

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2006

N°12

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : Médecine générale

Par

Bénédicte DEVERGNE – CLEMENT

Née le 30 mars 1970 à Orléans

Présentée et soutenue publiquement le mardi 9 mai 2006

FACTEURS INFLUENCANT L'ARRET DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

AU COURS DU PREMIER MOIS

Président : Monsieur le Professeur A. Mouzard

Directeur de Thèse : Madame le Docteur C. Boscher

TABLE DES MATIÈRES

<u>1.INTRODUCTION</u>	7
<u>2. PATIENTS ET METHODE</u>	9
2.1. Patients.....	10
2.2. Type d'étude réalisée.....	10
Questionnaire à la sortie de la maternité	
Questionnaire à un mois	
Recueil des données	
<u>3. RESULTATS</u>	13
3.1. <u>ECHANTILLON DE L'ETUDE</u>	14
3.2. <u>CARACTERISTIQUES DES MÈRES</u>	14
a) L'âge des mères.....	14
b) La profession des mères.....	16
3.3. <u>LA PROFESSION DES PÈRES</u>	18
3.4. <u>LA PARITE ET L'EXPERIENCE ANTERIEURE D'ALLAITEMENT</u>	19
3.5. <u>DUREE SOUHAITEE D'ALLAITEMENT</u>	21
3.6. <u>MISE EN ROUTE DE L'ALLAITEMENT À LA MATERNITE</u>	22
a) Mise au sein précoce.....	22
b) Les difficultés à la maternité.....	24
c) Quelle motivation pour allaiter ?	25
3.7. <u>L'ALLAITEMENT MATERNEL À UN MOIS</u>	26

a) Le taux d'arrêt et durée des allaitements stoppés.....	26
b) Allaitement à la demande et suppléments au biberon.....	27
c) Complications de l'allaitement.....	28
d) Aide recherchée par les mères.....	32
e) Sentiment de soutien pendant l'allaitement du groupe arrêt.....	34
f) Aide à domicile.....	35
g) Présence du père et sa coopération.....	37
3.8. <u>DUREE SOUHAITEE D'ALLAITEMENT À LA MATERNITE ET AU TERME DU PREMIER MOIS</u>	
<u>DANS LE GROUPE « POURSUITE »</u>	40
<u>4. DISCUSSION</u> :	41
4.1. <u>ETAT DES LIEUX DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FRANCE ET EN EUROPE, ET L'ARRÊT PRÉCOCE</u>	42
a) L'allaitement en France et en Europe	42
b) L'arrêt précoce pendant le premier mois	44
4.2. <u>CARACTÉRISTIQUES DES MÈRES</u>	45
a) Age et profession.....	45
b) Parité et expérience antérieure d'allaitement.....	47
c) Activité socioprofessionnelle du père.....	48
d) Motivation de la mère et projection dans la durée.....	48
4.3. <u>A LA MATERNITÉ</u>	50
a) Précocité de la mise au sein	50
b) Difficultés à la maternité.....	51
4.4. <u>A UN MOIS : TAUX D'ARRÊT ET DUREE DES ALLAITEMENTS STOPPÉS</u>	52
4.5. <u>DÉROULEMENT DE L'ALLAITEMENT À DOMICILE</u>	53

a) Allaitement à la demande.....	53
b) Suppléments au biberon.....	54
c) La perte de poids du bébé.....	58
4.6. <u>AIDE RECHERCHÉE PAR LES MÈRES ET SENTIMENT DE SOUTIEN</u>	60
5. <u>CONCLUSION</u>	65
BIBLIOGRAPHIE	67
ANNEXE	73

1. INTRODUCTION

Jamais égalé le lait maternel reste l'aliment le plus adapté à la croissance du bébé au moins pendant les 6 premiers mois de sa vie.

Depuis une trentaine d'années on assiste à un regain d'intérêt pour l'allaitement maternel. En effet de nombreux efforts de promotion de l'allaitement maternel ont permis une meilleure information des mères et un meilleur accompagnement dans les maternités.

Malgré cela la durée de l'allaitement en France n'excède pas les douze semaines et le taux d'arrêt est de 20 % pendant le premier mois.(6)

L'objectif de ce travail est de connaître le taux d'arrêt dans la région nantaise, d'essayer de comprendre quelles sont les raisons qui poussent les mères à arrêter, enfin de tenter de trouver un moyen pour les entourer à la sortie de la maternité.

Ce travail a été réalisé par le biais d'une enquête prospective établie à partir de deux questionnaires, à 1 mois d'intervalle, adressés à 99 mères qui allaitent, entre mai 2004 et mars 2005.

2. PATIENTS ET MÉTHODES

2.1 PATIENTS

Les mères qui ont été recrutées pour cette étude étaient hospitalisées dans le service de maternité du C.H.U. de Nantes. Ont été incluses toutes les femmes ayant accouchées d'un seul enfant, primipares ou multipares, et ayant décidé d'allaiter leur enfant. L'allaitement maternel, exclusif ou partiel, était maintenu à la sortie de la maternité.

2.2 TYPE D'ÉTUDE RÉALISÉE

Nous avons réalisé une étude prospective sur 10 mois (du 1 mai 2004 au 1 avril 2005) par l'intermédiaire de deux questionnaires non anonymes :

- le premier questionnaire était distribué et récupéré par les sage-femmes et les puéricultrices du service de maternité du C.H.U. de Nantes. Il était accompagné d'un courrier leur expliquant le but de cette enquête et son déroulement.
- le deuxième questionnaire était réalisé par téléphone, il était adressé aux mêmes femmes mais un mois après la naissance de leur enfant et de retour chez elle.

Questionnaire à la sortie de la maternité

Ce premier questionnaire a permis de relever les caractéristiques générales des mères et les facteurs susceptibles d'influencer la durée de l'allaitement comme :

- le niveau socio-économique
- l'âge
- la parité
- les expériences antérieures d'allaitement
- la précocité de la mise au sein
- les difficultés à la mise en route de l'allaitement
- la motivation pour allaiter
- la durée souhaitée de l'allaitement

Questionnaire à 1 mois

Ce deuxième questionnaire était rempli au cours d'un entretien téléphonique, il avait pour but de savoir si oui ou non l'allaitement (partiel ou exclusif) était poursuivi au terme du premier mois de l'enfant. Le contenu du questionnaire variait en fonction de l'arrêt ou non de l'allaitement. Dans le cas où l'enfant était sevré au bout d'un mois, il permettait de préciser les causes de l'arrêt et les circonstances qui l'ont favorisé ainsi que le sentiment général de la mère sur l'allaitement maternel.

Dans le cas où l'enfant était encore allaité (partiellement ou exclusivement), il permettait également de préciser si les mères avaient rencontré des problèmes pendant ce premier mois et comment elles les avaient résolus. Et dans les deux cas,

si oui ou non elles se sentaient suffisamment soutenues par les professionnels de santé et leur conjoint, et suffisamment aidées matériellement dans leur quotidien.

Recueil des données

Nous avons donc établi trois questionnaires distincts :

- le premier à la sortie de la maternité commun à toutes les mères.
- les deux autres au premier mois de l'enfant, un si l'allaitement était poursuivi et l'autre si l'enfant était sevré.

Nous avons analysé chaque item au moyen d'un tableau Excel. Pour répondre aux objectifs, des méthodes univariées ont été employées. Les variables quantitatives sont décrites par leur moyenne, écart-type, minimum, maximum, médiane, 1^{er} et 3^{ème} quartiles. Les variables quantitatives sont comparées par des tests paramétriques (Student) si les conditions nécessaires sont réunies, sinon par des tests non paramétriques (Wilcoxon). Les variables qualitatives sont présentées par effectif et pourcentage. Les comparaisons entre variables qualitatives utilisent le test du Chi-2 si les conditions nécessaires sont réunies, sinon on utilise des tests exacts de Fisher. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPS Plus 2000.

3. RÉSULTATS

3.1 ECHANTILLON DE L'ÉTUDE

130 femmes ont répondu au questionnaire distribué à la sortie de la maternité.

31 d'entre elles ont été exclues de l'étude car :

- 3 ont refusé de répondre au questionnaire téléphonique un mois plus tard,
- 26 n'ont jamais pu être joignables ou avaient donné un faux numéro,
- 2 avaient accouché de jumeaux.

99 femmes ont donc été incluses dans l'étude. Au terme du premier mois 16 femmes ont arrêté d'allaiter leur enfant et 83 l'ont poursuivi, ce qui fait un taux d'arrêt de 16%.

3.2 CARACTÉRISTIQUES DES MÈRES

a) L'âge des mères

La moyenne d'âge des mères est de 29 ans. Deux femmes avaient moins de 20 ans et 9 plus de 35 ans (figure n°1)

Figure n°1 : Répartition de l'âge des mères incluses dans l'étude

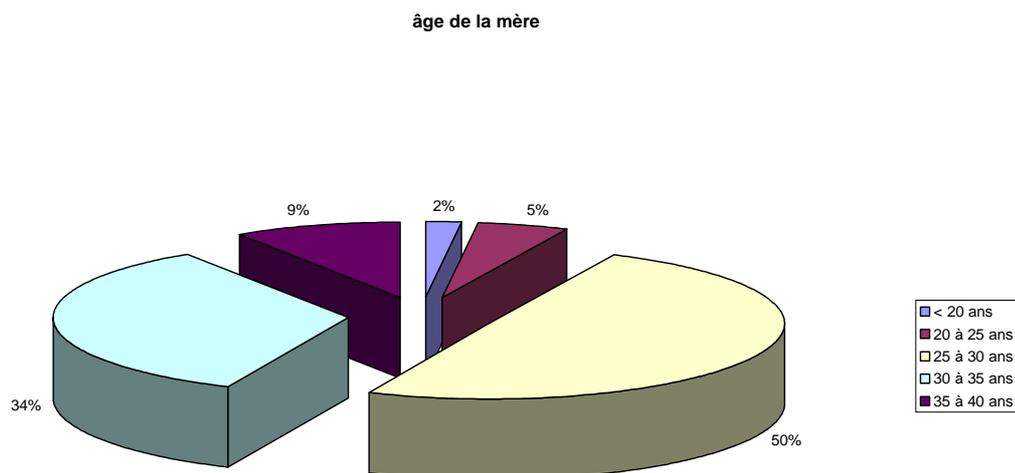
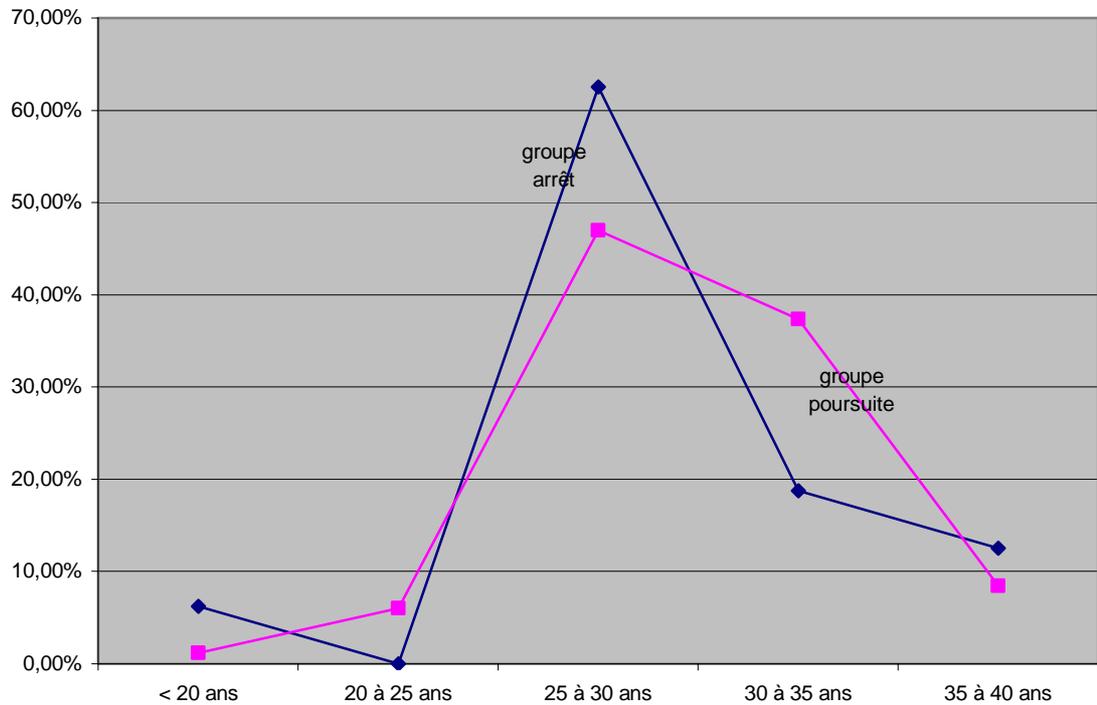


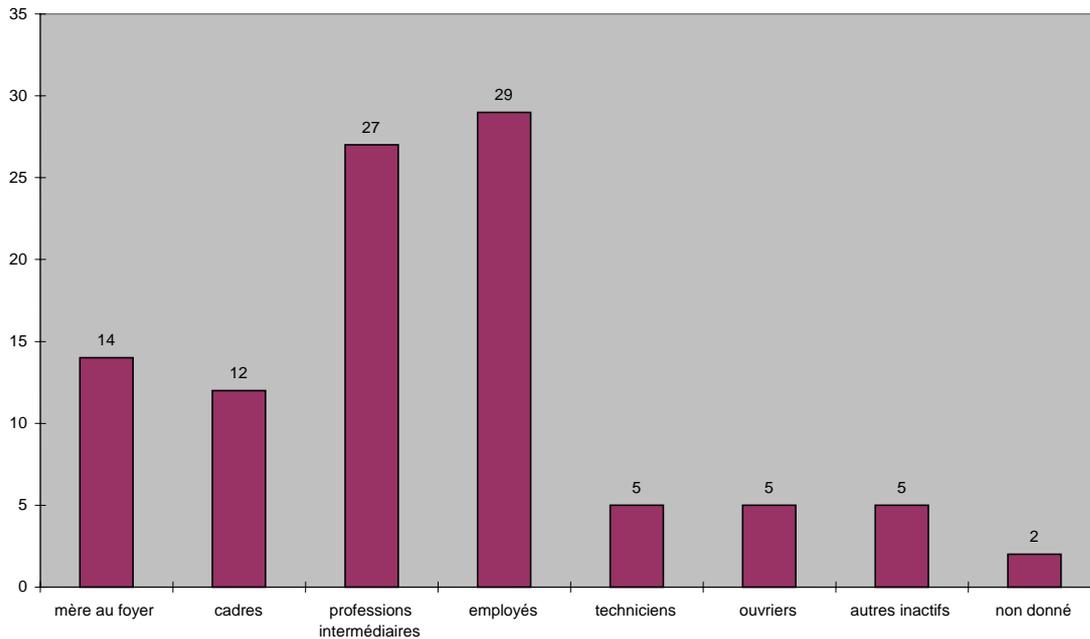
Figure n° 2 : Comparaison âge des mères dans les groupes « arrêt » et « poursuite »
allaitement



La répartition de l'âge des mères dans les deux groupes de femmes n'est pas statistiquement différente avec un $p=0,238$ pour un p significatif $< 0,05$. Les femmes qui poursuivent leur allaitement au-delà d'un mois ne sont ni plus âgées, ni plus jeunes.

b) Profession des mères (figure n°3)

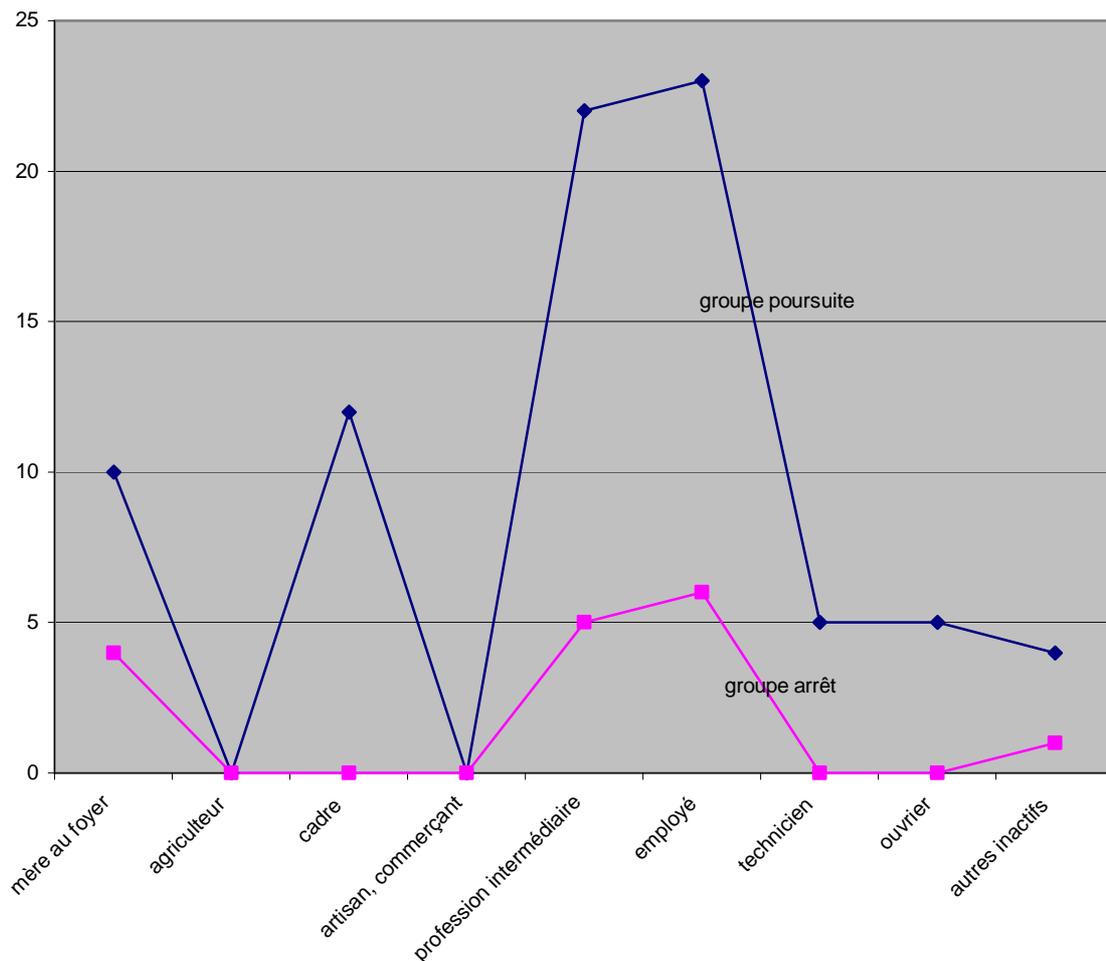
Figure n° 3 : Répartition des professions des mères



Seulement 19 femmes n'ont pas d'activité professionnelle, ce qui va dans le sens d'une plus grande proportionnalité de femmes qui travaillent parmi celles qui font le choix d'allaiter.

Les catégories socioprofessionnelles (figure n°4) suivantes : cadres, professions intermédiaires et employés sont les plus représentées avec respectivement 12,12%, 27,27% et 29,29% parmi les femmes qui ont décidé d'allaiter.

Figure n°4 : Tableau comparatif des professions des mères dans le groupe « arrêt » et « poursuite »



Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes de femmes en ce qui concerne la catégorie socioprofessionnelle $p=0,4248$ pour un p significatif $< 0,05$.

3.3 LA PROFESSION DES PÈRES

La répartition de la profession du père (figure n°5) entre la population arrêtant à un mois et celle poursuivant l'allaitement est statistiquement différente avec un $p=0,0178$ (pour un $p<0,05$). La catégorie socioprofessionnelle cadre est celle où la poursuite de l'allaitement est la plus importante avec un $p = 0,0097$ pour un p

significatif < 0,05. A l'inverse l'inactivité professionnelle des pères s'accompagnent systématiquement d'un arrêt de l'allaitement 1 mois (figure n°6).

Figure n°5 : Répartition des professions des pères

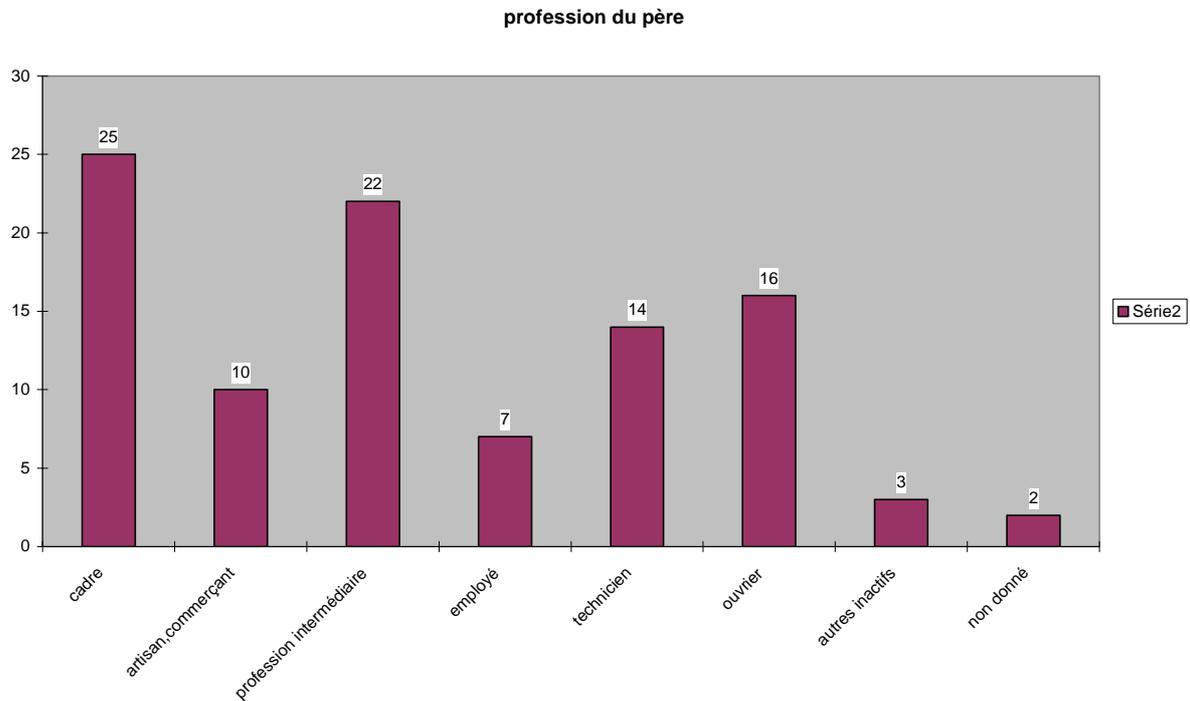


Tableau n°6 : Arrêt ou non de l'allaitement maternel en fonction de la catégorie socioprofessionnelle du Père

Catégorie socioprofessionnelle	arrêt	pas arrêt	p
Cadre	0%	30,12%	0,0097
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	6.25%	10,84%	1

Profession intermédiaire	31,25%	20,48%	0,3499
Employé	6,25%	7,22%	1
Technicien	25%	12,05%	0,239
Ouvrier	18,75%	15,66%	0,7241
Autres inactifs	12,5%	1,20%	0,0697

3.4 LA PARITE ET L'EXPERIENCE ANTERIEURE D'ALLAITEMENT

Les tableaux suivants (figures n°7, 8, 9) synthétisent les critères de parité, d'antériorité d'expérience d'allaitement maternel et de durée de celui-ci, toutes mères confondues puis avec la poursuite ou non à 1 mois de l'allaitement.

Tableau n°7 : Toutes mères confondues

nb.enfants	nb.enf.allaités	Durée moy. Allaitements antérieurs
Min: 1.0	0.0	1.0
Mean: 2.161616	1.040404	3.827586
Median: 2.0	1.0	4.0
Max: 8.0	7.0	6.0
Total N: 99.0	99.0	99.0
Std Dev.: 1.251180	1.219896	1.612864

Tableaux n°8 : Mères qui ont arrêté l'allaitement maternel à un mois.

nb.enfants	nb.enf.allaités	Durée moy. allaitements antérieurs
Min: 1.0	0.0	1.0
Mean: 2.125	0.9375	2.625

Median: 2.0	0.5	2.5
Max: 8.0	7.0	5.0
Total N: 16.0	16.0	16.0
Std Dev.:1.707825	1.730848	1.187735

Tableau 9 : Mères qui continuent l'allaitement à un mois

nb.enfants	nb.enf.allaités	Durée moy. allaitements antérieurs
Min: 1.0	0.0	1.0
Mean: 2.168675	1.060241	4.02
Median: 2.0	1.0	4.0
Max: 5.0	4.0	6.0
Total N: 83.0	83.0	83.0
Std Dev.: 1.156311	1.108167	1.597064

La durée moyenne des allaitements maternels antérieurs (tableaux 8 et 9) entre la population arrêtant à un mois et celle poursuivant l'allaitement est statistiquement différente avec un $p=0,0175$ (pour un p significatif $< 0,05$).

3.5 DUREE SOUHAITEE D'ALLAITEMENT

30% des femmes qui ont arrêté l'allaitement à un 1 mois souhaitaient allaiter leur enfant 2 mois et 30% souhaitaient allaiter 3 mois. A peine 20% des femmes souhaitaient allaiter 6 mois et plus (figure n°10).

28% des femmes, qui continuaient l'allaitement à un mois, souhaitaient allaiter 3 mois, 17% 4 mois, 21% 6 mois et 12,5% 7 mois (figure n°10).

Figure 10 : Durée souhaitée pour cet allaitement dans les deux groupes de femmes « arrêt » et « poursuite »

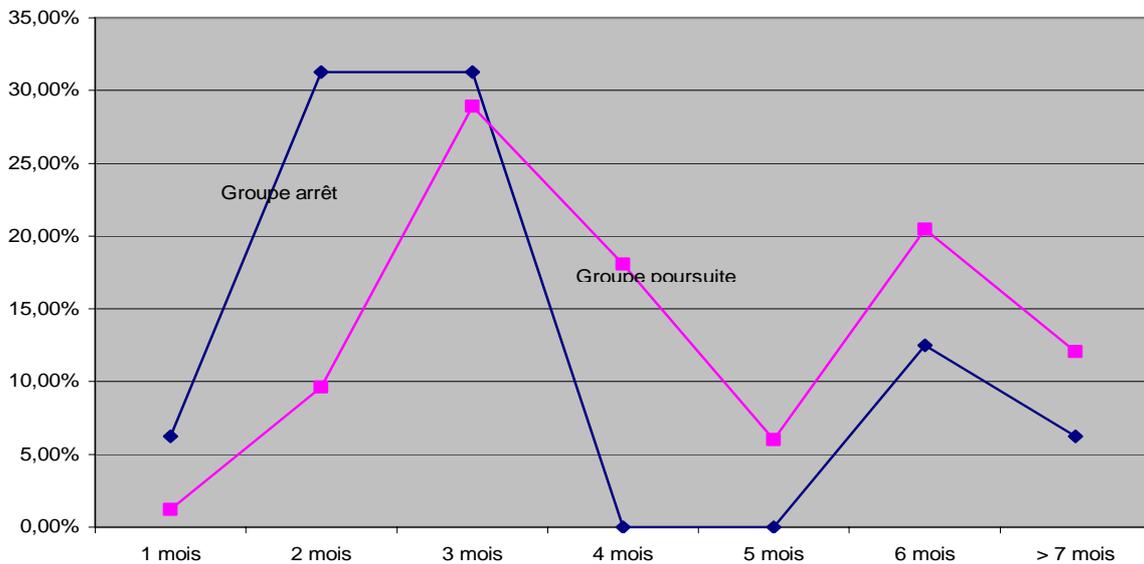


Tableau n°11 : Comparatif des durées souhaitées dans les deux groupes

Durée d'allaitement souhaitée (mois)	Arrêt (nb /16)	pas arrêt (nb /83)	p-value
1	1	1	0,2771
2	5	8	0,0228
3	5	24	0,775
4	0	15	0,1155
5	0	5	1
6	2	17	0,7277
7	1	10	1

La comparaison des variables de la durée souhaitée de l'allaitement maternel dans les deux groupes donne $p = 0,0668$ pour un p significatif $< 0,05$. En revanche l'arrêt de l'allaitement maternel pendant le premier mois est statistiquement plus significatif chez les femmes, qui souhaitaient allaiter 2 mois à la sortie de la maternité avec un $p = 0,0228$ (pour un p significatif $< 0,05$).

3.6 MISE EN ROUTE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL À LA MATERNITÉ

a) mise au sein précoce

Les pourcentages de mise au sein précoce sont donnés par les diagrammes ci-dessous (Figure 12 et 13).

Figure n°12 : Précocité de la mise au sein dans le groupe arrêt.

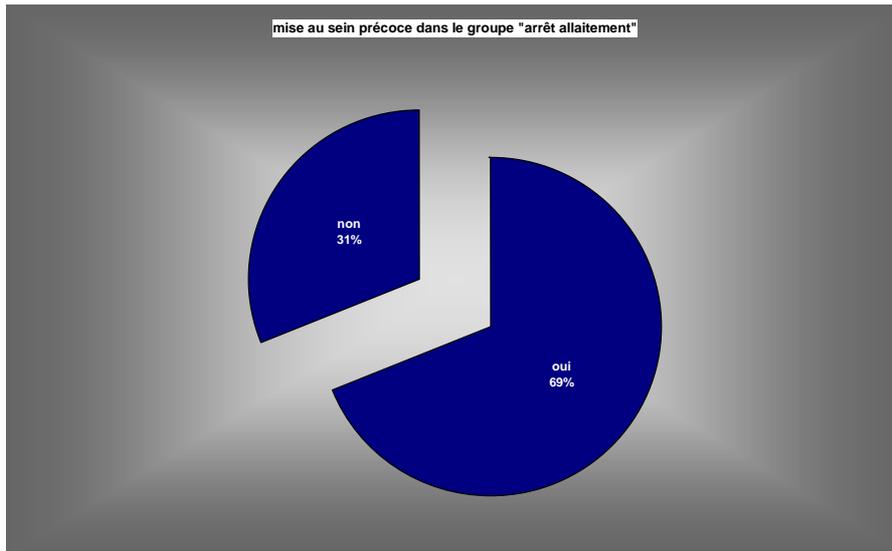
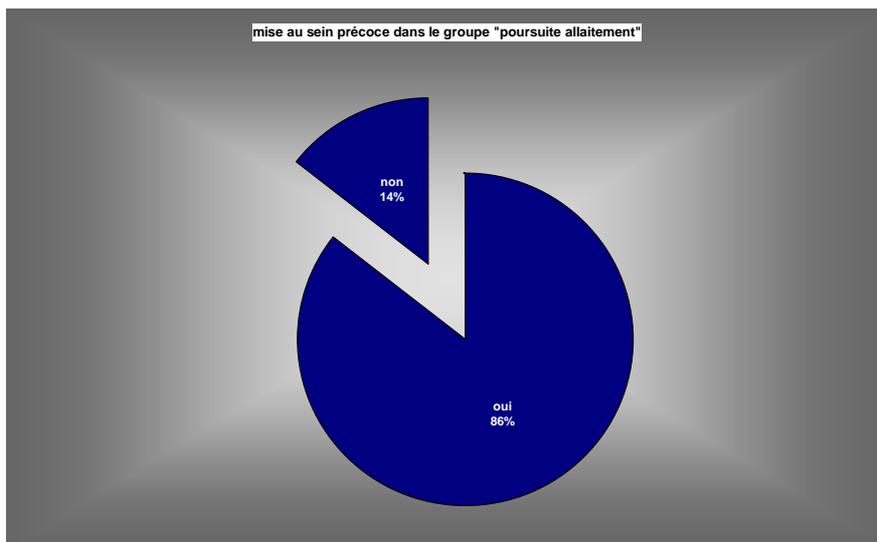


Figure n°13 : Précocité de la mise au sein dans le groupe poursuite.



Une mise au sein précoce est un allaitement qui est débuté dans les 2 heures qui suivent l'accouchement. 68,75% des femmes qui ont arrêté l'allaitement maternel

au bout d'un mois disent avoir eu leur bébé au sein dans les 2 heures qui ont suivi l'accouchement. 85,54% des femmes qui continuent l'allaitement maternel au bout d'un mois disent avoir eu leur bébé au sein dans les 2 heures qui ont suivi la naissance.

Le p est égal à 0,1429 pour un p significatif < 0,05. Le pourcentage des femmes dont la mise au sein de leur nouveau-né a été précoce n'est pas statistiquement différent. Il reste majoritaire dans les deux groupes de femmes. L'utilité de ce début précoce de l'allaitement, comme gage de réussite, semble reconnue par les équipes médicales.

b) Les difficultés à la maternité

Figure 14 : Principales difficultés rencontrées par les mères à la maternité

DIFFICULTÉS	ARRET	PAS D'ARRET	P-VALUE
Crevasses	25%	4,82%	0,022
Engorgement	25%	3,61%	0,0123
Mamelon ombiliqué	12,5%	3,61%	NS
Difficultés du bébé à têter	25%	16,87%	NS
Montée de lait tardive	6,25%	3,61%	NS
Douleurs du mamelon	6,25%	60,24%	NS
Difficultés à positionner le bébé	6,25%	24,09%	NS
Mère perdue dans les conseils	6,25%	1,205 %	NS
Autres	6,25%	3,61%	NS

Le pourcentage de crevasses et d'engorgement à la maternité est significativement supérieur dans le groupe des femmes qui ont arrêté l'allaitement maternel au bout d'un mois.

c) quelle motivation pour allaiter ?

Les motivations des mères pour allaiter leur nouveau-né sont répertoriées dans le tableau suivant (figure 15)

LES MOTIVATIONS	OUI	NON
Parce que ma mère a allaité	9	90
Pour une raison médicale pour le bébé	7	92
Grâce aux cours de préparation à l'accouchement	7	92
Car lait le plus adapté	88	11
Pour la relation mère/enfant	79	20
Car c'est pratique	7	92
Car c'est naturel	8	91
Pour éviter le baby-blues	1	98
Pour les défenses immunitaires	3	96
Car mère mieux informée	1	98
Car c'est économique	4	95
Pour la remise en forme de la mère	3	96

Parmi toutes les raisons évoquées, pour le choix de l'allaitement maternel, la certitude que c'est le lait le plus adapté pour le bébé, est celle la plus citée. Vient ensuite la relation mère/enfant privilégiée.

3.7 L'ALLAITEMENT MATERNEL À UN MOIS

a) Le taux d'arrêt et durée des allaitements stoppés

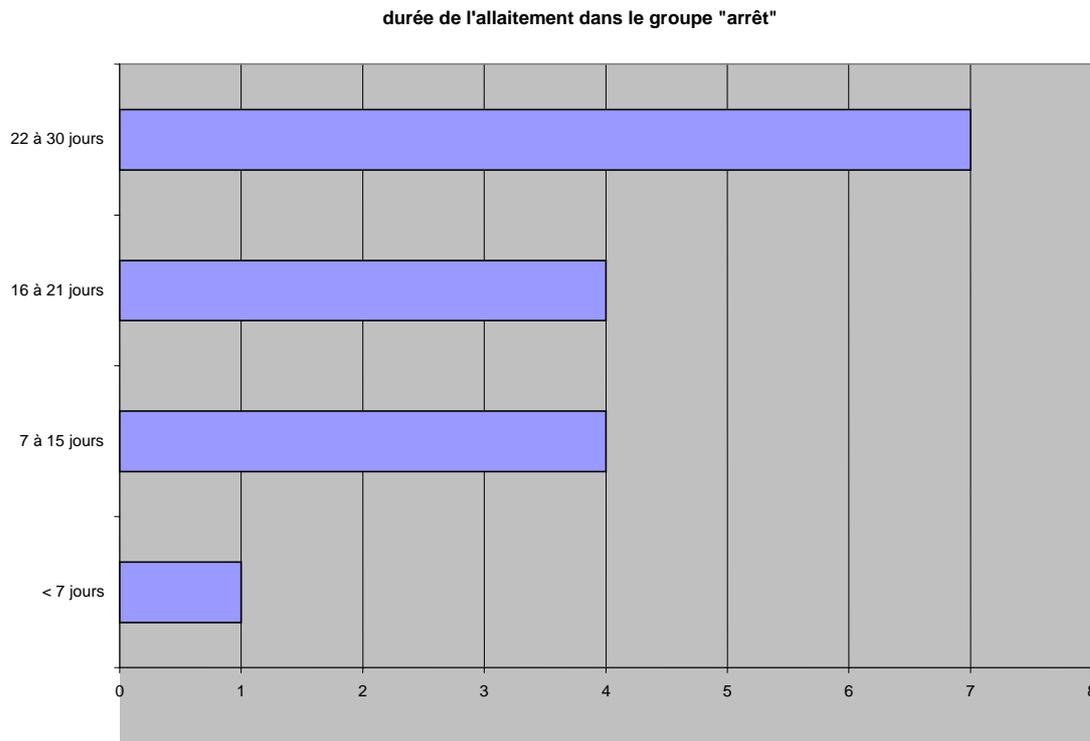
16 femmes sur les 99 de l'étude ont arrêté l'allaitement au cours du premier mois ce qui fait un pourcentage d'arrêt précoce de 16%. Une a arrêté au cours de la première semaine, quatre ont arrêté au bout de 8 à 15 jours, quatre ont arrêté au bout de 15 à 21 jours et sept ont arrêté au bout de 21 à 30 jours (figure 16).

A la question « *avez-vous arrêté en vue de la reprise de votre travail* » aucune n'a répondu oui.

A la question « *qui a décidé l'arrêt de l'allaitement* » 75% des femmes ont répondu que c'était elles-mêmes et 25% ont répondu que c'était sur le conseil de leur médecin généraliste.

A la question « *le sevrage a-t-il été progressif ou médicamenteux* » 75% des femmes ont répondu qu'il avait été progressif et 25% médicamenteux.

Figure 16 : Durée des allaitements dans le groupe « arrêt »



b) allaitement à la demande et suppléments au biberon

90% des femmes qui poursuivaient l'allaitement à un mois, allaitaient à la demande (figures 17)

94% des femmes qui ont arrêté l'allaitement au cours du premier mois, allaitaient à la demande (figure 18).

Le $p = 1$, il n'y a donc pas de différence significative entre les deux groupes de femmes.

Figure 17 : allaitement à la demande (groupe poursuite)

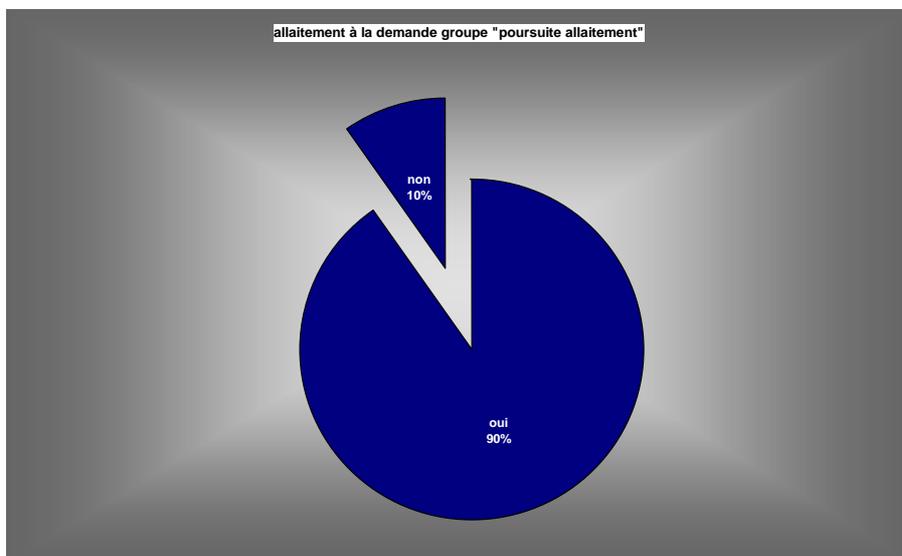


Figure 18 : allaitement à la demande (groupe arrêt)

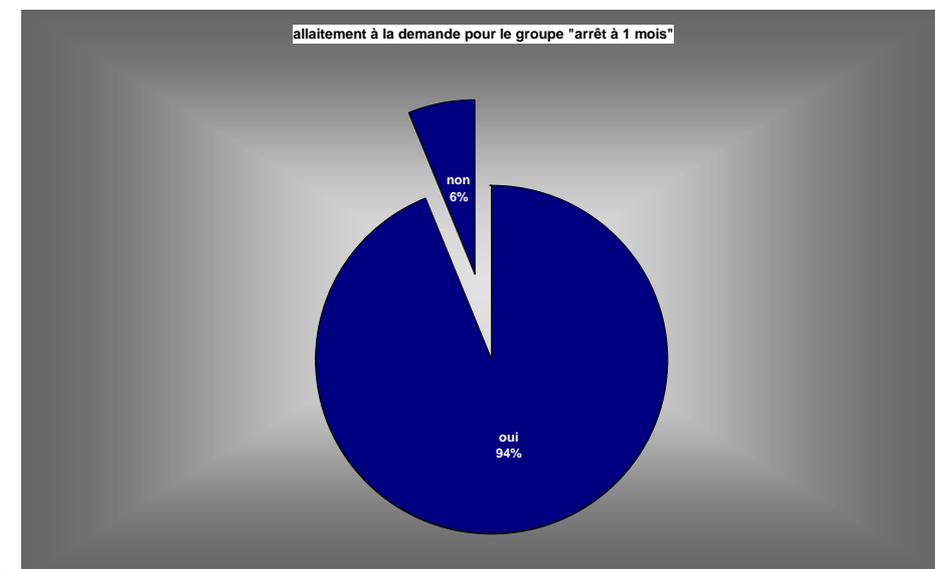


Figure 19 : Suppléments biberon (groupe poursuite)

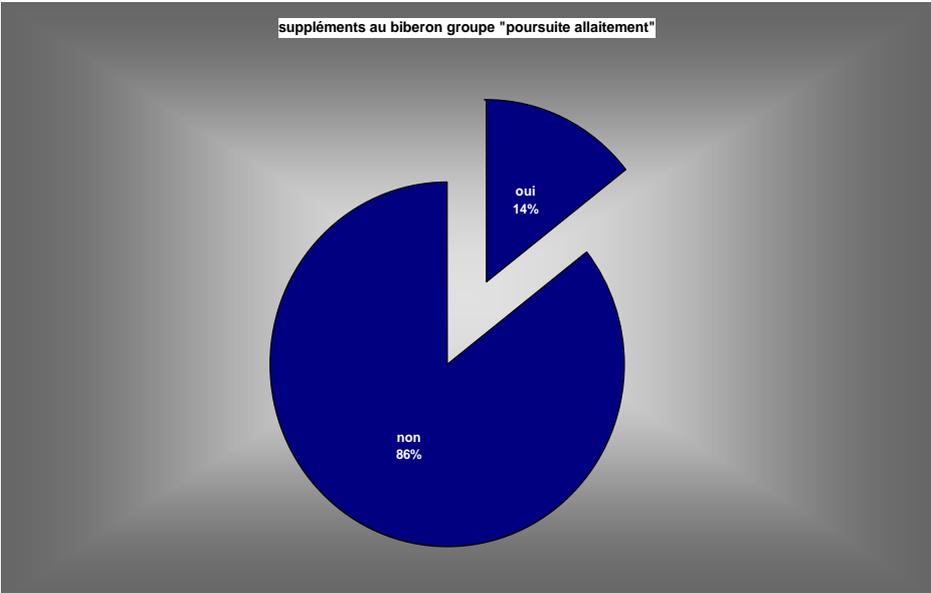
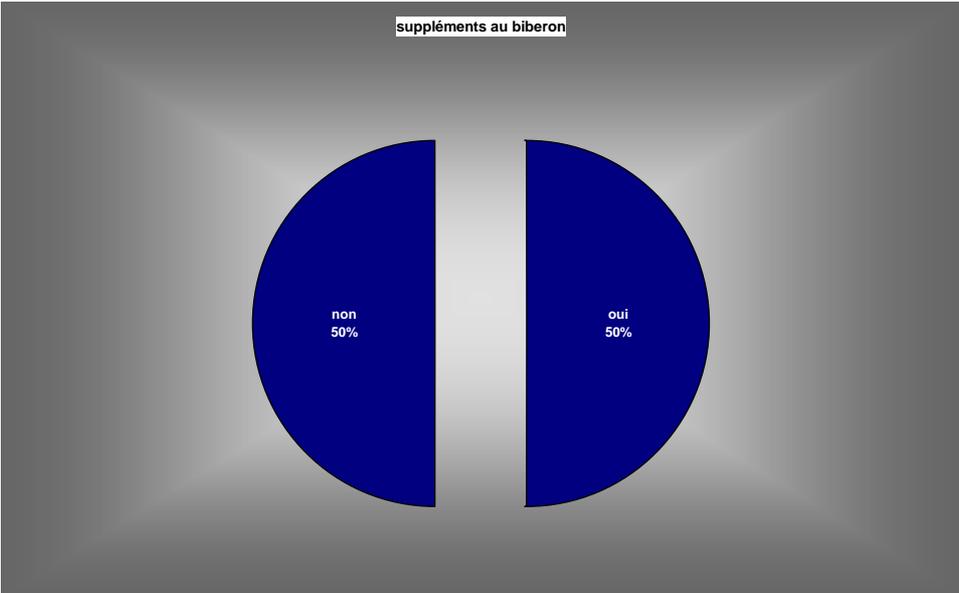


Figure 20 : suppléments biberon (groupe arrêt)



50% des femmes, qui ont arrêté l'allaitement maternel au bout d'un mois, ont donné des suppléments au biberon, alors que 14,46% des femmes, qui ont continué l'allaitement maternel au bout d'un mois, ont donné des suppléments au biberon (figures 19, 20 et 21).

Le p est égal à 0,0034 (p significatif < 0,05).

Figure 21 : Allaitement et suppléments biberon

ALLAITEMENT	SUPPLÉMENTS AU BIBERON	PAS DE SUPPLÉMENTS AU BIBERON
Arrêt à 1 mois	50%	50%
Pas d'arrêt à 1 mois	14,46%	85,54%

c) complications de l'allaitement

Les complications de l'allaitement à domicile sont répertoriées dans le tableau suivant (figure 22) :

Figure 22 : Complications rencontrées par les 2 groupes de femmes

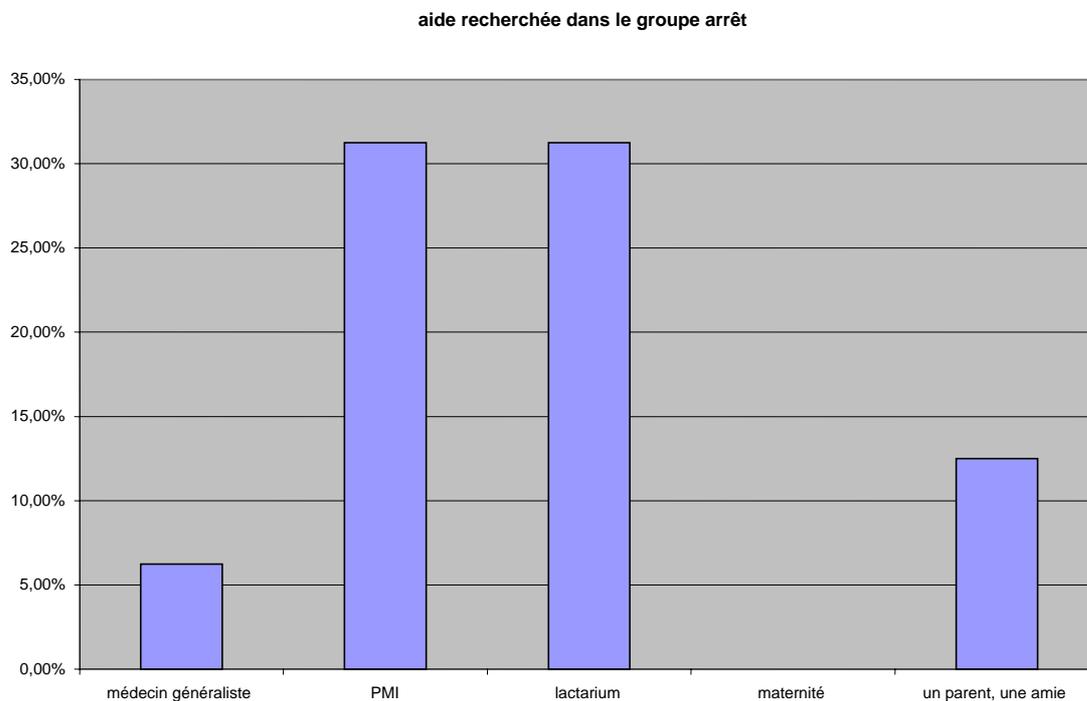
COMPLICATIONS	ARRÊT	PAS D'ARRÊT	P VALUE
Crevasses	25%	27,71%	NS
Douleurs	6,25%	20,48%	NS
Engorgement	6,25%	22,89%	NS
Lymphangite	12,5%	3,61%	NS
Abcès	0%	0%	
Manque de lait	31,25%	21,69%	NS
Fatigue	18,75%	40,96	NS
Prise de poids insuffisante du bébé	31,25%	2,41%	0,0008
Autres	43,75%	12,04 %	0,0039

La prise de poids insuffisante du bébé est une complication de l'allaitement maternel dont la fréquence est statistiquement différente entre les deux groupes de femmes, $p=0,0008$ (p significatif $< 0,05$). Elle est, avec le sentiment de manque de lait, la principale cause d'arrêt précoce. Le terme « autres complications » pour le groupe de mères qui ont arrêté l'allaitement maternel comprend : apnée du sommeil, régurgitations du bébé, sciatique, bébé prématuré.

d) aide recherchée par les mères

Sur 16 femmes qui ont arrêté l'allaitement maternel à un mois, 10 ont cherché de l'aide, ce qui fait un pourcentage de 62,5% : 30% auprès de la P.M.I. et 30% auprès du lactarium (figure 23 et 24).

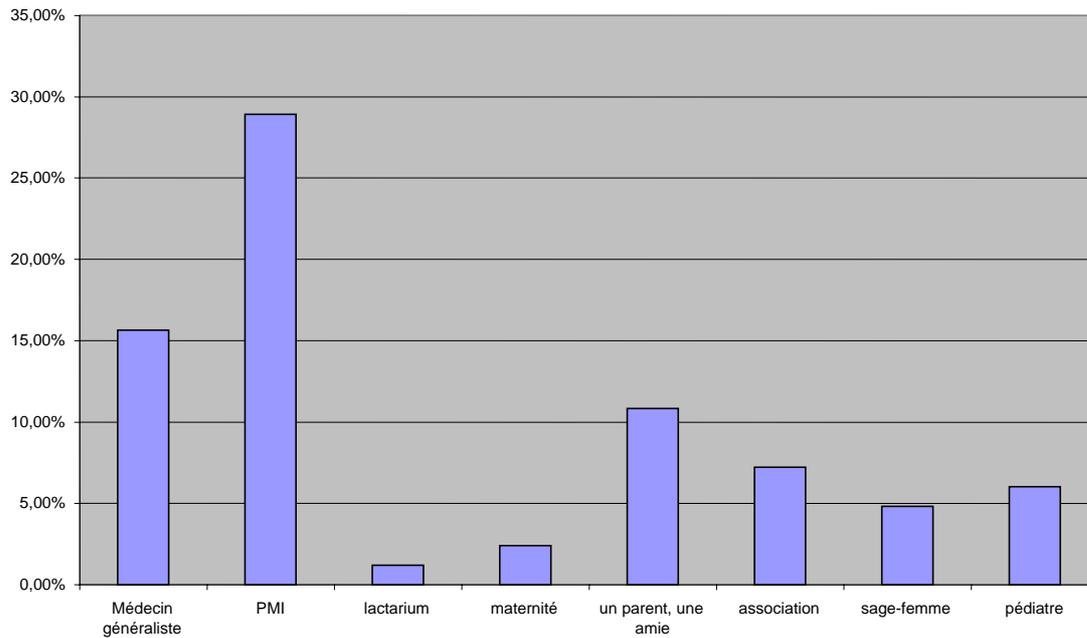
Figure 23 : Aide contactée par les mères du groupe « arrêt »



54,22% des femmes du groupe « poursuite de l'allaitement » ont cherché de l'aide quand elles ont rencontré des difficultés.

Figure 24 : Aide contactée par les mères du groupe « poursuite »

aide contactée par le groupe "poursuite allaitement"

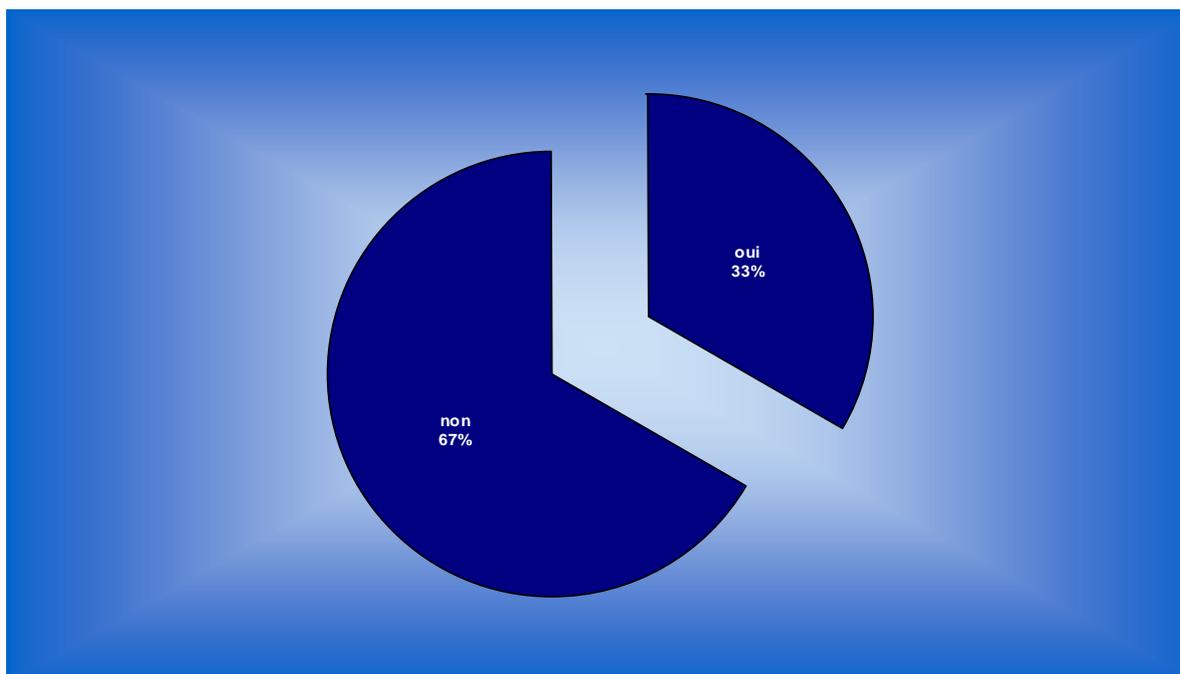


Dans le groupe de femmes qui ont arrêté l'allaitement à un mois, le pourcentage de femmes qui ont cherché de l'aide auprès du lactarium est significativement supérieur à celui calculé dans le groupe de femmes ayant poursuivi l'allaitement, avec un $p=0,0002$ (pour un p significatif $< 0,05$).

e) sentiment de soutien pendant l'allaitement du groupe « arrêt »

33 % des femmes qui ont arrêté l'allaitement maternel au bout d'un mois se sont senties soutenues par leur entourage et par le milieu médical (figure 25).

Figure 25 : sentiment de soutien



f) aide à domicile

45,78% des femmes, qui ont poursuivi leur allaitement, bénéficiaient d'une aide (essentiellement ménagère et de garde de ou des enfants) soit de leur mari, soit de leur famille proche, soit d'une association de la caisse d'allocation familiale (figure 26).

25% des femmes, qui ont arrêté l'allaitement de leur enfant au bout d'un mois, bénéficiaient d'une aide (figure 27).

Figure 26 : Aide à domicile dans le groupe « poursuite »

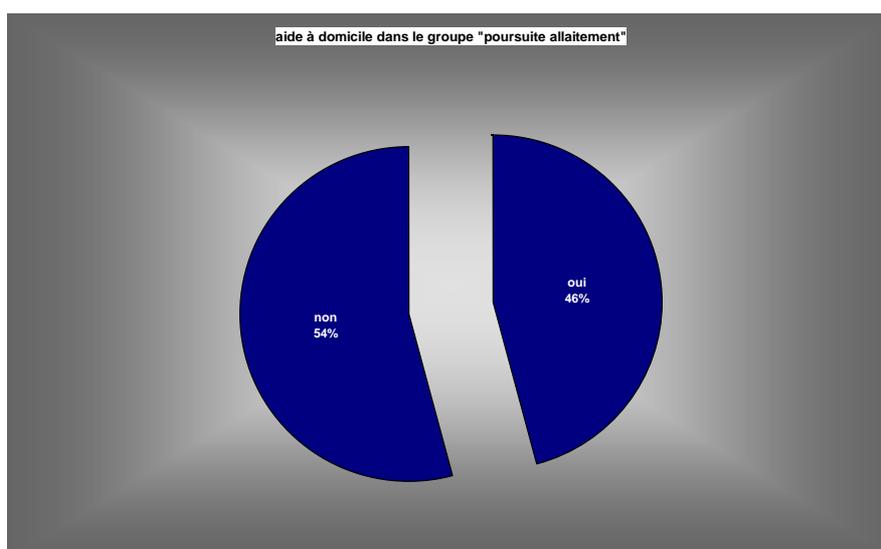
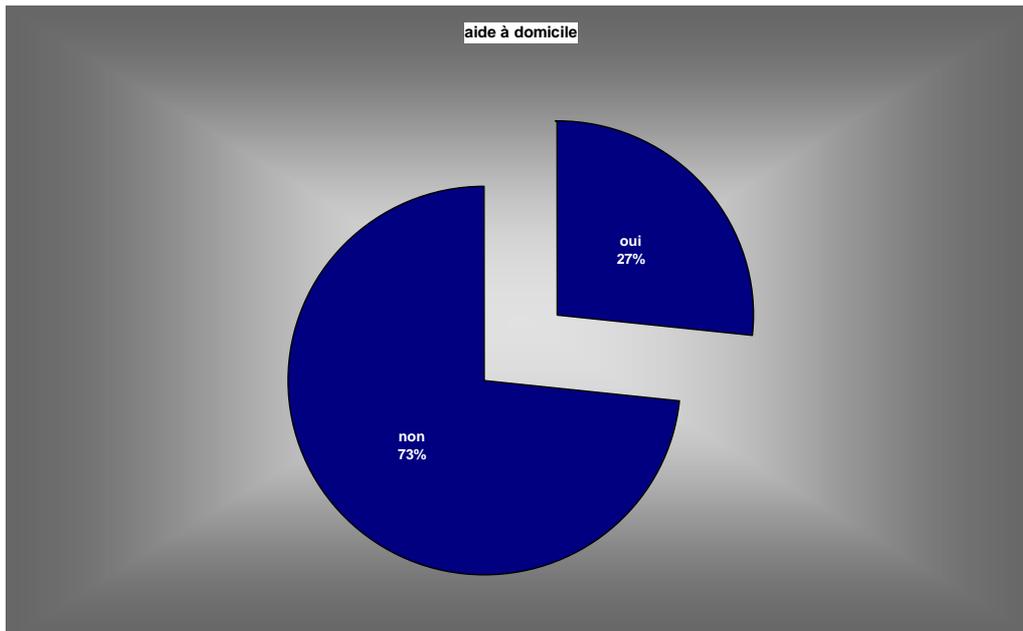
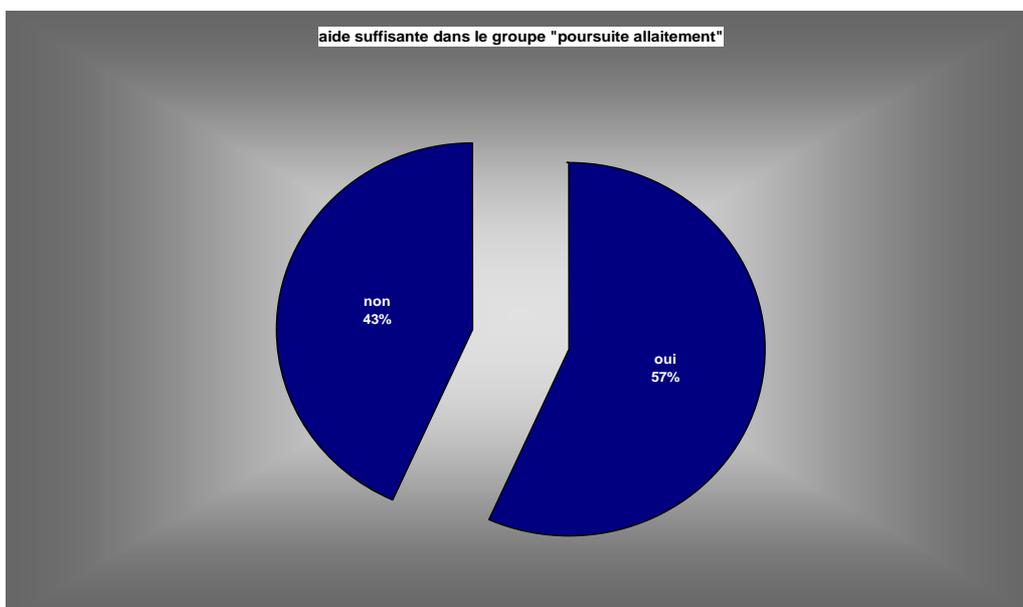


Figure 27 : Aide à domicile dans le groupe « arrêt »



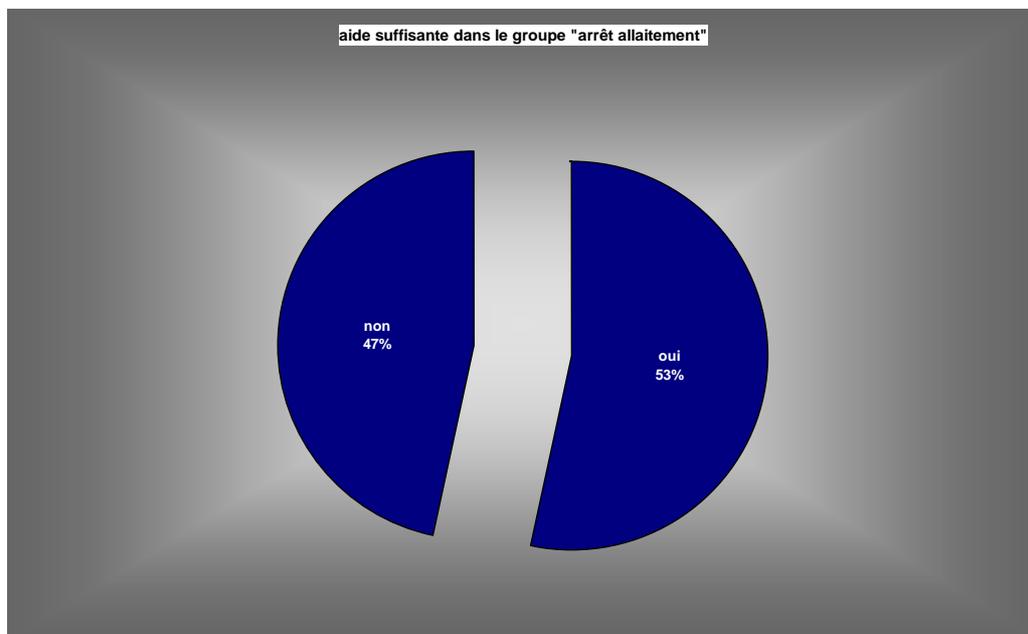
56,62% des femmes, qui allaitaient encore au bout d'un mois, estiment être suffisamment aidées (figure 28).

Figure 28 : Aide suffisante groupe « poursuite »



50% des femmes, qui ont arrêté d'allaiter, estiment être suffisamment aidées (figure 29).

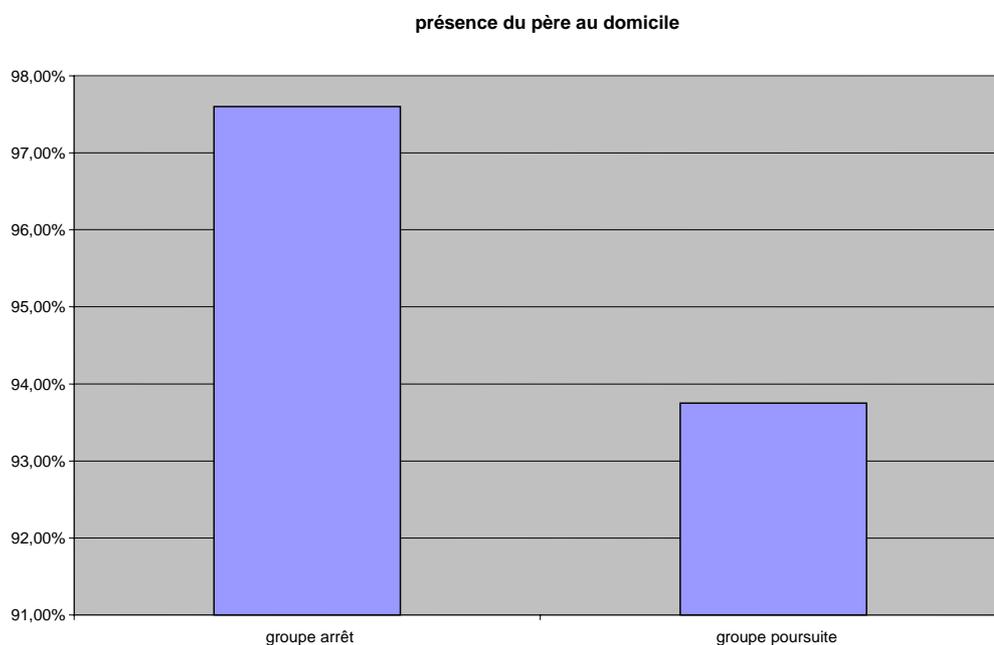
Figure 29 : Aide suffisante groupe « arrêt »



g) présence du père et sa coopération

Près de 98% des pères sont présents au domicile dans le groupe « poursuite de l'allaitement » et près de 94% dans le groupe « arrêt de l'allaitement (figure 30).

Figure 30 : Présence du père



88% des pères sont coopérants dans le groupe « poursuite de l'allaitement » contre 74% dans le groupe « arrêt de l'allaitement » (figures 31 et 32).

Il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes avec un $p = 0,1991$ pour un p significatif $< 0,05$.

Figure 31 : coopération du père dans le groupe » poursuite »

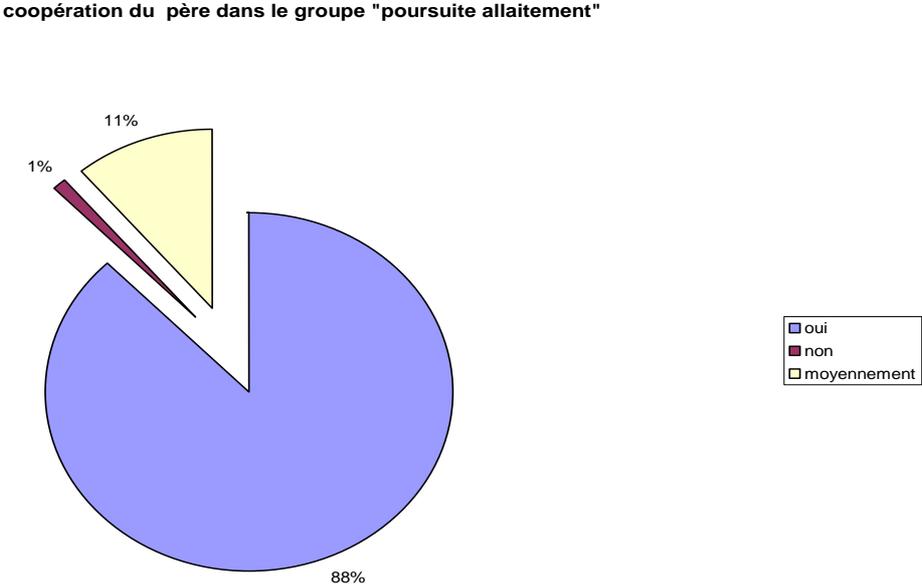
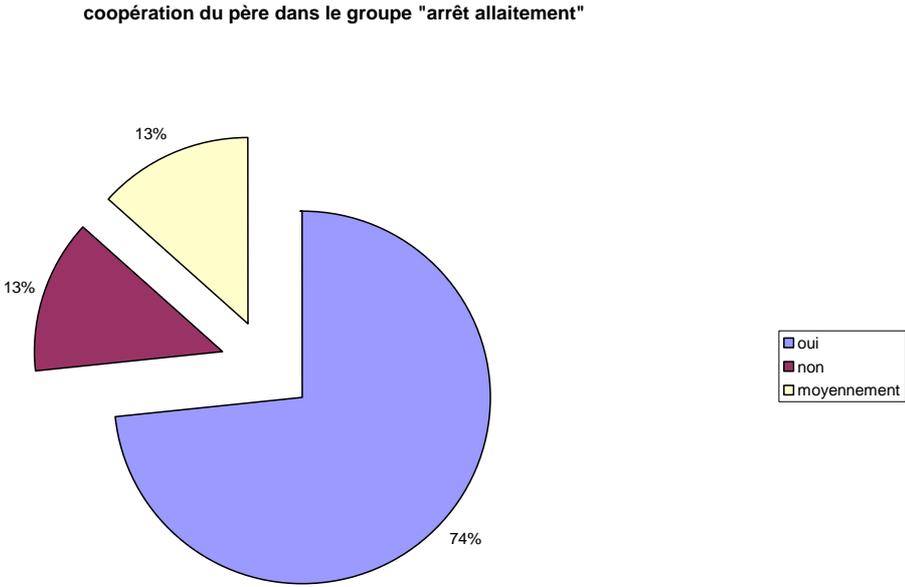


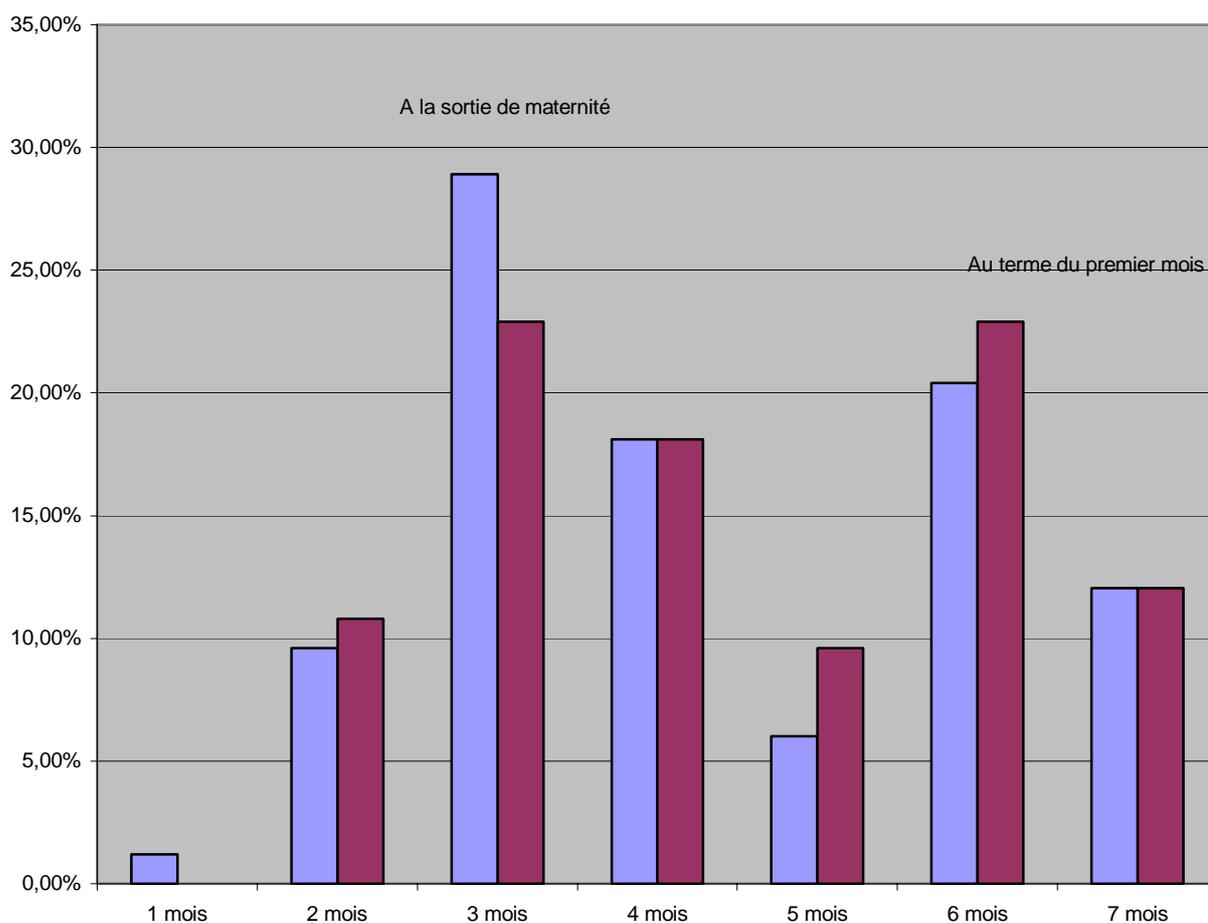
Figure 32 : coopération du père dans le groupe « arrêt »



3.8. DUREE SOUHAITEE D'ALLAITEMENT A LA MATERNITE ET AU TERME DU PREMIER MOIS DANS LE GROUPE « POURSUITE »

Lorsque l'on compare les durées souhaitées d'allaitement par les mères du groupe « poursuite » à la sortie de la maternité et au terme du premier mois, ces durées ne varient pas beaucoup. Le souhait des mères, qui ont persévéré, reste stable après un mois malgré les difficultés éventuelles rencontrées (figure 33).

Figure 33 : Diagramme comparatif des durées souhaitées d'allaitement par les mères du groupe « poursuite »



4. Discussion

4.1 ETAT DES LIEUX DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FRANCE ET EN EUROPE, ET L'ARRÊT PRÉCOCE.

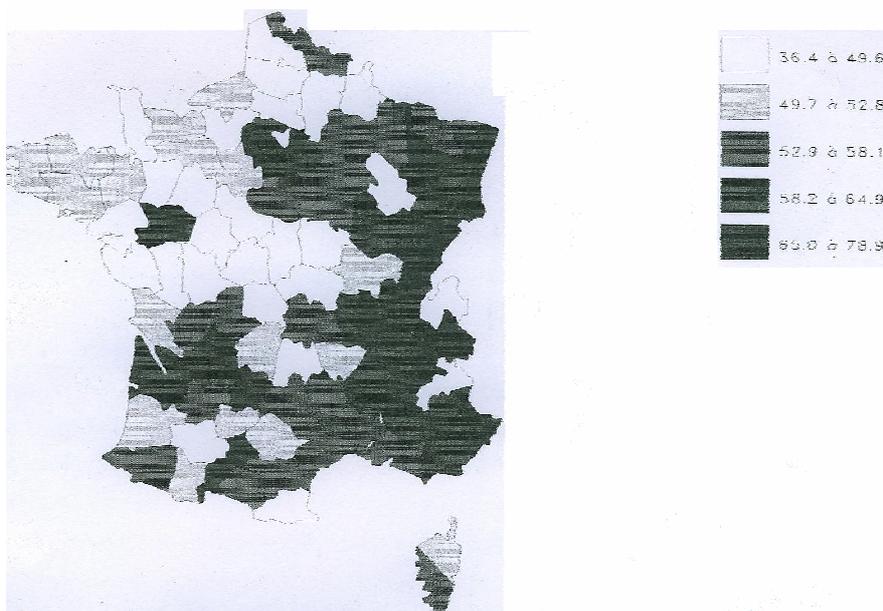
a) L'allaitement en France et en Europe

Le taux d'allaitement maternel à la sortie de la maternité augmente régulièrement en France : il était de 37% en 1972 (1), 48% en 1976 (2), 54% en 1981 (3) et 62,7% en 2003 (4). On note un axe est/ouest en France : à l'est un taux de 60 à 80% et à l'ouest 30 à 40%. Dans les Pays de la Loire le taux d'allaitement à la fin de la maternité varie en fonction des sources, en 2004 : pour la PMI il est voisin de 50%, pour les maternités le taux varie de 45% pour le plus faible, à 64% pour le plus élevé. La durée moyenne de l'allaitement maternel mesurée dans une maternité de l'ouest en 93 était de 10 à 12 semaines.

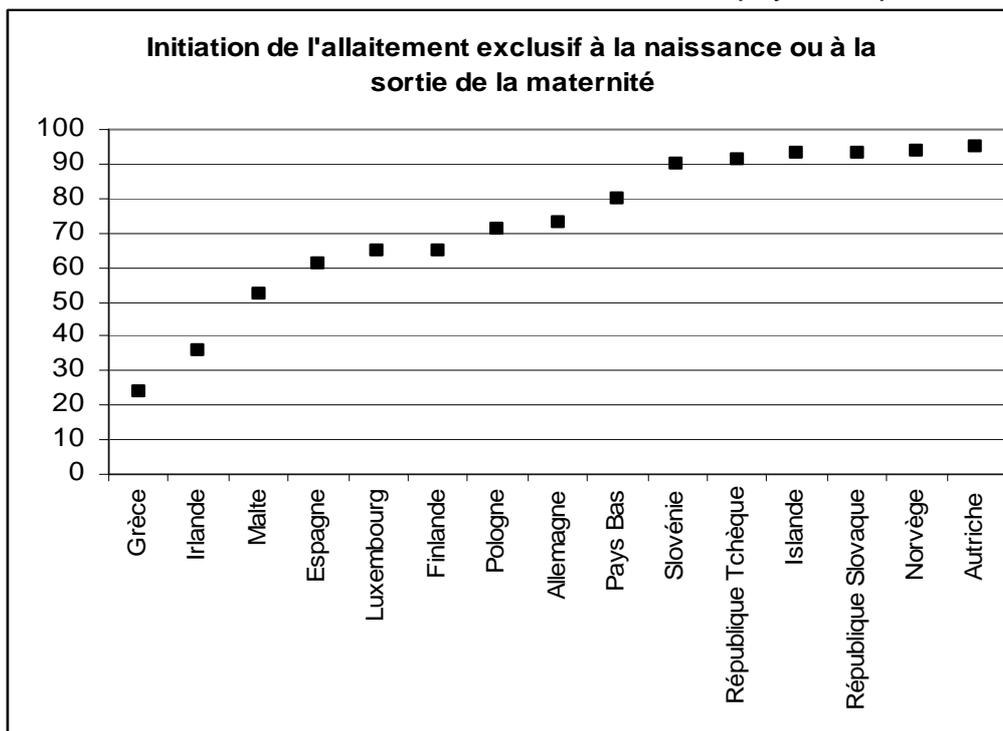
Cette durée moyenne est similaire à la durée nationale qui elle, est de 10 semaines.

Pourtant les françaises sont à la traîne en Europe, en effet, en tête arrivent :

- les scandinaves, avec un taux à 3 mois de 90%, à 6 mois de 80%, et à 12 mois de 35%, selon une enquête européenne datant de décembre 2003.
- quant aux britanniques elles sont à 3 mois à 29%, 6 mois à 20%.
- enfin les françaises ont un taux à 3 mois à 15% (5).



Taux d'allaitement exclusif à la naissance dans 15 pays européens



b) L'arrêt précoce pendant le 1^{er} mois.

Il est important de souligner le taux important d'arrêt précoce de l'allaitement maternel en cours du 1^{er} mois : Il était de 20% en 93 à l'hôpital de St Nazaire (6). Il est encore de 15% dans cette étude réalisée au CHU de Nantes. En effet 16 femmes sur les 99 incluses dans l'étude ont arrêté au cours du 1^{er} mois, une fois de retour au domicile.

Aucune question sur l'existence ou pas d'une pathologie chronique chez la mère n'était posée dans le questionnaire initial à la maternité. La prise en charge de l'allaitement maternel demande, dans ces cas précis, une attention particulière. Ce taux d'arrêt est donc biaisé par 2 pathologies non prises en compte lors de l'admission des femmes à la maternité. En effet parmi ces 16 femmes 2 avaient des pathologies suffisamment graves pour être un frein à la poursuite de l'allaitement. La première avait un syndrome de Pickwick avec un appareillage nocturne, ce qui ne facilite pas sa disponibilité pour allaiter sans compter une grande fatigue diurne caractéristique dans ce type de pathologie. La deuxième, quant à elle, avait une sciatialgie traitée par AINS puis par morphine.

D'après le Committee on Drugs de l'American Academy of Pediatrics qui fait régulièrement (tous les 4 ans) le point sur la liste des médicaments qui passent dans le lait maternel, il est clairement établi que seuls les cytostatiques, les substances radioactives, l'ergotamine, le lithium, et la bromocriptine ne peuvent être administrées à une femme qui allaite (7,11).

La prise d'AINS n'est donc pas une contre-indication formelle à la poursuite de l'allaitement maternel. Ils sont pour la plupart des acides faibles avec une importante fixation aux protéines plasmatiques ; on prescrira de préférence des molécules à $\frac{1}{2}$ vie courte sans métabolite actif à prendre juste après la têtée, en évitant les formes retard ou à libération prolongée (8).

Quant à la morphine, le Nubain® ou la Tengésic® en injection IM d'une dose occasionnelle serait également sans risque pour l'enfant allaité (8).

Il n'a pas été précisé lors du questionnaire téléphonique à 1 mois si le traitement par morphine était quotidien et oral ou s'il était occasionnel et intramusculaire. De toute façon l'allaitement maternel avait été arrêté d'office par le médecin généraliste peut-être plus ou moins informé. D'autre part il serait intéressant de s'attarder un peu plus sur les habitudes de vie des mères, ce qui n'a pas été abordé ici : fume-t-elle ? Quel contraceptif oral, a-t-elle subi une réduction mammaire ? Se définirait-elle comme très active, active, peu active ?

4.2 CARACTÉRISTIQUES DES MÈRES.

a) Age et profession.

Il est désormais démontré que l'âge de la mère et son niveau socioprofessionnel sont deux éléments déterminants dans la décision d'allaiter (6,9, 30). Plus la mère est âgée et plus elle est diplômée, plus elle décide d'allaiter, et d'allaiter longtemps.

Le choix pour chaque mère d'allaiter son enfant reste très lié à ses caractéristiques socio-démographiques. L'influence de l'âge maternel s'est inversée au cours des années (9) : en 1972 les plus jeunes étaient les plus nombreuses à allaiter ; en 1976 et 1981 (données non publiées) aucune liaison n'était mise en évidence avec l'âge ; en 1995 les femmes de 30 ans ou plus choisissent plus souvent d'allaiter leur enfant.

De même en Grande Bretagne de 1980 à 1990, la fréquence de l'allaitement au sein est restée stable chez les primipares de 30 ans ou plus mais n'a cessé de diminuer pour les classes d'âge inférieures.

Aux Etats-Unis le choix d'allaiter est d'autant plus élevé que les femmes sont blanches, diplômées, âgées de plus de trente ans, et employées à temps partiel (11).

Cependant une fois l'allaitement installé, il semble dans cette étude, que ces deux facteurs (l'âge et le diplôme) n'interviennent plus comme garants de durée et de persévérance pendant ce le 1^{er} mois, décisif car difficile.

En effet aucune classe d'âge ou socio-professionnelle n'est statistiquement différente entre les 2 groupes de femmes : « arrêt » et « poursuite ».

Ces femmes paraissent toutes à égalité devant les difficultés de l'allaitement maternel pendant le 1^{er} mois et leur façon de réagir positivement ou négativement face à ces difficultés ne semble pas liée ni à leur âge ni à leur diplôme. Peut-être le facteur influençant la durée de l'allaitement est-il le sentiment de confiance et de soutien que les mères ressentent ? avec un zeste de motivation certainement.

b) Parité et expérience antérieure de l'allaitement

Dans l'étude de Branger (6) et celle de Crost et Kaminski (9) la multiparité est également un facteur influençant la durée de l'allaitement. Dans ces études sur une durée de 1 mois la multiparité ne semble pas influencer la poursuite de l'allaitement. En revanche la durée des allaitements antérieurs semble ici un gage de bonne poursuite de l'allaitement maternel pendant ce premier mois. Plus les mères avaient une expérience antérieure d'un allaitement prolongé, moins elles s'arrêtaient au cours de ce premier mois. Comme si le fait d'avoir allaité leurs enfants précédents leur donnait plus d'assurance et de confiance en elles pour cet allaitement, en partie par ce qu'elles connaissaient les difficultés éventuelles et peut-être comment les résoudre.

Cependant aucune question sur leur ressenti pour ces allaitements précédents n'a été posée. On ne peut pas affirmer qu'une mauvaise expérience a une incidence sur les allaitements futurs ou inversement, mais cette incidence peut se comprendre.

La multiparité n'est pas un facteur que l'on retrouve comme décisif dans l'étude de Lathouwer (12). En effet en comparant 2 groupes de femmes qui allaitaient ou qui donnaient le biberon, la multiparité n'est pas un facteur statistiquement différent qui permette de dire que celle-ci pousserait à allaiter.

c) Activité socioprofessionnelle du père.

La catégorie socioprofessionnelle du père s'accorde à celle de la mère, ainsi que ce soit de l'étude de Branger (6) ou de celle de Crost (9), plus la femme est diplômée, plus elle naît dans un contexte social favorisé, plus elle décide d'allaiter et allaite longtemps.

Dans notre étude autant la catégorie socioprofessionnelle n'était pas un garant de persévérance de l'allaitement au cours du premier mois, autant le niveau socioprofessionnel du père est un facteur déterminant.

Un contexte socioprofessionnel stable et donc rassurant permettrait à la mère d'envisager plus sereinement un allaitement maternel durable et peut-être un congé parental pour faciliter un allaitement maternel au-delà de 2 mois et demi. Le désir de prendre ou non un congé parental à l'issue des congés de maternité ou le désir de poursuivre l'allaitement malgré la reprise du travail n'a pas été explicitement demandé dans le 1^{er} questionnaire à la maternité. Peut-être aurait-il été intéressant de constater comment les mères envisageaient d'allier leur nouvelle maternité et leur profession.

d) Motivation de la mère et projection dans la durée.

La motivation en général, est vraisemblablement un des facteurs susceptibles d'influencer la durée de l'allaitement, de permettre de persévérer malgré les difficultés rencontrées et de pousser à chercher de l'aide avant l'arrêt.

Une liste de motifs d'allaiter a été proposée aux femmes mais pas de règle graduée, ce qui aurait permis de chiffrer de 1 à 10 le degré de motivation des mères.

Dans la thèse de V. Riche (13) l'influence de la motivation à allaiter s'exercerait sur l'adéquation de l'allaitement au projet que la mère s'était fixée. Il est possible que les mères les plus motivées pour allaiter soient plus réceptives à l'aide qui pourrait leur être proposée et que le comportement soit ainsi plus modifiable sous l'effet d'une intervention. De même quand la mère projette une durée supérieure à 1 mois est-elle plus encline à persévérer pour faire durer l'allaitement de son enfant.

Quant aux raisons dans cette étude, qui motivaient le choix d'allaiter et sa durée, aucune n'est statistiquement différente entre les 2 groupes de femmes. Le choix d'allaiter pour une raison économique est minoritaire et pourtant, elle pourrait être un facteur décisionnel dans les milieux plus défavorisés.

En France, le coût de l'allaitement maternel pendant les 6 premiers mois serait de 200,00 euros, alors que celui de l'allaitement au biberon serait en moyenne de 1000,00 euros (14), sans tenir compte des économies qui pourraient être comptabilisées par la diminution des coûts des maladies infantiles.

Aux U.S.A. une étude sur les bénéfices de l'allaitement maternel a été réalisée en 2005, et notamment sur les bénéfices économiques : bénéfices économiques autant pour la famille que pour la société. En effet la famille pourrait épargner l'argent qui normalement aurait dû être dépensé pour le lait substitutif et le matériel, et l'utiliser par exemple pour améliorer l'équilibre alimentaire de la famille doit diminuer ainsi le risque d'obésité. Une famille américaine dépenserait 700 \$ (583,33 euros) dans la 1^{ère} année de l'enfant pour l'alimentation au biberon. Les enfants nourris au sein ont moins de maladies infantiles telles que otite, gastro-entérite, entérocolite nécrosante.

Le seul fait de diminuer l'absentéisme des parents en diminuant la fréquence de ces maladies permettrait d'économiser 36 milliards de \$ (25 milliards d'euros)
Tous ces chiffres sont très parlants, aucune étude de ce genre n'a été faite en France portant cela permettrait peut-être de motiver l'ensemble des soignants et des parents...Cela reste une motivation matérielle et une approche américaine de problème de l'allaitement, mais si cela peut conduire à une meilleure attitude vis-à-vis de l'alimentation du Nouveau-Né alors pourquoi pas ?

4.3 A LA MATERNITÉ

a) Précocité de la mise au sein.

Une première mise au sein tardive, le don de suppléments autres que le lait maternel et la séparation régulière de la mère et de l'enfant sont des facteurs connus pour favoriser le sevrage précoce. La question posée était : « la première tétée a-t-elle eu lieu dans les 2 heures ? », le délai de 2 heures est encore trop long pour parler de tétée précoce mais il est encourageant de noter que la majorité des 99 femmes ont eu leur enfant au sein dans ce délai.

Mais plus que la précocité de la première tétée, le contact peau à peau facilite la mise en place et favorise la durée de l'allaitement maternel. Le docteur Gremmo-Freyer en fait la démonstration en citant plusieurs études (15). Tout d'abord celle de Righard et Allade (16) compare deux groupes de nouveaux nés : un groupe « contact » mis peau à peau immédiatement après la naissance et pendant au moins 1 heure, et un groupe « séparation » mis peau à peau 20 minutes puis séparés des

mères pendant les soins post-natals. La technique correcte de succion était acquise plus fréquemment chez les nouveaux nés pour lesquels il n'y avait pas eu d'interruption de contact, celui-ci devant idéalement pouvoir se poursuivre jusqu'à ce qu'ils aient tété. Ensuite celle d'Anderson (17), une étude polonaise, et celle de Mizuno et Coll (18) montrent l'impact de ce contact peau à peau sur la durée de l'allaitement maternel.

La mise au sein précoce est une nécessité admise par les équipes médicales, quant au peau à peau prolongé il existe encore une certaine réticence en partie due aux problèmes de surveillance du Nouveau-Né dans les heures qui suivent la naissance.

b) Difficultés à la maternité

Parmi les difficultés qu'ont pu rencontrer les mères au début de leur allaitement à la maternité, deux ont une fréquence significativement différente entre les 2 groupes de femmes (arrêt à 1 mois, poursuite à 1 mois). Les crevasses et les engorgements sont plus fréquemment rencontrés dans le groupe de femmes qui ont arrêté l'allaitement au cours du 1^{er} mois.

On sait qu'un bon démarrage est essentiel à la poursuite de l'allaitement maternel, son avenir se joue dans la première semaine. Si la lactation démarre bien, si la mère évite toute crevasse ou tout engorgement important, ou si ceux-ci sont rapidement amendés, le risque de complications ultérieures est à peu près nul et l'allaitement deviendra très vite facile et agréable (19). C'est le rôle de tous :

personnel soignant des maternités, médecins, parents d'obtenir une qualité de soins telle que les difficultés dans les 1ers jours soient les plus rares possible.

Une mauvaise position du bébé au sein ou une prise de sein incorrecte sont les grandes causes de douleurs et de crevasses : en particulier un bébé qui n'est pas face au sein ou trop loin ; un bébé qui ne peut pas ouvrir grand la bouche en basculant la tête en arrière ; une mère qui appuie sur le sein avec le doigt pendant la tétée ou qui ne sait pas retirer son enfant du sein, si besoin.

De nombreux facteurs peuvent être à l'origine d'engorgement et inhiber un bon réflexe d'éjection : la fatigue, l'isolement à la maternité, l'anxiété ou l'inconfort de la mère, les mamelons douloureux, un soutien-gorge trop serré, les difficultés psychologiques...Il faut donc faire téter l'enfant le plus tôt possible et aussi souvent qu'il le réclame pendant la première semaine. Si les seins sont régulièrement et bien stimulés, le risque d'engorgement est nul. Et plus la mère sera psychologiquement sereine, plus les chances de réussite seront grandes.

4.4 A UN MOIS : TAUX D'ARRET ET DUREE DES ALLAITEMENTS STOPPES

Dans cette étude 16 des 99 femmes (soit 15%) ont arrêté leur allaitement au cours du premier mois. Sur ces 16 femmes seule une est restée fidèle à son choix initial qui était d'allaiter un mois plein.

Ce chiffre de 15% est un peu plus faible que ceux qui ont été trouvés dans les études précédentes. Il est de 30% dans l'étude de Ego et al (20) réalisée dans le Nord Pas de Calais ainsi que dans celle de Lerebourg et al. en Seine Maritime, et

dans les deux enquêtes rapportées par Lelong et al. (23). Le taux d'arrêt précoce se rapproche plus de celui qui a été trouvé dans l'étude de Branger et al. (6) : 20%, et de Labarère et al (23) : 18%.

Il reste pourtant élevé si l'on considère que 15 de ces femmes n'ont pas réalisé le projet d'allaitement qu'elles avaient formé pour leur enfant. Un arrêt précoce non souhaité initialement est souvent associé à un sentiment de déception voire d'échec.

Et peut-être qu'une meilleure prise en charge des 2 femmes sus-citées avec une pathologie chronique, aurait permis d'allonger la durée de l'allaitement de leur enfant. Il aurait fallu pour celle qui était atteinte d'un syndrome de Pickwick des consultations suivies pendant plusieurs semaines et pour celle qui souffrait de sciatgie, un traitement adapté à leur allaitement maternel sans se précipiter pour le stopper.

4.5 DÉROULEMENT DE L'ALLAITEMENT À DOMICILE

a) Allaitement à la demande

L'allaitement à la demande est dans cette étude l'attitude majoritairement adoptée par les mères que ce soit dans le groupe « arrêt » ou « poursuite » de l'allaitement. Il semble que cette notion importante de ne pas respecter d'intervalles réguliers et de permettre à l'enfant de téter même 12 fois par jour soit acquise comme garant de réussite d'un allaitement maternel.

L'étude réalisée au CHU de Lille en 1998 par Ego et al. (20), montrait que le respect d'intervalles réguliers multipliait par 2 le risque de sevrage prématuré. Il correspondait habituellement à une limitation du nombre de tétées qui ne tenait pas compte des réalités psychologiques de l'allaitement maternel. De même l'étude faite par Hornel et al. (24) en Suède montrait que les allaitements les plus prolongés étaient ceux pour lesquels le nombre de tétées était le plus élevé.

Il est important d'adapter un horaire souple et de proposer le sein dès que le bébé manifeste les premiers signaux de la faim. Cette attitude permet un bon démarrage de l'allaitement et en augmente aussi la durée (25).

b) Suppléments au biberon

Les mères du groupe « arrêt » ont donné statistiquement plus fréquemment des suppléments au biberon à leur enfant que dans le groupe « poursuite ».

Nous ne savons pas si un essai de suppléments à la cuillère ou à la seringue a été tenté avant de passer directement au biberon.

D'autre part aucune question sur l'usage d'une tétine pour « faire patienter » l'enfant n'a été posée. De plus le nombre de suppléments au biberon reste très instructif puisque aucun contrôle à domicile du nombre de tétées ou du nombre de biberons, n'a été fait en dehors des entretiens téléphoniques.

Mais ce n'est pas tant l'apport de complément qui risque de conduire au sevrage prématuré que l'usage du biberon ou d'une tétine. Si des compléments sont

nécessaires (il existe 6 indications précises) il faut les donner autrement qu'au biberon pendant les premières semaines (26). On les donnera à la tasse, à la cuillère, à la seringue, en prenant bien garde de ne pas gêner le mouvement naturel de la langue.

L'apport de lait de complément au biberon parce qu'il augmente l'intervalle entre les tétées (le bébé repu réclame moins) et parce qu'il peut altérer la succion du bébé (confusion entre le sein et la tétine, la position de la langue n'étant pas la même et l'effort fourni par le bébé bien moindre qu'au sein maternel) peut entraîner une hypogalactie secondaire avec un sevrage plus ou moins inéluctable. Le risque est alors de tomber dans cercle vicieux : l'enfant tète mal, il prend peu de poids, la mère prend peur et perd confiance en ses capacités de nourricière, le supplément au biberon vient rassurer et la mère et le médecin. La stimulation de la lactation s'en trouve diminuée, la mère a moins de lait, etc...

Donner des biberons de complément raccourcit plus la durée totale de l'allaitement. C'est une prescription à éviter en dehors d'une indication médicale justifiée (27). Vogel (28) retrouve un risque relatif ajusté de durée d'allaitement plus courte en cas d'utilisation de compléments pendant le 1^{er} mois et Hill (29) montre que l'introduction précoce (pendant la 2^{ème} semaine) de biberons de substituts de lait maternel est nettement associée à un sevrage plus rapide » (à 20 semaines, trois fois plus d'enfants sevrés) ANAES 2002.

Dans l'étude Ego et al. (20) c'est surtout l'utilisation d'une tétine qui était associée à un risque 2 fois et demi plus élevé de sevrage prématuré. L'influence de la tétine ne se limite probablement pas aux interférences avec le mécanisme physiologique de la succion. Il serait aussi le témoin de facteurs psychologiques et comportementaux maternels (faible confiance en soi, comportement rigide) moins propices à la poursuite d'un allaitement maternel. Toujours dans cette étude il n'y avait pas de relation entre l'usage de compléments de lait artificiel ou de lactarium en maternité et le sevrage prématuré. Mais ces compléments étaient, en règle générale, donnés à la tasse ou au goulot pour éviter les inconvénients liés à une tétine pendant la mise en route d'un allaitement maternel.

Certes la crainte de la perte de poids conduit facilement au don de suppléments mais aussi le manque de confiance de la mère en ses capacités de nourricière et celui de son entourage...

Une étude faite aux USA (30) sur les caractéristiques des enfants, des mères et de la famille montrait qu'il était difficile aux mères d'accepter que le lait maternel, comme seule alimentation pendant les 6 premiers mois, puisse suffire au Nouveau-Né. Les contraintes sociales et environnementales font que les connaissances ne sont pas suffisantes chez les mères pour intégrer l'excellence nutritionnelle du lait maternel pendant les premiers mois – 31,25 % des femmes interrogées pensaient que les bébés devaient recevoir des céréales ou une alimentation solide dès les 3 premiers mois en plus du lait maternel. Il semble aussi que les mères avaient du mal à résister à la pression familiale qui mettait en doute les valeurs nutritionnelles du lait

maternel en insinuant que la mère ne nourrissait pas correctement son enfant, si elle ne complétait pas par autre chose.

Indications médicales des compléments :

Indications liées à la mère

Séparation mère/enfant, la mère étant hospitalisée. Lorsque le bébé est transféré, celui-ci peut recevoir le lait maternel exprimé avec un tire-lait

Contre-indication temporaire à l'allaitement en raison de médicaments après l'accouchement (rares sont les médicaments incompatibles). L'insuffisance de lait documentée : hypoplaxie mammaire, antécédent de mammaire, retard à l'établissement de la lactation (au-delà de J4-J5) Tétées extrêmement douloureuses insupportables.

Indications liées au nouveau-né

Hypoglycémie documentée, Nouveau-Né à risque d'hypoglycémie avec succion inefficace, Perte de poids importante (> 8%) avec signes de déshydratation, et/ou succion inefficace, et/ou retard à l'établissement de la lactation, et/ou ictère lié à l'allaitement avec bilirubine élevée.

c) La perte de poids du bébé

Parmi toutes les complications évoquées de l'allaitement maternel, une fois de retour à domicile, la prise de poids insuffisante du bébé et le manque de lait sont les plus cités par les mères qui ont arrêté précocement l'allaitement. Et plus précisément la prise de poids insuffisante du bébé est statistiquement plus observée dans le groupe « arrêt » que dans le groupe « poursuite ». Cette perte de poids, ou l'insuffisance de prise de poids n'est pas chiffrée, il n'a pas été demandé précisément les chiffres de pesée et si cette perte de poids était supérieure ou inférieure à 10% Cette notion reste très subjective car dépendante de l'appréciation de la mère ou de celle du pédiatre.

Néanmoins la stagnation staturo-pondérale de l'enfant est une vieille préoccupation des mères et des médecins, généraliste ou pédiatre, qui par manque d'information sur l'allaitement ou par manque de temps incitent les mères souvent inquiètes à donner des suppléments au biberon. Facteur très néfaste comme on l'a vu précédemment pour maintenir ou redémarrer une lactation chez la mère et cause essentielle des échecs précoces de l'allaitement. En effet comme le précise le docteur Gremno-Féger (8), les problèmes de poids concentrent tout ce qui fait la difficulté d'allaiter. Et ce n'est surtout pas parce que le lait de la mère est mauvais ou parce que cette dernière n'en produit pas assez. Il faut plutôt vérifier comment se déroule la tétée, vérifier si l'enfant prend bien le sein et combien de fois celui-ci tète en 24 heures.

Dans l'étude de Epo et al. (20) la perte de poids initiale en maternité supérieure à 10% était très prédictive d'un sevrage prématuré puisqu'elle était 4 fois plus fréquente que lorsque l'allaitement maternel était poursuivi.

Il est bon de rappeler que l'enfant nourri exclusivement au sein a une prise de poids en moyenne de :

- 30 à 35 g/j les 3 premiers mois après reprise du poids de naissance à 5 J (28) pour certains, ou à 10 J pour d'autres (32),
- 20 g/j à partir de 3 mois 15 g/j à partir de 6 mois, 10 g/j à partir de 9 mois. D'une façon plus générale de 0 à 3 mois l'enfant prend 200 g/sem.

Une courbe de poids des enfants allaités au sein est prévue par l'OMS. En effet celle qui existe actuellement dans les carnets de santé a été établie dans les années 70, or à cette date 98% des enfants de 1 mois, et près de 100% des enfants de 3 mois étaient nourris au lait artificiel ou au lait de vache.

Quelques éléments à vérifier en consultation (8) pour évaluer si l'enfant prend assez de lait : l'aspect des selles et leur quantité pendant les 3 à 4 premières semaines, le bébé doit avoir au moins 2 à 3 selles abondantes par jour.

La prise de poids ; Le déroulement des tétées et les observer ; Les urines ; le bébé doit avoir au moins 5 à 6 couches bien mouillées donc bien lourdes, par jour.

Pendant les premières semaines le nombre de tétées peut être de 8 à 12 par jour, soit un temps de 4 à 6 heures passé au sein de la mère.

Mais dans tous les cas un enfant menu n'est pas forcément un enfant qui va mal, et s'il paraît serein et en bonne santé, il n'y a pas lieu de s'inquiéter.

Pour conclure l'équipe médicale ne doit pas faire passer son inquiétude à la mère face à une prise de poids insuffisante, car en introduisant un doute dans l'esprit de la mère sur sa capacité à nourrir son bébé, sa production de lait peut s'en trouver affectée.

4.6 AIDE RECHERCHÉE PAR LES MÈRES ET SENTIMENT DE SOUTIEN.

Dans les deux groupes de femmes qu'elles aient arrêté ou non la majorité a cherché une aide extérieure lorsqu'un problème se présentait :

- 62,5% dans le groupe « arrêt »
- 52,5% dans le groupe « poursuite ».

Cette aide pourrait être très variée du professionnel de la santé à l'amie ou à la parenté. Qu'importe finalement pourvu que les mères soient rassurées et qu'on leur redonne confiance en leur capacité de bonne nourricière.

Le lactarium a été statistiquement plus contacté par les femmes du groupe « arrêt ». Cela peut s'expliquer par le fait que l'hôpital reste une référence en matière de soins et que c'est à l'hôpital que ces femmes ont reçu leurs premiers conseils pour allaiter.

Quant au sentiment de soutien, la question n'a été posée qu'aux femmes du groupe « arrêt » et seulement 31,25% de ces mères se sont senties accompagnées lors de leurs difficultés à allaiter, avant de décider d'arrêter. Cette question n'a pas été posée aux femmes du groupe « poursuite ». Pourtant lorsque l'on relit les commentaires recueillis lors des entretiens téléphoniques, ce sentiment est général et partagé. Ci-après quelques uns d'entre eux :

- « *pas entamée à l'hôpital, personnel trop insistant et pas d'aide la nuit* »
- « *manque d'information* »
- « *conseils trop discordants à la maternité* »
- « *personnel à l'hôpital trop autoritaire* ».
- « *pas de contacts une fois rentrée à la maison* »
- « *pas entourée ni à l'hôpital, ni à la maison* »
- « *heureusement ma voisine de chambre m'a motivée au début, mais après plus rien* »
- « *plus facile avec le biberon* »
- « *soulagée d'être passé au biberon* »
- « *trop difficile* »
- « *le biberon rassure* »
- « *trop isolée pour obtenir des conseils avisés* »
- « *si je n'avais pas été motivée ni soutenue j'aurais arrêté* »
- « *pas de soutien de l'entourage, manque d'information sur les associations qui existent* »
- « *compliqué au début, il faut être entourée* »
- « *encadrement moyen* »

- « *des conseils à l'allaitement pour le premier bébé serait utile* »
- « *centre de PMI encourageant* ».

Même si un réel effort et une attention particulière ont été portés dans le service de maternité pour favoriser le meilleur démarrage possible de l'allaitement, la nécessité d'un discours concordant et d'une plus grande écoute (plutôt que des ordres) semblent souhaitables.

De plus depuis quelques mois la distribution d'un dépliant avec l'ensemble des numéros de téléphone à contacter en cas de difficultés est devenue systématique lors de la sortie des femmes qui allaitent. Elles peuvent ainsi trouver une écoute et une aide éventuelle ainsi que la possibilité de rencontrer d'autres mères qui allaitent. Encore faut-il maintenant que ces femmes en fassent la demande une fois de retour chez elle et face à leurs difficultés.

Beaucoup de mères qui allaitent ressentent pendant les premières semaines le besoin de s'appuyer sur quelqu'un de proche (leur compagnon, leur mari, d'autres mères). Peu à peu elles renforcent leur confiance en elles, en s'appuyant sur leurs expériences positives, sur des informations cohérentes avec la pratique et par la rencontre avec d'autres mères (27).

Les groupes de paroles entre mères ont là toute leur place pour apporter des réponses claires et une écoute attentive aux questionnements et aux doutes des mères (soutien de mère à mère par téléphone...ou rencontre).

L'hôpital a bien pris conscience de l'importance du démarrage à la maternité mais de retour à domicile la relève par le médecin généraliste ou la PMI reste encore timide.

Le médecin généraliste manque encore de formation, les étudiants, lors de leur cursus, n'ont pas tous reçu un enseignement adéquat sur l'allaitement maternel. Quant à la PMI, il n'existe qu'un centre à Nantes qui propose une consultation à l'allaitement. Peut-être y a-t-il là un soutien à développer ?...

A Angers une consultation de puériculture avec un personnel bien formé est proposé tous les après-midi, sans rendez-vous et à toutes les mères qui allaitent, pendant le premier mois. Initiative reprise à Saumur, et qui est appréciée.

En France une aide systématique a permis d'augmenter le taux d'allaitement à 6 mois (52 à 66%) en particulier dans les couches sociales les plus défavorisées (32). Dans la thèse de V.Riche (13) l'intervention à domicile et au téléphone d'un professionnel de santé avait permis d'allonger les durées d'allaitement des femmes du groupe « intervention » par rapport à celles du groupe « contrôle ». Ces résultats allaient dans le même sens que ceux d'études de grande taille. Ainsi dans l'étude de Haider (33), 70% des mères ayant bénéficié de l'intervention allaitaient à 5 mois, dont 51% d'allaitement exclusif, contre 6% des mères du groupe témoin. De même dans l'étude de Moreau (34) 67% des mères ayant bénéficié d'un soutien de 6 visites allaitaient exclusivement à 3 mois contre 12% dans le groupe témoin. Les mères ayant reçu un soutien fait de 3 visites étaient 50% à allaiter exclusivement à 3 mois.

Une étude (35) réalisée également en France (en Rhône Alpes) démontrait l'efficacité d'une visite systématique, précoce et préventive par des médecins généralistes ou des pédiatres ayant reçu une formation de 5 heures sur l'allaitement naturel. Cette visite systématique à 2 semaines permettait un taux d'allaitement exclusif à 83,9%, dans le groupe intervention, et 71,9% dans le groupe témoin, une durée d'allaitement plus longue, 18 semaines, pour 13 semaines, et moins de difficultés rencontrées par la mère. En revanche il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne l'allaitement partiel en exclusif entre les 2 groupes, ni dans le sentiment d'appréciation dans l'allaitement par la mère de 2 groupes « intervention » ou « témoin ».

Il est certain que ce premier mois ressenti comme si difficile par la majorité des mères de cette étude, nécessite un soutien particulier mais avec un personnel compétent. La formation spécifique sur l'allaitement semble indispensable.

5. CONCLUSION

Les facteurs prédictifs d'un arrêt précoce ou les causes d'arrêt précoce ne varient pas beaucoup lorsqu'on les compare aux études précédentes.

L'âge, le contexte socioprofessionnel du père plus particulièrement, la multiparité, la motivation initiale et la projection de la mère sur l'allaitement de son enfant restent toujours des facteurs importants qui favorisent ou non la persévérance à allaiter et la durée de cet allaitement.

Quant aux causes d'arrêts précoces la prise en charge de certaines d'entre elles notamment à la maternité par un réel effort fourni par le personnel de santé en se formant, permet un meilleur démarrage de l'allaitement et évite un arrêt trop précoce de celui-ci.

Le soutien des femmes une fois rentrées chez elles et pendant le premier mois reste un point à améliorer auquel il faudrait remédier en proposant des consultations accessibles à toutes voire systématiques... Se pose toujours le problème de la formation des professionnels de santé autres que ceux qui entourent la mère à la maternité, c'est-à-dire et avant tout les médecins généralistes. Il faudrait développer la formation initiale des médecins, soutenir ces acquis dans la formation médicale continue et instituer des médecins référents en matière d'allaitement maternel. Mais tout cela ne va pas sans l'éducation des futures mères à qui l'allaitement maternel doit être présenté comme le meilleur mode d'alimentation de leur enfant sans leur ôter ensuite la possibilité de choisir.

Il faut que des générations de mères qui allaitent redeviennent majoritaires pour que ces femmes ne se sentent plus si isolées et désemparées devant un acte si naturel.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Rumeau-Rouquette C., Deniel M., L'allaitement maternel au cours de la période néonatale. *Arch Fr Pediatr.* 1977; 34 :771-80
- (2) Rumeau-Rouquette C., Crost M., Bréart G., Mazaubrun du C., Evolution de l'allaitement maternel entre 1972 et 1976. *Arch Fr Pediatr.* 1980; 37 :331-5
- (3) Goujard J., Darchy P., Crost M., L'enfant en maternité. In : Rumeau-Rouquette C., Mazaubrun du C., Rabarison Y., Eds Naître en France : 10 ans d'évolution. Paris : Inserm ; 1984 p.91-4
- (4) Branger B., Réseau Sécurité Naissance. Promotion de l'Allaitement Maternel, Janvier 2006
- (5) Türck D., article du Figaro Sciences et Médecine 08/07/2004
- (6) Branger B., Cesbron M., Picherot G., Cornulier de M., Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pediatr.* 1998; 5 : 489-96
- (7) American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 2002; 108: 776-88.
- (8) Gremmo-Féger G., L'allaitement maternel en 36 questions, CHU de Brest, Avril 2000.

(9) Crost M., Kaminski M., L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995, Enquête nationale périnatale. *Arch pediatr.* 1998; 5 : 1316-26

(10) White A., Freeth S., O'Brien M., Infant feeding 1990: a survey carried out by the social survey division of PPCS on behalf of the Department of Health, The Scottish Home and Health Department, the Welsh Office and the Department of Health and Social Services in Northern Ireland. London: OPCS; 1992

(11) Position of the American Dietetic Association Promoting and Supporting Breastfeeding. *J Am Diet Assoc.* 2005; 105: 810-818

(12) Lathouwer de S., Lionet C., Lansac J., Body G., Perrotin F., Predictive factors of early cessation of breastfeeding. A prospective study in a university hospital. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004; 117:169-173

(13) Thèse de Violaine Viennot de Vaublanc - Riche. Etude qualitative pour l'évaluation de l'intérêt d'un soutien à l'allaitement maternel par le médecin généraliste. Faculté de médecine Necker - Enfants malades 2003

(14) Gremmo-Féger G., Allaitement maternel : l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. Journée Régionale COFAM pour l'allaitement maternel 2005-2006

(15) Gremmo-Féger G., Accueil du nouveau-né en salle de naissance. Journée Régionale COFAM pour l'allaitement maternel 2005-2006

(16) Righard L., Alade OM., Effects on delivery room routines on success of first feed. *Lancet* 1990; 336 : 1105-7

(17) Anderson G.C., Moore E., Hepworth J., Bergman N., Early skin to skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003

(18) Mizuno K., Mizuno M., Shinohara T., Noda M., Mother-infant skin to skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour; *Acta paediatr.* 2004 ; 93 : 1640-45

(19) Thirion M. L'allaitement, de la naissance au sevrage. Edition Albin Michel.

(20) A. Ego, J.P. Dubos, M. Djavadzadeh-Amini, M.P. Depinoy, J. Louyot, X. Codaccioni, Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. *Arch pédiatr.* 2003 ; 10 : 11-18.

(21) Lerebourg B., Czernichow P., Pellerin A.M., Froment L., Laroche T., L'alimentation du nourrisson jusqu'à 4 mois en Seine-Maritime. *Arch Fr Pédiatr.* 1991 ; 48 : 391-5.

(22) Lelong N., Saurel – Cubizolles M.J., Bouvier – Colle M.H., Kaminski M., Durée de l'allaitement maternel en France. *Arch Pédiatr.* 2000 ; 7 : 571-2.

(23) Labarère J., Dalla-lana C., Scelstraete C., Rivier A., Callec M., Polverelli J.F., Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry. *Arch pédiatr.* 2001 ; 8 : 807-15

(24) Hörnell A., Aarts C., Kylberg E., Hofvander Y., Gebre-Medhin M., Breastfeeding patterns in exclusively breastfed infants : a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden. *Acta Paediatr.* 1999 ; 88 : 203-11

(25) Pilliot M. Allaitement en maternité : les clefs pour réussir. Journée régionale COFAM pour l'allaitement maternel 2005-2006

(26) Gremmo-Féger G., Indications médicales des compléments en maternité. Journée de l'ENVOL Lille 2003

(27) Courdent M., Laurent C., Marchand M.C., Allaitement, questions au fil du temps. Journée régionale COFAM pour l'allaitement maternel 2005-2006

(28) Vogel A., Hutchinson B.L., et al. Factors associated with the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr.* 1999 ; 88 (12) : 1320-6

(29) Hill P.D., et al. Does early supplementation affects long-term breastfeeding? *Clin Paediatr.* 1997 ; 36 (6) : 345-50

(30) Li R., Darling N., Maurice E., Barker L., Grummer-Strawn L.M., Breastfeeding Rates in the United States by Characteristics of the Child, Mother, or Family: The 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics* 2005 (115)

(31) Royal College of Midwives. Pour un allaitement réussi. *Edition Masson*

(32) Duhamel J.F., Brouard J., Schrevel de G., Debosque S., Eckart P., Le rôle protecteur du lait de mère. *Conc Med.* 1994 p ; 116 : 495-8

(33) Haider R. et AL. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaha, bangladesh : a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 356 : 1643-47

(34) Morrow A.L. et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999; 353 : 9160

(35) Labarere J., Gelbert-Baudino N., Ayrat A.S., Duc C., Berchotteau M., Bouchon N., Schelstraete C., Vittoz J.P., François P., Pons C., Efficacy of Breastfeeding Support Provided by Trained Clinicians During an Early, Routine, Preventive Visit: A Prospective, Randomized, Open Trial of 226 Mother-Infant Pairs. *Pediatrics* 2005 (115), 2

ANNEXE

NOM : DEVERGNE-CLEMENT

PRENOM : Bénédicte

Titre de Thèse : Facteurs influençant l'arrêt de l'allaitement maternel au cours du premier mois.

RESUME

Le taux d'allaitement maternel à la sortie de la maternité augmente régulièrement chaque année et un réel effort a été apporté à l'accompagnement des mères, pendant leur séjour à l'hôpital, pour le démarrage de l'allaitement au sein de leur enfant. Malgré cela le taux d'arrêt précoce au cours du premier mois reste très élevé. Cette thèse tente de comprendre ce qui pousse les mères à arrêter si rapidement leur allaitement une fois de retour à domicile. Pour ce faire, deux questionnaires ont été proposés à 99 mères, à un mois d'intervalle.

Les résultats obtenus mettent en évidence un taux d'arrêt précoce de 16% et permettent de discuter ce qui pourrait aider ces femmes à persévérer malgré les difficultés rencontrées. Même s'il reste des facteurs sur lesquels il est difficile d'avoir une influence, le soutien aux mères, une fois sorties de maternité, peut être un axe d'action et d'amélioration.

MOTS CLES : Allaitement maternel, Arrêt précoce, Difficultés de l'allaitement, Isolement, Retour à domicile, Soutien