

## Faculté de Médecine

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 17 décembre 2020

Par Marion DEBREGES

Née le 10 avril 1989 à Périgueux

**Allaitement maternel :  
Recherche d'étiologies à l'origine d'un sevrage précoce dans le  
premier mois de vie du nourrisson**

Thèse dirigée par Mme le Dr Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER.....Présidente

Mme le Docteur Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME.....Directrice de thèse

Mme le Professeur Anne LIENHARDT-ROUSSIE.....Juge

M. le Professeur Vincent GUIGONIS.....Juge

Mme le Docteur Karen RUDELLE.....Membre invité





## Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

### Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 17 décembre 2020

Par Marion DEBREGES

Née le 10 avril 1989 à Périgueux

### **Allaitement maternel : Recherche d'étiologies à l'origine d'un sevrage précoce dans le premier mois de vie du nourrisson**

Thèse dirigée par Mme le Dr Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER.....Présidente

Mme le Docteur Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME.....Directrice de thèse

Mme le Professeur Anne LIENHARDT-ROUSSIE.....Juge

M. le Professeur Vincent GUIGONIS..... Juge

Mme le Docteur Karen RUDELLE.....Membre invité



## Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

---

Le 7 septembre 2020

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>ABOYANS</b> Victor            | CARDIOLOGIE                               |
| <b>ACHARD</b> Jean-Michel        | PHYSIOLOGIE                               |
| <b>AJZENBERG</b> Daniel          | PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE                |
| <b>ALAIN</b> Sophie              | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE                   |
| <b>AUBARD</b> Yves               | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE                   |
| <b>AUBRY</b> Karine              | O.R.L.                                    |
| <b>BERTIN</b> Philippe           | THERAPEUTIQUE                             |
| <b>CAIRE</b> François            | NEUROCHIRURGIE                            |
| <b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis     | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE |
| <b>CLAVERE</b> Pierre            | RADIOTHERAPIE                             |
| <b>CLEMENT</b> Jean-Pierre       | PSYCHIATRIE d'ADULTES                     |
| <b>CORNU</b> Elisabeth           | CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE  |
| <b>COURATIER</b> Philippe        | NEUROLOGIE                                |
| <b>DARDE</b> Marie-Laure         | PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE                |
| <b>DAVIET</b> Jean-Christophe    | MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION      |
| <b>DESCAZEAUD</b> Aurélien       | UROLOGIE                                  |
| <b>DES GUETZ</b> Gaëtan          | CANCEROLOGIE                              |
| <b>DESSPORT</b> Jean-Claude      | NUTRITION                                 |
| <b>DRUET-CABANAC</b> Michel      | MEDECINE et SANTE au TRAVAIL              |
| <b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine | ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)            |
| <b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure       | MEDECINE INTERNE                          |
| <b>FAUCHER</b> Jean-François     | MALADIES INFECTIEUSES                     |
| <b>FAVREAU</b> Frédéric          | BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE         |

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>FEUILLARD</b> Jean              | HEMATOLOGIE                                       |
| <b>FOURCADE</b> Laurent            | CHIRURGIE INFANTILE                               |
| <b>GAUTHIER</b> Tristan            | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE                           |
| <b>GUIGONIS</b> Vincent            | PEDIATRIE   |
| <b>HANTZ</b> Sébastien             | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE                           |
| <b>HOUETO</b> Jean-Luc             | NEUROLOGIE  |
| <b>JACCARD</b> Arnaud              | HEMATOLOGIE                                       |
| <b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile | IMMUNOLOGIE                                       |
| <b>JESUS</b> Pierre                | NUTRITION   |
| <b>LABROUSSE</b> François          | ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES               |
| <b>LACROIX</b> Philippe            | MEDECINE VASCULAIRE                               |
| <b>LAROCHE</b> Marie-Laure         | PHARMACOLOGIE CLINIQUE                            |
| <b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne      | PEDIATRIE   |
| <b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique    | HEPATOLOGIE                                       |
| <b>LY</b> Kim                      | MEDECINE INTERNE                                  |
| <b>MABIT</b> Christian             | ANATOMIE  |
| <b>MAGY</b> Laurent                | NEUROLOGIE  |
| <b>MARIN</b> Benoît                | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION |
| <b>MARQUET</b> Pierre              | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE                        |
| <b>MATHONNET</b> Muriel            | CHIRURGIE DIGESTIVE                               |
| <b>MELLONI</b> Boris               | PNEUMOLOGIE                                       |
| <b>MOHTY</b> Dania                 | CARDIOLOGIE                                       |
| <b>MONTEIL</b> Jacques             | BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE                 |
| <b>MOUNAYER</b> Charbel            | RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE                   |
| <b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie     | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION                       |
| <b>NUBUKPO</b> Philippe            | ADDICTOLOGIE                                      |

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>OLLIAC</b> Bertrand               | PEDOPSYCHIATRIE                                   |
| <b>PARAF</b> François                | MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE              |
| <b>PLOY</b> Marie-Cécile             | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE                           |
| <b>PREUX</b> Pierre-Marie            | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION |
| <b>ROBERT</b> Pierre-Yves            | OPHTALMOLOGIE                                     |
| <b>SALLE</b> Jean-Yves               | MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION              |
| <b>STURTZ</b> Franck                 | BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE                 |
| <b>TCHALLA</b> Achille               | GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT           |
| <b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre | ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES  |
| <b>TOURE</b> Fatouma                 | NEPHROLOGIE                                       |
| <b>VALLEIX</b> Denis                 | ANATOMIE  |
| <b>VERGNENEGRE</b> Alain             | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION |
| <b>VERGNE-SALLE</b> Pascale          | THERAPEUTIQUE                                     |
| <b>VIGNON</b> Philippe               | REANIMATION                                       |
| <b>VINCENT</b> François              | PHYSIOLOGIE                                       |
| <b>YARDIN</b> Catherine              | CYTOLOGIE et HISTOLOGIE                           |

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES**

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>BRIE</b> Joël        | CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE |
| <b>KARAM</b> Henri-Hani | MEDECINE D'URGENCE                        |
| <b>MOREAU</b> Stéphane  | EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE                    |

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

|                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| <b>BALLOUHEY</b> Quentin   | CHIRURGIE INFANTILE     |
| <b>BARRAUD</b> Olivier     | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| <b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie | CYTOLOGIE et HISTOLOGIE |

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>COUVE-DEACON</b> Elodie    | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE                     |
| <b>DURAND</b> Karine          | BIOLOGIE CELLULAIRE                         |
| <b>ESCLAIRE</b> Françoise     | BIOLOGIE CELLULAIRE                         |
| <b>JACQUES</b> Jérémie        | GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE            |
| <b>LE GUYADER</b> Alexandre   | CHIRURGIE THORACIQUE et<br>CARDIOVASCULAIRE |
| <b>LIA</b> Anne-Sophie        | BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE           |
| <b>RIZZO</b> David            | HEMATOLOGIE                                 |
| <b>TERRO</b> Faraj            | BIOLOGIE CELLULAIRE                         |
| <b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE                  |

### **P.R.A.G.**

|                       |         |
|-----------------------|---------|
| <b>GAUTIER</b> Sylvie | ANGLAIS |
|-----------------------|---------|

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES ASSOCIES A MI-TEMPS**

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>SALLE</b> Laurence | ENDOCRINOLOGIE<br>(du 01-09-2020 au 31-08-2021) |
|-----------------------|---|

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>DUMOITIER</b> Nathalie | (Responsable du département de Médecine<br>Générale) |
|---------------------------|--|

### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

|                                      |                               |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| <b>HOUDARD</b> Gaëtan                | (du 01-09-2019 au 31-08-2022) |
| <b>LAUCHET</b> Nadège                | (du 01-09-2020 au 31-08-2023) |
| <b>PAUTOUT-GUILLAUME</b> Marie-Paule | (du 01-09-2018 au 31-12-2020) |
| <b>SEVE</b> Léa                      | (du 01-09-2020 au 31-08-2023) |

### **PROFESSEURS EMERITES**

|                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>ADENIS</b> Jean-Paul     | du 01-09-2017 au 31-08-2021 |
| <b>ALDIGIER</b> Jean-Claude | du 01.09.2018 au 31.08.2020 |
| <b>BESSEDE</b> Jean-Pierre  | du 01-09-2018 au 31-08-2020 |

|                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| <b>BUCHON</b> Daniel          | du 01-09-2019 au 31-08-2021 |
| <b>MERLE</b> Louis            | du 01.09.2017 au 31.08.2020 |
| <b>MOREAU</b> Jean-Jacques    | du 01-09-2019 au 31-08-2021 |
| <b>TREVES</b> Richard         | du 01-09-2020 au 31-08-2021 |
| <b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole | du 01-09-2018 au 31-08-2021 |
| <b>VALLAT</b> Jean-Michel     | du 01.09.2019 au 31.08.2022 |
| <b>VIROT</b> Patrice          | du 01.09.2018 au 31.08.2021 |



## **Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique**

---

Le 12 juin 2020

### **ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>AUDITEAU</b> Emilie       | EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)                     |
| <b>DAURIAT</b> Benjamin      | HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET<br>CYTOGENETIQUE |
| <b>DERBAL</b> Sophiane       | CHIRURGIE ANATOMIE                          |
| <b>DOUCHEZ</b> Marie         | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION                 |
| <b>DUPONT</b> Marine         | HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE                      |
| <b>DURIEUX</b> Marie-Fleur   | PARASITOLOGIE                               |
| <b>GUYOT</b> Anne            | LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE                   |
| <b>HERMINEAUD</b> Bertrand   | LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE                   |
| <b>HUMMEL</b> Marie          | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION                 |
| <b>LABRIFFE</b> Marc         | PHARMACOLOGIE                               |
| <b>LEFEBVRE</b> Cyrielle     | ANESTHESIE REANIMATION                      |
| <b>LOPEZ</b> Stéphanie       | MEDECINE NUCLEAIRE                          |
| <b>PASCAL</b> Virginie       | IMMUNOLOGIE CLINIQUE                        |
| <b>PIHAN</b> Franck          | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION                 |
| <b>RIVAILLE</b> Thibaud      | CHIRURGIE-ANATOMIE                          |
| <b>SANSON</b> Amandine       | ANESTHESIE REANIMATION                      |
| <b>TCHU HOI NGNO</b> Princia | BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE           |

### **CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>ALBOUYS</b> Jérémie          | HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE                    |
| <b>ARMENDARIZ-BARRIGA</b> Matéo | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET<br>TRAUMATOLOGIQUE |
| <b>AUBLANC</b> Mathilde         | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE                      |
| <b>BAÏSSE</b> Arthur            | REANIMATION POLYVALENTE                      |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>BEEHARRY</b> Adil                | CARDIOLOGIE                                  |
| <b>BLOSSIER</b> Jean-David          | CHIRURGIE THORACIQUE et<br>CARDIOVASCULAIRE  |
| <b>BRISSET</b> Josselin             | MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES          |
| <b>CHASSANG-BRUZEAU</b> Anne-Hélène | RADIOLOGIE                                   |
| <b>CHAUVET</b> Romain               | CHIRURGIE VASCULAIRE                         |
| <b>CISSE</b> Fatou                  | PSYCHIATRIE                                  |
| <b>COMPAGNAT</b> Maxence            | MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION         |
| <b>DE POUILLY-LACHATRE</b> Anaïs    | RHUMATOLOGIE                                 |
| <b>DESCHAMPS</b> Nathalie           | NEUROLOGIE                                   |
| <b>DEVAUX</b> Edouard               | MEDECINE GERIATRIQUE                         |
| <b>DUVAL</b> Marion                 | NEPHROLOGIE                                  |
| <b>EL OUAFI</b> Zhour               | NEPHROLOGIE                                  |
| <b>FAURE</b> Bertrand               | PSYCHIATRIE d'ADULTES                        |
| <b>FAYEMENDY</b> Charlotte          | RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE              |
| <b>FROGET</b> Rachel                | CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)  |
| <b>GEYL</b> Sophie                  | GASTROENTEROLOGIE                            |
| <b>GHANEM</b> Khaled                | ORL  |
| <b>GILBERT</b> Guillaume            | REANIMATION POLYVALENTE                      |
| <b>GUTTIEREZ</b> Blandine           | MALADIES INFECTIEUSES                        |
| <b>HANGARD</b> Pauline              | PEDIATRIE                                    |
| <b>HARDY</b> Jérémy                 | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET<br>TRAUMATOLOGIQUE |
| <b>HESSAS-EBELY</b> Miassa          | GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE                      |
| <b>LALOZE</b> Jérôme                | CHIRURGIE PLASTIQUE                          |
| <b>LEGROS</b> Maxime                | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE                      |
| <b>MAURIANGE TURPIN</b> Gladys      | RADIOTHERAPIE                                |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>MEUNIER</b> Amélie        | ORL  |
| <b>MICLE</b> Liviu-Ionut     | CHIRURGIE INFANTILE  |
| <b>MOWENDABEKA</b> Audrey    | PEDIATRIE  |
| <b>PARREAU</b> Simon         | MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE                                   |
| <b>PELETTE</b> Romain        | CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE                                   |
| <b>PEYRAMAURE</b> Clémentine | ONCOLOGIE MEDICALE   |
| <b>PLAS</b> Camille          | MEDECINE INTERNE B   |
| <b>QUILBE</b> Sébastien      | OPHTALMOLOGIE  |
| <b>SIMONNEAU</b> Yannick     | PNEUMOLOGIE  |
| <b>SURGE</b> Jules           | NEUROLOGIE   |
| <b>TRICARD</b> Jérémy        | CHIRURGIE THORACIQUE et<br>CARDIOVASCULAIRE<br>MEDECINE VASCULAIRE |
| <b>VAIDIE</b> Julien         | HEMATOLOGIE CLINIQUE   |
| <b>VERLEY</b> Jean-Baptiste  | PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT                                      |
| <b>VIDAL</b> Thomas          | OPHTALMOLOGIE  |

### **CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**BERTRAND** Adeline

**SEVE** Léa

### **PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

Néant



*Le cerveau a la pensée, le cœur a l'amour, le ventre a la paternité et la maternité.*  
**Victor Hugo.**

## Remerciements

---

### **A Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER**

*Professeur des Universités de Médecine générale,  
Médecin généraliste*

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. J'ai pu apprécier vos qualités pédagogiques et votre dévouement durant une partie de mon internat lors des enseignements de médecine générale. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

### **A Mme le Docteur Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME**

*Maître de conférences de médecine générale,  
Médecin généraliste*

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Votre disponibilité et votre soutien durable a été un fondement nécessaire à l'aboutissement de ce travail. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

### **A Mme le Professeur Anne LIENHARDT-ROUSSIE**

*Professeur des universités,  
Praticien Hospitalier,  
Pédiatre*

Vous m'avez fait le plaisir et l'honneur d'accepter de juger mon travail. J'ai eu la chance de faire mes premiers pas en pédiatrie en réalisant mon stage d'externat au sein de votre service de pédiatrie, et d'apprécier cette spécialité unique et riche sur le plan médical mais tout autant sur le plan relationnel. Merci d'avoir contribué à enrichir ma passion pour la médecine de l'enfant et de l'adolescent.

**A Mr le Professeur Vincent GUIGONIS**

*Professeur des universités,*

*Praticien Hospitalier,*

*Pédiatre*

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Vos connaissances sont l'objet d'un profond respect. J'ai eu l'occasion durant mon cursus d'admirer votre rigueur professionnelle et votre pédagogie. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

**A Mme le Docteur Karen RUDELLE**

*Médecin généraliste*

Merci d'avoir accepté de participer à cette soutenance. Vous avez été un soutien à ce travail par la vérification de l'analyse statistique des résultats de cette étude. Je vous en suis reconnaissante.

## **Aux personnes rencontrées au cours des études,**

**Au service de SSR gériatrie de l'hôpital Rebeyrol**, dans lequel j'ai fait mes premiers pas d'interne.

**Au service des urgences du Centre Hospitalier d'Ussel**, qui m'a reconciliée avec la médecine d'urgence. J'ai le souvenir d'un travail passionnant parmi une équipe soudée et accueillante.

**Aux médecins du stage praticien : Dr Dubreuil et Dr Jusseaume** maintenant retraités, et **Dr Jean-Michel Ostermann** qui m'ont conforté dans mon choix de spécialité.

**A l'unité Laborit du Centre Hospitalier Esquirol**, merci de m'avoir formée pendant ces petits mois durant ma première grossesse. Merci à Julie d'avoir été ma co-interne psychiatre. Bien que court, ce stage a été très formateur pour ma pratique quotidienne.

**Au service des urgences pédiatriques du Centre Hospitalo-Universitaire de Pointe-à-Pitre**, au **Dr Blandine Muanza** pour vos qualités humaines et votre rigueur. Je retiendrais l'effort de cohésion d'équipe tellement indispensable. Au **Dr Desprez Philippe** pour sa gentillesse et sa disponibilité sans faille.

**Au service des urgences de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalo-Universitaire de Pointe-à-Pitre**, au partage de connaissances des sages-femmes, de mes co-internes de gynécologie, à Maureen et Livy pour nous avoir guidé dans les débuts.

**Au service des suites de couches du Centre Hospitalo-Universitaire de Pointe-à-Pitre**, au **Pr Philippe Kadhel** de m'avoir offert le poste de FFI de pédiatrie dans le service,

**Au Dr Diallo Mama Doufary** de m'avoir fait confiance, travailler avec toi a été pour moi un de mes meilleurs souvenirs de mon internat.

**Aux médecins qui m'ont fait confiance pendant mon SASPAS : Dr Michel Dal Col, Dr Bertrand Grébaux et Dr Olivier Darreye.**

**Au Dr Mathieu Pailler**, mon tuteur de médecine générale, merci de votre aide dans la rédaction de mon mémoire de DES de Médecine générale et de mon portfolio.

**A tous mes co-internes** rencontrés sur les deux continents.



## A mes proches,

**A mes parents**, pour m'avoir fait aimer la vie, comprendre la nature, et les valeurs du travail. Pour m'avoir encouragé à pousser les limites de mes connaissances et me soutenir pendant ces longues années d'études.

**A Mathieu**, mon doudou d'amour avec qui je partage la vie avec bonheur, tu m'accompagnes et m'apportes ton soutien au cours de mes études, nous avons construits de belles choses ensemble et de nombreux projets nous attendent encore.

**A Thibaut**, notre petit garçon, et **ton petit frère** que nous attendons. Mes immenses bonheurs.

**A ma sœur** Carole, que j'admire et pour qui notre amour se confond avec nos chamailleries. Je t'aime ma sœur.

**A ma nièce** Diane, bébé surprise qui m'a fait mûrir ma vision de la vie.

**A mes grands-parents**, Mamie Bassillac (à l'évocation de nos souvenirs d'enfance j'en ris encore), Mamie Lunette, Papi Roland, Papi Bassillac, et Mamie Lucette que je considère aussi comme ma mamie.

**A toute ma famille**, mes tantes, mes oncles, mes cousines, mes cousins, vous êtes mon socle.

**A mes beaux-parents**, Claudie et Florent.

**A tous mes amis**, qui me soutiennent depuis mes débuts de « bébé docteur » en tant qu'externe ou après, Caillou et Antho, Julie et Thomas, Céline et Kcal, Aurélien, Mag et Greg, Fabien, Damien, Mat Mor, Céline, Yaya, Fred, Mathilde, Kaki, Alicia, Brioche, Audrey, Agnès, Dugog et Sonia, et tous ceux encore que je n'ai pas mentionné ici, Merci.

Ainsi qu'à toute votre progéniture qui ne fait que s'accroître, merci d'avoir fait de moi votre tatie Castagnette

A Sophie et Samia, mes amies docteur.

Aux médecins que j'ai remplacé pour la confiance qu'ils m'ont accordé.

Et à tous ceux dont je n'ai pas parlé ici, je vous remercie.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

## Table des matières

---

|  |    |
|--|----|
| I. Introduction .....  | 23 |
| I.1. Présentation.....   | 23 |
| I.2. Retour historique à propos de l'allaitement en France.....        | 24 |
| I.2.1. De l'antiquité au XIXème siècle : .....                         | 24 |
| I.2.2. L'ère industrielle (« nourricière ») .....                      | 25 |
| I.2.3. Après la seconde guerre mondiale. ....                          | 26 |
| I.2.4. La pratique de l'allaitement : .....                            | 26 |
| I.3. L'allaitement physiologique et ses principales complications..... | 26 |
| I.3.1. La lactogénèse .....  | 26 |
| I.3.2. Les complications : .....                                       | 27 |
| I.3.2.1. Pathologies mamelonnaires : .....                             | 28 |
| I.3.2.1.1. Douleurs et irritations.....                                | 28 |
| I.3.2.1.2. Crevasses : .....   | 28 |
| I.3.2.2. Complications secondaires à un engorgement : .....            | 29 |
| I.3.2.2.1. Engorgement mammaire .....                                  | 29 |
| I.3.2.2.2. Lymphangite et mastite.....                                 | 29 |
| I.3.2.2.3. Abscesses mammaires.....                                    | 29 |
| I.4. Bénéfices de l'allaitement maternel.....                          | 30 |
| I.4.1. Composition du lait .....                                       | 30 |
| I.4.2. Caractéristiques nutritionnelles du lait maternel.....          | 31 |
| I.4.3. Rôle dans la prévention .....                                   | 32 |
| I.5. Cadre législatif .....  | 32 |
| I.6. Etat des lieux de l'allaitement.....                              | 33 |
| I.6.1. En France.....  | 33 |
| I.6.2. Ailleurs, quelques exemples : .....                             | 34 |
| I.7. Les déterminants de l'allaitement en France .....                 | 35 |
| I.8. But de l'étude .....  | 36 |
| II. Matériel et méthode.....   | 38 |
| II.1. Type d'étude .....   | 38 |
| II.2. Elaboration des questionnaires .....                             | 38 |
| II.2.1. Questionnaire N°1 : .....                                      | 38 |
| II.2.2. Questionnaire N°2 : .....                                      | 39 |
| II.3. Déroulement de l'étude .....                                     | 39 |
| II.3.1. Critères d'inclusion .....                                     | 39 |
| II.3.2. Distribution des questionnaires.....                           | 39 |
| II.4. Objectifs de l'étude .....                                       | 40 |
| II.5. Analyse statistique .....  | 40 |
| II.6. Population d'étude .....   | 41 |
| III. Résultats .....   | 42 |
| III.1. Diagramme de flux et participation .....                        | 42 |
| III.2. Résultats partie 1 .....  | 43 |
| III.2.1. Population étudiée.....                                       | 43 |
| III.2.2. Point de situation autour de la mère et de sa grossesse.....  | 45 |
| III.3. Résultats partie 2 .....  | 49 |
| III.3.1. Poursuite de l'allaitement.....                               | 49 |

|   |    |
|---|----|
| III.3.2. Mode d'allaitement .....   | 49 |
| III.3.3. Résultats des questions de 1 à 4.....                                  | 50 |
| III.3.4. Seconde partie du questionnaire .....                                  | 51 |
| IV. Discussion .....  | 59 |
| IV.1. Conduite de l'étude.....  | 59 |
| IV.2. Profil des femmes initiant un allaitement en maternité .....              | 59 |
| IV.2.1. Description de notre échantillon de base :.....                         | 59 |
| IV.2.2. Profil des femmes qui poursuivent l'allaitement au-delà d'un mois ..... | 60 |
| IV.2.3. Rôle de l'entourage .....   | 60 |
| IV.3. Réponse à la question de recherche .....                                  | 61 |
| IV.3.1. Survenue de complications à l'allaitement.....                          | 61 |
| IV.3.2. Allaitement mixte.....  | 62 |
| IV.4. Forces et faiblesses de notre travail .....                               | 63 |
| IV.4.1. Les faiblesses .....  | 63 |
| IV.4.2. Les forces .....  | 63 |
| IV.5. Intérêt de notre étude .....  | 64 |
| V. Conclusion .....   | 66 |
| Références bibliographiques .....   | 68 |
| Annexes .....   | 71 |
| Serment d'Hippocrate.....   | 83 |

## Table des illustrations

---

|   |    |
|---|----|
| Figure 1 : Prévalence de l'allaitement de la naissance à 12 mois, étude ELFE France, (n= 17 562) .....  | 36 |
| Figure 2 : Diagramme de flux pour les deux questionnaires .....   | 42 |
| Figure 3 : relation entre la poursuite de l'allaitement maternel et le mode d'allaitement pratiqué (exclusif ou mixte) durant le 1er mois ..... | 49 |
| Figure 4 : Durée prévisionnelle de l'allaitement maternel.....  | 51 |
| Figure 5 : Types de complications motivants un arrêt de l'allaitement maternel.....   | 54 |
| Figure 6 : Suivi de l'enfant .....  | 58 |

## Table des tableaux

---

|   |    |
|---|----|
| Tableau 1 : Taux de participation ..... | 43 |
| Tableau 2 : Synthèse.....               | 50 |

# I. Introduction

---

## I.1. Présentation

L'allaitement, sujet que je considère comme un grand absent durant l'externat de médecine, fait une apparition pendant de mon internat de médecine générale au cours d'un séminaire de quelques heures. Cette intervention a révélé en moi un intérêt personnel mais aussi le sentiment d'avoir des clefs indispensables dans ma pratique de médecin généraliste.

Rapidement j'ai pu mettre en œuvre mes connaissances fraîchement acquises et les enrichir sur le terrain durant mes stages d'internat initialement.

J'ai eu la chance de réaliser plusieurs semestres de stage au sein du CHU de Pointe-à-Pitre dans le service de pédiatrie, à la fois aux urgences pédiatriques et dans le service de pédiatrie conventionnelle. Puis 6 mois dans le service de gynécologie obstétrique alternant entre le secteur des urgences gynécologiques et celui des suites de couches. Cette immersion dans le monde de la mère et de l'enfant (ou plutôt des parents et de l'enfant) est pour moi comme faisant partie des meilleurs moments de mes longues années d'étudiante en médecine.

La communication avec les enfants et la relation avec les parents était enrichissante, le fait de leur apporter une aide, un conseil, ou d'améliorer leur prise en charge médicale ne faisait que capitaliser mon envie de progresser dans la réalisation de mon travail.

Cette période coïncidait avec le moment de ma vie où je suis devenue maman pour la première fois, je vivais alors un épanouissement personnel mais aussi professionnel intense.

A la suite de cette année d'internat hors de mon CHU d'origine, j'ai voulu prolonger l'expérience, j'ai donc obtenu un poste de faisant fonction d'interne (FFI) de pédiatrie dans le service de suite de couches pendant 6 mois.

Durant ces 18 mois, l'allaitement maternel était un sujet récurrent, autant sur les questions de prévention, de pratique, que sur la prise en charge des complications éventuelles. En suite de couches, j'ai beaucoup appris des femmes de culture afro-antillaise qui pratiquent en majorité un allaitement mixte, particularité répandue aux Antilles entre autres. Mais j'ai aussi énormément rassuré et déculpabilisé des jeunes mamans souvent perdues face à l'initiation de leur allaitement.

J'ai consacré la fin de mon internat à la pratique de la médecine générale en effectuant mon dernier stage en médecine libérale. Evidemment le sujet de l'allaitement était moins présent, mais il reste récurrent.

J'ai fait le constat suivant que peu de femmes consultent leur médecin traitant pour le motif de l'allaitement seul. La plupart du temps elles prennent un rendez-vous de consultation pour le suivi de leur nouveau-né, la question de l'allaitement constitue alors un second motif tout au mieux, si le sujet n'est abordé c'est moi qui l'amène avec la maman.

A ce moment encore j'ai observé qu'un certain nombre de mères mettait un terme à l'allaitement de manière précoce et ce pour diverses raisons : l'insuffisance de lait, la fatigue, les crevasses... J'ai eu l'impression que cet arrêt se faisait sans l'intervention d'un

professionnel médical en amont (sage-femme, médecin) et que peut-être nous aurions pu contribuer à ce que l'allaitement perdure pour le plus grand bien de la maman et son enfant.

Le sujet de cette thèse a pour idée principale de mieux comprendre les facteurs, qu'ils soient sociaux ou médicaux, qui pourraient impacter négativement la poursuite de la pratique d'un allaitement maternel chez la femme qui a fait ce choix personnel d'allaiter au départ.

Nous pourrions par la suite cibler ces facteurs pour optimiser et continuer à promouvoir l'allaitement par le biais de notre activité de médecine générale ou de médecin de famille ou encore de médecin traitant.

## **I.2. Retour historique à propos de l'allaitement en France**

Depuis l'antiquité l'allaitement est source de divergence d'opinions en tous genres. Cependant on retrouve longtemps une idée forte : le nourrisson devait être nourri par du lait de femme.

### **I.2.1. De l'antiquité au XIXème siècle :**

Si certains savants louaient les mérites de l'allaitement maternel, d'autres plaidaient déjà en faveur du recours à une nourrice, cette dernière méthode était de plus en plus employée chez les femmes de haut rang social dans l'antiquité Romaine.

Au moyen-âge ce recours aux nourrices prend le nom « d'allaitement mercenaire ».

Un bureau des nourrices est créé, moyennant rémunération, elles ont pour charge d'allaiter les descendants de familles plutôt aisées.

L'allaitement maternel est perçu par les médecins de l'Antiquité comme étant un obstacle à ses devoirs d'épouse, puis l'avènement du christianisme fait apparaître de nouvelles raisons d'éloigner le nourrisson de sa mère. En effet les relations sexuelles durant l'allaitement sont taboues et demeurent comme interdites, par conséquent si le mari ne veut pas commettre d'adultère, il va envoyer son enfant en nourrice.

La mise en nourrice des enfants de l'aristocratie s'est toujours pratiquée, comme l'explique en 1859 Louis de Bonald, maître à penser de la noblesse française : « *l'allaitement est une fonction trop animale pour une dame de qualité.* ». La bourgeoisie urbaine imite l'aristocratie et envoie, elle aussi, ses enfants en nourrice à la campagne.

Pourtant au XVIIIe siècle, les philosophes et les médecins s'insurgent d'une telle pratique et de ses conséquences. Ils se mobilisent, prêchant pour l'allaitement maternel. Ils s'en prennent aussi au modèle aristocratique. Pour eux, la grande dame qui refuse son lait à son enfant « *trahit la nature* ». Tout comme Rousseau qui s'évertuait à défendre la création du lien mère-enfant à travers l'allaitement. Il soutient les vertus nutritionnelles de ce lait si particulier (1).

Les idées des Lumières sur le sujet vont également amener à une certaine prise de conscience chez les femmes de la bourgeoisie : si elles n'allaitent toujours pas elles-mêmes leurs enfants,



certaines ont compris l'importance de surveiller les nourrices et donc de les avoir sous leur toit.

Plus tard d'autres philosophes tel Beaumarchais, défendent encore le lien essentiel de l'allaitement entre une mère et son enfant. (2) Kant écrivait dans son traité de pédagogie en 1803 « La nourriture que la nature à destiné à l'enfant est le lait de sa mère ».

Malgré ces débats moralistes, l'industrie nourricière perdure au sein des classes bourgeoises mais aussi conquière peu à peu les classes ouvrières suivant le développement industriel de la fin du XIXème siècle.

### **I.2.2. L'ère industrielle (« nourricière »)**

La fin du XIXème siècle est marquée par l'apparition des biberons de lait d'animaux pour les nourrissons, en effet à cette époque où le recours des mères à une nourrice s'était étendu à une plus grande majorité des classes sociales (artisans, ouvriers), on sait que déjà la plupart d'entre elles utilisaient des biberons contenant du lait de vache, de chèvre, de brebis ou encore d'ânesse ou de jument pour ceux qui en avaient les moyens.

L'Etat crée les premiers Hospices en 1801, intégrant également par la suite des nourrices pour recueillir et élever les orphelins (essor de l'Assistance Publique). Ceci était encadré par une nouvelle loi : la Loi Roussel en 1874 qui décrit ce placement sur le plan juridico-administratif tout en prévoyant des contrôles de médecin-inspecteurs.

En effet à cette époque le biberon était identifié comme la cause de nombreux décès d'enfants par le choléra.

Les découvertes de Pasteur, qui ont suivies, ont été la conséquence de prise de mesures d'hygiène alimentaires : contrôles vétérinaires, pasteurisation du lait, stérilisation des contenants. En 1889, le Congrès International de l'hygiène recommande à ce que le lait donné aux enfants soit préalablement bouilli, les biberons pouvant être nettoyés et stérilisés avant utilisation.

La garde des enfants par nourrice atteint son apogée au début du XXème siècle, les mères qui aidaient leurs maris artisans, ou bien les mères qui travaillaient en usine, ou encore celles qui étaient issues de l'aristocratie, gagnaient plus d'argent à mettre leur enfant en nourrice dans un département voisin qu'à le materner à la maison (3).

La pratique devint de plus en plus décriée (4), les nourrices sont accusées de négligence, elles n'hésitent pas à prendre en charge plusieurs enfants en même temps quitte à délaisser leur propre enfant.

La législation met progressivement fin à cette pratique en promouvant l'allaitement maternel :

- La loi Strauss du 30/07/1913 accordait les premières indemnités pour congé de maternité avec une majoration lorsque la mère allaitait.
- La loi du 5 août 1917 a institué les chambres d'allaitement qui permettaient aux mères de nourrir leur bébé dans ou à proximité de leur lieu de travail et instituait des pauses d'allaitement (2 fois une demi-heure par jour). Cette loi est encore de vigueur de nos jours.
- Enfin, en 1919 une nouvelle loi favorisait un allaitement prolongé par une allocation d'allaitement sur un an.

### **I.2.3. Après la seconde guerre mondiale.**

Le mouvement féministe qui avait antérieurement félicité les nouvelles mesures mise en œuvre en faveur de l'allaitement maternel évolue ; Simone de Beauvoir dénonçant l'esclavage de la maternité et comparant l'allaitement à « *une servitude épuisante* ».

Peu à peu cette vision de non-maternité cohabite à partir des années 70 avec le mouvement de libération du corps de la femme et l'épanouissement d'un courant « différentialiste » permettant aux femmes de vivre une maternité et un allaitement heureux sur un mode de vie s'approchant au plus près du naturel.

Ces courants d'idées d'opposition se rejoignent en un sens pour permettre aux femmes de disposer de leur corps comme elles le souhaitent.

De nos jours, ces deux mouvements persistent encore, même si la communauté scientifique mondiale s'accorde à dire que l'allaitement maternel est l'aliment de choix pour le nouveau-né de sa naissance à ses 6 mois (5).

### **I.2.4. La pratique de l'allaitement :**

Les médecins recommandaient auparavant, un jeûne du nourrisson : durant les premières 24 heures de vie, l'enfant devait seulement boire un mélange d'eau miellée ou d'autres préparations du même type pouvant avoir des vertus purgatives (6).

Les qualités nutritionnelles du colostrum étaient ignorées, la pratique qui consistait à retarder la première mise au sein de plusieurs jours entraînait des engorgements fréquents, traités dès le 18<sup>ème</sup> siècle par les premiers tire-laits : des ventouses plongées dans de l'eau bouillante, puis appliquées sur les seins. Il faudra attendre la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle pour voir apparaître les tire-laits à réservoir.

Certains scientifiques s'intéressèrent aux vertus de l'allaitement et aux bienfaits du lait maternel, les théories médicales du XVIII<sup>ème</sup> siècle préconisaient le colostrum du lait de mère dès la naissance des enfants, et l'allaitement maternel.

Au début des années 1900, bien que les statistiques de mortalité infantile grave apparaissent, il faut malheureusement attendre le milieu du siècle pour qu'une nouvelle promotion en faveur de l'allaitement maternel et du colostrum voit le jour. La science se dévouant premièrement à l'industrialisation du lait en étudiant toutes les caractéristiques chimiques et bactériologiques du lait du vache et en le comparant au lait maternel, bien que certains médecins plaident en faveur de l'allaitement (7).

## **I.3. L'allaitement physiologique et ses principales complications**

### **I.3.1. La lactogénèse**

La mise en route de l'allaitement ou mammogénèse se prépare déjà pendant la grossesse :

Les œstrogènes favorisent le développement des canaux galactophores et la progestérone favorise le développement des acini et l'hypertrophie des cellules sécrétoires et myoépithéliales.

Tout au long de la grossesse, le tissu épithélial glandulaire croît et dépend du tissu adipeux pouvant être ressenti durant les premiers de la grossesse sous forme de tension mammaire.

En fin de grossesse, les cellules épithéliales se différencient et acquièrent les caractéristiques d'une cellule sécrétoire.

La lactogénèse est décrite suivant 2 stades :

- La lactogénèse de stade 1 correspond à la phase colostrale : elle débute pendant la grossesse et se termine 2 à 3 jours après la naissance de l'enfant au moment de la montée laiteuse.
- La lactogénèse de stade 2 est la phase lactée, elle est déclenchée par la chute du taux d'hormones placentaires dont essentiellement la progestérone.

Après la naissance, la succion de l'enfant entraîne une stimulation du complexe aréolo-mammaire qui lui-même entraîne une action du système hypothalamo-hypophysaire, origine de production de deux hormones : La prolactine et l'ocytocine.

Sous l'effet de la production de prolactine, les lactocytes assurent la synthèse et le stockage du lait.

Sous l'effet de la sécrétion d'ocytocine, les cellules myoépithéliales qui entourent les lactocytes se contractent et permettent l'éjection du lait à l'extérieur via les canaux galactophores.

La prolactine est la principale hormone qui va permettre la synthèse du lait, elle est sécrétée par les cellules lactotropes de l'antéhypophyse. Sa sécrétion est pulsatile, on peut avoir jusqu'à 20 pics par jour en plus de la sécrétion de base.

Sa sécrétion est variable :

- Variations circadiennes : plus élevée en fin de nuit et faible en fin de journée : d'où l'importance des tétées la nuit ou tôt le matin.
- Dépendante de l'intensité de la stimulation, donc de la technique de succion du bébé

L'ocytocine est l'hormone d'éjection du lait, sa synthèse a lieu au niveau de l'hypothalamus et son stockage dans la post-hypophyse, sa sécrétion est aussi pulsatile et on peut compter 4 à 10 pics en 10 minutes. Elle est synthétisée par la stimulation du complexe aréolo-mammellaire via les récepteurs à l'étirement situés sur l'aréole.

L'ocytocine est dépendante du niveau émotionnel de la mère : une situation de stress, une contrariété peut entraîner une diminution voire un arrêt de la synthèse et de la sécrétion.

Il existe un temps de latence entre le moment de la stimulation du sein et le début de la synthèse, d'où l'éjection de lait. Ce temps de latence varie entre chaque femme de 0 à 15 minutes. Il est donc essentiel de privilégier des mises au sein assez longues chez les femmes qui auraient un long temps de latence.

### **I.3.2. Les complications :**

### **I.3.2.1. Pathologies mamelonnaires :**

Les douleurs mamelonnaires et les crevasses constituent les plus fréquentes complications de l'allaitement maternel, elles sont bénignes.

#### **I.3.2.1.1. Douleurs et irritations**

Une douleur mamelonnaire ressentie par la mère est fréquente en début d'allaitement, elle ne doit pas être ignorée (8).

Un eczéma ou en encore une mycose peut y être associée (la douleur est alors plus intense), un traitement spécifique doit être prescrit.

Dans l'autre cas, il faut rechercher une mauvaise position de tétée et vérifier l'absence d'anomalie bucco-linguale de l'enfant.

L'ankiloglossie est le terme désignant un frein de langue trop court, cette anomalie trouve son origine pendant l'embryogénèse, sa prévalence est en moyenne de 4%. Elle est mise en évidence précocement lors de la survenue de difficultés lors de l'initiation à l'allaitement : le mécanisme de succion est biaisé, le nourrisson est gêné pour réaliser l'étanchéité bouche-sein, la déglutition est réduite. L'allaitement est quasi inefficace la durée des tétées est allongée et fatigante pour l'enfant comme pour la mère (9).

Le traitement est chirurgical sans anesthésie et se réalise en moins de 5 minutes par frénotomie simple en pratiquant une incision d'environ 3mm en arrière de l'insertion du frein de langue, elle est exsangue et non douloureuse.

#### **I.3.2.1.2. Crevasses :**

Les crevasses font partie des plaintes les plus fréquentes des mères allaitantes. Elles se caractérisent par les lésions de la surface cutanée du mamelon et parfois de l'aréole qui peuvent saigner et sont très douloureuses.

Les facteurs favorisant les crevasses sont principalement la conséquence d'un mauvais positionnement du bébé au sein entraînant une friction anormale entre le mamelon et la langue, les gencives, les lèvres ou le palais du nourrisson.

La douleur est importante à prendre en compte car elle serait un facteur non négligeable d'arrêt de l'allaitement qui pourrait être prévenue par le soutien, la surveillance et l'écoute des mères dans le positionnement pendant la tétée (10). Leur prévention repose sur un positionnement correct du nourrisson et de la mère (11).

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande pour prévenir leur apparition du fait de la fréquence élevée de cette pathologie, l'observation des premières tétées et la correction si besoin de la position du couple mère-enfant par les professionnels de santé. Il est important de bien examiner l'enfant à la recherche de complication bucco linguales pour éliminer d'autres facteurs qui pourraient être à l'origine de la complication (voir plus haut).

Des conseils simples peuvent être donnés comme l'application de colostrum sur toute l'aréole en fin de tétée et laisser sécher à l'air libre et limiter l'utilisation de coussinet d'allaitement.

### **I.3.2.2. Complications secondaires à un engorgement :**

#### **I.3.2.2.1. Engorgement mammaire**

L'engorgement mammaire est physiologique, il est le plus important environ 3 jours après l'accouchement avec les modifications de sécrétion laiteuse : c'est la montée de lait.

L'engorgement est défini par un œdème des tissus interstitiels, secondaires à une stase capillaire et lymphatique.

Il est important de favoriser le drainage du sein assez rapidement pour éviter toute complication. En effet, des difficultés pour la mise au sein peuvent apparaître à cause de l'œdème aréolaire en résultant.

La prescription d'un anti-inflammatoire de manière ponctuelle (12) peut aider à la résorption de l'œdème et à la prise en charge de la douleur du sein.

#### **I.3.2.2.2. Lymphangite et mastite**

La mastite correspond à une inflammation du tissu mammaire, il s'agit d'une cellulite du tissu interlobulaire.

Cliniquement, la mastite est secondaire à un engorgement, elle se présente sous la forme d'une masse douloureuse du sein avec parfois une trainée érythémateuse. La mère se plaint d'une asthénie franche, un syndrome pseudo grippal et une fièvre, une hypertrophie des ganglions axillaires est possible.

On distinguera la mastite inflammatoire de la mastite infectieuse biologiquement par une analyse bactériologique du lait maternel (leucocytes > 10<sup>6</sup>/ml et germes > 10<sup>3</sup>/ml), cet examen réalisé en routine dans les lactariums est réalisable en cas de doute diagnostique en ambulatoire.

La prise en charge de la mastite inflammatoire est similaire aux recommandations face à un engorgement mammaire, on peut conseiller l'application de glace en fin de tétée. Dans ce cas-là l'allaitement doit être poursuivi.

Certains critères doivent faire craindre une mastite infectieuse : signes généraux ne cédant pas malgré les mesures mécaniques, lésions cutanées type crevasse pouvant être le point de départ infectieux, signe de Budin positif.

Les germes mis en causes sont généralement les staphylococcus aureus ou epidermidis. Une antibiothérapie de la famille des pénicillines doit être prescrite (13) (exemple : cloxacilline Orbénine® ou pristinamycine Pyostacine® en cas d'allergie) et doit être adaptée secondairement en fonction de l'antibiogramme si possible.

L'allaitement doit être poursuivi du côté sain, une vidange régulière du sein pathologique est recommandée (14) soit manuellement mais elle sera plus efficace avec un tire-lait.

#### **I.3.2.2.3. Abscess mammaire**

Il se caractérise par une fièvre, une douleur lancinante, une masse limitée souvent arrondie et fluctuante, qui peut être difficile à mettre en évidence si la localisation est profonde.

L'échographie peut être utile à son diagnostic (15).

La prise en charge repose premièrement sur la prescription d'antibiotiques comme pour une mastite infectieuse. En cas d'absence d'amélioration sous 24 à 48 heures ou d'un abcès

collecté ou volumineux, un avis spécialisé devra être demandé en vue d'un traitement chirurgical.

Une ponction à l'aiguille de l'abcès peut constituer une alternative au traitement chirurgical, les différentes études publiées sur cette technique montrent un intérêt au niveau du confort de la prise en charge ressenti par la patiente par rapport à une mise à plat au bloc opératoire (16)(17).

L'allaitement peut généralement être poursuivi du côté atteint après le traitement de l'abcès soit chirurgicalement soit par ponction sauf si la cicatrice est trop proche de l'aréole ou que la tétée reste très douloureuse.

## **I.4. Bénéfices de l'allaitement maternel**

### **I.4.1. Composition du lait**

Le lait maternel est composé de 87% d'eau, 1% de protéines, 4% de lipides, 7% de glucides (dont à 1 à 2,4% d'oligosaccharides), de nombreux minéraux (calcium, phosphore, magnésium, potassium, sodium ...) et de nombreuses vitamines (18)

- Les protéines :

Le lait humain est le moins protéiné comparativement à d'autres animaux comme la vache par exemple, qui en contient 3.5%.

Cette concentration est tout à fait adaptée au nouveau-né humain du fait de l'immaturation de certains organes comme le foie ou les reins. Ces protéines peuvent être divisées en deux groupes :

Les caséines qui ont la particularité de former des micelles de très petite taille contenant du phosphore et du calcium contribuant à une digestion rapide du lait.

Puis les protéines contenues dans le lactosérum :

Elles sont synthétisées par le tissu mammaire ou d'origine sanguine, ou bien encore mixtes : sanguine et mammaire comme la lactoferrine qui possède des propriétés bactériostatiques et qui résiste aux protéases du tube digestif. Cette glycoprotéine est retrouvée à de fortes concentrations dans le colostrum, puis diminue progressivement avec la maturation.

- Les lipides :

Le lait maternel se compose de dérivés d'acides gras essentiels :

Des acides gras poly-insaturés à longue chaîne, des oméga-3 et oméga-6 ayant un rôle fondamental dans le développement cérébral du nourrisson (18).

Les lipides contenus sont une source importante de calories pour le bébé, ils constituent les précurseurs nécessaires au développement cérébral et à la structure cellulaire comme le cholestérol.

Leur taux de présence dans le lait est influencé par l'alimentation de la mère et son apport en oméga 3 et 6 (19).

- Les glucides :

Ils représentent 40% de la part calorique du lait. Le lactose constitue la grande majorité des glucides. Il est dégradé en molécule de glucose et de galactose jouant un rôle énergétique essentiel dans le développement de l'enfant.

Les glucides ont un rôle dans la flore bactérienne colique par l'intermédiaire des oligosaccharides considérés comme des prébiotiques.

- Vitamines et oligo-éléments :

La plupart des vitamines sont dépendantes de l'apport alimentaire de la mère, c'est le cas pour les vitamines du groupe B.

Les seules suppléments au lait maternel concernent la vitamine K, (prévention de la maladie hémorragique), et la vitamine D.

La vitamine D est retrouvée dans le lait sous forme de sulfate de vitamine D qui permet d'assurer son rôle d'ostéosynthèse, mais étant donné les variations inter-individuelles retrouvées chez les mères et le niveau variable d'exposition au soleil, la supplémentation reste recommandée.

De nombreux oligo-éléments composent aussi le lait : cuivre, manganèse, zinc, fer, sélénium. Les minéraux sont retrouvés en proportions plus faibles.

- Immunité :

Du fait de sa richesse en cellule de l'immunité, le colostrum est un formidable « élixir » pour soutenir le nouveau-né dans ses premiers jours de vie.

Plusieurs composés issus du lait interviennent dans le système immunitaire :

Immunoglobulines (IgA transmises passivement de la mère à l'enfant), lactoferrines, cytokines pro-inflammatoires ou anti-inflammatoires, oligosaccharides, caséines comme nous avons vu précédemment.

Les lysozymes sont les enzymes les plus abondants du lait maternel, ils sont indirectement employés dans une réponse antibactérienne en stimulant les anticorps.

On y retrouve aussi des ARN non codants qui régulent l'expression des gènes et contrôlent la synthèse protéique au niveau post-transcriptionnel (les miARN). On sait qu'ils jouent un rôle dans la régulation de nombreux processus biologiques et seraient importants dans le développement immunitaire de l'enfant (20).

Il est prouvé que le taux d'infections virales ou bactériennes est plus faible chez les enfants allaités tout comme le taux de mortalité par une cause infectieuse (21)(22).

#### **I.4.2. Caractéristiques nutritionnelles du lait maternel**

Les proportions des différents composants du lait maternel s'adaptent aux besoins du nourrisson.

- Le colostrum est le lait produit durant les cinq premiers jours : il est épais, de couleur jaune, riche en protéines et en facteurs immunologiques.
- Le lait de transition plus fluide, va s'enrichir progressivement en lipides et en lactose.

- Le lait mature est atteint en moins de 3 semaines, il est très blanc, très clair, riche en lactose et en lipides (18).

Ce lait dont la composition varie dans le temps, varie aussi durant la tétée :

Au début le lait est fluide, riche en eau et en lactose, puis il s'épaissit et devient riche en lipide après 20 minutes, créant ainsi un phénomène de satiété (23).

### **I.4.3. Rôle dans la prévention**

- Impact dans la prévention des infections :

Il a été prouvé par plusieurs études que l'allaitement maternel est associé à une diminution de l'incidence des infections gastro-intestinales et d'autant plus que l'allaitement est prolongé et conduit de manière exclusive (24).

Il est également associé à une diminution des otites et des infections respiratoires (25).

- Moins de cas d'obésité chez les enfants allaités :

Avec du recul, nous savons que l'allaitement maternel est un facteur protecteur de survenue d'obésité (26)(27). Une hypothèse avancée serait que l'enfant allaité aurait une meilleure régulation des quantités ingérées contrairement à un allaitement artificiel qui stimulerait lui plus facilement l'adipogénèse du fait d'insulinémie plus élevées.

Une étude met aussi en évidence que les enfants allaités seraient plus ouverts aux variations de goût et de saveur des aliments ce qui favoriserait la diversification alimentaire.

### **I.5. Cadre législatif**

- En France :

Le code du travail prévoit un congé maternité qui comprend :

Un congé prénatal et post-natal qui varie en fonction du nombre d'enfant attendu et du nombre d'enfant à charge. Pour un premier enfant attendu il est de 16 semaines (6 semaines avant la date présumée de l'accouchement et 10 semaines post-natales), et peut aller jusqu'à 46 semaines dans le cas de naissances multiples (triplés par exemple).

L'indemnisation est versée par la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) sous forme d'indemnités journalières sur la base de 79% du salaire journalier brut.

Il est prévu également un congé paternité de 11 jours et un congé de naissance de jour. Le nouveau PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale) 2021 venant d'être voté annonce une évolution du congé paternité. Sa durée passera de 11 à 25 jours en plus du congé de naissance de 3 jours prévu dans le code du travail. De plus ce congé aura une durée obligatoire de 7 jours, son application est prévue dès juillet 2021.

En ce qui concerne l'allaitement en France :



Le code du travail Français prévoit aussi des mesures afin de faciliter la poursuite de l'allaitement pendant la reprise de l'activité professionnelle des mères. Ces mesures sont peu connues des entreprises et des femmes concernées.

L'employeur doit mettre à disposition un local dédié à l'allaitement respectant des normes strictes en matière de santé et de sécurité au travail, la mère dispose d'un temps de pause non rémunéré de deux fois 20 minutes par jour pendant une durée d'un an.

A défaut de local dédié, ce temps de pause est légalement de 30 minutes deux fois par jour.

- En Europe :

Il existe des disparités assez étonnantes chez nos voisins européens ;

Le Royaume-Uni est l'un des pays les plus avantageux en termes de durée du congé mais la rémunération diffère car elle est dégressive au fil des semaines : le congé maternité peut durer jusqu'à 52 semaines, mais seules les 6 premières semaines sont rémunérées à hauteur de 90% du salaire brut, les autres semaines sont rémunérées sur une base forfaitaire ne pouvant excéder £140 par semaine, de plus, les dernières semaines de 40 à 52 ne sont plus indemnisées.

La Suède a fait le choix d'une politique familiale impliquant les deux parents autour des enfants. Le congé maternité est là-bas un congé parental de 480 jours à se répartir entre les deux parents, avec un taux d'indemnisation de 80% du revenu. Les crèches en Suède n'accueillent pas d'enfants avant l'âge d'un an. La Norvège suit à quelques détails près la même philosophie.

En Finlande, il existe un congé maternité et un congé paternité pour la naissance d'un enfant, en 2021, une nouvelle loi prévoira un congé parental de même durée pour le père comme pour la mère.

Chez nos voisins Allemands, les futures mamans bénéficient d'un congé prénatal de 6 semaines et d'un congé post natal de 8 semaines, l'indemnisation est quasi égale à leur revenu habituel.

Le congé maternité en Espagne est identique à celui de la France pour un premier enfant soit 16 semaines.

## **I.6. Etat des lieux de l'allaitement**

### **I.6.1. En France**

L'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) et le fonds des Nations Unies pour l'enfance (Unicef) préconisent depuis 2001, dans le but de réduire la mortalité infantile et d'agir contre la pauvreté dans le monde, l'allaitement maternel des nourrissons exclusivement jusqu'à l'âge de 6 mois de vie et la poursuite de cet allaitement pendant l'introduction d'aliments sûrs et adéquats jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus (28).

En France les dernières recommandations sur l'allaitement datent de 2015, elles s'accordent avec les décisions de santé mondiale et justifient un allaitement exclusif et prolongé de 4 à 6 mois apportant un réel bénéfice sanitaire pour l'enfant (24).

Ces dernières vingt années, la fréquence d'initiation de l'allaitement maternel comme sa durée ont doublé, bien que la consommation et la composition contrôlée du lait artificiel reste tout à fait acceptable dans un pays développé comme la France, le lait maternel reste supérieur en tout point.

Près de 70% des enfants sont allaités dès leur naissance en France, La durée médiane de l'allaitement est de 15 semaines et seulement un peu plus de 3 semaines pour l'allaitement exclusif.

Un mois après leur naissance la moitié des nouveau-nés sont allaités dont 35% de manière exclusive. A 3 mois, 1/3 des enfants sont encore allaités, à 6 mois ce taux diminue à 20% environ (29).

Ces résultats ci sont alors encore assez éloignés des recommandations mondiales et nationales.

### **I.6.2. Ailleurs, quelques exemples :**

Bien que la promotion pour l'allaitement maternel soit menée tant au niveau national qu'europpéen et mondial, la France fait partie des pays développés avec un des plus faibles taux d'allaitement sur la durée.

Avec leur politique familiale, le choix de l'allaitement ne se pose pas dans les pays scandinaves, l'initiation à l'allaitement est en moyenne supérieure à 80%. A 6 mois encore plus de la moitié des bébés sont allaités.

Le Brésil, qui a mis en avant une politique pour favoriser l'allaitement, possède actuellement des taux similaires aux pays scandinaves. Le pays a notamment interdit la publicité pour les laits artificiels, des logos sont inscrits sur les emballages de tétines et biberons mentionnant « *Le ministère de la santé du Brésil prévient : l'enfant qui tète au sein n'a pas besoin de tétine/biberon. L'utilisation d'une tétine ou biberon peut porter préjudice à l'allaitement maternel.* ». Un chapitre dans le carnet de santé de l'enfant est consacré à l'allaitement maternel de manière complète et concise.

Les enfants allaités sont majoritaires dans les pays à revenus faibles comme le Bhoutan, le Pérou, Madagascar, cependant l'on observe de grandes disparités comme sur le continent Africain.

Les pays à fort revenu, comme l'Angleterre, l'Allemagne, les USA ont un taux d'initiation à l'allaitement acceptable entre 50 et 75% mais chute rapidement au fil des semaines.

Un pays qui fait figure d'exception : Le Japon, considère l'allaitement comme partie intégrante des étapes de la maternité. En effet la société assimile le fait d'allaiter comme la suite logique de la grossesse et tout est organisé pour que les mères puissent effectuer ce geste naturel dans la plupart des lieux publics.

## I.7. Les déterminants de l'allaitement en France

Actuellement nous savons qu'il existe un profil type de femmes qui prennent la décision d'allaiter :

Femmes de plus de 25 ans, IMC normal, non fumeuses, possédant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat et qui ont une activité professionnelle. Les mères de nationalité étrangère accouchant en France allaitent aussi plus longtemps mais pratiquent souvent un allaitement mixte (31).

Le rôle de l'entourage de la maman semble avoir un impact sur le projet d'allaitement. Bien que peu étudié, des travaux ont montré que le conjoint/père joue un rôle dans le maintien de l'allaitement dans le temps, notamment si le compagnon est âgé de plus de 32 ans, de profession intermédiaire/ intellectuelle et qui travaille. Sa présence lors de l'accouchement étaient positivement associés à la poursuite de l'allaitement

On a observé que la décision d'allaiter est souvent prise en amont de la grossesse, et que plus cette décision d'allaiter est prise tôt plus l'allaitement est durable. De plus, en impliquant les pères dans des séances de préparation à la naissance informant sur l'allaitement maternel, nous savons que leur avis positif sera aussi un déterminant majeur pour la femme encore hésitante au sujet de l'allaitement.

Des disparités géographiques ont été observées. Les mères résidant dans le Nord ont tendance à allaiter moins longtemps leur enfant. En revanche, les mères vivant dans les régions Sud-Ouest et Centre-Est allaitent plus longtemps de manière prédominante que celles vivant dans les autres régions.

L'Initiative Hôpital Ami des Bébé est créée en 1991 par l'Unicef et l'OMS dans le but que toutes les maternités du monde, publiques ou privées deviennent des centres de soutien à l'allaitement maternel.

Une maternité peut prétendre à l'appellation « amie des bébés » lorsqu'elle n'accepte pas de substituts gratuits ou à bas prix du lait maternel, de biberons ou de tétines, et a mis en œuvre dix conditions précises en vue d'encourager un allaitement efficace.

C'est aussi un projet de service qui favorise un accompagnement optimal des parents à la naissance et pendant le séjour dans la maternité.

Classiquement les soins sont organisés en fonction de la gestion du travail des soignants. Dans ce type de service les rythmes et les besoins de l'enfant et de sa famille sont pris en compte et deviennent prioritaires. Le label "Hôpital Ami des Bébé" vient certifier des pratiques de qualité mises en place par les équipes soignantes.

Ce projet a prouvé être à l'origine d'une amélioration et d'une augmentation de la pratique de l'allaitement maternel dans le monde. En France le label est déposé dans 44 services de maternité ce qui représente 9 % des naissances.

Sur le plan national, en plus des recommandations de l'HAS, l'allaitement maternel est décrit comme un objectif dans le Programme National Nutrition Santé (PNNS 4) en 2019 afin de promouvoir au mieux l'allaitement et l'accompagnement des femmes allaitantes.

## I.8. But de l'étude

Nous connaissons de plus en plus l'épidémiologie de l'allaitement en France, de grandes études nationales ELFE en 2011 et EPIFANE en 2012 (30) ont permis de la caractériser et de la définir précisément sur un large échantillon représentatif.

La description de la situation de l'allaitement en France a pu ainsi être définie scientifiquement.

Nous savons qu'environ 70% des femmes initiaient un allaitement maternel en 2011, et que seuls 19% des enfants recevaient encore du lait maternel à 6 mois. Nous sommes encore loin des recommandations de l'OMS et des recommandations nationales, bien que les études montrent une augmentation au fil du temps du taux d'initiation à l'allaitement.

Si l'on se réfère aux données de l'étude ELFE, nous pouvons observer que la prévalence de l'allaitement maternel décroît assez rapidement durant les deux premiers mois (Figure 1). En effet dans la discussion de l'étude il est décrit « un « décrochage » de la prévalence de l'allaitement prédominant à 1 mois et demi, qui pourrait correspondre à une anticipation de la reprise du travail. Néanmoins, cette hypothèse doit être étudiée de manière plus précise ».

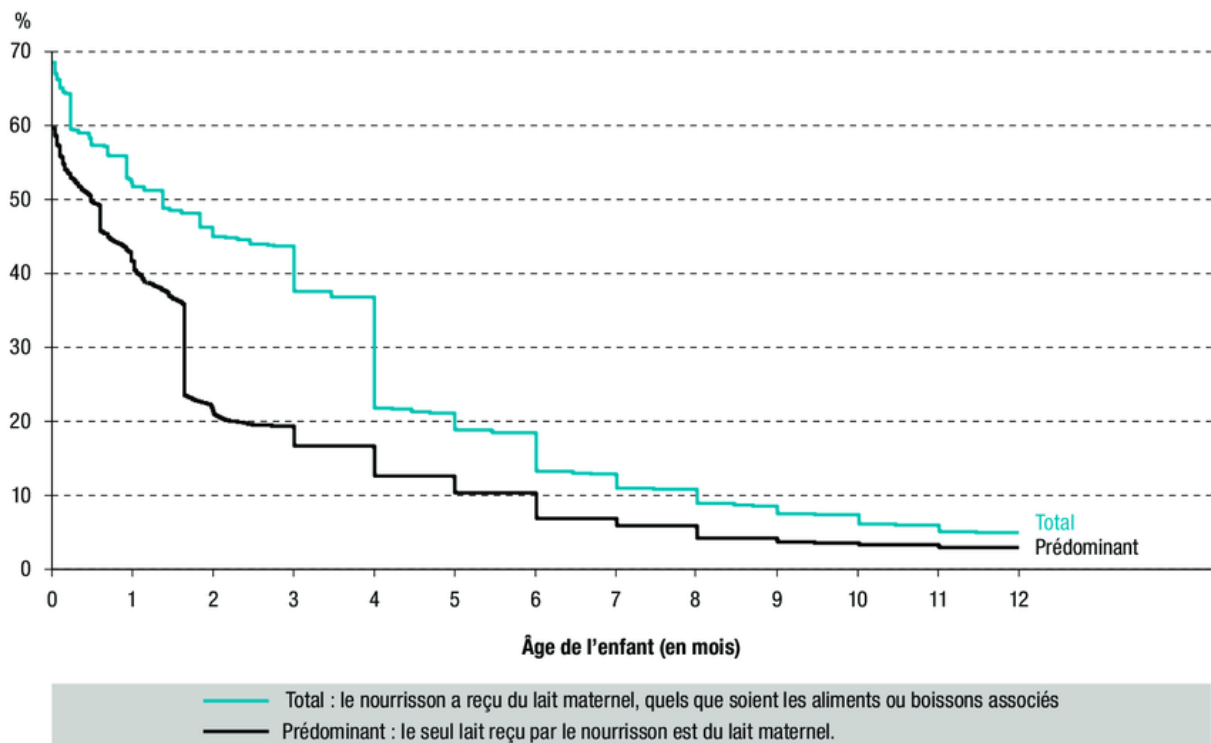


Figure 1 : Prévalence de l'allaitement de la naissance à 12 mois, étude ELFE France, (n= 17 562)  
Source : Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Geay B, et al. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - BEH. 2015;(27):522-32

Pour qu'une politique de promotion en faveur de l'allaitement soit efficace elle nécessite de mieux connaître les facteurs influençant la durée de l'allaitement.

Nous connaissons les facteurs socio-économiques et démographiques des femmes allaitantes. Mais nous n'avons encore que peu de données concernant les facteurs influençant l'arrêt de l'allaitement avant 6 mois en France.

Ce travail a pour but premier de rechercher des facteurs pouvant être à l'origine d'un arrêt de l'allaitement maternel précoce pendant le premier mois de vie du nourrisson.

## II. Matériel et méthode

---

### II.1. Type d'étude

Afin de répondre à l'objectif de l'étude, nous avons fait le choix d'une étude quantitative descriptive.

La population d'étude intéresse les femmes qui ont débuté un allaitement maternel dans leur suite de couche.

Pour une meilleure représentation de la population des mères allaitantes actuelles, Sachant que moins de 1% des naissances en France ont lieu hors d'une structure de soin d'après les chiffres INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) de 2016, le recrutement s'est effectué au sein de la Maternité de l'Hôpital mère enfant du CHU de Limoges.

L'avantage du recrutement en CHU est multiple :

- D'une part, il draine un nombre important de patientes, réduisant ainsi la période de recrutement
- D'autre part, la diversité des patientes est non négligeable sur le plan des pathologies, du mode de vie, et des origines culturelles des mères offrant un échantillonnage le plus représentatif possible de la population générale.

### II.2. Elaboration des questionnaires

Nous avons choisi d'élaborer deux questionnaires anonymes : les questionnaires ont été testés afin de savoir si les questions étaient compréhensibles par toutes les femmes.

Un questionnaire N°1, sera remis de manière standardisée aux mères ayant débuté un allaitement dans les jours qui ont suivi la naissance de leur enfant, au sein de la maternité.

Ce questionnaire permettra de constituer un répertoire d'étude de mères allaitantes et favorisera ainsi le suivi de l'allaitement à 1 mois avec l'aide d'un second questionnaire.

#### II.2.1. Questionnaire N°1 :

En premier lieu, il permet de répertorier les patientes à l'aide de l'adresse mail et du numéro de téléphone, éventuellement de l'adresse postale afin de maximiser les chances d'établir un second contact à un mois pour la suite de l'étude.

La première partie du document est détachable, c'est un formulaire de présentation et de description de l'étude menée que la participante conserve. (Annexe 1)

Les premières questions permettent de mettre en évidence la situation sociale de la patiente : âge, situation familiale, le niveau d'étude et la situation professionnelle.

Ensuite nous avons voulu savoir si les mères ont eu un antécédent personnel en ce qui concerne l'allaitement, si elles ont été préparées à cette pratique en ayant assisté aux cours de préparation à l'accouchement encadré par une sage-femme.

La seconde partie du questionnaire cherche à identifier des facteurs plus médicaux pouvant influencer la pratique de l'allaitement :

Si la grossesse a été compliquée d'une ou plusieurs pathologies, si l'enfant allaité est né prématurément ou non et/ou s'il a bénéficié de gestes de réanimation néonatale, car on sait que le taux d'allaitement des enfants prématurés c'est-à-dire nés avant 37 semaines d'aménorrhées est très inférieur à la moyenne (32).

Nous avons souhaité intégrer une question fermée sur la décision finale du choix d'allaiter par la mère, à savoir si le choix de l'allaitement a été décidé bien en amont de la naissance ou si elle reposait sur un mûrissement plutôt tardif.

### **II.2.2. Questionnaire N°2 :**

Il a été construit en deux parties : (Annexe 2)

- La première partie concerne toutes les mères ayant initié un allaitement en maternité et pose l'état des lieux sur la poursuite ou non de l'allaitement.
- La deuxième partie s'adresse aux femmes ayant répondu par la négative, et propose à partir de questions fermées une ou des étiologies possibles socio-médicales à l'origine de l'arrêt de l'allaitement.

## **II.3. Déroulement de l'étude**

### **II.3.1. Critères d'inclusion**

Toute femme hospitalisée à la maternité de l'Hôpital mère-enfant du CHU de Limoges :

- Majeure
- Francophone
- Ayant initié un allaitement maternel dans les quatre jours qui ont suivi la naissance de l'enfant
- Réalisant un allaitement maternel exclusif ou mixte
- Mère donnant son lait à son enfant par d'autres techniques que par le sein directement (tire-lait, expression manuelle).

### **II.3.2. Distribution des questionnaires**

La méthode de distribution est standardisée : c'est l'hôtière du service qui recrute les participantes à l'étude en fonction des critères d'inclusion et avec leur accord.

L'enquête a été menée sur une période de 2 mois : Janvier et Février 2020.

La participante y répond seule tel un auto-questionnaire.

Un mois après leur contribution, le second auto-questionnaire est adressé à la participante par mail ou par SMS.

Les premiers questionnaires sont récupérés toutes les deux semaines à la maternité, les réponses aux questions sont enregistrées dans un tableur type Excel.

Les questionnaires sur lesquels ne figure pas soit le numéro de téléphone soit le mail de la participante, soit une adresse postale lisible sont exclus.

Sur 150 questionnaires distribués, 24 ont été exclus car le mode de contact (téléphone ou adresse mail n'étaient pas présents) et 1 questionnaire a été exclu car la participante initialement incluse a précisé n'avoir jamais allaité à posteriori.

Le second questionnaire est envoyé aux mères 4 semaines après leur participation, sous forme d'un formulaire en ligne anonyme, le lien du formulaire est transmis par SMS et/ou par mail selon le mode de contact qu'elles ont précisé initialement.

En l'absence de réponse au bout d'une semaine, une relance est envoyée.

Les réponses au deuxième questionnaire sont aussi enregistrées de la même manière dans un tableur Excel. Sur les 125 demandes envoyées, 80 mères ont répondu.

## **II.4. Objectifs de l'étude**

Le contraste entre le taux d'initiation à l'allaitement en hausse depuis ces dernières décennies dans les maternités françaises et la chute du taux de poursuite dès la première semaine de pratique interroge sur les facteurs qui freinent les mères dans la poursuite de l'allaitement maternel.

L'objectif principal de cette étude est d'identifier une cause ou à défaut des causes de sevrage précoce de l'allaitement durant le premier mois.

Les objectifs secondaires étant d'identifier les caractéristiques médico-sociales des mères qui initient un allaitement en maternité et le poursuivent au-delà d'un mois.

## **II.5. Analyse statistique**

Pour cette étude, les résultats des variables qualitatives sont exprimés en effectifs et en pourcentages.

Les comparaisons de variables qualitatives ont été réalisées par des tests du Chi<sup>2</sup> ou des tests exacts de Fisher en fonction des effectifs théoriques et du nombre de classes et/ou d'items dans les différentes variables considérées.

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05.

Le logiciel utilisé est *biostatgv*, logiciel en ligne, <https://biostatgv.sentiweb.fr/> avec le soutien du département universitaire de médecine générale de la faculté de médecine de Limoges.



## **II.6. Population d'étude**

Les questionnaires sont distribués auprès de 150 femmes volontaires, hospitalisées au sein de la maternité du CHU de Limoges, selon les critères d'inclusion et d'exclusion décrits précédemment.

### III. Résultats

---

#### III.1. Diagramme de flux et participation

Sur les 150 questionnaires remis, 24 se sont avérés inexploitable pour la poursuite de l'étude pour les raisons suivantes :

- Questionnaire incomplet : Aucun de moyen de contact renseigné parmi les 3 disponible (téléphone, mail ou adresse postale).
- Illisibilité du moyen de contact.

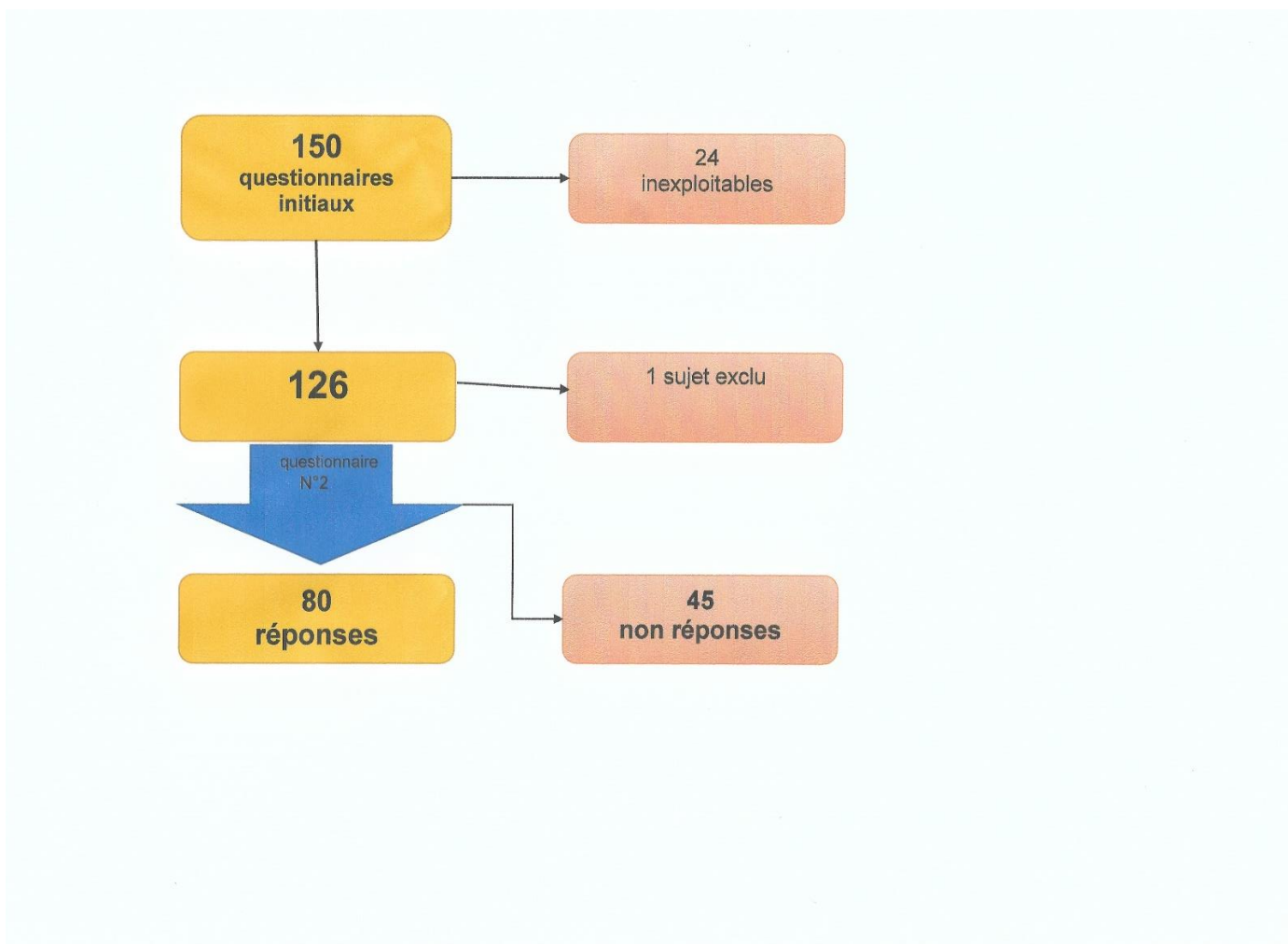


Figure 2 : Diagramme de flux pour les deux questionnaires

Sur les 126 premiers questionnaires, un sujet est exclu car déclarant n'avoir pas allaité son enfant à posteriori.

Sur une base de 125 participantes, 80 questionnaires n°2 sont obtenus contre 45 questionnaires restés sans réponse.

Le taux de réponse aux deux questionnaires est de 64%.

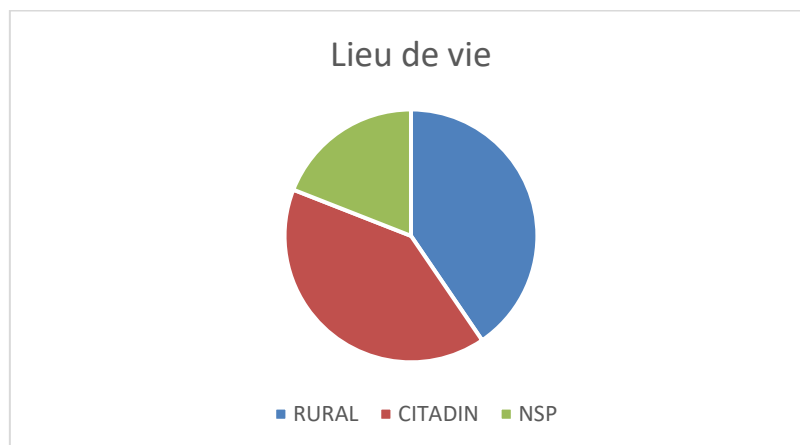
Tableau 1 : Taux de participation

|                                  | Nombre de participantes | Taux de participation |
|----------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Répondantes aux 2 questionnaires | 80                      | 64%                   |
| Absence de réponse               | 45                      | 36%                   |
| <b>Total</b>                     | <b>125</b>              | <b>100%</b>           |

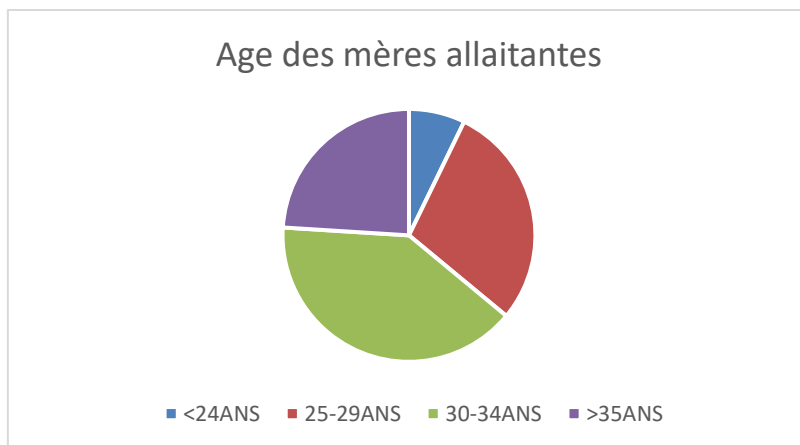
### III.2. Résultats partie 1

Les Résultats ont d'abord été inscrits dans un tableau récapitulatif (Annexe 3) puis ont été retranscrits sous forme de diagrammes pour plus de lisibilité.

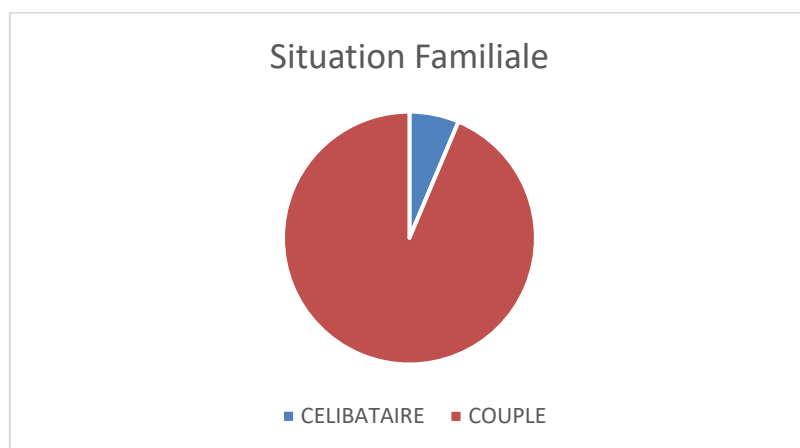
#### III.2.1. Population étudiée



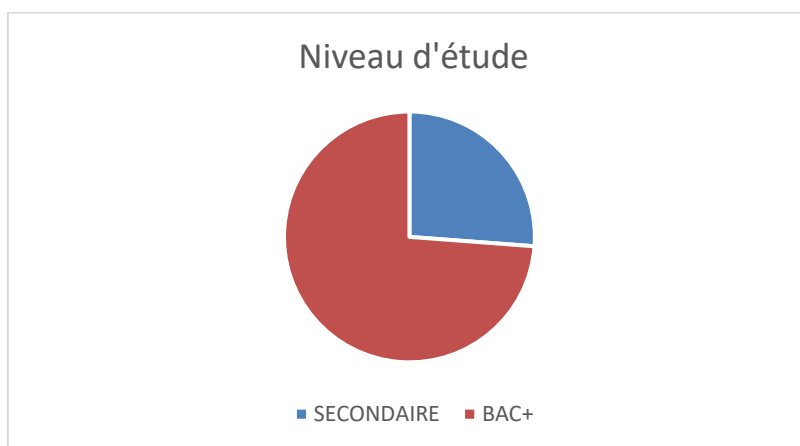
Le bassin de vie de la population étudiée draine la ville de Limoges et sa périphérie dans le département de la Haute-Vienne, l'échantillon de notre étude est assez homogène avec un équilibre parfait entre les patientes résidant dans un environnement citadin (40,48%) et celle dans un territoire rural (40,48%).



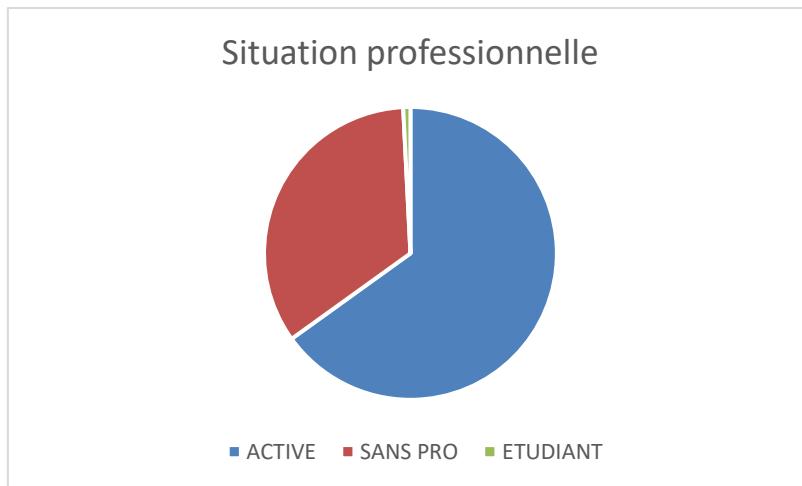
Plus d'1/3 des participantes ont entre 30 et 34 ans, soit 40%. Seul 7.2% ont entre 18 et 24 ans.



Les participantes sont pour la grande majorité d'entre elles en couple (93.65%).

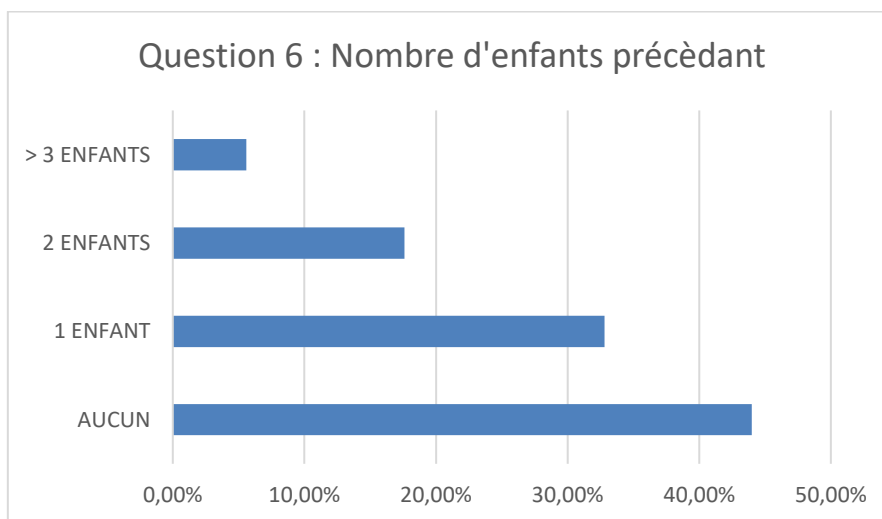


Sur les questions relatives à la vie socio-professionnelle, elles sont une grande majorité à avoir suivi des études supérieures ou niveau Bac (73.81%).

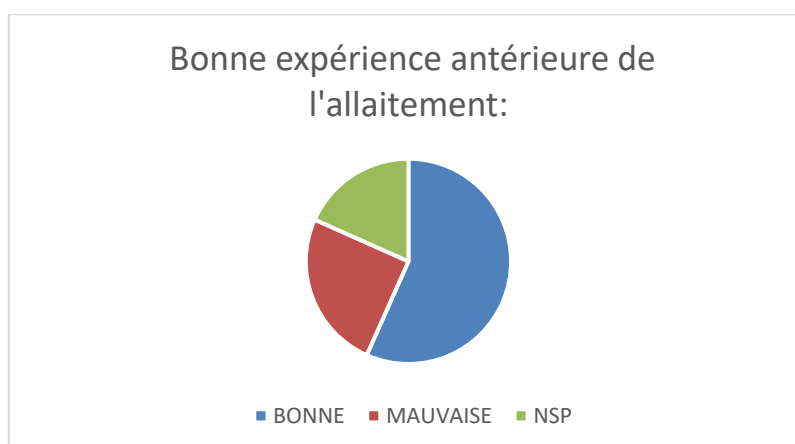


Plus de la moitié des jeunes mères allaitantes déclarent avoir une activité professionnelle (65.08%). Une participante à l'étude est étudiante.

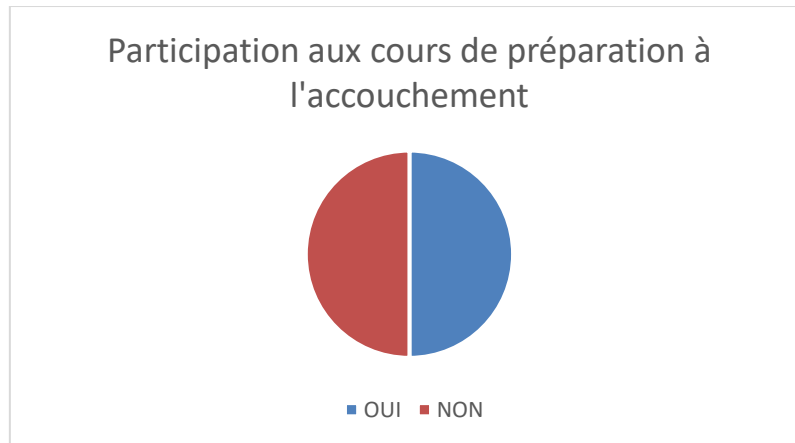
### III.2.2. Point de situation autour de la mère et de sa grossesse



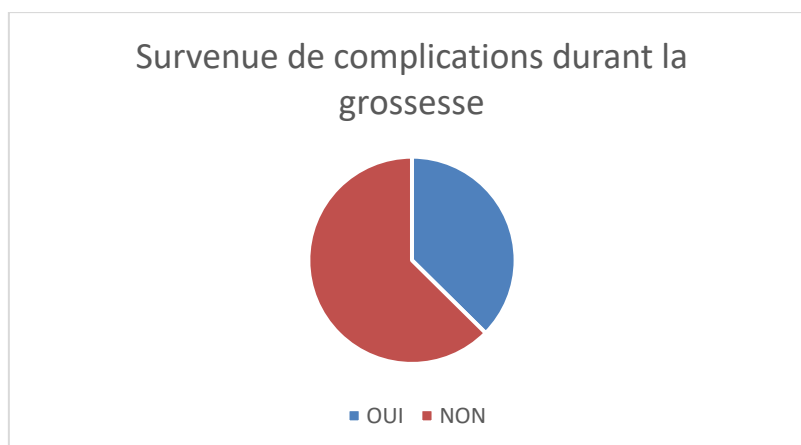
44 % des femmes qui avaient choisi d'allaiter, accueillent leur premier enfant, et 32.80% mettaient au monde le second de fratrie.



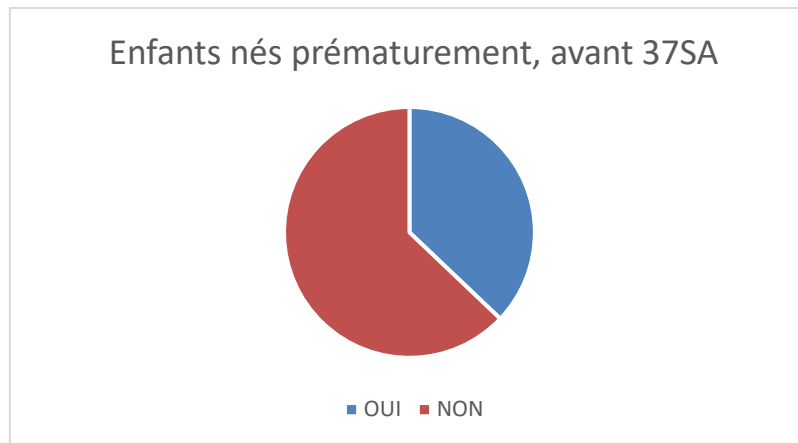
Nous avons voulu connaître l'existence d'une expérience antérieure vis-à-vis de l'allaitement maternel pour celles qui ont déjà eu au moins un enfant. Nous pouvons effectivement observer qu'une grande part de l'échantillon a déjà pratiqué l'allaitement maternel pour 85.71% d'entre elles, mais que à peine plus de la moitié en garde un bon souvenir (56.67%).



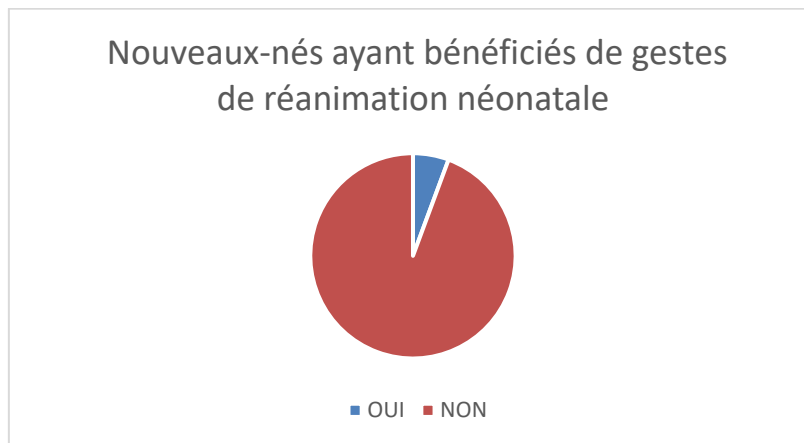
La participation au cours de préparation à l'accouchement n'a été suivie que par 50% des femmes. Ces cours sont fortement recommandés par les médecins et sont réalisés en grande majorité par les sages-femmes diplômées en libéral ou au sein de l'hôpital. Ils sont pris en charge à 100% par la sécurité sociale, Ils abordent le sujet de l'allaitement maternel entre autres.



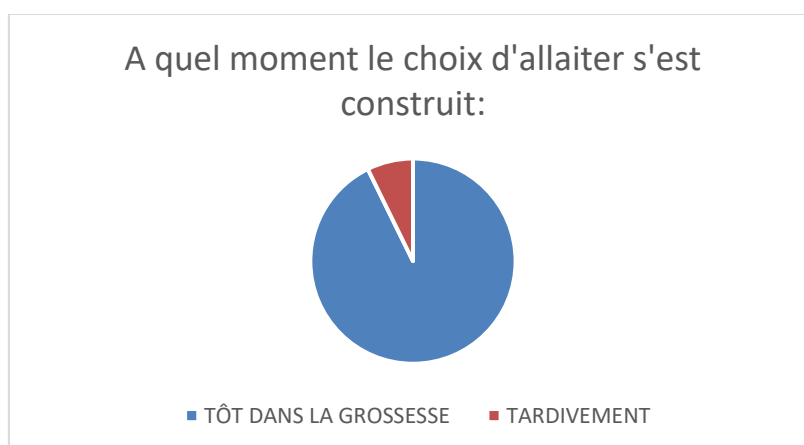
37,40% des participantes déclarent avoir eu une grossesse compliquée sur le plan médical. Les complications pouvant affecter le déroulement de la grossesse peuvent être : l'hypertension artérielle gravidique, la prééclampsie, le diabète gestationnel, une menace d'accouchement prématuré, la survenue de troubles psychiatriques, et toutes les maladies infectieuses potentiellement graves pour la mère que pour le bébé (Toxoplasmose, rubéole, listériose ...).



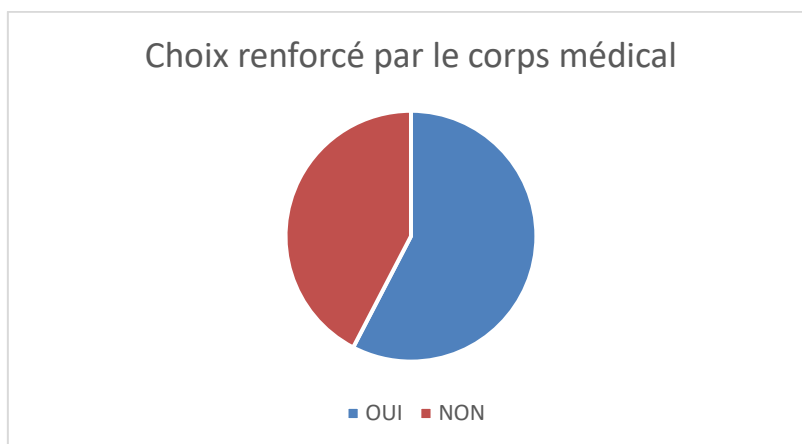
La part des enfants nés prématurément est de 37.10%. L'énoncé de la question précise bien la notion de prématurité comme un enfant naissant à moins de 37 semaines d'aménorrhées.



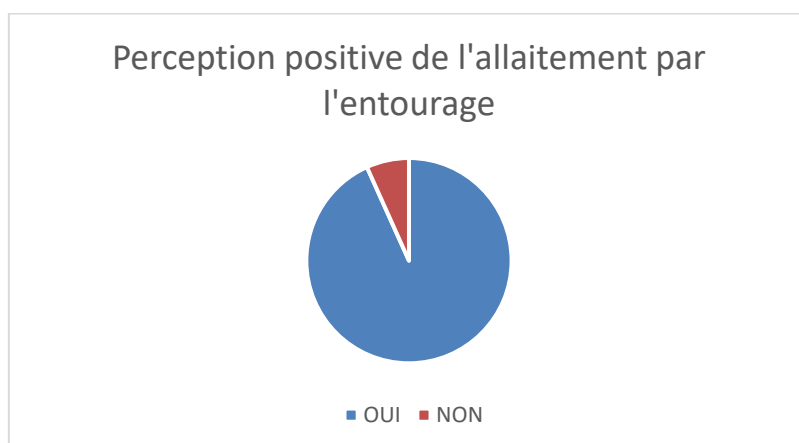
Peu d'enfants issus de l'étude (5,65%) ont bénéficiés de soins de réanimation néonatale, or les soins de réanimation ne permettent souvent pas la tétée d'accueil et la mise en place de l'allaitement durant les premiers jours de vie en raison des soins prodigués et de l'état de santé du nouveau-né mais aussi de l'état de stress de la maman.



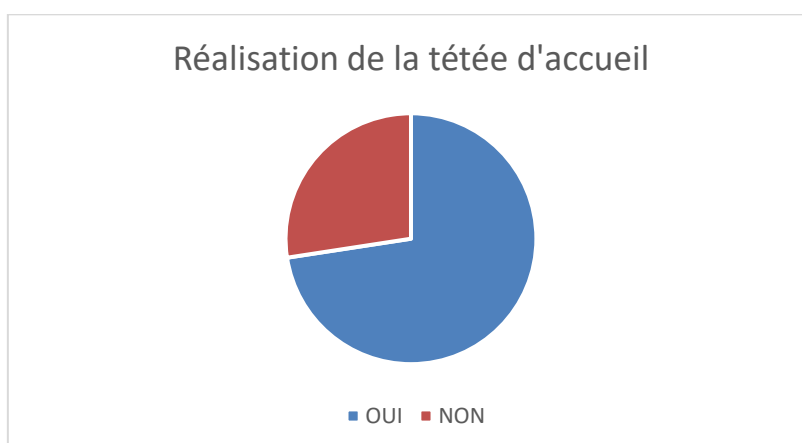
Nous avons voulu renseigner à quel moment la femme fait son choix d'allaiter, il ressort sur cet échantillon que pour 92.74% d'entre elles, cette décision est prise relativement tôt dans le déroulement de la grossesse peut-être même en amont de celle-ci.



A peine plus de la moitié des participantes soit 57,63% considèrent que leur choix a été conforté par les professionnels de santé.



Pour 93,28% des mères, l'allaitement est perçu comme positivement par leur entourage.



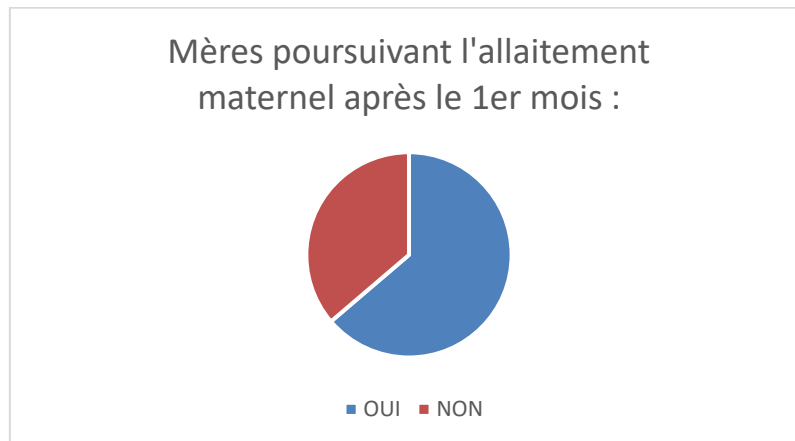
La tétée d'accueil n'a pas pu être réalisée dans 27,42% des cas. Elle est proposée en salle d'accouchement, permet le premier peau-à-peau entre la mère et son bébé et de créer le lien, favorisant la montée de lait par le réflexe de succion du nouveau-né. Elle est aussi proposée



en cas de césarienne. Elle peut être repoussée voir non réalisée en cas de nécessité de soins immédiats du bébé ou de de la parturiente.

### III.3. Résultats partie 2

#### III.3.1. Poursuite de l'allaitement



Dans notre étude 63.75% des mères qui avait débuté un allaitement à la maternité le poursuivait au bout d'un mois, soit 51 femmes sur les 80 participantes aux questionnaire 1 et 2. Elles sont 29 au total à avoir stoppé leur allaitement au cours du 1<sup>er</sup> mois (Annexe 4).

#### III.3.2. Mode d'allaitement

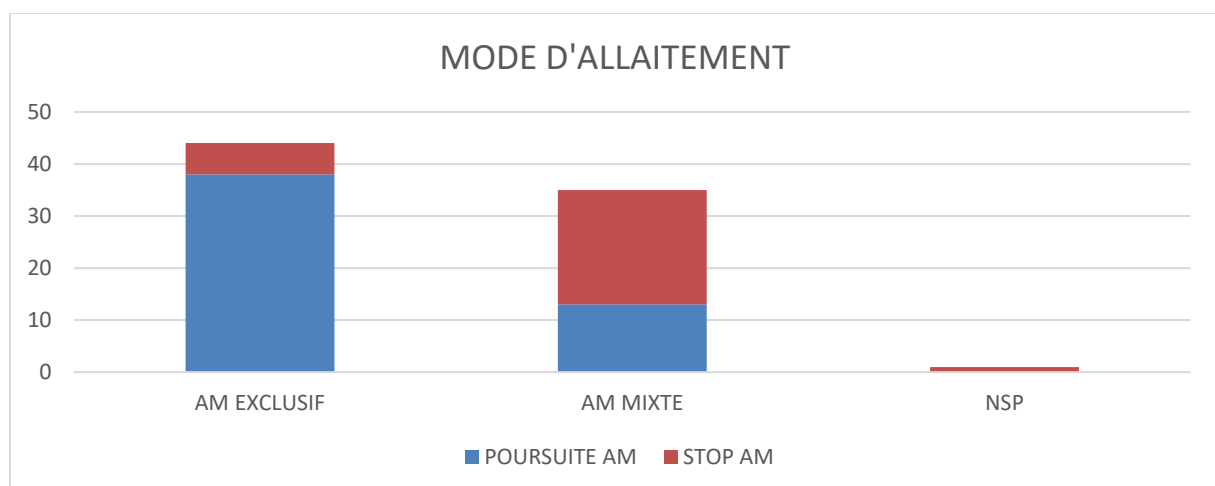


Figure 3 : relation entre la poursuite de l'allaitement maternel et le mode d'allaitement pratiqué (exclusif ou mixte) durant le 1er mois

Les femmes qui choisissent d'allaiter leur enfant, font parfois le choix d'intégrer à l'alimentation du nourrisson un complément de lait artificiel, de manière régulière.

Nous n'avons pas voulu exclure de l'étude les femmes pratiquant un allaitement mixte, pour la raison qu'elles nourrissent leur bébé au sein également régulièrement.

Concernant le mode d'allaitement : la pratique de l'allaitement maternel exclusif est significativement corrélée avec la poursuite de l'allaitement à 1 mois (p 0.01), voir tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : Synthèse  
Facteurs significatifs identifiés permettant une poursuite de l'allaitement maternel

|                                   | p-value        |
|-----------------------------------|----------------|
| Lieu de vie                       | 0,59052        |
| <b>Niveau d'étude</b>             | <b>0,01739</b> |
| Âge                               | 0,95953        |
| Préparation à l'accouchement      | 0,3796         |
| Demande d'aide à un professionnel | 0,28878        |
| <b>Allaitement exclusif</b>       | <b>0,01011</b> |

Les résultats mettent en évidence une corrélation entre la poursuite de l'allaitement maternel au-delà d'un mois avec le niveau d'étude de la mère, (p 0.017).

### III.3.3. Résultats des questions de 1 à 4

Les résultats du questionnaire n°2 portent sur 80 participantes. Parmi les 125 femmes ayant répondues au questionnaire initial en maternité, nous observons un total de 45 sujets perdus de vue.

Le taux de participation au questionnaire N°2 est de 64%.

Le questionnaire est divisé en deux parties :

- Les 4 premières questions sont un tronc commun à toutes les mères,
- La seconde partie s'adresse uniquement aux mères ayant stoppé l'allaitement durant le 1<sup>er</sup> mois de vie de leur enfant.

Sur les 80 sujets répondants au questionnaire N°2 : 29 femmes déclarent avoir mis un terme complet à l'allaitement.

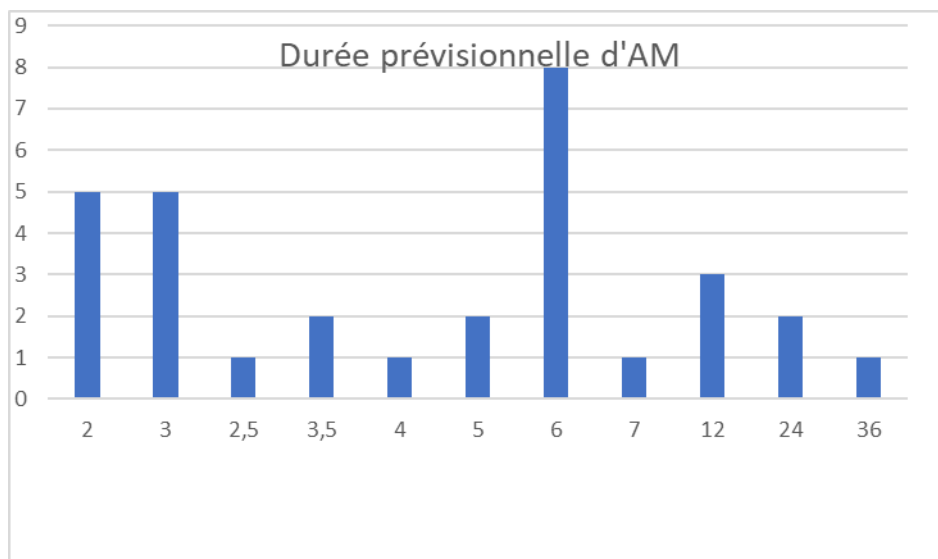


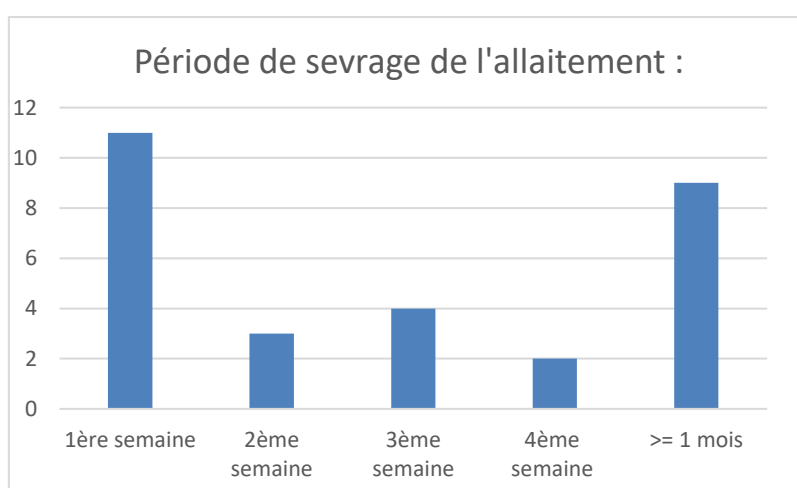
Figure 4 : Durée prévisionnelle de l'allaitement maternel

La dernière question du tronc commun est une question ouverte portant sur la durée prévisionnelle souhaitée de l'allaitement maternel : 8 participantes souhaitent allaiter pendant 6 mois, 6 déclarent ne pas avoir d'objectif de durée mais souhaitent poursuivre tant que l'allaitement fonctionne, 5 femmes déclarent allaiter pendant 2 mois et 5 autres sur une durée de 3 mois.

### III.3.4. Seconde partie du questionnaire

Cette seconde partie du questionnaire ne s'adresse qu'aux mères ayant stoppé leur allaitement dans le 1<sup>er</sup> mois et concerne donc 29 femmes.

La synthèse des résultats ont été enregistrés sous forme d'un tableau (Annexe 5), Les réponses à chaque question sont illustrées d'un diagramme.



L'arrêt de l'allaitement s'observe durant la première semaine pour 11 femmes et une autre grande partie (9 femmes) stoppent au bout d'un mois.

Impression de grandes difficultés face à l'allaitement durant les 3 jours suivant l'accouchement:



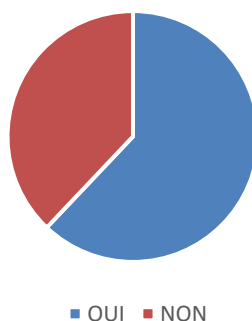
15 femmes sur 29 expriment avoir été en difficulté face à l'allaitement dans les 72 heures suivant l'accouchement.

Introduction d'un complément de lait artificiel au biberon au moins une fois dans les 3 premiers jours :

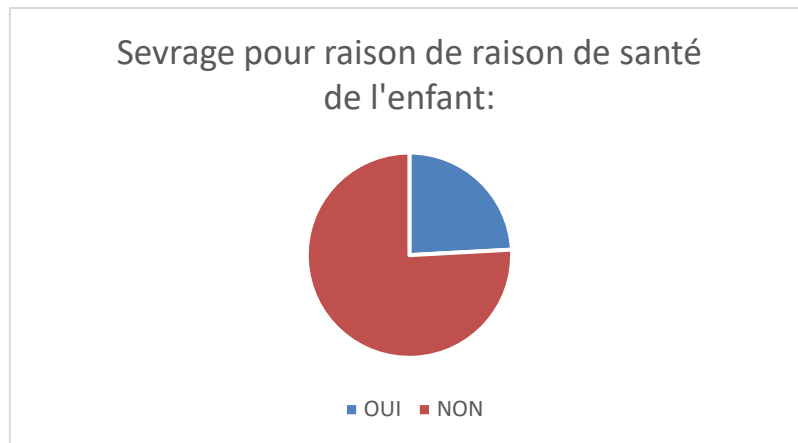


Toujours au cours de ces 72 premières heures suivant l'accouchement, 16 femmes (soit 55,17%) déclarent que leur nourrisson a été nourri au moins une fois par un biberon contenant du lait artificiel.

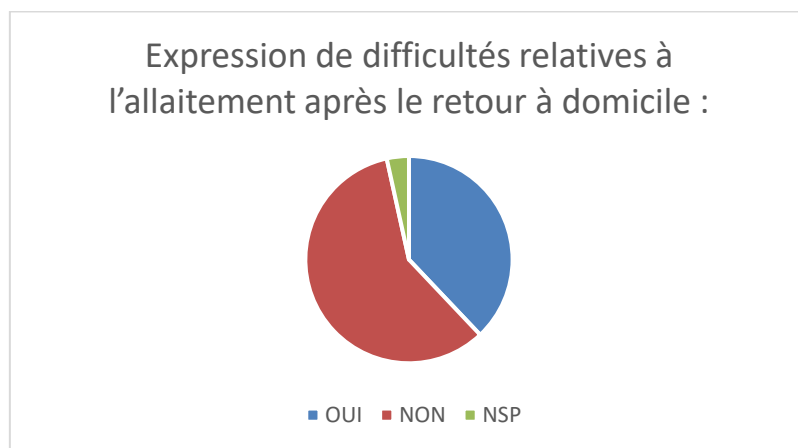
Pratique d'une allaitement mixte :



En ce qui concerne la pratique de l'allaitement maternel : il est mixte à 62% (18 femmes sur 29), cette alternative est présentée dans le questionnaire comme l'apport d'un complément de lait artificiel au moins une fois par jour.



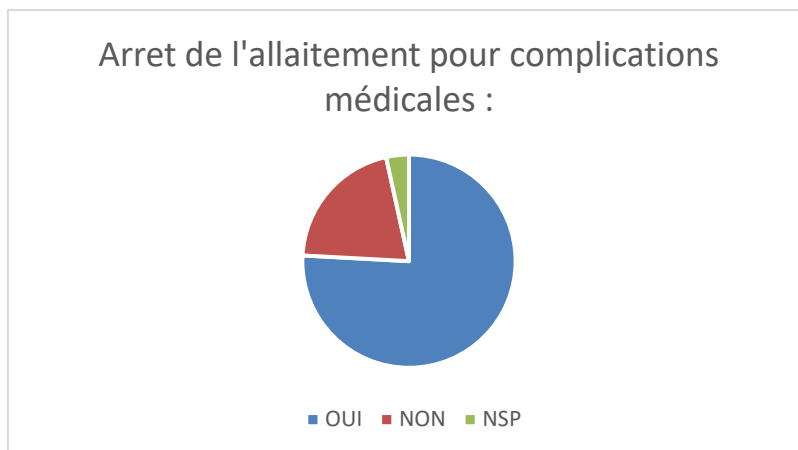
Seulement 7 femmes ont déclaré avoir sevré leur bébé pour des raisons de santé le concernant. Nous avons donné en exemple entre parenthèses dans la question : Perte de poids, maladies, malformations.



11 mères ont exprimé des difficultés relatives à l'allaitement maternel lors du retour à domicile et après, contre 17.

Pour renseigner la question nous leur avons demandé de préciser si elles avaient eu recours à une aide et si oui vers qui :

- 7/11 femmes ont demandé de l'aide auprès d'une sage-femme
- 2 femmes auprès de leur médecin traitant
- 1 femme auprès de sa famille et/ou amis
- 1 femme a sollicité un autre type de recours.



Le sevrage pour complications médicales relative à la pratique de l'allaitement maternel concerne 75.86% des mères soit 22 femmes sur 29. Les complications les plus fréquemment citées sont (Figure 5) :

- Les crevasses
- L'insuffisance de lait.
- Impression de lait peu nourrissant
- Abscess
- Engorgement mammaire

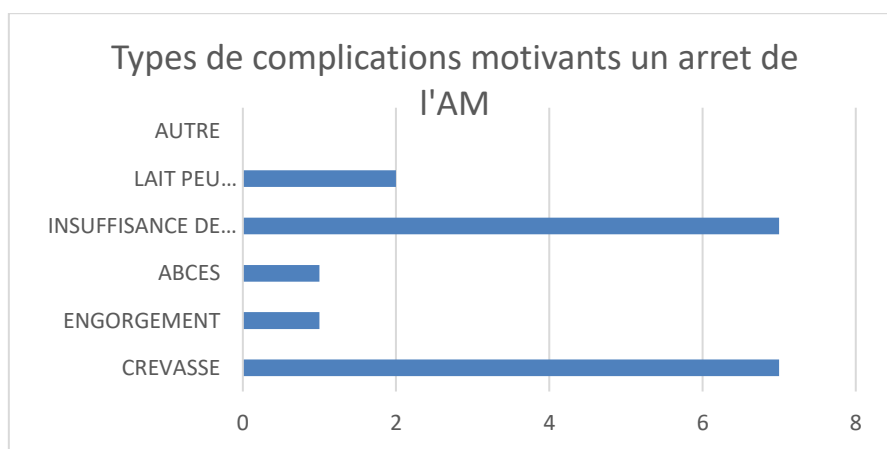
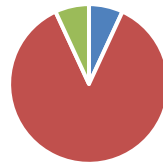


Figure 5 : Types de complications motivants un arrêt de l'allaitement maternel

Or, seulement pour 27% (6 femmes) d'entre elles, l'arrêt de l'allaitement a été conseillé par un professionnel de santé.

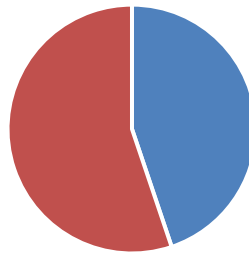
Sevrage en prévision de la reprise de l'activité professionnelle ou vous avez repris votre activité



■ OUI ■ NON ■ NSP

Seulement 2 femmes sur 29 ont sevré leur nourrisson pour motif d'une reprise d'activité professionnelle.

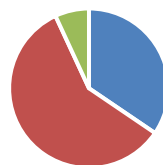
SENTIMENT D'ÉPUISEMENT



■ OUI ■ NON

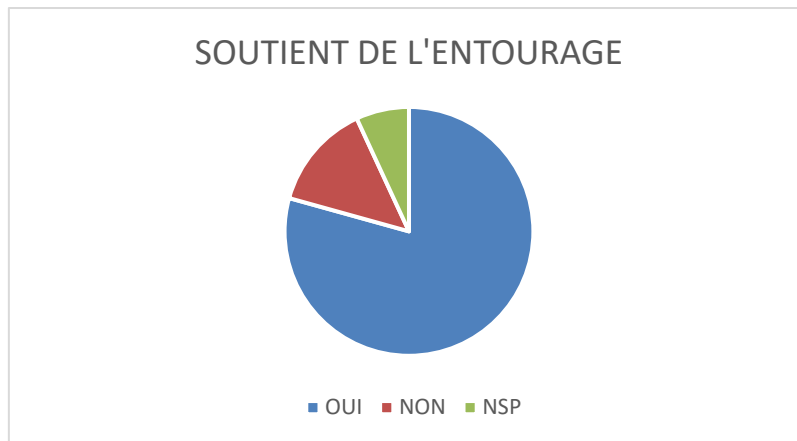
Le ressenti d'un épuisement physique a contraint 44% des mères (13 femmes) à stopper leur allaitement.

Allaitement trop contraignant en ce qui concerne l'organisation de la vie privée, arrêt pour convenance personnelle

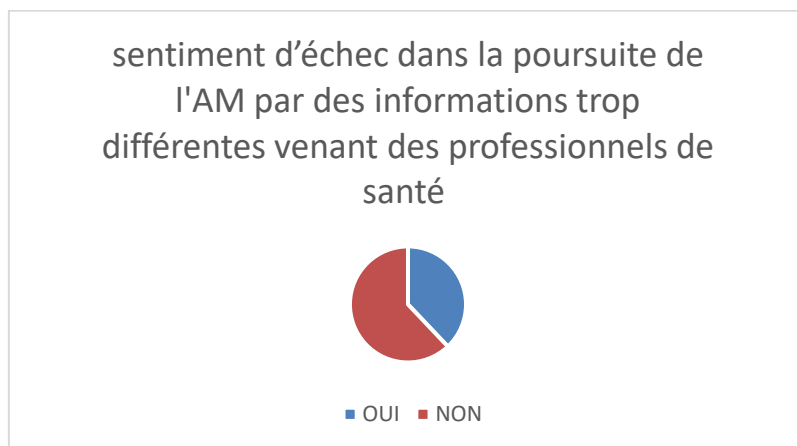


■ OUI ■ NON ■ NSP

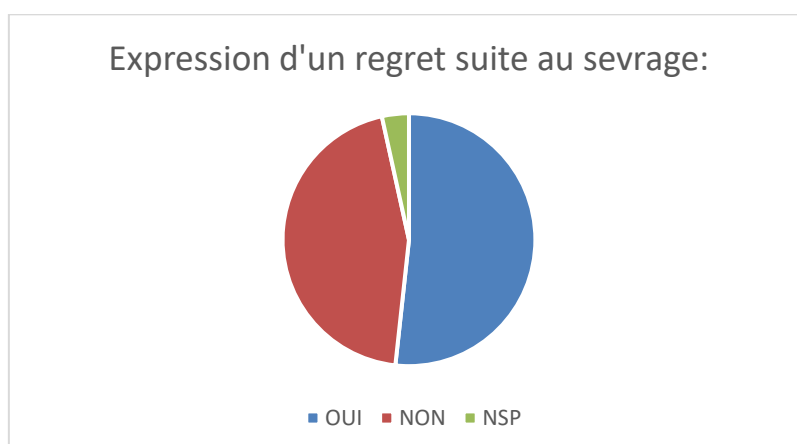
10 participantes déclarent avoir stoppé l'allaitement pour convenance personnelle, avec la sensation de vivre cet allaitement plutôt comme une contrainte qu'un plaisir.



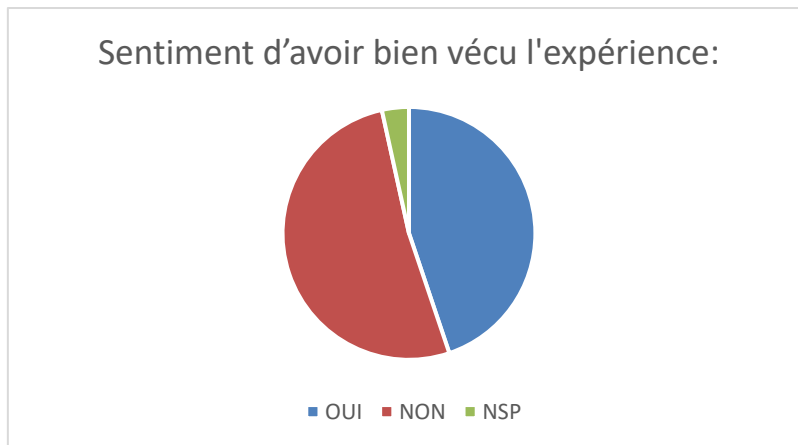
Les mères déclarent en majorité avoir un entourage aidant pour presque 80% d'entre elles (effectif de 23 femmes), ne les positionnant pas en échec pour 89.66% (effectif de 26 femmes).



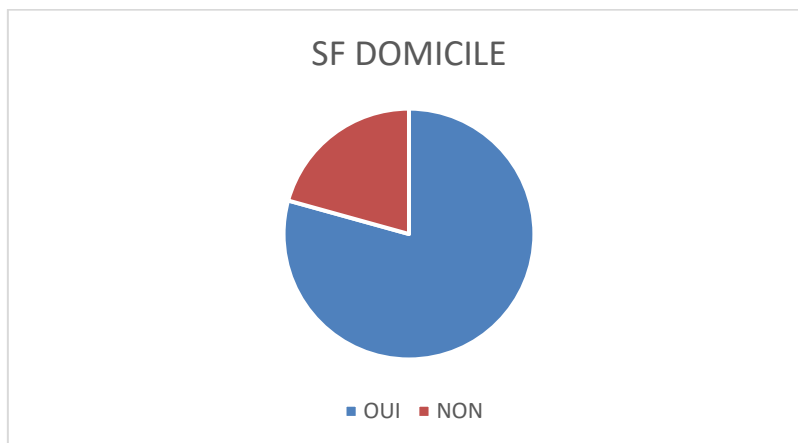
37% d'entre elles se sont senties en échec par des conseils trop diversifiés venant des professionnels de santé (médecins, sages-femmes, ...) soit 11 femmes sur 29.







Elles sont 51% (15 femmes) à ressentir l'impression de n'avoir pas bien vécu la pratique, et à regretter d'avoir mis un terme à l'allaitement.



Elles sont 23 femmes à avoir eu la visite d'une sage-femme à leur domicile. Il faut se rappeler que dans le bassin de déroulement de notre étude, l'intervention d'une sage-femme au domicile dans les suites de couches par l'intermédiaire du PRADO (Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile) mis en place par la CPAM depuis septembre 2012 n'est possible que pour les sorties anticipées de la maternité : soit moins de 3 jours d'hospitalisation pour un accouchement voie basse et moins de 4 jours d'hospitalisation pour une césarienne, depuis le 1/10/2019. C'est donc aux mères d'organiser le suivi avec la sage-femme de leur choix si elles le désirent.

La dernière question cherche à positionner l'éventuelle situation du médecin généraliste dans la conduite de l'allaitement par le biais du suivi du nourrisson :

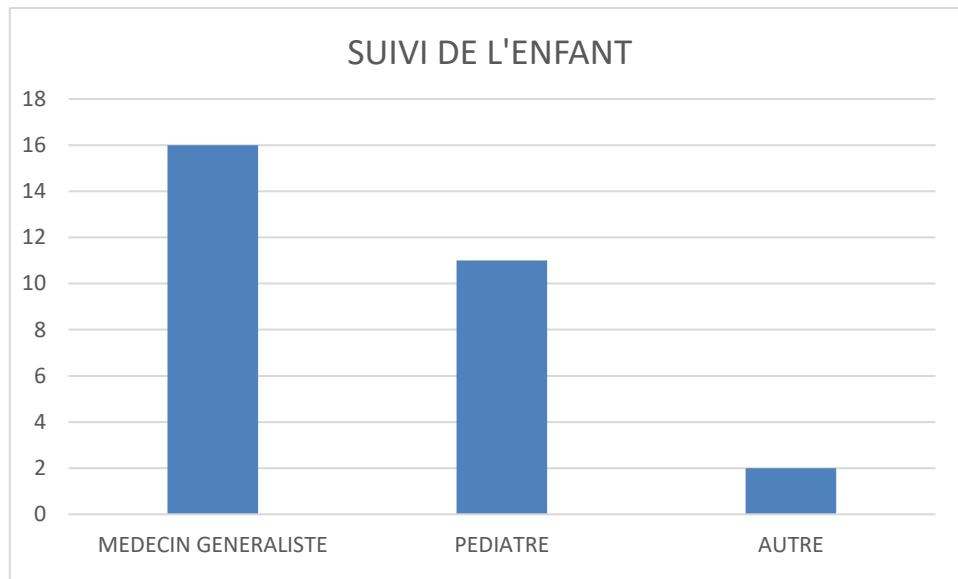


Figure 6 : Suivi de l'enfant

16 des 29 femmes interrogées déclarent faire suivre leur nourrisson auprès d'un médecin généraliste (Figure 6). La CPAM recommande 3 examens durant le premier mois de vie du nourrisson :

- L'examen obligatoire dans les 8 jours de l'enfant : à lieu essentiellement à la maternité, avec à l'issu la délivrance du 1<sup>er</sup> certificat de santé.
- Un Examen recommandé au cours de la 2<sup>ème</sup> semaine de vie
- L'examen du 1<sup>er</sup> mois de l'enfant.

## IV. Discussion

---

### IV.1. Conduite de l'étude

Notre enquête a été réalisée de manière monocentrique, et n'a concerné qu'un seul établissement de santé. La réalisation au sein d'un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) présente des avantages par rapport à un autre centre hospitalier :

- Pour des raisons d'efficacité en termes de durée dans le temps de notre enquête prospective : nombre important de patientes sur une durée plus courte.
- Drainage géographique élargi : départemental et régional
- Prise en charge de grossesses physiologiques mais aussi pathologiques avec des niveaux de sévérité multiples.

Comme beaucoup de maternité encore en France, l'Hôpital mère-enfant de Limoges n'est pas affilié à l'Initiative Hôpital Amis des bébés (IHAB).

Le questionnaire a été élaboré sous forme d'un auto-questionnaire afin que la participante ait une totale liberté de choix dans ses réponses. Les questions ont été rédigées de manière concises et très simplifiées dans le but d'une compréhension maximale de toutes les participantes francophones. Dans le sens d'une analyse rigoureuse de l'étude nous avons au maximum élaboré des questions fermées.

### IV.2. Profil des femmes initiant un allaitement en maternité

#### IV.2.1. Description de notre échantillon de base :

Nous avons dans notre échantillon autant de femmes vivant en secteur rural que citadines, il faut préciser que le département de la Haute-Vienne est assez rural, nous avons limité le secteur citadin à la ville de Limoges et ses communes juste limitrophes.

La majorité des femmes était âgées de 30-34 ans, en situation professionnelle active avec un niveau d'étude supérieur ou égal au baccalauréat, et se déclarait vivant en couple.

Pour 42% d'entre elles, il s'agissait de leur premier accouchement et 32% accueillait leur deuxième enfant.

La part des enfants nés prématurément est de 37% dans notre étude contre 8.3% dans le rapport de la DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). Cette différence peut être expliquée par deux points :

- Le chiffre issu du rapport est une moyenne nationale qui inclut les maternités de tous niveaux, alors que notre étude est réalisée au sein d'un CHU, qui draine des patientes à risques dont des menaces d'accouchement prématuré du département mais aussi des départements limitrophes.

- Mauvaise compréhension de la part de la participante de la définition de prématurité.

La participation au cours de préparation à l'accouchement n'a été suivie que par la moitié des femmes allaitantes. Il faut savoir que chez les accouchées quelque-soit le mode d'alimentation du nourrisson, les cours de préparation à la naissance et à la parentalité sont suivis essentiellement par les primipares (77.9%) contre 33.8% seulement des multipares. Notre résultat est une moyenne concernant l'ensemble de notre échantillon.

Nous avons intégré à la partie commune du questionnaire à un mois, une question ouverte que nous avons voulue comme un sondage, afin de mieux cerner le degré d'ambition des mamans en ce qui concerne leur allaitement sur la durée. Le taux de participation à cette question est très faible contrairement au reste du questionnaire (38 répondantes soit 47.5%). Une majorité d'entre elles déclarent avoir le même objectif fixé par l'OMS soit 6 mois, un autre groupe (6 sujets) déclare ne pas avoir de durée fixée et attendre un sevrage naturel.

Cependant un total non négligeable de 10 femmes, émettent le désir d'allaiter moins de 3 mois.

#### **IV.2.2. Profil des femmes qui poursuivent l'allaitement au-delà d'un mois**

Nous avons mis en évidence un lien entre la pratique d'un allaitement exclusif et la poursuite de l'allaitement maternel un mois après la naissance de l'enfant.

Ce lien a été mis en évidence dans plusieurs études Françaises et internationales. L'OMS s'appuie également sur ces preuves pour recommander la pratique de l'allaitement maternel comme meilleur moyen de nutrition des nouveau-nés jusqu'à l'âge de 6 mois.

Notre étude montre un lien significatif entre le niveau d'étude de la mère et la poursuite de l'allaitement après un mois. Les femmes allaitantes ayant un niveau d'étude supérieur ou égal au baccalauréat poursuivent leur allaitement au-delà d'un mois. Dans le même sens l'étude Epifane (30) montre également que les femmes ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat ont un taux d'allaitement plus élevé.

Cependant nous n'avons pas pu mettre en évidence de manière significative une relation entre la poursuite de l'allaitement maternel et la présence au cours de préparation à l'accouchement et à la parentalité.

#### **IV.2.3. Rôle de l'entourage**

Il ne faut pas sous-estimer l'environnement social de la mère, qui intègre son compagnon, mais aussi l'entourage proche, et aussi la présence ou non d'enfants dans le foyer familial qui constitue souvent une charge supplémentaire à gérer dans les suites de couches pour la maman.

Il a été démontré que si le conjoint a une perception positive de l'allaitement, le taux de ce dernier est augmenté. Dans notre étude 93% des mères allaitantes déclarent effectivement que l'allaitement maternel est bien perçu par leur entourage, ce taux décroît légèrement chez les femmes ayant stoppé leur allaitement dans le premier mois (80%).

L'intégration du père dans l'éducation à la pratique de l'allaitement est à conseiller, il joue un rôle de soutien auprès du couple mère-enfant.

La décision du choix d'allaiter se fait chez la femme en début de grossesse, nous pouvons supposer que ce choix se prépare en amont de la grossesse. Cela pourrait expliquer le peu

d'impact de l'information sur l'allaitement donné pendant la grossesse par les professionnels de santé comme il en ressort dans notre recherche et chez d'autres auteurs (33).

### **IV.3. Réponse à la question de recherche**

#### **IV.3.1. Survenue de complications à l'allaitement**

Bien que de plus en plus de femmes initient un allaitement en maternité, nous avons pu mettre en évidence que cette pratique ne se pérennise pas dans le temps et cela dès le premier mois suivant la naissance de l'enfant.

Une étiologie se distingue : la survenue de complications médicales relative à l'allaitement maternel. Elle paraît être la cause la plus fréquente motivant le sevrage chez plus de 76% des mères allaitantes incluses dans notre étude.

Les complications médicales citées par les participantes sont la survenue de crevasses mamelonnaires, l'insuffisance de lait, puis en second l'impression d'avoir un lait peu nourrissant et en dernier l'abcès du sein, et l'engorgement mammaire. Aucune participante n'ayant mentionné une autre complication médicale.

Les crevasses sont la complication de l'allaitement les plus fréquentes, elles apparaissent secondairement à un mauvais positionnement au sein de l'enfant. La prise en charge de ces complications fait l'objet de recommandations pour la pratique clinique (34). Elles peuvent apparaître très précocement, dans les heures suivant les premières tétées de l'enfant. Leur prévention repose sur une observation méticuleuse de la mise au sein des professionnels et du déroulement de la tétée.

L'insuffisance de lait perçue par les femmes est mentionnée également comme étant une des principales raisons d'interruption précoce de l'allaitement par Chantry et Marcellin (34). Or l'insuffisance de lait d'origine organique reste très rare. Des études ont montré le rapport entre la diminution de sécrétion lactée et une chirurgie mammaire antérieure, cependant dans la majorité des cas, l'insuffisance de lait est une résultante de nos pratiques inappropriées et de facteurs psychologiques et socio-culturels que d'une véritable incapacité de production concernant la lactogénèse comme le rapporte M. Renfrew (35). Elle précise également que dans les sociétés où l'allaitement est la norme ou bien le seul moyen de nourrir son nouveau-né, les échecs de l'allaitement sont plus rares.

44% des mères ayant sevré précocement leur nourrisson l'ont justifié par un épuisement physique, une impression d'insuffisance lactée peut être ressentie en conséquence d'une grande asthénie comme cela peut-être le cas fréquent pour les femmes ayant déjà d'autres enfants en bas âge à la maison ou un manque de soutien de l'entourage (cas des femmes seules).

Une insuffisance de lait est plus fréquente lors d'une séparation précoce mère-enfant, cela peut-être le cas des enfants ayant eu des soins de réanimations néonatale, ou bien lors de complications sévères du post-partum chez la mère.

Des études ont montré qu'une prise en charge appropriée de soutien de la femme corrige cette insuffisance lactée dans la très grande majorité des cas et confirment donc la réversibilité

du trouble, comme le souligne les anciennes recommandations de l'ANAES publiées en 2002 (36).

Notre étude souligne le fait que c'est un professionnel de santé qui leur a conseillé de stopper l'allaitement pour 26% des femmes ayant eu des complications. La majorité des complications décrites n'imposent pas de contre-indication formelle à la poursuite de l'allaitement, sauf si celles-ci ont un impact sur l'enfant comme une perte pondérale, ou un risque infectieux comme dans le cas de l'abcès mammaire.

#### **IV.3.2. Allaitement mixte**

La pratique d'un allaitement maternel associé à la prise de lait artificiel par le biais d'un biberon semble avoir un lien avec un sevrage précoce. Dans notre étude 62% des mères ayant stoppé précocement leur allaitement maternel pratiquaient un allaitement mixte.

D'autres études de plus grandes ampleurs mettent en évidence une relation entre l'apport de compléments lactés artificiel et un sevrage précoce (36).

L'apport de compléments de lait artificiels dans les premières 72 heures de vie du nourrisson concerne 55.17% des mères issues de notre étude qui ont mis un terme précoce à l'allaitement.

Nos résultats vont effectivement dans le même sens qu'une autre enquête française qui a montré que parmi les facteurs influençant la durée de l'allaitement chez 150 femmes pour lesquelles la durée médiane d'allaitement était de 10 semaines, le recours aux compléments en maternité était associé à une durée d'allaitement beaucoup plus courte (6 semaines contre 13 semaines ( $p < 0,01$ ) (37).

L'indication du recours au complément de lait chez un enfant allaité au sein de la maternité doit normalement se faire après avis médical. L'OMS recommande dans certaines situations le recours aux compléments, tout en spécifiant que cette décision doit être étudiée au cas par cas en tenant compte des besoins nutritionnels et des capacités fonctionnelles :

- Nouveau-nés gravement malades, comme ceux qui ont un poids très faible à la naissance (moins de 1 000 grammes)
- Nouveau-nés dysmatures avec un risque d'hypoglycémie ou ceux dont l'état ne s'améliore pas avec la poursuite de l'allaitement maternel.
- Hypoglycémie néonatale
- Altération de la croissance du nouveau-né avec une perte de poids de plus de 10%.

Il ne faut pas méconnaître qu'effectivement un enfant allaité exclusivement peut avoir une courbe de poids différente de celle d'un enfant nourri au biberon. Du fait de la montée laiteuse ne survenant qu'au 3ème jour après accouchement, la prise de poids peut être retardée. La mise au sein et l'efficacité des tétées diffèrent en fonction de plusieurs paramètres entre les nourrissons.

Une étude réalisée sur les pratiques du recours aux compléments chez les nouveaux nés allaités menée en 2010 au sein du CHU de Tours a montré que 35% des enfants allaités avaient reçu un complément de lait artificiel dans les 3 jours suivant leur naissance (38). De plus dans 30% des cas, le recours au complément ne correspondait pas aux critères définis comme indications médicales à leur utilisation.

La part de compléments de lait artificiel donnés aux enfants allaités dans notre étude est plus importante, mais les chiffres varient suivant les établissements de 8 à 85 % comme le souligne

le Dr Gemmo-Feger dans son document référencé pour l'IHAB « comment utiliser de manière raisonnée les compléments en maternité ».

#### **IV.4. Forces et faiblesses de notre travail**

##### **IV.4.1. Les faiblesses**

Les résultats de la question de recherche concernent un nombre de participantes restreint issu de l'échantillon initial, ce qui rend l'exploitation statistique limitée. En raison d'une faible significativité potentielle nous avons choisi de commenter les résultats de la partie deux, ne sous forme d'une tendance générale exprimée en pourcentages avec un rappel de l'effectif.

La comparaison avec d'autres travaux issus de la littérature avec les résultats de l'objectif principal n'est pas possible, car aucune étude Française à présent n'a été publiée sur ce sujet, ceci limitant la validité externe de l'étude. Des travaux de nature qualitatifs s'intéressant au vécu de l'allaitement par les femmes existent, ils ont apporté une base directive à notre travail mais ne permet pas une comparaison.

Il existe un biais de suivi du fait de la réalisation du recueil des données de l'étude en deux étapes par deux questionnaires espacés sur une période d'un mois. Nous avons un taux de perdus de vue non négligeable à l'issue de l'étude qui a pu impacter la puissance des résultats de l'objectif principal.

D'autre part, le recueil des seconds questionnaires ne s'est pas fait strictement au terme du premier mois d'allaitement pour certaines participantes. Nous avons dû fréquemment relancer les mères afin d'obtenir les réponses dans les meilleurs délais pour rester en cohérence avec les modalités de réalisation initiale de notre enquête.

##### **IV.4.2. Les forces**

Nos résultats en ce qui concerne l'échantillon d'étude sont en cohérence avec le rapport de la DRESS et de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) de 2016 : « *Enquête nationale périnatale, les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010* » : à savoir 1/3 des accouchées ont entre 30 et 34 ans en France.

Pour 42% des femmes, il s'agit de leur premier accouchement, dans notre échantillon cela concerne 42% des participantes, 32% d'entre elles accueillait leur second enfant, ce taux est de 35.6% au niveau national.

93.65% des femmes de notre échantillon se déclaraient vivre en couple, contre 91.6% au niveau national

Notre échantillon de femmes allaitantes est assez similaire avec les études Epifane et ELFE sur la durée de l'allaitement en France. Epifane mettait en évidence que les taux d'allaitement étaient plus élevés avec l'âge de la mère, le fait d'avoir un niveau d'étude supérieur au baccalauréat, d'avoir suivi des cours de préparation à l'accouchement, et d'avoir un conjoint ayant une perception positive de l'allaitement (30).

## IV.5. Intérêt de notre étude

Bien que de nombreux travaux se sont intéressés à l'allaitement maternel et surtout aux facteurs qui conduisent à un allaitement durable, peu ou pas traitent de la raison qui pousse les mères à sevrer leur nourrisson de manière précoce.

Or il existe un paradoxe entre le taux d'initiation à l'allaitement en maternité qui croit depuis plusieurs années et le taux de sevrage rapide et précoce des nourrissons.

Les facteurs pouvant être à l'origine du sevrage précoce que nous avons identifié ne sont pas d'origine strictement sociétale, mais peuvent être expliquées par :

### 1. Un suivi et un encadrement de la mère inadapté en post partum :

Du fait d'un rebond récent de la pratique, les femmes mais aussi le couple de parents manquent globalement de repères et de représentation sociétale positive de l'allaitement. Peu d'entre eux ont eu l'habitude de voir leur mères, tantes ou amies allaiter et cela est plus vrai encore dans certaines classes sociales. L'allaitement est une fonction naturelle issue de notre condition humaine au même titre de que la fonction de reproduction, ou le besoin de se nourrir qui a été refoulé au fil du temps par notre société car renvoyant à une image « primaire » peut-être trop « animale ».

La promotion de l'allaitement maternel doit se faire en amont de la grossesse, chez les jeunes femmes et les jeunes hommes pour qu'ils intègrent cette fonction comme un prolongement de la grossesse physiologique. La prévention est donc essentielle, la question du choix entre l'allaitement et le biberon ne devrait pas se poser au dernier trimestre de grossesse, la réflexion doit se faire bien amont. L'éventuel recours au biberon ne devant être mis en place qu'en cas d'échec confirmé médicalement.

### 2. La place du médecin généraliste : le médecin de famille

Aussi bien en milieu rural qu'en ville, le médecin généraliste reste le référent médical de plusieurs familles : parents, enfants, grands-parents, amis, tantes et oncles et même voisins.

Pour rappel le médecin généraliste est un médecin spécialiste à part entière avec des fonctions essentielles à la prise en charge et au suivi des patients :

- Premiers recours : premier acteur du système de soin
- La prise en charge globale
- La coordination des soins entre les différents professionnels de santé
- La continuité des soins
- Un rôle de santé publique intégrant la prévention et le dépistage

Nous pouvons identifier deux phases d'actions du médecin généraliste dans la promotion et la prise en charge de l'allaitement maternel :



a. En pré-partum précoce :

L'impact du médecin traitant auprès de ses patients n'est pas à négliger même si les relations médecins-patients ont évoluées et ne sont plus paternalistes comme par le passé. De nos jours, la plupart des patients recherchent auprès de leur médecin des conseils sur leur santé, un appui avec une communication éclairée.

Ce rôle de soutien et de prévention devient de plus en plus croissant et peut contribuer à la réussite de l'allaitement maternel.

Du fait de la démographie médicale actuelle, le suivi des contraceptions, et parfois même, le suivi gynécologique de base est effectué par le médecin traitant.

Le sujet de discussion sur un projet ou non de grossesse peut déjà faire l'objet d'une ouverture sur l'allaitement maternel, faisant comprendre à la patiente que son médecin est concerné et disponible pour tout recours.

b. En post-partum :

Une étude conduite dans le Nord-Pas-de-Calais ciblée sur la prise en charge des complications de l'allaitement par les médecins généralistes, a montré que trois facteurs relatifs aux médecins limitaient la poursuite de l'allaitement : le fait d'être un médecin homme, de ne pas se sentir concerné et de ne pas observer une tétée en cas de difficulté (39).

Le médecin généraliste a toute sa place dans le suivi de l'allaitement, y compris par le biais de la consultation du nourrisson comme nous l'avons vu précédemment. En effet la CPAM recommande une consultation à deux semaines de vie du nourrisson, qui n'est pas obligatoire, mais elle serait utile pour soutenir et accompagner les femmes allaitantes. A cette consultation s'ajoute celle de l'examen du premier mois du nouveau-né.

Concrètement, deux consultations en post partum chez le médecin généraliste peuvent ouvrir l'opportunité d'un dialogue à propos du suivi de l'allaitement de l'enfant durant le 1<sup>er</sup> mois.

## V. Conclusion

---

L'initiation de l'allaitement maternel a progressé ces deux dernières décennies en France mais le taux de poursuite régresse assez rapidement dans le temps et pas seulement pour cause de la reprise du travail de la mère.

Le profil des femmes initiant un allaitement maternel est bien connu, il reflète un certain type de mères pouvant s'intégrer dans une catégorie dans notre société. Ce constat prouve une défaillance de la promotion pour l'allaitement maternel conduite dans notre pays qui n'atteint pas l'ensemble des femmes et qui peut-être, devrait toucher l'ensemble de la société et ne pas se limiter aux futures mamans.

De plus en plus de maternités en France demandent l'attribution du label Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) créé par l'OMS et l'Unicef, soutenant la conduite de bonnes pratiques en faveur de l'allaitement.

Les dernières recommandations de la HAS sur la prise en charge de l'allaitement maternel sont claires et accessibles aux médecins généralistes qui ne doivent pas minimiser leur impact sur leur soutien auprès des femmes allaitantes.

Pourquoi ne pas proposer en post natal précoce des consultations de soutien et de conseil afin de dépister et d'assister précocement les mères.

Il serait intéressant de compléter ce travail par une étude de plus grande puissance afin d'affirmer ou non les résultats issus de notre enquête.



## Références bibliographiques

---

1. ROUSSEAU Jean-Jacques. Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes (1755). Paris : Gallimard, 2002.
2. DIDIERJEAN-JOUVEAU Claude-Suzanne. Anthologie de l'allaitement maternel, Préface de Michel Odent. Saint-Julien-en-Genevois : Jouvence, 2002, p 25 (citation de JOUBERT Laurent, Exhortation à toutes les mères de nourrir leurs enfants, V<sup>o</sup> livre. Bordeaux : Millanges, 1578)
3. Rollet C. Allaitement, mise en nourrice et mortalité infantile en France à la fin du XIXe siècle. *Population*. 1978;33(6):1189-203.
4. RENIERS JR, PEETERS RF, MEHEUS AZ. Breastfeeding in the industrialized world. Review of the literature. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 1983 ; 31(4): 375-407.
5. WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation. Geneva : World Health Organization. Mars 2011.
6. Morel M-F. Théories et pratiques de l'allaitement en France au XVIIIe siècle. *Annales de Démographie Historique*. 1976;1976(1):393 427.
7. Marfan ABJ (1858-1942) A du texte. *Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge (2e édition, revue et corrigée) / par le Dr A.-B. Marfan,...* [Internet]. 1906 [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k64687229>
8. Mass S Breast pain :engorgement, nipple pain and mastitis. *Clin Obstet Gynecol* 2004 ;47 :672-82.
9. Veyssiere A, Kun-Darbois JD, Paulus C, Chatellier A, Caillot A, Bénateau H. Diagnostic et prise en charge de l'ankyloglossie chez le jeune enfant. *Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et de Chirurgie Orale*. sept 2015;116(4):215-20.
10. Bruneau de la Salle J, Paquié C. Douleur et allaitement, une fatalité ? *La Revue Sage-Femme*. sept 2018;17(4):153-9.
11. Rigourd V, Jacquemain K, Mari S, et al. Allaitement maternel : difficultés et complications » [Perfectionnement en Pédiatrie 2 (2019) 62–71]. *Perfectionnement en Pédiatrie*. juin 2019;2(2):193
12. Rigourd V, Nicloux M, Hovanishian S, Giuséppi A, Hachem T, Assaf Z, et al. Conseils pour l'allaitement maternel. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. mai 2018;31(2):53-74
13. Jahanfar S, Ng CJ, Teng CL. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [cité 20 juill 2019];(2). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005458.pub3/full>
14. Cabou A, Babineau S, St Anna L « Clinical inquiry: what's the best way to relieve mastitis in breastfeeding mothers? » *J Fam Pract*. 2011 Sep;60(9):551-2.
15. Leconte I, Fellah L. Mastite et allaitement. *Imagerie de la Femme*. déc 2008;18(4):223-8.
16. Debord M-P, Poirier E, Delgado H, Charlot M, Colin C, Raudrant D, et al. Abscess du sein lactant : et si on ne les opérât plus ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. mars 2016;45(3):307-14.

17. Irusen H, Rohwer AC, Steyn DW, Young T. Treatments for breast abscesses in breastfeeding women. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2015 [cité 20 juill 2019];(8). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010490.pub2/full>
18. Boquien C-Y. Le lait maternel : un aliment idéal pour la nutrition du nouveau-né (En lien avec sa croissance et son devenir neuro-moteur). Cahiers de Nutrition et de Diététique. déc 2018;53(6):322-31.
19. Heird WC. The role of polyunsaturated fatty acids in term and preterm infants and breastfeeding mothers. Pediatrics Clin North Am. 2001 ; 48 : 173-188
20. J.A. Weber, D.H. Baxter, S. Zhang, D.Y. Huang, K.H. Huang, M.J. Lee, et al. The microRNA spectrum in 12 body fluids, Clin Chem, 56 (2010), pp. 1733-1741
21. Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. A Longitudinal Analysis of Infant Morbidity and the Extent of Breastfeeding in the United States. :7.
22. WHO collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. Effect of breast feeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. Lancet 2000 ; 355 : 451-455
23. Chassagnoux C., Promotion de l'allaitement maternel dans le Monde, en France, en Aquitaine, Thèse pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, 2003, (101) : 9-10
24. Chantry AA, Monier I, Marcellin L. Allaitement maternel (partie 1) : fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation. Recommandations pour la pratique clinique. La Revue Sage-Femme. févr 2016;15(1):41-50.
25. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula NP, Devine D, et al. Breastfeeding and Maternal Health and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence report/technology assessment. 1 mai 2007;153:1-186.
26. Armstrong J, Reilly JJ. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. The Lancet. juin 2002;359(9322):2003-4.
27. Turck D. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Archives de Pédiatrie. déc 2005;12:S145-65
28. WHA58.32 FIFTY-EIGHTH WORLD HEALTH ASSEMBLY Infant and young child nutrition. Resolution 2001 ; N°54.2
29. Wagner S. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. :11.
30. Benoît Salanave, Catherine de Launay. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épipane, France, 2012. BEH.
31. Bonet M, Foix L'Hélias L, Blondel B. Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003. Archives de Pédiatrie. sept 2008;15(9):1407-15.
32. Vessière-Varigny M, Garlantézec R, Gremmo-Feger G, Collet M, Sizun J. Allaitement maternel du nouveau-né prématuré : évaluation prospective dans une maternité universitaire. Archives de Pédiatrie. oct 2010;17(10):1416-24.

33. Guillaumon A, Trombert-Paviot B, Vallée J, Weiss S, Patural H. Initiation de l'allaitement maternel et sevrage précoce : étude prospective du réseau périnatalité Loire–Nord Ardèche. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. juin 2013;41(6):351-5.
34. Marcellin L, Chantry AA. Allaitement maternel (partie III) : complications de l'allaitement – Recommandations pour la pratique clinique. *La Revue Sage-Femme*. juin 2016;15(3):148-55.
35. Renfrew MJ, Woolridge MW, McGill HR. Enabling women to breastfeed. A review of practices which promote or inhibit breastfeeding with evidence-based guidance for practice. London: The Stationery Office; 2000.
36. ANAES Allaitement maternel mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant, MAI 2002 Service recommandations et références professionnelles
37. Branger B, Cebron M, Picherot G, de Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pédiatr* 1998;(5):489-96.
38. Bigot S, Lionnet C, Perrotin F, Saliba E. Recours aux compléments à la maternité chez les nouveau-nés allaités. *Archives de Pédiatrie*. déc 2012;19(12):1282-8.
39. Vuylsteker L, Ollivon-Herman J. Prise en charge des complications maternelles par les médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais en 2009. *Exercer* 2011;99(22):178–9.

## Annexes

---

|  |    |
|--|----|
| Annexe 1. Questionnaire N°1.....   | 72 |
| Annexe 2. Questionnaire N°2.....   | 75 |
| Annexe 3. Tableau : Réponses au questionnaire N°1 .....                            | 78 |
| Annexe 4. Tableau : Taux de poursuite de l'allaitement maternel après 1 mois ..... | 80 |
| Annexe 5. Tableau : réponses au questionnaire N°2 , deuxième partie .....          | 81 |

## Annexe 1. Questionnaire N°1

*Feuillet à conserver par la participante*

### **QUESTIONNAIRE DE PARTICIPATION A UNE ETUDE DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

#### **Titre de la recherche : Causes d'arrêt précoce de l'allaitement**

Nom du chercheur : Debregeas Marion, doctorante en médecine générale au sein de la faculté de Limoges

Nom du Responsable de projet : Dr Pautout

Dans le cadre de l'obtention du diplôme de docteur en médecine, Marion Debregeas, réalise une étude, dirigée par le Dr Pautout, sur les étiologies de l'arrêt de l'allaitement dans le 1<sup>er</sup> mois.

Les modalités de participation sont les suivantes :

- Femmes majeures, francophones, ayant initié un allaitement à la maternité.

Le déroulement de l'étude est le suivant : Vous répondrez à ce premier questionnaire en maternité, puis d'ici un mois, vous serez invitée à répondre à un second questionnaire par mail, ou par téléphone en cas d'absence de réponse par mail. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette étude. Pour cela, contacter Marion Debregeas : mariondebregeas@gmail.com ou au 06 10 78 00 56

#### **CONFIDENTIALITÉ**

Les données collectées dans le cadre de la recherche demeurent strictement confidentielles et ne sont consultables que par le chercheur et ses collaborateurs (co-chercheur et directeur de la recherche).

Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et d'effacement des informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ces droits, veuillez adresser une demande à la Déléguée à la protection des données de l'Université de Limoges (contact : dpd@unilim.fr)

#### **DROIT de RETRAIT**

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer à tout moment, sans avoir à en préciser la raison. Il vous suffit d'informer le chercheur par écrit, tous documents qui vous lie à l'étude seront supprimés. Votre refus de participer n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantage.

#### **DURÉE de CONSERVATION et ANONYMISATION**

La conservation de l'entretien des données collectées seront réalisés dans les conditions de sécurité adéquate, pendant une durée de 18 mois avant d'être détruit. Dans le cas d'une publication des travaux de recherche, ou de la mise à disposition de la communauté de chercheurs des données, les données seront anonymisées, de manière à rendre impossible l'identification d'une personne ayant participé à la recherche.



Numéro de téléphone :

Adresse postale :

Adresse Mail :

Date de l'accouchement :

Age :

- <24 ans
- 25-29 ans
- 30-34 ans
- > 35 ans

Situation familiale :

- Célibataire / mère seule
- En couple

Niveau d'étude :

- Secondaire / BEP/ CAP, ou sans diplôme
- Bac / études supérieures

Situation professionnelle :

- Active
- Sans Emploi/ Chômage / Congé parental
- Étudiante

Combien d'enfant(s) précédant cet heureux évènement avez-vous ?

- Aucun
- 1
- 2
- 3 ou plus

Si oui, l'(les)avez-vous allaité(s) ?

- Oui
- Non

Si oui, avez- vous gardé une bonne expérience de l'allaitement ?

- Oui
- Non

Avez-vous suivi un ou plusieurs cours de préparation à l'accouchement avec une Sage-Femme pour cette grossesse :

- Oui
- Non

Avez-vous eu des complications durant votre grossesse ?

Exemples de complications : Hypertension artérielle, pré-éclampsie, diabète gestationnel, Menace d'accouchement prématuré (hospitalisation ou repos strict), troubles psychiatriques (y compris dépression), Maladie infectieuses graves (Toxoplasmosse, rubéole, listériose ...)

- Oui
- Non

Votre enfant est-il né prématuré (<37SA) ?

- Oui
- Non

Votre enfant a-t-il bénéficié de soins de réanimation néonatale ?

- Oui
- Non

A Quel moment de votre grossesse avez-vous pris la décision d'allaiter ?

- Dès le début
- Tardivement

Votre entourage (famille proche et parent de l'enfant) a-t-il globalement une perception positive de l'allaitement maternel ?

- Oui
- Non

Avez-vous fait la tétée d'accueil en salle d'accouchement ?

- Oui
- Non

Votre choix d'allaiter a t'il été renforcé par le corps médical ?

- Oui
- Non

## Annexe 2. Questionnaire N°2

### QUESTIONNAIRE 1 Mois

1. Poursuivez-vous l'allaitement de votre enfant ?
  - Oui
  - Non
2. Si oui pratiquez-vous un allaitement maternel exclusif ?
  - Oui
  - Non
3. Avez-vous demandé de l'aide auprès des professionnels de santé (Sage-femme, médecins) ?
  - Oui
  - Non
4. Combien de temps avez-vous prévu d'allaiter ?
  - ...

#### Si réponse « non » à la question N°1 :

Quand avez-vous stoppé l'allaitement :

- Durant la 1<sup>ère</sup> semaine
- Durant la 2<sup>ème</sup> semaine
- Durant la 3<sup>ème</sup> semaine
- Durant la 4<sup>ème</sup> semaine
- >= 1 mois

Avez-vous éprouvé de grandes difficultés en ce concerne l'allaitement de votre enfant durant les premières 72 heures après votre accouchement ?

- Oui
  - Lesquelles :
- Non

Un complément de lait artificiel a t'il été introduit au biberon au moins une fois dans les 3 premiers jours ?

- Oui
- Non

Avez-vous pratiqué un allaitement mixte (maternel et compléments de biberons de lait artificiel régulier au moins 1 fois par jour) ?

- Oui
- Non

Avez-vous mis fin à l'allaitement parce que votre enfant présentait des problèmes de santé ? (Perte de poids, maladies, malformations ...)

- Oui
- Non

Avez-vous éprouvé des difficultés relatives à l'allaitement après la sortie de la maternité ?

- Oui
- Non

Si Oui, vers qui avez-vous demandé conseil :

- Sage-femme
- Médecin traitant
- Gynécologue
- Famille/ Amis
- Internet
- Autre
- Vous n'avez pas demandé conseil

Vous n'allaites plus car vous avez eu des complications médicales pendant l'allaitement

- Crevasses
- Engorgement mammaire
- Abscesses
- Insuffisance de lait
- Impression d'avoir un lait peu nourrissant
- Pour un problème de santé autre : ...
- Non

Si vous avez eu des complications, c'est un professionnel de santé (sage-femme, médecin généraliste, gynécologue) qui vous a conseillé l'arrêt de l'allaitement ?

- Oui
- Non

Vous n'allaites plus car vous avez commencé le sevrage en prévision de la reprise de votre activité professionnelle ou vous avez repris votre activité ?

- Oui
- Non

Vous n'allaites plus car vous vous sentiez épuisée :

- Oui
- Non

Vous n'allaites plus car l'allaitement était trop contraignant en ce qui concerne l'organisation de votre privée, l'allaitement ne vous convenait pas personnellement :

- Oui
- Non

Avez-vous été soutenue par votre entourage proche et/ou l'autre parent pendant l'allaitement ?

- Oui
- Non : Vous ont-ils conseillé d'arrêter ?
  - Oui
  - Non

Avez-vous eu le sentiment d'avoir été en échec dans la poursuite de votre allaitement par des informations trop différentes venant des professionnels de santé (médecins, sages-femmes, ...122.3-) :

- Oui
- Non

Avez-vous eu le sentiment d'avoir été en échec dans la poursuite de votre allaitement par des conseils venant de votre entourage proche

- Oui
- Non

Regrettez-vous d'avoir mis un terme à l'allaitement maternel de votre enfant ?

- Oui
- Non

Avez-vous le sentiment d'avoir bien vécu votre allaitement ?

- Oui
- Non

Vers quel professionnel de santé faites-vous suivre votre enfant ?

- Médecin généraliste
- Pédiatre
- Autre réponse

Avez-vous bénéficié de la visite d'une sage-femme à domicile à votre retour de la maternité ?

- Oui
- Non

### Annexe 3. Tableau : Réponses au questionnaire N°1

| LIEU DE VIE   |    | Pourcentages |
|---|----|--------------|
| RURAL   |    | 40,48%       |
| CITADIN   |    | 40,48%       |
| NSP   |    | 19,05%       |
| AGE   |    | Pourcentages |
| <24ANS  |    | 7,20%        |
| 25-29ANS  |    | 28,80%       |
| 30-34ANS  |    | 40,00%       |
| >35ANS  |    | 24,00%       |
| SITUATION FAMILIALE                                     |    | Pourcentages |
| CELIBATAIRE/ MERE SEULE                                 |    | 6,35%        |
| COUPLE  |    | 93,65%       |
| NIVEAU D'ETUDES   |    | Pourcentages |
| SECONDAIRE/BEP/CAP/SANS DIPLOME                         |    | 26,19%       |
| BAC/ETUDES SUPERIEURES                                  |    | 73,81%       |
| SITUATION PROFESSIONNELLE                               |    | Pourcentages |
| ACTIVE  |    | 65,08%       |
| SANS EMPLOI/CHOMAGE/CONGE PARENTAL                      |    | 34,13%       |
| ETUDIANTE   |    | 0,79%        |
| NOMBRE D'ENFANTS PRECEDANT                              |    | Pourcentages |
| AUCUN   |    | 44,00%       |
| 1 ENFANT  |    | 32,80%       |
| 2 ENFANTS   |    | 17,60%       |
| > 3 ENFANTS   |    | 5,60%        |
| ENFANTS PRECEDANT ALLAITES                              |    | 85,71%       |
| MERES AYANT EU UNE BONNE EXPERIENCE DE L'AM             |    | 56,67%       |
| EXPERIENCE ANTERIEURE DE L'AM                           |    | Effectif     |
| BONNE   | 34 | 56,67%       |
| MAUVAISE  | 15 | 25,00%       |
| NSP   | 11 | 18,33%       |
| PARTICIPATION AUX COURS DE PREPARATION A L'ACCOUCHEMENT |    | Pourcentages |
| OUI   |    | 50,00%       |
| NON   |    | 50,00%       |
| COMPLICATIONS PENDANT LA GROSSESSE                      |    | Pourcentages |
| OUI   |    | 37,40%       |
| NON   |    | 62,60%       |
| ENFANT NE AVANT 37 SA                                   |    | Pourcentages |
| OUI   |    | 37,10%       |
| NON   |    | 62,90%       |

| <b>ENFANT AYANT BENEFICIE DE SOINS DE REANIMATION NEONATALE</b> |  | <b>Pourcentages</b> |
|---|--|---------------------|
| OUI   |  | 5,65%               |
| NON   |  | 94,35%              |
| <b>A QUEL MOMENT LA DECISION D'ALLAITER A ETE PRISE</b>         |  | <b>Pourcentages</b> |
| TÔT DANS LA GROSSESSE   |  | 92,74%              |
| TARDIVEMENT   |  | 7,26%               |
| <b>PERCEPTION POSITIVE DE L'AM PAR L'ENTOURAGE</b>              |  | <b>Pourcentages</b> |
| OUI   |  | 93,28%              |
| NON   |  | 6,72%               |
| <b>TETEE D'ACCUEIL REALISEE EN SALLE DE NAISSANCE</b>           |  | <b>Pourcentages</b> |
| OUI   |  | 72,58%              |
| NON   |  | 27,42%              |
| <b>CHOIX D'ALLAITER RENFORCE PAR LE CORPS MEDICAL</b>           |  | <b>Pourcentages</b> |
| OUI   |  | 57,63%              |
| NON   |  | 42,37%              |

#### Annexe 4. Tableau : Taux de poursuite de l'allaitement maternel après 1 mois

| POURSUITE ALLAITEMENT MATERNEL |          |               |  |
|--------------------------------|----------|---------------|--|
| APRES 1 MOIS                   | EFFECTIF | POURCENTAGE   |  |
| OUI                            | 51       | <b>63,75%</b> |  |
| NON                            | 29       | <b>36,25%</b> |  |



## Annexe 5. Tableau : réponses au questionnaire N°2 , deuxième partie

| QUESTIONNAIRE UN MOIS   |           | REPONSES MERES AYANT STOPPE LEUR ALLAITEMENT |  |
|---|-----------|--|--|
| QUAND AVEZ-VOUS STOPPE VOTRE ALLAITEMENT ?  | EFFECTIFS | POURCENTAGES                                 |  |
| 1ère semaine  | 11        | 37,93%                                       |  |
| 2ème semaine  | 3         | 10,34%                                       |  |
| 3ème semaine  | 4         | 13,79%                                       |  |
| 4ème semaine  | 2         | 6,90%  |  |
| >= 1 mois   | 9         | 31,03%                                       |  |
| <b>IMPRESSION D'ÉPROUVER DE GRANDES DIFFICULTES CONCERNANT L'AM A LA SORTIE DE LA MATERNITE</b> |           |  |  |
| OUI   | 15        | 51,72%                                       |  |
| NON   | 14        | 48,28%                                       |  |
| <b>INTRODUCTION DE COMPLEMENT DE LAIT ARTIFICIEL DANS LES 3 PREMIERS JOURS</b>                  |           |  |  |
| OUI   | 16        | 55,17%                                       |  |
| NON   | 13        | 44,83%                                       |  |
| <b>PRATIQUE D'UN ALLAITEMENT MIXTE</b>  |           |  |  |
| OUI   | 18        | 62,07%                                       |  |
| NON   | 11        | 37,93%                                       |  |
| <b>TERME A L'AM POUR CAUSE DE PROBLEME DE SANTE VIS-A-VIS DE L'ENFANT</b>                       |           |  |  |
| OUI   | 7         | 24,14%                                       |  |
| NON   | 22        | 75,86%                                       |  |
| <b>EXPRESSION DE DIFFICULTES RELATIVES A L'AM</b>   |           |  |  |
| OUI   | 11        | 37,93%                                       |  |
| NON   | 17        | 58,62%                                       |  |
| NSP   | 1         | 3,45%  |  |
| <b>STOP AM POUR COMPLICATION MEDICALE VIS-A-VIS DE LA MERE</b>                                  |           |  |  |
| OUI   | 22        | 75,86%                                       |  |
| NON   | 6         | 20,69%                                       |  |
| NSP   | 1         | 3,45%  |  |
| <b>SI OUI / C'EST UN PROFESSIONNEL DE SANTE QUI A CONSEILLE DE STOPPER L'ALLAITEMENT</b>        |           |  |  |
| OUI   | 6         | 27,27%                                       |  |
| NON   | 16        | 72,73%                                       |  |
| <b>STOP AM CAR REPRISE TRAVAIL</b>  |           |  |  |
| OUI   | 2         | 6,90%  |  |
| NON   | 25        | 86,21%                                       |  |
| NSP   | 2         | 6,90%  |  |
| <b>EXPRESSION D'UN SENTIMENT D'ÉPUISEMENT</b>   |           |  |  |

|  |    |        |
|--|----|--------|
| OUI  | 13 | 44,83% |
| NON  | 16 | 55,17% |
| <b>ARRET DE L'AM POUR CONVENANCE PERSONNELLE</b>                           |    |        |
| OUI  | 10 | 34,57% |
| NON  | 17 | 58,77% |
| NSP  | 2  | 6,77%  |
| <b>SOUTIEN DE L'ENTOURAGE</b>  |    |        |
| OUI  | 23 | 79,31% |
| NON  | 4  | 13,79% |
| NSP  | 2  | 6,90%  |
| <b>SENTIMENT D'ECHEC PAR DES INFORMATIONS MEDICALES TROP DIVERSES</b>      |    |        |
| OUI  | 11 | 37,93% |
| NON  | 18 | 62,07% |
| <b>SENTIMENT D'ECHEC PAR DES INFORMATIONS DE L'ENTOURAGE TROP DIVERSES</b> |    |        |
| OUI  | 3  | 10,34% |
| NON  | 26 | 89,66% |
| <b>EXPRESSION D'UN REGRET D'AVOIR MIS UN TERME A L'ALLAITEMENT</b>         |    |        |
| OUI  | 15 | 51,72% |
| NON  | 13 | 44,83% |
| NSP  | 1  | 3,45%  |
| <b>IMPRESSION D'AVOIR BIEN VECU VOTRE ALLAITEMENT</b>                      |    |        |
| OUI  | 13 | 44,83% |
| NON  | 15 | 51,72% |
| NSP  | 1  | 3,45%  |
| <b>PASSAGE D'UNE SAGE FEMME A DOMICILE</b>                                 |    |        |
| OUI  | 23 | 79,31% |
| NON  | 6  | 20,69% |

## Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

## Allaitement maternel : Recherche d'étiologies à l'origine d'un sevrage précoce dans le premier mois de vie du nourrisson

---

**Introduction :** Bien que de nombreux travaux se sont intéressés à l'allaitement maternel et surtout aux facteurs socio-épidémiologiques qui conduisent à un allaitement durable, peu ou pas traitent de la raison qui pousse les mères à sevrer leur nourrisson de manière précoce. Or il existe un paradoxe entre le taux d'initiation à l'allaitement en maternité qui croît depuis plusieurs années et le taux de sevrage rapide et précoce des nourrissons.

---

**Matériel et méthode :** Etude quantitative, descriptive, monocentrique, incluant des femmes initiant un allaitement maternel dans le service de maternité du CHU de Limoges sur une période de janvier à février 2020. Un auto-questionnaire est à remplir à l'initiation puis un second questionnaire à un mois.

**Résultats :** Sur un total de 125 femmes initialement puis de 80 participantes à un mois, 29 femmes ont stoppé leur allaitement maternel durant le premier mois. Les étiologies les plus fréquentes évoquées sont la survenue de complications bénignes liées à l'allaitement et la pratique d'un allaitement mixte.

**Conclusion :** Un suivi et un encadrement inadapté en post partum pourrait être à l'origine de ce sevrage précoce. Les médecins généralistes ne doivent pas minimiser leur impact sur leur soutien auprès des femmes allaitantes par le biais des consultations du nourrisson durant le premier mois, mais aussi dans la promotion de l'allaitement en amont du projet de grossesse.

---

Mots-clés : allaitement maternel ; sevrage précoce ; complications de l'allaitement, médecin généraliste.

## Breastfeeding: Searching for etiologies that cause early weaning in the first month of life of the infant

---

**Background:** Although much research has focused on breastfeeding and especially on socio-epidemiological factors that lead to sustainable breastfeeding, little or no work has been done on the reason why mothers wean their infants early. However, there is a paradox between the rate of initiation to breastfeeding in maternity that has been increasing for several years and the rapid and early withdrawal rate of infants.

**Methods:** Quantitative, descriptive, monocentric study, including women initiating breastfeeding in the maternity ward of the Limoges University Hospital over a period from January to February 2020. A self-completed questionnaire is to be filled at the initiation and then a second questionnaire at one month.

**Results:** Out of a total of 125 women initially and 80 participants in one month, 29 women stopped breastfeeding during the first month. The most common causes mentioned are the occurrence of benign complications related to breastfeeding and the practice of mixed feeding.

**Conclusion:** Inadequate follow-up and postpartum supervision could be the cause of this early weaning. General practitioners should not minimize their impact on their support for breastfeeding women through infant consultations during the first month, but also in promoting breastfeeding ahead of the pregnancy project

---

Keywords : Breastfeeding; early weaning ; complications of breastfeeding, general practitioner.

