ECOLE DE SAGES-FEMMES

HÔPITAL DU CLUZEAU

23, avenue Dominique Larrey

87042 LIMOGES Cedex

U.F.R. de MEDECINE DE LIMOGES

Obésité et allaitement

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE EN VUE DE L'OBTENTION

DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PRESENTE PAR

SICARD CHRISTEL

Née le 18 août 1986 à Orléans

Maître de mémoire : Pr. YVES AUBARD

ANNEE UNIVERSITAIRE 2010 – 2011

Remerciements

Je souhaite remercier Mr. Le Pr. AUBARD qui m'a beaucoup aidée dans ma recherche sur Filemaker et m'a donné des pistes à suivre.

Je voudrais aussi remercier chaleureusement toute l'équipe pédagogique qui m'a suivie et donné les impulsions dont j'avais besoin durant ces trois années, même dans les délais les plus courts : A. BARAILLE, M. B. ETIFIER et M.N. FAURY.

Un remerciement particulier à Amandine et Audrey qui ont grandement contribué à ce mémoire en m'encourageant même dans les moments les plus difficiles, ainsi qu'à ma promotion pour m'avoir supportée durant ce long périple.

Enfin, Je remercie mes parents et mon ami Thomas, qui ont su trouver les mots pour me faire avancer, et pour qui je présente ce mémoire.

Plan

Plan

Introduction.....1

1ère partie : obésité et allaitement maternel.....2

2ème partie : L'étude.....15

3ème partie : Résultats.....23

Conclusion.....56

Références bibliographiques.....57

Bibliographie.....60

Annexes.....61

Table des matières.....67

Introduction

Selon l'étude ObEpi-Roche 2009, 5ème édition, (1) en 12 ans, le poids moyen des Français a augmenté de 3,1kg alors que la taille n'a progressé que de 0,5cm.

Ainsi, en 2009, 31,9% des Français étaient en surpoids. Ce taux augmente davantage chez la femme que chez l'homme.

Selon le Docteur Hankard, pédiatre à Poitiers, les risques liés à l'obésité sont multiples et concernent également l'allaitement. En effet, son étude montre que les femmes obèses sont « à risque » de ne pas initier ou d'interrompre l'allaitement maternel (2). De plus, bien que la décision d'allaitement repose principalement sur l'environnement de la mère, l'obésité constitue un facteur défavorable supplémentaire.

La durée de l'allaitement maternel serait inférieure à 2 semaines en moyenne pour les femmes en surpoids, et inférieure à 4 semaines pour les femmes obèses. Cependant, on ne constate pas d'arrêt plus précoce chez ces femmes. (2)

Ainsi, nous pouvons nous interroger en ce qui concerne l'obésité et l'allaitement maternel. Quelles conséquences l'obésité peut-elle avoir sur l'éjection du lait ou la mise en place de la lactation ? Nous verrons dans un premier temps l'obésité et ses complications, puis nous expliquerons les mécanismes de base qui interviennent dans la lactation. A partir de ces explications, nous essayerons d'établir un premier lien entre l'obésité et l'allaitement maternel. Une étude sur la population rencontrée à l'hôpital mère enfant appuiera notre réflexion. Enfin nous analyserons les résultats obtenus pour conclure sur l'existence d'un potentiel effet néfaste de l'obésité maternel sur le déroulement de son allaitement au sein.

1ère partie : Obésité et allaitement maternel

I. L'obésité

I. L'obésité

1. Définition de l'obésité

L'obésité correspond à une augmentation excessive de la masse grasse de l'organisme dans une proportion telle, qu'elle peut avoir une influence sur l'état de santé. La mesure de référence internationale actuelle est l'indice de masse corporelle (IMC) [ou indice de Quételet ou Body Mass Index (BMI)] (3).

2. Mesure de l'obésité

La mesure de l'indice de masse corporelle (IMC) permet d'évaluer l'état nutritionnel d'un individu. C'est un moyen simple et fiable pour dépister l'obésité chez l'adulte, chez l'homme comme chez la femme entre 18 et 65 ans. L'IMC est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé et met en relation deux variables simples à mesurer : le poids et la taille.

$$\boxed{IMC = \frac{Poids}{Taille^2}}$$

Le surpoids est définie par un IMC supérieur ou égal à 25,0 Kg/ (m2). L'obésité est définie par un IMC supérieur ou égal à 30,0 Kg/ (m2).

3. L'obésité en chiffres

3.1. En France

Une enquête nationale OBEPI réalisée par l'Institut Roche de l'obésité, et en collaboration avec l'Inserm et l'Hôtel-Dieu de Paris, révèle que l'obésité et le surpoids continuent de progresser en France depuis 1997. (1)

La proportion des personnes en surpoids ou obèses a progressé de 36,7 % à 41,6 % entre 1997 et 2003, soit une augmentation de 13 %. Sur la même période, les Français ont pris 1,7 kg de plus, et l'obésité massive (ou dite morbide) a doublé (3).

3.2. Dans le Limousin

Selon l'étude OBEPI, la prévalence de l'obésité dans le Limousin chez les 15 ans et plus (calculée sur un échantillon relativement restreint de l'ordre de 330 individus) est passée de 7,8 % en 1997 à 13,5 % en 2006 - contre respectivement 8,2 % et 12,4 % au niveau national. Le Limousin enregistre ainsi un des cinq plus forts taux d'évolution (+ 73 %) parmi les 21 régions françaises ; il passe ainsi du 14ème au 7ème rang des régions les plus touchées (3).

4. Les pathologies associées à l'obésité

Reconnue par l'OMS comme une maladie grave à l'origine de complications sévères parfois mortelles, l'obésité est un enjeu majeur de santé publique à l'échelon mondial.

Le diabète reste la complication principale de l'obésité : (4)

- Une personne obèse a trois fois plus de risques d'être diabétique qu'une personne non obèse.
- Plus de 80 % des diabètes de type 2 peuvent être attribués à l'obésité.

Le diabète expose :

- Aux pathologies cardiaques (l'hypertension artérielle, aux infarctus cardiaques, aux accidents vasculaires cérébraux),
- Aux problèmes respiratoires,
- Aux problèmes rhumatologiques.
- A l'hypercholestérolémie.
- Aux œdèmes,
- Aux varices,
- Aux maladies thrombo-emboliques.

L'obésité peut également avoir un impact sur la grossesse et provoquer (5):

- De l'hypertension artérielle,
- Des maladies thrombo-emboliques,

- Un terrain plus sensible aux infections,
- Diabète gestationnel,
- Avortement spontané.

L'obésité peut aussi être responsable de (5) :

- Macrosomie fœtale,
- Dystocies dynamiques et mécaniques lors de l'accouchement,
- S'il existe un diabète gestationnel, on peut observer des difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine (détresses respiratoire, hypothermies, hypoglycémies, hypocalcémies).

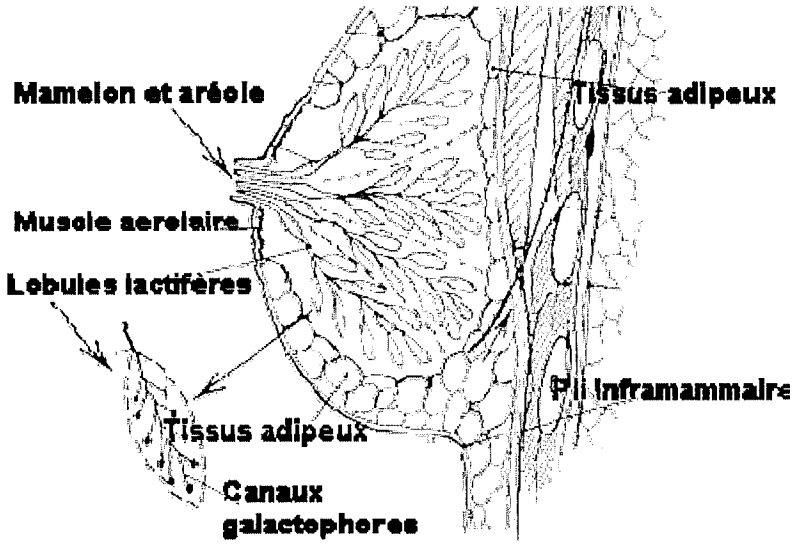
En effet l'obésité a un impact sur la santé général d'un individu. On peut alors penser qu'il existe un impact de cette pathologie sur la lactation.

II. L'Allaitement maternel

II. L'allaitement maternel

1. Anatomie du sein

Le sein est enveloppé d'une couche de tissu adipeux qui lui donne sa consistance souple et sa forme. À l'intérieur de celui-ci se trouvent des vaisseaux sanguins, des canaux galactophores où circule le lait maternel, des adipocytes, des glandes et des nerfs sensoriels (6).



Coupe du sein vu en coupe sagittale

Les seins varient considérablement d'une femme à l'autre, tant en volume qu'en forme. Le volume et la forme des seins sont déterminés par la quantité de tissu mammaire et de tissu adipeux qu'ils renferment. Les femmes obèses, ayant plus de tissu adipeux, ont un volume mammaire augmenté. Il en résulte que les seins sont plus lourds, et que le bébé peut avoir plus de mal à trouver une position adaptée lors des mises au sein (6).

2. Physiologie de la lactation (7)

Les deux hormones nécessaires à la production du lait sont :

- La prolactine

Elle permet la synthèse du lait. Cette hormone est présente en permanence dans le sang à un faible taux. Ce taux de base augmente durant la grossesse de façon régulière mais son action sur la glande mammaire se trouve inhibée par la présence des hormones placentaires. Lors de la délivrance, la chute du taux de progestérone et le déséquilibre oestroprogestatif qui en résulte s'accompagnent d'une rétention d'eau et d'électrolytes. Ces derniers vont entrer dans la composition du premier lait : le colostrum. La chute de la progestérone à la délivrance lève l'inhibition de l'action de la prolactine.

Vers le 3e jour, pour les femmes de poids normal, le débit sanguin s'accélère, en particulier au niveau des seins qui deviennent lourds, chauds, tendus : c'est la montée de lait. Le lait change, il passe du colostrum au lait de transition. Ces deux laits ont une composition différente, s'adaptant aux besoins du nouveau-né.

A chaque tétée, la stimulation des mamelons par la succion du bébé provoque un pic de prolactine par rapport à son taux de base : cette prolactine va stimuler la production du lait. Le taux de base de la prolactine varie également au cours des 24 heures (cf Annexe V).

- L'ocytocine

Elle permet l'éjection du lait. Elle agit sur les fibres myoépithéliales des seins et de l'utérus. Au niveau des seins, elle provoque :

- Un brassage des zones liquidiennes dans l'arbre vasculaire, favorisant une sécrétion dans les acini.
- La contraction des fibres myoépithéliales autour des acini et des canaux galactophores, déclenchant l'éjection du lait.

Quand le bébé tète, l'hypophyse libère dans le sang maternel ces deux hormones : la prolactine, libérée par l'antéhypophyse, et l'ocytocine, libérée par saccades par la posthypophyse.

Ces deux hormones sont donc sous le contrôle :

➢ De l'hypothalamus :

C'est le siège de la gestion autonome des rythmes biologiques (la température corporelle, le rythme cardiaque, le sommeil...) et de la régulation des sécrétions de l'organisme (les larmes, le lait, les hormones...). En réponse à la stimulation spécifique de la tétée, l'hypothalamus lève pendant un bref moment l'inhibition qu'il maintient sur l'hypophyse par l'intermédiaire de facteurs inhibiteurs, notamment la dopamine.

➢ Du système limbique :

C'est le siège des émotions. La peur, la joie, la colère, la tristesse, le dégoût peuvent avoir une influence sur les fonctions du système végétatif contrôlé par l'hypothalamus. Lorsque la mère est stressée, le réflexe d'éjection du lait peut être retardé de quelques minutes, c'est pourquoi il est important, surtout les premiers jours de l'allaitement, d'être attentif aux émotions de la mère.

Comme nous le verrons par la suite, les femmes obèses sont plus fragiles et stressées, et sont donc concernées par ce retard.

La lactogènese est déclenchée par deux facteurs :

- L'expulsion du placenta qui entraîne, entre autre, une chute du taux de progestérone dans le sang. Cette hormone inhibait l'action de la prolactine sur les cellules sécrétrices du sein.

- Il existe des récepteurs à l'étirement (Annexe IV) autour de l'aréole qui sont stimulés par la succion. Les mouvements de la bouche et de la langue du bébé sur l'aréole réalisent un véritable signal pour le cerveau de la mère et déclenchent par réflexe une double sécrétion hormonale d'ocytocine et de prolactine.

Après avoir compris les différents éléments intervenant dans l'allaitement maternel, nous pouvons nous interroger sur un possible effet néfaste de l'obésité, aussi bien au niveau hormonal qu'au niveau purement mécanique.

III. Obésité et allaitement maternel

III. Obésité et allaitement maternel

1. Conséquences de l'obésité sur l'allaitement maternel

L'obésité peut avoir plusieurs conséquences néfastes sur l'allaitement maternel, certaines biologiques, d'autres mécaniques :

Les conséquences biologiques :

- Des résultats d'études ont permis d'émettre l'hypothèse que la chute de la progestérone, nécessaire à l'initiation de la lactation, serait moins importante chez la femme obèse (8). En effet, les adipocytes en excès ont la particularité de libérer de la progestérone, ce phénomène prendrait alors le relais du placenta en retardant la lactogénèse. (cf. Annexe I et II) D'autre part, on montre que la réponse de la prolactine à la succion serait retardée à H48, mais pas à J7. Une hypothèse a été émise à ce sujet par une seconde étude et concerne la leptine dont le taux est plus important chez les femmes obèses : cette hormone inhiberait l'action de l'ocytocine sur l'éjection du lait (2). D'après ces études, on pourrait supposer que la mise en place de l'allaitement chez la femme ayant un IMC supérieur à 30 serait biologiquement retardée.

Les conséquences mécaniques :

- L'obésité expose fortement au risque de césarienne. En effet, on observe un taux plus important de césarienne dans la population des femmes obèses (9).

  La césarienne implique alors, au niveau de l'allaitement maternel, une série de difficultés supplémentaires :

  - Une mise au sein plus tardive par rapport à un accouchement voie basse. Cet élément peut être responsable d'une difficulté d'initiation du nouveau-né à l'allaitement maternel. En effet, le réflexe de fouissement, le contact précoce avec la peau de la mère, l'odeur que dégagent les aréoles sont des éléments qui favorisent l'allaitement au sein, lorsqu'ils sont permis. L'accouchement par césarienne ne permettant pas un contact en peau à peau immédiat, la rencontre entre la mère et le nouveau-né est retardée et l'allaitement peut en être altéré. (10) (11)

  - D'autre part, la fatigue, la douleur, la gêne que pourra ressentir la mère dans ses mouvements, la nécessité de protéger sa cicatrice de tout contact quand elle tiendra son bébé contre elle, pourra de surcroît compliquer l'allaitement maternel. (11)

- Les femmes obèses sont plus pudiques et moins à l'aise avec leur corps que les femmes de poids normal (12). Ce point est important à souligner car une femme qui allaite doit avoir confiance en elle pour entreprendre et réussir un allaitement maternel. En effet, les premiers jours sont difficiles car le bébé pleure souvent pour téter. Durant cette période, la patience et la confiance en soi sont des qualités primordiales. Les femmes fragilisées pourront souffrir de voir leur enfant pleurer, et penser qu'elles ne sont pas capables de les nourrir suffisamment. Le risque d'arrêt de l'allaitement maternel n'est pas négligeable durant ces trois premiers jours. En ce sens, l'obésité majorerait le risque d'arrêt précoce de l'allaitement maternel. (13) (Cf. Annexe III)

- Chez les femmes obèses, le taux de masse graisseuse dans la poitrine est nettement plus élevé que chez une femme de poids normal. Cliniquement, on observe que la poitrine de ces femmes est plus lourde et le positionnement du bébé plus difficile. Une fatigue maternelle, l'impatience du nouveau-né peuvent alors avoir des conséquences néfastes sur la motivation de la mère à poursuivre ses efforts. les femmes de poids normal peuvent aussi être confrontées à une baisse de motivation, mais l'obésité majore malgré tout le risque d'arrêt précoce de l'allaitement maternel de par les difficultés qu'elle génère. (Cf. Annexe III)

2. Impact de l'obésité sur le réflexe de succion

L'obésité est un facteur de risque de macrosomie fœtale, pouvant alors entraver, à différents degrés, un allaitement maternel (14). En effet, cette pathologie peut entrainer des hypoglycémies à la naissance. Cliniquement, on constate qu'un enfant hypoglycémique est plus faible et moins éveillé qu'un enfant ayant une glycémie physiologique, la tétée est moins efficace, la succion est alors altérée. De ce fait, les chances de réussite d'un allaitement au sein seraient diminuées chez les femmes obèses.

Par ailleurs, le réflexe de succion est favorisé par une mise au sein précoce, et nous avons vu précédemment que l'obésité pouvait être un obstacle à ce dernier, notamment aux vues des complications mécaniques qu'elle engendre.

3. Complications de l'allaitement liées à l'obésité

Le bon déroulement de l'allaitement maternel dépend d'une succion efficace dans les premiers jours de vie. Cependant, l'obésité serait un facteur de risque de candidose et de crevasses au niveau de l'aréole (15) (16) (17). La masse graisseuse concentrée sur la poitrine, la rendant plus lourde, peut également être une entrave aux processus d'initiation de l'allaitement maternel.

- La candidose (ou mycose) a pour origine un germe, le Candida Albicans, et provoque le plus souvent une douleur intense au niveau des mamelons. La douleur qu'elle induit chez la mère peut compromettre l'allaitement en raison de son intensité (16) (17).

- Les crevasses sont également douloureuses, mais ne contre indiquent pas l'allaitement. Cependant, la douleur peut pousser la mère à arrêter l'allaitement.

- Les seins trop lourds compromettent également l'allaitement. L'enfant ayant plus de mal à trouver une position adaptée, il aurait une succion moins efficace et la sécrétion lactée serait alors retardée (14). Cependant, les études (6) ne précisent pas le nombre de jours de retard. De plus, cette mauvaise position du bébé ne ferait qu'aggraver les complications de l'allaitement comme les crevasses.

Face à toutes ces observations, l'obésité constituerait une réelle entrave au choix, à la mise en place et au déroulement d'un allaitement maternel.

4. Les constats de par le monde

Différents études ont été menées à travers le monde, étudiant les effets de l'obésité sur l'allaitement maternel.

- En Australie (18)

Medline, CINAHL et le Centre de documentation de Lactation d'Association d'Allaitement Australien ont constaté que les femmes obèses planifient d'allaiter pendant une période plus courte que les femmes de poids normal. Les femmes obèses seraient également moins enclines à amorcer un allaitement maternel. Des quatre études qui ont examiné le début de lactation, trois ont trouvé une relation significative entre l'obésité et le retard de la lactogènese.

- En Grèce (19)

Une étude récente vise à décrire les caractéristiques de mères échouant à introduire l'allaitement. Elle fournit des informations sur les facteurs contribuant à la durée plus longue d'allaitement. Ainsi elle identifie l'obésité maternelle comme facteur de risque d'altération de l'initiation à l'allaitement et constate que la durée d'allaitement est moins longue chez les obèses dans la population grecque.

- Aux États-Unis (20)

L'étude qui a été menée sur la population des femmes obèses allaitantes révèle un taux d'échec significatif lorsque l'indice de masse corporelle devient supérieur à 26-29.

- En France (22)

Des études ont été menées dans certaines régions comme dans le Poitou Charente ou en Lorraine, dégageant à nouveau les mêmes conclusions concernant l'impact de l'obésité maternelle sur la réussite de l'allaitement : les femmes obèses allaitent moins longtemps, et le taux d'échec est plus important que chez les femmes de poids normal.

On retrouve aussi que 9 études sur 10 montrent que les femmes en surpoids ou obèses initient moins souvent un allaitement maternel :

1,19 à 2,17 femmes en surpoids choisissent un allaitement artificiel contre 1,38 à 3,09 pour les femmes obèses.

Ces études dégagent entre autres les raisons socioculturelles suivantes :

– Ces femmes ont un niveau socioéconomique plus faible

– Elles ont moins souvent été allaitées elle-même

– Elles ont une mauvaise image de son corps et/ou d'elle-même

– Elles disent avoir des difficultés à s'imaginer allaiter en public

2ème partie : L'étude

I. Justification de l'étude

I. Justification de l'étude

1. Constat

Durant mes différents stages, j'ai constaté que les femmes, en général, éprouvaient de nombreuses difficultés face à l'allaitement maternel. Les facteurs de risque d'échec pouvaient être nombreux mais celui de l'obésité a attiré plus particulièrement mon attention. En effet, lors des premiers jours de mise en place de l'allaitement maternel, les crevasses paraissaient être plus fréquentes et les bébés semblaient avoir plus de mal à trouver une position adaptée pour se nourrir. Chez les femmes obèses, on pouvait noter une pudeur plus marquée, un sentiment de gêne en rapport avec un corps difficilement assumé. Cette pudeur, dans certaines situations, empêchaient ces mamans de se sentir pleinement à l'aise avec le personnel soignant et concentrées sur les explications données lors des tétées. L'obésité semblait donc être une entrave à la mise en place de l'allaitement maternel.

Bien que toutes ces remarques ne découlaient que de simples observations de terrain, il m'a semblé intéressant de vérifier une problématique qui s'était inscrite dans mon quotidien : l'IMC maternel aurait-il un rôle dans la mise en place et le déroulement d'un allaitement au sein ?

2. L'étude

2.1. Objectif principal

Mon objectif principal est d'étudier le rôle de l'obésité maternelle dans la mise en route et le déroulement de l'allaitement maternel.

2.2. Objectif secondaire

- Comparer les taux d'allaitement maternel chez les femmes obèses et non obèses.

2.3. Hypothèses de travail

2.3.1. Hypothèse principale

Je l'ai dégagée des différentes lectures effectuées, appuyée par mes observations cliniques :

Les femmes obèses ont plus souvent des complications lors de l'allaitement maternel, que nous définirons par la présence de crevasses, que les femmes de poids normal.

2.3.2. Hypothèses secondaires :

- La montée de lait est retardée chez les femmes obèses et se fait après le troisième jour.
- Les femmes obèses se dirigent moins spontanément vers l'allaitement maternel que les femmes ayant un poids normal.

3. Intérêt de l'étude

Cette étude, si elle confirmait ces hypothèses, aurait pour intérêt de pouvoir informer les soignants pour ensuite adapter leur accompagnement auprès des femmes vis-à-vis de l'allaitement maternel dans un contexte d'obésité maternelle.

II. Méthodologie de l'étude

II. La méthodologie de l'étude

1. Schéma d'étude

1.1. Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective analytique exposée-non exposées à l'obésité qui concerne les femmes allaitantes ayant accouché à l'HME de Limoges entre le 15 juin 2010 et le 31 décembre 2010. (Cf. Annexe IV)

1.2. La population

Les patientes allaitantes, qui ont accouché à l'HME de Limoges entre le 15 juin et le 31 décembre 2010.

Deux groupes ont été constitués :

- Un premier groupe non exposé à l'obésité constitué de femmes non obèses allaitant au sein.
- Un groupe exposé à l'obésité constitué de femmes obèses allaitant au sein.

➢ <u>Les critères d'inclusion</u>

Pour le groupe des femmes obèses, elles répondent à un certain nombre de critères :

- IMC supérieur ou égal à 30 kg/m² avant la grossesse

- Accouchées dont le nouveau-né a un terme supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée révolues. Ce dernier devra être resté auprès d'elles à la maternité.
- Accepter l'étude
- Etre majeure

Le groupe non exposé à l'obésité répond aux mêmes critères à l'exclusion de l'IMC > 30.

➢ Les critères d'exclusion

Pour les deux groupes, les critères d'exclusion sont :

- Accouchement hors de l'HME de Limoges
- Accouchement de jumeaux
- Prise d'un traitement spécifique, rarement prescrit durant la grossesse
- Accouchées dont le nouveau-né a un terme inférieur à 37 semaines d'aménorrhée
- Accouchées n'ayant pas leur nouveau-né auprès d'elles à la maternité
- Refus de participation
- Femme ne parlant pas français
- Femme mineure ou majeure sous tutelle

1.3. Critère de jugement principal

Mon critère de jugement principal est : les complications de l'allaitement maternel durant le séjour en maternité.

1.4. Les variables utilisées pour l'étude

Il faut, dans un premier temps, définir les principales variables :

- ✓ Les complications : elles sont définies par la présence de crevasses ou de mycoses. De ces complications découlent secondairement : l'impossibilité de mettre son enfant au sein sans aide du personnel et/ou de tire-lait et/ou de bouts de sein siliconés, l'introduction de compléments de lait artificiel, l'arrêt de l'allaitement maternel.

- ✓ L'allaitement maternel

  - Il inclut :

  - Un allaitement au sein avec ou sans aide d'un tiers.
  - Un allaitement maternel avec des compléments de lait artificiel, s'il y a volonté de continuer l'allaitement au sein.
  - Les allaitements maternels avec utilisation de bouts de sein siliconés ou de tire-lait atmosphérique ou électrique, qui sera à préciser (fréquence, quantité, le lait recueilli a-t-il été donné en complément).

  - Il exclut :

  - Les allaitements artificiels.
  - Les allaitements mixtes (alternance biberons-sein).
  - Les femmes ayant commencé l'allaitement artificiel se rétractant pour un allaitement au sein.

Les variables utilisées sur mon système d'exploitation de données sont :

- L'IMC
- La parité
- L'origine
- La classe d'âge
- Les éventuels arrêts d'allaitement maternel pendant le séjour
- Le jour de la montée de lait
- L'état pathologique ou non des bouts de seins
- La présence ou non de crevasses
- Les éventuelles difficultés de mise au sein
- L'utilisation ou non de tire-lait, de bout de sein siliconé
- La nécessité ou non de compléments de lait artificiel
- La complication de l'allaitement (correspondant à au moins deux pathologies de l'allaitement maternel lors du séjour en maternité)

1.5. Nombre de sujets nécessaires à l'étude

Le nombre de sujets nécessaires est de 51 exposés et de 51 non exposés.

Suite à un entretien avec mon maître de mémoire, Mr. le Professeur Aubard, l'analyse portera sur 105 sujets exposés et 105 sujets non exposés pour augmenter la sensibilité de mon étude.

1.6. Stratégie d'exploitation des données

Dans un premier temps, des questionnaires ont été distribués à toutes les femmes allaitantes par les auxiliaires de puériculture et par moi-même. Les femmes correspondant aux critères se sont vu remettre le questionnaire à leur arrivée à la maternité après leur accouchement, de juin 2010 à décembre 2010.

Cependant, ce système de recueil de données par questionnaires n'a pas permis d'avoir un nombre de sujets nécessaires suffisant. Mon maître de mémoire a donc créé un système d'exploitation des

données sur *Filemaker*. J'ai ainsi pu recenser et réunir très rapidement les critères nécessaires à mon étude.

J'ai ainsi associé à chaque femme obèse, la femme avec un IMC normal (c'est-à-dire compris entre 18 et 25) qui portait le numéro d'accouchement suivant. Les femmes ayant un IMC compris entre [25-30[ont donc été excluent de l'étude.

Les données qui permettent de répondre à l'hypothèse supposant que les femmes obèses ont plus souvent des crevasses et/ou mycoses que les femmes de poids normal ont été recueillies grâce à l'évaluation des sages-femmes lors de leur examen quotidien. Elles ont ainsi retranscrit leur diagnostic au niveau de la case « pathologie des mamelons » sur Filemaker. Le logiciel permet aussi de recenser la présence ou non de crevasses.

Les données permettant de répondre à l'hypothèse « La montée de lait est retardée chez les femmes obèses et se fait après le troisième jour » ont été retrouvées grâce au logiciel qui précise le jour de la montée de lait, toujours sur l'évaluation des sages-femmes. La montée de lait est également définie sur *Filemaker* grâce au changement de composition du lait : passage du colostrum au lait de transition d'après sa couleur et parfois par la tension mammaire. Connaître le nombre de jours qui se sont écoulés après l'accouchement avant que la montée de lait ne se fasse a permis l'étude d'un éventuel retard de montée de lait chez le groupe des obèses.

Pour étudier les données répondant à l'hypothèse « Les femmes obèses se dirigent moins spontanément vers l'allaitement maternel que les femmes ayant un poids normal », l'étude a été essentiellement descriptive. La proportion des femmes obèses ayant choisi l'allaitement par rapport aux femmes avec un IMC< 30kg/m^2 ayant choisi ce même type d'allaitement sera mis en évidence grâce à *Filemaker*.

Pour répondre à l'objectif principal, j'ai utilisé les autres données en les considérants comme des pathologies :

- L'arrêt de l'allaitement maternel est clairement un échec à ce dernier puisqu'il détourne la décision primaire.

- La pathologie des bouts de sein est considérée comme telle à partir de la rougeur, l'irritation. Elle signe d'une mauvaise adaptation face à l'allaitement maternel.

- La mise au sein difficile a été recensée comme telle par les commentaires des soignants. En effet, des interventions répétées et des commentaires sur *Filemaker* sur ces difficultés m'ont permis de les repérer.

- L'utilisation du tire lait et des bouts de sein siliconés ont orienté ma réflexion. En effet, leur utilisation montre qu'une intervention est nécessaire pour limiter les complications de l'allaitement maternel. Pour l'utilisation du tire lait, je ne l'ai prise en compte que lorsqu'il était utilisé avant la montée de lait ou le jour même de cette dernière.

- L'introduction de compléments. Dans un allaitement maternel strict, les compléments ne sont pas utiles, sauf si il existe un dysfonctionnement de ce dernier. J'ai donc considéré leur utilisation comme un critère de complication de l'allaitement maternel.

- Les complications de l'allaitement. Il regroupe au moins deux des complications précédentes et me permet d'éliminer le facteur aléatoire d'une complication isolée.

Pour étudier ces données, je me baserai sur les différences significatives entre le groupe exposé à l'obésité et le groupe qui n'y est pas exposé. Pour cela, on calculera un Khi^2 qui nous donnera un « p ». S'il existe une différence réelle, aussi infime soit-elle, entre les deux groupes, on aboutira à une valeur de p inférieure à 0,05.

A partir de là, un Odds Ratio (OR) pourra être caclulé permettant de mesurer le degré de dépendance entre des variables aléatoires qualitatives.

L'intervalle de confiance (IC) à 95% est un intervalle de valeurs qui a 95% de chance de contenir la vraie valeur du paramètre estimé. Il permet de visualiser les bornes de la donnée que l'on ne peut vraisemblablement pas exclure. Il indique la fiabilité d'une étude lorsqu'il exclut 1.

2. Les personnes ressources

J'ai obtenu l'accord du cadre du service de la maternité de l'HME de Limoges, Mme GANDOIS, pour cette enquête.

Le Pr. AUBARD Yves est mon maître de mémoire.

3ème partie : Résultats

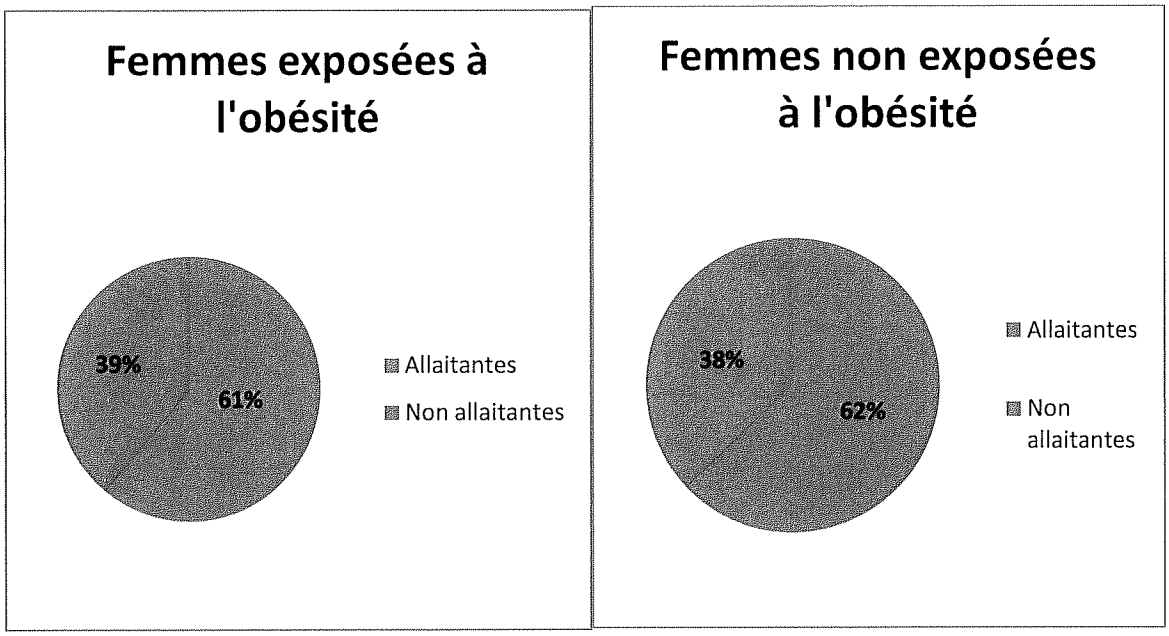
I. Analyse

I. Analyse

1. Description de la population

1.1. Population allaitante

Durant l'année 2010, on a pu recenser les taux d'allaitement dans les deux groupes étudiés:



Graphique 1 : population allaitante en fonction de leur exposition à l'obésité.

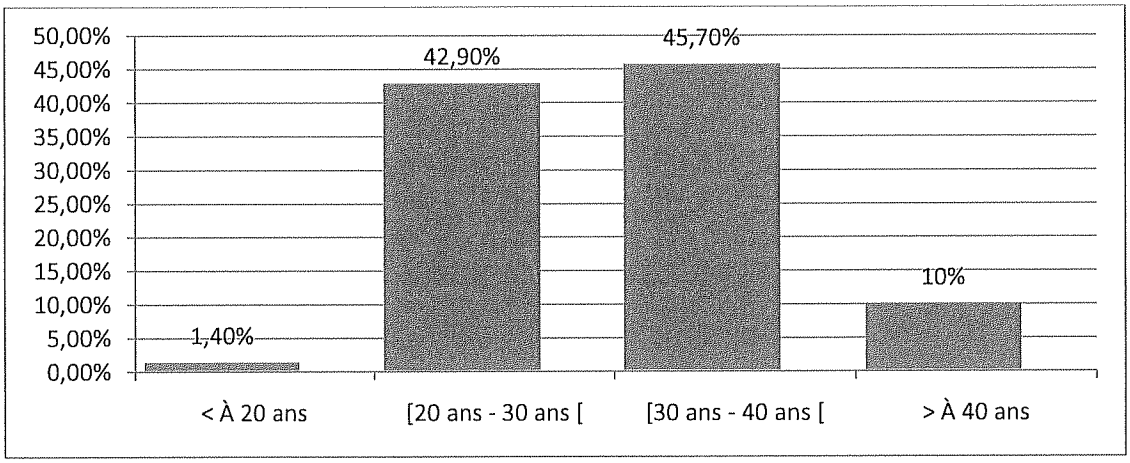
On peut s'apercevoir que les schémas sont quasi-similaires : 62% des femmes de poids normal décident d'allaiter leur enfant au sein, contre 61% chez les femmes obèses.

La différence n'est pas significative entre les deux groupes car elle est trop faible.

1.2. Age de la population

1.2.1. Population générale

Toutes les classes d'âge ont été incluses dans la population. Voici leur répartition :

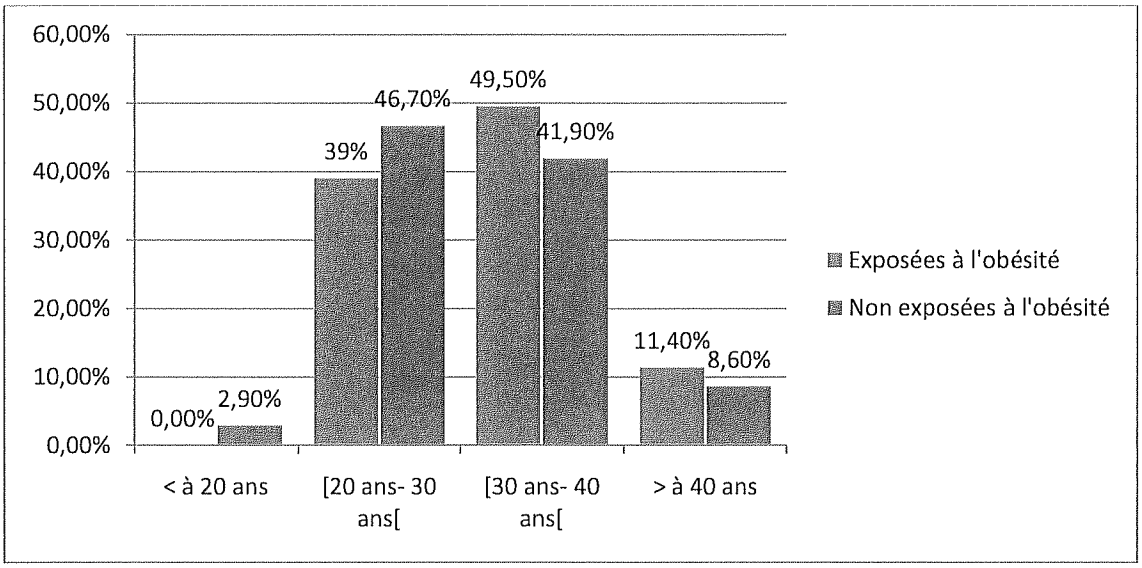


Graphique 2 : Classe d'âge dans la population générale

On voit que 42,9% de la population est comprise entre 20 et 30 ans et 45,7% de la population entre 30 et 40 ans, donc la majorité de la population étudiée a entre 20 et 39 ans.

La population de moins de 20 ans et de plus de 40 ans représente moins de 12% de la population étudiée, ce résultat était attendu étant donné la moyenne d'âge des parturientes.

1.2.2. Population exposée et non exposée



Graphique 3 : Classe d'âge chez les exposées et les non exposées à l'obésité

Dans la population des moins de 20 ans, seules celles non exposées à l'obésité sont représentées : 2,9% de femmes de poids normal.

Dans la tranche d'âge des 20-30 ans, la population des femmes non exposées à l'obésité est davantage représentée : 39% de femmes obèses contre 46,7% de poids normal.

En revanche, dans la tranche d'âge des 30-40 ans, on voit que ce sont les femmes exposées à l'obésité qui sont davantage représentées : 49,5% de femmes obèses contre 41,9% de poids normal.

Pour finir, dans la tranche d'âge supérieure à 40 ans, ce sont encore les femmes exposées à l'obésité qui sont davantage représentée.

Sur cette étude, le p= 0,347, ce qui est peu significatif puisque l'effectif théorique est inférieur à 5.

1.3. Parité de la population

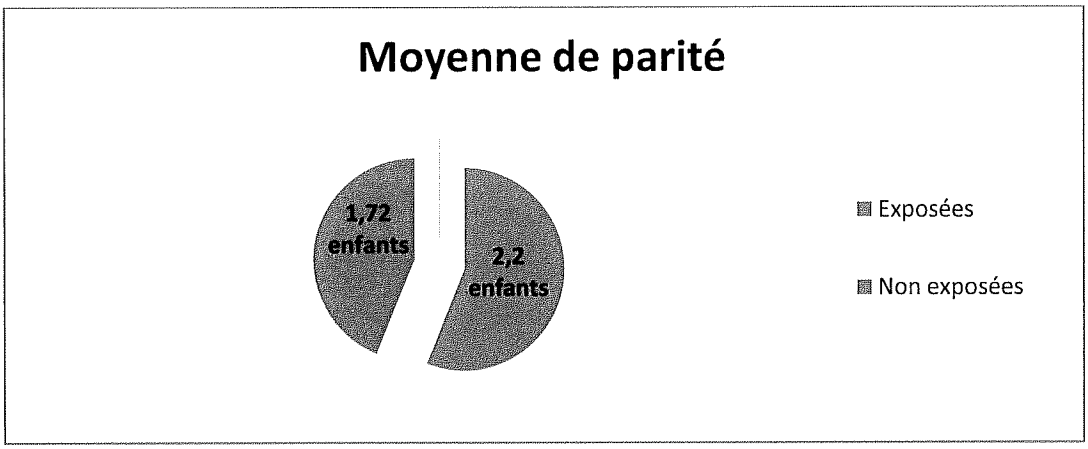
1.3.1. Population générale

Moyenne de parité	1,96
Ecart-type	1,32
Minimum	1
Maximum	8

La moyenne de la parité, toute population confondue est de 1,96 enfant.

1.3.2. Population exposée et non exposée

On a comparé la moyenne de la parité des deux groupes de femmes :



Graphique 4 : Moyenne de la parité en fonction de l'exposition ou non à l'obésité

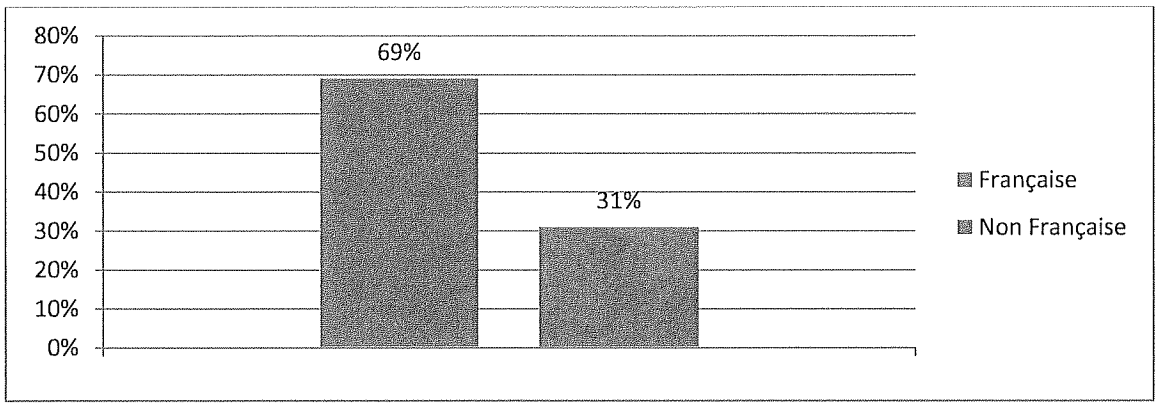
On peut voir ici que la moyenne de la parité chez les femmes exposées à l'obésité est plus importante : 2,2 enfants pour les femmes exposées à l'obésité contre 1,72 pour les femmes non exposées.

Le p=0,018, ce qui signifie qu'il existe une différence significative entre les femmes obèses et non obèses sur leur parité.

1.4. Origine de la population

On a classé la population en catégorie Française et non Française

1.4.1. Population générale

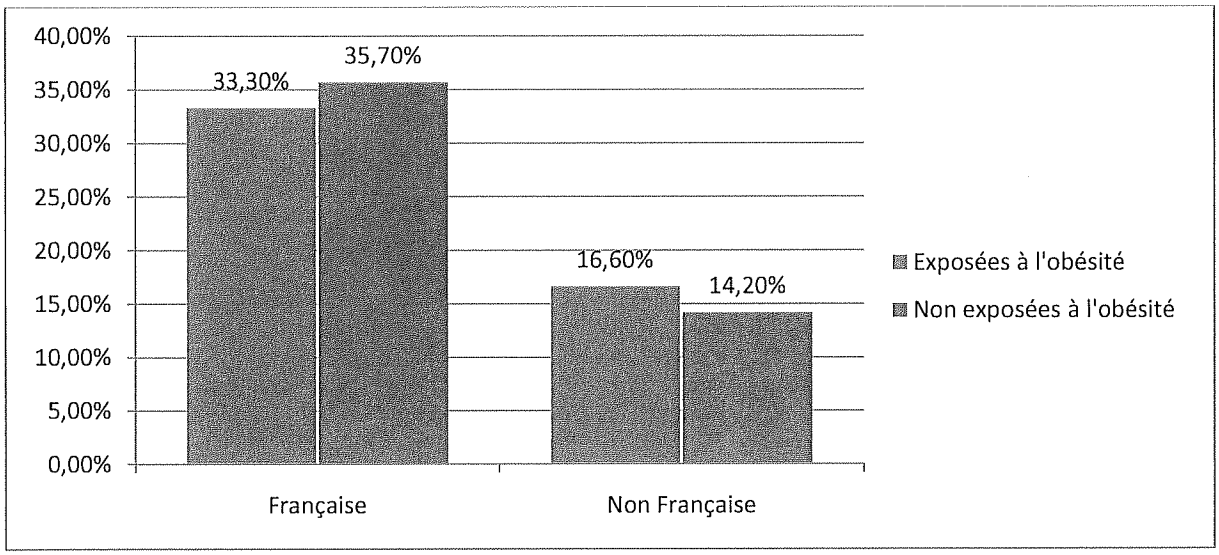


Graphique 5 : Origine de la population générale

La population étudiée est majoritairement française à 69% contre 31% de femmes de nationalités différentes.

1.4.2. Population exposée et non exposée

Il y a dans cette étude 35 femmes obèses d'origine étrangère et 30 femmes étrangères de poids normal.



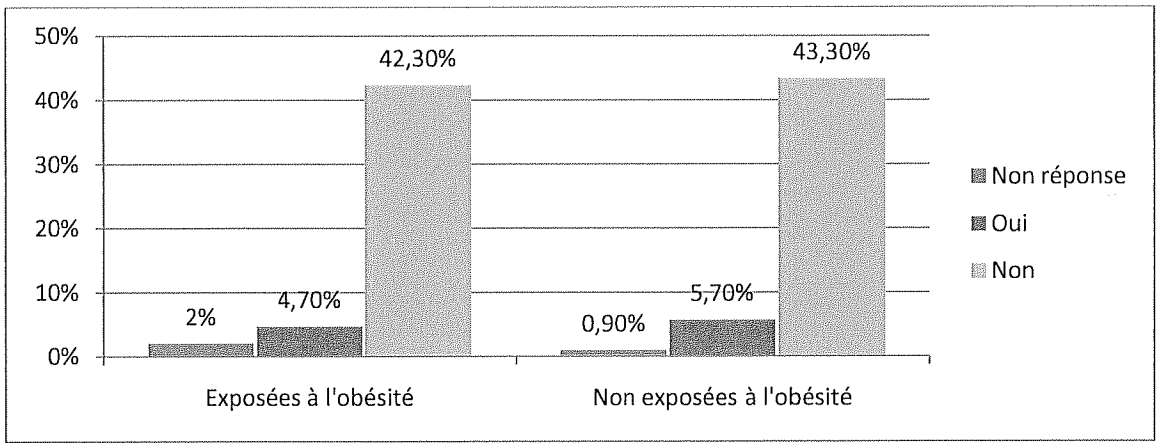
Graphique 6 : Origine dans chaque groupe

On voit sur cette étude qu'il y a 69% des femmes de l'étude qui sont françaises, dont 35,7% de poids normal. Dans la population des étrangères, on note davantage de femmes obèses.

Le p=0,558, ce qui est peu significatif. L'origine des femmes obèses est comparable à celle des femmes non obèses.

2. Apparition de pathologies

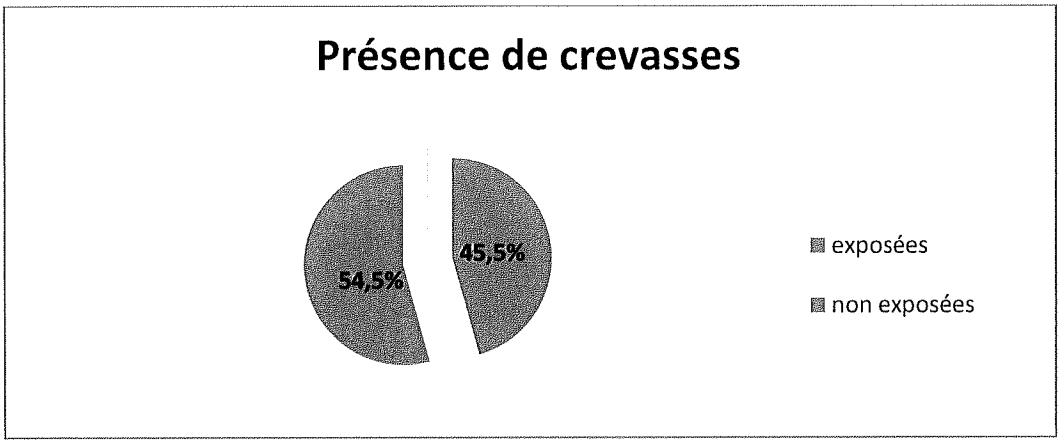
2.1. La présence de crevasse



Graphique 7 : Répartition des crevasses dans les deux populations

On voit que 4,7% des exposées à l'obésité ont des crevasses et 42,3% n'en présentent pas.

On voit également que 5,7% des femmes non exposées à l'obésité ont des crevasses contre 43,3% qui n'en présentent pas.



Graphique 8 : Secteur de la répartition des crevasses dans les deux populations

On retrouve 45,5% de femmes qui ont eu des crevasses en maternité étaient obèses contre 54,5% de femmes avec un poids normal.

Les résultats montrent un p=0,894. On ne retrouve donc pas de différence significative pour la présence de crevasses chez les femmes obèses et non obèses.

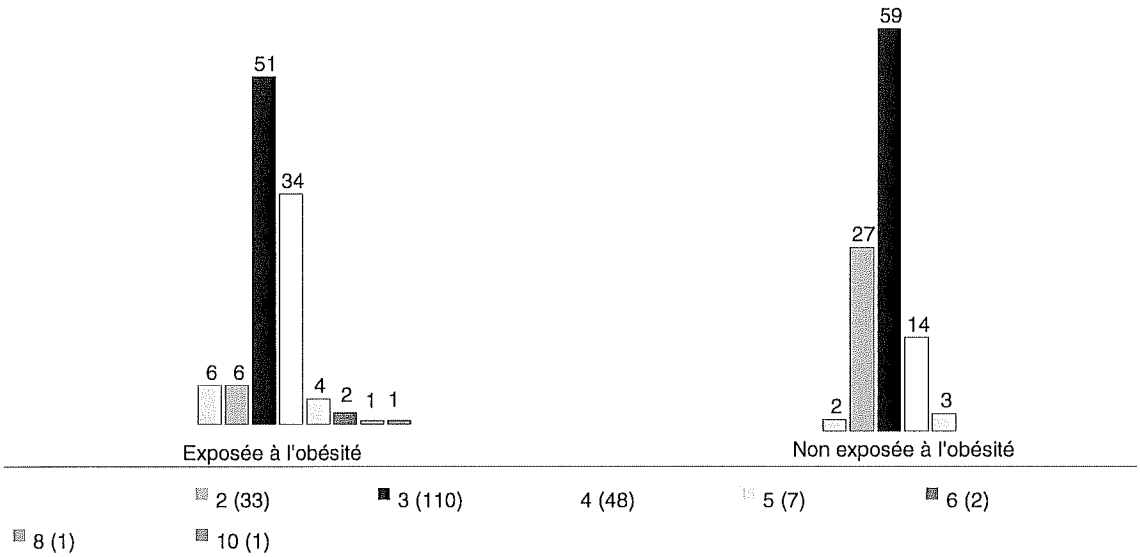
2.2. La montée de lait

- Dans un premier temps, on a considéré le jour de la montée de lait de chaque personne, et établi des moyennes et des comparaisons entre les exposées et non exposées

En moyenne, les résultats montrent que la montée de lait se fait au 3,55^{ème} jour pour les femmes exposées à l'obésité. Pour celles qui n'y sont pas exposées, la montée de lait se fait plutôt au 2,93^{ème} jour des suites de couches.

L'écart type est plus faible chez les femmes non exposées à l'obésité, ce qui veut dire que les résultats de cette catégorie sont proches.

L'intervalle de confiance ne comprenant pas 1, l'analyse est fiable.

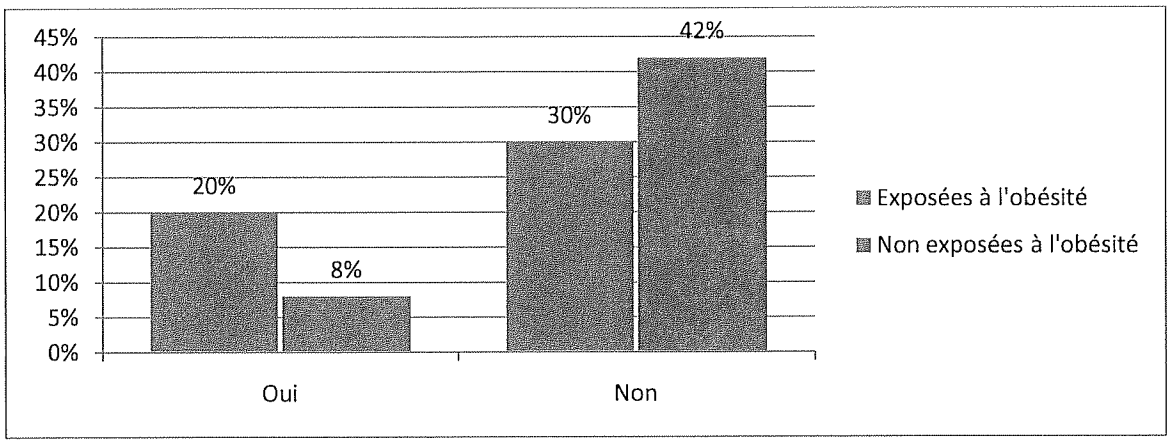


Graphique 9 : Jour de la Montée de lait dans la population étudiée.

On note que chez les femmes exposées à l'obésité, la montée de lait se fait majoritairement entre le troisième et le quatrième jour des suites de couches.

Chez les femmes non exposées à l'obésité, la montée de lait se fait plutôt entre le deuxième et troisième jour des suites de couches.

- Dans un deuxième temps, on a considéré qu'une montée de lait qui s'effectuait après le troisième jour était retardée. On a donc créé une donnée « montée de lait retardée » avec oui/non comme réponse.



Graphique 10 : Montée de lait retardée en fonction de l'exposition à l'obésité.

Sur ce schéma, on note qu'il y a 20% de femmes exposées à l'obésité qui ont une montée de lait retardée contre 8% de femmes qui ne sont pas exposées.

La montée de lait n'est pas retardée pour 30% des femmes obèses et 42% des femmes de poids normal.

Le p=0,001, ce qui signifie qu'il existe bien une différence significative entre les deux groupes pour ce résultat.

On a donc calculé un OR= 3,45, **les femmes obèses ont 3,4 fois plus de risques d'avoir une montée de lait qui se fait après le troisième jour par rapport aux femmes de poids normal.**

Intervalle de Confiance (IC) à 95 % : borne supérieure=1,8 et borne inférieure= 6,6.

L'IC étant strictement supérieur à 1 l'analyse de cette donnée est vérifiée et fiable.

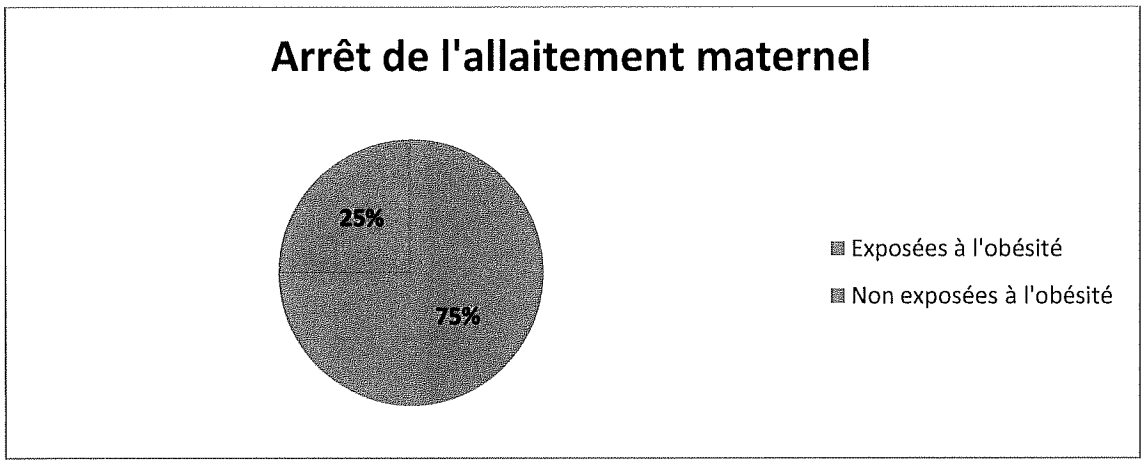
2.3. Les autres données de l'étude

Différentes données ont également été étudiées pour compléter l'argumentation de la problématique et appuyer l'objectif principal :

- L'arrêt de l'allaitement maternel pendant le séjour
- La présentation d'une pathologie au niveau des mamelons/aréoles
- La difficulté de mise au sein
- L'utilisation de tire lait
- L'utilisation de bouts de sein siliconés
- L'utilisation de compléments

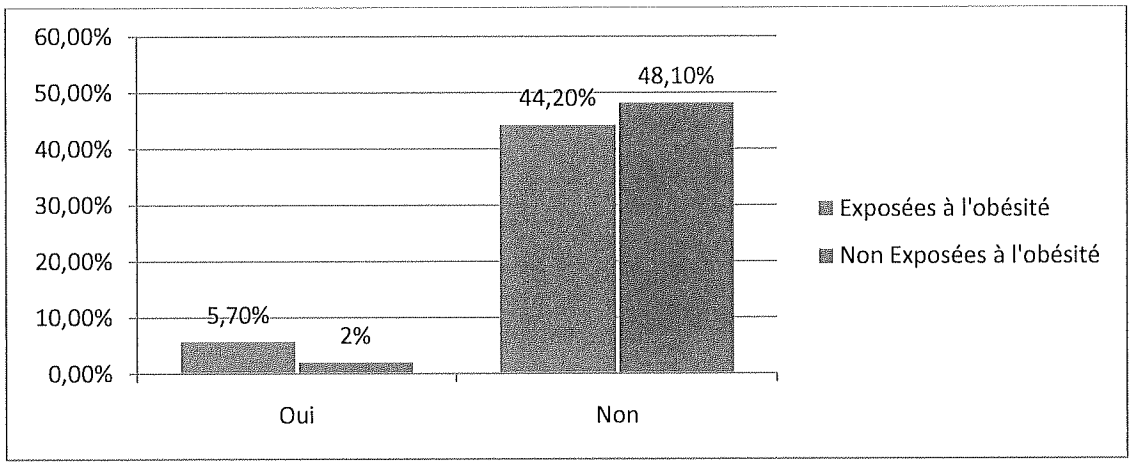
2.3.1. Arrêt de l'allaitement maternel

J'ai étudié cette variable sur la durée du séjour en maternité (en moyenne 4 jours).



Graphique 11 : Répartition des arrêts d'allaitement maternel dans la population étudiée.

Les résultats montrent que 75% des femmes qui ont décidé d'arrêter l'allaitement maternel dans les 4 premiers jours sont obèses contre 25% des femmes de poids normal.



Graphique 12 : Répartition de l'arrêt de l'allaitement maternel durant le séjour dans la population étudiée.

On voit sur ce graphique 5,7% des femmes qui arrêteront l'allaitement maternel seront des femmes exposées à l'obésité contre 2% pour les femmes de poids normal.

On obtient ici un p=0,065, ce qui est assez significatif pour cette étude.

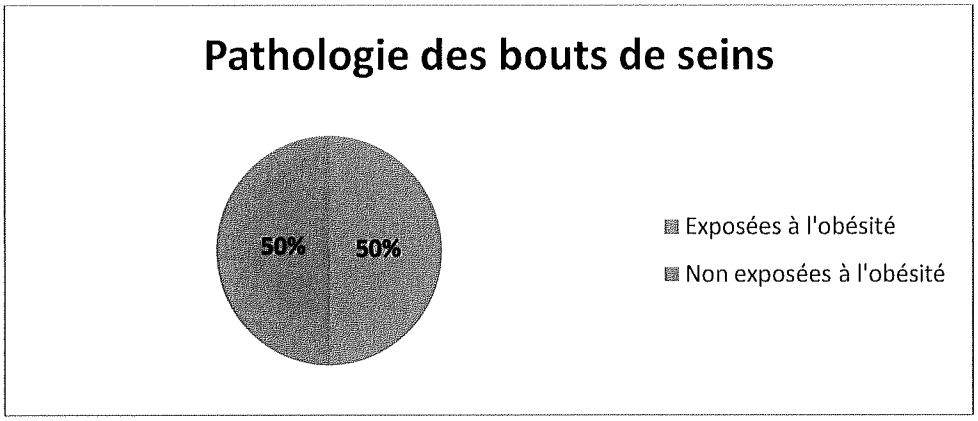
L'odds ratio (OR)= 3,2581. **On peut estimer qu'il y a 3,25 fois plus de risques chez les femmes obèses d'arrêter l'allaitement maternel précocement par rapport aux femmes non obèses**.

Intervalle de Confiance (IC) à 95 % : borne supérieure=1,01 et borne inférieure= 10,45.

L'IC étant strictement supérieur à 1 l'analyse de cette donnée est vérifiée et assez fiable.

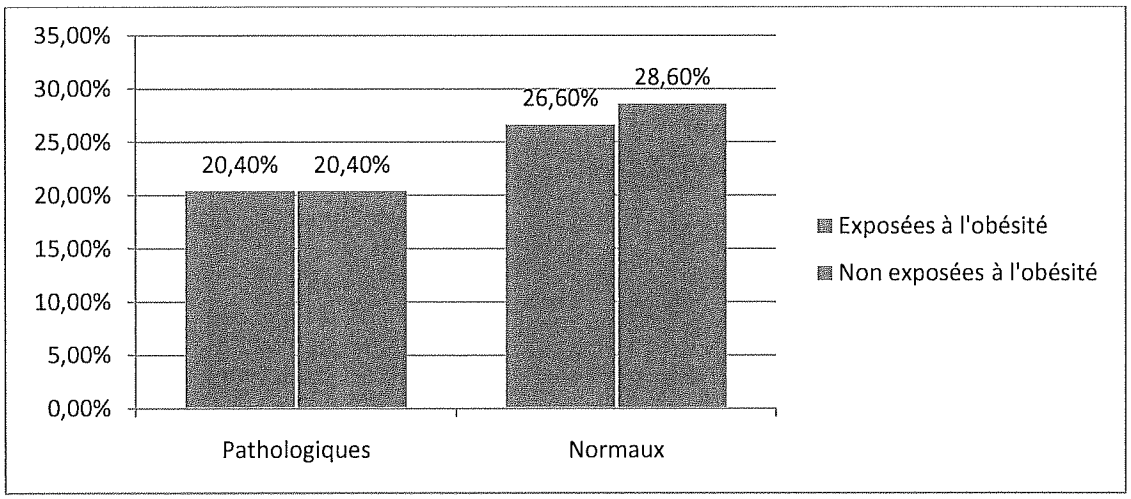
2.3.2. Présentation d'une pathologie des aréoles/mamelons

Cette variable m'a permis de comparer la présence de pathologies différentes des crevasses au niveau des bouts de sein. La gravité de la pathologie n'est pas mesurée, le but est surtout de la quantifier.



Graphique 13 : Présence d'une pathologie au niveau des bouts de sein dans la population étudiée.

Dans le groupe des femmes exposées à l'obésité, on a constaté 43,4% de pathologies au niveau des bouts de seins contre 41,7% dans le groupe des femmes non exposées à l'obésité. Si on considère uniquement les résultats positifs de pathologies de bouts de seins, c'est-à-dire en ne prenant pas en compte les non-réponses, il y en a eu autant chez les femmes obèses que chez les femmes de poids normal.



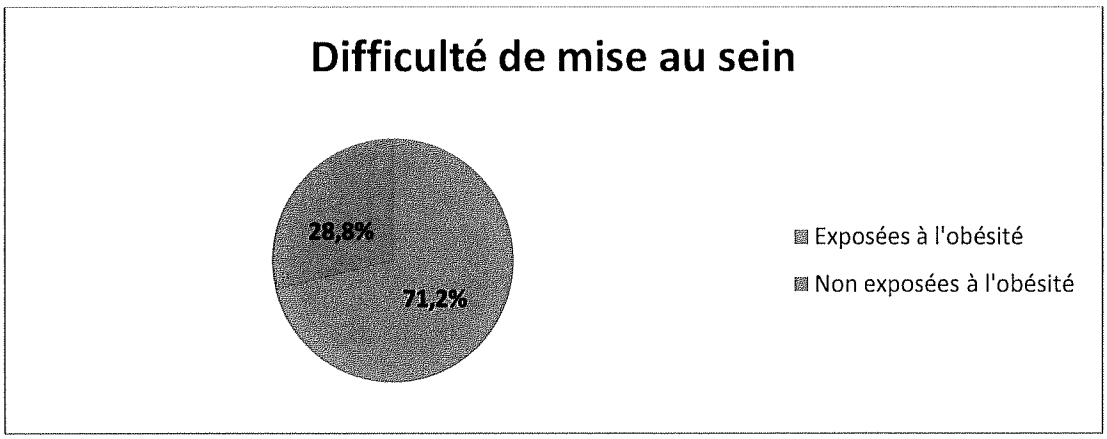
Graphique 14 : Etat des bouts de sein dans la population étudiée.

Sur ce graphique il ressort qu'il y a eu 20,4% de femmes de poids normal et 20,4% de femmes obèses qui ont présenté une pathologie au niveau de leur bout de sein.

Le p=0,917, l'étude est peu significative au niveau de cette variable.

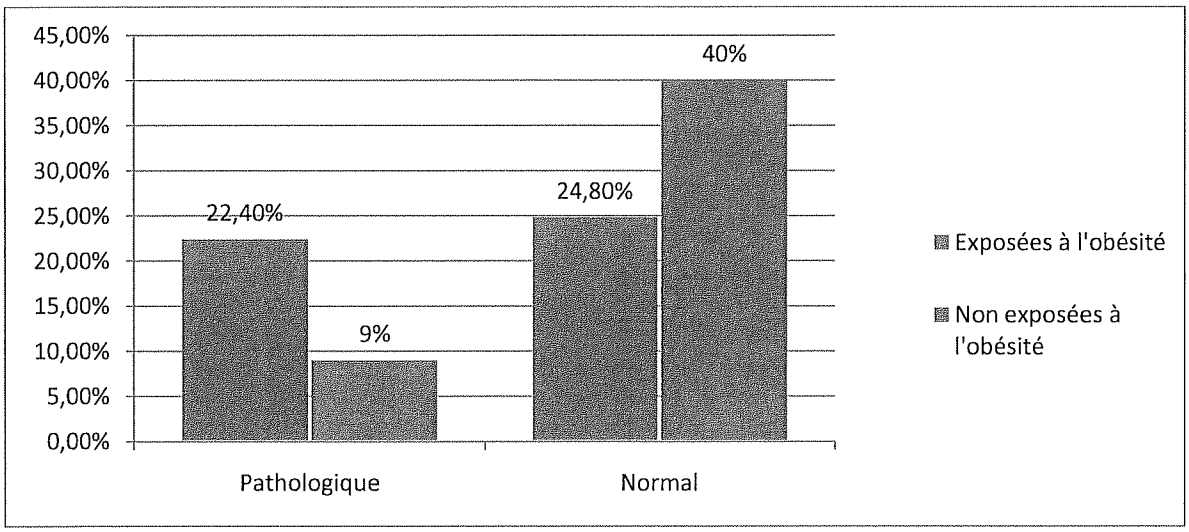
2.3.3. Mises au sein

Cette donnée est nécessaire pour évaluer le déroulement de la mise au sein durant le séjour. Les mises au sein difficiles ont été appréciées comme telles par les soignants et retranscrites sur *Filemaker*.



Graphique 15 : Répartition des mises au sein difficiles dans la population étudiée.

On retrouve que 71,2% des femmes qui ont présenté des difficultés de mise au sein étaient obèses contre 28,8% de femmes non obèses.



Graphique 16 : Mise Au sein dans la population étudiée.

On voit sur ce graphique que 22,4% des femmes obèses ont présenté des difficultés à la mise au sein contre seulement 9% chez les femmes de poids normal.

L'étude nous donne un p=0,001. On a donc une différence très significative entre les deux groupes.

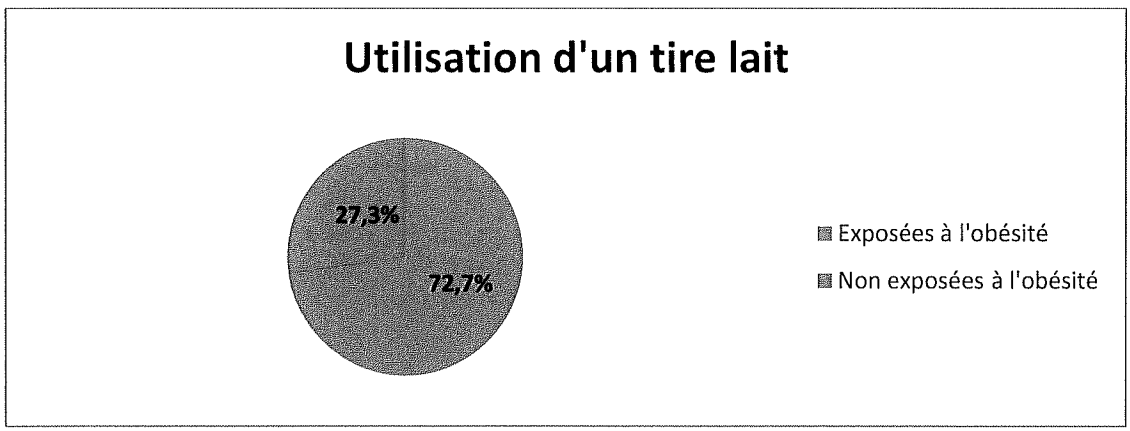
L'OR est de 3,99. **Il y a donc 3,99 fois plus de risques de présenter une pathologie au niveau des bouts de sein si la femme est exposée à l'obésité.**

Intervalle de Confiance à 95 % : borne supérieure=2,11 et borne inférieure= 7,54.

L'IC étant strictement supérieur à 1 l'analyse de cette donnée est vérifiée et fiable.

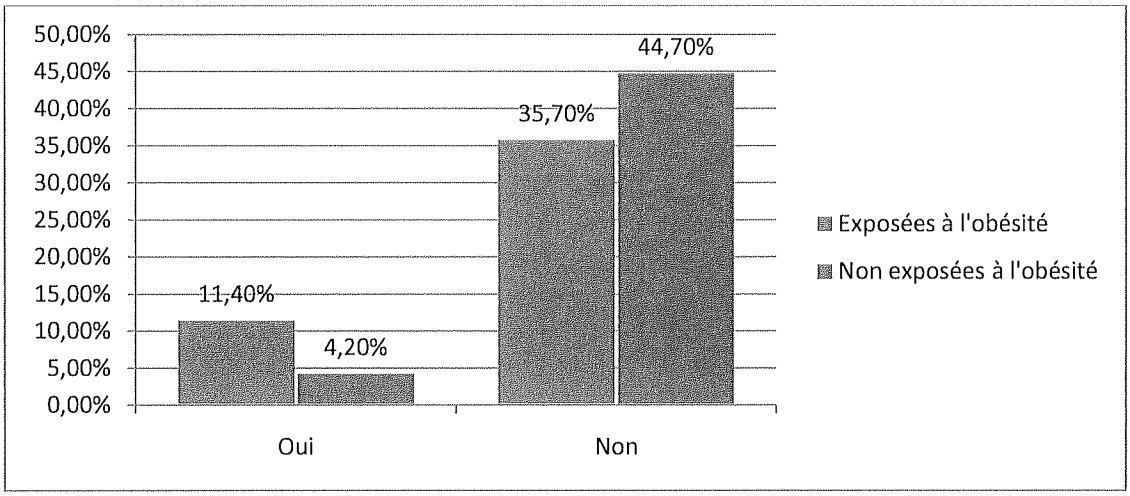
2.3.4. Utilisation de tire lait

Cette donnée permet de savoir s'il y a eu nécessité d'une intervention plus spécialisée. En effet, à l'HME de Limoges, on utilise souvent des tire-lait pour stimuler la production de lait ou lors des échecs de mise au sein, pour complémenter le nouveau-né avec le lait de sa mère.



Graphique 17 : Répartition de l'utilisation du tire lait en fonction de l'exposition à l'obésité.

Sur le temps de l'étude, 72,7% des femmes qui ont utilisé un tire lait étaient exposées à l'obésité contre 27,3% des femmes de poids normal.



Graphique 18 : Utilisation tire-lait dans la population étudiée.

On voit sur ce graphique qu'il y a eu 11,4% de femmes obèses qui ont eu recours à un tire lait contre 4,2% chez les femmes non exposées à l'obésité.

L'étude nous donne un p=0,005. Il y a donc une différence très significative entre les deux groupes concernant l'utilisation du tire lait.

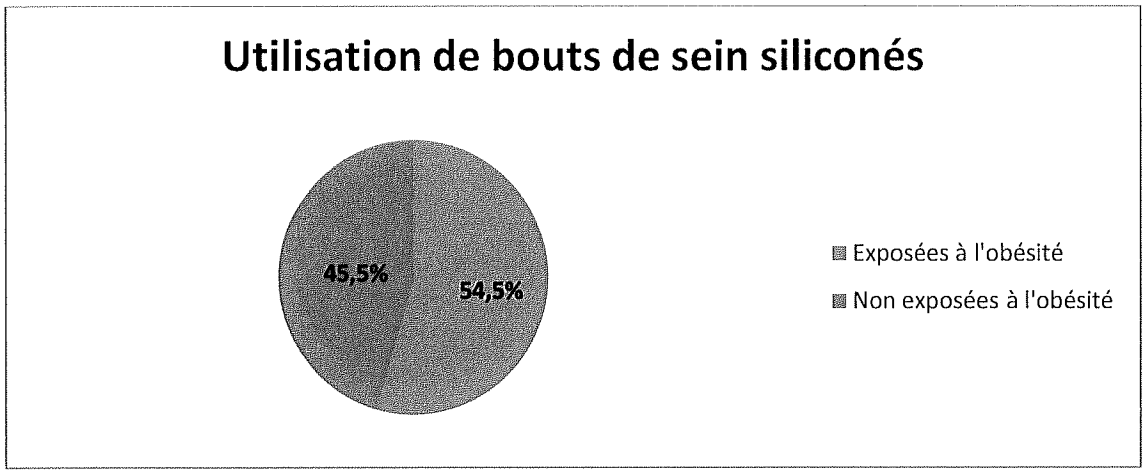
L'OR est de 3,34. **Il y a donc 3,34 fois plus de risques d'utiliser un tire lait si la femme est exposée à l'obésité.**

Intervalle de Confiance à 95 % : borne supérieure=1,46 et borne inférieure= 7, 6.

L'IC étant strictement supérieur à 1 l'analyse de cette donnée est vérifiée et fiable.

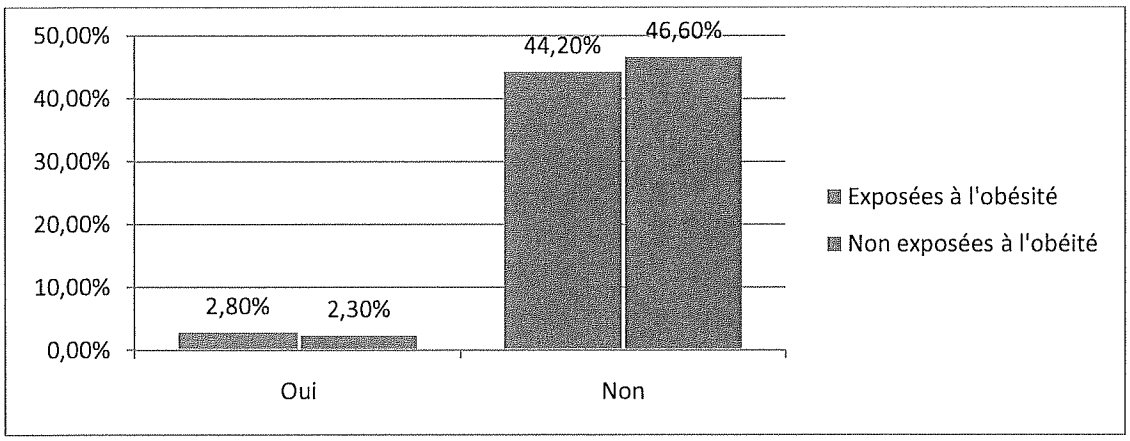
2.3.5. Utilisation de bouts de sein siliconés

Cette donnée, de la même façon que la précédente, renseigne sur la nécessité de faire intervenir les autres moyens à disposition dans le service pour aider aux mises au sein.



Graphique 19 : Répartition de l'utilisation des bouts de sein siliconés dans la population étudiée

Sur ce secteur, on voit que 54,5% des femmes qui ont utilisé des bouts de seins siliconés sur la période de l'étude étaient des femmes obèses contre 45,5% des femmes de poids normal.



Graphique 20 : Utilisation de bouts de seins siliconés chez les exposées et non exposées.

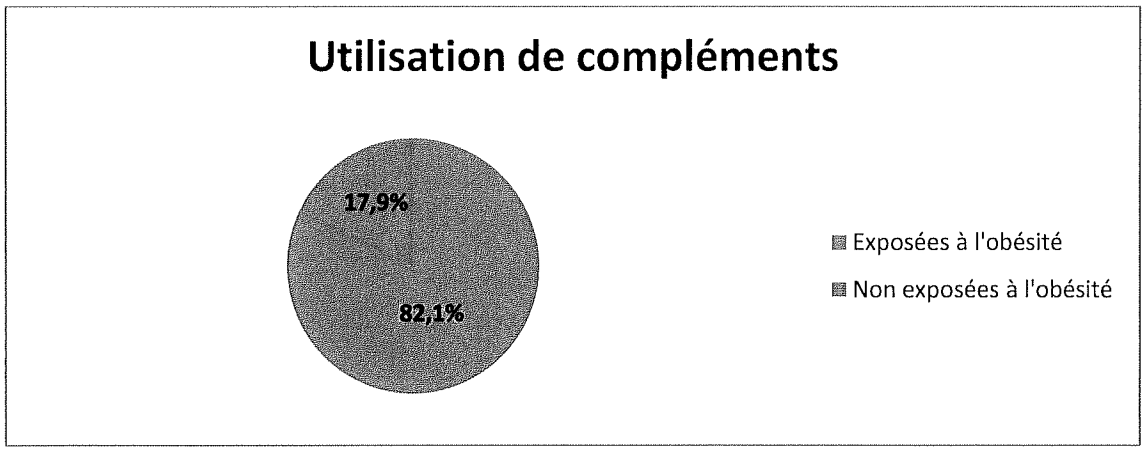
Sur ce graphique, on voit qu'il y a 2,8% de femmes obèses qui ont eu recours aux bouts de sein siliconés contre 2,3% femmes avec un poids normal.

Cette étude nous donne un p=0,944. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes.

De plus, les données recueillies sont insuffisantes pour parvenir à un résultat interprétable. On ne trouve donc pas de différence significative entre les deux groupes de patientes.

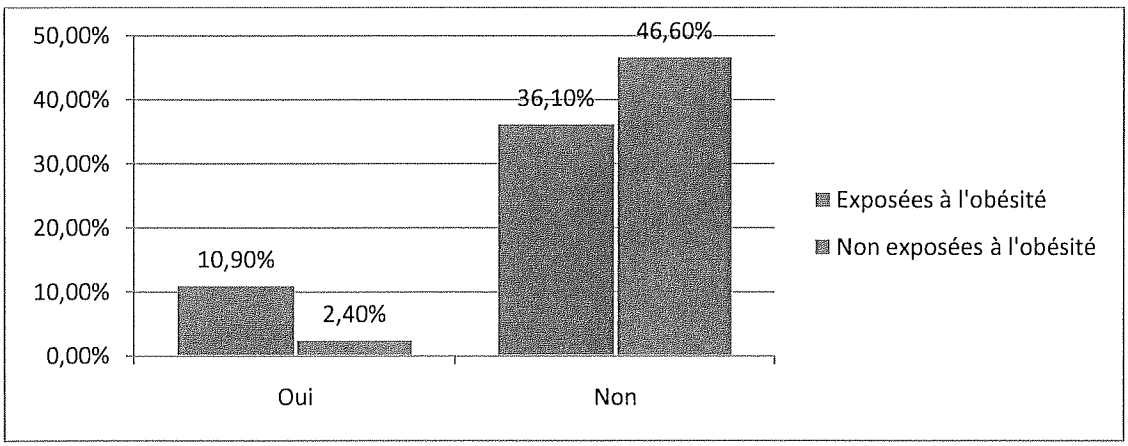
2.3.6. Utilisation de compléments

Cette donnée est intéressante car elle nécessite une intervention spécialisée des soignants. En effet, les compléments sont introduits surtout lorsque le nouveau-né présente des difficultés lors des mises au sein et qu'il ne tête pas suffisamment dans la journée. Cette estimation est laissée à l'appréciation de la sage-femme qui décide ou non d'introduire des compléments. Les femmes choisies pour cette étude font un allaitement maternel strict, l'introduction de compléments indique donc une défaillance des mises au sein.



Graphique 21 : Répartition de l'utilisation de compléments dans la population étudiée.

Sur ce secteur, on note que durant la période de l'étude, 82,1% des femmes de l'étude qui ont eu recours aux compléments sont obèses. Seulement 17,9% qui y ont également eu recours ont un poids normal.



Graphique 22 : Utilisation de Compléments en fonction de l'exposition à l'obésité.

Dans notre étude, il y a eu 10,9% de femmes obèses qui ont eu recours aux compléments contre 2,4% de femmes de poids normal.

L'étude nous donne un p=0,001. Il y a donc une différence très significative entre les deux groupes.

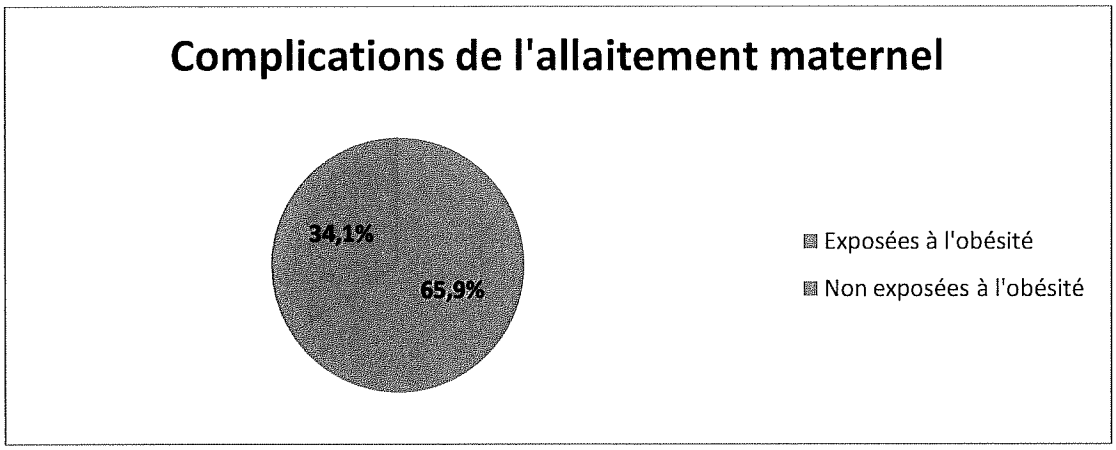
L'OR est de 5,93. Sur cette donnée, il ressort donc **que les femmes obèses ont 5 fois plus de risques d'introduire des compléments lors de leur séjour en maternité**.

Intervalle de Confiance à 95 % : borne supérieure=2,15 et borne inférieure= 16,32.

L'IC étant strictement supérieur à 1 l'analyse de cette donnée est vérifiée et fiable.

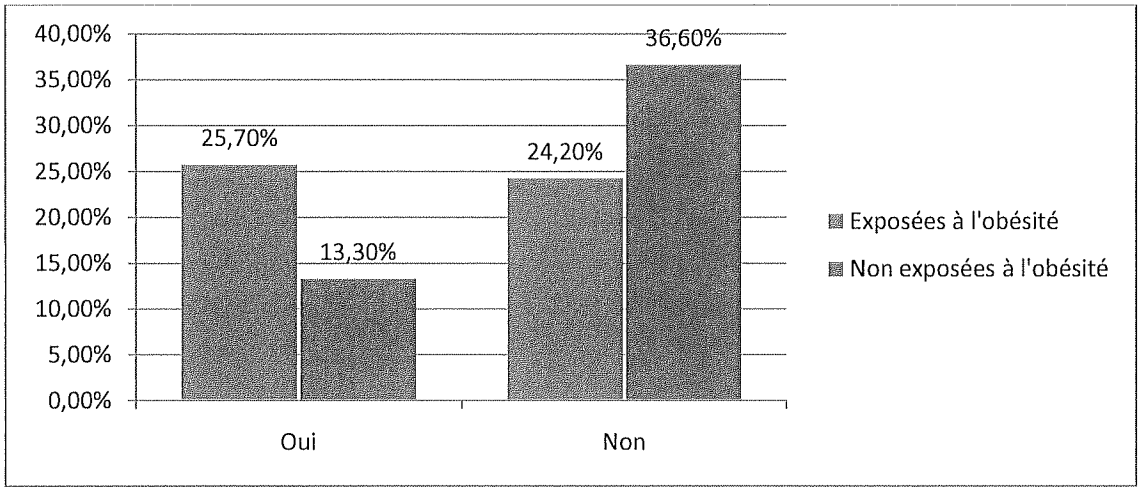
2.4. Les complications de l'allaitement

Cette donnée correspond à au moins deux complications mineures. Ainsi, lorsqu'une femme allaitante présentera au minimum deux des pathologies citées précédemment dans le chapitre 2.3. ci-dessus, on considérera qu'elle aura présenté des complications de l'allaitement maternel.



Graphique 23 : Répartition des complications de l'allaitement maternel dans la population étudiée.

D'après ces résultats, 65,9% des femmes ayant présenté des complications face à l'allaitement maternel étaient exposées à l'obésité contre 34,1% des femmes de poids normal.



Graphique 24 : Présence de complications de l'allaitement en fonction de l'exposition à l'obésité.

Il y a 25,7% de femmes obèses qui ont présenté des complications de l'allaitement maternel contre 13,3% de femmes de poids normal.

L'étude donne un p=0,001. Cette étude montre une différence très significative entre les deux groupes exposés ou non à l'obésité.

L'OR calculé est de 2,91. **Il y a donc 2,91 fois plus de risques de présenter une complication de l'allaitement maternel durant le séjour en maternité si la femme est obèse.**

Intervalle de Confiance à 95 % : borne supérieure=1,63 et borne inférieure= 5,18.

L'IC étant strictement supérieur à 1 l'analyse de cette donnée est vérifiée et fiable.

II. Discussion

II. La discussion

1. L'étude

1.1 La population étudiée

Dans cette étude, 210 cas ont été inclus : pour les exposées : 105 femmes obèses allaitantes et pour le groupe des non exposées : 105 femmes allaitantes avec un IMC normal.

L'étude ne nécessitait que 51 cas exposés et 51 cas non exposés pour être significative. Avec Mon maître de mémoire, Mr. Le Pr. Aubard, nous avons décidé de doubler l'effectif de l'étude pour la rendre plus forte.

L'objectif principal de cette étude est d'étudier le rôle de l'obésité maternelle dans la mise en route et le déroulement de l'allaitement maternel.

1.2 Les points forts de l'étude

- La puissance de l'étude

Le nombre de sujets nécessaires ayant été doublé, l'étude donne des résultats plus fiables et plus applicables à la population limousine. De plus, les femmes ayant un IMC compris entre [25-30[ont été exclues pour ajouter de la puissance à l'étude. En effet, ces IMC ne sont pas pathologiques mais ne peuvent pas être inclus dans la définition de la normalité vue dans la première partie.

- L'étude permet de sensibiliser le personnel médical à l'intervention de facteurs externes dans la mise en place de l'allaitement maternel.

En effet, lors de la distribution de mon questionnaire, personne ne semblait penser que des facteurs tels que l'obésité pouvaient jouer un rôle dans le bon déroulement de l'allaitement maternel. Ceci permet de remettre à jour les connaissances et certitudes pour envisager l'éventualité de l'intervention du poids de la femme dans un allaitement au sein.

1.3 Les points faibles de l'étude

- Le manque de données sur le vécu de l'allaitement

L'étude par questionnaire ayant été abandonnée, je me suis basée uniquement sur le recueil de données de *Filemaker*, il nous manque donc le ressenti des patientes sur l'allaitement maternel. J'ai effectivement parlé de l'altération de l'image du corps chez les femmes obèses, les rendant plus pudiques et moins réceptives aux conseils. On ne peut pas vérifier cette affirmation dans la population étudiée. En effet, les informations recueillies sont purement statistiques, sans aucune appréciation de la part des femmes incluses dans l'étude. On ne peut donc pas connaitre leur état psychologique lors de la mise en route de l'allaitement. Ce jugement est remis uniquement à l'appréciation de la sage-femme.

- Manque de précision sur certaines données

Certaines données qui étaient approfondies dans le questionnaire n'ont pas pu être mises en évidence avec *Filemaker*. En effet, nous ne saurons pas, par exemple, quelles positions d'allaitement sont préférées par chaque groupe. Cette donnée aurait pu être utile pour aider à l'amélioration de la prise en charge des allaitantes.

1.4 Les biais de l'étude

- Les biais de nature humaine

En effet, ce recueil de données s'est basé uniquement sur la retranscription des transmissions par les sages-femmes, sans prendre en compte des éventuelles erreurs ou oublis. Par exemple, il a été assez

rare de retrouver des transmissions écrites sur l'utilisation des bouts de sein siliconés. Pourtant, un espace a été spécialement conçu dans le logiciel pour cette donnée. Le caractère récent de ce recueil possible n'a probablement pas favorisé sa retranscription, peut-être par manque d'habitude.

- Le biais de la précision

Il a été difficile d'étudier certaines données. Par exemple, lors de l'utilisation d'un tire lait, la difficulté a été de différencier les compléments de lait artificiel des compléments de lait maternel puisque cette notion est retranscrite de la même manière sur le logiciel, quel que soit le type de lait. Si le complément était du lait maternel, il était alors assimilable à la donnée « utilisation d'un tire-lait » et non « utilisation de compléments ». En effet, cette dernière donnée n'est interprétable que si le lait utilisé est artificiel. Pour limiter ce biais, j'ai exclu du recueil de données les compléments pour lesquels il était précisé « lait maternel ».

J'ai essayé de limiter un autre biais : celui de l'utilisation du tire lait pour limiter les engorgements. En effet, cette façon de l'utiliser constitue un biais majeur à l'interprétation de la donnée. Je ne l'ai donc pris en compte que lorsqu'il était utilisé avant la montée de lait ou le jour de cette dernière. En effet, avant le jour de la montée de lait, on ne voit jamais apparaitre d'engorgement. Cependant, lorsque le tire lait était utilisé le jour de la montée de lait, il était difficile de resituer la chronologie des évènements. J'ai quand même préféré l'inclure pour augmenter mes données, puisqu'en règle générale, les tire lait sont davantage utilisés le jour d'après la montée laiteuse. Le biais est donc encore présent mais limité.

- Limite de l'âge

La population n'a pas pu être décrite en fonction de son âge puisque les effectifs des moins de 20 ans et des plus de 40ans étaient sous représentés, de par la moyenne d'âge de la gestité et de la fécondité. Cependant, on peut noter que les femmes obèses, d'après les données, ont une légère tendance à se regrouper dans la population des 30-40 ans. Celle des femmes de poids normal est davantage représentée dans la tranche d'âge plus jeune des 20-30 ans.

Cette donnée ne constitue pas un biais majeur à notre étude car les écarts entre les deux groupes sont faibles.

- La parité de la population étudiée

D'après les résultats obtenus, la parité de la population exposée à l'obésité est significativement plus élevée que celle des femmes de poids normal. Cela peut constituer un biais pour notre étude.

Mais dans l'hypothèse où une multipare est davantage susceptible d'avoir déjà allaité par rapport à une primipare, les résultats devraient être biaisés dans le sens contraire à notre hypothèse. En effet, on devrait trouver moins de femmes obèses avec des complications liées à l'allaitement maternel puisqu'elles en auraient éventuellement déjà fait l'expérience avec leur enfant précédent.

Ce biais n'est donc pas un handicap puisqu'il va dans le sens de notre étude.

2. Objectif principal

L'objectif principal était d'étudier le rôle de l'obésité maternelle dans la mise en route et le déroulement de l'allaitement maternel.

2.1. Confrontation aux hypothèses

2.1.1. Hypothèses principales

La présence de crevasse

- *Les femmes obèses ont plus souvent des complications lors de l'allaitement maternel, que nous définirons par la présence de crevasses, que les femmes de poids normal.*

Pour étudier cette variable, je me suis basée sur l'appréciation des sages-femmes lors de leurs examens cliniques quotidiens.

D'après les résultats obtenus, il n'y a pas de différence significative sur la présence de crevasses entre les deux groupes, on a même retrouvé sur cette étude, davantage de crevasses chez les femmes de poids normal que chez les femmes obèses.

L'hypothèse principale n'est donc pas validée ; Les femmes obèses n'ont pas davantage de crevasses que les femmes non obèses lors de l'allaitement au sein.

L'effectif des crevasses trouvé était trop faible pour pouvoir établir des corrélations avec d'autres facteurs comme par exemple avec l'arrêt de l'allaitement maternel ou les mises au sein difficiles.

La montée de lait

- La montée de lait est retardée chez les femmes obèses par rapport aux femmes de poids normal.

Pour étudier cette hypothèse, je me suis basée sur l'appréciation des sages-femmes lors de leurs examens cliniques quotidiens retranscrite sur *Filemaker*.

L'étude sur la montée de lait est significative. On retrouve davantage de femmes obèses avec une montée laiteuse qui se fait après le troisième jour des suites de couches, donc retardée par rapport aux autres.

L'hypothèse est donc vérifiée : on peut donc supposer qu'un IMC≥30 pourrait ralentir le processus de la lactogénèse.

On peut penser qu'une montée de lait retardée peut être due à une mauvaise succion lors des premiers jours, avec une mauvaise stimulation des récepteurs. Ce critère est étudié par la suite.

Cependant, on peut aussi corréler le retard de la montée de lait à un taux de césarienne plus élevée chez les femmes obèses. En effet, une des conséquences de la césarienne est de diminuer le taux de peau à peau à la naissance et donc de mise au sein précoce. Ce facteur pourrait donc éventuellement influencer la montée de lait, puisqu'il n'y aurait pas eu de stimulation précoce des récepteurs de l'aréole.

Ainsi, cette donnée apporte une piste de réponse à l'objectif principal : l'obésité joue un rôle néfaste dans la mise en place de l'allaitement maternel puisqu'il désavantage les femmes qui y sont exposées en retardant la montée de lait d'un jour en moyenne par rapport aux femmes de poids normal.

2.1.2. Hypothèse secondaire

- *Les femmes obèses se dirigent moins spontanément vers l'allaitement maternel que les femmes ayant un poids normal.*

Cette hypothèse n'a été étudiée qu'à partir des données essentiellement descriptives de *Filemaker* durant l'année 2010.

D'après les résultats, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes. On retrouve la même proportion d'allaitement maternel chez les femmes obèses que chez les femmes de poids normal.

L'hypothèse n'est pas vérifiée. La motivation pour allaiter est la même chez les femmes obèses et les femmes de poids normal. La pudeur et l'image du corps n'intervient donc pas dans la décision de ces femmes d'allaiter.

2.2. Autres éléments pour répondre à l'objectif

2.2.1. Pathologies des bouts de sein

Cette donnée n'a pas mis en évidence une différence significative entre les deux groupes. Il n'y a donc pas plus de pathologies au niveau des bouts de sein chez les femmes exposées à l'obésité que chez les femmes de poids normal.

On note cependant un taux élevé dans les deux groupes : plus de 40% de pathologies au niveau de l'aréole pour le groupe des exposées à l'obésité et celui des non exposées à l'obésité.

2.2.2. Difficultés de mise au sein

L'étude montre qu'il y a significativement plus de difficultés de mise au sein chez les femmes obèses.

- On peut confronter cette donnée aux pathologies des bouts de sein.

Mais l'étude précédente sur la pathologie des bouts de sein ne démontrant pas une différence significative entre les deux groupes, contrairement à celle des difficultés de mise au sein, on peut supposer :

- soit que les variables sont indépendantes.

Les difficultés de mise au sein ne seraient donc pas liées à une pathologie de l'aréole. On peut émettre l'hypothèse que cette difficulté proviendrait d'un problème de positionnement du bébé au sein.

Comme nous l'avons vu dans la première partie, les femmes obèses ont une morphologie mammaire modifiée : les seins sont plus lourds. Le positionnement du nouveau-né au sein est donc plus délicat, moins physiologique.

Cependant, un mauvais positionnement, à long terme, provoquerait des rougeurs ou irritations de l'aréole. Or, les deux variables ne sont pas corrélées. Deux solutions s'imposent : soit l'étude s'est faite sur un temps trop court pour constater les dommages liés à un mauvais positionnement du bébé, soit il y a des difficultés de mise au sein plutôt liées à un autre facteur comme la pudeur, la gêne, la maladresse face à une position d'allaitement à adapter pour la morphologie des femmes obèses.

- soit que les pathologies de l'aréole n'influencent pas la mise au sein chez les femmes de poids normal.

On peut penser que les femmes de poids normal supportent mieux les pathologies de l'aréole et qu'elles ont moins d'influence sur leur mise au sein. Plusieurs hypothèses peuvent être émises :

- Peut-être que la morphologie physiologique de ces femmes permet une correction plus rapide et plus aisée du positionnement du bébé au sein, donc plus facile à reproduire.
- Peut-être que les femmes de poids normal sont moins pudiques avec le personnel soignant qui les guide et donc plus à l'écoute des conseils, moins gênées par leur corps pour reproduire ce qui leur a été montré.
- D'après les données sur la parité, les femmes de poids normal sont en majorité des primipares, elles peuvent être donc plus motivées pour ce premier bébé, et donc supporter davantage la douleur.

- On peut également s'interroger sur la relation entre le retard de la montée de lait et les difficultés de mise au sein.

En effet, un enfant qui présente quelques difficultés à téter ne stimulera pas de manière optimale l'aréole. Ce défaut de stimulation pourra alors expliquer que les femmes obèses ont un retard de leur montée laiteuse.

2.2.3. Utilisation d'un tire lait

Sur cette donnée, on note que l'on a plus souvent recours au tire lait dans le groupe des femmes obèses par rapport au groupe des femmes ayant un IMC normal. On l'utilise pour stimuler la montée laiteuse quand les bébés ne sollicitent pas assez l'aréole ou quand il y a des difficultés de mises au sein.

- On peut corréler cette donnée aux difficultés de mises au sein.

Les femmes obèses ont plus de difficultés lors des mises au sein et de ce fait, utilisent davantage un tire lait à défaut de la stimulation par la succion du bébé pour favoriser leur montée de lait. Le nouveau-né sera complémenter avec le lait éventuellement recueilli.

- On peut donc également corréler l'utilisation du tire lait au retard de la montée laiteuse.

En effet, les deux données vont dans le même sens. On pourrait établir un lien qui suggèrerait que les femmes obèses ayant présenté un retard de la montée de lait ont utilisé un tire lait, aussi bien pour stimuler les récepteurs de l'aréole que pour complémenter leur nouveau-né avec le colostrum éventuellement recueilli.

2.2.4. Utilisation de bouts de sein siliconés

Cette donnée ne présente pas assez de résultats pour pouvoir être exploitée. Mais l'utilisation des bouts de sein siliconés est devenue moins fréquente à l'HME de Limoges.

2.2.5. Utilisation de compléments

Cette donnée est difficilement exploitable, puisque, comme je l'ai expliqué dans le chapitre des biais, lors du recueil de données, il n'est pas toujours précisé si le complément est composé de lait artificiel ou de lait maternel après utilisation du tire-lait.

On retrouve cependant un nombre très significatif d'utilisation de compléments chez les femmes obèses.

On peut supposer que son utilisation relève de difficultés de mise au sein puisque les deux données sont significatives dans le même sens.

Mais cette donnée peut aussi être la conséquence d'un retard de la montée de lait. De ce fait, à défaut d'être suffisamment nourri par le lait de sa mère et pour éviter une hypoglycémie chez le nouveau-né, on lui donnera un complément de lait artificiel.

Cependant, l'utilisation de compléments n'est pas corrélée aux pathologies de l'aréole. Il semblerait que ces dernières ne soient pas un critère suffisant pour supplémenter un bébé puisque les femmes de poids normal, ayant le même taux de pathologies des bouts de sein, n'y ont pas davantage recours.

2.2.6. Complications de l'allaitement maternel

Cette donnée est particulièrement intéressante puisqu'elle associe deux des critères vus précédemment. Elle permet de renforcer l'étude.

D'après les résultats, la différence entre les deux groupes est très significative, on en a conclu, sur cette variable, que les femmes obèses ont 2,91 fois plus de risques de devoir faire face à des complications de l'allaitement maternel.

On voit donc clairement sur cette donnée qu'il existe un lien entre l'obésité et la présence de complication de l'allaitement maternel.

Ainsi, cette donnée apporte une autre piste de réponse à l'objectif principal : l'obésité joue un rôle néfaste dans le déroulement de l'allaitement maternel.

2.2.7. Arrêt de l'allaitement maternel

Les résultats obtenus montrent de manière significative que les femmes exposées à l'obésité sont plus susceptibles d'arrêter précocement l'allaitement maternel.

Ce critère a volontairement été mis en dernier dans la discussion puisqu'il est corrélé aux évènements précédents à l'exception de la donnée « utilisation des bouts de sein siliconés ».

L'arrêt de l'allaitement maternel peut également être lié aux difficultés de mise au sein, au retard de la montée de lait ou à l'utilisation de tire lait ou de compléments. En effet, on peut supposer que ces facteurs peuvent décourager la patiente à continuer l'allaitement maternel. Et peut-être découragent-elles davantage les femmes obèses par défaut de motivation ou pudeur (cf. hypothèses du chapitre 2.2.2. « Difficultés de mise au sein »)

En revanche, la pathologie des bouts de sein semble être un critère qui, soit n'influence pas la décision d'arrêter l'allaitement des deux groupes, soit influence uniquement le groupe des femmes exposées à l'obésité. Dans ce dernier cas, les femmes de poids normal supporteraient mieux les complications des bouts de sein que les femmes obèses. On peut également supposer que, dans le groupe des femmes de poids normal, la primiparité joue un rôle sur leur motivation et les incite à persévérer dans leur démarche.

Enfin, le critère le plus notable à corréler est celui des complications de l'allaitement qui sont plus importantes chez les femmes obèses. En effet, cumulées, les pathologies mineures peuvent altérer la motivation de ces femmes déjà fragilisées et mettre en échec leur allaitement maternel.

3. Objectif secondaire

L'objectif secondaire était de comparer les taux d'allaitement maternel chez les femmes obèses et non obèses.

On retrouve, sur l'année 2010, que chez les femmes de poids normal, 62% décident d'allaiter leur enfant au sein, contre 61% chez les femmes obèses. Ce pourcentage est quasi similaire dans les deux groupes et les résultats de l'étude sur ce critère montrent que l'obésité n'interfère pas sur la décision de choisir l'allaitement maternel, comme le suggérait l'hypothèse secondaire.

4. Propositions

4.1. L'information du personnel

Lorsque j'ai mis en place cette étude, il semblait étrange de corréler l'obésité et l'allaitement maternel. Ce facteur semblait « hors sujet ». Mais au fur et à mesure des résultats, des différences se sont dessinées.

Il me semble alors intéressant, dans un premier temps, d'informer le personnel soignant qu'un facteur tel que l'obésité peut entraver le bon déroulement de l'allaitement maternel pour les sensibiliser à l'intervention de facteurs extérieurs. La présence ou l'absence de motivation de la part de la patiente ne serait donc pas le seul élément responsable de la réussite ou de l'échec de l'allaitement maternel. Savoir que les femmes obèses sont désavantagées lors de la mise en place de l'allaitement maternel permettrait peut-être d'introduire moins précocement des compléments de lait artificiel et d'utiliser davantage de moyens pour stimuler l'aréole. En effet, les compléments peuvent être vécus comme un échec par la patiente et contribuer à son découragement.

Ainsi, avec cette information, la compréhension du handicap inciterait à davantage de patience et de soutien de la part du personnel soignant.

4.2. L'information de la patiente

L'information à la patiente peut également être un point intéressant. En effet, bien que la sensibilité de ces femmes soit accrue, il reste indispensable de les informer sur les risques de l'obésité. Il faudrait également les prévenir de la difficulté supplémentaire qu'elles devront affronter lors de la mise en place de l'allaitement maternel. Bien sûr, ces femmes devront être entourées et soutenues. Il faudrait donc une attention et un soutien plus particulier pour ces femmes et peut-être pourrait-on également leur proposer l'aide d'une diététicienne en suite de couches.

4.3. La stimulation précoce

Nous l'avons vu, les femmes obèses ont plus de risque d'avoir une césarienne, et donc de retarder la mise au sein précoce. Il pourrait être intéressant de discuter de la mise en place d'un tire lait en salle de réveil pour favoriser la stimulation des récepteurs de l'aréole à défaut de pouvoir faire des mises au sein dans les deux premières heures après l'accouchement.

On pourrait également penser à des massages aréolaires chez les femmes obèses. En effet, nous avons constaté précédemment que les femmes obèses ont une montée de lait retardée. Pour limiter ce phénomène, peut-être pourrait-on leur apprendre à s'auto-stimuler l'aréole juste avant et juste après la tété pour amplifier la stimulation des récepteurs.

4.4. La position d'allaitement

Les femmes obèses ayant les seins plus lourds, les positions d'allaitement classiques ne conviennent pas forcément à la mère et au bébé. Il faudrait alors trouver une position adaptée pour ces femmes, c'est-à-dire, en revisitant la position classique en fonction de la morphologie du sein. Peut-être la position en ballon de rugby est-elle plus confortable ?

D'une autre manière, il faudrait s'assurer que ces femmes reproduisent correctement les positions montrées et que la pudeur n'intervient pas dans la mise en place de l'allaitement maternel. Pour ce faire, il conviendrait de décentrer l'attention de la mère sur son propre corps pour la centrer sur son bébé en valorisant les bienfaits de l'allaitement pour lui et le lien qu'il entretient entre eux.

Conclusion

Conclusion

Comme nous l'avons vu dans la première partie, La population a tendance à évoluer vers un IMC pathologique. D'autre part, l'allaitement maternel représente plus de 50% des allaitements choisis. Aux vus de l'importance de ces données, il semble important d'étudier le rôle que peut avoir l'obésité sur la mise en place et le déroulement de l'allaitement maternel.

Nous l'avons vu, l'étude montre qu'il existe une corrélation positive entre l'obésité et la difficulté de mise en place de l'allaitement maternel durant le séjour en maternité. Cependant, cette pathologie ne semble pas jouer de rôle dans la décision des femmes d'allaiter.

Les femmes qui ont un IMC>30, le plus souvent multipares, semblent avoir plus de difficultés à mettre leur enfant au sein et le retard de la montée de lait constaté chez ces dernières dans l'étude ne fait qu'alimenter cette boucle infernale.

L'étude, réalisée à l'HME de Limoges, montre que certaines pathologies peuvent interférer dans la mise en place de l'allaitement maternel et l'altérer. L'obésité est probablement une de ces pathologies, mais il semble qu'au-delà de cela, on ait surtout mis en évidence l'importance du rôle que pouvaient avoir des facteurs extérieurs. Il semblerait donc que l'allaitement maternel ne soit plus aussi inné qu'auparavant et que l'évolution de l'Homme perturbe son bon déroulement.

Références bibliographiques

Références bibliographiques

[1]- Dr. ESCHWEGE E., Dr. CHARLES M. A., Pr. BASDEVANT. Enquête INSERM / TNS HEALTHCARE(KANTARHEALTH) / ROCHE. Enquete épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. (2009)

[2]- HANKARD, R. (2008). Pédiatre au CHU de Poitiers. Art : Obésité et allaitement maternel, revue : Réalités en Gynécologie-Obstétrique N° 131, Juin 2008.

[3]- ORS du Limousin. Janvier 2009. Fiche 5-7. Page 1-2

[4]- MINISTERE DE LA SANTE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Dossier de presse. Nutrition et obésité : Nouvelles mesures pour 2008 et évaluation des messages accompagnant les publicités de l'industrie agroalimentaire. Février 2008, p 1-3

[5]- GREGORY A.L. DAVIES, MD, KINGSTON C. MAXWELL, MD, TORONTO, L. MCLEOD, MD, HALIFA , DIRECTIVE CLINIQUE DE LA SOG, N° 239, février 201 p.175-178

[6]- http://www.esthetique.qc.ca/services_fr/seins/augmentation/anatomie.html le 21 mars 2009 à 22h45.

[7]- CORBIER, A., DE SCHEPPER, C., GRAMME, C. JOURET, C. LEURQUIN, M. MOYERSOEN, F. ET AL. (n.d.). Allaitement maternel, guide à l'usage des professionnels de santé. Retrieved from Allaitement maternel. 3ième édition réalisée en 2009 P. 21-24

[8]- RASMUSSEN, K., KJOLHEDE, C. Prepregnant overweight and obesity diminish the prolactin response to suckling in the first week postpartum. Pediatrics 2004, 113.

[9]- D. LACOURSIERE, L. BLOEBAUM, J. DUNCAN, M. VARNER. Population-based trends and correlates of maternal overweight and obesity, Utah 1991-2001. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 192, Issue 3, P.832-839.

[10]-HJ ROWE-MURRAY, JR FISHER. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. Birth 2002; 29(2), p. 124-3.

[11]-C. AUDOUIN. la leache league. Art. Allaiter Aujourd'hui n°65, LLL France, 2005.

[12]- ATLANTIS, E., GOLDNEY, R., & WITTERT, G. Obesity and depression or anxiety. BMJ , 2009, p. 339.

[13]- STRINE, T., MOKDAD, A., BALLUZ, L., GONZALES, O., & BERRY, J. The association of depression and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. Gen Hosp Psychiatry 2008, 127-37.

[14]-AUFFRET-BOULET, F. La leche League. Retrieved from Allaitement et Maternage. Octobre 1989, p.13.

[15]-. HUGUENIN, R. association de recherche cancérologique de Saint-Cloud. Octobre 2005, 15.

[16]-RAILHET, F. Le point sur la Candidose mammaire. Article paru dans « Allaiter Aujourd'hui » N°57. Octobre 2003. p.1-2

[17]-VERGIE HUGHES, R. Article La mycose paru dans Almafil. Octobre 2009, p.1-3.

[18]- AMIR, L., & DONATH, S. A systematic review of maternal obesity andbreastfeeding intention, initiation and duration. BMC Pregnancy Childbirth 2007, 7-9.

[19]-MANIOS, Y., GRAMMATIKAKI, E., KONDAKI, K., LOANNOU, E., ANASTASIADOU, A., & BIRBILIS, M. The effect of maternal obesity on initation and duration of breast-feeding in Greece: The Genesis study. Public Health Nutr. ,2009, 517-524.

[20]- NILSON, J., RASMUSSEN, K., & KJOLHEDE, C. Maternal obesity and breast-feeding success in a rural population of white women. AM J Clin Nutr ,1997, 1371-1378.

[21]-MOK, E., MULTON, C., PIGUEL, L., BARROSO, E., GOUA, V., & CHRISTIN, P. Decreased full breastfeeding, altered practices, perceptions, and infant weight change of prepregnant obese women a need for extra support. Pediatrics , 2008, 1319-1324.

[22]-N. GODON, Pédiatre au CHU Nantes, Obésité maternelle et allaitement, 2008, P.7-15

Bibliographie

Bibliographie

- Olivier Meignen PLD, Président du Collège de la HAS. Haute Autorité de Santé.

- Saint-Denis La Plaine: Liliana Falcoff; 2008 [updated 2008; cited 2009 13/10/2009];Available from.

- The american journal of clinical nutrition. Maternal obesity and breast feeding practices. 2003 Apr;77(4):931-6Li R, Jewell S

- Nutrition Review. Is maternal obesity a cause of poor lactation performance. 2005 Oct;63(10):352-5 .Lovelady CA.

- Allaitement maternel – Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant ANAES / Service recommandations et références professionnelles / mai 2002

- Maternel Cfpla. (2005). Rapport d'élaboration de référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles. HAS , 10.

- Vincent, G. (2006, Octobre 13). France Fhd. Retrieved from Hopital.

Annexes

Annexe I

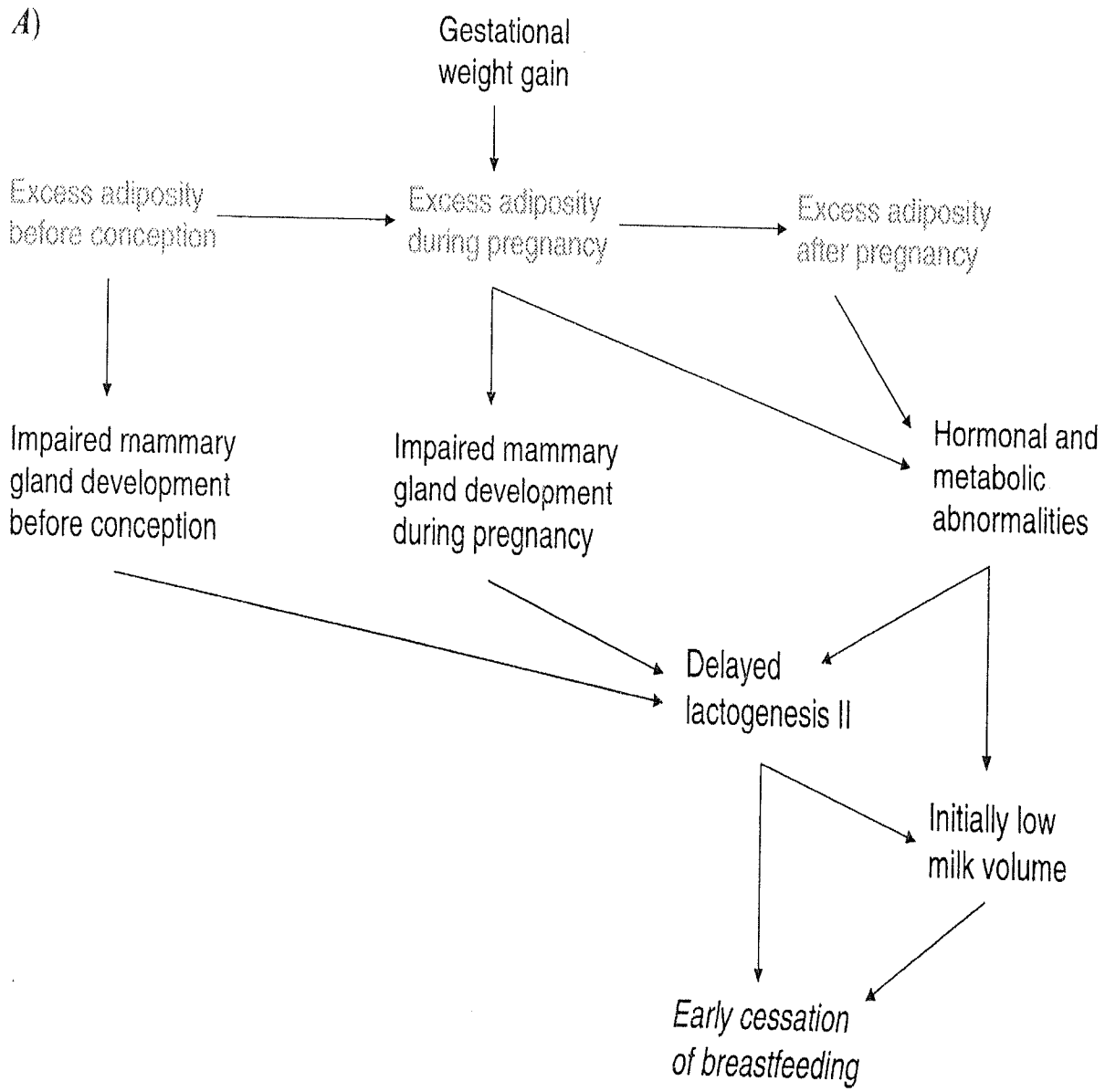


Schéma du possible rôle de l'obésité sur la lactogénèse II.

Annexe II

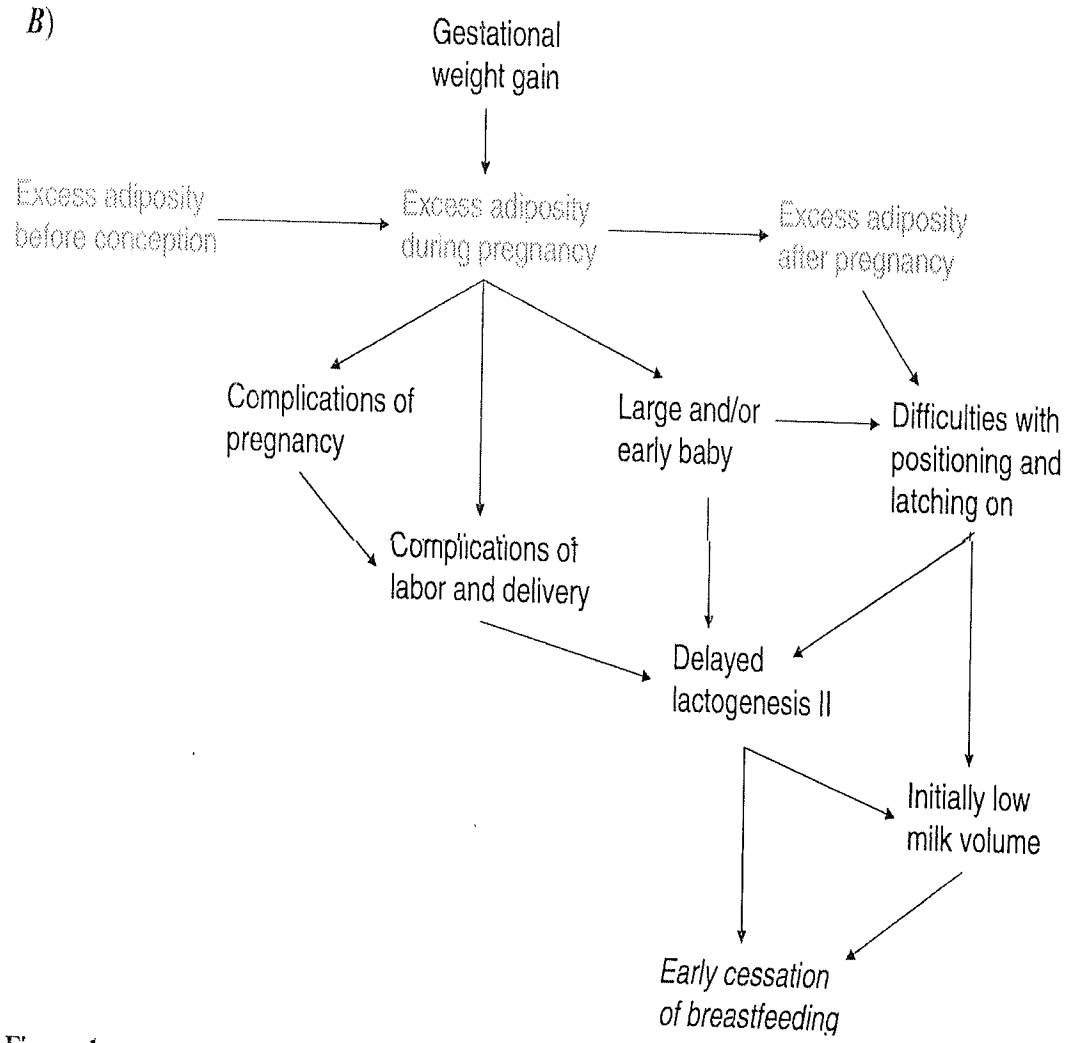


Figure 1

Possible pathways

Schéma possible de l'effet de l'obésité sur la lactogènese II.

Annexe III

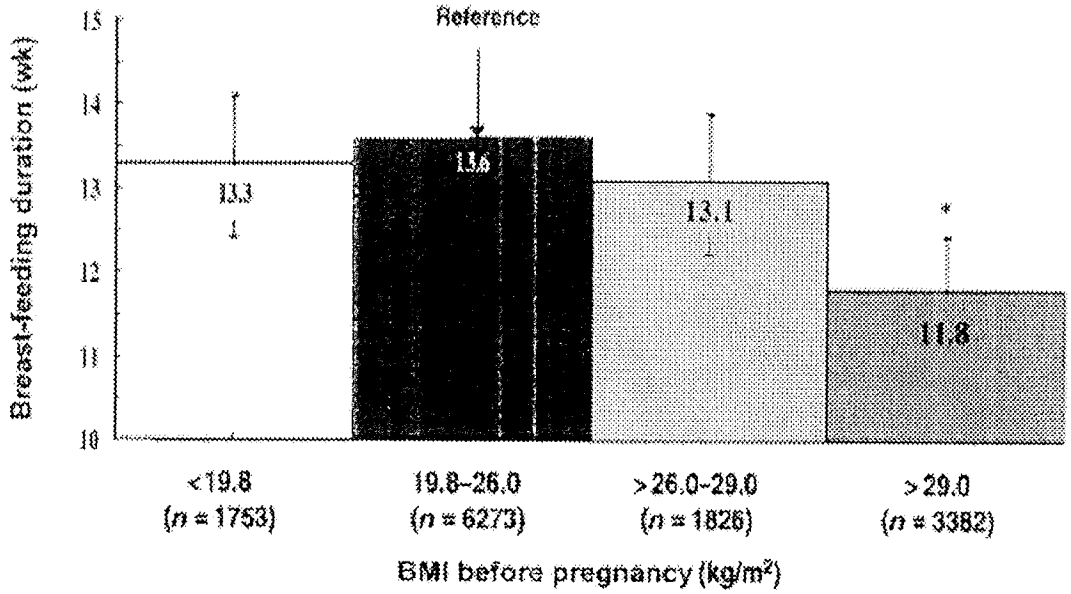
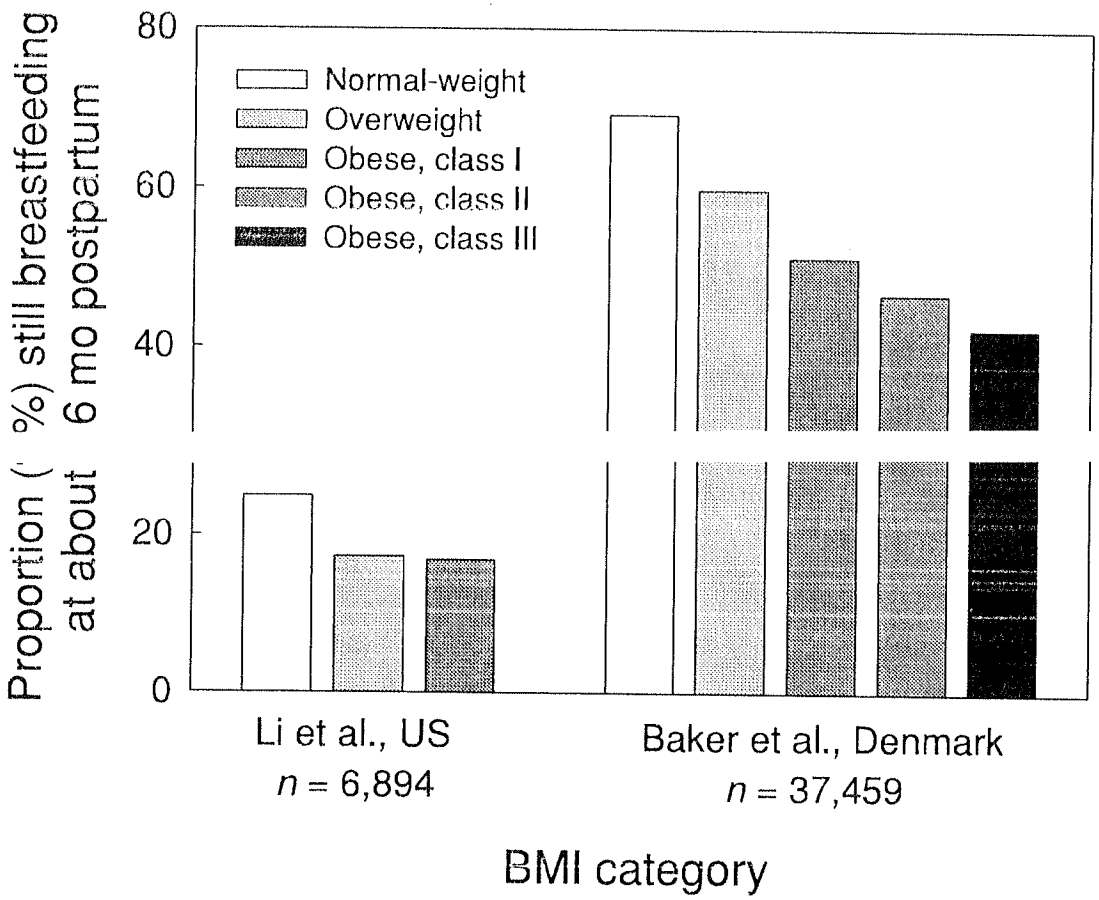


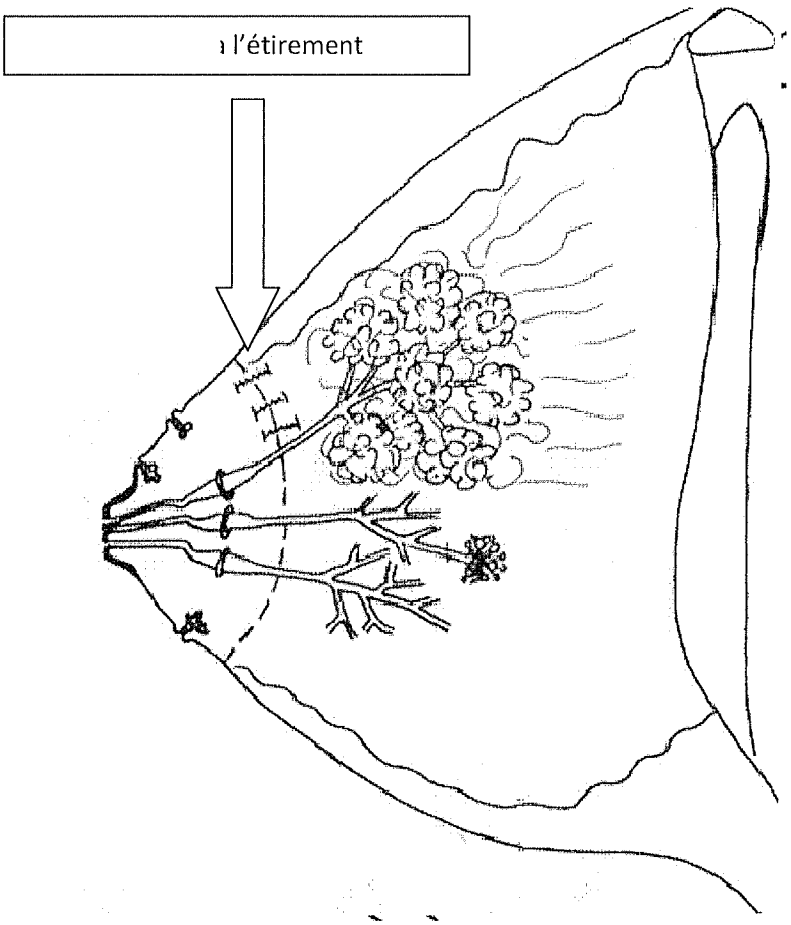
FIGURE 2. Adjusted mean breast-feeding durations (and 95% CIs) by BMI values before pregnancy among the women who initiated breast-feeding. The women who had a normal BMI before pregnancy were considered as the reference group. *Significantly different from the reference group, $P < 0.01$.

Schéma illustrant la durée de l'allaitement en fonction du BMI. (2)



Proportion des femmes qui allaite encore au bout de 6 mois en fonction de leur BMI et de leur pays.
(LI, Am J Clin Nutr 2003)

Annexe IV

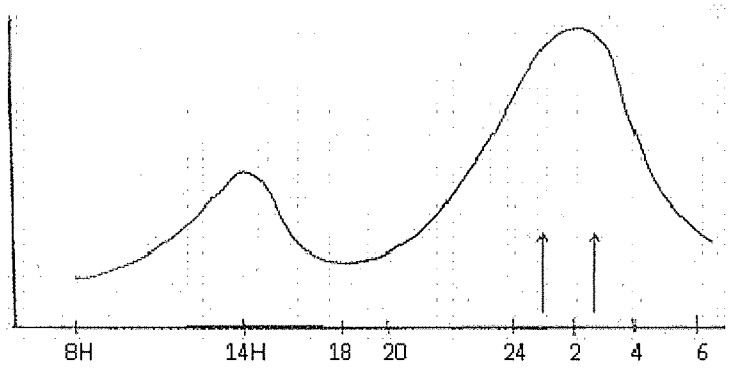


L'anatomie du sein : les récepteurs à l'étirement

Annexe V

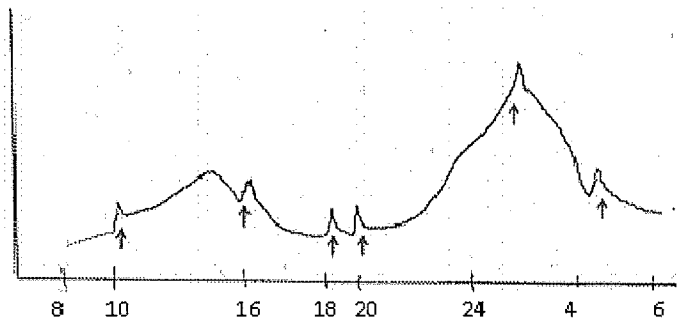
La dynamique du flux d'éjection

VARIATIONS DU TAUX DE BASE DE PRL SUR 24 HEURES



↑ **La nuit => le bébé doit téter => le laisser à côté de sa mère**

La dynamique du flux d'éjection



½ vie de la prl dans le sang = 20 mn
Période réfractaire après pic de prl = 45 à60 mn

Dynamique du flux d'éjection de la prolactine.

Table des matières

Table des matières

Introduction....1

1ère partie : obésité et allaitement maternel....2

I. L'obésité....2

1. Définition de l'obésité....2
2. Mesure de l'obésité....2
3. L'obésité en chiffres....3
   3.1. En France....3
   3.2. Dans le Limousin....3
4. Les pathologies associées à l'obésité....4

II. L'allaitement maternel....6

1. Anatomie du sein....6
2. Physiologie de la lactation (7)....7

III. Obésité et allaitement maternel....10

1. Conséquences de l'obésité sur l'allaitement maternel....10
2. Impact de l'obésité sur le réflexe de succion....12
3. Complications de l'allaitement liées à l'obésité....12
4. Les constats de par le monde....13

2ème partie : L'étude....15

I. La justification de l'étude....15

1. Constat....15
2. L'étude....16
   2.1. Objectif principal....16
   2.2. Objectif secondaire....16
   2.3. Hypothèses de travail....16

2.3.1. Hypothèse principale 16
2.3.2. Hypothèses secondaires : 16
3. Intérêt de l'étude 17
II. La méthodologie de l'étude 18
1. Schéma d'étude 18
1.1. Matériel et méthode 18
1.2. La population 18
1.3. Critère de jugement principal 19
1.4. Les variables utilisées pour l'étude 20
1.5. Nombre de sujets nécessaires à l'étude 21
1.6. Stratégie d'exploitation des données 21
2. Les personnes ressources 23
3ème partie : Résultats 23
I. Analyse 23
1. Description de la population 24
1.1. Population allaitante 24
1.2. Age de la population 25
1.2.1. Population générale 25
1.2.2. Population exposée et non exposée 26
1.3. Parité de la population 27
1.3.1. Population générale 27
1.3.2. Population exposée et non exposée 27
1.4. Origine de la population 28
1.4.1. Population générale 28
1.4.2. Population exposée et non exposée 29
2. Apparition de pathologies 30
2.1. La présence de crevasse 30
2.2. La montée de lait 31
2.3. Les autres données de l'étude 33
2.3.1. Arrêt de l'allaitement maternel 33
2.3.2. Présentation d'une pathologie des aréoles/mamelons 34
2.3.3. Mises au sein 36
2.3.4. Utilisation de tire lait 37

2.3.5. Utilisation de bouts de sein siliconés 38
2.3.6. Utilisation de compléments 40
2.4. Les complications de l'allaitement 41
II. Discussion 42
1. L'étude 43
1.1 La population étudiée 43
1.2 Les points forts de l'étude 43
1.3 Les points faibles de l'étude 44
1.4 Les biais de l'étude 44
2. Objectif principal 46
2.1. Confrontation aux hypothèses 46
2.1.1. Hypothèses principales 46
2.1.2. Hypothèse secondaire 48
2.2. Autres éléments pour répondre à l'objectif 48
2.2.1. Pathologies des bouts de sein 48
2.2.2. Difficultés de mise au sein 48
2.2.3. Utilisation d'un tire lait 50
2.2.4. Utilisation de bouts de sein siliconés 51
2.2.5. Utilisation de compléments 51
2.2.6. Complications de l'allaitement maternel 51
2.2.7. Arrêt de l'allaitement maternel 52
3. Objectif secondaire 53
4. Propositions 53
4.1. L'information du personnel 53
4.2. L'information de la patiente 54
4.3. La stimulation précoce 54
4.4. La position d'allaitement 54
Conclusion 55
Références bibliographiques 56
Bibliographie 59
Annexes 60
Table des matières 66

SICARD Christel

<u>Titre du mémoire :</u> Obésité et allaitement maternel

68 pages.

Mémoire de fin d'étude - Ecole de sages-femmes de LIMOGES – Année universitaire 2010-2011

<u>Résumé :</u>

Selon l'étude OBEPI, on enregistre un des cinq plus fort taux d'évolution de la prévalence de l'obésité dans le limousin, faisant passer la région au 7ème rang des régions les plus touchées. Quelle influence peut avoir ce changement sur l'allaitement maternel ?

Plusieurs études montrent qu'il existe une corrélation positive entre IMC et complications de l'allaitement maternel. Les complications peuvent aller de la simple difficulté de mise au sein jusqu'au retard de sécrétion de la prolactine, hormone nécessaire à la production lactée.

L'étude réalisée a pour objectif de comparer deux groupes de femmes allaitantes dont l'un est exposé à l'obésité pour évaluer les effets de ce facteur sur la mise en place de l'allaitement maternel durant le séjour en maternité.

<u>Mots clés :</u> Obésité- Allaitement maternel- Complications de l'allaitement maternel.