

ECOLE DE SAGES-FEMMES  
HOPITAL DU CLUZEAU  
23, avenue Dominique Larrey  
87042 Limoges Cedex

U.F.R. de MEDECINE DE LIMOGES

**COMPARAISON ENTRE LES FEMMES QUI ARRETENT  
L'ALLAITEMENT MATERNEL A LA MATERNITE ET CELLES QUI  
LE POURSUIVENT : ETUDE CAS-TEMOINS**

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES EN VUE DE  
L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PRESENTE PAR

VACHER LUCIE

Née le 16 décembre 1987 à Bourges

Maître de mémoire : M-P. PAUZET

ANNEE UNIVERSITAIRE 2010-2011

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTERATURE.....	2
1. Les recommandations en matière d'allaitement maternel.....	2
1.1. La promotion de l'allaitement maternel.....	2
1.2. Les chiffres.....	3
1.3. Les recommandations nationales.....	3
2. Physiologie de la lactation et mise en route d'un réflexe neuro-hormonal.....	4
2.1. Physiologie.....	4
2.1.1. <i>L'odorat</i> .....	5
2.1.2. <i>Le réflexe de foussement</i> .....	6
2.1.3. <i>La production de lait</i> .....	6
2.1.4. <i>La tétée</i> .....	6
2.2. Position pour allaiter.....	7
2.3. Les contre-indications de l'allaitement maternel.....	8
3. Le nouveau-né allaité au sein.....	9
3.1. Rythme et horaires des tétées.....	9
3.2. Fréquence des selles et des urines.....	11
4. Les intérêts de l'allaitement maternel.....	11
4.1. Prévention des allergies.....	11
4.2. Prévention des infections.....	11
4.3. Prévention de l'obésité.....	12
4.4. Autres bénéfiques.....	12
5. Pourquoi les mères font-elles le choix d'allaiter au sein ?.....	12
6. Les problèmes rencontrés.....	13
6.1. Les difficultés pratiques.....	13
6.2. Les difficultés d'un point de vue psychologique.....	15
6.2.1. <i>Le désir</i> .....	15
6.2.2. <i>La volonté</i> .....	16
6.3. Les discours discordants des soignants.....	16
PROTOCOLE DE RECHERCHE.....	18
1. Constat.....	18
2. La Problématique.....	18
3. Objectifs et hypothèses de recherche.....	18
3.1. Les objectifs.....	18
3.1.1. <i>L'objectif principal</i> .....	18

3.1.2. <i>Les objectifs secondaires</i> .....	18
3.2. Les hypothèses.....	19
3.2.1. <i>L' hypothèse principale</i> .....	19
3.2.2. <i>Les hypothèses secondaires</i> .....	19
3.3. Le critère principal de jugement.....	19
4. Le matériel et la méthode.....	19
4.1. Le matériel.....	19
4.1.1. <i>La population étudiée</i> .....	19
4.1.1.1. Critères d'inclusion.....	20
4.1.1.2. Critères de non inclusion.....	20
4.1.1.3. Nombre de sujets nécessaires.....	20
4.1.2. <i>Les variables étudiées</i> .....	20
4.2. La méthode.....	21
4.2.1. <i>Le type d'étude choisie</i> .....	21
4.2.2. <i>Le recueil des données</i> .....	22
4.2.2.1. Le questionnaire.....	22
5. Méthodes d'analyse des résultats.....	23
5.1. Saisie des données.....	23
5.2. Analyse statistique.....	23
<b>PRESENTATION DES RESULTATS</b> .....	<b>24</b>
1. Présentation des résultats.....	24
1.1. Présentation de la population.....	24
1.2. Influence des différentes variables.....	32
1.2.1. <i>Douleur <math>\geq</math> à 7 sur l'EVA : quelles variables sont en jeu ?</i> .....	32
1.2.1.1. Variables totalement indépendantes de la douleur mammaire.....	32
1.2.1.2. Variables peu significatives de la douleur mammaire.....	32
1.2.1.3. Variables significatives.....	33
1.2.2. <i>Influence des facteurs sur l'arrêt de l'allaitement maternel à la maternité</i> ....	34
1.2.2.1. Variables peu significatives de l'arrêt de l'allaitement maternel.....	34
1.2.2.2. Variables significatives.....	34
<b>ANALYSE ET DISCUSSION</b> .....	<b>37</b>
1. Analyse et discussion.....	37
1.1. Les points positifs de l'étude.....	40
1.2. Les points négatifs de l'étude.....	40
1.3. Points importants.....	41
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>42</b>
<b>REFERENCES</b> .....	<b>43</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>45</b>
<b>ANNEXES</b>	

<b>ANNEXE I : Recommandations OMS/UNICEF, 1989/2006.....</b>	<b>47</b>
<b>ANNEXE II : Score d'allaitement.....</b>	<b>48</b>
<b>ANNEXE III : Questionnaire.....</b>	<b>49</b>

## INTRODUCTION

L'allaitement maternel se généralise de plus en plus. Ceci est favorisé par différents plans et recommandations nationaux et internationaux qui préconisent un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois.

Les bénéfices de l'allaitement ne cessent d'être clamés comme la prévention des allergies, des infections, de l'obésité.

Pourtant le taux d'allaitement maternel en France est de l'ordre de 58% à la sortie de maternité en 2005, ce qui est une des plus faibles prévalences en Europe.

Le libre choix d'allaiter au sein doit cependant revenir à la femme et à elle seule selon ses envies profondes.

Parfois, surtout lors de la mise en place de l'allaitement, des difficultés sont rencontrées et peuvent décourager dès le départ les mères un peu fragiles.

Lors des différents stages à la maternité, j'ai pu constater que des femmes arrêtent l'allaitement maternel durant leur hospitalisation en suites de couches. Pourquoi ceci arrive-t-il ?

Afin de tenter de répondre à cette question, nous avons fait une revue de la littérature que nous présenterons dans la 1<sup>ère</sup> partie de ce travail. Ensuite, l'étude a porté sur la recherche des liens entre divers symptômes et l'arrêt de l'allaitement maternel lors de l'hospitalisation en suites de couches. Les modalités de l'étude feront l'objet de la 2<sup>ème</sup> partie. Enfin, la présentation des données et l'analyse des résultats seront exposées dans la dernière partie.

**REVUE DE LA  
LITTERATURE**

## **1. Les recommandations en matière d'allaitement maternel**

### **1.1. La promotion de l'allaitement maternel**

L'allaitement maternel est le meilleur moyen de fournir une alimentation équilibrée pour la croissance et le développement du nourrisson. Une des recommandations générales de santé publique est de nourrir au sein le nourrisson pendant les six premiers mois de la vie afin de lui assurer au mieux une bonne santé.

Depuis les années 80, de nombreuses initiatives nationales et internationales ont été entreprises pour encourager l'allaitement au sein. Parmi elles, celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de l'UNICEF en 1978 propose dans un ses objectifs, la promotion de l'allaitement maternel.

Ces deux organisations ont formulé des normes internationales : (Déclaration mondiale et plan d'action pour la nutrition. Conférence internationale sur la nutrition, Rome, FAO et OMS, 1992)

- « Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle particulier des services liés à la maternité » comportant les dix conditions pour le succès de l'allaitement
- le code international de commercialisation des substituts du lait maternel
- l'initiative « hôpitaux amis des bébés » : L' « IHAB » est un programme international visant à promouvoir des conditions de santé favorables pour les mères et leurs bébés, lors de la naissance et du séjour à la maternité. (1)

Les recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) préconisent un allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois pour un nouveau-né sain né à terme.

Dans un ouvrage en faveur de l'allaitement maternel, datant de 1989, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise dix recommandations (2) (**ANNEXE I**) pour le succès de l'allaitement maternel dont les principales sont :



- Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
- Donner à tous les personnels soignants les techniques nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
- Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
- Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
- Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant.

## **1.2. Les chiffres**

En 2003, seulement 35% des nourrissons dans le monde bénéficiaient d'un allaitement maternel exclusif pendant les quatre premiers mois de leur vie.

Les taux d'allaitement maternel les plus élevés dans le monde sont relevés en Mongolie, Hongrie et dans les pays scandinaves (Finlande et Norvège) avec plus de 95% de nouveau-nés allaités à la naissance.

Des taux élevés sont aussi retrouvés en Asie orientale et en Afrique subsaharienne.

La majorité des pays industrialisés enregistre quant à eux des chiffres en constante augmentation, avec plus de 90% de femmes qui allaitent en Suède et au Danemark, 75% en Allemagne, 85% en Italie, 69% en Grande-Bretagne, 62% en Belgique et 60% aux Etats-Unis. (3).

La France reste dernière avec 58% de femmes allaitant à la sortie de la maternité en 2005.

## **1.3. Les recommandations nationales**

En juin 2006, la HAS, anciennement l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), a réédité son guide pratique sur les recommandations médicales en matière d'allaitement maternel, initialement intitulé « Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de la vie de l'enfant » (2002), et renommé « Favoriser l'allaitement maternel - Processus et évaluation ». (4)

Elle reprend les recommandations pour la pratique clinique sur la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement maternel (5) et les recommandations de l'OMS, notamment les dix conditions pour le succès de l'allaitement (6).

La HAS divise le processus de l'accompagnement de l'allaitement par le personnel soignant en quatre phases :

Phase 1 d'information sur l'allaitement durant la grossesse

Phase 2 de démarrage de l'allaitement à la naissance

Phase 3 d'installation de l'allaitement exclusif

Phase 4 de poursuite de l'allaitement jusqu'au sevrage.

Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) (2006-2010) a pour but le soutien de l'allaitement maternel. Ce programme, mis en place par le ministère de la santé et de la solidarité, propose des actions et des mesures qui s'intègrent dans le plan de lutte contre l'augmentation de la prévalence de l'obésité infantile. Il recommande entre autre de favoriser la formation dans ce domaine des professionnels de maternité.

## **2. Physiologie de la lactation et mise en route d'un réflexe neuro-hormonal**

La commande de la lactation survient d'autant plus vite, d'autant plus efficacement que la femme est tranquille et sereine.

### **2.1. Physiologie**

Pendant la grossesse débute la lactogénèse de type I qui s'arrête deux à trois jours après l'accouchement. Pendant la grossesse, il y a inhibition de l'action de la prolactine par l'action des hormones placentaires : les oestrogènes et la progestérone. La progestérone induit la prolifération alvéolo-acineuse de la glande mammaire. La prolactine sert à synthétiser le lait.

La lactogénèse de type II débute vers le 2ème ou 3ème jour. L'expulsion placentaire entraîne la chute brutale du taux d'œstrogène-progestérone. L'action de la prolactine n'est plus inhibée, elle est sécrétée par le lobe antérieur de l'hypophyse.

Dès la première tétée se met en route un réflexe neuro-hormonal avec la production de prolactine et la sécrétion d'ocytocine induite par la tétée. L'ocytocine est une hormone sécrétée par le lobe postérieur de l'hypophyse servant à éjecter le lait par action sur les cellules myoépithéliales du sein. Elle fait aussi contracter l'utérus pour qu'il retrouve sa taille initiale.

La lactogénèse de type I correspond au colostrum : c'est un concentré de protéines comme des immunoglobulines qui protègent des infections, d'enzymes pour assimiler les graisses, les caséines, le fer ou le calcium, d'hormones. (7)

Après le colostrum, c'est le lait de transition ; sa composition évolue au cours de la tétée : d'abord l'eau et le sucre, puis s'ajoutent les protéines et enfin les graisses. C'est pourquoi il est important que la tétée dure assez longtemps pour que le nouveau-né ait un apport complet en nutriments.

### **2.1.1. *L'odorat***

Le nouveau-né est aidé pour trouver le mamelon : pendant la grossesse, l'aréole s'organise en messager odorant pour le nouveau-né. Très tôt apparaissent tout autour du mamelon de petites glandes sébacées, nommées tubercules de Montgomery qui fabriquent un concentré d'odeur de la mère, un fil conducteur sensoriel qui va guider l'enfant dans sa recherche. Cette odeur le calme lorsqu'il est perdu ou fatigué, lui sert de stimulant quand il a faim. L'odeur est le premier repère du nouveau-né, son signe d'appel prioritaire. L'intensité des échanges entre une mère et son enfant dans les premières semaines de vie n'a rien d'étonnant. Elle porte sur elle l'odeur du lait ; son enfant la reconnaît. Ce qui motive l'enfant dans sa recherche de téter, c'est d'abord et avant tout, l'odeur de l'aréole. S'il n'est pas très sûr de son repérage olfactif, il n'ouvrira pas grand la bouche. C'est pour cela qu'il ne faut pas vouloir à tout prix désinfecter cette région.

### **2.1.2. *Le réflexe de fouissement***

Il est aussi important, à la naissance, de respecter le réflexe de fouissement du nouveau-né par le peau à peau sous surveillance rapprochée (9), lorsqu'il est à terme, sain et en l'absence de pathologie maternelle (8). Il est prouvé que l'allaitement maternel durera plus longtemps. Le réflexe de fouissement, c'est lorsque l'enfant vient de naître quand il est contre sa mère, il va alors manifester son intérêt pour le sein. Il va soulever sa tête, la tourner, chercher avec ses lèvres, son nez. Son odorat le guide, il cherche le mamelon. Avec ses mains, il s'appuie, cherche à ramper. Pour cela, il va ouvrir les yeux. Tous ses sens s'éveillent pour le conduire au sein. Pour ce faire, il n'est pas besoin de l'aider. Il faut favoriser la relation immédiate entre la mère et son enfant. De plus, la mise au sein précoce favorise la montée de lait : plus l'enfant tétera tôt, plus sa mère aura rapidement du lait pour répondre à sa demande.

### **2.1.3. *La production de lait***

Les bouts de sein font partie intégrante de la lactation. Sous la peau pigmentée de l'aréole se trouve toute une série de récepteurs sensitifs. Le démarreur, ce sont des barorécepteurs sensibles à un mouvement très précis, celui que va faire l'enfant avec sa langue quand il tète. Quand l'aréole est étirée, les récepteurs vont transmettre l'information au cerveau qu'il faut fabriquer du lait, et le cerveau réagira en envoyant les hormones nécessaires, l'une pour produire le lait, l'autre pour activer l'éjection.

Ces récepteurs sensitifs sont localisés sur tout le pourtour de l'aréole, et d'autant plus nombreux que l'on s'éloigne vers l'arrière, loin du mamelon et plus en profondeur. C'est pour cela que téter l'extrême bout du sein n'est pas efficace : les récepteurs ne sont pas stimulés et cela crée une douleur au bout de sein. (7)

La stimulation du mamelon déclenche chez la mère une sécrétion de prolactine qui active la synthèse du lait. C'est pour cela que la production de lait s'adapte à la demande de l'enfant et que chaque tétée prépare la suivante.

### **2.1.4. *La tétée***

Une des conditions favorables pour l'allaitement au sein est que le nouveau-né soit en éveil calme. Si on est amené à le réveiller, il faut l'amener à l'éveil calme plutôt qu'agité car il sera plus réceptif. Il ne faut pas attendre les pleurs pour lui présenter le sein. Les mères

doivent aussi être vigilantes aux phases de micro éveil pour le faire téter, c'est-à-dire quand il commence à se réveiller en remuant dans son lit ou quand il commence à téter dans le vide sans forcément être totalement réveillé.

Pour une bonne technique de succion, il faut que le nouveau-né cherche activement le sein en ouvrant grand la bouche et en abaissant la langue, lèvres et langue collées loin sur l'aréole pour que le maximum de récepteurs soient stimulés. Sa bouche doit être en face du mamelon et il doit téter efficacement par grandes salves avec une bouche étanche sur le sein. Dans cet apprentissage de la succion, des nouveau-nés mettent plus de temps que d'autres pour comprendre comment téter. (ANNEXE II) Téter est une activité quasi unique qui n'a de sens que sur l'aréole des seins pour provoquer un signal et produire du lait. Lorsqu'il tète, le nouveau-né réalise un « exploit » qu'aucun d'entre nous ne saurait reproduire à l'âge adulte : il tète, avale et respire sans avoir à lâcher le sein. Certains nouveau-nés vont perturber leur apprentissage tôt avec la déglutition adulte qu'ils doivent mettre en place pour avaler un liquide présenté au biberon avec une tétine : il laisse leur langue à l'intérieur de la gencive inférieure et lorsqu'il avale, la langue remonte vers le palais. (7)

## **2.2. Position pour allaiter**

Ceci contribue aussi à une bonne mise en route de l'allaitement au sein.

Un inconfort ou des douleurs du dos pour la mère peuvent à court terme rendre un allaitement extrêmement pénible. Pour la mère, toutes les positions sont possibles : assise, couchée sur le côté, en tailleur... une seule règle impérative : le confort absolu. Le poids de l'enfant ne doit pas reposer sur les bras ou faire tendre les épaules et le dos. Plusieurs tétées en position instable ou pesante retentissent vite sur les douleurs de la femme si elle n'a pas pris soin de préserver systématiquement son dos. Son dos doit être bien appuyé, ses genoux relevés au niveau du bassin, le coude appuyé.

Pour le nouveau-né également, la bonne position est une règle : son ventre, son nombril doivent être au contact du corps de la mère, son menton collé au sein, et sa bouche doit être exactement dans le prolongement du sein, juste au niveau de l'aréole. Donc le visage face au sein, la bouche au niveau du mamelon, le corps parallèle à celui de sa mère. Dans ces conditions, l'enfant n'a aucune peine, en ouvrant grand la bouche, à happer non pas le mamelon mais toute l'aréole du sein. Sa lèvre inférieure est retroussée, on entend la déglutition de l'enfant et ses mâchoires et ses tempes sont mobiles, ce qui permet une succion très efficace et aussi une excellente prévention des crevasses pour la mère.

Il ne faut surtout pas qu'il lève ou tourne la tête. En effet, si la bouche n'est pas dans l'axe du sein, l'enfant est gêné pour déglutir. Toute déglutition tête tournée est inconfortable. Le risque de fausse route est important donc le bébé va tout faire pour l'éviter. Pour cela, il attire le sein de sa mère le plus loin possible dans sa bouche pour redresser le mamelon. Comme il est placé latéralement, cet étirement est asymétrique et la zone la plus étirée tend à glisser hors de la bouche. L'enfant fait des efforts pour le garder en bouche donc augmente sa pression. Voilà la cause la plus importante des crevasses du sein et les douleurs ne font que s'accumuler.

Le même mécanisme se voit quand l'enfant tète bien dans l'axe mais que la maman appuie sur le bord de l'aréole avec ses doigts pour lui dégager le nez. Le doigt créant une zone d'étirement vers l'arrière, le nouveau-né va tirer plus vers l'avant et la crevasse se crée de la même manière.(7)

### **2.3. Les contre-indications de l'allaitement maternel**

Pour l'enfant, il n'y en a qu'une : c'est la galactosémie congénitale, une affection rare, héréditaire. L'enfant ne possède pas une des enzymes nécessaires à l'utilisation du galactose dans l'organisme, donc tout apport entraîne des désordres métaboliques sévères.

Pour la mère, certaines chirurgies du sein sont incompatibles avec l'allaitement. Il faut voir au cas par cas pour certains traitements lourds de la mère. Dans nos pays favorisés, le sida est une contre-indication, par contre dans les pays sous-développés, le risque de mortalité infectieuse des enfants non allaités est immense. Dans ce cas, protéger le maximum d'enfants, c'est maintenir l'allaitement au sein, même si des mères doivent se révéler séropositives.

La seule véritable contre-indication, c'est le non désir de la mère. Il est indispensable que la mère fasse le choix d'allaiter en toute liberté, cette décision lui appartient à elle et elle seule. (7)

### **3. Le nouveau-né allaité au sein**

#### **3.1. Rythme et horaires des tétées**

Transmettre aux mères allaitantes les connaissances sur les rythmes physiologiques des nouveau-nés allaités pourrait permettre de sauvegarder un certain nombre d'allaitement à différents moments de la croissance de l'enfant.

En effet, en allaitant à la demande, c'est-à-dire en repérant les signes d'éveil (légère agitation du réveil, signes de succion...) du nouveau-né, en acceptant ses périodes de veille et de sommeil, on respecte le rythme spontané des enfants. Ils ont trois qualités d'éveil : calme, agité, agité avec pleurs. L'éveil calme est propice à la tétée.

Au début, beaucoup de nouveau-nés réclament de huit à douze repas par vingt-quatre heures et très peu ne demandent pas de tétées la nuit. Il faut savoir que les tétées de nuit sont très importantes puisqu'elles vont servir à lancer la production nécessaire et suffisante de lait par les seins. S'ils réclament à téter la nuit les premières semaines, il n'y a rien d'anormal et ceci ne leur donne pas de « mauvaises habitudes », mais cela leur assure un sentiment de sécurité. D'autant plus que jusque vers quatre mois, ils n'ont pas la notion de jour et de nuit.

Les tétées de jour peuvent être très irrégulières pendant les premières semaines. Certains enfants réclament à intervalle régulier, mais un certain nombre d'entre eux s'installent différemment avec plusieurs tétées rapprochées puis un espacement de six heures la nuit par exemple. Le principal est qu'il mange quand il a faim et qu'il ait un nombre de tétées suffisantes.

Un enfant peut aussi réclamer plus souvent et ne prendre le sein que quelques minutes, c'est alors qu'il aura soif et qu'il veut prendre juste le début de la tétée riche en eau. (7)

Il est aussi très important pour une mère qui allaite de garder son enfant avec elle vingt-quatre heures sur vingt-quatre y compris la nuit. Il est prouvé qu'avec cette condition, l'allaitement maternel dure plus longtemps. (8)

Les trois premiers jours : après une période d'éveil d'environ deux heures où les capacités du nouveau-né sont à leur apogée, celui-ci devient le plus souvent somnolent au cours des vingt-quatre heures qui suivent. Après un éveil progressif le deuxième jour, survient un épisode de demande frénétique, qui dure souvent plusieurs heures juste avant la montée

laiteuse. Les mères prévenues de l'existence de cet épisode normal et limité dans le temps sont plus à même de répondre à cette demande si elles sont assurées de son caractère normal et transitoire. Leurs deux grandes inquiétudes à ce moment sont, d'une part de manquer de lait, et, d'autre part, de ne pouvoir suivre un tel rythme sur une longue période. L'accompagnement par un personnel formé à l'allaitement et à l'écoute est alors essentiel. Cela permet à la mère de faire l'expérience gratifiante qu'elle suffit à combler les besoins de son enfant et que ceux-ci sont normaux et transitoires. L'enfant prend ensuite un rythme de croisière à partir de la montée laiteuse, auquel la maman va progressivement s'habituer.

Les femmes décrivent le plus souvent la situation suivante : l'enfant dort le matin, avec des tétées plutôt espacées, mais pleure beaucoup le soir, moment où elles pensent manquer de lait. Or, on touche à la réalité concrète de l'allaitement maternel : celui-ci ne consiste pas en un espacement régulier de quelques heures entre des tétées réparties de façon homogène tout au long de la journée.

Tout d'abord, il y a plus de tétées entre quatorze heures et deux heures du matin qu'entre deux heures et quatorze heures, du simple au double les trois à six premières semaines. C'est une réalité à laquelle les nouveaux parents ne sont pas forcément préparés. Mais il s'agit d'un phénomène normal. Les tétées de nuit étant particulièrement importantes au début pour l'établissement d'une lactation abondante. Physiologiquement, les tétées du matin sont abondantes et espacées, puis arrivent les tétées de la fin de journée où l'enfant tète de façon fréquente mais prend de petites quantités.

Lorsque la mère comprend qu'il s'agit d'un rythme, d'un phénomène normal et habituel et que sa production de lait n'est pas en cause, elle reprend le plus souvent confiance en elle.

Autre élément clé du rythme de l'allaitement maternel au long cours : ce sont des périodes où l'enfant va plus réclamer à des dates particulières, vers trois semaines, trois mois mais aussi pendant un épisode de développement de l'enfant : poussée de croissance, maladie infantile... Il est alors nécessaire de répondre à ses besoins en le faisant téter plus. Le caractère normal et surtout transitoire de cet épisode sera acceptable pour la femme si elle en a eu connaissance avant qu'il ne se présente. (10)

En conclusion, une bonne connaissance des rythmes et des comportements les plus fréquents des nouveau-nés au sein, ainsi qu'une écoute attentive de ce que décrit la mère va permettre de ne pas décourager les mères et de favoriser la poursuite de l'allaitement maternel.



### **3.2. Fréquence des selles et des urines**

C'est un bon indicateur. Plus un bébé boit de lait, plus il a de l'eau à éliminer. Il urine six à huit fois par jour, c'est le signe que sa ration liquidienne est abondante et qu'il boit suffisamment. Le nombre de selles d'un enfant allaité au sein qui trouve suffisamment de lait peut aller de six à huit par vingt-quatre heures. Elles sont jaunes d'or, d'odeur aigrelette, granuleuses, liquides. Mais certains enfants au sein ont peu de selles car ils mangent juste ce qu'il faut. (7)

## **4. Les intérêts de l'allaitement maternel**

L'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois protège le nouveau-né des infections gastro-intestinales, des allergies, de l'obésité et favorise le lien mère-enfant. Ces effets protecteurs dépendent de sa durée et de son exclusivité.

### **4.1. Prévention des allergies**

Les allergies alimentaires sont prévenues par le lait humain : par exemple, dans les jours qui suivent une diarrhée sévère chez un nourrisson, il y a une érosion de la muqueuse intestinale et un problème de fragilité de la barrière, donc l'alimentation ne devrait apporter que des nutriments non allergisants : donc soit des protéines entièrement dégradées en acides aminés, molécules simples, sans risque, soit des protéines partiellement dégradées mais en fragments que l'organisme reconnaîtra conformes. Le lait de femme répond à ces critères. (7)

### **4.2. Prévention des infections**

L'immaturation des systèmes immunologiques de défense de l'enfant est bien connue. Le lait humain apporte aussi des immunoglobulines qui tapissent la muqueuse digestive, la rendant imperméable aux germes et modulant une flore microbienne équilibrée. Tous ces anticorps rendent presque impossible les maladies à porte d'entrée digestive comme les

diarrhées graves. En permanence, la mère adapte le système de protection de son enfant aux germes qu'elle rencontre. (7)

#### **4.3. Prévention de l'obésité**

Le rôle protecteur de l'allaitement maternel exclusif, d'une durée d'un mois ou plus, à l'égard du surpoids et de l'obésité chez l'enfant âgé de six ans a été prouvé. De plus, les enfants nourris exclusivement au lait maternel ont en moyenne des indices de masse corporelle (IMC) inférieurs à ceux des enfants ayant reçu un allaitement artificiel. (11)

#### **4.4. Autres bénéfices**

Le colostrum est un excellent laxatif, il favorise la motricité intestinale, donc l'expulsion du méconium. De ce fait, le transit intestinal démarre et l'estomac de l'enfant se vide des glaires qui pourraient encore l'encombrer, diminuant au maximum tout risque de régurgitation et d'étouffement par ces sécrétions. Ce colostrum évite la déshydratation car les protéines ont la capacité de se lier à l'eau. (7)

Lorsque l'enfant est allaité au sein, il aurait moins de problèmes de dentition et moins de traitement orthodontique à long terme car lorsqu'il tète le sein, sa force est telle qu'il renforce les muscles de la mâchoire et adapte mieux sa bouche pour ses dents futures.

Lorsque l'allaitement au sein se passe bien, les nouveau-nés et nourrissons sont plus calmes et repus.

De plus, la composition du lait de mère s'adapte aux besoins nutritionnels de l'enfant. Pour la mère, il existe une relation et un contact, une fusion avec son enfant. (12).

### **5. Pourquoi les mères font-elles le choix d'allaiter au sein ?**

Il est essentiel que la motivation du choix de l'allaitement s'appuie sur une notion de plaisir. Un choix issu de l'affect vaut mieux qu'un choix raisonné. Or, celui-ci incombe entièrement à la femme et à elle seule.

Les mères disent que c'est bon pour leur enfant, elles veulent lui donner ce qu'il y a de mieux comme par exemple les anticorps qui protègent des infections. Elles veulent allaiter leur nouveau-né au sein pour être le plus possible avec lui, pour la fusion mère/enfant et la spécificité de l'expérience féminine.

Elles choisissent l'allaitement maternel pour le côté pratique, pour le faible coût de celui-ci. Certaines femmes choisissent ce mode d'allaitement tout simplement parce qu'elles en ont envie.

Mais d'autres le choisissent par pression sociale ou familiale. D'autres le font pour avoir des gratifications, une satisfaction physique.

La notion de représentation sociale est aussi importante dans le domaine de l'allaitement. L'émergence d'une représentation part tout d'abord d'une information perçue de façon diffuse qui prend sa place dans un contexte social pour trouver une explication comprise, approuvée, cohérente par rapport au groupe social. La représentation sociale n'est pas seulement un produit de représentation individuelle mais se construit à partir et avec le groupe social. La notion de représentation sociale donne donc du sens à notre univers de vie et permet une construction sociale de la réalité. Elles sont des modèles explicatifs à l'intérieur d'un groupe social auquel on se réfère.

L'image que la société peut avoir sur l'allaitement est plutôt positive. Cela peut également ouvrir à la discussion sur la marge laissée aux femmes dans leur choix et sur le jugement devant leur décision. Les mères sont beaucoup dans des normes de société. (13)

## **6. Les problèmes rencontrés**

Certes l'allaitement maternel procure beaucoup d'avantages s'il est fait avec plaisir, mais des difficultés peuvent être rencontrées pour les femmes n'ayant jamais allaité auparavant.

### **6.1. Les difficultés pratiques**

- La principale difficulté est la douleur engendrée par la mise au sein. Cette importante sensibilité est due à la chute de la progestérone puis à celle, retardée des

oestrogènes. Elle est également accentuée par une mauvaise technique de bouche du nouveau-né.

- Les femmes disent aussi avoir un manque de lait. (14)

- Des crevasses peuvent apparaître sur les bouts de sein, souvent à cause d'une mauvaise position de la mère et de son nouveau-né. Celui-ci peut aussi avoir des difficultés de succion et donc cela peut engendrer des crevasses. Ces difficultés de succion inquiètent de nombreuses mères. Elles décrivent un enfant endormi, peu actif ou, au contraire, agité et en pleurs. Cette succion inefficace est source de douleurs, voire de crevasses et ne permet pas à l'enfant de recevoir suffisamment de lait.

Les difficultés de succion sont le plus souvent dues au non respect des compétences du nouveau-né : éveils, comportement de recherche. (16)

Les crevasses sévères se rencontrent surtout lors des premiers allaitements. Elles sont plus fréquentes chez les femmes à peau claire, à cheveux roux ou blonds, et dont l'aréole en fin de grossesse reste peu pigmentée. Mais même les mamelons les plus fins et les plus sensibles permettent un allaitement sans problème si le démarrage est bien conduit.

Les facteurs favorisant les crevasses sont :

- une mauvaise mécanique de la succion : enfant mal installé, pas assez en face de l'aréole
- la macération du mamelon
- une hygiène trop poussée : il ne faut pas décaper le mamelon, cela supprime les défenses naturelles. (7)

Pour éviter les crevasses, il est bon de veiller à la bonne position de l'enfant face au sein. Généralement, il ne faut pas nettoyer les seins s'ils avaient de la crème de la tétée précédente. Un savonnage simple des seins par jour suffit à une bonne hygiène. Il est important aussi à la fin de chaque tétée de faire perler une goutte de lait sur le bout de sein et de l'étaler ; celui-ci à un pouvoir cicatrisant.

Au total, l'apparition des crevasses est un problème récurrent au démarrage de l'allaitement, quel que soit l'accompagnement reçu par la patiente. Il faut soutenir l'allaitement maternel en centrant les soins sur l'enfant et la famille, en favorisant la relation d'aide et l'écoute active. (15)

## **6.2. Les difficultés d'un point de vue psychologique**

La pudeur rentre aussi en jeu lors de l'allaitement au sein ; toutes les femmes ne sont pas à l'aise lorsqu'il faut présenter le sein à leur enfant, elles peuvent ressentir un inconfort. Le rapport au corps est différent d'une femme à une autre.

Parfois, la fatigue prend le dessus du fait des difficultés pratiques rencontrées pendant l'allaitement. Elle arrive vite, engendrée par la naissance mais également accentuée par les journées très remplies et les nuits écourtées. La présence du père ou d'un proche peut être un facteur de repos pour les mères, qui redoutent les longues soirées et les nuits agitées, bien plus aidant que de placer l'enfant pour la nuit en nurserie, d'autant plus que les tétées nocturnes sont indispensables à une bonne installation de la lactation. (16)

Il existe aussi des femmes qui allaitent au sein car elles y sont contraintes par leur famille, leur entourage qui les poussent en leur disant que c'est ce qu'il y a de mieux et que toutes les femmes allaitent au sein.

Découragement, perte de confiance, sentiment d'isolement sont aussi des difficultés psychologiques et émotionnelles : les femmes se sentent parfois abandonnées après la naissance ; après avoir été l'objet de toutes les attentions pendant la grossesse, l'intérêt se porte maintenant sur le nouveau-né, ce qui crée cette sensation d'abandon. (16)

Dans les difficultés psychologiques, il existe une distinction entre désir et volonté d'allaiter : ce sont deux dynamiques psychiques très différentes, paradoxales parfois, et cependant, toutes les deux nécessaires à la réalisation du projet d'allaiter.

### ***6.2.1. Le désir***

Le désir est une envie consciente ou inconsciente de la personne, il peut être éveillé mais ne peut être imposé. Le désir d'allaiter se manifeste par une envie énergique et inexplicable d'allaiter et par la réceptivité maternelle au plaisir du contact avec son enfant, amenant la détente nécessaire à la réaction de production de lait.

Lorsque l'allaitement se passe bien, les mères en retirent beaucoup de plaisir : fierté de nourrir leur petit. Une fois enclenché, le cycle désir/plaisir est un moteur très puissant.

Pour les unes, il s'agit d'une évidence flagrante, pour les autres d'une petite voix timide qui s'affirme avec le temps. Un désir peut être freiné voire inhibé. Des paroles, des émotions ont la propriété d'empêcher l'émergence d'un désir. (17)

### **6.2.2. La volonté**

La volonté est consciente, fait référence au mérite. Dans la volonté d'allaiter, la femme pose des actes concrets pour réaliser son projet. Il est possible d'imposer une volonté extérieure à des individus faibles mais dès que l'influence cesse, l'individu retourne à son choix initial donc un allaitement ne pourra pas durer si on l'impose.

Lorsqu'il y a désir et volonté, l'allaitement maternel n'est pas une difficulté : la volonté se vit dans l'action et le désir se vit dans la réceptivité.

Lorsqu'il y a désir sans volonté, le contexte de l'entourage détermine souvent la poursuite ou l'arrêt de l'allaitement maternel.

Enfin, quand il n'y a pas de désir mais de la volonté, ces mères volontaires se focalisent sur la tétée, sont stressées et le réflexe neuro-hormonal ne se met pas en place. Il faut rassurer ces femmes, les encourager et ne pas les stresser. (17).

### **6.3. Les discours discordants des soignants**

Lors de la mise en route de l'allaitement maternel, il n'est pas évident pour les femmes d'entendre différents discours venant de différents soignants.

Certains leur proposent des compléments de lait à donner à leur nouveau-né mais ceux-ci pourraient souvent être évités car ils compromettent souvent la technique de succion du nouveau-né qui doit apprendre à téter le sein. En effet, s'il n'a pas de pathologie, le nouveau-né peut se passer de complément de lait. Dans le cas contraire, on peut lui donner des compléments, mais avec un dispositif adapté tel que le biberon-tasse ou la seringue pour ne pas compromettre sa technique de succion.

A la maternité, il est parfois dit aux mères qu'il faut réveiller leur enfant s'il ne réclame pas au bout d'un certain temps, sans leur expliquer qu'il faut l'amener à un éveil calme. En effet, le réveiller d'un sommeil profond ne servira à rien, il ne tètera pas mieux.

La mise en route de l'allaitement au sein est une période critique : les 48 premières heures sont caractérisées par une fréquence importante des tétées après une phase de récupération, le nouveau-né doit acquérir une bonne technique de succion, le réflexe neuro-hormonal doit se mettre en place. C'est souvent une découverte pour la mère. Et malgré les compétences du nouveau-né, il faut expérimenter.

A cause de toutes ces difficultés, certaines patientes arrêtent l'allaitement maternel à la maternité.

La principale cause de l'arrêt de l'allaitement maternel à la maternité serait les douleurs des seins engendrées par la mise aux seins. (14). Les femmes restent peu de temps à la maternité ; quand elles sortent, la lactation n'est pas solidement installée. L'hôpital peut être déstabilisant pour ces femmes qui vivent une aventure nouvelle et parfois inconnue, par le fait que c'est un milieu où l'on est dépendant ; les heures des repas sont imposées, les femmes sont dérangées dans leur intimité, des « blouses blanches » viennent dans la chambre à toute heure du jour et de la nuit.

**PROCOLE DE  
RECHERCHE**



## **1. Constat**

Certaines femmes arrêtent l'allaitement maternel à la maternité sans que l'on sache ce qui peut influencer ce choix.

## **2. La Problématique**

Quelles différences y a-t-il entre les femmes qui arrêtent l'allaitement maternel et celles qui n'arrêtent pas lors de leur séjour à la maternité ?

## **3. Objectifs et hypothèses de recherche**

### **3.1. Les objectifs**

#### ***3.1.1. L'objectif principal***

- Evaluer l'association entre la douleur des seins lors de l'allaitement et l'arrêt de l'allaitement maternel à la maternité.

#### ***3.1.2. Les objectifs secondaires***

- Evaluer les caractéristiques associées à l'arrêt de l'allaitement maternel.
- Comparer le niveau de douleur moyen des seins entre les deux groupes de patientes.

### **3.2. Les hypothèses**

#### ***3.2.1. L' hypothèse principale***

- La douleur des seins supérieure ou égale à 7 sur l'échelle visuelle analogique (EVA) est un facteur de risque d'arrêt de l'allaitement maternel à la maternité.

#### ***3.2.2. Les hypothèses secondaires***

- La population des femmes qui arrêtent l'allaitement maternel à la maternité présentent des caractéristiques particulières par rapport à celles qui n'arrêtent pas.

- Le niveau moyen de douleur dans la population des femmes qui arrêtent l'allaitement maternel à la maternité est supérieur à celui de la population des femmes qui le poursuivent.

### **3.3. Le critère principal de jugement**

La mesure d'exposition principale est la douleur maternelle des seins.

Une douleur importante est caractérisée par un score supérieur ou égal à 7 sur l'échelle EVA.

## **4. Le matériel et la méthode**

### **4.1. Le matériel**

#### ***4.1.1. La population étudiée***

Ce sont les femmes qui décident d'allaiter leur enfant au sein à la maternité de l'Hôpital Mère-Enfant (HME) de Limoges lorsque le nouveau-né est sain et né à terme.

Dans cette population, il y a :

- les cas : les femmes qui décident d'arrêter d'allaiter leur enfant au sein à la maternité.
- les témoins : les femmes qui poursuivent l'allaitement maternel à la maternité.

#### 4.1.1.1. Critères d'inclusion

Ce sont les femmes comprenant le français.

Pour les cas : ce sont celles qui arrêtent l'allaitement au sein à la maternité.

Pour les témoins : ce sont celles décidant de poursuivre l'allaitement maternel à la maternité.

#### 4.1.1.2. Critères de non inclusion

Ce sont les femmes ne parlant pas le français, les femmes dont le nouveau-né n'est pas à côté d'elles : hospitalisé en néonatalogie ou en réanimation ainsi que les femmes allaitant au biberon.

#### 4.1.1.3. Nombre de sujets nécessaires

Nous avons interrogé 17 femmes sur leurs douleurs engendrées par la mise au sein, leurs intensités de douleur sont les suivantes sur l'EVA :

5- 4- 4-1,5- 7- 4- 0- 4- 5- 3- 4- 4,5- 8- 4- 3- 8- 0,5

Si l'on prend comme critère principal de jugement l'intensité de la douleur, nous avons besoin de la moyenne des intensités et de l'écart type pour calculer le nombre de sujets nécessaires :

Moyenne= 4

Ecart-type= 2,23

Avec 17 % des femmes ayant une douleur  $\geq 7$ , le nombre de sujets nécessaires a été calculé par l'Unité de Formation en Recherche Clinique et Biologique pour un odd ratio (OR) égal à 3, avec un risque  $\alpha$  à 5 %, et un risque  $\beta$  à 20 % : il faut 79 cas et 79 témoins.

#### **4.1.2. Les variables étudiées**

La variable dépendante est l'arrêt de l'allaitement maternel.

Les variables indépendantes sont tous les facteurs de risque.

Des variables seront quantitatives :

- l'âge de la femme, pour caractériser la population
- la parité, pour demander ensuite si elles ont déjà allaité au sein

- le nombre précédent d'allaitement au sein, pour voir l'éventuelle influence d'un allaitement antérieur
- le temps d'allaitement
- l'intensité de la douleur sur l'échelle EVA pour l'allaitement actuel
- le jour d'arrêt de l'allaitement maternel
- le poids de naissance du nouveau-né, pour caractériser la population.

Et d'autres qualitatives :

- l'arrêt de l'allaitement (oui ou non)
- la catégorie socioprofessionnelle, pour les classer
- le vécu des éventuels autres allaitements au sein (bon ou mauvais) pour en voir l'influence sur cet allaitement
- les facteurs de choix d'allaitement maternel : si c'est bon pour son enfant, si elle a envie d'allaiter au sein ou si c'est bon pour son enfant et qu'elle a envie d'allaiter
- le mode d'accouchement
- les potentiels facteurs de risque d'arrêts pour savoir pourquoi elles arrêtent d'allaiter au sein : les douleurs des seins ou des mamelons, les crevasses, le manque de lait, la quantité de lait ingurgitée par l'enfant inconnue de la mère, c'est contraignant, c'est difficile, les difficultés à téter du nouveau-né, le manque d'énergie pour allaiter, la gêne ou malaise lors des mises au sein, la contrainte d'allaiter alors que pas vraiment envie au départ, plus envie, les discours trop discordants entre les soignants ; elles ont répondu par oui ou non et ont classé les propositions ci-dessus par ordre d'importance.

## **4.2. La méthode**

### ***4.2.1. Le type d'étude choisie***

C'est une étude cas-témoins à la maternité de l'HME de Limoges. Les facteurs de risque de l'arrêt de l'allaitement maternel sont recherchés.

#### **4.2.2. *Le recueil des données***

C'est une enquête par questionnaire auprès des femmes arrêtant l'allaitement maternel au cours de leur séjour (cas) et auprès de celles poursuivant l'allaitement à la maternité de l'HME de Limoges (témoin). Le questionnaire du témoin est rempli par celui-ci au même jour auquel le cas a arrêté l'allaitement maternel.

##### 4.2.2.1. Le questionnaire

- Distribution du questionnaire

Il a été mis à disposition du personnel, facile d'accès, dans un carton dans chaque bureau des suites de couches ; un par secteur.

Il a été distribué à la maternité par les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture lorsque les femmes décidaient d'arrêter définitivement l'allaitement maternel. Il a été récupéré par le personnel de la maternité et remis dans le carton prévu à cet effet.

J'ai été voir environ deux fois par semaine si les questionnaires étaient bien distribués et remplis (par les femmes arrêtant l'allaitement) pour pouvoir distribuer des questionnaires aux femmes poursuivant l'allaitement (les témoins) et pour faire des relances au personnel quant à mon mémoire.

- Le pré-test du questionnaire

Cette phase a été réalisée durant le mois de janvier 2010. Pour cela, j'ai distribué mon questionnaire à une vingtaine de femmes ayant arrêté ou non l'allaitement maternel à la maternité et je leur ai demandé de me dire ce qui n'était pas compréhensible : ceci m'a permis de reformuler certaines questions.

- Les personnes ressources

Ce sont le maître de mémoire, la guidante de mémoire, le personnel de la maternité pour la distribution des questionnaires, la sage-femme cadre de la maternité qui est intéressée par le sujet de l'étude et qui est d'accord pour la distribution du questionnaire.

- Durée de l'étude

La distribution des questionnaires a débuté mi-avril 2010 et s'est achevée fin décembre 2010 (8 mois).

- Description du questionnaire

Ce questionnaire est constitué de quatre parties : (ANNEXE III)

- La première partie renseigne sur l'âge de la femme et sur sa catégorie socioprofessionnelle.
- La seconde partie demande la parité ainsi que les éventuels antécédents d'allaitement au sein, leur durée et leur vécu.
- La troisième partie recueille le poids du nouveau-né et le mode d'accouchement.
- La dernière partie repère si c'est un cas ou un témoin, la douleur actuelle des seins sur l'EVA, les caractéristiques des femmes quant à leur allaitement.

## **5. Méthodes d'analyse des résultats**

### **5.1. Saisie des données**

Le recueil des données s'est fait dans un tableur Excel et l'exploitation avec le logiciel Modalisa.

### **5.2. Analyse statistique**

Nous avons utilisé :

- Le test de Fisher pour les comparaisons de moyennes
- Le test du Khi2 pour les comparaisons de fréquence
- Lorsqu'une différence significative a été retrouvée, l'odd ratio a été calculé. Si l'intervalle de confiance de l'odd ratio ne contient pas 1, les facteurs de risque ont été relevés et intégrés dans une régression logistique.

**PRESENTATION DES  
RESULTATS**

## **1. Présentation des résultats**

79 cas et 79 témoins étaient nécessaires à l'étude. Mais je n'ai réussi à en obtenir que 59 dans chaque catégorie.

### **1.1. Présentation de la population**

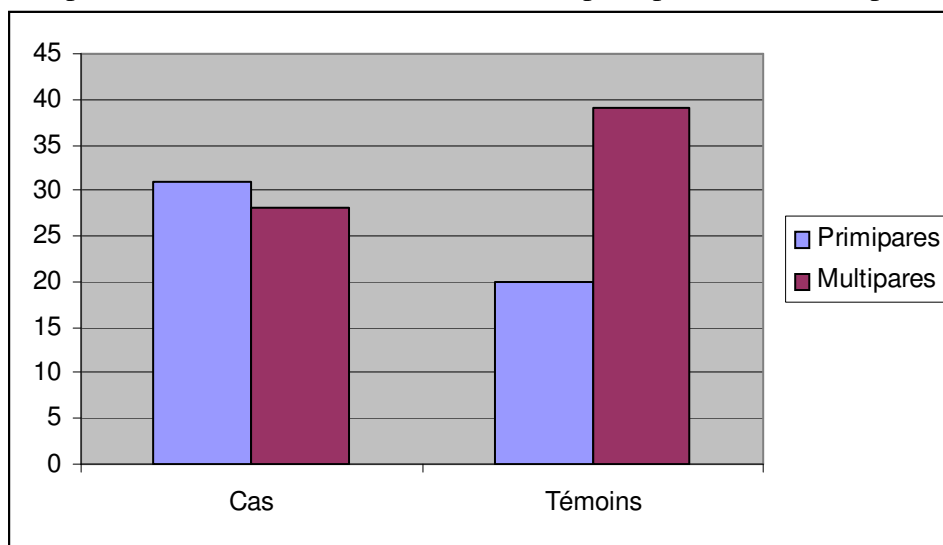
	Cas	Témoins	Population générale	Minimum	Maximum
Age (ans)	29,2	30,6	29,92	16	44
Parité (enfants)	1,61	2,07	1,84	1	8
Poids des nouveau-nés (g)	3192	3314	3253	2120	4130
Antécédent d'allaitement au sein (nombre)	22	34	56		
Durée d'allaitement antérieure (jours)	33,55	160,88	110,86	1	730



Vécu des allaitements antérieurs (EVA)	4,5	7,97	6,61	0	10
Jour d'arrêt	1,69			0	5

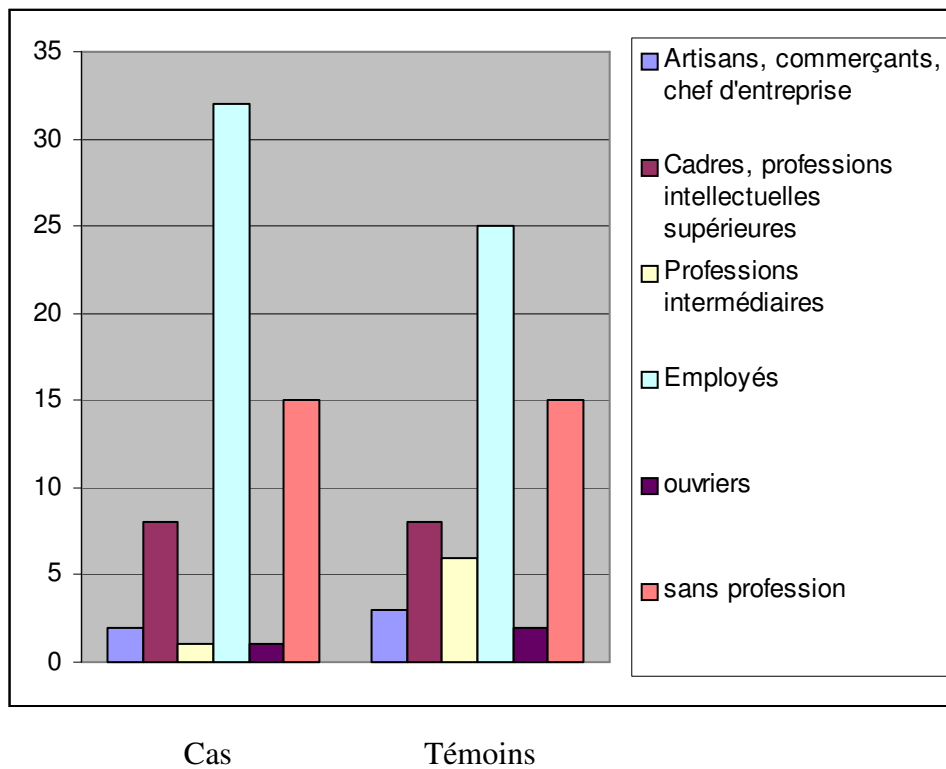
Les cas et les témoins ont à peu près le même âge. Les témoins ont plus d'enfants que les cas, ont des plus gros nouveau-nés et ont plus d'expérience en allaitement maternel et pendant un plus long temps. Ils ont également un meilleur vécu de leurs allaitements antérieurs que les cas.

Répartition des cas et des témoins chez les primipares et les multipares



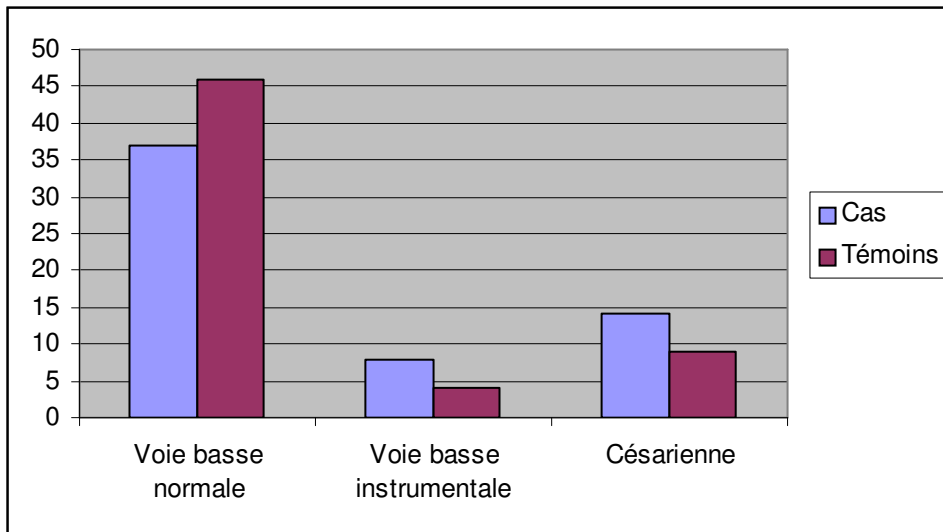
Il y a une majorité de primipares dans la population des cas alors que ce rapport est inversé chez les témoins.

Catégorie socioprofessionnelle



La répartition est à peu près similaire dans les 2 populations avec un peu plus d'employés chez les cas et plus de professions intermédiaires chez les témoins.

### Mode d'accouchement



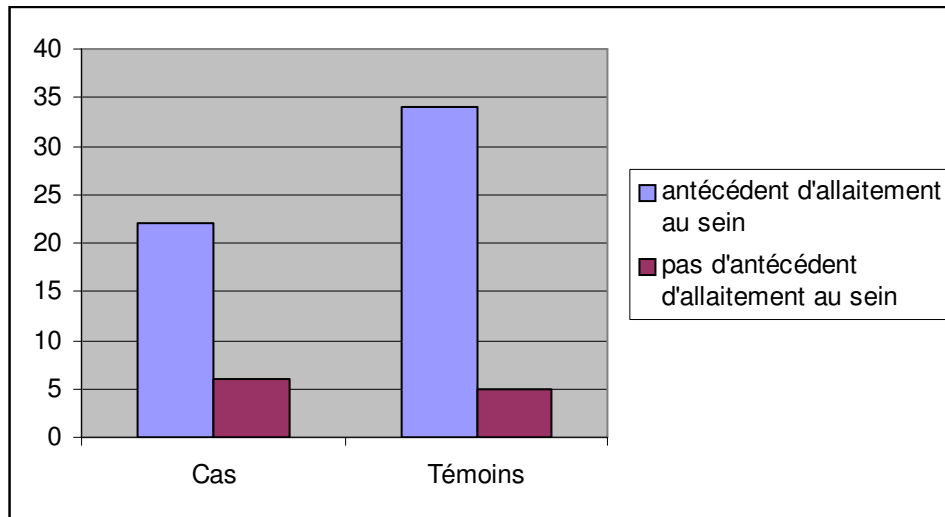
Les cas présentent plus d'accouchements par extractions instrumentales et de césariennes que les témoins ; ces derniers accouchent plus par voie basse.

### Cause du choix de l'allaitement maternel

	Cas	Témoins
Volonté	13	8
Désir	0	1
Volonté et désir	46	49

La majorité des femmes choisissent l'allaitement maternel car elles ont envie d'allaiter et parce qu'elles savent que c'est bon pour leur nouveau-né : elles ont le désir et la volonté d'allaiter. Certains cas choisissent l'allaitement au sein car elles en ont la volonté sans le désir : elles savent que c'est bon pour leur enfant mais elles n'ont pas envie d'allaiter.

### Caractéristiques des multipares par rapport à l'allaitement



Chez les multipares, il y a plus de témoins que de cas qui ont déjà allaité au sein.

Le tableau ci-dessous représente la répartition en pourcentage des caractéristiques qu'énoncent les femmes interrogées par rapport à leur allaitement.

### Répartition des caractéristiques liées à l'allaitement

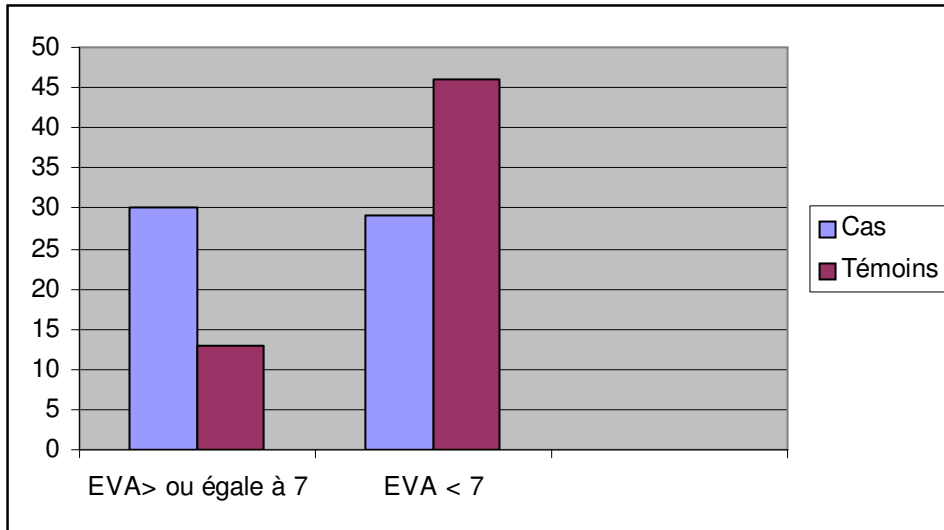
	Cas	Témoins	Population générale	Qualificatif principal		Qualificatif secondaire	
				Cas	Témoins	Cas	Témoins
Douleurs mammaires lors de la mise au sein	33,1	37,3	70,3	19,5	26,3	4,2	9,3
Crevasses au sein	14,4	12,7	27,1	2,5	5,9	9,3	5,1
Manque de lait	11,9	3,4	15,3	2,5	1,7	4,2	0,8

Inquiétude sur la quantité de lait prise	28,8	9,3	38,1	10,2	2,5	5,1	4,2
Contrainte liée à l'allaitement	14,4	5,9	20,3	0	1,7	4,2	2,5
Difficulté de l'allaitement	26,3	14,4	40,7	1,7	1,7	4,2	2,5
Difficulté du nouveau-né pour la mise au sein	22,9	7,6	30,5	8,5	2,5	6,8	1,7
Perte d'énergie	14,4	0	14,4	1,7	0	3,4	0
Pudeur	8,5	4,2	12,7	0	0	0,8	2,5
Pression de l'entourage pour allaiter	0,8	0	0,8	0	0	0,8	0
Plus envie d'allaiter	22	0,8	22,8	2,5	0	0,8	0
Discours discordants des soignants	6,8	5,1	11,9	0,8	0	0,8	1,7

Pour ces caractéristiques : manque de lait, inquiétude sur la quantité de lait prise, difficultés du nouveau-né pour la mise au sein, perte d'énergie, plus envie d'allaiter ; les cas sont en majorité. Le qualificatif principal est la caractéristique que les femmes ont énoncé en premier, c'est-à-dire ce qu'elles ressentent le plus quant à leur allaitement parmi tous les choix. Pour la population générale, la douleur mammaire lors de la mise au sein est ce

qualificatif principal. Le qualificatif qui vient en deuxième position selon les femmes, est majoritairement la présence de crevasses au niveau des seins.

Evaluation de la douleur mammaire lors de la mise au sein



Il est intéressant de voir que les cas, c'est-à-dire les femmes qui arrêtent l'allaitement maternel, sont beaucoup plus nombreuses à avoir une douleur supérieure ou égale à 7 sur l'échelle visuelle analogique que les témoins, mais aussi que les témoins sont plus nombreuses à avoir une douleur inférieure à 7 que les cas.

Le tableau ci-après représente les moyennes de douleurs mammaires, lors de la mise au sein, au moment où les femmes sont interrogées, y compris pour les femmes qui ont arrêté l'allaitement. C'est donc, pour elles, la douleur qu'elles ressentent actuellement, au moment où elles arrêtent pour les cas et pour les témoins, au moment où on leur pose la question.

Douleur moyenne des seins liées à l'allaitement

	Cas	Témoins	Population générale	Minimum	Maximum
EVA de douleur actuelle des seins lors de la mise au sein	5,53	4	4,76	0	10

On voit que le niveau moyen de douleur dans la population des femmes qui arrêtent l'allaitement maternel à la maternité est supérieur à celui de la population des femmes qui le poursuivent.

Par la présentation de la population, on voit aussi apparaître que la population des femmes qui arrêtent l'allaitement maternel à la maternité (les cas) présentent des caractéristiques particulières par rapport à celles qui n'arrêtent pas (les témoins) ; en effet, il y a plus de primipares chez les cas et plus de multipares chez les témoins. Dans les catégories socioprofessionnelles, il y a plus d'employées alors que chez les témoins, les professions intermédiaires sont plus nombreuses. Par rapport au mode d'accouchement, les cas ont plus d'extractions instrumentales et de césariennes que les témoins alors que l'accouchement par la voie basse est plus fréquent chez ces dernières. Les témoins sont plus âgées, ont plus d'enfants et leurs nouveau-nés ont en moyenne un plus gros poids de naissance que les cas. Les témoins ont plus d'expériences d'allaitements antérieurs et pendant plus longtemps ; d'ailleurs, leur vécu des allaitements précédents est meilleur que chez les cas. Une petite majorité de cas est plus motivée par les bienfaits de l'allaitement maternel (volonté) que par le réel désir d'allaiter, contrairement aux témoins qui ont autant de désir que de volonté d'allaiter.

Dans les caractéristiques liées à l'allaitement maternel, les cas sont plus nombreuses à trouver que : leur nouveau-né a des difficultés pour téter, elles manquent de lait, elles sont inquiètes sur la quantité de lait prise ce qui est beaucoup moins retrouvé chez les témoins. Les cas trouvent l'allaitement contraignant et difficile. Elles ont une perte d'énergie pour allaiter mais pas les témoins. Elles arrêtent parce qu'elles n'ont plus envie d'allaiter.

Au niveau de la douleur, les cas sont beaucoup plus nombreuses à avoir une douleur des seins  $\geq$  à 7 sur l'EVA et les témoins sont beaucoup plus nombreuses à avoir une douleur  $<$  7 que les

cas. D'ailleurs, la douleur moyenne des seins des cas est plus importante que celle des témoins (5,53 contre 4).

## **1.2. Influence des différentes variables**

### ***1.2.1. Douleur $\geq$ à 7 sur l'EVA : quelles variables sont en jeu ?***

#### **1.2.1.1. Variables totalement indépendantes de la douleur mammaire**

Ce sont les variables qui n'interviennent pas dans l'augmentation ou la diminution de la douleur mammaire.

Ce sont : le poids du nouveau-né à la naissance ( $p=0,996$ ), le manque de lait ( $p=0,999$ ) et la pression de l'entourage pour allaiter ( $p=0,999$ ). Ces variables sont presque totalement indépendantes de la douleur  $\geq$  à 7 sur l'EVA car avec le test du Khi 2, on obtient pour chacune de ces variables, un  $p$  proche de 1. La variable est significative si  $p < 0,05$ . Donc là, ces variables n'ont pas de rapport avec la douleur.

#### **1.2.1.2. Variables peu significatives de la douleur mammaire**

Ce sont :

- l'âge ( $p=0,878$ )
- la parité ( $p=0,678$ )
- pour les multipares, le temps antérieur d'allaitement ( $p=0,252$ )
- le mode d'accouchement ( $p=0,254$ )
- le choix de l'allaitement maternel (désir, volonté, désir et volonté) ( $p=0,545$ )
- l'inquiétude sur la quantité de lait prise ( $p=0,723$ )
- que l'allaitement est contraignant ( $p=0,902$ )
- les difficultés du nouveau-né pour la mise au sein ( $p=0,792$ )
- la perte d'énergie ( $p=0,864$ )
- la pudeur ( $p=0,982$ )
- les discours discordants des soignants ( $p=0,812$ )

Ces variables sont peu significatives de la douleur  $\geq$  à 7 sur l'EVA car avec le test du Khi 2,  $0,2 < p < 0,9$  ce qui est éloigné de 0,05.



1.2.1.3. Variables significativesVariables favorisant la douleur mammaire  $\geq$  à 7 sur l'EVA

Variables	P	OR	IC	OR après régression logistique	IC après régression logistique
Douleur mammaire lors de la mise au sein	0,001	10	2-34	7	1,9-26
Crevasses	0,001	4,5	1,9-10,6	3	1,2-7,7
Difficulté de l'allaitement	0,019	2,68	1,2-5,8		
Plus envie d'allaiter	0,033	2,8	1,16-6,8	3	1,1-8,3

Avec le test du Khi2, la douleur mammaire lors de la mise au sein est très significative d'une douleur  $\geq$  à 7 sur l'EVA car  $p=0,001$ . De plus, on a calculé un odd ratio (OR) qui est à 10 ce qui signifie que le risque d'avoir une douleur  $\geq$  à 7 sur l'EVA lorsque la femme est exposée à la douleur mammaire est 10 fois supérieur aux femmes qui disent ne pas avoir de douleur. L'intervalle de confiance (IC) est entre 2 et 34 ; il est donc significatif car il ne contient pas 1.

Nous avons aussi réalisé une régression logistique pour ce facteur en prenant en compte en plus : les crevasses et le fait de ne plus avoir envie d'allaiter. Et après régression logistique, nous retrouvons un OR élevé, en effet, il est à 7 ce qui prouve bien que cette douleur est très significative.

Par cette régression logistique, on retrouve aussi que l'OR est représentatif de l'OR avant régression pour les crevasses et pour le fait de ne plus avoir envie d'allaiter, d'où l'importance d'une douleur  $\geq$  à 7 sur l'EVA. La difficulté n'a pas été intégrée dans la régression logistique ; elle a une influence moindre.

### 1.2.2. Influence des variables sur l'arrêt de l'allaitement maternel à la maternité

Certains facteurs ne sont pas fiables pour conclure s'ils influencent l'arrêt de l'allaitement maternel ou non car il y a certaines catégories où le nombre de cas est insuffisant, ce sont :

- la catégorie socioprofessionnelle
- pour les multipares, le nombre antérieur de jours d'allaitement maternel
- le poids du nouveau-né
- le choix de l'allaitement maternel (désir, volonté, désir et volonté)
- la perte d'énergie pour allaiter
- la pression de l'entourage pour allaiter

#### 1.2.2.1. Variables peu significatives de l'arrêt de l'allaitement maternel

Elles sont :

- l'antécédent d'allaitement maternel (p=0,557)
- le mode d'accouchement (p=0,181)
- la caractéristique « douleur aux seins lors de la mise au sein » (p=0,425)
- les crevasses (p=0,875)
- la pudeur lors de la mise au sein (p=0,267)
- les discours discordants des soignants (p=0,773)

Ces facteurs sont peu significatifs de l'arrêt de l'allaitement maternel à la maternité car, avec le test du Khi 2,  $0,1 < p < 0,8$ .

#### 1.2.2.2. Variables significatives

Variabiles	P	OR	IC	OR après régression logistique	IC après régression logistique
Age < 25 ans	0,041			5	1,3-18
Age > 35 ans	0,041			3,9	1,7-9
Primiparité	0,06	2,2	1,02-4,53		

Douleurs mammaire > ou égale à 7 sur l'EVA	0,002	3,6	1,6-8,1	14	3,2-66
Inquiétude sur la quantité de lait prise	0,001	5,9	2,6-13,6	16	4-64
Difficultés du nouveau-né pour téter	0,001	4,6	1,9-11,2	8	2-29
Plus envie d'allaiter	0,001	45	5,9-352	242	15-3916
Manque de lait	0,002	4,2	1,3-13,9		
Contrainte de l'allaitement maternel	0,037	3	1,1-7,9		
Difficulté de l'allaitement maternel	0,014	2,7	1,2-5,8		

Lorsque l'on a intégré les différentes catégories d'âge dans une régression logistique, on a trouvé que l'âge inférieur à 25 ans et supérieur à 35 ans est significatif de l'arrêt de l'allaitement maternel à la maternité, la primiparité aussi.

En intégrant plusieurs facteurs dans une autre régression logistique, la douleur des seins  $\geq$  à 7 sur l'EVA est encore très significative, comme avant la régression, ce qui prouve son influence sur l'arrêt de l'allaitement maternel. Il en est de même pour les autres facteurs de cette régression : douleurs des seins lors de la mise au sein, crevasses, inquiétude sur la quantité de lait prise, difficulté du nouveau-né pour téter, plus envie d'allaiter.

Le manque de lait, le caractère contraignant de l'allaitement maternel et le caractère difficile ne sont pas intégrés dans une régression, ils ont une influence sur l'arrêt de l'allaitement mais elle est moindre.

Récapitulons les caractéristiques associées à l'arrêt de l'allaitement maternel par ordre d'importance de la régression logistique :

- le fait de ne plus avoir envie d'allaiter (OR= 242)
- l'inquiétude sur la quantité de lait prise par le nouveau-né (OR=16)
- la douleur des seins supérieure ou égale à 7 sur l'EVA (OR=14)
- la difficulté du nouveau-né pour la mise au sein (OR=8)

**ANALYSE  
ET  
DISCUSSION**

## 1. Analyse et discussion

L' hypothèse principale est vérifiée :

La douleur des seins  $\geq$  à 7 sur l'échelle visuelle analogique (EVA) est un facteur de risque d'arrêt de l'allaitement maternel à la maternité (prouvée par le test du Khi 2 et la régression logistique). Effectivement, lorsque la douleur est très intense, il est difficile d'aider une femme lors des mises au sein. Souvent, elles veulent écouter nos conseils mais se découragent très vite et la meilleure solution pour elles est d'arrêter de donner le sein, c'est un peu la solution la plus simple. Cette hypothèse se dessine aussi lorsque l'on voit, dans la présentation, qu'il y a beaucoup plus de cas qui ont une douleur  $\geq$  à 7 sur l'EVA que de témoins. Et inversement, que beaucoup plus de témoins ont une douleur  $<$  7 sur l'EVA que de cas.

Les hypothèses secondaires sont aussi vérifiées :

La population des femmes qui arrêtent l'allaitement maternel à la maternité présentent des caractéristiques particulières par rapport à celles qui n'arrêtent pas : les cas sont différents des témoins dans la présentation des caractéristiques générales de la population. En effet, il y a plus de primipares chez les cas et plus de multipares chez les témoins : on peut penser que comme elles sont multipares, elles ont déjà allaité et que leur allaitement s'est bien passé, alors que si elles n'ont jamais allaité, elles n'ont pas d'expériences et peuvent être surprises de voir comment se passe réellement un allaitement.

**Dans les catégories socioprofessionnelles**, il y a plus d'employées alors que chez les témoins, les professions intermédiaires sont plus nombreuses : cela signifierait que plus la catégorie sociale est élevée, plus les femmes allaitent. Ce n'est pas le ressenti général des soignants, d'ailleurs, dans l'analyse statistique, cette variable n'est pas significative de l'arrêt de l'allaitement.

Par rapport au **mode d'accouchement**, les cas ont plus d'extractions instrumentales et de césariennes que les témoins alors que l'accouchement par la voie basse est plus fréquent chez ces dernières. Mais, le mode d'accouchement aurait peu d'influence sur la douleur mammaire. Malgré tout, on peut penser que les femmes qui se mobilisent moins rapidement après un

accouchement difficile sont moins centrées sur leur allaitement car elles sont plus douloureuses que les autres, et peuvent donc moins corriger les mauvaises postures qui favorisent les douleurs mammaires.

Les témoins **sont plus âgées, ont plus d'enfants** : ces deux variables vont ensemble, plus la femme est âgée, plus elle a de chances d'avoir plusieurs enfants et plus d'expériences d'allaitements. Ceci entraîne un allaitement facilité.

A propos de l'âge, avoir moins de 25 ans favorise l'arrêt de l'allaitement, c'est peut-être dû à un manque d'informations. Ces jeunes femmes suivent peu les séances de préparation à la naissance et sont peut-être moins aguerries pour faire face aux difficultés de l'allaitement maternel. Et avoir plus de 35 ans favorise aussi l'arrêt, concerne-t-il les femmes qui ne se sont pas encore penchées sur toutes les facettes de la maternité et notamment de l'allaitement ? Il aurait été intéressant de savoir si ce sont plus des primipares ou des multipares qui n'avaient pas encore allaité pour pouvoir mieux cerner ce problème.

Les nouveau-nés des témoins ont en moyenne un plus gros **poids de naissance** que les cas : les nouveau-nés avec un plus gros poids réclament en général plus qu'un enfant de petit poids, ce qui stimule plus la production de lait et donc ils tètent plus le sein et les femmes ont moins souvent de problème de manque de lait.

Les témoins ont plus **d'expériences d'allaitements antérieurs** et pendant plus longtemps ; d'ailleurs, leur vécu des allaitements précédents est meilleur que chez les cas : en effet, si une femme a un mauvais vécu d'un allaitement antérieur, elle partira souvent avec une mauvaise impression en se disant que ça peut ne pas fonctionner et au moindre problème, elle arrêtera plus facilement en se disant que son enfant précédent va bien et que ce sera pareil pour celui-ci. D'ailleurs, dans les cas multipares, il y a plus de femmes qui ont déjà allaité que de femmes qui n'ont jamais allaité. Leurs vécus des autres allaitements est plutôt moyen et pendant peu de temps. C'est peut-être pour cela qu'elles ne poursuivent pas cet allaitement.

Une petite majorité de cas est plus motivée par les bienfaits de l'allaitement maternel (volonté) que par le réel **désir** d'allaiter, contrairement aux témoins qui ont autant de désir que de volonté d'allaiter. Or, nous savons que le désir est nécessaire pour étayer la volonté et quand il est absent ou faible, faire face aux difficultés de l'allaitement est compliqué. Nous pouvons donc penser que ces femmes arrêtent plus facilement l'allaitement de ce fait. Mais c'est une minorité.

Dans les caractéristiques liées à l'allaitement maternel, les cas sont plus nombreuses à trouver que : leur nouveau-né a des difficultés pour téter, elles manquent de lait, elles sont inquiètes sur la quantité de lait prise ce qui est beaucoup moins retrouvé chez les témoins. Ces

caractéristiques peuvent être liées au poids du nouveau-né, au manque de motivation pour allaiter, au fait que le réel désir d'allaiter n'est pas présent, qu'elle n'ont jamais allaité et qu'elles ne s'attendaient pas à ça ou au contraire qu'elles ont déjà eu une expérience mais plutôt mauvaise, ou bien qu'elle ont eu un accouchement difficile et qu'en plus d'avoir des douleurs liées à celui-ci, elles ne veulent pas se poser de questions sur les rations de lait. De plus, pour certaines femmes, ne pas savoir réellement ce que tète leur enfant est source d'inquiétude qui, rajoutée aux autres facteurs peut favoriser l'arrêt de l'allaitement.

Les cas trouvent l'allaitement contraignant et difficile. Elles ont une perte d'énergie pour allaiter mais pas les témoins. Elles arrêtent parce qu'elles n'ont plus envie d'allaiter, certainement pour toutes les mêmes causes énoncées ci-dessus. La douleur, les crevasses, le non réel désir mènerait à ne plus avoir envie d'allaiter. Il est logique de voir que les crevasses favorisent une douleur mammaire  $\geq$  à 7 sur l'EVA car lorsque nous voyons des femmes qui en ont, elles disent effectivement que c'est très douloureux.

Par contre, la sensation de difficulté et le fait de ne **plus** avoir **envie** d'allaiter favorise aussi cette douleur. Ces variables n'ont normalement pas de lien direct avec la douleur. Est-ce dû au manque initial de motivation qui fait que les femmes n'ont plus envie ? Ou bien, est-ce la douleur et les crevasses qui entraîneraient la sensation de difficulté et la perte d'envie d'allaiter ? C'est certainement le fait qu'elles aient des douleurs et des crevasses qui font qu'elles n'ont plus envie et qu'elles arrêtent d'allaiter.

Par contre, le fait d'avoir des **douleurs aux seins** et d'avoir des **crevasses** a peu d'influence sur l'arrêt de l'allaitement maternel, alors que la douleur  $\geq$  à 7 sur l'EVA intervient. Est-ce dû au fait que les crevasses ont une influence directe sur la douleur  $\geq$  à 7 et peut-être indirecte sur l'arrêt de l'allaitement ?

Au niveau de la **douleur**, les cas sont beaucoup plus nombreuses à avoir une douleur des seins  $\geq$  à 7 sur l'EVA et les témoins sont beaucoup plus nombreuses à avoir une douleur  $<$  7 que les cas. D'ailleurs, la douleur moyenne des seins des cas est plus importante que celle des témoins (5,53 contre 4) : ceci est significatif car  $p=0,004$ . La douleur est encore certainement liée à un manque d'expérience en allaitement notamment sur la position du nouveau-né, sur les soins des seins, sur les rythmes des tétées. Mais aussi en rapport avec le poids du nouveau-né, au manque de motivation pour allaiter, au fait que le réel désir d'allaiter n'est pas présent, qu'elle n'ont jamais allaité et qu'elles ne s'attendaient pas à ça ou qu'elles ont eu un accouchement difficile et que la douleur de l'accouchement prime sur l'alimentation du nouveau-né.



Le niveau moyen de douleur dans la population des femmes qui arrêtent l'allaitement maternel à la maternité est supérieur à celui de la population des femmes qui le poursuivent ; en effet, celles qui arrêtent ont une douleur moyenne des seins à 5,53 sur l'EVA et celles qui poursuivent, à 4 ( $p=0,004$ ). L'hypothèse est prouvée aussi par le fait que la douleur des seins supérieure ou égale à 7 sur l'EVA est un facteur de risque d'arrêt de l'allaitement maternel.

### **1.1. Les points positifs de l'étude**

Bien que n'ayant pas le nombre de sujets nécessaire pour l'étude, il est quand même possible de conclure. Pour les variables significatives, c'est-à-dire où l'intervalle de confiance ne contient pas 1, les résultats statistiques sont fiables.

De plus, d'autres facteurs de risque d'arrêt de l'allaitement maternel à la maternité ont pu être déterminés comme, l'inquiétude sur la quantité de lait prise, la difficulté du nouveau-né pour la mise au sein, le fait de ne plus avoir envie d'allaiter, puis l'âge inférieur à 25 ans ou supérieur à 35 ans, la primiparité, le manque de lait, la contrainte ou la difficulté de l'allaitement maternel.

Certaines variables que l'on aurait pu penser avoir une influence sur l'arrêt de l'allaitement maternel, n'en ont pas, comme les discours discordants des soignants ce qui est rassurant. Même si les femmes ont parfois des discours éloignés les uns des autres, ceci n'est pas la cause de leur arrêt. Peut-être aussi les soignants donnent-ils tous à peu près les mêmes conseils sur l'allaitement ? Les formations qui leur sont données sont bien suivies et bien entendues.

Il est rassurant de voir que pour une majorité de femmes, volonté et désir sont associés dans le choix de l'allaitement maternel. Le problème semble ailleurs et donc plus facilement accessible à nos actions.

### **1.2. Les points négatifs de l'étude**

Tout d'abord, le nombre de sujets a été insuffisant, 59 cas et 59 témoins ont été recrutés, soit 75 % du nombre de sujets nécessaires.

Par ce fait, certains facteurs n'ont pas été fiables donc non exploitables.

### **1.3. Points importants**

De par cette étude, on comprend que la prise en charge précoce de la douleur des seins lors des premières mises au sein est primordiale et peut empêcher certaines femmes d'arrêter précocement leur allaitement.

A l'heure actuelle, beaucoup de femmes sont informées avant la naissance de leur enfant sur l'allaitement mais il faut persévérer en suites de couches en les informant sur l'importance du changement de position lors de la tétée, comment préserver ses mamelons... entre autres conseils.

Reprenons les facteurs de risque d'arrêt de l'allaitement maternel :

Pour les femmes ayant moins de 25 ans ou plus de 35 ans ou étant primipare, nous devons être d'autant plus vigilants quant à leur douleur, leurs questions. L'OMS préconise d'informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique mais il y a toujours des femmes qui ne bénéficient pas de ces informations, soit par manque de temps des professionnels de santé en anténatal, soit par défaut de suivi dû à la femme, soit par manque d'information des femmes sur la préparation à la naissance. De manière générale, pour toutes les femmes, il faudrait insister, lors des cours de préparation à la naissance ou en suites de couches pour les femmes n'en ayant pas bénéficié, sur le massage de l'aréole, leur indiquer qu'elles fassent perler une goutte de lait sur chaque sein après la tétée et qu'elles l'étalent sur le sein car ceci a un très fort pouvoir cicatrisant. Il faut leur dire qu'elles peuvent utiliser une crème à base de lanoline qui empêcherait l'apparition de crevasses, et donc les douleurs des seins. Il est nécessaire de leur montrer les différentes positions d'allaitement et de leur expliquer qu'une unique position a toujours les mêmes points d'appui sur le mamelon et donc que cela favorise les douleurs. Le changement de position modifie les points sollicités pendant la tétée et est très important à respecter. Mais avant toute chose, il faut vérifier que l'enfant est bien positionné au sein afin de limiter au maximum l'apparition des crevasses.

D'après les résultats de notre étude, il est prouvé que la douleur supérieure ou égale à 7 sur l'EVA est un facteur de risque d'arrêt de l'allaitement maternel dès la maternité.

L'évaluation de la douleur est très utilisée dans beaucoup de domaines à l'heure actuelle. Il serait bénéfique d'utiliser des échelles de douleur type échelle visuelle analogique (EVA) pour évaluer la douleur mammaire des femmes lors de la mise au sein dans les premiers jours de l'allaitement. Ceci permettrait de repérer les femmes à risque d'arrêter l'allaitement maternel et donc de les prendre en charge à chaque tétée aussi bien sur la position d'allaitement que sur les conseils après une tétée avec la goutte de lait et la crème.

**CONCLUSION**

D'après les résultats de notre étude, il est prouvé que la douleur  $\geq 7$  sur l'EVA est un facteur de risque d'arrêt de l'allaitement maternel dès la maternité. Il est important d'évaluer cette douleur dès les premiers jours et de la prendre en charge comme nous l'avons vu précédemment.

Ce qui favorise la douleur  $\geq 7$  sur l'EVA favorise l'arrêt de l'allaitement, ce qui signifie toujours que nous devons intervenir dès la mise en route de l'allaitement.

La difficulté du nouveau-né pour la mise au sein et l'inquiétude sur la quantité de lait prise se rejoignent : en effet, nous devons surveiller les premières mises au sein et expliquer les positions d'allaitement et la bonne position du nouveau-né pour téter ; ceci jouera aussi sur la douleur des seins de la mère. La mauvaise position du nouveau-né, donc la difficulté pour téter entraîne la douleur et par la suite l'arrêt de l'allaitement, tout est lié, il faut prendre tout ceci en charge dès le début.

Ensuite, quant au fait de ne plus avoir envie d'allaiter, ceci se joue dans le réel désir d'allaiter. La motivation pour l'allaitement est-elle présente ? Malheureusement, si certaines femmes arrêtent l'allaitement par manque de motivation, il est difficile de les prendre en charge. Il est de notre rôle de faire pencher la balance du côté positif de l'allaitement en vantant ses bénéfices mais si la femme n'en n'a pas envie, alors nous n'y pourrons rien.

## REFERENCES

## REFERENCES

- (1) Déclaration mondiale et plan d'action pour la nutrition. Conférence internationale sur la nutrition, Rome, FAO et OMS, 1992.
- (2) COURSAGET C., La mise en route de l'allaitement maternel à la maternité. Les dossiers de l'obstétrique. Octobre 2003 : 320 : 18-19
- (3) DIDIERJEAN-JOUVEAU C.Z., Epidémiologie de l'allaitement maternel en France ; 5° Entretien de nutrition de l'Institut Pasteur de Lille, 13 juin 2003.
- (4) HAUTE AUTORITE DE SANTE. Favoriser l'allaitement maternel- Processus et évaluation, Juin 2006.
- (5) AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de la vie de l'enfant. Paris : ANAES ; 2002.
- (6) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE , UNICEF. Déclaration conjointe. Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel. Genève : OMS ; 1989.
- (7) THIRION M. , L'allaitement de la naissance au sevrage. Albin Michel 1999 : p. 276
- (8) MENNANE G. : Les pratiques médicales influençant la durée de l'allaitement maternel : étude menée dans les maternités de Limoges et Périgueux. Limoges : école de sages-femmes faculté de médecine LIMOGES. 2008-65p
- (9) La revue PRESCRIRE, 2008, Septembre ; Tome 28, 299 : 689-692
- (10) MORINAUX M-F., Allaitement maternel exclusif : quand la connaissance des rythmes peut lever des obstacles. Les dossiers de l'Obstétrique, décembre 2007 ;366 :16-18
- (11) PONTHER C. : L'allaitement maternel protège-t-il du surpoids et de l'obésité dans la petite enfance ? Limoges : école de sages-femmes faculté de médecine LIMOGES. 2007-96p
- (12) VAN DE POLL M-T., BERTHET C., Enquête à la maternité du centre hospitalier de Saint-Junien. Info allaitement Haute-Vienne, septembre 2000
- (13) RAZUREL C., Les représentations de l'allaitement dans la relation sage-femme/patientes. Les dossiers de l'Obstétrique, octobre 2003 ; 320 : 6-11

- (14) DOUVILLE S., LEVESQUE L., FRANCOIS C., LAURENT C., BRUEL H., Enquête sur les arrêts précoces de l'allaitement à la maternité du Havre. La revue sage-femme, 2008 ;5
- (15) MOUGENEZ-RAPINE E., Impact de l'application des recommandations professionnelles en faveur de l'allaitement maternel sur la survenue de crevasses du sein. Vocation sage-femme, mars 2009 ; 70 : 21-24
- (16) LANDAIS M., Allaiter à la maternité : difficultés des mères ou/et des soignants ? Vocation sage-femme, mars 2009 ; 70 : 8-14
- (17) BAYOT I., Désir d'allaiter, volonté d'allaiter, cours allaitement, école de sages-femmes, 2009 : 1-5

**BIBLIOGRAPHIE**



## **BIBLIOGRAPHIE**

### Livres :

- CABROL D. , PONS J-C., GOFFINET F., Traité d'obstétrique. Flammarion 2005 : 1144 p
- LAUGIER J., ROZE J-C., SIMEONI U., SALIBA E., Soins aux nouveau-nés avant, pendant et après la naissance. Masson 2006 : 839 p
- THIRION M. , L'allaitement de la naissance au sevrage. Albin Michel 1999 : 276 p

### Revue :

- AYOUBI J-M., BERREBI A., DUCLUSAUD A., MERVEILLE M., L'allaitement. Réalités en gynéco-obstétrique, 2006 ;111 :11-16
- BAYOT I., Désir d'allaiter, volonté d'allaiter, cours allaitement, école de sages-femmes, 2009 : 1-5
- BENAT G., Conflits d'ambivalence et allaitement. Réalités en gynéco-obstétrique, 2005 ; 105 : 13-16
- LANDAIS M., Vocation sage-femme, 2009 ;70 :7-14
- Les dossiers de l'obstétrique, 2000 ; 286 :37-40
- Info allaitement Haute-Vienne, septembre 2000
- Les dossiers de l'obstétrique. Octobre 2003 : 320 : 18-19
- Les dossiers de l'Obstétrique, décembre 2007 ;366 :16-18
- Promouvoir un allaitement maternel. Prescrire, 2008 ; 297 :510-519
- La revue sage-femme, 2008 ;5
- La revue PRESCRIRE, 2008, Septembre ; Tome 28, 299 : 689-692
- Les difficultés de l'allaitement maternel. Soins pédiatrie-puériculture, août 2008 ; 213 :16-18

Mémoire :

- MENNANE G. : Les pratiques médicales influençant la durée de l'allaitement maternel : étude menée dans les maternités de Limoges et Périgueux. Limoges : école de sages-femmes faculté de médecine LIMOGES. 2008-65p
- PONTHER C. : L'allaitement maternel protège-t'il du surpoids et de l'obésité dans la petite enfance ? Limoges : école de sages-femmes faculté de médecine de Limoges. 2007-96p

Sites internet :

- [www.has-santé.fr](http://www.has-santé.fr)
- [www.co-naitre.net](http://www.co-naitre.net)

**ANNEXES**

## ANNEXE I

### **Recommandations OMS/UNICEF, 1989/2006**

#### **Dix mesures pour assurer le succès de l'allaitement maternel**

Les dix mesures que les établissements de santé devraient prendre pour garantir le succès de l'allaitement maternel sont les suivantes :

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

## ANNEXE II

**Score d'allaitement**

D'après cours de l'école de sage-femme de Limoges, 2009.

Qualité de l'éveil		Recherche active	Bouche grande ouverte	Mouvements de langue
2	Eveil calme, attentif	Mouvements de tête à la recherche du mamelon	Ouvre grand la bouche	Descend la langue
1	Crie, éveil passif	Cherche un peu, inefficacement	Ouvre moyennement	Sort la langue et lèche
0	Dort	Ne cherche pas	Ferme les gencives	Monte la langue au palais

**ANNEXE III**

ECOLE DE SAGES-FEMMES  
 HOPITAL DU CLUZEAU  
 23, avenue Dominique Larrey  
 87042 LIMOGES Cedex

Madame,

Je suis Lucie VACHER, étudiante sage-femme.

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, je réalise un mémoire afin de connaître les causes qui amènent certaines femmes à arrêter l'allaitement au sein, à la maternité et à comparer ces raisons par rapport aux femmes qui poursuivent.

Je vous remercie d'avance de l'attention que vous porterez à mon questionnaire.

Celui-ci est à rendre au personnel ou à laisser à la sortie dans la chambre.

A) Renseignements généraux

1- Votre âge : \_\_\_\_\_ans

2- Votre catégorie socioprofessionnelle :

agricultrice

artisan, commerçant, chef d'entreprise

cadre, profession intellectuelle supérieure

profession intermédiaire

profession libérale

ouvrière

employée

étudiante

au chômage

sans profession

B) Vos antécédents

3- Combien avez-vous d'enfants au total : \_\_\_\_\_

4- Avez-vous déjà allaité au sein auparavant ?

oui

non

5- Si oui, pendant combien de temps avez-vous allaité vos enfants précédents ? \_\_\_\_\_jours \_\_\_\_\_mois \_\_\_\_\_années

6- Si oui, comment avez-vous vécu globalement cet (ces) allaitement(s) précédent(s) ? Placer une croix sur l'échelle de 0 à 10 sachant que 0 est un très mauvais vécu et 10 un très bon vécu.

0

10

-----

**C) Votre accouchement**

7- Votre date d'accouchement : \_\_\_\_\_

8- Le poids de votre bébé à la naissance : \_\_\_\_\_ g

9- Le mode d'accouchement :

voie basse normale

voie basse avec forceps

voie basse avec ventouse

césarienne

**D) Votre allaitement** (même si vous avez déjà décidé d'arrêter)

10- Cochez ce qui vous concerne :

j'ai arrêté l'allaitement maternel aujourd'hui ou dans les jours précédents

je poursuis l'allaitement maternel aujourd'hui

11- La date de l'arrêt de l'allaitement au sein (si vous avez décidé d'arrêter): \_\_\_\_\_

12- Pour votre allaitement actuel, où situeriez-vous la douleur de vos seins lors de la mise au sein (même si vous avez déjà décidé d'arrêter) ? Placer une croix sur l'échelle de 0 à 10 sachant que 0 signifie aucune douleur et 10 une douleur très importante.

0

10

-----

13- Qu'est-ce qui vous a fait choisir l'allaitement maternel parmi ces propositions ? (une seule réponse possible)

c'est bon pour mon bébé

j'avais envie d'allaiter au sein

c'est bon pour mon bébé et j'avais envie d'allaiter au sein

14- D'après vous, les caractéristiques suivantes vous concernent-elles en ce moment à propos de l'allaitement ? (même si vous avez déjà décidé d'arrêter) :S'il y a plusieurs caractéristiques (c'est-à-dire quand vous avez répondu oui) , classez-les par ordre d'importance en les numérotant en sachant que le numéro 1 est la caractéristique qui vous concerne le plus.

	oui	non	si oui, n°
j'ai des douleurs aux seins lors de la mise au sein			
j'ai des crevasses aux seins			
je manque de lait			
je ne sais pas quelle quantité prend mon bébé et ça m'inquiète			
c'est contraignant			
c'est difficile			
mon bébé a des difficultés pour téter			
je n'ai plus d'énergie pour allaiter			
ça me gêne (pudeur) lors des mises aux seins			
mon entourage m'a poussé à allaiter au sein alors que je n'avais pas vraiment envie			
je n'ai plus envie d'allaiter			
les discours sont trop différents entre les soignants ce qui est déstabilisant			

Merci beaucoup de votre participation.



**VACHER Lucie**

**« COMPARAISON ENTRE LES FEMMES QUI ARRETTENT L'ALLAITEMENT MATERNEL A LA MATERNITE ET CELLES QUI LE POURSUIVENT : ETUDE CAS-TEMOINS »**

**51 pages**

**Mémoire de fin d'études - école de sages-femmes de Limoges – 2011**

**RESUME :**

L'OMS recommande un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois. Malheureusement, certaines femmes arrêtent l'allaitement dès leur séjour en maternité. Cette étude cas/témoin, avec 59 cas et 59 témoins, cherche des facteurs de risque d'arrêt de l'allaitement maternel à la maternité en cherchant aussi des facteurs favorisant la douleur des seins lors de la mise au sein. L'étude a été effectuée à l'aide d'un questionnaire distribué aux cas (femmes arrêtant l'allaitement maternel) et aux témoins (femmes poursuivant l'allaitement maternel).

Les résultats montrent que la douleur des seins supérieure ou égale à 7 sur l'échelle visuelle analogique est un facteur de risque d'arrêt de l'allaitement maternel à la maternité. Le fait de ne plus avoir envie d'allaiter ou la difficulté du nouveau-né pour la mise au sein en sont aussi.

Il est donc de notre devoir d'évaluer la douleur mammaire lors des premiers jours d'allaitement et de la prendre en charge. Nous devons connaître et expliquer aux femmes les bénéfices de l'allaitement maternel.

**MOTS-CLES :**

Allaitement maternel, arrêt précoce, douleur des seins, prise en charge de la douleur.