

**UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE**

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

**ARRET PRECOCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL
AU COURS DU 1^{ER} MOIS**

Sonia POZZOLI
née le 15 janvier 1983

Directeur de mémoire : Docteur Bernard BRANGER

Promotion 2002-2007



Promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement maternel

«Il m'est difficile, dit-elle, de rendre ce qui s'est passé en moi, j'ai senti une commotion que je ne peux comparer qu'à celle que produit l'étincelle électrique ; aussi vive qu'elle, elle m'a soulevée, m'a entraînée vers mon enfant, elle s'est bientôt épanouie dans tout mon corps en y répandant une chaleur délicieuse, à laquelle a succédé le calme d'une volupté inexprimable, lorsque mon enfant a saisi le mamelon et a fait couler la liqueur que la nature et ma tendresse lui destinaient.»

Dr Desessartz, XVIII^{ème} siècle

Table des matières

Introduction	1
1ère PARTIE : GENERALITES AROUND DE L'ALLAITEMENT	2
1. L'ALLAITEMENT AU FIL DU TEMPS	3
1.1 Retour vers les «1ers jours» de l'allaitement	3
1.1.1 De la préhistoire	3
1.1.2 ...à l'Antiquité	3
1.2 Histoire de l'allaitement en France	4
1.2.1 Avant 1880	4
1.2.2 La fin des nourrices et l'apparition du lait «maternisé»	5
2. VOYAGE A L'INTERIEUR DU SEIN	6
2.1 Le producteur du lait	6
2.2 La pompe d'éjection	6
2.3 L'éponge sanguine	7
2.4 Le silo	7
2.5 Le démarreur	7
2.6 L'emballage cutané	8
3. ALLAITEMENT A LA MAISON	8
3.1 Rythme et durée des tétées	8
3.2 La peur du manque de lait	9
3.3 Les phases de croissance du bébé	9
3.4 Mais pourquoi pleure-t-il ?	9
3.5 Les complications de l'allaitement et les infections de maternelles	10
3.6 Le papa et l'allaitement	10
3.7 L'absence de modèle et la nécessité de soutien	10
4. CONCLUSION	11
2ème PARTIE	12
L'ETUDE : POPULATION, METHODE, RESULTATS	12
1. POPULATION DE L'ETUDE	13
2. METHODE	13
2.1 Type d'étude réalisée	13
2.1.1 Le premier questionnaire à la sortie de la maternité	13
2.1.2 Le deuxième questionnaire à 1 mois	13
2.2 Saisie et analyse des données	14

3. RESULTATS DE L'ETUDE	15
3.1 Description de la population.....	15
3.1.1 Caractéristiques des mères et des bébés en maternité.....	16
3.1.2 Caractéristiques des mères et des nouveau-nés au cours du 1er mois	21
3.2 Description des arrêts précoces au cours du 1er mois	23
3.2.1 Caractéristiques des arrêts précoces	23
3.2.2 Caractéristiques des mères ayant arrêté leur allaitement au cours du premier mois.....	25
3.2.3 Les causes de ces arrêts précoces	27
3.2.4 Analyse multivariée.....	29
3ème PARTIE : DISCUSSION	31
1. RAPPEL DES RESULTATS SIGNIFICATIFS DE L'ETUDE	32
1.1 Caractéristiques des femmes ayant arrêté leur allaitement au cours du premier mois.....	32
1.2 Étude des biais éventuels de cette étude	34
2. COMPARAISON AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE	35
2.1 Les taux d'allaitement en France et à l'étranger.....	35
2.2 La durée de l'allaitement.....	39
2.3 Les arrêts d'allaitement au cours du premier mois.....	39
3. PISTES DE TRAVAIL POUR PREVENIR LES ARRETS PRECOCES AU COURS DU PREMIER MOIS.....	40
3.1 Proposition de critères de repérage en maternité	40
3.1.1 Les scores de prédiction du sevrage précoce dans la littérature	40
3.1.2 Critères de repérage dans le RSN.....	42
3.2 Proposition de prise en charge le premier mois	43
4. LE RÔLE DE LA SAGE-FEMME.....	45
4.1 Durant la grossesse	45
4.2 A la naissance.....	46
4.3 Pendant le séjour à la maternité	47
4.4 Du retour à domicile jusqu'au sevrage	47
Conclusion	48
BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXES	54
Annexe 1 : L'histoire du congé maternité	55
Annexe 2 : Les « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » d'après OMS/UNICEF, 1999.	56
Annexe 3 : Le réflexe neuro-hormonal et l'hormonologie de la lactation [6].....	57
Annexe 4 : Exemple de questionnaire distribué aux mères	58

Introduction

Souvent imité mais jamais égalé, le lait maternel reste l'aliment de choix du nourrisson. Celui-ci possède des vertus essentielles pour la santé et le développement des bébés, sans parler du lien privilégié qui s'instaure entre la maman et son enfant. C'est pour tout cela que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande depuis mars 2001, l'allaitement au sein pendant une période de 6 mois.

Cependant, malgré de nombreux efforts de promotion et un regain d'intérêt pour l'allaitement maternel depuis une trentaine d'années, la France reste bonne dernière en Europe à privilégier ce type d'alimentation []. La durée d'allaitement est de douze semaines en médiane et on observe environ 20 % d'arrêts au cours du premier mois dans les études antérieures [].

Nous verrons que la situation actuelle de l'allaitement en France est directement liée à son histoire, puis, après quelques mots de physiologie, nous nous attarderons sur les problèmes que peuvent rencontrer les mères avec leur allaitement une fois de retour chez elles.

A partir d'une étude organisée par le Réseau « Sécurité Naissance-Naître Ensemble » (RSN) des Pays de la Loire et proposée aux 24 maternités du Réseau en 2006, nous évaluerons le taux d'arrêt de l'allaitement maternel au terme du premier mois après la naissance et en déterminerons les facteurs.

Enfin, nous discuterons autour des résultats observés afin de proposer des pistes de travail pour limiter ces arrêts précoces.

**1ère PARTIE : GENERALITES AUTOUR
DE L'ALLAITEMENT**

1. L'ALLAITEMENT AU FIL DU TEMPS

L'histoire de l'allaitement commence avec celle de l'être humain, voilà pourquoi nous ne pouvons débiter ce voyage à travers le temps, sans parler de l'allaitement et de ses représentations depuis la Préhistoire jusqu'à l'Antiquité. Puis nous ferons un saut dans le temps pour nous concentrer sur l'allaitement en France : tout d'abord avant l'apparition du lait en poudre (invention récente qui n'a pas plus de 130 ans) puis tout au long du XX^{ème} siècle. Ceci semble être un bon moyen de voir l'évolution du regard porté sur les bébés (et sur les mères!) par la société française dans son ensemble et d'expliquer bien des problèmes que rencontrent aujourd'hui les femmes qui souhaitent allaiter leur enfant.

1.1 Retour vers les «1^{ers} jours» de l'allaitement

1.1.1 De la préhistoire ...

De l'apparition de l'*homo sapiens sapiens* vers 90.000 ans avant J.C. au début de l'ère de l'élevage il y a 8.000 ans, le seul substitut éventuel au lait d'une mère était le lait d'une autre femme (comportement partagé par de nombreux mammifères et que l'on observe encore aujourd'hui dans certaines sociétés).

Des études effectuées sur des ossements humains ont permis d'évaluer une durée moyenne de l'allaitement maternel chez nos ancêtres comprise entre 2 et 3 ans. L'évolution considérable de l'espèce humaine (augmentation de la durée de vie, recul du début de la puberté, etc.) depuis l'âge préhistorique invite à considérer cette durée d'allaitement comme une borne inférieure.

A partir de 8.000 ans avant J.C., l'élevage de certaines espèces animales a certainement permis à l'être humain de recueillir leur lait afin de le substituer au lait maternel. Des biberons furent retrouvés dans des sépultures de jeunes enfants à partir de 4.000 ans avant J.C., utilisés vraisemblablement au moment du sevrage [28].

1.1.2 ...à l'Antiquité

Valérie Fildes, spécialiste de l'étude historique de l'alimentation des jeunes enfants, a réuni de nombreuses indications sur l'allaitement grâce à l'analyse de textes historiques.

Ainsi en 3.000 avant J.C., dans le Proche-Orient, des durées d'allaitement de 3 ans sont mentionnées (en Égypte, chez les Hébreux). Entre 1500 et 800 avant J.C., un allaitement exclusif d'un an est recommandé en Inde, suivi d'un allaitement complété jusqu'à 2 ans et enfin d'un sevrage progressif. Pour la civilisation grecque (1000-400 avant J.C.), les contrats pour nourrices mentionnent un allaitement exclusif de 6 mois. Au II^{ème} siècle dans le monde grec, romain et arabe, les médecins recommandent d'allaiter entre 18 mois et 3 ans. Le Coran pour les Musulmans (VII^{ème} siècle) et le Talmud pour les Juifs (-532 av. J.C.), recommandent d'allaiter deux ans [28].

1.2 Histoire de l'allaitement en France

1.2.1 Avant 1880

L'allaitement maternel, fait biologique et naturel, a connu au cours de l'histoire le recours aux nourrices dans les cas de décès post-partum de la mère, comme ce fut fréquent durant des siècles, ou dans les cas où la mère n'avait pas suffisamment de lait pour nourrir l'enfant. Mais, à partir de la fin du XVI^{ème} siècle, la pratique de l'allaitement mercenaire s'est diffusée dans l'aristocratie d'abord, puis dans la bourgeoisie, afin de s'affranchir de cette servitude. Jusqu'au XVIII^{ème} siècle, cette pratique fut généralisée et les femmes d'artisans fortunés pouvant se permettre de louer les services d'une nourrice, y eurent recours. Les nourrices étaient en général des femmes des classes populaires les moins aisées.

En ce qui concerne les familles riches, très rares étaient les nouveau-nés laissés à leur mère à la naissance. Ils étaient bien souvent envoyés chez des nourrices à la campagne, vivant alors leurs premiers mois loin de leur famille naturelle.

A cette époque, le taux de mortalité de ces bébés était relativement élevé, notamment pour deux raisons :

- La malnutrition : en plus de leurs propres enfants, les nourrices «louaient» leurs services à plusieurs familles et n'avaient donc pas suffisamment de lait pour tous.
- De plus, certaines nourrices donnaient des laits «artificiels», préparés par elles-mêmes, le plus souvent à base de lait de vache, ce qui, vu les conditions d'hygiène déplorables, entraînait la mort de nombreux nouveau-nés. En 1870, 52% des bébés parisiens envoyés en nourrice à la campagne mouraient au cours de leur première année de vie.

Pourquoi ce recours aux nourrices ?

- Pour des questions de pudeur.
- Pour des questions de sexualité : la femme qui allaite ne doit pas avoir de relations sexuelles pour deux raisons. D'abord, parce que l'acte «vénérien» en lui-même risque de déranger ses humeurs et particulièrement le lait qui est la plus fragile de toutes ; ensuite, à cause du risque de grossesse qu'on pensait responsable de gâter le lait de manière précoce et irrémédiable. Ce tabou sexuel est très bien observé dans la France ancienne jusqu'au XVII^{ème} siècle. Sa rigueur explique d'ailleurs pourquoi, dans les milieux aisés, le mari s'oppose souvent à ce que sa femme allaite : il redoute l'absence de vie sexuelle pendant une ou deux années qui s'ajoutent au temps de la grossesse, c'est donc le mari qui impose la mise en nourrice.
- Pour des questions vestimentaires, le corset étant peu pratique pour allaiter.
- Dans les classes supérieures, l'allaitement avait mauvaise image, car il renvoyait à une animalité mal acceptée.

Dans les classes sociales moins favorisées, la question de l'allaitement -beaucoup plus économique- ne se posait pas. La mise au sein était, en principe, faite assez tôt (dans les six à sept heures suivant la naissance) sauf pendant 12 à 24 heures si des superstitions l'interdisaient (on passait alors sans le savoir à côté des bienfaits du colostrum). Parfois on donnait à l'enfant de l'eau sucrée en lui faisant sucer un morceau de tissu imbibé.

Une femme qui allaitait, était soutenue par les autres mères et ne suivait qu'une règle : l'allaitement à la demande. L'enfant était sevré naturellement entre 3 et 5 ans (avant en cas de maladie de la maman ou de grossesse).[27,29]

1.2.2 La fin des nourrices et l'apparition du lait «maternisé»

Vers la fin du XIX^{ème} siècle et le début du XX^{ème} siècle, en particulier pendant et après la 1^{ère} Guerre Mondiale, les femmes furent de plus en plus nombreuses à travailler, se posant alors le problème d'allaiter ou travailler. C'est à peu près à cette période que des industriels, secondés par certains médecins, commencèrent à commercialiser des laits dits à l'époque «maternisés» (préparés à base de lait de vache concentré ou déshydraté). On voit alors la disparition progressive des nourrices (le dernier bureau de placement n'a été fermé qu'en 1936) et leur remplacement, progressif lui aussi, par des biberons de lait «maternisé», plus sûrs. Les enfants sont désormais gardés à la journée, à proximité du lieu de travail de la maman et nourris au biberon. [29,30]]

1.2.3 Des années 50 à nos jours

Après la seconde Guerre Mondiale, la décroissance de l'allaitement maternel est brutale et soutenue. Parmi les assurées sociales (cf histoire du congé maternité annexe 1), la proportion des mères allaitant au sein, après avoir augmenté pendant la guerre, diminue brutalement à partir des années 50 : 67% en 1949, 56% en 1950, 51% en 1951. Ceci est sans doute à mettre en rapport avec l'hospitalisation croissante des mères lors de l'accouchement, qui étaient alors séparées de leur bébé.

On voit alors la naissance d'associations prônant l'allaitement, par exemple : en 1956, à Chicago est créée La Leche League «militant» pour l'importance de la tétée précoce, les tétées à la demande, sans minutage ni intervalle à respecter, tétées nocturnes... Soit à l'opposé de ce que préconisaient à l'époque les professionnels et les manuels.

Les années 70 se voient tiraillées entre le mouvement de «retour à la nature», la recherche d'une nourriture saine permettant un allaitement plus heureux, débarrassé de toute règle et les féministes égalitaires qui voient l'allaitement comme une «servitude épuisante». S'est tout de même observé une remontée des taux d'allaitement (36,6% au 5^{ème} jour en 1972, 46% en 1975-1976).

Les années 80 et la première moitié des années 90 verront une stagnation persistante (43,8% en 1986, 45,8 % en 1995) alors que dans le même temps, les organisations internationales (OMS, Tunicelle) multiplient les initiatives visant à promouvoir et soutenir l'allaitement maternel : Code OMS de commercialisation des substituts du lait maternel, Déclaration commune OMS/Tunicelle avec les «10 conditions» (annexe 2)...

C'est depuis 1996 environ qu'on assiste enfin en France à un «décollage» de l'allaitement. Il s'observe au niveau des chiffres 46,4% en 1996, 48,8% en 1997, 50,1% en 1999, 52% en 2000 et 54,6% en 2002 mais aussi au niveau des médias, des autorités sanitaires (Plan Nutrition Santé) et maintenant des professionnels de santé (les recommandations de l'ANAES) de plus en plus impliqués. [27,30]

En conclusion...

Voilà, notre voyage au fil du temps de l'allaitement est à présent fini. Il nous a permis d'observer que tout au long de son histoire, le choix d'allaiter ou non a très souvent obéi à de fortes contraintes sociales : le libre arbitre des mères n'était pour ainsi dire jamais mis à contribution... Mais qui sait, le prochain chapitre de son histoire - en France - s'intitulera peut être : «L'avènement d'une civilisation de l'allaitement maternel» ?

2. VOYAGE A L'INTERIEUR DU SEIN

Le sein féminin est un puissant support de rêve car à la fois «sein érotique» et «sein nourricier» ; cependant ici, nous nous intéresserons tout particulièrement au «sein nourricier».

Le sein est une glande, et comme toute glande, il a sa production spécifique : le lait. C'est un tissu compact, sans réserve ni citerne, un tissu prêt à fabriquer du lait dès le 4ème mois de grossesse. Il faudra alors attendre la naissance de bébé et sa mise au sein pour faire jaillir ce nectar.[1]

2.1 Le producteur du lait

C'est le tissu glandulaire proprement dit. Il travaille en continu, pendant, entre les tétées et n'existe que par et pour l'enfant. En dehors de toute grossesse, il est trophique voire quasi inexistant.

Dès la nidation de l'embryon, on assiste – sous l'influence d'hormones maternelles et placentaires – à une multiplication et à une différenciation de chacune des cellules des bourgeons glandulaires. Ces cellules vont ensuite s'organiser en petites structures arrondies : les acini (qui signifie «grain de raisin ou de tout fruit à grappe» en latin). Ce sont eux qui vont transformer les éléments simples (eau, sels minéraux, lipides, sucres) en une nourriture nouvelle et délicieuse : c'est donc ici que prend naissance la goutte de lait.

La stimulation de l'aréole par le bébé entraîne la libération d'une dose de prolactine (hormone sécrétée par l'ansé-hypophyse) dans le sang de la mère qui rejoint les cellules glandulaires ; la production de lait est alors stimulée (cf. annexe 3).

2.2 La pompe d'éjection

Chaque acinus est entouré de cellules contractiles nommées cellules myoépithéliales, qui, quand elles se contractent, pressent l'acinus pour en faire sortir le lait. Dans le même temps, les minuscules canalicules centraux s'élargissent et se raccourcissent pour laisser passer le lait poussé par la pompe myoépithéliale. Pour que le lait soit éjecté, il faut une stimulation adéquate soit une succion correcte du bébé au niveau des récepteurs aréolaires, entraînant la sécrétion d'une hormone par la post-hypophyse maternelle : l'ocytocine (cf. annexe 3).

2.3 L'éponge sanguine

Troisième tissu du sein, entourant chaque acinus, il est constitué d'un intense réseau de capillaires sanguins et lymphatiques dont la paroi, très fine, permet des échanges rapides et intenses.

C'est cette éponge qui prend presque toute la place dans l'augmentation des seins en fin de grossesse et ce sont ses variations de remplissage qui expliquent toutes les modifications de volume dans les premières semaines d'un allaitement.

Environ 48 à 72 heures après la naissance, le débit sanguin ou lymphatique triple dans ces vaisseaux. Cette dilatation assez brutale des réseaux vasculaires correspond à ce que l'on appelle à tort «la montée de lait» et explique la douleur qui y est associée.

Si la tétée n'enclenche pas le mécanisme de lactation, il y a alors distension des vaisseaux par le sang et la lymphe, entraînant l'engorgement.

2.4 Le silo

Le silo est ce que l'on pourrait appeler la réserve du sein ; une réserve de graisses riches en éléments directement utilisables dans la fabrication du lait.

Ces cellules adipeuses entourent les trois tissus vus précédemment. Entre ces cellules, on retrouve un tissu de soutien constitué de quelques fibres conjonctives bien peu capables de résister à des distensions importantes. Il évolue peu au moment de la grossesse.

2.5 Le démarreur

Il s'agit du couple mamelon – aréole. C'est une des régions du corps les plus sensibles à certaines excitations et stimulations (le chaud, le froid, les émotions, la sexualité...).

Le bébé dispose de deux moyens pour repérer ou téter le mamelon :

-La pigmentation de cette zone,

-Les tubercules de Montgomery : ce sont de petites glandes sébacées qui apparaissent très tôt pendant la grossesse, tout autour du mamelon. Il n'en sort pas du lait mais un produit blanchâtre, épais et crémeux qui est en fait un concentré d'odeur de la mère servant de guide olfactif au bébé.

Les «bouts de seins» recèlent le démarreur de la lactation : sous l'aréole et le mamelon se trouve un filet sensitif constitué de récepteurs sensibles à la température, d'autres au toucher et à la douleur, d'autres encore à certains mouvements (comme ceux de va-et-vient d'une tétée).

Le démarreur a des récepteurs sensibles à un mouvement très précis : celui que va faire le bébé avec sa langue quand il tète. Ces récepteurs étant situés sur tout le pourtour de l'aréole, pour être efficace une bonne tétée se fait bouche grande ouverte, lèvres et langue collées loin sur l'aréole afin de stimuler le maximum de récepteurs permettant la sécrétion d'ocytocine et donc l'activation de la pompe.

Le mamelon, lui, contient les sinus galactophores (élargissement des canaux de même nom) débouchant à sa surface en environ 15 à 25 pores visibles à l'oeil nu.

2.6 L'emballage cutané

Les seins sont des organes externes mal soutenus. Ils reposent sur la cage thoracique, directement sur le muscle Grand Pectoral sans lui être liés.

Une peau fine et peu élastique, peu de tissu conjonctif élastique de soutènement et de larges coussins graisseux peu résistants à l'étirement représentent des mécanismes de suspension peu solides. [1, 2, 25]

3. ALLAITEMENT A LA MAISON

La mise en route de l'allaitement se fait à la maternité. Au cours de ce séjour, une équipe de professionnels est là pour répondre à chaque question et à chaque problème que peuvent rencontrer la maman et son bébé au cours de cet apprentissage. Malheureusement les mères quittent la maternité de plus en plus tôt et l'allaitement est souvent à peine amorcé. Le premier mois suivant le retour à la maison est considéré comme une période d'ajustement pour la mère et son enfant, période au cours de laquelle ils apprennent à se connaître mutuellement. D'un côté, le bébé apprend l'art de téter pour obtenir du lait et, de l'autre le corps de la mère s'ajuste pour produire la quantité de lait désirée. Énormément de questions se posent alors et à un moment ou l'autre pendant ces premières semaines, beaucoup de mamans affirment avec certitude que l'allaitement est «impossible», c'est là qu'elles ont besoin d'un soutien actif dans leur entourage, qu'il soit familial, associatif ou professionnel.

3.1 Rythme et durée des tétées

Cela faciliterait tellement les choses si de retour chez elle, une nouvelle mère savait exactement combien de fois elle devait mettre son bébé au sein, pendant combien de temps et avec quel intervalle. Mais comme l'a si bien signalé l'ANAES 2002 [33] :

« Il n'y a aucun avantage démontré à réduire le nombre et la durée des tétées, ni à fixer un intervalle minimum entre 2 tétées. »

Il faut allaiter à la demande mais cela ne signifie pas d'attendre que le bébé crie et pleure, car les pleurs signent le stade ultime de l'appel à l'aide ; l'éveil et les mouvements de la bouche et de la langue sont des signes précurseurs.

La position de la mère et de l'enfant pour la tétée, la prise du sein en bouche et l'efficacité de sa succion sont des critères essentiels du suivi de l'allaitement. Tout professionnel de santé de périnatalité doit être capable de donner des informations justes à la mère et d'analyser ce qui se passe.[4]

3.2 La peur du manque de lait

Beaucoup de mères, ne pouvant s'appuyer ni sur l'expérience des proches, ni sur les professionnels de santé, manquent de confiance en elles et ont peur de manquer de lait.

«L'insuffisance de lait primitive est très rare... La prévention repose sur l'apprentissage et la pratique de tétées efficaces, à la demande, et le dépistage des situations à risque qui pourront bénéficier d'un suivi plus étroit et d'un accompagnement adapté.» ANAES 2002 [33]

L'insuffisance de lait est presque toujours secondaire à des tétées insuffisantes en terme d'efficacité, de durée ou de fréquence.

3.3 Les phases de croissance du bébé

Vers 7-10 jours, 3 semaines, 6 semaines, 3 mois et 6 mois (avec plus ou moins quelques jours d'écart), le bébé passe par des phases de croissance accélérée. Généralement, cela se traduit par un enfant qui se met à téter toutes les 2 heures ou bien plus souvent (surtout le soir), et qui ne semble pas satisfait. Il a besoin de plus de lait, et pour ce faire, il aura besoin de téter plus pendant 2 ou 3 jours (si les tétées sont à volonté).

Comme les tétées sont très rapprochées, les seins de la maman sont vidés en permanence, et paraissent très «flasques». Ce phénomène de poussées de croissance est assez peu connu des mères; de ce fait, elles se persuadent qu'elles n'ont plus de lait ce qui peut amener à un sevrage précoce. Or, il n'en est rien. Ce nouveau rythme du bébé permet à la maman d'ajuster rapidement son offre à la nouvelle demande. Plus les seins sont «vidés» bien et souvent, plus ils produiront. Il faut simplement suivre le bébé, donner le sein sans restriction pendant 2-3 jours et bien se reposer. L'enfant ralentira le rythme quand la production se sera adaptée [31,32]

3.4 Mais pourquoi pleure-t-il ?

Mères et professionnels pensent souvent que les pleurs du bébés sont liés à la faim et donc s'ils sont fréquents, au manque de lait de la mère. Or la principale raison de demander le sein ce n'est pas la faim de nourriture, mais la «faim sensorielle et relationnelle» du bébé dès qu'il se réveille. Un bébé a besoin de CONTACT !

Évidemment il convient de rechercher les causes médicales de pleurs non liées à l'allaitement (reflux gastro-oesophagien...) [4].

3.5 Les complications de l'allaitement et les infections de maternelles

Aider les mères à allaiter avec succès, c'est aussi savoir faire face aux problèmes de seins et aux difficultés de santé qui peuvent survenir ne nécessitant pas d'arrêt de l'allaitement.

En matière de crevasse, il y a en fait plusieurs stades de gravité :

- le mamelon douloureux lors des tétées mais sans aucune lésion cutanée visible.
- les gerçures du mamelon, minuscules traînées rouges sensibles au frottement et lors des tétées. Un seul traitement : laisser les seins à l'air.
- les fissures radiées, profonds sillons rouges vifs, très douloureuses au moment de la succion et entre les tétées.
- Les érosions, le revêtement cutané a été arraché, déchiré par la succion. Extrêmement douloureux et saignant lors des tétées.

Les crevasses ne doivent pas être un motif d'arrêt de l'allaitement car il existe des moyens de les prévenir ou de les guérir ; moyens (bonne position au sein, goutte de lait , crème type Castor Equi® ou Lansinoh®...) devant être transmis par les professionnels de santé [1].

Un engorgement ou une lymphangite peut survenir pendant l'allaitement avec un pic de fréquence autour de 3 semaines (lié à la phase de croissance). La lymphangite est une inflammation du sein pouvant évoluer vers l'infection. Les causes identifiées sont souvent un engorgement localisé passé inaperçu et/ou un début d'infection. Comme dans l'engorgement localisé, rechercher la cause permet d'éviter les récives. Il ne faut alors absolument pas que l'allaitement soit suspendu ou arrêté, cela exposant au développement d'un abcès du sein qui lui nécessitera son arrêt.

Dans toutes les infections courantes (grippe, infection ORL, broncho-pulmonaire ou urinaire, gastro-entérite), il n'y a pas de risque pour le bébé, mais au contraire apport d'anticorps adaptés par le lait maternel. Il est donc important de continuer l'allaitement et de prescrire un traitement compatible avec l'allaitement [4].

3.6 Le papa et l'allaitement

L'allaitement dépend du père, pour moitié! Le rôle du père et compagnon est primordial : il peut être admiratif de ce qui se passe, il peut se sentir à l'écart...S'il parvient à trouver sa place auprès de l'enfant et à soutenir sa compagne, l'allaitement durera beaucoup plus longtemps que s'il la dissuade ou même s'il se dit non concerné [4].

3.7 L'absence de modèle et la nécessité de soutien

L'allaitement, est, comme beaucoup d'activités humaines, un art d'imitation, comment s'étonner que tant échouent, quand depuis leur petite enfance, les mères n'ont eu rien, ni personne à imiter ? Effectivement, la grande majorité n'ont elles-mêmes pas été allaitées et toutes n'ont pas une amie ou une soeur a prendre pour exemple, elles se

retrouvent alors seules avec leur allaitement une fois de retour à domicile. Effectivement, aucun suivi n'est prescrit, en tant que professionnels de santé, on leur donne quelques conseils et adresses, on leur dit qu'elles peuvent faire peser leur bébé à la Protection Maternelle et Infantile et c'est ensuite à elles de prendre l'initiative de se faire aider en cas de difficultés. Pourtant même avec une grande motivation, un bon soutien est nécessaire pour surmonter les problèmes qui peuvent se poser au cours des premières semaines d'un allaitement.

Ce soutien peut être :

- familial : le compagnon, leur propre mère, d'autres mères de la famille ayant allaité ou des amies,
- associatif : réunion d'information sur l'allaitement (également dans certains hôpitaux et cliniques), échange d'expériences entre différentes mères allaitant ou ayant allaité, numéro de téléphone permettant en cas de question d'avoir une réponse au plus vite...
ex : Co-Naître, A lait T, Allo allaitement, La Leche League, Solidarilait...
- professionnel :
 - médecin généraliste, gynécologue, pédiatre dans leurs consultations ou dans les messages qu'ils délivrent dans les médias,
 - sage-femme (à tous les niveaux : consultations prénatales, cours de préparation, salle d'accouchement, suite de couches, PMI, sages-femmes libérales),
 - puéricultrice, auxiliaire de puériculture...

La maman se fie aux conseils des uns et des autres. Il est clair que si leur politique d'allaitement, leurs conseils, leur guidance sont tous harmonisés en fonction des principes simples des «dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel» de l'OMS (cf.annexe 2), la maman n'aura aucune peine à s'y retrouver et elle trouvera toute seule son chemin [2].

4. CONCLUSION

L'allaitement est un sujet tellement vaste qu'il est difficile de choisir quels thèmes plus que d'autres aborder dans cette première partie. Pour comprendre la situation actuelle de l'alimentation au sein, il paraissait important de connaître son histoire. Les nourrices, l'arrivée du lait en poudre, les guerres, le féminisme des années 70..., tout cela a contribué au fait que la France a du mal à voir s'imposer l'allaitement maternel comme une évidence. Le séjour à la maternité n'a pas été abordé car ce sont les problèmes rencontrés une fois rentré à la maison qui nous intéressent ici. Comme nous avons pu le voir ces soucis sont multiples et en l'absence de connaissances ou de soutien peuvent conduire à des arrêts précoces de l'allaitement.

Voyons à présent, les problèmes qu'ont pu rencontrer les mères des maternités du Réseau Sécurité Naissance.

2ème PARTIE

**L'ETUDE : POPULATION, METHODE,
RESULTATS**

L'étude a pour objectif de :

- Évaluer le taux d'arrêts précoces au cours du 1^{er} mois
- Analyser les facteurs
- Proposer une prévention pour une durée plus longue selon les désirs des mères et des couples dans le respect des attentes.

1. POPULATION DE L'ETUDE

Cette étude a été proposée aux 24 maternités faisant partie du Réseau «Sécurité Naissance-Naitre ensemble» des Pays de la Loire. Sur les 24, 16 ont participé. Dans chacune des maternités volontaires, étaient incluses 10 à 40 femmes allaitantes ayant accouchées «à la suite» sans sélection (selon la taille de la maternité), et après avoir obtenu leur accord. Hormis les mères ayant arrêté leur allaitement au cours du séjour en suite de couches et bien sûr celles qui n'ont jamais répondu au téléphone à 1 mois, aucun autre critère d'exclusion n'a été retenu. Le nombre de mamans ayant répondu au questionnaire est de 314.

2. METHODE

2.1 Type d'étude réalisée

Il s'agit d'une étude prospective réalisée sur 3 mois du 6 mars au 31 mai 2006. Elle avait pour support 2 questionnaires (cf. annexe 4), non anonymes, accompagnés d'un courrier à l'intention des mères, leur expliquant le but de cette enquête et son déroulement.

2.1.1 Le premier questionnaire à la sortie de la maternité

Ce premier questionnaire était divisé en quatre parties :

- 1ère partie : Les caractéristiques générales
- 2ème partie : Le nouveau-né à la naissance
- 3ème partie : Le séjour
- 4ème partie : La sortie

Ce questionnaire était en majorité constitué de questions fermées ayant le double intérêt de faciliter l'analyse statistique et d'être plus pratiques et rapides pour les mamans.

Il était distribué et récupéré, en fin de séjour, par les sages-femmes et puéricultrices des services de suites de couches des 16 maternités.

2.1.2 Le deuxième questionnaire à 1 mois

Ce deuxième questionnaire était rempli par une sage-femme ou une puéricultrice de la maternité correspondante, au cours d'un entretien téléphonique, 1 mois après la naissance de l'enfant.

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.

La première partie de ce questionnaire permettait de préciser si les mères avaient rencontré des problèmes pendant ce premier mois, qu'elles aient ou non sevré leur enfant. Ces problèmes pouvait se rapporter à la mère, à l'enfant, aux soignants ou encore à la famille et à l'entourage.

La deuxième partie de ce questionnaire n'était remplie que si la maman avait complètement arrêté son allaitement entre le jour de sa sortie de la maternité et le 31ème jour de l'enfant inclus. Il permettait de préciser les causes de l'arrêt et les circonstances qui l'ont favorisé ainsi que le sentiment général de la maman sur l'allaitement maternel.

Une fois l'enquête terminée, chaque maternité envoyait l'ensemble des questionnaires remplis au Réseau Sécurité Naissance.

2.2 Saisie et analyse des données

Le logiciel EPIDATA a été utilisé; EPIDATA ENTRY pour la saisie des questionnaires et EPIDATA ANALYSIS pour l'exploitation des données.

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 Khi-2 si les conditions nécessaires sont réunies, sinon on utilise le test exact de Fisher.

Le seuil p inférieur à 0,05 a été considéré comme significatif. Ainsi, lorsqu'une différence entre deux variables est notée comme étant statistiquement significative, $p < 0.05$ signifie qu'il existe un risque inférieur à 5% de se tromper en affirmant cette différence.

Pour tenir compte des liaisons entre les facteurs, une analyse multivariée a été pratiquée par régression logistique pas-à-pas. Une première analyse a été faite sur les variables du séjour en prenant les variables significatives avec $p < 0.10$ et en effectifs suffisants, et en ajustant sur l'âge de la mère et du poids du bébé, et une seconde sur les variables recueillies au domicile avec également $p > 0.20$. Les résultats sont exprimés avec des odds ratios avec un intervalle de confiance à 95 %. Les taux de prédictions avec les variables retenues dans le modèle multivarié sont également présentés sur la base d'un taux d'arrêt de 10 %.

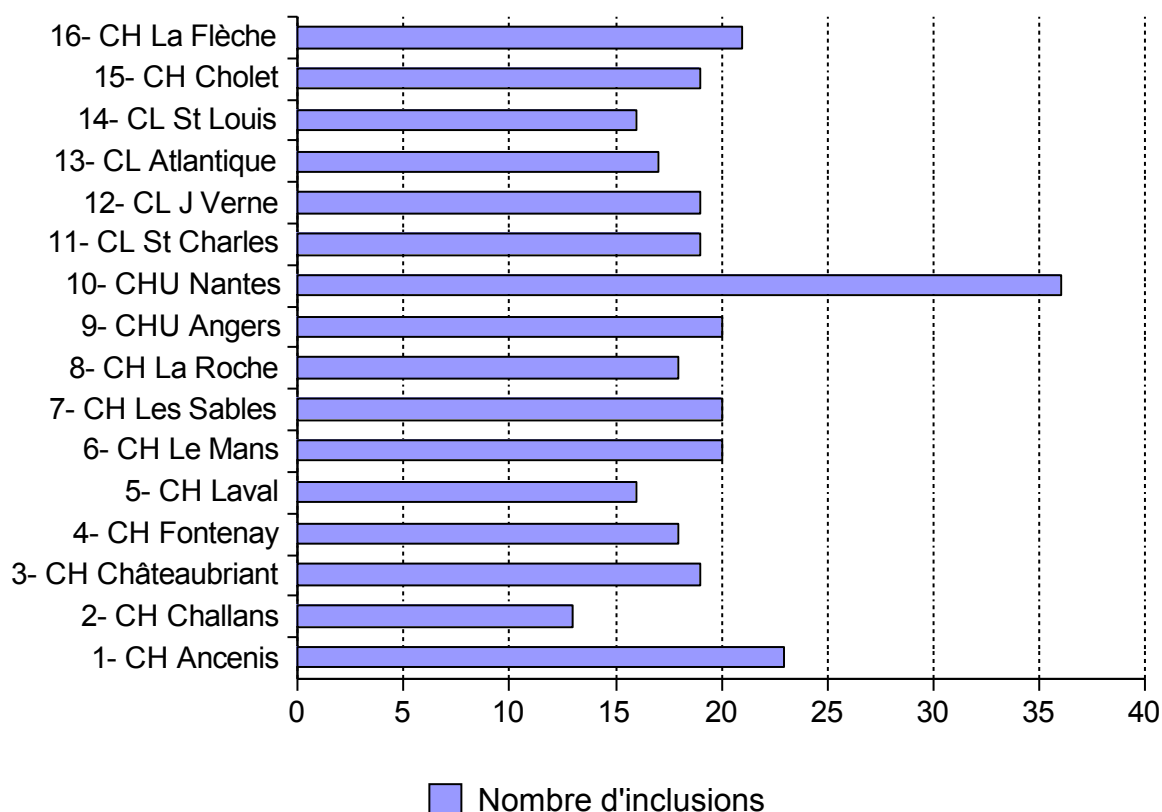
3. RESULTATS DE L'ETUDE

Les résultats de l'analyse sont présentés sur 314 questionnaires. Toutes les femmes n'ont pas répondu à toutes les questions, ce qui parfois, peut expliquer certaines différences au niveau des totaux.

3.1 Description de la population

Seize maternités ont participé sur les 24 avec 314 mamans suivies (figure 1), soit une moyenne de 19 inclusions par maternité. Les mois d'inclusion en fonction de la date de naissance sont de 75,5 % en mars 2006 et 24,5% en avril 2006.

Figure n°1 : Nombre d'inclusions selon la maternité

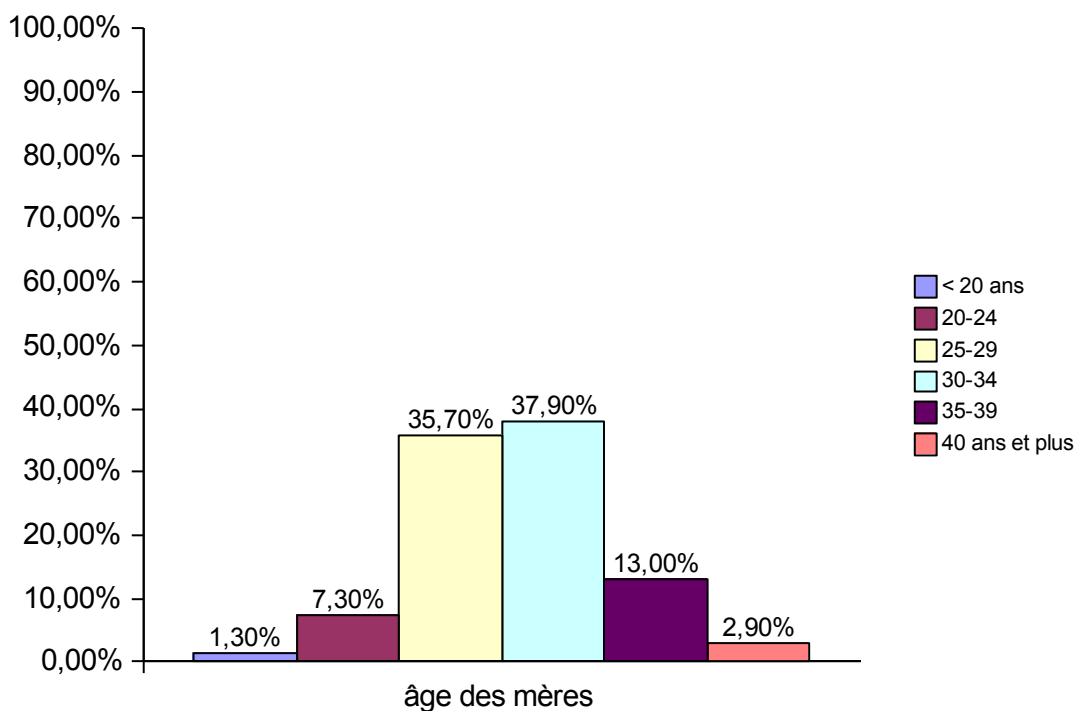


3.1.1 Caractéristiques des mères et des bébés en maternité

- **Age maternel**

La médiane de l'âge des mamans se situe à 30 ans (extrêmes de 17 à 42 ans), pour une moyenne de 30,0. Quatre mamans avaient moins de 20 ans et 38 avaient plus de 35 ans.

Figure n°2 : Répartition de l'âge des mères incluses dans l'étude



- **Catégorie socioprofessionnelle des pères et des mères**

36,8% des couples font partie des cadres ou des professions intermédiaires. 32 mères se déclaraient sans profession dont 7 dans des couples de cadres ou de professions intermédiaires.

- **Tabac**

On observe que 20% des mères fumaient et ont arrêté au cours de leur grossesse, 7,6 % fumaient moins de 10 cigarettes par jour et aucune plus de 10 par jour.

- **Antécédents d'allaitement**

32,2% des mamans ont elles-mêmes été allaitées par leur mère contre 30,8% des papas.

- **La parité et l'expérience antérieure d'allaitement**

Dans la population représentée, il y avait 43% de primipares et 57% de multipares. 57% de multipares avec 77,6% d'enfants précédents tous allaités, 6,1% d'enfants pour certains allaités et 15,6% d'enfants non allaités.

- **Moment de la décision d'allaiter**

69,3% des mamans avaient décidé d'allaiter avant la grossesse (56,7% des primipares et 78,8% des multipares), 29,1% pendant la grossesse et 1,6% à la naissance.

- **Durée prévue d'allaitement**

La médiane de la durée prévue d'allaitement se situe à 16 semaines avec un minimum de 4 semaines, 29 mamans souhaitant allaiter le plus longtemps possible et 38 ne savent pas du tout.

- **Préparation à la naissance**

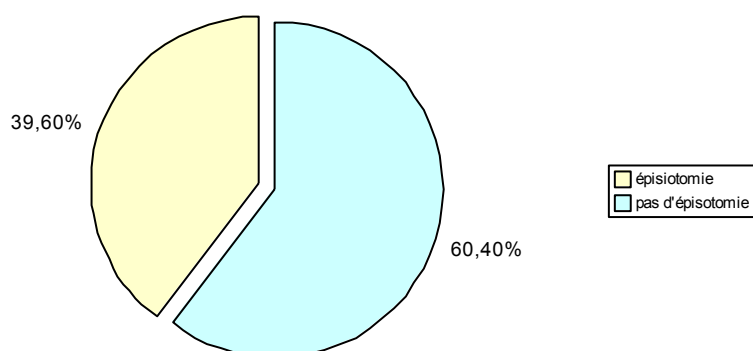
70,5% des femmes ont suivi des cours de préparation à la naissance dont 91% des primipares et 55% des multipares.

- **Mode d'accouchement et épisiotomie**

Dans la population concernée, l'accouchement s'est fait par voie basse dans 82,5% des cas (n=314). Le taux de césarienne étant donc de 17,5%.

Parmi les 82,5% d'accouchement par voie basse, on note 39,6% d'épisiotomies soit 103 femmes dont 60 primipares (= 52,2% des primipares) et 43 multipares (= 29,7% des multipares).

Figure n°3 : Taux d'épisiotomie des mères ayant accouché naturellement



- ***L'âge gestationnel***

La médiane de l'âge gestationnel se situe à 39 semaines d'aménorrhée, pour une moyenne à 38,8. On observe un minimum de 35 et un maximum de 41 semaines d'aménorrhée.

- ***Poids de naissance moyen***

La médiane du poids du nouveau-né se situe à 3330 grammes (extrêmes de 2000 à 4700 grammes), pour une moyenne à 3348 grammes.

- ***Sexe du nouveau-né***

Parmi les bébés nés en mars et en avril 2006, on retrouve 47,9% de garçons et 52,1% de filles

- ***Pratiques du peau à peau***

82,7% des nouveau-nés ont été mis au sein en salle de naissance :

- 40,8% ont tété dans la première demi-heure suivant la naissance
- 33,8% (+40,8%) la première heure
- 25,4% (+40,8% + 33,8%) les deux premières heures.

La durée moyenne de peau à peau était de 56 minutes (plus long pour les césariennes).

- ***Bébés gardés dans la chambre***

55,6% des bébés sont gardés nuits et jour, 39,6% sont gardés la journée et quelquefois la nuit et 4,8% seulement le jour.

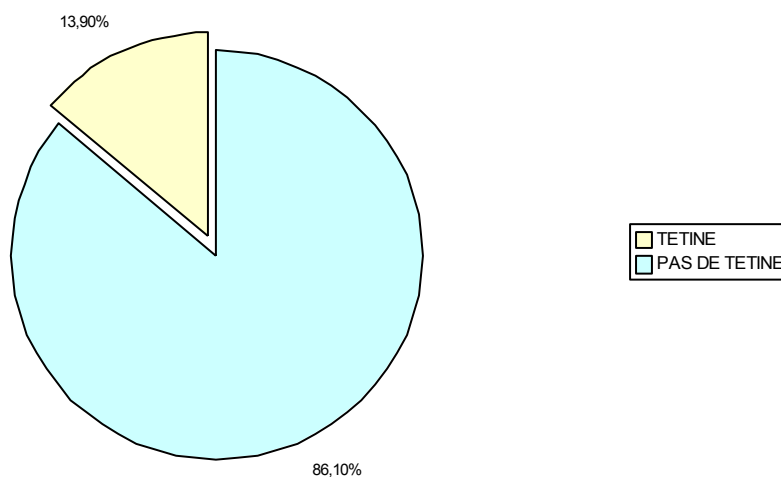
- ***Les compléments***

15% des mamans ont donné au moins une fois un complément à leur enfant. Ces compléments étaient par 10 fois de l'eau et par 38 fois du lait en poudre.

- **La tétine**

Dans la population concernée, 13,9% des mamans ont donné une tétine à leur bébé dès le séjour en maternité.

Figure n°4 : Tétine à la maternité

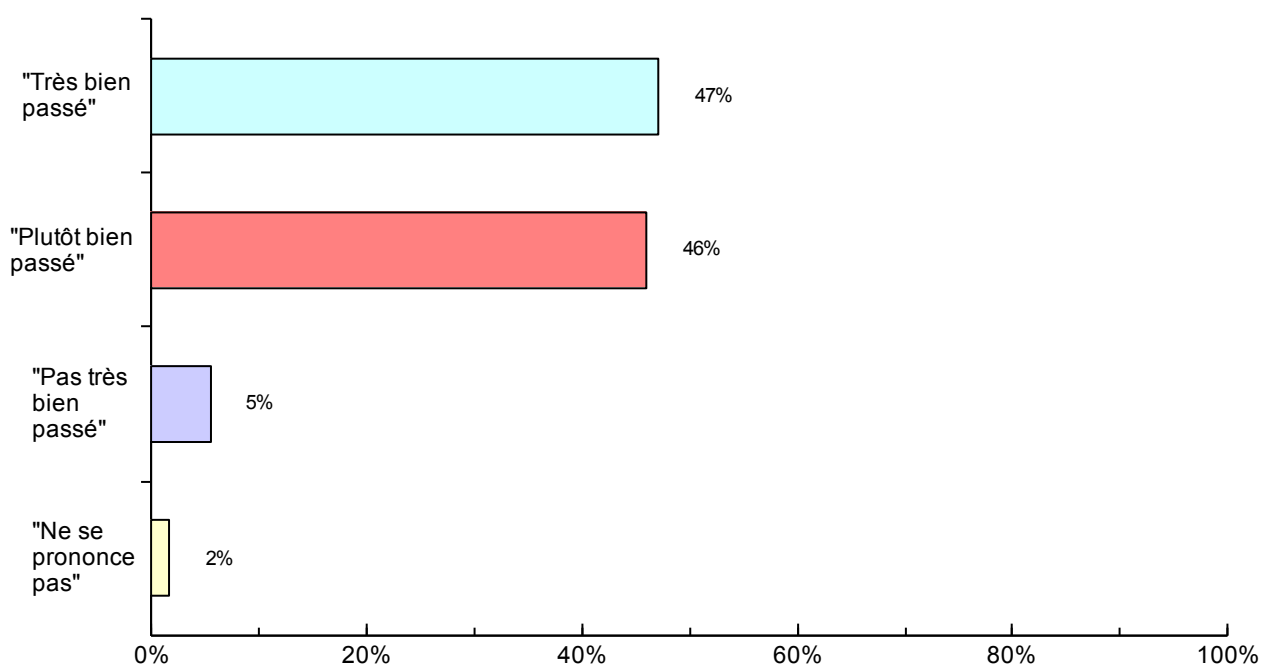


- **Allaitement à la maternité**

Le ressenti de l'allaitement au cours du séjour à la maternité est le suivant :

- Pour 47% des mamans, il s'est «très bien passé»
- Pour 46% il s'est «plutôt bien passé»
- Pour 5,4% il ne s'est «pas très bien passé»
- et 1,6% ne se prononcent pas.

Figure n°5 : Ressenti de l'allaitement à la maternité



- **Besoin d'aide à la maternité**

24% des mamans ont eu besoin de «beaucoup» d'aide pour la mise en route de l'allaitement, 55,9% reconnaissent avoir eu besoin «d'un peu» d'aide et 19,8% disent ne pas avoir eu besoin d'aide.

- **Crevasses et douleurs aux tétées**

31,7% des mamans se plaignent d'avoir eu des crevasses et 76,8% disent avoir des douleurs aux tétées.

- **Tire-lait, bouts de sein et coquilles**

8,9% des mamans de notre enquête ont utilisé un tire-lait, 15,9% des bouts de sein et 27,4% se sont servies de coquilles.

- **Profil du bébé**

49,8% des mamans perçoivent leur bébé comme «avide», 29,6% comme «gourmet», 14,6% comme «dormeur», 3,9% comme «énervé» et 1,9% leur donnent un autre qualificatif.

- **Durée moyenne de séjour**

La durée moyenne de séjour est de 4,8 jours \pm 1,2 ; avec 6,3 jours \pm 0,8 pour les césariennes et 4,5 jours \pm 1,0 pour les accouchements par voie basse. La médiane est de 5 jours ; 6 jours pour les césariennes et de 4 jours pour les accouchements par voie basse.

- **Différence de poids le plus bas**

La différence entre le poids de naissance et le poids le plus bas pendant le séjour est en moyenne de 240 grammes ce qui correspond à une perte moyenne relative de 7,1 % \pm 2,6 % avec un maximum de 23 % (par rapport au poids de naissance). 10,8 % des nouveau-nés ont une perte de poids supérieure à 10 % de leur poids de naissance.

- **Différence de poids à la sortie**

La différence entre le poids de naissance et le poids de sortie est en moyenne de 105 grammes de -440 à + 350 grammes. Seuls 2 enfants (0,7 %) sont sortis avec une perte de poids supérieure à 10 % de leur poids de naissance.

- **A la sortie de la maternité**

A la sortie de la maternité, 67% des mamans sont sorties avec des conseils et des adresses, 22,2% avec des conseils seuls, 4,2% avec uniquement des adresses et 6,6% sont sorties sans rien.

- **La contraception**

La grande majorité des femmes, soit 59,9%, sont sorties avec une ordonnance de micro-pilule et 8,8% de pilule oestro-progestative. 13,4% des femmes souhaitent utiliser le préservatif et 8,1% n'ont prévu aucune contraception pour le moment. Une seule maman a décidé d'utiliser la méthode MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée).

3.1.2 Caractéristiques des mères et des nouveau-nés au cours du 1er mois

Cette partie a pour but d'exposer les problèmes ayant pu être rencontrés par les mères - qu'elles aient arrêté ou non leur allaitement - au cours du premier mois. Ces problèmes sont répartis en 4 groupes : ceux en rapport avec la mère, avec l'enfant, avec les soignants et avec la famille ou l'entourage.

- **La maman**

Tableau I : Problèmes rencontrés en rapport avec la maman

CRITERES	FREQUENCE
Pas assez de lait	15,2 %
Trop de tétées la nuit	15,9 %
Fatigue	42,0 %
Crevasses ou problèmes de mamelons	20,7 %
Manque d'aide	4,4 %
Père pas impliqué	7,6 %
Lait estimé pas bon	2,9 %
Trop de tétées le jour	17,2 %
Mère malade	11,1 %

Nous pouvons donc observer que presque une maman sur deux se plaint de fatigue et une sur cinq de douleurs aux seins. L'idée du manque de lait reste encore assez fréquente et les tétées trop nombreuses pourraient participer à la fatigue des mamans.

- **L'enfant**

Tableau II : Problèmes rencontrés en rapport avec le bébé

CRITERES	FREQUENCE
Bébé trop goulu	24,8 %
Bébé trop énervé	11,1 %
Bébé trop calme, ne prenant pas assez	10,5 %
Courbe de poids pas assez forte	15,6 %
Le bébé est tombé malade	7,0 %

Le problème le plus fréquent est celui du bébé trop goulu, ce qui se recoupe avec les tétées trop nombreuses vu précédemment. Ensuite vient le problème de la courbe de poids pas assez forte qui se recoupe avec celui du manque de lait.

- **Le personnel soignant**

Tableau III : Problèmes rencontrés vis à vis du personnel soignant

CRITERES	FREQUENCE
Difficultés à joindre un médecin	0,3 %
Manque de contact avec des professionnels	1,9 %
Discours inappropriés ou variables	10,2 %
Manque de confiance	3,2 %
Défaut d'écoute	1,6 %

Une maman sur dix se trouve en difficulté à cause de discours inappropriés ou variables des professionnels de santé.

- **La famille et l'entourage**

Tableau IV : Problèmes rencontrés vis à vis de la famille ou de l'entourage

CRITERES	FREQUENCE
Manque d'aide de la famille	7,6 %
Difficultés avec la famille	5,4%
Pas de problème, aide positive	52,2 %

La famille représente un problème dans très peu de cas ; au contraire, une maman

sur deux se sent positivement épaulée par son entourage.

- **L'allaitement**

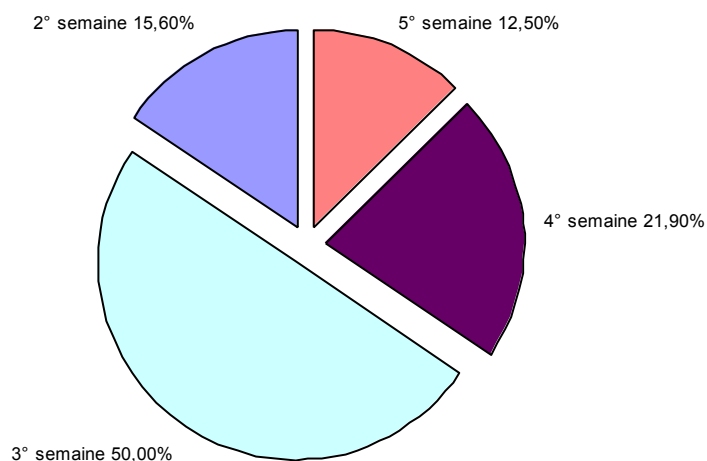
77,7 % des mamans disent allaiter à la demande de l'enfant contre 6,1 % à horaires fixes. 16,2 % font un peu des deux selon le jour ou le moment de la journée.

3.2 Description des arrêts précoces au cours du 1er mois

3.2.1 Caractéristiques des arrêts précoces

Le taux d'arrêt précoce a été de 10,3 % (32/314). A signaler que 40 mères allaient partiellement à 1 mois (12,7 %). Le moment de l'arrêt est montré à la figure suivante.

Figure n°6 : Moment de l'arrêt dans les 31 premiers jours (par semaine)



Dans ce graphique, on note l'absence d'arrêt au cours de la première semaine. Ceci s'explique par le fait que ces arrêts ont lieu lors du séjour à la maternité et ces derniers n'étaient pas inclus dans l'étude.

On observe aussi qu'un arrêt sur deux a lieu au cours de la troisième semaine d'allaitement.

- **Les maternités et leurs arrêts précoces**

Tableau V : Maternités participantes et taux d'arrêt précoce

	Nombre	AM exclusif à 1 mois	AM mixte à 1 mois	Arrêt de l'AM	Taux arrêt
1- CH Ancenis	23	15	3	5	22 %
2- CH Challans	13	7	4	2	15,5 %
3- CH Chateaubriant	19	14	2	3	16 %
4- CH Fontenay	18	16	1	1	5,5 %
5- CH Laval	16	15	1	0	--
6- CH Le Mans	20	17	1	2	10 %
7- CH Les Sables	20	16	1	3	15 %
8- CH La Roche	18	15	3	0	--
9- CHU Angers	20	18	1	1	5 %
10- CHU Nantes	36	26	4	6	16,5 %
11- CL St Charles	19	15	2	2	10,5 %
12- CL J Verne	19	13	5	1	5 %
13- CL Atlantique	17	15	2	0	--
14- CL St Louis	16	11	3	2	12,5 %
15- CH Cholet	19	11	4	4	21 %
16- CH La Flèche	21	18	3	0	--
Total	314 100 %	242 77,1 %	40 12,7 %	32 10,2 %	

- **Durée prévue d'allaitement et arrêts précoces**

Tableau VI : Liens entre durée prévue et arrêt précoce

Durée prévue en semaines	Nombre	Arrêt précoce	% arrêt
6 semaines et moins	12	1	8 %
Entre 8 semaines et 14 semaines	103	14	14 %
Entre 16 semaines et 28 semaines	119	9	8 %
Plus de 6 mois	13	1	8 %
Le plus longtemps possible	29	3	10 %
Inconnue	38	4	11 %
Total	314	32	10 %

3.2.2 Caractéristiques des mères ayant arrêté leur allaitement au cours du premier mois

Tableau VII : Comparaison des mères d'arrêt précoce pour les critères avant la naissance et pendant le séjour

Critères	Taux de mères ayant arrêté le 1er mois	p
Couples cadres ou professions intermédiaires Autres professions	9,6 % 10,6 %	NS
Mère allaitée Mères non allaitée ou sans renseignement	5 % 12,8 %	P=0,04
Père allaité Père non allaité ou sans renseignement	9,8 % 10,5 %	NS
Primipares Multipares	12 % 8,9 %	NS
Multipares Ayant déjà allaité N'ayant pas déjà allaité	8 % 12,3 %	NS
Décision d'allaiter avant la grossesse Décision pendant ou à la naissance	10,1 % 10,5 %	NS
Tabagisme Pas de tabagisme	13 % 10 %	NS
Césarienne Voie basse	12,7 % 9,7 %	NS
Episiotomie (voie basse) Oui Non	4,9 % 12,8 %	P=0,05
Garçon Fille	14,1 % 6,8 %	P=0,04
Peau-à-peau à la naissance : Oui Non	10 % 12,5 %	NS
Mise au sein en salle de naissance : Oui Non	10,1 % 9,6 %	NS
Bébé gardé toute la nuit Bébé gardé quelques nuits Bébé jamais gardé la nuit	11 % 10,5 % 0 %	NS
Tétine : Oui Non	18,6 % 9,1 %	NS
Compléments : Oui Non	23,9 % 7,9 %	P=0,03

Critères	Taux de mères ayant arrêté le 1er mois	p
Allaitement perçu comme : Très bien passé et bien passé Pas très bien passé et ne savent pas	9,3 % 23,8 %	P=0,05
Besoin d'aide : Beaucoup Un peu Pas	16,4 % 9,1 % 6,5 %	NS
Crevasse : Oui Non	9,4 % 10,6 %	NS
Douleur tétée : Oui Non	10,9 % 8,1 %	NS
Tire-lait : Oui Non	14,8 % 9,8 %	NS
Bouts de seins : Oui Non	16,3 % 9,1 %	NS
Coquilles : Oui Non	7 % 11,5 %	NS
Bébé perçu comme : Avide Gourmet Énervé Dormeur	11,1 % 6,6 % 18,2 % 11,4 %	NS
Moyenne de perte de poids la plus basse Femmes qui ont arrêté Femmes qui n'ont pas arrêté	275 g ± 80 232 g ± 90	P< 0,05
Durée de séjour Femmes qui ont arrêté Femmes qui n'ont pas arrêté	5,0 jours ± 1,1 4,8 jours ± 1,2	NS
Conseils et adresses Conseils Adresses Rien	12,4 % 1,6 % 25 % 5,3 %	NS
Contraception : Aucune Préservatifs Pilule OP Micropilule Autres	13 % 7,9 % 16,7 % 10 % 14,8 %	NS
Travail à reprendre Oui et déjà repris Non	7,9 % 13,4 %	NS

Les variables pour lesquels on observe un lien statistique avec l'arrêt précoce de l'allaitement sont :

- Le fait que la mère ait été allaitée ou non
- Le fait que le nouveau-né soit un garçon
- L'introduction de complément
- La perception de leur allaitement au cours du séjour à la maternité.
- En ce qui concerne l'épisiotomie, il existe un lien entre l'absence d'épisiotomie et l'arrêt précoce (pour les voies basses). En l'absence de modèle biologique précis cette variable n'est pas retenue pour les analyses ultérieures.

3.2.3 Les causes de ces arrêts précoces

Les liens entre les variables significatives semblent montrer trois groupes :

- Mères fatiguées, avec allaitement partiel (donc des compléments), ayant le sentiment de ne pas avoir assez de lait, avec des bébés exigeants la nuit et le jour, avec des courbes de poids problématiques et avec des tétées plutôt à heures fixes,
- Mères en manque d'aide et de confiance, sans père très impliqué, avec des difficultés d'écoute des professionnels et avec un bébé calme,
- Mères sans problème, qui allaitent à la demande, avec des bébés ni trop speed ni trop calmes, qui allaitent en complet (à signaler que ce sont elles qui ont un travail à reprendre).

Tableau VIII : Critères d'arrêt précoce le premier mois

Critères	Critères	Taux de mères ayant arrêté le 1er mois	p
Pas assez de lait	Oui Non	19,1 % 8,7 %	p= 0,04
Trop de tétées la nuit	Oui Non	20 % 8,4 %	p= 0,02
Fatigue	Oui Non	9,8 % 10,6 %	NS
Mamelons	Oui Non	12,5 % 9,7 %	NS
Manque d'aide au domicile	Oui Non	42,9 % 8,7 %	p= 0,001
Père pas impliqué	Oui Non	12,5 % 10,1 %	NS
Lait estimé pas bon	Oui Non	66,7 % 8,6 %	p<10⁻⁶
Mère malade	Oui Non	20 % 9 %	NS
Trop de tétées le jour	Oui Non	22,2 % 7,8 %	P<0,01
Bébé goulu	Oui Non	9 % 10,7 %	NS
Bébé énervé	Oui Non	8,6 % 10,5 %	NS
Bébé trop calme	Oui Non	19,4 % 9,3 %	NS
Courbe de poids faible	Oui Non	22,4 % 8 %	P<0,01
Bébé malade	Oui Non	13,6 % 10 %	NS
Difficultés à joindre un médecin	Oui Non	0 % 10,3 %	NS
Manque de contact avec les professionnels	Oui Non	33,3 % 9,8 %	NS
Discours	Oui Non	12,5 % 10 %	NS
Manque de confiance	Oui Non	20 % 9,9 %	NS
Défaut d'écoute	Oui Non	20 % 10,1 %	NS
Aide positive de la famille	Oui Non	9,1 % 11,5 %	NS
Manque aide famille	Oui Non	16,7 % 9,7 %	NS
Difficultés avec la famille	Oui Non	5,9 % 10,5 %	NS

3.2.4 Analyse multivariée

L'analyse multivariée (régression logistique pas-à-pas) a permis de déterminer les facteurs liés à l'arrêt d'allaitement dans deux domaines : au cours du séjour de la maternité (tableau IX) et au cours du premier mois (tableau X).

Tableau IX: Facteurs d'arrêt précoce selon les variables observées pendant le séjour

Variables	OR ajusté	IC 95 %	p
Age mère > 33 ans	1		
25 – 33 ans	7.5	2.6 – 21.6	0.000
< 25 ans	1.6	0.6 – 4.1	0.367
Séjour très bien et bien passé	1		
Pas bien passé	3.1	1.2 – 7.9	0.017
Ne sait pas	5.8	1.4 – 23.5	0.014
Mère allaitée	1		
Absence	3.7	1.2 – 11.1	0.019
Sans renseignement	4.9	0.7 – 34.9	0.106
Complément au cours du séjour			
Non	1		
Oui	2.6	1.1- 6.4	0.037

* Sont présents dans le modèle : âge de la mère, avis sur le séjour, allaitement de la mère, compléments, poids du bébé, perte de poids la plus basse > 10 %, sexe du bébé. Les notions d'épisiotomie bien que significatifs n'ont pas été introduits par défaut de compréhension biologique des liens entre absence d'épisiotomie et arrêt d'allaitement.

Ces critères permettent de prédire 61 % des mères qui n'arrêtent pas (en l'absence de ces critères ou quand ils sont marqués = 1), et 78 % des mères qui arrêtent (en présence des critères dans leur ensemble) (25/32).

Tableau X: Facteurs d'arrêt précoce selon les variables observées pendant le séjour

Variables	OR ajusté	IC 95 %	p
Impression de ne pas avoir de lait			
Non	1		
Oui	2.6	1.0 – 6.4	0.047
Absence d'aide			
Non	1		
Oui	5.8	1.6 – 21.1	0.007
Lait « pas bon »			
Non	1		
Oui	20.2	4.4 – 92.9	0.000
Trop de tétées jour ou nuit			
Non	1		
Oui	4.5	1.7 – 12.1	0.003

**Une variable « trop de tétées » a été créée à partir de « trop de tétées la nuit » et « trop de tétées le jour ».*

Ces critères permettent de prédire 79 % des mères qui n'arrêtent pas (en l'absence de ces critères ou quand ils sont marqués = 1), et 71 % des mères qui arrêtent (en présence des critères dans leur ensemble) (23 sur 32).

3ème PARTIE : DISCUSSION

1. RAPPEL DES RESULTATS SIGNIFICATIFS DE L'ETUDE

1.1 Caractéristiques des femmes ayant arrêté leur allaitement au cours du premier mois

Dans notre enquête 32 des 314 femmes ayant participé, ont arrêté leur allaitement au cours du premier mois dont 16 au cours de la troisième semaine. Les facteurs principaux retrouvés, en maternité, sont en lien avec l'histoire personnelle de la mère, le déroulement de l'allaitement au cours du séjour avec les problèmes de démarrage. Les autres facteurs après le retour au domicile sont en lien avec une inadéquation entre les besoins de l'enfant et les propositions de la mère. On voit que les liens entre arrêts précoces dépendent à la fois de facteurs maternels, infantiles et environnementaux.

• Les facteurs maternels

- *Les antécédents d'allaitement* : les mères qui n'ont elles-mêmes pas été allaitées, ont un risque plus élevé que les autres de sevrer précocement. Cela pourrait s'expliquer par l'absence de modèle ou de motivation apportée par sa propre mère, accompagnée de propos tels que : « Pourquoi tu t'embêtes avec cet allaitement? C'est tellement plus simple de donner le biberon, c'est ce que j'ai fait avec toi et tu ne t'en porte pas moins bien... »
- *La perception de l'allaitement* joue aussi un rôle important : 23,8% des femmes pour qui l'allaitement ne s'était pas bien passé au cours du séjour à la maternité ou avaient un sentiment mitigé, ont arrêté au cours du premier mois. Selon le D^r Marie THIRION : « *L'avenir de l'allaitement maternel se joue souvent dans la première semaine. Si la lactation démarre bien, si la mère évite toute crevasse ou 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, agréable, satisfaisant pour la mère et l'enfant.* »[1]
- Les idées reçues comme *le manque de lait et le lait « pas bon »* sont très difficiles à ôter de l'esprit des mères. Effectivement, dans notre étude, 66,7% des femmes qui estimaient que leur lait n'était pas nourrissant et 19,1% de celles qui pensaient ne pas en avoir assez ont arrêté leur allaitement. Cela est souvent lié à une prise de poids insuffisante du bébé pouvant entraîner l'introduction de compléments.

Cette constatation pourrait faire penser que « tout est déterminé » et qu'une action d'éducation à la santé ne pourrait pas être proposée. Cette idée n'est pas vraiment évaluée et on pourrait penser que le fait de faire prendre conscience à une mère et à son entourage que la poursuite de son allaitement, si elle le désire, pourrait être analysé au regard de ces antécédents, pour en allonger la durée. D'où l'intérêt d'interroger les mères, en particulier, celles qui ont des problèmes de démarrage, sur leurs propres antécédents de bébé et d'allaitement.

- **Les facteurs infantiles**

- Le sexe de l'enfant : Les garçons sont plus précocement sevrés que les filles en analyse univariée, fait non retrouvé en multivariée. Il y a peu de données sur ce sujet. Plusieurs explications peuvent être avancées : demande plus importante d'apports du garçon (courbe de poids plus forte ?), sentiment « d'inceste » ou problème de place du père et mari par rapport à son fils ?
- Apport de compléments : 23,8% des mères dont l'enfant avait reçu des compléments au cours du séjour à la maternité ont arrêté leur allaitement avant la fin du premier mois. On ne sait pas si ces compléments étaient donnés au biberon, à la cuillère, à la tasse ou à la seringue. Avec le biberon, il existe un risque de confusion entre le sein et la tétine - la succion n'est pas la même et le lait coule presque sans effort de la part du bébé - notamment, lorsque l'allaitement ne s'est pas encore bien mis en route. L'introduction de compléments dans l'alimentation de l'enfant ne doit se faire que sur prescription médicale et face à des indications bien précises (séparation mère/enfant, prise temporaire de médicaments incompatibles avec l'allaitement, hypoglycémie chez le bébé, perte de poids > 8-10%...) [26]. Des compléments peuvent également être donnés quand les femmes ont des crevasses importantes ou une lymphangite rendant les tétées insupportables. Dans son étude Vogel [12] retrouve un risque relatif ajusté de durée d'allaitement plus courte en cas d'utilisation de compléments pendant le premier mois et Hill [13] montre que l'introduction précoce (au cours de la deuxième semaine) de biberons de substituts de lait maternel est nettement associée à un sevrage plus rapide [4].
- La courbe de poids faible (ou insuffisance de prise de poids) : De retour à la maison, la stagnation ou la prise de poids insuffisante sont très appréhendées par les mères. Dans notre étude, 22,4% des femmes dont le bébé avait une courbe de poids faible ont arrêté leur allaitement. Ceci est à associer aux compléments, à l'idée du manque de lait et à celle du lait pas bon. Effectivement, lorsque le bébé ne prend pas assez de poids, la maman culpabilise et imagine que c'est parce que son lait n'est pas bon ou bien qu'elle n'en a pas assez. Elle va alors voir son médecin (généraliste ou pédiatre) qui en l'absence de formation sur l'allaitement peut proposer des compléments aux biberons ce qui soulage fortement la mère.
- Trop de tétées le jour et trop de tétées la nuit : Certaines mères ont du mal à s'adapter aux besoins parfois trop importants de leur bébé entraînant parfois un sevrage précoce.
Il n'y a pas de mauvaise mère ou de mauvais bébé, mais parfois une maman très fatiguée peut avoir un bébé très demandeur, ce qui en l'absence de soutien peut conduire à l'arrêt de l'allaitement.
- Le pic de croissance : Dans cette enquête, 50% des arrêts ont eu lieu au cours de la troisième semaine. Dans la première partie du mémoire, l'existence de poussées ou pics de croissance a été abordée, et l'un d'entre eux, aurait lieu durant la troisième semaine de l'allaitement. Comme cela a déjà été expliqué, ce pic correspond à une période de 24 à 48 heures au cours de laquelle le bébé pleure et réclame beaucoup ce

qui déstabilise la maman, la conduisant à penser qu'elle n'a pas suffisamment de lait et de ce fait, pourrait l'amener à un sevrage précoce [31]. Même si, jusqu'à présent, aucune étude n'a démontré l'existence de ces poussées de croissance, il conviendrait d'en informer les mères (en cours de PPO, en suites de couche...) afin qu'elles puissent comprendre et s'adapter à un éventuel changement d'attitude de leur enfant à cette période. Ce critère ne peut être considéré comme un réel facteur de risque d'arrêt précoce, mais il semblait intéressant de l'aborder.

- **Facteur d'environnement**

- **Manque d'aide de la famille** : Au moment où les mères ont le plus besoin de soutien, un certain nombre d'entre elles ne se sentent pas assez épaulées par leur famille (12,8% de ces femmes ont arrêté leur allaitement au cours du premier mois). La famille peut être loin ou lorsqu'elle est là, devant la moindre difficulté liée à l'allaitement, on incite la mère à passer au biberon... L'allaitement n'est pas assez ancrée dans l'histoire des familles, les dernières générations n'ont que très peu été allaitées ce qui le rend peu encouragé : « essayer d'accord mais il ne faut pas que cela soit trop contraignant »...

Voilà en ce qui concerne les facteurs pouvant influencer l'arrêt de l'allaitement au cours du premier mois, qui sont ressortis de notre étude. L'aide des professionnels de santé est indispensable, les mères en ont besoin et il faut qu'ils continuent à se former. Quelle que soit la profession initiale de la personne qui accompagne, celle-ci doit offrir sa disponibilité et son écoute, mais ne doit apporter une information ou un conseil pratique seulement si ceux-ci ont été demandés. L'enseignement systématique et l'interventionnisme sont des pièges qui peuvent encombrer et détourner des vrais objectifs : la rencontre et l'établissement des liens mère-enfant. Effectivement il faut prendre le temps d'écouter les mères afin de voir leur motivation, de comprendre leurs peurs et leurs appréhensions ; on ne peut pas leur demander rapidement « entre deux portes » si elles ont été allaitées par leur propre mère ou si elles auront des personnes pour les aider. Pour prévenir au mieux, il faut ECOUTER!

1.2 Étude des biais éventuels de cette étude

- **Biais d'échantillonnage**

Seize maternités sur les 24 du RSN ont participé à cette enquête, parmi elles des niveaux 1, 2A, 2B et 3. Le nombre d'accouchements est fonction de la taille de l'établissement, il en va de même pour les femmes qui allaitent. Ainsi, on observe une certaine disparité des effectifs d'une maternité à l'autre, allant de 13 à 36 femmes.

De ce fait, l'échantillon obtenu n'est pas représentatif de la population générale des mères en Pays de la Loire. Notamment, les 10 % d'arrêts précoces de notre étude sont bien inférieurs aux 20 et 30 % retrouvés dans les données françaises de la littérature.

- ***Biais de réponse***

De nombreux questionnaires n'ont pas été intégralement remplis. De plus, on peut penser que certaines questions ont mal été comprises, ou bien, que des réponses ont mal été retranscrites par l'interlocuteur lors de l'entretien téléphonique à 1 mois.

On peut également supposer que l'absence d'anonymat a pu entraîner chez les mères une certaine subjectivité dans les réponses.

Il est aussi possible que ce questionnaire ait motivé des femmes à allaiter au moins 1 mois, effectivement on retrouve deux arrêts à 33 jours et un à 37 jours qui n'ont pas été inclus dans l'analyse.

2. COMPARAISON AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE

2.1 Les taux d'allaitement en France et à l'étranger

En France, l'allaitement maternel en sortie de maternité a régulièrement augmenté des années 70 à nos jours.

Une première enquête nationale a été réalisée en France en 1972. Elle a permis de constater que 36,6 % des femmes allaitaient à la fin de leur séjour à la maternité. La carte de France est alors coupée en deux : à l'est d'une ligne Calais-Marseille, plus de 36 % des mères allaitaient leur enfant. Ces pourcentages supérieurs à la moyenne nationale s'élèvent jusqu'à 51 % à Paris. A l'ouest de cette ligne, la proportion de ces femmes varie de 12 à 27 % ; seule l'Aquitaine fait exception avec 43 % d'allaitement maternel [5].

Une deuxième enquête nationale est ensuite réalisée en 1976. On observe alors une augmentation d'environ 10 % en quatre ans soit un taux d'allaitement de 45,5 % . Cette augmentation se manifeste dans presque toutes les régions toujours avec cet axe est-ouest (cf. figure n°7). Cependant, le Centre, le Limousin, le Midi-Pyrénées et le Languedoc-Roussillon entrent alors dans la catégorie où l'allaitement est relativement fréquent (\geq à 36 %) [6]. L'ascension continue et en 1981 ce sont 54 % des femmes qui allaitent [7].

Figure n°7 : Répartition régionale de l'allaitement maternel entre 1972 et 1976 [6]



FIG. 1. — Répartition régionale de l'allaitement maternel en 1972.

On observe en 1995 une légère diminution de ce taux. Effectivement, un enfant sur deux seulement, a bénéficié d'un allaitement maternel (52% dont 10% d'allaitement mixte) [8].

Depuis 1995, ce taux tendrait à augmenter régulièrement. En 2003, il était de 62,7% avec encore cette différence entre l'ouest et l'est du pays : les taux varient de 60% à 80% à l'est et de 30 à 40% à l'ouest. [11]

En 2004, le pourcentage d'allaitement maternel au 5^{ème} jour de vie en France était de 60% (cf. figure 8 et 9) et dans les Pays de la Loire, il était voisin de 50% pour la PMI et pour les maternités, il variait de 45% pour le plus faible à 64% pour le plus élevé. [26]

Figure n°8 : Taux d'allaitement en 2004 à partir des certificats du 8ème jour [11]

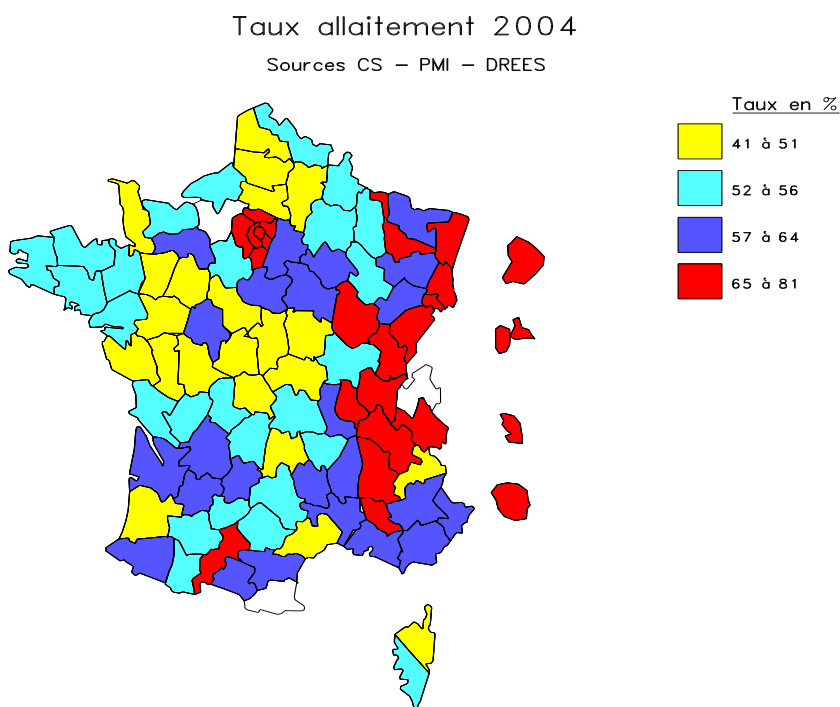
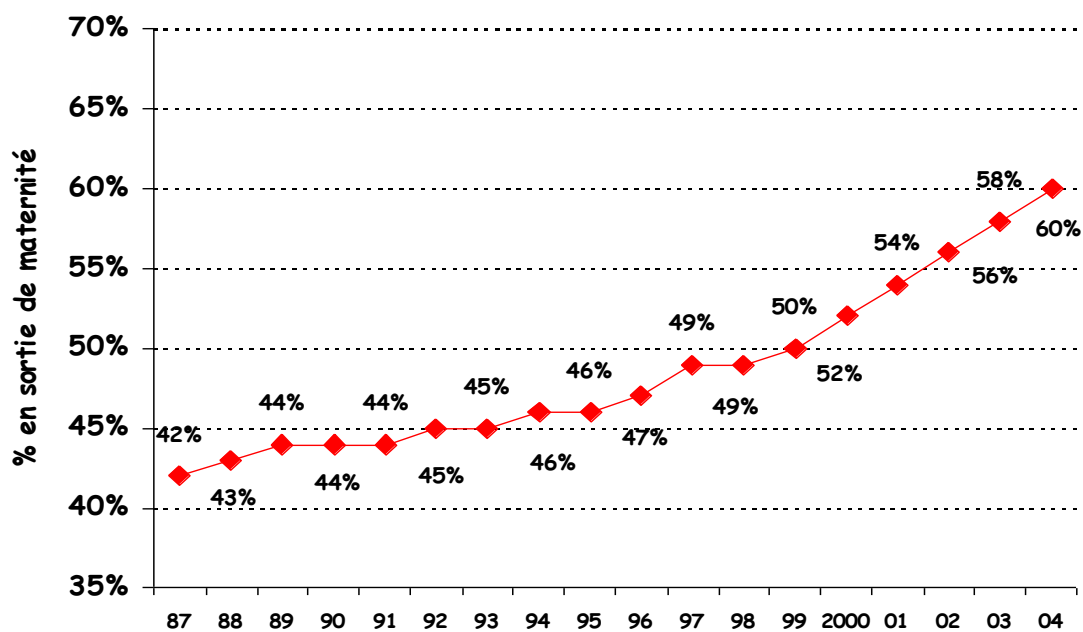


Figure n°9 : Taux d'allaitement en sortie de maternité de 1987 à 2004 [11]



Sources DREES – C8 - PMI

Même s'il tend à augmenter, la France présente un des taux les plus bas d'Europe. Un bilan de la situation européenne, financé par la Commission Européenne, a été réalisé en 2003. Celui-ci reprend entre autres les taux d'allaitement nationaux entre 0 et 12 mois [22,23].

En tête de ce palmarès, se trouve la Norvège et plus généralement les pays scandinaves proches des 100% d'allaitements à la naissance. Nos voisins Allemands, Suisses et Italien présentent des taux situés entre 90% et 95%. La Belgique et la Grande-Bretagne en queue de peloton restent encore, avec environ 70%, bien au dessus de la France.

La figure suivante présente les taux d'allaitement de 21 pays d'Europe entre 1991 et 2002 selon l'année de recensement.

Figure n°10 : Taux d'allaitement en Europe à la naissance [11]

Pays	%AM naissance
Danemark 2000	98 %
Irlande 1999	36 %
Italie 2000	89 %
Luxembourg 2001	88 %
Norvège 1998	99 %
Pologne 2002	71 %
Roumanie 1991	91 %
Espagne 1997	
Suède 1991	90 %
Suisse 2000	93 %
Portugal 1999	90 %
Hollande 2002	80 %
Royaume-Uni 2000	69 %
Ecosse 1998	42 %
Croatie 1986	85 %
Allemagne 1998	96 %
Belgique 2000	72 %
Tchéquie 2001	91 %
Finlande 2000	91 %
France 2000	53 %
Islande 2000	93 %

En 1998, les États-Unis présentaient un taux de 64%. Ils proposaient alors deux projets successifs baptisés Healthy People 2000 et Healthy People 2010. Le premier avait pour objectif d'atteindre un taux d'allaitement à la naissance de 75% et de 50% à six mois (objectifs non atteints). Le deuxième projet ajoute en plus un taux d'allaitement à un an de 25% [19,35]...

2.2 La durée de l'allaitement

En plus d'un taux d'allaitement relativement faible, la durée d'allaitement, en France, est également très courte. Il n'est pas facile de l'évaluer de façon précise : elle est obtenue à partir du certificat de santé du 9^{ème} mois sur lequel figure depuis 1998 une question à propos de la durée d'allaitement. Mais l'exploitation de ces données par les autorités sanitaires est beaucoup plus difficile que celle des certificats du 8^{ème} jour.

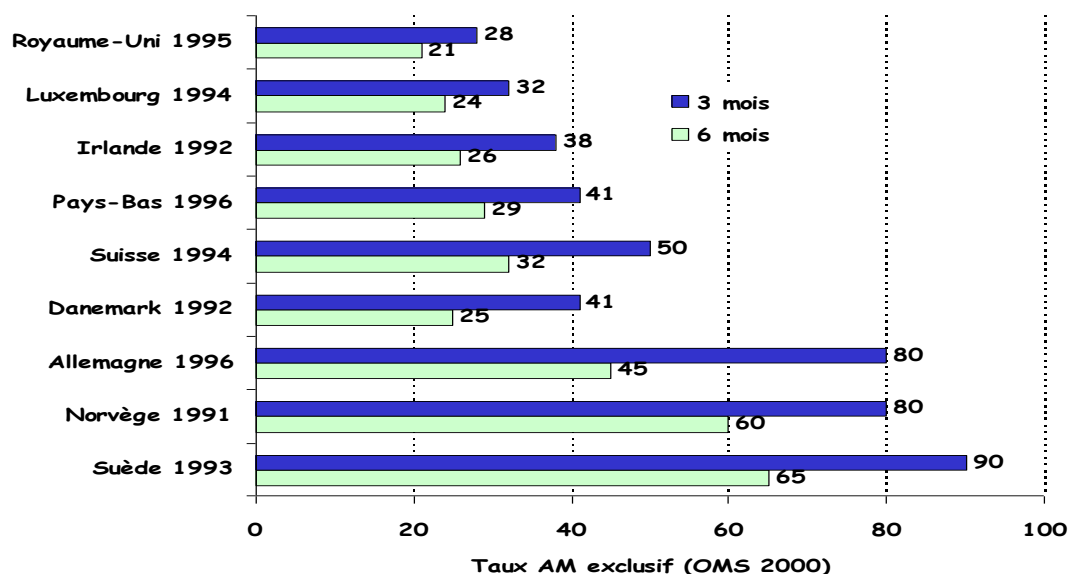
Cependant, les données françaises de la littérature observent une durée médiane de 10 semaines [9,10].

En 1999, une enquête prospective réalisée en Savoie a observée une durée médiane de 13 semaines [14].

Selon le docteur Marie THIRION, à trois semaines, seulement 10% des enfants seraient encore allaités par leur mère.

Dans la figure n°11, on peut observer que dans les autres pays d'Europe, les femmes sont nombreuses à poursuivre leur allaitement à 3 et 6 mois.

Figure n°11 : Taux et durée de l'allaitement en Europe [11]



2.3 Les arrêts d'allaitement au cours du premier mois

Dans notre étude, nous avons pu observer un taux d'arrêt de 10,3%. Ce taux est très surprenant car très inférieur à ceux retrouvés dans la littérature française.

Effectivement, on retrouve un taux de 30% dans les études respectives de Lerebourg et al. réalisée en Seine-Maritime [10] et de Ego et al. dans le Nord Pas de Calais [15].

Des taux d'arrêt précoce inférieurs sont retrouvés dans deux autres études : 20% dans celle de Branger et al. [9] et 18% dans celle de Labarère et al [14,26]. Taux cependant encore bien supérieurs au notre. A noter que notre étude incluait 16 maternités avec des taux variant entre 0% et 22%.

Il existe très peu de données sur les arrêts précoces dans les pays étrangers.

3. PISTES DE TRAVAIL POUR PREVENIR LES ARRETS PRECOCES AU COURS DU PREMIER MOIS

3.1 Proposition de critères de repérage en maternité

3.1.1 Les scores de prédiction du sevrage précoce dans la littérature

Dans la littérature étrangères sont présentés des « breastfeeding assessment tool » (outil d'estimation de l'allaitement). Ce sont des scores de prédiction du risque de sevrage de l'allaitement maternel. Leur but est de dépister les mères à risque de sevrage précoce pour leur proposer un soutien adapté. Deux scores seront décrits, les autres cités :

- **BAS (Breastfeeding Assessment Score)**

Le BAS a été mis au point par Hall et al. et décrit dans la littérature en 2002. Son but est de prédire le risque de sevrage entre 7 et 10 jours de vie de l'enfant, en calculant un score à partir de 8 variables objectives et facilement disponible pour le personnel soignant [17] :

Tableau XIII : Variables constitutives du BAS

BAS Variables	Score		
	0	1	2
Age maternel	< 21 ans	21 à 24 ans	> 24 ans
Expérience antérieure d'allaitement	échec	aucune	Succès
Difficultés de tétées pendant le séjour à la maternité	À chaque tétée	À la moitié de la tétée	< 3 tétées
Intervalles entre les tétées	> 6 h	Entre 3 et 6 h	< 3 h
Nombre de compléments donnés à la maternité	≥ 2	1	0

Deux points sont soustraits pour la présence de chacune de ces variables : antécédents de chirurgie mammaire, hypertension artérielle maternelle et utilisation de ventouse lors de l'accouchement. La valeur du bas est alors obtenue par la somme des points correspondant à la modalité de réponse pour chaque variable.

Les auteurs ont retenus qu'un BAS à 10 signifie qu'à 7-10 jours, la mère a toutes les chances de poursuivre son allaitement et qu'un BAS < à 8 représente un risque élevé de sevrage précoce.

Ce score est le seul à avoir été essayé en France, mais l'essai n'a pas été concluant. Dans l'étude de Laborde et al. [16], à deux semaines, le taux de sevrage était de 10% pour les mères ayant un BAS < 8 et de 4% pour celles ayant un BAS ≥ 8, cela pourrait être lié à une durée médiane de séjour en post-partum plus longue en France 4 jours contre 2,5 aux États-Unis.

- **LATCH (signifie prendre le sein en anglais)**

Le LATCH a été mis au point par Jensen, Wallace et Kelsay en 1994, il est très utilisé dans les maternités américaines. Ce score est basé sur l'observation et la description d'un allaitement efficace, évaluant 5 de ses caractéristiques. Chaque lettre de l'acronyme LATCH correspond à un critère. Chacun des 5 critères est coté de 0 à 2, la valeur du LATCH est alors obtenue par la somme des points correspondant à la modalité de réponse de ces critères avec un maximum de 10 points. L'évaluation se fait dans les 16 à 72 heures du post-partum [18].

Tableau XIV : Le score LATCH

	0	1	2
L : Latch (tétée du mamelon)	Trop endormi ou peu disposé Ne réussi pas à téter	Tentatives répétées Prise du mamelon dans la bouche Succion à la stimulation	Prend le sein Langue en bas Lèvres éversées Succion rythmée
A : Audible swallowing (bruit de la tétée)	Aucun	Quelques uns quand stimulation	Spontané et intermittent < 24 h de vie ; spontané et fréquent > 24 h de vie
T : Type of nipple (type de mamelon)	Ombiliqués	Plats	Ressortis (après stimulation)
C : Comfort breast/nipple (confort sein/mamelon)	Engorgement Crevasses profondes ± saignements Inconfort sévère	« Pleins » Petites crevasses, gerçures, mamelons rouges Inconfort léger à modéré	Souples Mamelons non fragilisés
H : Hold (besoin d'aide de la mère)	Aide très importante (le professionnel de santé met le bébé au sein)	Aide minimum, le professionnel de anté l'aide pour un sein puis elle fait l'autre côté.	Besoin, d'aucune aide Mère capable de mettre son bébé au sein et de le positionner

* Traduction personnelle [19]

Cependant, d'après l'étude de Kumar et al. réalisée en 2004, le score Latch est un mauvais prédicteur de la durée d'allaitement : les mères ayant un score à 9 entre 16 et 24 h du post-partum ont seulement 1,7 fois plus de chance d'allaiter encore à 6 semaines que celles ayant un score inférieure [19]

- ***IBFAT (Infant Breastfeeding Assessment Tool) et SIBB (Suboptimal infant breastfeeding behaviour)***

Ils sont constitués de 6 critères cotés de 0 à 3 [20,21] :

- Début de l'allaitement
- Stimulation du bébé pour téter
- Rôle
- Temps pour bien saisir le mamelon
- Rythme de succion
- Satisfaction de la mère

- ***PEPBT (Potential Early Breastfeeding Problem Tool) et MBFES (Maternal Breastfeeding evaluation scale)***

Ces scores évaluent la satisfaction des mères par rapport à leur allaitement et les problèmes rencontrés. [21]

Plusieurs scores ont déjà été décrits chacun ayant ses avantages et ses inconvénients (subjectivité des critères, retard de la montée de lait possible, type de mamelon inhabituel pas toujours pris en compte...). Si ces scores ne « prédisent » pas toutes les femmes qui vont sevrer précocement, ils permettent tout de même de prévenir un certain nombre d'arrêts précoces. En France, aucun score n'a encore été mis au point et même si le BAS n'y a pas fait ses preuves, il paraît nécessaire de valider un score prédictif du sevrage précoce dans notre pays.

3.1.2 Critères de repérage dans le RSN

Il faudrait mettre au point des scores de prédiction du sevrage de l'allaitement maternel au sein du RSN, afin de prévenir et d'apporter un soutien adapté aux mères. Un premier serait réalisé à la fin du séjour à la maternité après avoir observé comment se passait l'allaitement et avoir pris le temps de discuter avec la mère ; et un second environ deux semaines plus tard.

- ***Critères d'un score à la maternité***

Suite à l'étude réalisée, aux résultats qui en sont ressortis, et à des éléments qui même si non significatifs ou non étudiés semblent important à introduire, le score pourrait se baser sur les critères suivants :

- Facteurs maternels :
 - × antécédent d'allaitement de la mère
 - × antécédents de chirurgie mammaire ou mamelons ombiliqués
 - × si d'autres enfants ont été allaités comment cela s'est passé
 - × perception de l'allaitement au cours du séjour

- Facteurs infantiles :
 - * déroulement des tétées (positionnement, déglutition, rythme)
 - * courbe de poids pendant le séjour
 - * supplémentation en biberon pendant le séjour
 - * utilisation d'une tétine
- Facteurs d'environnement :
 - * position du père vis à vis de l'allaitement
 - * présence ou non de la famille pour la soutenir
- Facteurs de soins :
 - * Maladie de la mère (infection maternelle ou lésions des seins) ou du bébé
 - * Hospitalisation de la mère ou du bébé

- ***Critères d'un score à 15 jours***

- Facteurs maternels :
 - * perception de son allaitement depuis le retour au domicile
 - * problème de mamelon (crevasse, lymphangite...)
 - * besoin d'aide (médecin, association, PMI...)
- Facteurs infantiles :
 - * rythme des tétées
 - * prise de poids
 - * supplémentation en biberon
- Facteurs d'environnement :
 - * présence et soutien de la famille
- Facteurs de soins :
 - * maladie de la mère ou du bébé

Ce score serait réalisé au cours d'une consultation de suivi de l'allaitement (cf 3.2) faite aux alentours de J 15, dans le but d'adapter l'aide et le soutien nécessaires en fonction des difficultés rencontrées par la mère et donc prévenir un sevrage précoce.

3.2 Proposition de prise en charge le premier mois

Comme nous l'avons vu dans la première partie, une fois de retour à la maison, un soutien est nécessaire à la bonne poursuite de l'allaitement.

Dans un premier temps, les mères ont besoin du soutien de leurs proches (le mari, la maman, ou toutes personnes proches ayant déjà allaité qui pourraient la rassurer). Mais lorsqu'elles se retrouvent face à certains problèmes ou certaines questions, ce soutien n'est pas suffisant, il nécessite l'aide de professionnels dans des structures de santé ou des associations.

Dans la grande majorité des cas, des adresses et des numéros de téléphone sont donnés aux mères à la fin de leur séjour à la maternité : celle de la PMI de leur secteur, celle du lactarium, celles d'associations comme Solidarilait, la Leche League... où des groupes de paroles sont organisés permettant aux mamans d'échanger leurs expériences, d'avoir une écoute et des conseils de la part d'un professionnel et surtout de voir qu'elles ne sont seules.

Mais face à des difficultés, ces mères vont plus facilement voir leur médecin généraliste qui n'a pas forcément suivi de formation sur l'allaitement et risque de donner des conseils inadaptés (arrêt de l'allaitement face à une lymphangite...).

Une étude américaine dirigée par Morow et al., a montré que 67% des femmes ayant bénéficié de visites à domicile (6), dans les premières semaines suivant le retour à la maison, allaitaient encore exclusivement à 3 mois contre 12% de celles appartenant au groupe témoin, et après 3 visites à domicile 50% des femmes allaitaient à 3 mois [22].

Cette étude prouve encore qu'un soutien est indispensable pour prévenir les risques d'arrêts précoces, cependant un suivi de 3 à 6 visites à domicile en post-partum paraît difficile à mettre en place en France, pour l'instant. Car même si quelques sages-femmes libérales proposent à des mamans d'aller les voir en cas de problèmes avec leur allaitement, elles ne peuvent pas toutes les voir et encore moins à plusieurs reprises.

En France, une étude a été réalisée au centre hospitalier de Chambéry en 2001-2002 [23]. Son but, était de décrire l'impact d'une consultation systématique dans les 15 jours du post-partum, comparativement à un suivi laissé à l'initiative des mères. Cette étude a montré que 83% des femmes ayant eu la consultation allaitaient encore à un mois contre 72% des femmes du groupe témoin ; et à 6 mois elles étaient 31% contre 22%. La durée médiane de l'allaitement était également augmentée : 18 semaines contre 13 semaines. A noter que les médecins qui consultaient, avaient préalablement reçu un enseignement de 5 heures en deux fois sur 1 mois. On observe ici, que ce ne sont pas les moyens d'aider les femmes qui manquent mais leur initiative ; il faut leur imposer un suivi pour obtenir de meilleurs résultats.

L'enquête qui a été faite dans ce mémoire, concernait les maternités du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire. Actuellement, à Angers, des consultations de puériculture sont proposées tous les après-midi sans rendez-vous à toutes les femmes qui allaitent, mais sans aucun critère d'obligation. L' idée serait de mettre en place, au sein du RSN, une consultation au cours du premier mois de l'allaitement. Elle pourrait être faite en maternité par les puéricultrices ou les sages-femmes, en PMI ou bien en ville dans des cabinets de pédiatres, de médecins généralistes ou de sages-femmes libérales. Bien sûr, tous les professionnels de santé participants à ces consultations, auront au préalable, reçu un enseignement spécifique sur l'allaitement.

Cette consultation serait proposée à la fin du séjour à la maternité : par exemple, lors de l'examen de sortie quand la sage-femme parle du rendez-vous à prendre pour la visite post-natale, elle pourrait parler de celui à prendre pour la consultation de suivi de l'allaitement ; ou bien lors du passage de la puéricultrice le dernier jour, celle-ci, pourrait en informer la maman.

Cette consultation serait, soit proposée systématiquement à toutes les mamans qui allaitent soit uniquement à celles qui présentent des facteurs prédictifs de sevrage précoce. D'où l'intérêt de créer un score au sein du RSN : seules les femmes dont le score serait inférieur à un seuil donné aurait accès à cette consultation.

Évidemment se pose le problème du financement de mise en place de cette visite et de la prise en charge. En ce qui concerne la prise en charge, l'idéal serait que cette visite fasse partie du « pack » maternité et soit remboursée totalement par la sécurité sociale car cette consultation doit être accessible aux femmes de tous les niveaux sociaux.

Une nouvelle enquête va être réalisée dans le RSN sur la durée de l'allaitement à 1 mois, 3 mois et 6 mois, au terme de cette étude beaucoup plus approfondie, il sera alors peut-être possible de mettre en place ce dont nous venons de parler.

4. LE RÔLE DE LA SAGE-FEMME

En juin 2006, l'HAS (Haute Autorité de Santé) a présenté un processus de soutien à l'allaitement dans lequel, il redéfinit le rôle des professionnels de santé. La démarche qualité autour du soutien de l'allaitement maternel concerne tous les professionnels impliqués en périnatalité, notamment, les sages-femmes, les puéricultrices, les auxiliaires de puériculture, les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres, les médecins généralistes et les infirmières. Nous nous intéresserons ici, plus particulièrement aux sages-femmes qui sont présentes sur l'ensemble de la période périnatale [24].

4.1 Durant la grossesse

Au cours de la grossesse, la sage-femme (comme le médecin généraliste ou le gynécologue obstétricien) a pour mission d'informer tous les futurs parents sur l'intérêt de la physiologie de l'allaitement maternel, dans le respect de leur culture, sans leur imposer de choix ou les culpabiliser. Ceci peut être fait lors des consultations de grossesse et lors de la préparation à la naissance (il est aussi possible d'aborder le sujet au cours de l'entretien du 4^{ème} mois).

Les consultations sont l'occasion pour les sages-femmes d'aborder avec la mère le mode d'alimentation, en particulier l'allaitement maternel. Cela permet de savoir ce que connaît la mère sur l'allaitement et d'étoffer ses connaissances en apportant des informations supplémentaires (rappeler tous les bénéfices de l'allaitement peut apporter aux mères une motivation supplémentaire). Il est important que le père soit présent au moins une fois, afin de lui faire prendre conscience (si ce n'est pas déjà fait) du rôle de soutien physique et psychologique qu'il devra tenir auprès de sa femme les premières semaines suivant l'accouchement. La sage-femme doit également s'assurer de l'absence de contre-indication à l'allaitement et informer les futurs parents sur les rares vraies contre-indications et celles qui sont abusives.

Les séances de préparation à la naissance complètent le suivi de grossesse. Quand elles commencent ces séances, les femmes savent, en général, déjà si elles vont allaiter ou non. La sage-femme doit tout de même systématiquement proposer aux futurs parents une séance comprenant une information sur l'allaitement. Au cours de ces séances, la sage-femme tente d'apporter les informations nécessaires à la bonne conduite d'un allaitement ou face à certaines difficultés qui pourraient être rencontrées. Elle se doit aussi d'écouter les questions, les craintes, les appréhensions des femmes afin d'adapter son discours en fonction de chacune (les primipares et les multipares n'ont pas les mêmes interrogations...).

Il est également important de montrer aux femmes des vidéos, des photos car à notre époque où pourtant plus rien ne semble choquer, le problème de la pudeur bloque encore certaines femmes pour allaiter. Il faut « banaliser » l'allaitement, c'est ce qu'il y a de plus naturel et pour cela il faudrait beaucoup plus de photos de femmes entrain d'allaiter dans les cabinets de sage-femme, les maternités, la presse et les médias (on voit des publicités pour les laits artificiels mais aucune sur l'allaitement maternel).

4.2 A la naissance

A la naissance, la sage-femme s'assure dans un premier temps, de la bonne adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né (respiration spontanée, apgar...). Si tout va bien, elle a pour mission de favoriser le lien entre la mère et son enfant, pour cela :

- Contact peau à peau sur le ventre de la mère : permet le maintien de la température corporelle du nouveau-né, améliore son bien-être avec une diminution des pleurs, favorise son adaptation métabolique et renforce les interactions mère-enfant.
- Tétée précoce : une tétée dans la première heure suivant l'accouchement favorise une succion efficace, augmente le lien mère-enfant, favorise les capacités de l'enfant à réguler ses apports alimentaires... Il ne faut pas non plus forcer l'enfant à prendre le sein sous peine de contrarier son comportement vis-à-vis de l'allaitement et de perturber le bon positionnement de sa langue.

La sage-femme profite de ce moment pour donner les premiers conseils sur la mise en route de la lactation, notamment en informant les parents de la bonne position du nouveau-né et de la prise correcte du sein pour permettre une succion efficace, en encourageant la cohabitation 24 heures/24 du nourrisson avec sa mère... Toutes ces informations seront également reprises au cours du séjour à la maternité.

La sage-femme doit également aider à l'accompagnement d'une séparation entre la mère et son enfant, et informer les parents qu'en cas de maladie ou d'hospitalisation la poursuite de l'allaitement est très importante.[24]

4.3 Pendant le séjour à la maternité

En suites de couche, les sages-femmes (comme les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture) ont un rôle de soin mais également d'information, de soutien et d'encouragement.

Les premiers jours d'un allaitement ne sont pas les plus évidents, la mère a besoin qu'on lui accorde du temps, de l'aide et des encouragements. Il est également nécessaire que l'ensemble des professionnels impliqués dans la périnatalité ait le même discours sur l'allaitement (les 10 conditions pour le succès de l'allaitement de l'OMS ...) afin de ne pas déstabiliser la maman.

La sage-femme doit accompagner les premières tétées pour vérifier la prise correcte du sein et l'efficacité de la succion mais aussi pour voir si la position d'allaitement est bonne et confortable pour la mère et son enfant car cela diminue les risques de traumatismes du sein (douleurs et lésions du mamelon).

En cas de séparation, la sage-femme doit encourager la mère, lui expliquer comment maintenir la lactation et utiliser un tire-lait.

Une information doit également être donnée sur les difficultés qui peuvent être rencontrées à la maison (engorgement, pleurs...) ainsi que sur la contraception et l'allaitement.

A la fin du séjour, la sage-femme doit pouvoir identifier les facteurs de risque de sevrage précoce (intérêt d'un score) afin de proposer à la maman un soutien approprié une fois de retour chez elle. Une liste d'adresses de professionnels, d'associations, de la PMI du secteur concerné... doit être donnée à toutes les femmes qui allaitent.

4.4 Du retour à domicile jusqu'au sevrage

Selon l'HAS, tout professionnel de santé en contact avec une mère allaitante, doit s'assurer du bon déroulement de l'allaitement et anticiper, déceler ou résoudre des difficultés éventuelles. Cela concerne les sages-femmes de PMI, certaines sages-femmes libérales qui proposent des consultations d'allaitement aux femmes qu'elles suivaient auparavant et celles qui font la visite post-natale. Si une consultation de suivi de l'allaitement au 15^{ème} jour doit être mise en place, elle pourra également être réalisée par une sage-femme.

Face à tout problème qu'elle ne saurait résoudre, la sage-femme doit pouvoir orienter la mère vers un professionnel approprié.

Voilà, tout ce qu'une sage-femme peut être amenée à faire en matière d'allaitement dans le but d'amener de plus en plus de femmes à allaiter, de les informer et de les soutenir autant que cela semble nécessaire.

Conclusion

BIBLIOGRAPHIE

◆ OUVRAGES :

- [1] THIRION M.
L'allaitement. De la naissance au sevrage.
Bibliothèque de la famille
Paris : Albin Michel, 2004, 280 p.
- [2] WALTER P.
Guide de l'allaitement et du sevrage.
Paris : La Découverte, 2004, 207 p.
- [3] LIGUE INTERNATIONALE LA LECHE
L'art de l'allaitement maternel.
Québec : Marquis, 4^{ème} édition, 1995, 463 p.

◆ CONGRES

- [4] GREMMO-FEGER G, MARIA B, PILLIOT M, MARCHAND M-C [et al.]
Journée régionale pour l'allaitement 2005-2006 : Accompagner la naissance, accompagner l'allaitement.
Organisée par la COFAM, 76 p.

◆ ARTICLES :

- [5] RUMEAU-ROUQUETTE C, DENIEL M.
L'allaitement maternel au cours de la période néonatale.
Arch Fr Pédiatr 1977 ; 34 : 771-80.
- [6] RUMEAU-ROUQUETTE C, CROST M, BREART G, MAZAUBRUN DU C.
Evolution de l'allaitement maternel entre 1972 et 1976.
Arch Fr Pédiatr 1980 ; 37 : 331-5.
- [7] 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.91-9.
- [8] CROST M, KAMINSKI M.
L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995 – Enquête nationale périnatale.
Arch Pédiatr 1998 ; 5 : 1316-26.

- [9] BRANGER B, CEBRON M, PICHEROT G, DE CORNULIER M.
Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes
Arch Pédiatr 1998 ; 5 : 489-96.
- [10] LEREBOURS 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
- [11] BRANGER B
RSN, Promotion de l'allaitement maternel.
Janvier 2006
- [12] VOGEL A, HUTCHINSON B.L, et al.
Factors associated with the duration of breastfeeding.
Acta Paediatr 1999 ; 88 : 1320-6
- [13] HILL P.D et al.
Does early supplementation affects long-term breastfeeding?
Clin Pediatr 1997 ; 36 : 345-50
- [14] LABARERE J, DALLA-LANA C, SCHELSTRAETE C et al
Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France).
Arch Pédiatr 2001 ; 8 : 807-15
- [15] EGO A, DUBOS J.P, LOUYOT J et al.
Les arrêts prématurés d'allaitement maternel
Arch Pédiatr 2003 ; 10 : 11-18
- [16] LABORDE L, FULCHERI J, MATHIEU M et al.
Validation du Breastfeeding Assessment Score (BAS) pour la prédiction du sevrage de l'allaitement maternel.
- [17] HALL RT, MERCER AM, TEASLEY SL et al.
A breast-feeding assessment score to evaluate the risk for cessation of breast-feeding by 7 to 10 days of age.
J Pediatr 2002 ; 141 : 659-64
- [18] RIORDAN J, BIBB D, MILLER M et al.
Predicting breastfeeding duration using the LATCH- Breastfeeding Assessment Tool.
J Hum Lact 2001 ; 17 : 20-23
- [19] KUMAR SAVITRI P, MOONEY R et al.
The LATCH scoring system and prediction of breastfeeding duration.
J Hum Lact 2006 ; 22 : 391-6
- [20] DEWEY K G., NOMMSEN-RIVERS L et al.
Risk factors for Suboptimal Infant Breastfeeding Behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss.
Pediatrics 2003 ; 112 : 607-18

[21] SCHLOMER J, KEMMERER J et al.
Evaluating the association of two breastfeeding assessment tools with breastfeeding problems and breastfeeding satisfaction.
J Hum Lact 1999 ; 15 : 35-39

[22] MORROW A.L et al
Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding : a randomised controlled trial.
Lancet 1999 ; 353 : 9160

[23] LABARERE J, GELBERT-BAUDINO N, AYRAL A.S et al
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 : 139-46

[24] HAS (HAUTE AUTORITE DE SANTE)
Promotion de l'allaitement maternel :Processus-Evaluation
Juin 2006. 55 p.

◆ MEMOIRES ET THESES :

[25] KINDLE I.
Les abandons précoces de l'allaitement maternel
Mémoire SF : Nantes : 2002, 44 p.

[26] DEVERGNE- CLEMENT B.
Facteurs influençant l'arrêt de l'allaitement maternel au cours du premier mois
Thèse med. : Nantes : 2006, 73 p.

◆ BIBLIOGRAPHIE ELECTRONIQUE :

[27] ROLLET C.
Histoire de l'allaitement en France : pratiques et représentations
Paris : Université de Versailles, Saint-Quentin-en-Yvelines. Laboratoire Printemps CNRS
Mis à disposition en novembre 2005, disponible au format pdf sur :
<http://www.santeallaitementmaternel.com/info/HistoireAllait.pdf>

[28] ROQUES N.
Au sein du monde. Une observation critique de la conception moderne de l'allaitement maternel en France
Paris : L'Harmattan, décembre 2001, 234 p.
Extrait utilisé disponible sur : http://assoc.ipa.free.fr/ethnologie/histoire_1.htm

[29] EX NIHILO CAROLL
Histoire de l'allaitement en France I

Encyclopédie du Savoir Relatif et Absolu. Bernard Werber

Source : www.lllfrance.org

Disponible sur : <http://www.esraonline.com>

[30] DIDIER-JOUVEAU C-S

Histoire de l'allaitement, histoires d'allaitement

Allaiter Aujourd'hui n°54, LLL France, 2003

Disponible sur : <http://www.lllfrance.org/allaitement-information/aa/54-histoire.htm#top>

[31] RESEAU DES MARRAINES D'ALLAITEMENT MATERNEL

Les poussées de croissance

Disponible sur : <http://www.reseau-mdam.org/indexfr.html>

[32] DELACOUR A.

Tetée à volonté

Mis à disposition le 13 septembre 2006, sur : <http://www.alterenfance.fr>

[33] ANAES

Allaitement maternel, mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations pour la Pratique Clinique 2002.

Argumentaire disponible sur : <http://www.anaes.fr>

[34] PROMOTION OF BREASTFEED IN EUROPE (EU project contract N. SPC 2002359)

Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe : current situation

Décembre 2003. 34 p.

Disponible au format pdf sur :

http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a1_18_en.pdf

[35] LE SITE D'INFORMATION POUR L'ALLAITEMENT (IPA)

L'allaitement en chiffre.

Dernière mise à jour en septembre 2004.

Disponible sur : <http://www.info-allaitement.org/>

ANNEXES

Annexe 1 : L'histoire du congé maternité

- **1909** : création du congé maternité mais il n'est **pas rémunéré** (comme en Suisse ou au US actuellement d'ailleurs).
- **1928** : congé maternité de **2 mois rémunéré à 100 %** pour tous les fonctionnaires.
- **1952** : convention n° 103 de l'Organisation Internationale du Travail sur la maternité (**congé maternité de 12 semaines minimum, pause allaitement...**) mais tous les pays ne la signe pas entre autres les US et la Suisse.
- **1970** : le congé maternité est **indemnisé à 90 % du salaire brut** par la sécurité sociale.

*Annexe 2 : Les « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel »
d'après OMS/UNICEF, 1999.*

Dix conditions pour le succès de l'allaitement

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de la pratique de cet allaitement
4. Aider les mères à commencer à allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique






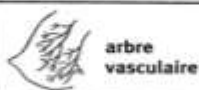

Annexe 3 : Le réflexe neuro-hormonal et l'hormonologie de la lactation [6]

Les cinq temps du réflexe neuro-hormonal ou la mise en route de la lactation

- ① Le bébé tète et crée un signal sur l'aréole.
- ② Des nerfs sensitifs conduisent l'information au cerveau profond, inconscient et involontaire.
- ③ Celui-ci « gère » l'information en fonction :
 - de la qualité du signal fait par l'enfant ;
 - des émotions de la mère au même moment.
- ④ L'inhibition sur l'hypophyse se relâche. L'ocytocine et la prolactine sont sécrétées.
- ⑤ La circulation sanguine apporte aux deux seins ces deux hormones, et les seins se mettent en fonction. Du côté stimulé par la succion, le lait jaillit.



Hormonologie de la lactation

NOM DE L'HORMONE	CONDITION D'APPARITION	STRUCTURE CIBLE	EFFETS
Ocytocine	 <p>émotions et/ou tétée</p> <p>la post-hypophyse libère une ou plusieurs fois de l'ocytocine</p>	 <p>fibre myo-épithéliale</p>	<p>contraction des fibres myo-épithéliales</p> <p style="text-align: center;">Mouvement</p> <p>dans l'arbre sécrétoire → progression et éjection du lait</p> <p>dans l'arbre vasculaire → augmentation de la circulation</p>
Prolactine	 <p>l'anté-hypophyse libère la prolactine pic de la prolactinémie</p>	 <p>dans l'arbre sécrétoire, les acini</p>	 <p>sécrétion du lait, c'est-à-dire synthèse intracellulaire des différents éléments constitutifs du lait maternel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lactoses - protéines - lipides
Taux de base de la prolactine		 <p>arbre vasculaire</p>	 <p>« fait l'éponge vasculaire »</p>

Annexe 4 : Exemple du questionnaire distribué aux mères

Partie 1 : à remplir en maternité avant la sortie par la mère

Vos coordonnées où l'on pourra vous joindre vers 1 mois

- Tél de la maison
- Tel d'un autre lieu
- Tel portable.....
- Votre adresse de domicile

Parents

- Nom de la mère – Prénom de la mère
- Année de naissance de la mère

- Profession de la mère <i>(grille ci-jointe, mettre un numéro)</i>	1. agriculteur-trice 2. artisan, commerçant 3. profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin
- Profession du père <i>(grille ci-jointe, mettre un numéro)</i>	4. profession intermédiaire, cadre moyen 5. employé(e) 6. ouvrier(e) 7. sans profession 8. autres

Situation vis-à-vis de l'emploi Mère	1. Avec un emploi 2. Étudiant. 3. Au chômage 4. Autre situation
(grille ci-jointe, mettre un numéro)	
Père	
(grille ci-jointe, mettre un numéro)	

- Avez-vous été allaitée par votre mère ? 1. Oui 2. Non 3. Ne sais pas
- Le père a-t-il été allaité par sa mère ? 1. Oui 2. Non 3. Ne sais pas
- Nombre d'enfants que vous avez eus avant celui-ci :
- Les autres enfants ont-ils été allaités :
1. Oui, tous 2. Oui, une partie 3. Non, aucun 9. Sans objet
- A quel moment avez-vous décidé d'allaiter pour cet enfant ?
1. Avant la grossesse 2. Pendant la grossesse 3. A la naissance 4. Ne sais pas
- Combien de temps avez-vous prévu d'allaiter en tout ?
- Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance ? 1. Oui 2. Non
- Est-ce que l'on vous a parlé d'allaitement maternel ?
1. Oui, beaucoup 2. Oui, un peu 3. Non, assez peu 4. Pas du tout
- Avez-vous eu une césarienne ? 1. Oui 2. Non
- Avez-vous eu une épisiotomie (si accouchement naturel) ? 1. Oui 2. Non
- Fumez-vous pendant votre séjour à la maternité :
1. Oui + de 10 cig./jour 2. Oui moins de 10 cig./jour
3. Non, j'ai arrêté pendant la grossesse 4. Non, je n'ai jamais fumé
- Quelle était la date prévue d'accouchement ?

Nouveau-né à la naissance

- Date de naissance
- Poids de naissance
- Sexe : 1. Garçon 2. Fille
- Le bébé a-t-il été mis en peau-à-peau (sur votre poitrine) en salle de naissance ?
1. Oui 2. Non
- Si oui, pendant combien de temps ?
- La première mise au sein a-t-elle eu lieu en salle de naissance ? 1. Oui 2. Non
- A-t-il tété ? :
1. Dans la première demi-heure
2. Dans la première heure
3. Dans les deux premières heures
- A-t-il été transféré dans un service de néonatalogie ?
1. Oui, dans un service 2. Oui, avec moi dans une unité-kangourou
3. Non, il est resté avec moi.

Séjour

- Avez-vous gardé votre enfant dans votre chambre :
1. Oui, tous les jours et toutes les nuits de mon séjour
2. Oui, la journée, mais pas toujours la nuit
3. Oui, la journée, mais jamais la nuit
- Dans ce cas, est-ce que l'on vous ramenait le bébé la nuit pour téter ?
1. Oui tout le temps 2. Oui, parfois 3. Non, jamais
- A-t-il eu une sucette en maternité ? 1. Oui 2. Non
- Le bébé a-t-il reçu un complément :

- Non rien que mon lait
- Du lait en poudre *Combien de fois*
- De l'eau seule ou de l'eau avec du sucre *Combien de fois*
- Que diriez-vous de l'allaitement maternel pendant le séjour :
1. Ça s'est très bien passé
 2. Ça s'est plutôt bien passé
 3. Ça ne s'est pas très bien passé
 4. Je ne sais pas dire
- Avez-vous eu besoin d'aide ?
1. J'ai eu besoin de beaucoup d'aide
 2. J'ai eu besoin d'un peu d'aide
 3. Je n'ai pas eu besoin d'aide
 4. Je ne sais pas dire
- Avez-vous eu des crevasses ? 1. Oui 2. Non
- Avez-vous eu des douleurs aux tétées ? 1. Oui 2. Non
- Avez-vous utilisé :
- Un tire-lait - Des bouts de sein - Des coquilles
- Vous classeriez votre bébé plutôt comme :
1. Avide, goulou qui tète bien
 2. Gourmet
 3. Énervé qui n'arrive pas bien
 4. Dormeur
 5. Indifférent au sein
 6. Autre qualificatif évocateur pour vous
- Quel a été le poids le plus bas de votre bébé à la maternité ?

Sortie

- Poids de sortie du bébé
- Date de sortie
- Etes-vous sortie avec le bébé ? 1. Oui 2. Non
- Avez-vous reçu des conseils et des adresses pour le retour au domicile ?
1. Oui, des conseils et des adresses
 2. Oui, seulement des conseils
 3. Oui, seulement des adresses
 4. Non, rien de tout cela
- Quelle contraception avez-vous prévue de mettre en route :
0. Aucune 1. Préservatifs 2. Pilule classique
 3. Micro-pilule 4. Méthode MAMA 5. Autre

Vos remarques sur votre allaitement maternel pendant le séjour à la maternité

.....

.....

.....

.....

Partie 2 : à remplir au téléphone à 1 mois

- Date du coup de fil
- Nom de la mère – Prénom de la mère
- Date de naissance de l'enfant

- A ce jour, allaitez-vous encore :

1. Oui en totalité 2. Oui, partiellement 3. Non, j'ai arrêté

- Avez-vous un travail à reprendre ? 1. Oui 2. Non 3. J'ai déjà repris

A partir de quand (date) ?

- Quels problèmes avez-vous rencontrés lors de ce premier mois :

Maternels

- = Pas assez de lait
- = Crevasses ou problèmes de mamelons
- = Fatigue
- = Lait « pas bon »
- = Trop de tétées le jour
- = Trop de tétées la nuit
- = Pas assez d'aide
- = Père pas assez impliqué
- = Vous êtes tombée malade
- Quelle maladie ?*

Enfant

- = Trop goulu
- = Trop énervé
- = Trop calme, ne prenant pas assez
- = Courbe de poids pas assez forte
- = Le bébé est tombé malade *Quelle maladie ?*

Soignants et aides

- = Difficultés à joindre un médecin
- = Manque de contacts avec des professionnels
- = Discours inappropriés ou variables
- = Manque de confiance
- = Défaut d'écoute
- = Autre problème

Famille et entourage

- = Une aide positive
- = Un manque d'aide de la famille
- = Des difficultés avec la famille
- = Autre problème

- Vous diriez que :

1. Vous allaitez à la demande de l'enfant
2. Vous avez des horaires fixes pour les tétées
3. Un peu des deux selon le jour ou le moment dans la journée

===== *Si la femme continue à allaiter, fin du questionnaire*

=====

Si la femme a arrêté, continuer le questionnaire

- Si vous avez arrêté complètement :

* Date de la dernière tétée

* Vous aviez prévu d'arrêter de toute manière : 1. Oui 2. Non 3. Je ne sais plus

* Les raisons de l'arrêt sont plutôt

Maternelles

= Pas assez de lait

= Crevasses ou problèmes de mamelons

= Lymphangite

= Engorgements

= Fatigue

= Lait « pas bon »

= Trop de tétées le jour

= Trop de tétées la nuit

= Pas assez d'aide

= Maladie chronique

= Père pas assez impliqué

= Vous êtes tombée malade *Quelle maladie ?*

Enfant

= Trop goulu

= Trop énervé

= Trop calme, ne prenant pas assez

= Courbe de poids pas assez forte

= Le bébé est tombé malade *Quelle maladie ?*

- Vous avez arrêté :

= Seule

= Après avis du conjoint

= Après avis de la famille

= Sur les conseils d'un médecin *Quel médecin ?*

= Après en avoir discuté avec la PMI

= Après en avoir discuté avec une sage-femme

= Autres personnes concernées

- Vous avez eu l'impression pour le sevrage :

- Que l'on vous forçait la main

- Que l'on ne vous soutenait pas assez

- Que les conseils n'étaient pas adéquats

- Comment le père a-t-il eu un rôle dans la décision d'arrêter ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Vous allaiterez votre prochain enfant si vous en avez un :

1. Oui, probablement

2. Je ne sais pas

3. Certainement pas

Commentaires

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Titre du Mémoire : Arrêt de l'allaitement maternel au cours du premier mois.

RESUME

En raison de son histoire, l'allaitement maternel, en France, a du mal à s'imposer face au biberon. Mais grâce à de nombreux efforts de promotion, le taux d'allaitement augmente régulièrement depuis une dizaine d'années. Malgré tout, cela est insuffisant, car les françaises restent celles qui allaitent le moins en Europe et le taux d'arrêt précoce au cours du premier mois est toujours élevé.

Une étude organisée par le Réseau « Sécurité-Naissance-Naître -Ensemble » des Pays de la Loire, a été proposée à 24 maternités du Réseau afin d'évaluer le taux d'arrêt à un mois et de déterminer les facteurs qui poussent ces mères à sevrer si rapidement.

Les résultats obtenus mettent en évidence un taux d'arrêt précoce d'environ 10%. Les facteurs observés mettent l'accent sur la nécessité d'apporter un soutien aux mères qui allaitent. De retour à domicile, celles-ci ne doivent pas se sentir seules face aux difficultés rencontrées mais au contraire soutenues.

A travers ce mémoire, nous avons tenter d'apporter des voies de réflexion afin de prévenir et limiter ces arrêts précoces.

MOTS-CLES

allaitement maternel, arrêt précoce, premier mois, soutien, retour à domicile, seule, facteurs d'arrêt