

Année 2013

2013 TOU 1030

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 04 juin 2013

PAR REYNES LORENZI Audrey

SUJET DE LA THESE :

**Motivations des femmes à poursuivre l'allaitement maternel
malgré les complications**

DIRECTEUR DE THESE : Thierry, BRILLAC

JURY :

Madame le Pr CASPER Charlotte	Présidente
Monsieur le Pr POUTRAIN Jean Christophe	Assesseur
Monsieur le Pr VIDAL Marc	Assesseur
Monsieur le Dr BRILLAC Thierry	Assesseur
Madame le Dr FREYENS Anne	Membre invité

Année 2013

2013 TOU3 1030

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 04 juin 2013

PAR REYNES LORENZI Audrey

SUJET DE LA THESE :

**Motivations des femmes à poursuivre l'allaitement maternel
malgré les complications**

DIRECTEUR DE THESE : Thierry, BRILLAC

JURY :

Madame le Pr CASPER Charlotte	Présidente
Monsieur le Pr POUTRAIN Jean Christophe	Assesseur
Monsieur le Pr VIDAL Marc	Assesseur
Monsieur le Dr BRILLAC Thierry	Assesseur
Madame le Dr FREYENS Anne	Membre invité

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mlle DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. PUGET J. (C.E.)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L.	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E.	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSESON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROULLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.

Professeur Associé en Soins Palliatifs
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr NIEZBORALA M.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H.	Hématologie
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DALY-SCHVEITZER N.	Cancérologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J.	Bactériologie-Virologie
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Biochimie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVAUD B.	Urologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P.	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. POURRAT J.	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie Générale
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie
M. RAILHAC J.J. (C.E)	Radiologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D.	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. TREMOULET M.	Neurochirurgie
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Généraliste
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie - réanimation
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie cellulaire

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme COURBON C.	Pharmacologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSANG S.	Parasitologie
Mme CONCA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. COULAIS Y.	Biophysique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie-Virologie
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FAUVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S.	Chirurgie Générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SOLER V.	Ophthalmologie
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
Mlle TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSANG N.	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du Travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE E.	Urologie
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. PRADERE J.	Biophysique
M. RAMI J.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. VICTOR G.	Biophysique
M.C.U.	
M. BISMUTH S.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr MESTHÉ P.
Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.

Remerciements aux membres du jury

Madame le Professeur Charlotte CASPER

Professeur des Universités et Professeur Hospitalier

Pédiatre

Je vous remercie d'avoir accepté la présidence de ce jury. Veuillez recevoir mon profond respect.

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Professeur associé de médecine générale

Médecin généraliste

Je vous remercie de siéger à mon jury. L'investissement qui est le vôtre dans le Département universitaire de médecine générale est exemplaire. Merci pour votre soutien lors de mes demandes de dérogations en SASPAS pour projet d'installation qui m'ont permis de préparer au mieux mon avenir professionnel.

Monsieur le Professeur Marc VIDAL

Professeur associé de médecine générale

Médecin généraliste

Je vous suis reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail. Soyez assuré de mon profond respect.

Madame le Docteur Anne FREYENS

Chargée de cours au DUMG

Médecin généraliste

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à mon jury. Je connais votre intérêt concernant le sujet de mon étude, en espérant que cela vous satisfera. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC

Maitre de conférences associé de médecine générale

Médecin généraliste

Directeur de thèse

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail qui a pris naissance dans votre cabinet à la fin de mon externat.

J'ai eu la chance d'apprendre à vos côtés durant plusieurs stages et votre façon d'être et de faire avec les patients est un exemple pour moi. Travailler dans votre cabinet m'a confirmé le privilège qu'est le mien de devenir médecin généraliste. En espérant être à la hauteur de ce rôle comme vous l'êtes avec vos patients.

Avec tout mon respect.

Remerciements

A mes parents auprès desquels j'ai toujours pu trouver un soutien sans faille autant dans mes projets personnels que professionnels. Merci de m'avoir donné toutes les chances possibles et inimaginables afin que je réussisse dans ma vie et que je réalise mes rêves. Certaines étapes ont parfois été laborieuses mais votre motivation et votre soutien ont été inébranlables. J'espère pouvoir offrir à mes enfants autant que ce que j'ai reçu. Merci d'avoir cru en moi.

A Marie, ma petite sœur, qui j'espère sera satisfaite de sa vie comme je peux l'être de la mienne. Je voulais te dire que le chemin de l'apprentissage est long et difficile mais que la satisfaction de la réussite est telle que l'on en oublierait presque les années de labeur. Merci pour ton soutien durant toutes ces années.

A Christophe l'amour de ma vie qui a su durant ces 14 dernières années me soutenir dans les projets un peu fous qu'étaient les miens alors que nous n'étions que des adolescents. Tu as su m'épauler et me soutenir durant ces longues années d'études. On rigole parfois en disant que tu as appris la médecine sans le vouloir, à force de me faire réciter ces leçons interminables. Je n'ai pas de mot pour décrire tout ce que tu m'apportes au jour le jour. Merci pour ta participation précieuse à ce travail en tant qu'informaticien et « inspecteur des travaux finis » sans quoi je n'en serai pas là aujourd'hui. Je crois que ça y est et que je vais enfin travailler... ce n'est pas trop tôt à 29 ans me diras tu, depuis le temps que tu attends ce jour! Que notre amour dure jusqu'à l'au-delà...

A Gabriel mon trésor. Tu as tant apporté à ma vie que je ne saurai quoi dire d'autre. Tu es un petit bonhomme tellement éveillé et intelligent que tu ne cesses de m'émerveiller de jour en jour. Tu me combles de bonheur. Merci pour les fous rires que tu nous donnes et qui font tant de bien dans un monde qui parfois peut paraître triste. Mon plus grand souhait serait que tu puisses réaliser tes rêves comme j'ai pu réaliser les miens et sois sûr que je mettrai tout en œuvre pour cela. Je t'aime de tout mon cœur.

A ma petite princesse qui n'est pas encore là mais qui prend déjà une place immense dans nos cœurs. Tu mérites également des tonnes de bisous pour avoir supporté avec sérénité et de l'intérieur tout le stress que je t'ai fait subir. Sois sûre que l'on t'attend avec impatience et que l'on te vouera tous les trois un amour inconditionnel.

A Stéphanie qui depuis 9 ans joue ce rôle parfois compliqué de confidente et de conseillère. Tes encouragements lors de nos nombreux examens ont été pour moi d'un grand soutien. On a toujours su s'épauler et j'espère que cela pourra durer. Merci pour ces bons repas préparés avec amitié et courage sur tes lendemains de gardes difficiles ... Et pour tous ces « potinages » qui nous font passer des après-midi de rêves...

A Chloé avec qui j'ai passé des stages magiques... à bavarder, rigoler, parfois travailler et à manger de bons petits plats froids dans la voiture. Merci encore pour tous les petits chocolats porte-bonheurs que nous partageons avant les examens. J'espère de tout cœur assister un jour à de beaux événements. En espérant pouvoir continuer encore longtemps nos petites sorties restos entre filles.

« Il ne s'agit pas d'ajouter des années à la vie mais de la vie aux années. »

Alexis Carrel

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	4
1.1 Choix du sujet.....	4
1.2 État actuel des connaissances.....	5
1.2.1 Un peu d'histoire.....	5
1.2.2 Les actions et initiatives pour la promotion de l'allaitement maternel..	6
1.3 Hypothèse de la recherche.....	7
1.4 Objectifs.....	7
2. MATERIEL ET METHODE.....	8
2.1 Schéma de l'étude.....	8
2.2 Centres d'investigations.....	8
2.3 Sujets inclus.....	9
2.4 Déroulement de l'étude.....	9
2.5 Critères d'évaluation.....	10
2.5.1 Critère d'évaluation principal.....	10
2.5.2 Critères d'évaluation secondaires.....	10
2.6 Exploitation des résultats.....	10
3. RESULTATS.....	11
3.1 Caractéristiques de la population interrogée.....	13
3.2 Critère d'évaluation principal.....	14
3.3 Critères d'évaluation secondaires.....	16
4. DISCUSSION.....	19
4.1 Résultats de l'étude.....	19
4.2 Forces et limites.....	25
5. CONCLUSION.....	28

6. BIBLIOGRAPHIE.....	29
7. ANNEXE.....	31
7.1 Questionnaire travail de thèse.....	31

LISTE DES ABREVIATIONS

DUMG : Département université de médecine générale

IBFAN: International Baby Food Action Network

ILCA : International Lactation Consultant Association

LLL: Leche League International

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNNS : Le Programme national nutrition - santé

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

WABA : Alliance Mondiale pour l'Allaitement Maternel

WHA: World Health Assembly

1. INTRODUCTION

1.1 Choix du sujet

L'allaitement maternel est revenu sur le devant de la scène depuis quelques dizaines d'années grâce notamment à la multiplication des campagnes médiatiques en sa faveur. Le Programme national nutrition - santé (PNNS) recommande un allaitement maternel exclusif pendant six mois révolus (l'allaitement peut être poursuivi ensuite, avec des aliments complémentaires, jusqu'à deux ans voire davantage). Mais même de plus courte durée, l'allaitement reste toujours recommandé. En effet, le lait maternel est un aliment unique, de qualité irremplaçable, et ses caractéristiques ne se retrouvent pas toutes dans les « laits infantiles » du commerce [1].

Au cours de mon externat de médecine, j'ai pu observer que de nombreuses femmes ayant opté pour l'allaitement maternel à la naissance de leur bébé désiraient poursuivre celui-ci malgré le rythme de vie actuel, les contraintes professionnelles et les complications qu'il pouvait engendrer et même si cela devenait plus une épreuve qu'un réel plaisir au jour le jour.

Les différents stages que j'ai pu réaliser chez le praticien durant mon internat n'ont fait que confirmer ce désir croissant des femmes d'adopter l'allaitement maternel comme alimentation principale pour leur bébé. De nombreuses mères consultaient pour des complications liées à l'allaitement dans le but de trouver des solutions efficaces afin que leur projet d'allaitement puisse perdurer le plus longtemps possible. Elles étaient en quête d'informations et de soutien parfois difficile à trouver face à des interlocuteurs peu formés à ce sujet.

C'est alors, particulièrement interloquée par la ténacité de ces patientes prêtes à tout pour donner le meilleur à leur enfant que ce sujet d'étude s'est imposé à moi : quelles peuvent être les motivations de ces mères à poursuivre l'allaitement maternel malgré les complications et obstacles qu'elles rencontrent?

1.2 État actuel des connaissances

1.2.1 Un peu d'histoire

La fin du 19^e siècle et le début du 20^e voient la disparition progressive des nourrices (le dernier bureau de placement ne fermera qu'en 1936) et leur remplacement, progressif lui aussi, par des biberons plus sûrs donnés dans des lieux de garde plus proches des parents. A partir des années 1890, suite aux découvertes de Pasteur, on commence à se préoccuper non seulement de l'hygiène du contenant – le biberon – mais aussi de celle du contenu – le lait. Le contrôle du lait à l'étable (contrôles sanitaires vétérinaires, épreuve obligatoire à la tuberculine), la mise en vente de laits pasteurisés, l'éducation des mères à la stérilisation domestique, contribuent à fortement diminuer les dangers du biberon. Ces deux phénomènes enlèvent aux défenseurs de l'allaitement maternel un certain nombre de leurs arguments. Les enfants étant de plus en plus gardés à la journée au lieu d'être envoyés à la campagne pour de longs mois, la critique des effets de la séparation parents/enfants se fait moins virulente. L'amélioration des conditions de l'alimentation au biberon, quant à elle, fait baisser la mortalité infantile qu'engendraient des biberons contaminés et des laits frelatés. Or cette mortalité infantile effrayante (20 à 30 % de mortalité infantile en 1885, 52 % de mortalité chez les bébés parisiens envoyés en nourrice en 1870) avait été le principal argument des médecins et des politiques pour prôner l'allaitement maternel, et ce dans un but démographique avoué : si l'on ne pouvait faire naître plus de bébés, qu'au moins ceux qui étaient nés ne meurent pas.

Les années 1970 sont assez contradictoires sur le plan de l'allaitement. On y trouve bien sûr le mouvement de « retour à la nature », la réflexion écologique, la recherche d'une nourriture plus saine, ainsi que la reconquête de leur corps par les femmes et une éducation « libertaire » des enfants qui rejette les règles et les contraintes. Tout cela permet à un certain nombre de femmes de vivre un allaitement plus heureux. Mais c'est aussi le temps des féministes égalitaires qui, contrairement aux féministes du début du siècle voient dans la maternité, à la suite de Simone de Beauvoir, un esclavage dont les femmes doivent se libérer, et dans l'allaitement « une servitude épuisante ».

Après une remontée des taux d'allaitement dans ces années-là (36,6 % d'allaitement au 5e jour en 1972, 46 % en 75/76), 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, Unicef...) multiplient les initiatives visant à promouvoir et soutenir l'allaitement maternel. C'est depuis 1996 environ que l'on assiste enfin en France à un « décollage » de l'allaitement [2].

1.2.2 Les actions et initiatives pour la promotion de l'allaitement maternel

De nombreuses organisations, associations ainsi que les pouvoirs publics se sont associés afin de promouvoir les bénéfices de l'allaitement maternel dans notre pays et dans le monde [3].

Il y a des organisations gouvernementales comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui veille à la santé publique dans le monde, coordonne les études et les collectes de données, et émet des recommandations techniques, en particulier sur l'alimentation correcte des enfants. Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) qui soutient les projets destinés à améliorer le bien-être des enfants en général, y compris la promotion d'une alimentation correcte. Et L'Organisation Internationale du Travail (OIT) qui a pour vocation de promouvoir la justice sociale et notamment de faire respecter les droits de l'homme dans le monde du travail.

D'autres organisations internationales non gouvernementales collaborent avec l'OMS et l'UNICEF pour protéger, soutenir, encourager l'allaitement maternel. Les plus importantes sont La Leche League International (LLLI), International Baby Food Action Network (IBFAN), Alliance Mondiale pour l'Allaitement Maternel (WABA), International Lactation Consultant Association (ILCA).

En Mai 2001 la Résolution WHA54.2 de l'OMS recommande un allaitement exclusif de six mois, à la place de "4 à 6 mois", ancienne recommandation [4] et en Mai 2002 la résolution WHA55.25 adopte la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et

du jeune enfant faisant une large place à l'allaitement maternel [5]. Cette stratégie s'appuie sur les actions préalablement mises en place : l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (1992), le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981), la Déclaration d'Innocenti (1990) ainsi que sur les nouvelles recommandations de durée d'allaitement exclusif (six mois) et total (deux ans). Elle apporte également de nouvelles propositions avec, entre autres, le soutien de l'ensemble des services de santé pour promouvoir l'allaitement maternel, en élargissant notamment l'Initiative Hôpital Ami des Bébé aux dispensaires, centres de santé et hôpitaux pédiatriques ainsi que le respect indispensable du Code international, notamment par les professionnels de santé et leurs associations, par les médias, et par les entreprises commerciales (fabricants et distributeurs de produits entrant dans le champ du Code).

1.3 Hypothèse de la recherche

L'hypothèse principale est que les complications de l'allaitement maternel sont très fréquentes mais que les femmes ayant pris la décision d'allaiter ne sont pas freinées dans leur projet et cela pour différentes raisons.

1.4 Objectifs

L'objectif principal est de repérer les facteurs motivants les femmes à poursuivre l'allaitement en fonction des différentes complications rencontrées pendant l'allaitement maternel

Les objectifs secondaires sont :

- de repérer les complications principales rencontrées pendant l'allaitement maternel.
- d'évaluer la durée moyenne réelle de l'allaitement maternel en comparaison avec la durée initiale envisagée par la mère.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive déclarative multicentrique. Les données sont recueillies chez des femmes allaitant leur enfant ou ayant allaitées et consultant leur médecin généraliste ou leur sage-femme libérale par le biais d'un questionnaire comportant 12 questions fermées et une question ouverte (voir annexe) suivant ce plan :

- Age
- Nombre d'enfant à charge
- Activité professionnelle
- Temps de travail
- Congé parental
- Durée réelle de l'allaitement
- Complications ou freins à la poursuite de l'allaitement maternel
- Raisons ayant motivées la poursuite de l'allaitement maternel
- Durée idéale de l'allaitement maternel
- Suggestions (question ouverte)

2.2 Centres d'investigations

Les centres investigateurs sont des cabinets de médecine générale et des cabinets de sages-femmes libérales de Midi Pyrénées, Toulouse et périphérie, recevant en consultation des femmes allaitantes.

Les médecins généralistes sont choisis sur leur qualité d'enseignant au département universitaire de médecine générale de Toulouse (DUMG). Les cabinets de sages-femmes sont choisis dans le nord de Toulouse du fait de leur collaboration avec les médecins généralistes recrutés.

Les médecins généralistes et sages-femmes sont visités par nos soins sur rendez-vous téléphonique préalable afin de leur exposer le projet d'étude.

Les médecins généralistes ont pour rôle de distribuer 25 questionnaires destinés à 25 femmes allaitantes lors de consultations de médecine générale. Dans les cabinets de sages-femmes libérales nous disposons, avec leur accord préalable, des boîtes réponses dans les salles d'attente avec une affiche explicative sur le sujet de l'étude et 70 questionnaires destinés aux femmes allaitantes ou ayant allaitées et consultant dans ces centres d'investigations.

2.3 Sujets inclus

Les sujets inclus sont des femmes ayant donné naissance à un ou plusieurs enfants depuis le 1^{er} janvier 2010 et qui décident d'allaiter au sein. Cela sans condition de durée, d'âge, de niveau socio-professionnel ou de motivations. Elles doivent consulter dans un des centres d'investigations (cabinet de médecine générale ou de sage-femme).

2.4 Déroulement de l'étude

Les questionnaires sont distribués dans les centres investigateurs du 2 octobre 2011 au 2 décembre 2012.

Les questionnaires comportent des questions fermées et une question ouverte. Les questionnaires sont anonymes. La durée de réponse au questionnaire est estimée entre 3 et 5 minutes.

2.5 Critères d'évaluation

2.5.1 Critère d'évaluation principal

Le critère d'évaluation principal est le motif de poursuite de l'allaitement maternel malgré les complications rencontrées.

2.5.2 Critères d'évaluation secondaires

Les critères d'évaluation secondaires sont :

- Les différentes complications de l'allaitement maternel
- La durée réelle moyenne de l'allaitement maternel

2.6 Exploitation des résultats

Les différentes données recueillies par le biais des questionnaires sont retranscrites sur un tableau Excel (Microsoft Excel 2010).

Les données sont décrites en valeur absolue et pourcentage. Les données obtenues par le biais des questionnaires recueillis dans les cabinets de médecine générale sont mises en comparaison avec celles recueillies dans les cabinets de sages-femmes libérales afin d'analyser un éventuel effet de classe et le total des données est également retranscrit.

3. RESULTATS

Sur les 215 questionnaires confiés, 163 sont récupérés soit un taux de réponse de 75.8 %. Parmi les questionnaires récupérés 159 sont analysés. La figure 1 décrit le diagramme d'inclusion des questionnaires.

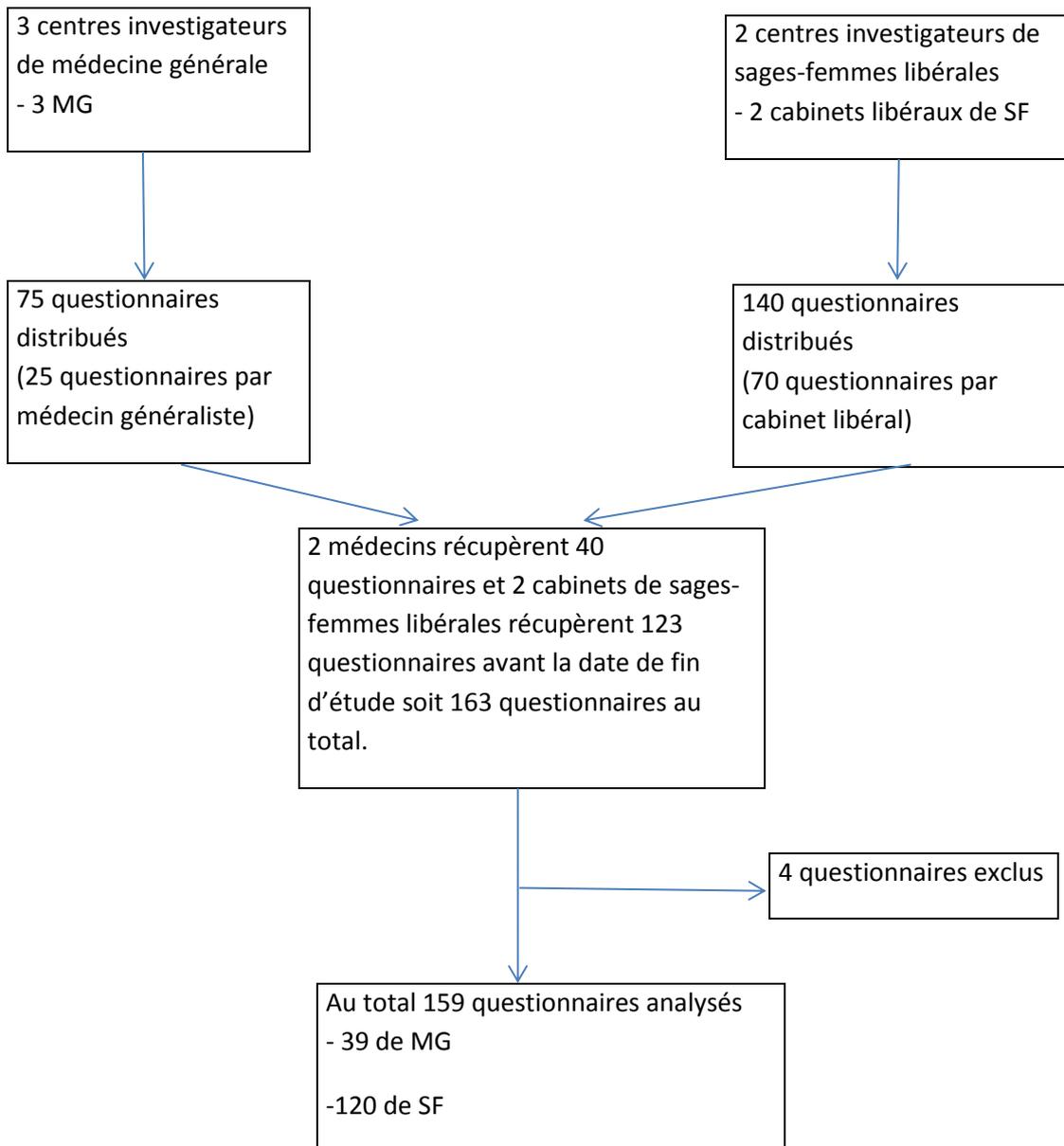


Figure 1 : Diagramme d'inclusion des questionnaires

Tableau I : Répartition des questionnaires récupérés en cabinet de médecine générale et en cabinet de sages-femmes libérales

	Total	Cabinet de médecine générale	Cabinet de sages-femmes libérales
Nombre de questionnaires distribués	215	75	140
Nombre de questionnaires récupérés	163 (75.8%)	40 (53.3%)	123 (87.8%)
Nombre de questionnaires analysés sur les questionnaires distribués	159 (73.9%)	39 (52%)	120 (85.7%)

3.1 Caractéristiques de la population interrogée

La tranche d'âge majoritaire des femmes interrogées se situe entre 30 et 35 ans à 47 % (tableau II). Le nombre d'enfant à charge est majoritairement de 1 à 60 %. La catégorie socio-professionnelle des mères la plus représentée est les salariées à 76 % avec un temps de travail à plein temps pour 73 % des femmes en activité. La majorité des femmes ne prend pas de congé parental à 69 %.

Tableau II : Caractéristiques sociodémographique de la population étudiée

	MG=39		SF=120		TOTAL=159	
	V.A	%	V.A	%	V.A	%
Age						
<20 ans	1	3	0	0	1	1
20 à 25 ans	6	15	10	8	16	10
25 à 30 ans	11	28	41	34	50	32
30 à 35 ans	18	46	56	47	74	47
>35 ans	3	8	13	11	16	10
Enfants à charge						
1	20	51	76	63	96	60
2	13	34	33	28	46	29
3	6	15	10	8	16	10
4 et plus	0	0	1	1	1	1
Activité professionnelle						
Etudiante	3	8	2	2	5	3
Salariée	26	66	95	79	121	76
Indépendante	3	8	9	7	12	8
Conjoint coll.	0	0	0	0	0	0
Sans emploi	5	13	14	12	19	12
Autre	2	5	0	0	2	1
Tps de travail						
Quart temps	0	0	1	1	1	1
mi-temps	4	13	9	9	13	10
trois quart temps	5	16	17	16	22	16
Plein temps	22	71	75	74	97	73
Congé parental						
Oui	14	36	45	39	59	41
Non	25	64	71	61	96	69

3.2 Critère d'évaluation principal

Parmi les 101 femmes sur 159 ayant des complications à la poursuite de l'allaitement maternel 89 d'entre elles le poursuivent malgré tout soit 88 %. On remarque une proportion plus importante de femmes poursuivant l'allaitement maternel malgré les complications dans l'échantillon des sages-femmes libérales (93%) versus l'échantillon des médecins généralistes (73 %) (Tableau III).

Tableau III : Poursuite de l'allaitement maternel malgré les complications (critère principal).

	MG=26		SF=75		Total=101	
	VA	%	VA	%	VA	%
Oui	19	73	70	93	89	88
Non	7	27	5	7	12	12

Les femmes poursuivant l'allaitement maternel malgré les complications le font pour différents motifs analysés dans le tableau IV. Les motivations les plus retenues à la poursuite de l'allaitement sont l'effet bénéfique des anticorps maternels et la protection contre les microbes à 85 % de tout à fait d'accord et 14 % d'accord. En deuxième position arrive la relation mère-enfant à 83 % de tout à fait d'accord et 14 % d'accord. Et en troisième position la meilleure qualité nutritionnelle du lait maternel pour le bébé à 79 % de tout à fait d'accord et 18 % d'accord. Il ne paraît pas y avoir d'effet de classe selon que les résultats soient interprétés sur l'échantillon des médecins généralistes ou des sages-femmes libérales. Le taux de conviction personnelle est nettement plus élevé dans l'échantillon des sages-femmes libérales (23%) versus l'échantillon des médecins généralistes (11%).

Tableau IV : Les motivations des femmes à poursuivre l'allaitement maternel malgré les complications.

	MG=19		SF=70		TOTAL=89	
	V.A	%	V.A	%	V.A	%
Economique						
Pas du tout d'accord	7	37	25	36	32	36
Partiellement d'accord	5	26	19	27	24	27
D'accord	3	16	7	10	10	12
Tout a fait d'accord	4	21	18	26	22	25
Relation Mère/enfant privilégiée						
Pas du tout d'accord	0	0	1	1	1	1
Partiellement d'accord	0	0	2	3	2	2
D'accord	5	26	7	10	12	14
Tout a fait d'accord	14	74	60	86	74	83
Pression de l'entourage						
Pas du tout d'accord	17	89	60	86	77	87
Partiellement d'accord	2	11	6	9	8	10
D'accord	0	0	2	3	2	2
Tout a fait d'accord	0	0	1	1	1	1
Pression du corps médical						
Pas du tout d'accord	18	95	57	81	75	85
Partiellement d'accord	1	5	9	13	10	12
D'accord	0	0	2	3	2	2
Tout a fait d'accord	0	0	1	1	1	1
Pression des forums/medias						
Pas du tout d'accord	14	74	62	89	76	86
Partiellement d'accord	5	26	6	9	11	13
D'accord	0	0	0	0	0	0
Tout a fait d'accord	0	0	1	1	1	1
Meilleure qualité nutritionnelle						
Pas du tout d'accord	0	0	3	4	3	3
Partiellement d'accord	0	0	0	0	0	0
D'accord	5	26	11	16	16	18
Tout a fait d'accord	14	74	56	80	70	79
Meilleure digestion pour le bébé						
Pas du tout d'accord	1	5	3	4	4	5
Partiellement d'accord	1	5	7	10	8	9
D'accord	4	21	22	31	26	30
Tout a fait d'accord	13	69	37	53	50	56
Protection contre les microbes/anticorps						
Pas du tout d'accord	0	0	1	1	1	1
Partiellement d'accord	0	0	0	0	0	0
D'accord	4	21	8	11	12	14
Tout a fait d'accord	15	79	61	87	76	85
Protection contre les allergies						
Pas du tout d'accord	1	5	3	4	4	5
Partiellement d'accord	2	11	8	11	10	12
D'accord	4	21	18	26	22	25
Tout a fait d'accord	12	63	39	56	51	58
Prévention des risques d'obésité						
Pas du tout d'accord	2	11	8	11	10	11
Partiellement d'accord	3	16	16	23	19	22
D'accord	6	31	17	24	23	27
Tout a fait d'accord	8	42	27	39	35	40
Protéger votre santé						
Pas du tout d'accord	4	22	13	19	17	20
Partiellement d'accord	5	26	19	27	24	27
D'accord	5	26	17	24	22	25
Tout a fait d'accord	5	26	19	27	24	27
Perte de poids plus rapide en post-partum						
Pas du tout d'accord	5	26	22	31	27	30
Partiellement d'accord	5	26	19	27	24	28
D'accord	7	37	13	19	20	23
Tout a fait d'accord	2	11	14	20	16	18
Conviction personnelle						
	2	11	16	23	18	20

3.3 Critères d'évaluation secondaires

Sur 159 femmes interrogées 101 ont des complications à la poursuite de l'allaitement maternel soit 63.5 % de l'échantillon total analysé. Concernant l'échantillon des médecins généralistes, 26 femmes sur 39 ont des complications à la poursuite de l'allaitement maternel soit 66.7 % de l'échantillon. Concernant l'échantillon des sages-femmes libérales, 75 femmes sur 120 ont des complications à la poursuite de l'allaitement maternel soit 62.5 % de l'échantillon.

Les différentes complications rencontrées pendant l'allaitement maternel sont répertoriées et analysées dans le tableau V. Parmi les complications les plus retenues du côté des mamans on note l'asthénie maternelle à 45 %, les crevasses à 39 % et les doutes sur la production de lait à 38 % avec un différentiel entre l'échantillon des médecins généralistes à 46 % et l'échantillon des sages-femmes libérales à 35%. Côté bébé on retient les coliques du nourrisson à 44 %, la prise de poids insuffisante à 21 % avec un différentiel important entre l'échantillon des médecins généralistes à 38 % et celui des sages-femmes à 15 %. Les régurgitations arrivent en 3eme place à 19 % avec un différentiel entre l'échantillon des médecins généralistes à 12% et celui des sages-femmes à 21 %.

Tableau V : Différentes complications rencontrées durant l'allaitement maternel

	MG=26		SF=75		TOTAL=101	
	V.A	%	V.A	%	V.A	%
Maman						
Crevasse	10	38	29	39	39	39
Engorgement mammaire	7	27	18	24	25	25
Lymphangite	1	4	5	7	6	6
Galactophorite	0	0	2	3	2	2
Abcès du sein	1	4	1	1	2	2
Candidose mammaire	2	8	4	5	6	6
Difficulté de mise en route	6	23	21	28	27	27
Doutes sur production de lait	12	46	26	35	38	38
Asthénie maternelle	12	46	33	44	45	45
Organisation/tps de travail	3	12	18	24	21	21
Peur d'abimer son corps	0	0	2	3	2	2
Regard négatif d'autrui	2	8	3	4	5	5
Manque d'infos et d'aides	4	15	5	7	9	9
Autres	2	8	9	12	11	11
Bébé						
Colique	12	46	32	43	44	44
Ictère au lait	0	0	1	1	1	1
Carence d'apport	0	0	1	1	1	1
Transmission d'agents infectieux	0	0	1	1	1	1
Régurgitations	3	12	16	21	19	19
Transmission de toxiques	0	0	2	3	2	2
Prise de poids insuffisante	10	38	11	15	21	21
Autres	0	0	7	9	7	7

Pour les femmes dont l'allaitement maternel est terminé, celui-ci dure en majorité de 1 à 4 mois à 39 %. Concernant les femmes qui allaitent toujours durant l'étude, 60 % d'entre elles allaitent depuis 1 à 4 mois. Ces résultats sont analysés dans le tableau VI et le tableau VII.

Tableau VI : Temps d'allaitement maternel pour les femmes ayant cessé d'allaiter au moment de l'étude.

Temps d'allaitement si révolu	MG=23		SF=52		Total=75	
	VA	%	VA	%	VA	%
< 1 mois	2	9	2	4	4	5
1 à 4 mois	7	30	22	42	29	39
4 à 6 mois	8	35	11	21	19	25
>6 mois	6	26	17	33	23	31

Tableau VII : Temps d'allaitement maternel pour les femmes poursuivant l'allaitement au moment de l'étude.

Temps d'allaitement si actuel	MG=16		SF=68		Total=84	
	VA	%	VA	%	VA	%
<1 mois	4	25	12	18	16	19
1 à 4 mois	10	62.5	40	58	50	60
4 à 6 mois	2	12.5	10	15	12	14
>6 mois	0	0	6	9	6	7

Ces résultats sont à confronter au désir réel des femmes en termes de durée d'allaitement maternel. En effet, la majorité des femmes souhaite allaiter plus de 6 mois et la tranche de 1 à 4 mois ne représente en désir de durée d'allaitement que 14 % (voir tableau VIII).

Tableau VIII : Durée idéale de l'allaitement maternel selon les mères.

	MG=39		SF=120		TOTAL=159	
	V.A	%	V.A	%	V.A	%
<1 mois	0	0	0	0	0	0
1 à 4 mois	3	8	19	16	22	14
4 à 6 mois	19	49	48	40	67	42
6 à 12	10	25	41	34	51	32
> 12 mois	7	18	12	10	19	12

4. DISCUSSION

4.1 Résultats de l'étude

L'allaitement n'est pas qu'une affaire de choix individuel. Il n'est pas qu'une relation intime entre une mère et son enfant. Il est aussi un sujet politique, un sujet économique, un sujet juridique et sociologique.

Sociologique, car les études montrent que les taux et les durées d'allaitement varient selon l'âge, le niveau d'éducation, la catégorie socio-professionnelle...

Juridique, parce que des dispositions juridiques existent pour protéger l'allaitement (par exemple l'interdiction de la publicité pour les laits infantiles 1er âge) et le faciliter (par exemple les pauses d'allaitement), même si elles sont souvent mal appliquées et que d'autres mesures seraient bien nécessaires.

Economique, parce qu'un bébé allaité "coûte" moins cher à ses parents, et à la société dans son ensemble (réduction des dépenses de santé).

Politique, parce que décider que la promotion de l'allaitement fait ou non partie d'une politique de santé publique, c'est politique.

On n'allait jamais toute seule dans son coin. On allait dans un certain environnement familial, médical, économique et politique. Et cet environnement est pour beaucoup dans le succès ou dans l'échec de l'allaitement.

D'où l'intérêt de bien le connaître, afin de le remettre dans une perspective historique, et éventuellement d'arriver à le faire évoluer.

Cette étude descriptive montre que 88 % des femmes interrogées poursuivent l'allaitement maternel malgré les complications engendrées. On remarque un taux de poursuite de l'allaitement maternel plus important dans l'échantillon recueillis chez les sages-femmes libérales (93%) par rapport à l'échantillon des médecins généralistes (73%). On peut relier cela au fait que les sages-femmes libérales sont mieux formées à la prise en charge de l'allaitement maternel et donc de meilleur soutien et conseil pour les femmes en difficulté. Elles prennent également plus de temps pour conseiller, accompagner les gestes et aider les patientes notamment en organisant des réunions et des ateliers sur ce thème dans leur cabinet. Une étude menée par S. Fanello, I. Moreau-Gout et al, sur les

critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né, va dans ce sens et montre qu'un tiers des femmes ne reçoivent pas d'information durant la grossesse mais pour celles qui en reçoivent, ces informations viennent essentiellement des sages-femmes (69%) et moins souvent des médecins (14%) [6].

Concernant le critère d'évaluation principal, à savoir les motivations de poursuite de l'allaitement maternel malgré les complications rencontrées, les plus retenues à la poursuite de l'allaitement sont l'effet bénéfique des anticorps maternels et la protection contre les microbes (99%), la relation mère-enfant (97%) et la meilleure qualité nutritionnelle du lait maternel pour le bébé (97%). L'aspect économique n'arrive qu'en fin de liste (37 %) juste avant les pressions médicales/ entourage/ médiatiques (3% ; 3% ; 1%). Selon une étude publiée sur la comparaison de mères françaises et allemandes primipares en matière d'allaitement maternel menée par Walburg V., Goehlich M., Conquet M., Callahan S. et al. les motivations premières des femmes françaises allaitantes sont les bienfaits du lait maternel sur le bébé et la mère (43%), ensuite les raisons de commodités (4%) [7]. Nous retrouvons bien dans cette étude une corrélation avec ce que les femmes allaitantes répondent dans notre questionnaire. Les patientes souhaitant allaiter leur enfant retiennent surtout les bienfaits de l'allaitement pour leur enfant au détriment des complications qui peuvent en résulter pour elles. Les avantages physiologiques sont mis en avant et sont ainsi la première motivation des femmes désireuses d'allaiter. L'intérêt de l'enfant semble primer sur le leur car à la question « la protection de votre santé est-elle une motivation à la poursuite de l'allaitement maternel » les femmes répondent à 47% pas du tout d'accord ou partiellement d'accord. De plus le motif de la perte de poids plus rapide en post-partum n'est retenu que par 41 % des femmes ce qui paraît peu au regard de la société actuelle où les dictats de la minceur sont de plus en plus présents.

Le côté économique de l'allaitement maternel est mis en avant par 37% des femmes et pourtant il semble qu'il soit bien réel. En effet, une étude réalisée en 1994 par le Dr Bitoun évalue le surcout de l'alimentation artificielle pour une famille à 1837 euros par enfant la première année. Cela comprend différents paramètres comme le cout direct de l'achat de lait infantile, d'eau minérale et de biberons, le cout d'entretien des biberons

(Changement de tétines, lavage et plus ou moins stérilisation), les frais médicaux (consultations, hospitalisations, traitements, examens médicaux) liés à des pathologies infectieuses « évitables » par l'allaitement maternel (1 épisode de gastro-entérite et d'otite, 1.5 épisode de rhinopharyngite par an et par enfant) et le coût d'une contraception maternelle les six premiers mois [8].

On n'observe pas de différences majeures entre l'échantillon recueilli en cabinet de sages-femmes libérales et l'échantillon des médecins généralistes. Les motivations des mères à la poursuite de l'allaitement maternel semblent donc identiques et non influencées par un suivi médical ou une prise en charge différente.

Dans la question ouverte concernant les convictions personnelles à la poursuite de l'allaitement de nombreuses femmes témoignent également d'un instinct maternel fort à l'initiation et la poursuite de l'allaitement maternel, d'un devoir maternel naturel et ancestral. De nombreuses mères semblent investies de ce devoir nourricier envers leur enfant et culpabiliseraient à l'idée de ne pas l'accomplir. Une autre grande partie des répondantes au questionnaire insistent sur le côté pratique de l'allaitement maternel en terme de logistique notamment lors des sorties avec le bébé.

Concernant un des critères d'évaluation secondaire, 63.5% de l'échantillon total des femmes interrogées déclarent avoir eu des complications à l'allaitement maternel sans distinction majeure entre l'échantillon des sages-femmes et celui des médecins généralistes.

Parmi les complications les plus retenues du côté des mamans on note l'asthénie maternelle à 45 %, les crevasses à 39 % et les doutes sur la production de lait à 38 %.

A propos de l'asthénie maternelle, une étude réalisée par S Callahan, N Séjourné, A Denis sur l'allaitement maternel et la fatigue montre qu'aucune différence dans le niveau de fatigue n'est constatée entre les femmes qui allaitent exclusivement et celles qui donnent uniquement un lait industriel [9]. Le fait de sevrer l'enfant n'induit pas de modification au niveau de la fatigue éprouvée par la mère. Il semble donc bien que l'allaitement ne soit

pas fatigant en soi. Il est possible que les femmes qui disent avoir sevré à cause de la fatigue citent cette raison parce qu'elle leur semble acceptable. Il est également possible que la mère éprouve une fatigue psychologique, qu'elle attribue à l'allaitement. Quoi qu'il en soit, les professionnels de santé qui suivent les mères doivent les informer sur le fait qu'il est normal d'être fatiguée en post-partum, et que sevrer l'enfant n'aura probablement en soi aucun impact sur la fatigue éprouvée.

Les crevasses font partie des complications les plus répandues au cours de l'allaitement maternel comme le confirme le résultat de notre étude puisque près de 39% des femmes s'en plaignent. C'est une des complications qui peut être évitée par un meilleur accompagnement des mères car très dépendante de la position du bébé lors de la mise au sein. Il est donc indispensable afin de diminuer les complications que les professionnels de santé entourant les mères soient suffisamment formés et accessibles afin d'expliquer et de former à leur tour ces femmes désireuses de poursuivre l'allaitement et cela dans les meilleures conditions possibles. Le personnel des maternités a également un grand rôle à jouer car il est en première ligne lors de l'initiation de l'allaitement. Les maternités ayant le label « Hôpital Amis des bébés » ont su mettre en place un accompagnement spécifique afin de faciliter et d'encourager les mères à l'allaitement maternel et d'éviter au maximum les erreurs pouvant conduire aux complications futures de l'allaitement et à l'arrêt prématuré de celui-ci. Cependant ces maternités sont encore trop peu nombreuses en France puisque fin 2012 seulement 18 services sont labellisés "Amis des Bébé" : ils réalisent environ 23.700 accouchements par an, soit 2,87 % des naissances [10].

Le doute sur la production de lait est la troisième complication évoquée par les femmes. Il semble que l'échantillon des sages-femmes-libérales soit moins concerné par ce problème. En effet, il existe un différentiel entre l'échantillon des médecins généralistes à 46 % et l'échantillon des sages-femmes libérales à 35%. Ceci peut s'expliquer par le fait que les sages-femmes étant mieux formées à l'allaitement évoquent moins cette raison à leur patiente quand le nouveau-né prend peu de poids au début de l'allaitement. Devant un nouveau-né allaité au sein qui prend peu de poids, le rôle du médecin généraliste est avant tout d'éliminer une pathologie grave comme une infection évoluant à bas bruit, une

malabsorption, ou une autre pathologie chronique non évidente. Cependant, dans la grande majorité des cas la stagnation pondérale est liée à une mauvaise mise en œuvre de l'allaitement et du positionnement du bébé au sein. La prise de poids étant directement liée au nombre de tétées et à leur efficacité et plus généralement au respect du rythme propre du bébé, rythme qui varie suivant les périodes pour un même bébé et d'un bébé à l'autre. C'est pour cela que les sages-femmes, grâce notamment à leur formation spécifique et aux ateliers qu'elles organisent, peuvent aider et orienter les mères lors de la mise au sein pour pallier à cette complication. La prise de poids des bébés allaités est un sujet de préoccupation fréquent chez les parents car l'absence de repères directs sur la quantité de lait que prend le bébé au sein contribue à entretenir une méfiance sur la possibilité d'allaiter exclusivement un bébé tout en lui assurant une croissance optimale. Selon l'étude OMS sur la croissance des bébés et dont les premiers résultats ont été publiés en 2006, les bébés nourris au sein ont un gain de poids supérieur à ceux nourris au lait artificiel. Cependant cela serait lié notamment au rythme fréquent des tétées préconisées aux femmes durant l'étude car la grande majorité des bébés allaités tète entre 8 et 12 fois par 24 h et les tétées de nuit constituent souvent une part importante de la quantité totale de lait absorbée par 24 h. Les mères impliquées dans l'étude de l'OMS ont scrupuleusement suivi ces principes qui permettent une croissance optimale des bébés et ont, pour ce faire, bénéficié d'un soutien important de la part d'une conseillère en allaitement attitrée. Par 24 h, les bébés de l'étude tètent en moyenne 10 fois à 3 mois mais encore 9 fois à 6 mois et 5 fois à 12 mois. Il est logique que dans ces conditions, pour un même poids de naissance, la prise de poids des bébés de l'OMS soit supérieure les premiers mois à ce qu'on observe souvent en France. Dans notre pays, les pratiques en maternité sont inégales et les idées reçues encore bien vivaces sur l'importance de « régler » le rythme du bébé, et sur le nombre « idéal » -c'est-à-dire réduit- de tétées [11]. A contrario, nous trouvons également dans la littérature un auteur expliquant que les bébés qui se portent très bien au lait maternel exclusif durant les premiers mois ont un gain de poids moins bon après 2 à 4 mois d'allaitement exclusif. Les bébés allaités ne suivraient pas les mêmes courbes de croissance que ceux nourris au lait artificiel. Il semblerait qu'ils aient un gain de poids trop lent, alors qu'en fait, c'est le gain de poids des bébés nourris au lait artificiel qui serait trop rapide.

Ceci n'est aucunement en lien avec la production de lait de la mère. L'allaitement est la façon normale, naturelle et physiologique de nourrir les nourrissons et les bébés. Prendre le bébé nourri au lait artificiel comme norme est irrationnel et nous porte à donner des conseils erronés aux mères à propos de l'alimentation et la croissance de leur bébé [12]. Cependant il arrive que la production lactée soit effectivement diminuée mais cela n'est vérifié que dans certaines conditions particulières : la prise de contraceptifs oraux, une grossesse, l'espacement des tétées, tirer son lait et le donner au biberon, un choc émotionnel, une pathologie particulière accompagnée de fièvre chez la maman, certains médicaments comme les antihistaminiques ou la pseudo-éphédrine, allaiter d'un seul sein par tétée.

L'organisation et l'activité professionnelle semble être un frein à l'allaitement maternel pour 1 femme sur 5 lors de notre étude. De nombreuses femmes nous interpellent (à la question ouverte) sur la durée du congé maternité en France qui n'est pas, selon elles, en adéquation avec la durée d'allaitement maternel exclusif recommandée par les autorités de santé. Une enquête française a étudié la manière dont les mères vivent la reprise du travail, et comment elles articulent vie familiale et vie professionnelle. Ces résultats montrent que les mères qui ont fait le choix de poursuivre l'allaitement à la reprise du travail, majoritairement en tirant leur lait, sont satisfaites de leur choix et vivent bien la reprise du travail même si la fatigue augmente au fil du temps [13].

Selon notre étude 39% des femmes de l'échantillon total poursuit l'allaitement entre 1 et 4 mois. Cependant, le désir en matière de durée d'allaitement idéal pour les mères est différent de la durée réelle de celui-ci. En effet, 42% des femmes interrogées souhaitent allaiter entre 4 et 6 mois et 44% plus de 6 mois. Une étude réalisée en 2002 par l'Institut des mamans met en avant que plus de 69% des femmes interrogées reconnaissent avoir interrompu l'allaitement plus tôt qu'elles ne le souhaitaient. Les principaux motifs

retenus étant le manque de lait à 32% et la reprise du travail à 23,2% [14]. Il apparaît donc que la durée légale du congé maternité en France de 16 semaines pour un premier ou un deuxième enfant avec au maximum 12 semaines en post-partum semble peu suffisante aux yeux des mamans pour favoriser l'allaitement maternel. Un des motifs les plus fréquents de sevrage est la reprise professionnelle soit bien avant les six mois d'allaitement exclusif préconisés par les professionnels de santé. Chaque semaine supplémentaire de congé augmente la durée de l'allaitement de presque une demi-semaine [15]. Dans les années 70, il existait en Norvège une forte désaffection pour l'allaitement maternel. En 1998, le taux d'allaitement maternel atteignait 98 % à la naissance, 80 % à trois mois et 60 % à un an. Cette progression considérable est liée à différents éléments : des associations très actives de mères qui ont participé à l'élaboration des mesures gouvernementales, le respect très strict des recommandations édictées par l'OMS sur l'allaitement maternel dans le cadre de l'initiative « Hôpitaux amis des bébés ». Enfin, des mesures gouvernementales très favorables à l'allaitement maternel, en particulier un congé maternité de dix mois avec 100 % du salaire [16].

En France et selon l'étude Epifane de 2012, 60% des nourrissons bénéficient d'un allaitement maternel exclusif et dès l'âge de 1 mois, ils ne sont plus que 35% [17]. Il semble donc nécessaire qu'une politique de promotion sur les bienfaits de l'allaitement maternel soit mise en place en France, sur le modèle des pays scandinaves, afin d'améliorer ces taux et de pouvoir offrir à nos enfants la meilleure nutrition comme le recommande les plus hautes autorités de santé.

4.2 Forces et limites

Une des forces de cette étude est la comparabilité des données socio-démographiques et des résultats du critère d'évaluation principal, soit la motivation des femmes à poursuivre l'allaitement maternel, aux études déjà publiées concernant l'allaitement [6] [7] [16]. Ces études plaident en faveur de la validité externe de nos données.

Le caractère multicentrique de notre étude et la comparaison des résultats que nous réalisons entre l'échantillon des médecins généralistes et celui des sages-femmes libérales peut être considéré comme une force car c'est une comparaison qui n'a jamais été étudiée auparavant et qui permet de mettre en avant l'effet bénéfique de la formation initiale sur les taux de poursuite de l'allaitement et les différentes complications rencontrées par les patientes suivies par ces praticiens. Cela permet également de limiter le biais de sélection de l'échantillon en homogénéisant la population interrogée car nous pouvons penser que les patientes consultant les sages-femmes et les médecins généralistes n'ont pas les mêmes caractéristiques sociodémographiques.

De plus, nous avons obtenu un taux de réponse à notre questionnaire significatif de 75.8%.

La nature déclarative des données avec la présentation des motivations sous forme de choix multiples préétablis peut être critiquable. En effet, les mères peuvent répondre positivement ou négativement à certaines motivations auxquelles elles n'ont pas pensé avant de les lire dans le questionnaire. Ce qui peut créer un biais au niveau des résultats de l'étude. Il est possible de réaliser une étude qualitative avec entretien individuel afin de palier à ce biais mais cette approche est plus lourde et le nombre de patientes incluses beaucoup plus limité. Nous pouvons également interroger les mères sur leurs motivations à poursuivre l'allaitement maternel en proposant une seule question ouverte mais le recueil des résultats et leur analyse est plus difficilement interprétable. Le questionnaire proposant donc les motivations les plus répertoriées dans la littérature semble être le plus adéquate.

Un biais de sélection peut exister du fait que les mères incluses ne correspondent pas précisément à la population générale des mères françaises allaitantes. Ceci étant lié au choix des médecins généralistes participant à l'étude, membres du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse, et qui ont plus particulièrement une qualification en gynécologie et pédiatrie. Cependant, ce biais de sélection est limité en incluant des mères consultant dans des cabinets de sages-femmes libérales et en choisissant ces cabinets en milieu urbain et semi-rural afin de questionner autant les citadines que les mères vivant en dehors des grandes villes. De plus, les caractéristiques

des femmes allaitantes n'ayant pas répondu au questionnaire ne sont pas analysées par rapport aux caractéristiques des répondantes. Par conséquent, on ne peut pas exclure que les femmes ayant répondues à l'étude sont celles qui présentent un plus grand intérêt pour le sujet et le plus de complications durant leur allaitement.

5. CONCLUSION

Cette étude permet de démontrer que de nombreuses femmes rencontrent des complications durant l'allaitement maternel mais le poursuivent néanmoins.

Ce travail se veut introductif mais nous pouvons conclure que bien que l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie de l'enfant soit promu et défendu par les sociétés savantes et les pouvoirs publics comme une référence et un avantage incontestable pour l'enfant et la mère, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir afin que les femmes puissent vivre cette expérience intime et fusionnelle pleinement. La formation des professionnels de santé à ce sujet nécessiterait d'être approfondie au cours de leur formation initiale ou lors de formation médicale continue. Il met également en évidence un manque de soutien, d'encadrement et d'information de la part des pouvoirs publics et notamment au niveau du cadre législatif du travail qui reste une des limites les plus importantes à la poursuite de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois.

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1]. Inpes - guide de l'allaitement maternel – brochures - 13-10-2009
- [2]. Didierjean C, Jouveau. Anthologie de l'allaitement maternel. Editions Jouvence, 2002.
- [3]. La Leche League. Promotion et protection de l'allaitement : actions et recommandations. Le 14-05-2009.
- [4]. OMS.WHA54.2. Cinquante-quatrième assemblée mondiale de la santé. Point 13.1 de l'ordre du jour. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. Le 18-05-2001.
- [5]. OMS. WHA55.25. Cinquante-cinquième assemblée mondiale de la santé. Point 13.10 de l'ordre du jour. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. Le 18-05-2002.
- [6]. Fanello S, Moreau-Gout J, Cotinat JP, Descamps P. Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : une enquête auprès de 308 femmes. Arch Pediatr 2003 ; 10 : 19-24.
- [7]. Walburg V, Goehlich M, Conquet M, Callahan S et al. Etude comparative de mères françaises et allemandes primipares en matière d'allaitement maternel: motivation, choix et prise de décision. Journal de pédiatrie et de puériculture, 2007 ; 20:195-199.
- [8]. Bitoun P. Valeur économique de l'allaitement maternel. Les dossiers d'obstétrique. 1994, 216 :10-13.
- [9]. Callahan S, Sejourne N, Denis A. Fatigue and breastfeeding: an inevitable partnership? J Hum Lact 2006; 22 (2) : 182-87.
- [10]. Initiative Hopital Ami des Bébés. IHABfrance-amis-des-bebes.fr
- [11]. OMS. Breastfeeding in the WHO multicenter growth reference study. Acta Paediatrica. 2006; suppl 450: 16-26.
- [12]. Newman J. Slow weight gain after the first few months. Article n°25. MD, FRCPC 2005.

[13]. Darmangeat V, Koehler C. La poursuite de l'allaitement maternel après la reprise du travail favorise t'elle l'articulation vie familiale- vie professionnelle ? Mémoire Crefam 2007.

[14]. Institut des mamans. Sondage sur l'allaitement maternel en France. 2002.

[15]. Roe B. Is there competition between breastfeeding and maternal employment ? Demography 1999; 36 (2): 157-71.

[16]. Gro Nylander. Congrès des consultantes en lactation. Bâle. Site info-allaitement.org. 2002.

[17]. Salanave B, De Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Etude Epifane, France, 2012.

7. ANNEXE 1 : Questionnaire travail de thèse

VOTRE ENFANT EST NE APRES LE 1^{er} JANVIER 2010 ET VOUS AVEZ CHOISI DE L'ALLAITER AU SEIN ? ALORS CE QUESTIONNAIRE ANONYME VOUS CONCERNE.

Questionnaire réalisé par une interne dans le cadre d'une thèse en médecine générale sur « les motivations des femmes à la poursuite de l'allaitement maternel malgré les complications engendrées par celui-ci ».

Cocher la ou les réponses souhaitées :

1°) votre âge : moins de 20 ans 20 a 25 ans 25 a 30 ans 30 a 35 ans
 plus de 35 ans

2°) Nombre d'enfants à charge : 1 2 3 4 et plus

3°) Votre activité professionnelle: étudiante salariée travailleur indépendant
 employeur conjoint collaborateur sans activité professionnelle autres :

4°) Temps de travail (si activité professionnelle) : ¼ temps ½ temps ¾ temps plein temps

5°) Avez-vous pris un congé parental pour vous occuper de votre enfant après le congé maternité légal ?

oui non

6°) Combien de temps avez-vous allaité votre ou vos enfant(s) né(s) après le 1/01/2010 ? (si vous allaitez encore au sein à ce jour passez directement à la question suivante)

< 1 mois 1 à 4 mois 4 à 6 mois > 6 mois

7°) Depuis combien de temps allaitez-vous au sein votre enfant ?(si vous avez stoppé l'allaitement maternel à ce jour, passez à la question suivante) :

< 1 mois 1 à 4 mois 4 à 6 mois >6 mois

8°) Avez-vous eu des complications ou freins à la poursuite de l'allaitement maternel ?

oui non (Si non, passez directement à la question 12)

9°) Complications ou freins à la poursuite de l'allaitement maternel (en cours ou réglés):

- Coté Maman : crevasse engorgement mammaire lymphangite galactophorite
 abcès du sein candidose mammaire difficulté de mise en route de
l'allaitement difficultés ou doutes sur la production de lait
 fatigue maternelle organisation/temps de travail peur d'abimer son corps
 regard négatif d'autrui manque d'informations et d'aides sur l'allaitement maternel
 autres (préciser) :

- Coté bébé : coliques du nourrisson ictère au lait carence d'apport (vit D,K)
 transmission d'agents infectieux (VIH, bactéries...)
 transmission de substances médicamenteuses, toxiques régurgitations majeures
 insuffisante du bébé prise de poids
 autres :

10°) Malgré ces complications, avez-vous poursuivi l'allaitement ? oui non

11°) Si oui, Pour quelle(s) raison(s) ?

Pas du tout d'accord=1, partiellement d'accord=2, d'accord=3, tout à fait d'accord=4 (entourez la bonne réponse)

- économique (faible coût) : 1 2 3 4
- relation mère-enfant privilégiée : 1 2 3 4
- pression de l'entourage : 1 2 3 4
- pression du corps médical : 1 2 3 4
- pression des forums /médias : 1 2 3 4
- qualité nutritionnelle du lait qui vous paraît meilleure pour votre bébé : 1 2 3 4
- le lait maternel favorise une meilleure digestion pour votre bébé : 1 2 3 4
- le lait maternel protège contre les microbes grâce à vos anticorps : 1 2 3 4
- le lait maternel protège contre les allergies : 1 2 3 4
- le lait maternel prévient les risques d'obésité pour votre/vos enfants: 1 2 3 4
- protéger votre santé (diminution risques de cancers sein /ovaire, ostéoporose...) 1 2 3 4
- perte de poids plus rapide après l'accouchement (pour la maman) 1 2 3 4
- conviction personnelle (précisez) :

12°) Combien de temps aimeriez-vous ou auriez-vous aimé allaiter votre enfant dans l'idéal (allaitement maternel exclusif ou mixte)?

- < 1 mois 1 à 4 mois 4 à 6 mois 6 à 12 mois > 12 mois

13°) Suggestions : ...

Motivations des femmes à poursuivre l'allaitement maternel malgré les complications.

Objectif : Repérer les facteurs motivants les femmes à poursuivre l'allaitement en fonction des différentes complications rencontrées pendant l'allaitement maternel.

Méthode : Ce travail est une étude descriptive déclarative multicentrique réalisée dans le nord de Toulouse. Les données ont été recueillies par questionnaire auprès de femmes allaitantes ou ayant allaité un ou plusieurs enfants nés après le premier janvier 2010 et consultant dans un cabinet de médecine générale ou de sages-femmes libérales. Le critère d'évaluation principal est le motif de poursuite de l'allaitement maternel malgré les complications rencontrées.

Discussion : De nombreuses femmes rencontrent des complications durant l'allaitement maternel mais le poursuivent néanmoins surtout pour l'effet bénéfique des anticorps maternels, la protection contre les microbes et la relation mère-enfant privilégiée.

Mots clés : Allaitement maternel, motivations, complications, étude déclarative.

Study on motives leading women to continue breastfeeding despite complications.

Objective: Target factors driving decisions of women willing to continue breastfeeding depending on different complications encountered during maternal breastfeeding.

Method: This work is a descriptive multicenter study which took place in the north of Toulouse. Data was collected through a questionnaire filled by breastfeeding mothers, or women who breastfed one or several children born after January 1st 2010, who consult in a general medicine practice or midwifery. The key criterion for evaluation was the motive of continuing maternal breastfeeding despite complications encountered.

Discussion: Numerous women encounter complications during maternal breastfeeding but keep on doing so nonetheless mostly because of the beneficial effect of maternal antibodies, anti-microbial protection and the strengthened bond between mother and child.

Key-words: maternal breastfeeding, motives, complications, declarative study.

Discipline administrative: MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Purpan – 37 allées Jules Guesde, 31073 Toulouse cedex – France

Directeur de thèse : Thierry, BRILLAC
2013 TOU 1030