biberonnantes » et  
« allaitante »

Sensation intime  
qui vous guide vers  
le sein ou le biberon

Illustration Fanala

*Si je vous en parle c'est parce que je suis étudiante sage-femme et que c'est LE sujet de mon mémoire.*

**Si vous êtes intéressée** vous pouvez m'aider à mieux comprendre ce qui guide votre choix en **répondant à un questionnaire**. Vous les trouverez au niveau des secrétaires

Ce questionnaire est destiné aux futures mamans, au 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse (7, 8 et 9<sup>e</sup> mois), n'ayant pas encore d'enfant et attendant un seul bébé.  
Il est anonyme et prend au maximum 10mn.

**Une fois le questionnaire rempli, veuillez le déposer dans la pochette située à l'accueil.**

**ATTENTION :** Il est important que vous ne répondiez à ce questionnaire qu'une seule fois.

Si vous avez des questions,  
Vous pouvez me contacter par mail  
à l'adresse suivante [emma.guilbert@etu.univ-lyon1.fr](mailto:emma.guilbert@etu.univ-lyon1.fr)

Emma Guilbert  
Etudiante sage-femme

## Annexes VI : Score numérique d'évaluation des connaissances

### Détail du score A sur 7 points : score de bonnes réponses des femmes sur leurs connaissances générales dans les modes d'alimentation du nouveau-né.

- Le lait artificiel est :  
 du lait de femme       du lait de vache       Je ne sais pas

→ 1 point si la patiente a coché uniquement la réponse « du lait de vache ».

- Si la maman n'allaite pas, et que son bébé est **prématuré**, il est nourri :  
 Avec du lait artificiel  
 Avec du lait d'autres femmes  
 Je ne sais pas

→ 1 point si la patiente a coché uniquement la réponse « Avec du lait d'autre femmes ».

- Contrairement au biberon, au sein on a du mal à savoir si le bébé reçoit assez de lait.  
 Oui       Non       Je ne sais pas

→ 1 point si la patiente a coché uniquement la réponse « Non ».

- Les femmes peuvent ne pas avoir assez de lait pour leur bébé :  
 Oui       Non  
Justifiez votre réponse : \_\_\_\_\_  
 Je ne sais pas

→ 1 point si la patiente a coché la réponse « Non » ou si elle a justifié la réponse « Oui » par : rarissime, la fatigue ou le stress, une pratique inadaptée, la reprise d'une contraception orale et/ou des pathologies tel que les troubles de l'axe hypothalamo-hypophysaire, l'agénésie ou l'hypoplasie mammaire, les chirurgies mammaires.

- Une femme qui fume peut allaiter :  
 Oui       Non       Je ne sais pas

→ 1 point si la patiente a coché uniquement la réponse « Oui ».

- Si vous ne vous sentez pas à l'aise avec le fait d'allaiter ou que vous ne voulez pas allaiter, vous pouvez si vous en avez envie :  
 Faire une seule tétée en salle de naissance. 1  
 Utiliser un tire lait pour donner votre lait dans un biberon à votre enfant. 2  
 Prendre un cachet qui empêche la mise en route de la lactation. 3  
 Prendre de l'homéopathie. 4

→ 1 point si la patiente a obtenu un score supérieure ou égal à 3/4 ; sachant que pour avoir un score de 4/4 il était attendu que les propositions 1, 2 et 4 soient cochées seulement.

- Si vous n'allaitez pas :
  - la lactation est arrêtée par le fait que le bébé ne tète pas. 1
  - la lactation est arrêtée uniquement à l'aide des médicaments. 2
  - le fait d'être en accord avec votre choix est primordial. 3

→ **1 point si la patiente a obtenu un score supérieure ou égal à 2/3** ; sachant que pour avoir un score de 3/3 que les propositions 1 et 3 soient cochées seulement.

TOTAL DU SCORE SUR 7 POINTS

Détail du score B sur 3 points : score de bonnes réponses des femmes sur leurs connaissances dans les modes d'alimentation vis-à-vis de la mère.

- La fatigue et l'allaitement maternel :
  - Le stress et la fatigue peuvent diminuer la fabrication de lait. 1
  - La sensation de fatigue après une tétée est un signe positif associé à l'hormone de la lactation et donc à la production de lait. 2
  - La sensation de fatigue après une tétée empêche la mère de récupérer et se cumule à la fatigue de l'accouchement. 3
  - Le temps de sommeil est inférieur chez la maman qui nourrit son enfant au sein par rapport à la maman qui nourrit son enfant au biberon. 4

→ **1 point si la patiente a obtenu un score supérieure ou égal à 3/4** ; sachant que pour avoir un score de 4/4 il était attendu que les propositions 1 et 2 soient cochées seulement.

- Après l'accouchement, donner le sein permet de réduire le risque d'hémorragie :
  - Oui       Non       Je ne sais pas

→ **1 point si la patiente a coché uniquement la réponse « Oui ».**

- Donner le sein est bon pour la santé de la mère, à long terme :
  - Oui       Non
  - Justifiez votre réponse : \_\_\_\_\_
  - Je ne sais pas

→ **1 point si la patiente a coché uniquement la réponse « Oui » et a justifié sa réponse par au moins une des propositions suivantes : prévention de l'hémorragie du post-partum, perte de poids plus rapide dans les 6 premiers mois du post-partum, diminution de l'incidence des cancers du sein et de l'ovaire avant la ménopause, réduction de l'augmentation du risque d'ostéoporose lié à la ménopause. Mais aussi lien mère/enfant.**

TOTAL DU SCORE SUR 3 POINTS

Détail du score C sur 3 points : score de bonnes réponses des femmes sur leurs connaissances dans les modes d'alimentation vis-à-vis de l'enfant.

- Le lait maternel est meilleur pour la santé des nourrissons que le lait artificiel :

Oui       Non

Justifiez votre réponse : \_\_\_\_\_

Je ne sais pas

→ 1 point si la patiente a coché uniquement la réponse « Oui » et a justifié sa réponse par au moins une des propositions suivantes : impact positif sur le plan cognitif des enfants, diminution de l'incidence et de la gravité des infections digestives, ORL et respiratoires, facteur protecteur vis-à-vis des allergies et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Mais aussi lien mère/enfant.

- Le lait maternel permet de diminuer l'obésité de l'enfant et de l'adolescent :

Oui       Non       Je ne sais pas

→ 1 point si la patiente a coché uniquement la réponse « Oui ».

- Le lait maternel peut être utilisé :

Pour nourrir un enfant de plus de 6 mois, associé à la diversification alimentaire. 1

Pour son pouvoir cicatrisant et immunologique sur les plaies (crevasse, soin du cordon, érythème fessier). 2

Comme collyre sur les conjonctivites. 3

Uniquement pour nourrir un bébé de moins de 6 mois. 4

→ 1 point si la patiente a obtenu un score supérieure ou égal à 3/4 ; sachant que pour avoir un score de 4/4 il était attendu que les propositions 1, 2 et 3 soient cochées seulement.

TOTAL DU SCORE SUR 3 POINTS

La somme de ces trois scores nous donne un score sur 13 points :

- Score  $\leq 4$  → connaissances insuffisantes
- Score  $> 4$  et  $< 9$  → connaissances moyennes
- Score  $\geq 9$  → connaissances suffisamment bonnes

## Annexes VII : Proposition de la HAS pour favoriser l'allaitement maternel durant la grossesse

PHASE 1	Consultations durant la grossesse	Date Signature
Objectifs professionnels	Explorer les représentations maternelles et de ses connaissances sur l'allaitement Informer les futurs parents sur la physiologie de l'allaitement	
Objectif des futurs parents	Être informés sur la naissance et l'allaitement	
Anamnèse	Expériences antérieures d'allaitement Représentations des futurs parents et de leur entourage sur l'allaitement ATCD de chirurgie mammaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Examen clinique	Examen des seins	<input type="checkbox"/>
Information	Présence du père à une consultation Bénéfices de l'allaitement pour le bébé Bénéfices de l'allaitement pour la mère Intérêt d'un allaitement exclusif durant 6 mois Physiologie de l'allaitement et de la mise en route de la lactation Organisation de la préparation à la naissance Inutilité de la préparation des seins	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Information adaptée aux attentes	

PHASE 1	Séance de préparation à la naissance	Date Signature
Objectifs professionnels	Compléter l'information reçue en consultation sur l'intérêt de l'allaitement et sa physiologie en fonction des attentes Éduquer sur la pratique de l'allaitement Donner confiance à la future mère sur ses compétences	
Objectif des futurs parents	Acquérir un savoir-faire de base sur l'allaitement	
Anamnèse	Écoute du groupe : expériences et attentes	<input type="checkbox"/>
Information	Présence du père ou d'un membre de l'entourage de la maman Contexte culturel de l'allaitement en France Rappel de l'intérêt de l'allaitement et de sa physiologie (orienté par les questions) Conditions favorables à la naissance (peau à peau) Comportement du nouveau-né les premiers jours Rôle du père Ressources pour le soutien de l'allaitement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pratique	Position au sein avec une poupée	<input type="checkbox"/>
Résultats attendus	Avoir confiance dans les savoirs acquis sur l'accouchement et l'allaitement, ainsi que dans les compétences du nouveau-né Rencontre avec des mères ayant allaité avec succès	

## Annexes VIII : Proposition du Haut Conseil de la Santé Publique pour favoriser l'allaitement maternel

**Le HCSP recommande de :**

► **Promouvoir des environnements favorables à l'allaitement maternel**

**Dans les entreprises**

*Les dispositions existant dans le code du travail méritent d'être clarifiées (lieu pour allaiter, horaires aménagés, ...). Des mesures réglementaires complémentaires pourraient être envisagées pour rendre effective la possibilité d'allaiter après la reprise du travail, faire connaître et faire respecter la législation existante sur les droits des femmes qui allaitent (au travail, dans les lieux publics...). Labelliser et soutenir les entreprises actives dans le soutien aux femmes qui allaitent (prolongation du congé maternité, pièce et matériel de conservation pour tirer le lait, information diffusée...).*

**Dans les lieux publics**

- Mettre à disposition, dans les lieux publics (gares, centres administratifs, musées, ...), des pièces réservées à l'allaitement et adaptées pour le tirage du lait.
- Distribuer des autocollants « allaitement bienvenu » pour des lieux commerciaux (cafés, restaurants, centres commerciaux...).

**Communication**

*Promouvoir, dans les médias et dans les lieux publics, la banalisation de l'allaitement maternel, l'image de la femme qui allaite, mettre à disposition, de façon large et actualisée régulièrement, le meilleur niveau de preuve existant sur les bénéfices de l'allaitement, les interventions probantes.*

**Surveillance**

- Mettre en place un système de veille sur les sponsorings détournés.
- Conduire une étude complète (non limitée à l'allaitement) sur les coûts-bénéfices d'un allongement de la durée du congé maternité.

**Auprès des établissements et professionnels de santé**

- Mettre en œuvre des recommandations OMS/Unicef de l'initiative « hôpitaux amis des bébés » (IHAB) dans les maternités et les services de néonatalogie.
- Développer la formation professionnelle et le développement professionnel continu, notamment pour les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynéco-obstétriciens, les pédiatres, les pharmaciens, et les puéricultrices.
- Favoriser la dissémination des bonnes pratiques et le soutien à l'allaitement.
- Soutenir le développement des lactariums et l'usage du lait maternel tiré.

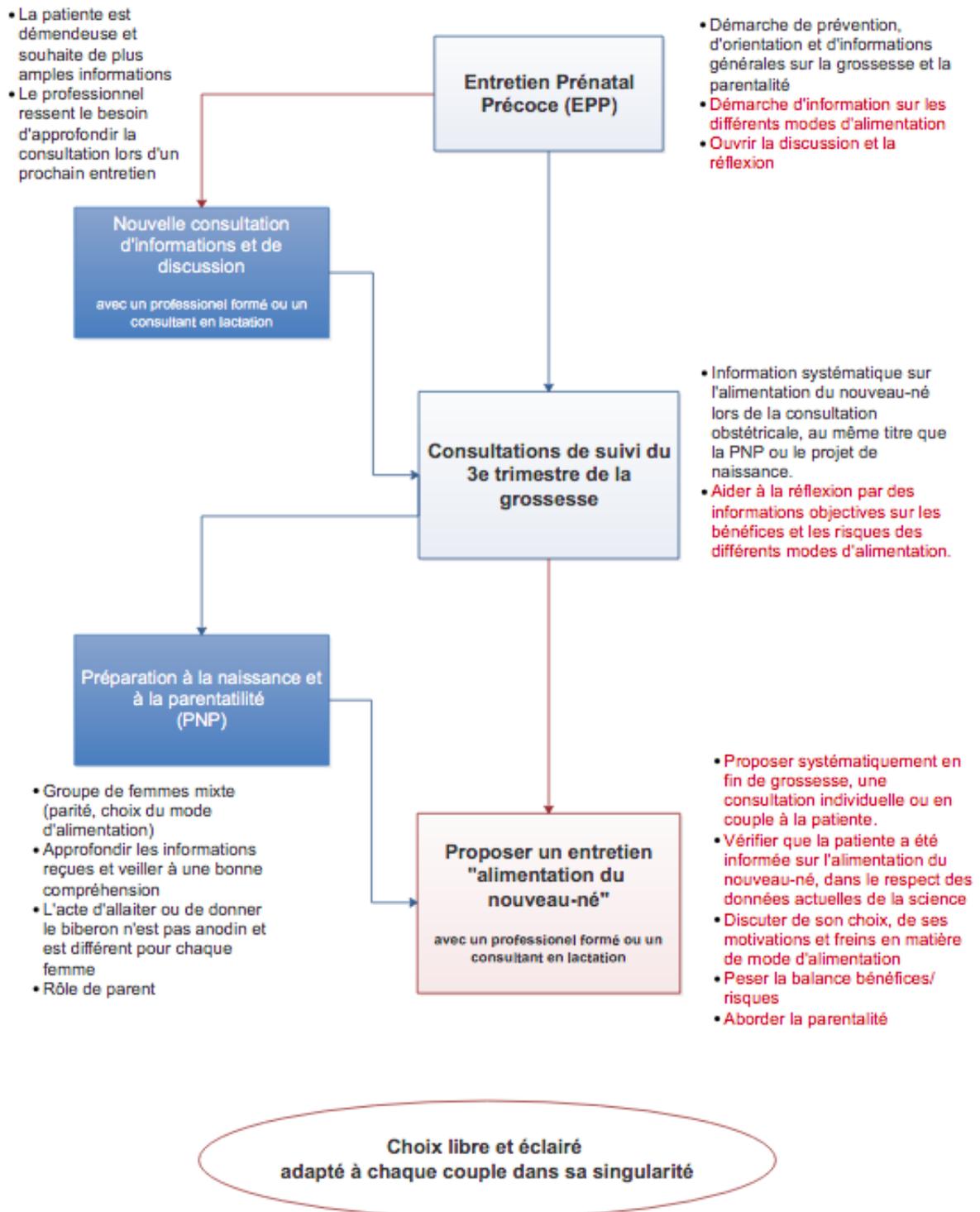
**Information et soutien des mères et de leur entourage**

*A la maternité et au retour à la maison (services de PMI, soutien par téléphone public et gratuit, conseiller / aide maternel en lien avec des structures publiques).*

► **Mener une expérimentation sur l'augmentation de la durée du congé légal de maternité.**

*Cette expérimentation pourrait avoir lieu sur une durée limitée (2 à 3 années) et une échelle géographique donnée. La surveillance de cette mesure sera effectuée sur l'initiation et la durée de l'allaitement mais aussi sur les conditions de la reprise du travail, la carrière des femmes après la reprise du travail et l'accompagnement de l'allaitement au travail.*

## Annexes IX : Proposition de notre étude pour un choix libre et éclairé concernant l'alimentation du nouveau-né



### Légende :

→ : parcours habituel de soin

→ : amélioration

**Auteur :** Emma GUILBERT

**Diplôme d'Etat de sage-femme, Lyon, 2018**

**Titre :** « Allaitement maternel ou alimentation artificielle : Lorsqu'il faut faire un choix. »

### **Résumé**

**Objectif :** L'objectif principal était d'évaluer les connaissances et de décrire les raisons conduisant les femmes à faire le choix d'alimentation de leur futur nouveau-né. L'objectif secondaire était d'évaluer l'impact de la préparation à la naissance et à la parentalité sur ce choix.

**Matériel et méthode :** Etude transversale à visée comparative, réalisée par des questionnaires, distribués à 102 futures primipares, de grossesse monozygote, au 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse. Effectué de juin à octobre 2017, dans les services de consultations obstétricales des 3 principaux centres hospitaliers lyonnais. Un score de connaissance a été construit.

**Résultats :** Les femmes de notre population ont peu de connaissances en ce qui concerne l'alimentation du nouveau-né ; ce qui a un impact négatif dans la décision d'allaiter. Les femmes ayant participé à une préparation à la naissance et à la parentalité n'ont pas un score de connaissance plus élevé, cependant leur participation à un effet positif en faveur de l'allaitement maternel. Ainsi, les connaissances qui permettent de faire un choix éclairé et raisonné ne semblent pas pouvoir à elles seules favoriser l'allaitement maternel. Enfin, les professionnels de santé donnent peu d'informations en anténatal.

**Conclusion :** Le choix du mode d'alimentation du nouveau-né est un choix complexe qui, plus qu'une question de connaissances, implique un vécu personnel et questionne le mammifère présent en chaque femme. Les connaissances ne semblent pas être indispensables à un allaitement réussi, contrairement à un accompagnement dans le respect de l'histoire de la patiente et sans imposer une quelconque idéologie.

**Mots clés :** allaitement maternel, alimentation artificielle, nouveau-né, choix, connaissances

**Title:** "Breastfeeding or bottle feeding: when mothers have to make a choice."

### **Abstract**

**Objective:** The main goal was to evaluate the knowledge and describe the reasons leading women to choose the feeding of their future newborn. The secondary goal was to evaluate the impact of preparation for birth and parenthood on this choice.

**Methodology:** Cross-sectional study with a comparative aim, carried out by questionnaires, distributed to 102 future primiparae, of monozygotic pregnancy, in the 3rd trimester of pregnancy. Performed from June to October 2017, in the obstetric consultation departments of the 3 main hospitals in Lyon. A knowledge score was built.

**Results:** Women in our population have little knowledge of newborn feeding. This has a negative impact on the decision to breastfeed. Women who participated in preparation for birth and parenthood do not have a higher knowledge score. however, their participation has a positive effect in favor of breastfeeding. Thus, the knowledge that makes it possible to make an enlightened and reasoned choice does not seem to be able on their own to promote breastfeeding. Finally, health professionals give no more prenatal information.

**Conclusion:** The choice of the feeding mode of the newborn is a complex choice which, more than a question of knowledge, implies a personal experience and questions the mammal present in each woman. Knowledge does not seem to be essential for successful breastfeeding, unlike support in respect of the patient's history and without imposing any ideology.

**Key-words:** breastfeeding, bottle feeding, newborn, choice, knowledge