



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**

UNIVERSITÉ LILLE 2 DROIT ET SANTÉ  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Influence de l'anxiété maternelle sur la durée de l'allaitement**  
**Etude prospective avec suivi de cohorte.**

Présentée et soutenue publiquement le 12 septembre 2014 à 18 heures.

Au Pôle Formation

**Par Joanna Manchuel**

---

**JURY**

**Président :** Monsieur le Professeur Damien Subtil  
**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Laurent Storme  
Monsieur le Docteur Renaud Jardri  
Madame le Docteur Brigitte Aelbrecht  
**Directeur de Thèse :** Monsieur le Docteur Thameur Rakza

---

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

---

---

## Liste des abréviations

**OMS** : organisation mondiale de la santé

**Epifane** : Epidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie.

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (actuellement c'est la haute autorité de santé)

**STAI** : State Trait Anxiety Inventory

**AE** : anxiété état

**AT** : anxiété trait

**IC** : intervalle de confiance

---

# Table des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>- 1 -</b>
<b>1. Introduction .....</b>	<b>- 2 -</b>
<b>2. Matériels et méthodes.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1. Caractéristiques générales de l'étude.....</b>	<b>6</b>
<b>2.2. Population de l'étude .....</b>	<b>6</b>
2.2.1.Critères d'inclusion.....	6
2.2.2.Critères de non inclusion.....	6
<b>2.3. Définitions.....</b>	<b>7</b>
2.3.1.L'allaitement.....	7
2.3.2. L'anxiété.....	8
<b>2.4. Outil de recueil.....</b>	<b>8</b>
2.4.1.Première partie .....	8
2.4.2. Deuxième partie : l'inventaire d'anxiété - STAI.....	9
<b>2.5. Recueil des données .....</b>	<b>10</b>
2.5.1.Diffusion de l'enquête en maternité.....	10
2.5.2.Calcul du score d'anxiété .....	11
2.5.3. Evaluation de la poursuite de l'allaitement à 6 semaines, 3 mois et 6 mois .....	11
<b>2.6. Critères de jugement .....</b>	<b>12</b>
<b>2.7. Statistiques .....</b>	<b>12</b>
<b>3. Résultats .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1. Caractéristiques des patientes.....</b>	<b>15</b>
<b>3.2. Caractéristiques de l'allaitement .....</b>	<b>15</b>
3.2.1.Durée de l'allaitement .....	15
3.2.2.L'allaitement exclusif .....	18
3.2.3.Le recours à une consultation d'allaitement.....	19

---

3.2.4.Raisons de l'arrêt de l'allaitement .....	19
3.2.5.Satisfaction globale de l'expérience d'allaitement.....	21
<b>3.3. Score d'anxiété .....</b>	<b>21</b>
<b>3.4. Les courbes de survie.....</b>	<b>22</b>
<b>3.5. Durée de l'allaitement selon l'anxiété .....</b>	<b>24</b>
3.5.1.Premier modèle : association entre l'arrêt de l'allaitement et l'anxiété .....	24
3.5.2.Deuxième modèle : association entre l'arrêt de l'allaitement et l'anxiété (seuil de 45) .....	25
<b>4. Discussion .....</b>	<b>28</b>
4.1. Pertinence de l'inventaire d'anxiété Etat-Trait forme Y de Spielberger .....	28
4.2. Particularités de l'allaitement .....	29
4.2.1.Caractéristiques globales de l'allaitement, durée.....	29
4.2.2.Durée de l'allaitement exclusif .....	30
4.2.3.Influence de la parité sur l'allaitement.....	31
4.3. Qualités et limites de l'étude .....	31
4.3.1.Comparaison avec les données de la littérature .....	31
4.3.2.Hypothèse pour le principal résultat.....	33
4.3.3.Méthodologie de l'étude .....	34
4.3.4.Les limites de l'étude .....	37
4.4. Perspectives .....	37
4.4.1.En prénatal.....	37
4.4.2.En médecine générale .....	38
4.4.3.A la maternité .....	39
<b>5. Conclusion.....</b>	<b>40</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>41</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>44</b>
Annexe 1 : Le questionnaire remis à la maternité .....	44
Annexe 2 : L'inventaire d'anxiété Trait de Spielberger .....	47

## RÉSUMÉ

**Contexte** : L'allaitement maternel est influencé par les facteurs psychologiques. L'anxiété maternelle reste à ce jour peu étudiée.

**Objectif** : Le but de ce travail était de rechercher une corrélation entre l'anxiété maternelle et la durée de l'allaitement.

**Méthode** : Une étude de cohorte a été réalisée au C.H.R. de Lille entre 2012 et 2013. Des femmes allaitantes ont été interrogées en suite de naissance. La première partie recueillait des données socio-médicales ; la seconde était l'inventaire d'anxiété Trait de Spielberger (STAI). Les femmes étaient rappelées à six semaines, trois mois et six mois pour savoir si l'allaitement se poursuivait. Des statistiques descriptives de toutes les variables ont été réalisées, ainsi que des courbes de survie. Pour répondre à l'objectif principal, deux modèles de Cox multivariés ont été réalisés afin de déterminer l'association entre l'événement « arrêt de l'allaitement » et l'anxiété de la mère. Un seuil de 45 au STAI a été pris pour l'anxiété.

**Résultats** : 164 patientes ont été incluses. A six mois, 46% d'entre elles allaitaient toujours. La durée médiane de l'allaitement était de 17 semaines (11 semaines pour l'allaitement exclusif). Le score moyen au STAI était de 34,99. L'analyse multivariée a montré que les patientes anxieuses arrêtaient moins leur allaitement, OR 0.42 IC 95% (0,18 ; 0,99) ;  $p=0,049$ .

**Conclusion** : Le résultat de notre étude est surprenant car opposé à celui de la plupart des études existantes. Cependant les études sont encore peu nombreuses. On peut penser que l'anxiété était physiologique et s'inscrivait dans le concept de préoccupation maternelle primaire de Winnicott. Les facteurs psychosociaux sont des éléments importants à prendre en compte pour promouvoir l'allaitement. Il est nécessaire de continuer à les étudier et notamment l'anxiété maternelle qui l'est insuffisamment.

## 1. INTRODUCTION

L'allaitement maternel est l'un des premiers facteurs de protection durable de la santé de l'enfant. En effet, le lait maternel est un aliment unique, de qualité irremplaçable. Ses caractéristiques ne se retrouvent pas toutes dans les « laits infantiles » du commerce.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) recommande l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois et la poursuite de cet allaitement jusqu'à l'âge de deux ans, voire plus en fonction du désir de la mère (1).

En France, l'étude Epifane réalisée en 2012 retrouvait une prévalence de l'allaitement maternel de 69% à la maternité, dont 60% d'allaitement exclusif et 9% d'allaitement partiel. A un mois, le taux d'allaitement était de 54% dont seulement 35% de façon exclusive (2).

La durée médiane de l'allaitement variait beaucoup selon les études : entre 7 et 13 semaines (3–5). Plus récemment, une étude réalisée dans la région Pays de la Loire retrouvait une médiane de 15,6 semaines d'allaitement (6).

En comparaison avec les autres pays européens, les chiffres restaient très en dessous des moyennes notamment des pays nordiques. En effet, la prévalence était supérieure à 90% dans quinze pays européens, alors qu'en France, elle était de 53% (7).



Néanmoins, il existe une faible mais régulière augmentation de la prévalence de l'allaitement en France. En effet, elle était de 36% en 1972, 51,6% en 1995 et de 62,6 % en 2003 (8).

En 2012, à la maternité de Jeanne de Flandre du CHR de Lille, 4877 enfants (enfants nés vivants, non transférés dans un service) sont nés. Le taux d'allaitement était de 63,1%. En 2013, 4846 enfants sont nés selon ces mêmes conditions, dont 63,8.% étaient allaités à la sortie de la maternité.

En 2009, dans une revue de la littérature Noirhomme-Renard faisait le point sur les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà des trois mois (9). Les facteurs étaient classés en cinq catégories :

- les politiques de santé avec l'accès à un congé maternité rémunéré, l'initiative « hôpital ami des bébés ».
- les pratiques de soins et le système de santé à travers le soutien de professionnels de santé formés, la mise au sein précoce, l'allaitement à la demande (8,9).
- les facteurs liés au bébé et à son état de santé : la technique de succion, la prise de poids
- les facteurs liés à l'entourage, avec le soutien du partenaire et des pairs
- les facteurs liés à la mère étaient nombreux. On retrouvait parmi ceux-ci : l'âge, le statut marital, le niveau de scolarité, la planification de la

grossesse, l'intention préalable d'allaiter, la confiance en soi, l'absence de dépression (10).

On note la grande diversité de ces facteurs. Parmi ceux liés à la mère on retrouve des éléments relatifs à son état psychopathologique.

La connaissance des facteurs psychosociaux est nécessaire pour élaborer ou adapter des stratégies d'intervention, de promotion et de soutien aux mères allaitantes (10–12).

Il existe encore peu d'études sur l'anxiété maternelle en périnatalité. Certaines d'entre elles ont trouvé des résultats contradictoires. Selon Brown, l'absence d'anxiété maternelle était associée à l'initiation et à la poursuite de l'allaitement (13). Une autre étude d'Adedinsewo et al. ne montrait pas d'association entre la mesure prénatale de l'anxiété et l'initiation, l'exclusivité ou la durée de l'allaitement (14)

Jusque récemment, les études s'intéressaient davantage à la dépression du péri partum qu'à l'anxiété (ou alors associée à la dépression). Or, l'étude de Paul et al. montrait qu'à la maternité et dans le post partum, l'anxiété était plus importante que la dépression chez les mères allaitantes (15).

De plus les différentes études ont montré que l'anxiété pendant le post partum était associée à une diminution de l'allaitement. (13–15).

L'anxiété et la dépression étaient souvent concomitantes pendant la grossesse et semblaient liées réciproquement (16–18). Par ailleurs,

l'anxiété pendant la grossesse était corrélée de façon positive à des symptômes dépressifs plus marqués (18).

Selon le modèle de Spielberger, il convient de différencier deux types d'anxiété : (19)

- l'anxiété-trait qui correspond à une disposition comportementale acquise au cours de sa propre histoire, elle est considérée comme stable.
- l'anxiété-état qui est temporaire. Elle existe à un moment donné et à un niveau d'intensité particulier en fonction des événements ponctuels.

Nous nous sommes intéressés à l'anxiété trait chez les mères allaitantes.

Cette étude a été effectuée à la maternité Jeanne de Flandre de Lille. Elle a consisté à évaluer d'abord l'anxiété trait chez les mères allaitantes à la maternité pour ensuite évaluer poursuite de leur allaitement.

Le but de ce travail était de rechercher une corrélation entre l'anxiété maternelle et la durée de l'allaitement maternel (jusqu'à six mois).

Le second objectif de cette étude était de comprendre les facteurs d'échec ou de réussite de l'allaitement maternel.

## **2. MATÉRIELS ET MÉTHODES**

### **2.1. Caractéristiques générales de l'étude**

Notre étude est de type suivi de cohorte, elle a été réalisée de façon prospective, unicentrique. Elle s'est déroulée à la maternité de l'hôpital Jeanne de Flandre du centre hospitalier régional universitaire de Lille de décembre 2012 à mars 2013.

### **2.2. Population de l'étude**

#### **2.2.1. Critères d'inclusion**

Toute femme qui a accouché à Jeanne de Flandre entre décembre 2012 et mars 2013 avec un souhait d'allaitement.

#### **2.2.2. Critères de non inclusion**

Les critères de non inclusion étaient :

- les critères maternels :

Femme mineure

Refus de participer à l'étude

Mauvaise compréhension de la langue française.

- les critères liés au bébé :

Un syndrome poly malformatif du bébé

La prématurité (terme inférieur à 37 semaines d'aménorrhée)

Le retard de croissance intra utérin.

- les critères obstétricaux :

La grossesse multiple

L'accouchement par césarienne.

## **2.3. Définitions**

### **2.3.1. L'allaitement**

L'ANAES en 2002 a proposé ces définitions. Elle s'est basée sur les travaux de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Interagency Group for Action on Breastfeeding (IGAB)

- L'allaitement maternel correspond à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère ;

- l'allaitement est exclusif lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau ;

- l'allaitement est partiel lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture.

La réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

Le sevrage correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel. Le

sevrage ne doit pas être confondu avec le début de la diversification alimentaire.

### **2.3.2. L'anxiété**

Selon le dictionnaire Larousse : « Inquiétude pénible, tension nerveuse, causée par l'incertitude, l'attente ; angoisse. Trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité. »

Selon Burrows et Davies (1984), l'anxiété est « une émotion caractéristique déplaisante induite par l'anticipation d'un danger ou d'une frustration qui menace la sécurité ou l'homéostasie d'un individu ou du groupe auquel il appartient ». Elle a trois composantes : cognitive, comportementale et physiologique.

## **2.4. Outil de recueil**

### *Annexe 1*

#### **2.4.1. Première partie**

La première partie de l'enquête permettait de recueillir des informations générales ainsi que des données médicales.

- Le nom, l'âge ainsi qu'un numéro de téléphone ont été demandés.

Sur le plan médical des questions concernaient :

- la grossesse : parité, suivi médical pour pathologies fœtales ou maternelles obstétricales, participation à des cours de préparation à l'accouchement, à une formation sur l'allaitement.

- l'accouchement et le bébé : le terme, le sexe du bébé, le poids de naissance, l'utilisation d'instruments (forceps ou ventouse), le recours à une anesthésie (péridurale).
- le déroulement de l'allaitement à la maternité : difficultés rencontrées, exclusivité de l'allaitement, recours aux compléments, mode d'allaitement : au sein, tire lait, mixte ; le soutien du père.

#### **2.4.2. Deuxième partie : l'inventaire d'anxiété - STAI**

L'anxiété maternelle a été évaluée avec le State Trait Anxiety Inventory (STAI-Y) de Spielberger (version française) (19,20)

Il permet d'obtenir deux mesures : le niveau du trait anxieux et celui de l'état anxieux. La version Y a été développée pour éliminer des items liés à la dépression.

- L'anxiété-trait (AT) correspond à une disposition comportementale acquise au cours de sa propre histoire, elle est considérée comme stable.

- L'anxiété-état (AE) est temporaire, elle existe à un moment donné et a un niveau d'intensité particulier en fonction des événements ponctuels.

- C'est l'un des outils d'autoévaluation les plus utilisés.

Il comporte deux parties de vingt items chacune. Seul l'aspect psychologique de l'anxiété est évalué. Le patient doit ignorer la nature de ce questionnaire. Pour l'échelle d'anxiété-état, il doit se référer uniquement à l'instant présent, pour l'échelle d'anxiété-trait, à ce qu'il ressent en général.

- L'échelle d'anxiété-trait différencie les groupes pathologiques par rapport à la population normale.
- L'échelle d'anxiété-état montre des scores plus élevés en cas de situation de stress, et est surtout particulièrement sensible au changement.

Dans notre étude, seule l'anxiété trait (disposition comportementale stable) a été évaluée.

## **2.5. Recueil des données**

### **2.5.1. Diffusion de l'enquête en maternité**

Le questionnaire a été remis aux mères pendant leur séjour à la maternité. Après le leur avoir présenté, il leur a été demandé de le remplir seule avant de le remettre aux sages-femmes avant leur sortie.

Le questionnaire était remis à un moment variable puis les mères choisissaient elles-mêmes quand elles le remplissaient. Il ne pouvait être rempli immédiatement après l'accouchement car certaines questions concernaient le déroulement de l'allaitement à la maternité.

Une fois remplis les documents étaient récupérés avant la sortie.

Éléments recueillis dans les dossiers médicaux :

- Poids du bébé à la sortie de maternité,
- Durée du séjour
- Indice de masse corporelle de la mère
- Statut marital.



### 2.5.2. Calcul du score d'anxiété

#### *Annexe 2*

Chaque réponse à une proposition du questionnaire correspond à un score de 1 à 4 :

- 1 indiquant le degré d'anxiété le plus faible,
- 4 le degré le plus fort.

Quand le corrigé indique les notes dans l'ordre suivant:

1 2, 3, 4 il s'agit d'une question exprimant l'anxiété,

4, 3, 2, 1 il s'agit d'un item exprimant l'absence d'anxiété.

Les items exprimant la présence d'anxiété sont les propositions: 2-4-5-8-9-11-12-15-17.

Nous avons effectué la somme des scores obtenus aux 20 questions de STAI. Les scores varient entre 20 et 80.

Si le sujet n'a pas répondu à une ou deux des questions, il est possible, sans altérer la validité de l'inventaire, d'établir le score probable qu'il aurait obtenu s'il avait répondu en faisant une règle de trois :

Score sur 18 ou 19 propositions X 20 / 18 ou 19

### 2.5.3. Évaluation de la poursuite de l'allaitement à 6 semaines, 3 mois et 6 mois

Les patientes ont été recontactées à six semaines pour savoir si l'allaitement se poursuivait. Il leur était demandé si elles éprouvaient des

difficultés, avaient eu recours à une aide par un professionnel de l'allaitement. L'exclusivité de l'allaitement était également évaluée ainsi que la satisfaction globale de l'allaitement. Pour les patientes qui allaitaient à six semaines, elles ont été recontactées à trois mois et enfin six mois.

Les contacts se sont fait majoritairement par appel téléphonique. Les appels ont été passés à différents moments de la journée et sur différents jours de la semaine quand la patiente n'était pas joignable immédiatement. Un minimum de six tentatives était réalisé et des messages étaient laissés sur leur boîte vocale.

Dans deux cas, il s'est déroulé par courriel (à la demande des patientes).

## **2.6. Critères de jugement**

- Le critère de jugement principal était la poursuite de l'allaitement à 6 mois (26 semaines).
- Pour l'anxiété : un résultat égal ou supérieur à 45 était pris pour distinguer les femmes qui étaient anxieuses de celles qui ne l'étaient pas.

## **2.7. Statistiques**

Le recueil des données a été réalisé à l'aide du tableur Microsoft Excel® et l'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel R version 3.2.0 (Copyright (C) 2013 The R Foundation for Statistical Computing).

Des statistiques descriptives de toutes les variables des questionnaires ont été réalisées.

Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et leur écart-type, ainsi que leur médiane. Les variables continues ont été représentées par des histogrammes ou des boîtes à moustache. Les variables discrètes ont été représentées par des diagrammes en bâtons.

Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectifs et pourcentages. Elles ont été représentées par des diagrammes en barre ou des diagrammes circulaires « pie chart ».

Les données censurées ont été décrites par une courbe de survie de Kaplan Meier.

Pour répondre à l'objectif principal, deux modèles de Cox multivariés ont été réalisés afin de déterminer l'association entre l'événement « arrêt de l'allaitement », l'anxiété de la mère, en ajustant sur des facteurs de confusions potentiels.

Au préalable, pour choisir les variables d'ajustement à inclure dans ces modèles, nous avons réalisé des tests bivariés en croisant la variable d'intérêt avec chaque variable explicative. Ces croisements étaient représentés par des courbes de Kaplan Meier et les tests utilisés étaient des tests du Log Rank ou de Cox. Pour chaque test bivarié, un p inférieur à 0.2 a été choisi comme seuil d'entrée dans le modèle.

Deux modèles de Cox multivariés ont ensuite été réalisés. Pour le premier, la variable « score d'anxiété » a été incluse en tant que variable

continue. Pour le second, la variable « score d'anxiété » était binarisée selon le seuil de 45 défini plus tôt.

## 3. RÉSULTATS

### 3.1. Caractéristiques des patientes

Sur l'ensemble des mères interrogées, le taux de réponse a été de 50,2%.

Au total, 166 patientes ont été incluses, 2 ont été exclues secondairement pour un terme d'accouchement inférieur à 37 semaines d'aménorrhée. Il y a eu 15 patientes perdues de vue.

Les données recueillies sont présentées dans le *tableau 1*.

### 3.2. Caractéristiques de l'allaitement

#### 3.2.1. Durée de l'allaitement

*Figures 1 et 2.*

A six semaines les femmes étaient 83,5% à allaiter. A trois mois nous retrouvons un taux de 70%. L'allaitement a été poursuivi jusqu'à 6 mois pour 46% des patientes (n= 76). Les patientes perdues de vue (n=15) sont incluses dans ce pourcentage.

La durée moyenne de l'allaitement était de 15,8 semaines avec IC 95% (14,3 ; 17,3). La médiane était de 17 semaines.

**Tableau 1.** Caractéristiques des femmes et de leur bébé

<b>Caractéristiques des femmes n=164</b>	<i>m ou n</i>	<i>% ou ET</i>
Age maternel en années, <i>moyenne (ET)</i>	30.42	(4.4)
Nombre d'enfant <i>m (ET)</i>	1.67	(0.83)
Statut marital : mariage <i>n= (%)</i>	87	(23)
Indice de masse corporelle <i>m (ET)</i>	22.78	(4.67)
Primo allaitement chez les multipares <i>n= (%)</i>	3	(2)
<b>Pendant la grossesse :</b>		
Suivi médical pour pathologie fœtale <i>n= (%)</i>	13	(8)
Suivi médical pour pathologie maternelle <i>n= (%)</i>	17	(10)
Cours de préparation à la naissance <i>n= (%)</i>	99	(60)
Participation à une formation sur l'allaitement <i>n= (%)</i>	35	(21)
Sensibilisation à l'allaitement par un professionnel <i>n=(%)</i>	86	(52)
<b>L'accouchement et le bébé:</b>		
Sexe du bébé masculin <i>n= (%)</i>	88	(54)
Poids à la naissance en grammes <i>m (ET)</i>	3447	(418.58)
Terme de l'accouchement en semaines d'aménorrhée <i>moyenne (ET)</i>	39.3	(1.15)
Recours à une péridurale <i>n= (%)</i>	144	(88)
Utilisation d'instruments (forceps ou ventouse) <i>n= (%)</i>	50	(31)
Poids à la sortie de maternité en grammes <i>m (ET)</i>	3329	(389.5)
<b>A la maternité</b>		
Allaitement exclusif <i>n= (%)</i>	142	(87)
Allaitement au sein ( <i>n= (%)</i> )	143	(87)
Allaitement sein et tire-lait <i>n= (%)</i>	18	(11)
Allaitement au tire-lait <i>n= (%)</i>	2	(1)
Présence de difficultés <i>n= (%)</i>	90	(55)
Types de difficultés :		
- Crevasses <i>n= (%)</i>	55	(34)
- Saignements ( <i>n= (%)</i> )	29	(18)
- Engorgement <i>n= (%)</i>	11	(7)
- Autres difficultés <i>n= (%)</i>	12	(7)
Soutien du conjoint <i>n= (%)</i>	153	(93)
Durée du séjour à la maternité en jours <i>moyenne (ET)</i>	4.196	(1.082)

Abréviations : ET = écart type,

m= moyenne

n = effectif

Figure 1. Durée de l'allaitement global

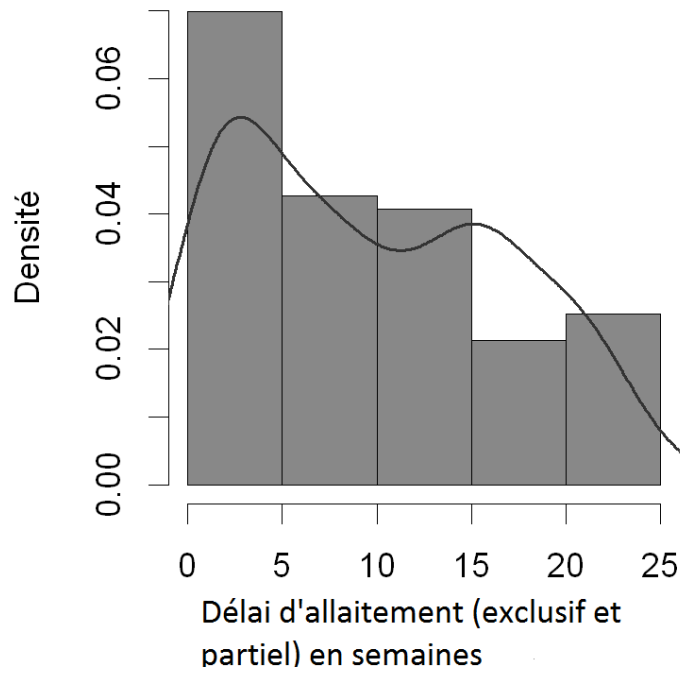
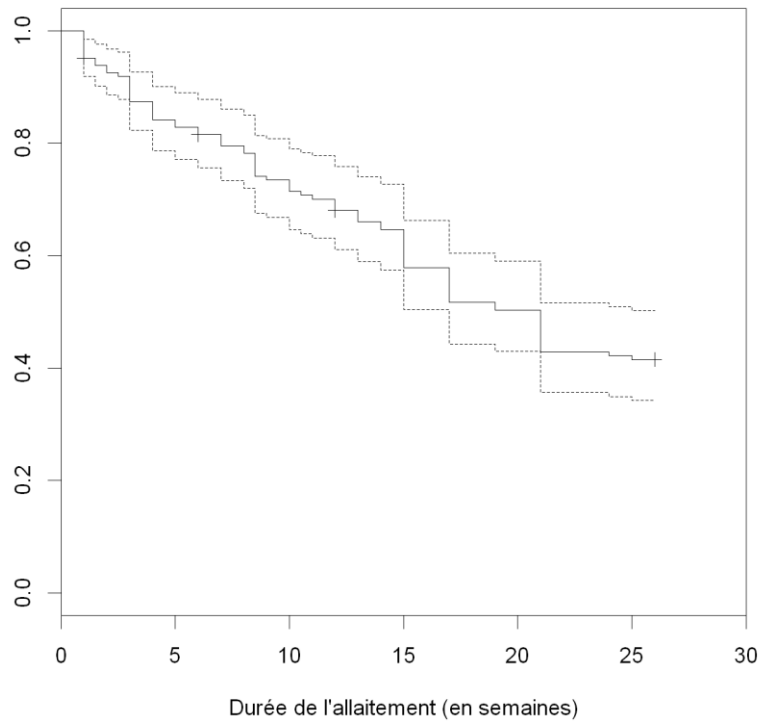


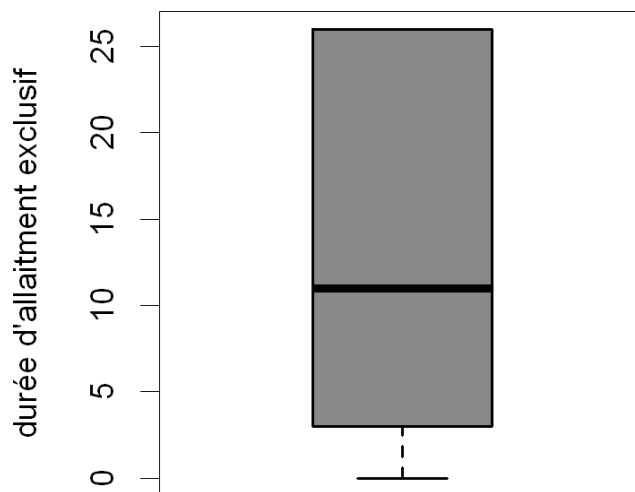
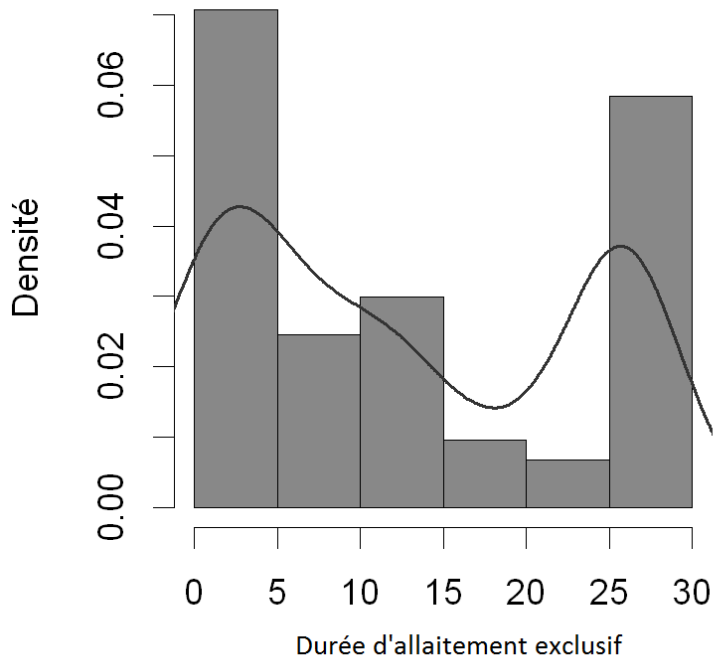
Figure 2. Courbe de survie globale



### 3.2.2. L'allaitement exclusif

La durée de l'allaitement exclusif était de 12,6 semaines en moyenne avec IC à 95% (10,9 ; 14,2). La médiane était de 11 semaines.

**Figures 3.** Durée de l'allaitement exclusif en semaines



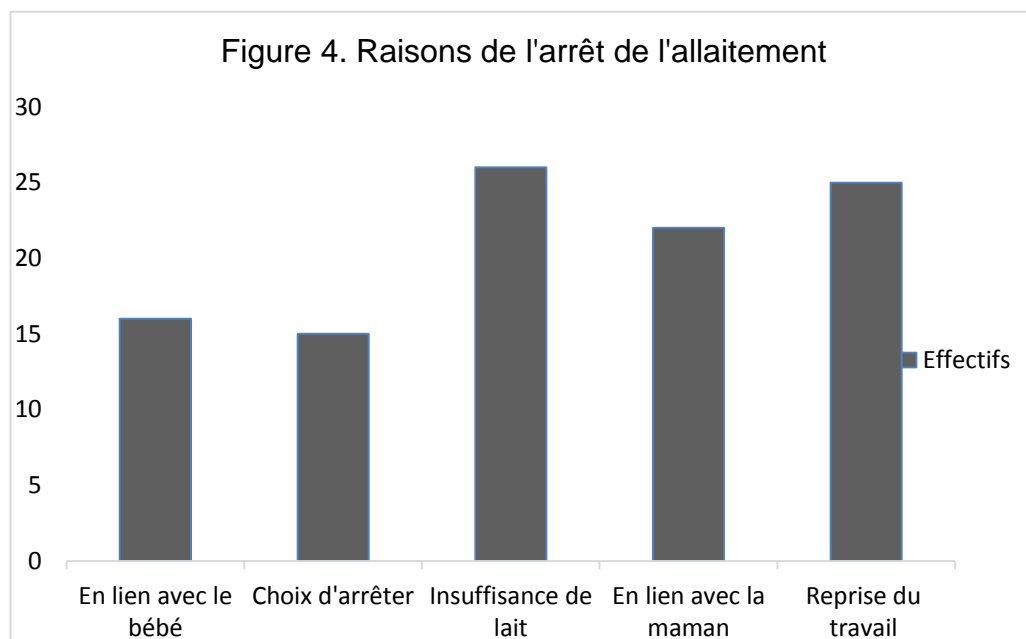


### **3.2.3. Le recours à une consultation d'allaitement**

- Recours aux consultations de lactation de Jeanne de Flandre : 22 patientes se sont rendues à une ou plusieurs consultations de lactation, soit 15% d'entre elles ; IC 95% (9,55 ; 21,45).
- Recours à un professionnel de santé en dehors de la maternité : 26 patientes ont consulté un professionnel de santé (médecin, sage femme, puéricultrice) avec l'allaitement comme motif, soit 17% d'entre elles, IC 95%(11,75 ; 24,4).
- Au total, 47 patientes ont consulté un professionnel de santé pour leur allaitement soit 28,6% des femmes (une personne a consulté à la fois à Jeanne de Flandre et à l'extérieur).

### **3.2.4. Raisons de l'arrêt de l'allaitement**

Lorsque l'allaitement était interrompu avant six mois, on notait la raison de l'arrêt. Les motifs donnés ont été regroupés en cinq catégories. Il arrivait que les femmes nomment deux raisons expliquant l'arrêt de leur allaitement.



**Tableau 2.** Catégories pour les raisons d'arrêt de l'allaitement

Les catégories (effectif)	Détail des raisons données (effectif)
Reprise du travail (n=25)	Non concernée
Choix d'arrêter l'allaitement (n=15)	Non concernée
Perception d'une insuffisance de lait (n=26)	Non concernée
Raison en rapport avec le bébé (n=16)	Insuffisance de prise de poids (n= 5), problème médical (n=3), problème de succion (n=3), fréquence des tétées rapprochées (n=4), préférence pour le biberon (n=1)
Raison en rapport avec la maman (n=22)	Prise de médicament (n=3), mastite (n=3), pyélonéphrite (n=1), nouvelle grossesse (n=1), douleurs (n=5), crevasses (n=4), engorgement (n=1), angoisse pendant la tétée (n=1), utilisation exclusive du tire-lait (n=1), difficultés avec le quotidien (n=2)

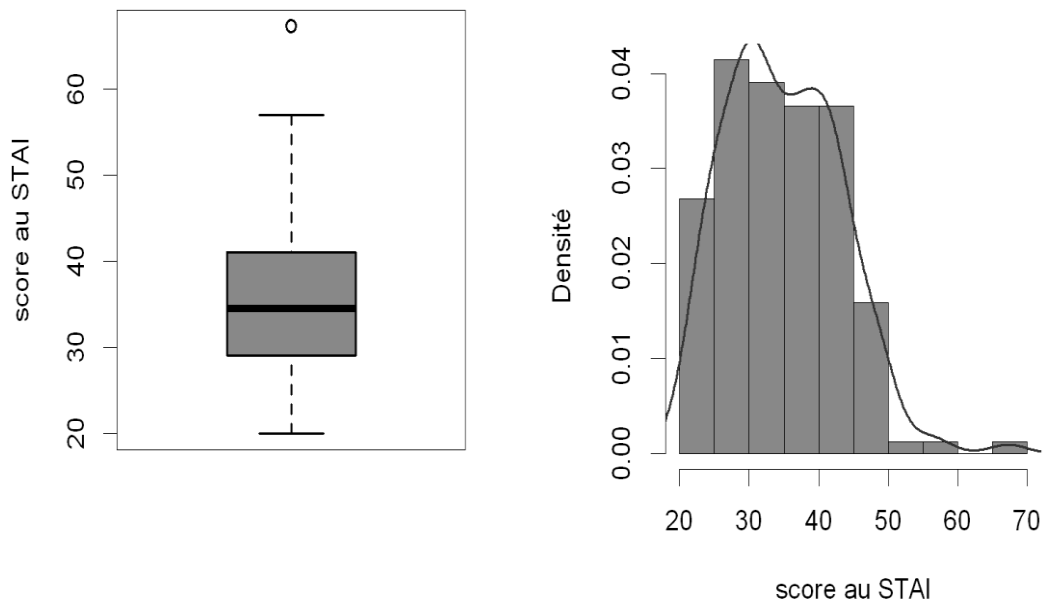
### 3.2.5. Satisfaction globale de l'expérience d'allaitement

On notait une satisfaction des femmes liée à l'allaitement pour 149 d'entre elles soit 97% de l'effectif. Cinq patientes se déclaraient insatisfaites de leur expérience d'allaitement, 3% IC 95%(1.06 ; 7.41).

### 3.3. Score d'anxiété

Le score à l'inventaire d'anxiété trait était de 34.99 en moyenne avec un écart type de 8,2. Un score minimum de 20 et un maximum de 67,3 étaient retrouvés.

Un score supérieur ou égal à 45 était retenu comme seuil d'anxiété. La médiane était à 34,5 et le troisième quartile à 41.



Figures 4. Score d'anxiété

### **3.4. Les courbes de survie**

La durée de l'allaitement a été croisée avec chacune des variables explicatives. Ces croisements ont été représentés par des courbes de survie de Kaplan Meier. Les variables ont été jugées significatives lorsque  $p < 0,2$ .

**Tableau 3.** Valeur de  $p$  dans les courbes de survie.

Test de survie en fonction de la variable	Valeur de $p$ (Test de Cox ou de Kaplan Meier)
Allaitement au sein	0,162
Difficultés rencontrées à la maternité	0,0681
Durée du séjour à la maternité	0,0687
Problème de succion du bébé	0,117
Exclusivité de l'allaitement	0,00839
Pathologie du bébé pendant la grossesse	0,115
Score d'anxiété au STAI	0,714 (ns)
Suivi médical pendant la grossesse	0,714 (ns)
Cours de préparation à la naissance	0,62 (ns)
Formation à l'allaitement	0,5 (ns)
Sensibilisation à l'allaitement par un professionnel pendant la grossesse	0,54 (ns)
La réalisation d'une péridurale	0,831 (ns)
L'utilisation d'instruments pour l'accouchement	0,558 (ns)
Le soutien du conjoint à l'allaitement	0,344 (ns)
Consultation de lactation	0,88 (ns)
Statut marital	0,32 (ns)
L'âge maternel	0,4 (ns)
L'indice de masse corporelle maternel	0,701 (ns)
Le nombre d'enfants	0,38 (ns)
Du poids de naissance du bébé	0,968 (ns)
Du poids de sortie de maternité	0,864 (ns)
Le sexe du bébé	0,354 (ns)

(ns) : non significatif

### 3.5. Durée de l'allaitement selon l'anxiété

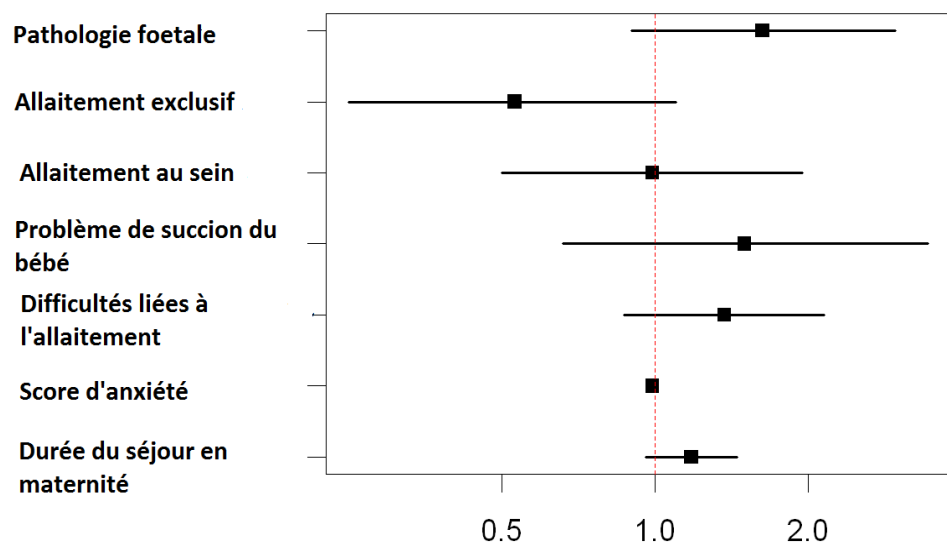
Deux modèles de Cox multivariés ont été réalisés afin de déterminer l'association entre l'événement « arrêt de l'allaitement » et l'anxiété de la mère. Une valeur de  $p$  inférieure à 0,05 a été prise comme seuil de significativité.

#### 3.5.1. Premier modèle : association entre l'arrêt de l'allaitement et l'anxiété

Il s'agit du modèle de Cox réalisé avec la variable « score d'anxiété » en tant que variable continue.

Dans ce modèle, il n'est pas ressorti de variables significatives statistiquement. La variable allaitement exclusif à la maternité retrouvait une tendance forte avec  $p=0,0886$ .

**Figure 5.** Modèle de Cox numéro 1.



**Tableau 4.** Valeurs de l'odds ratio dans le modèle de Cox numéro 1.

	Odds ratio	IC à 95%	p. value
Pathologie foetale	1,63	(0,9 ; 2,97)	0,108
Allaitement exclusif	0,53	(0,25 ; 1,1)	0,089
Allaitement au sein	0,99	(0,5 ; 1,95)	0,969
Problème de succion du bébé	1,5	(0,66 ; 3,45)	0,336
Difficultés pour l'allaitement	1,37	(0,87 ; 2,15)	0,17
Score d'anxiété	0,99	(0,97; 1,01)	0,387
Durée du séjour	1,18	(0,96; 1,46)	0,111

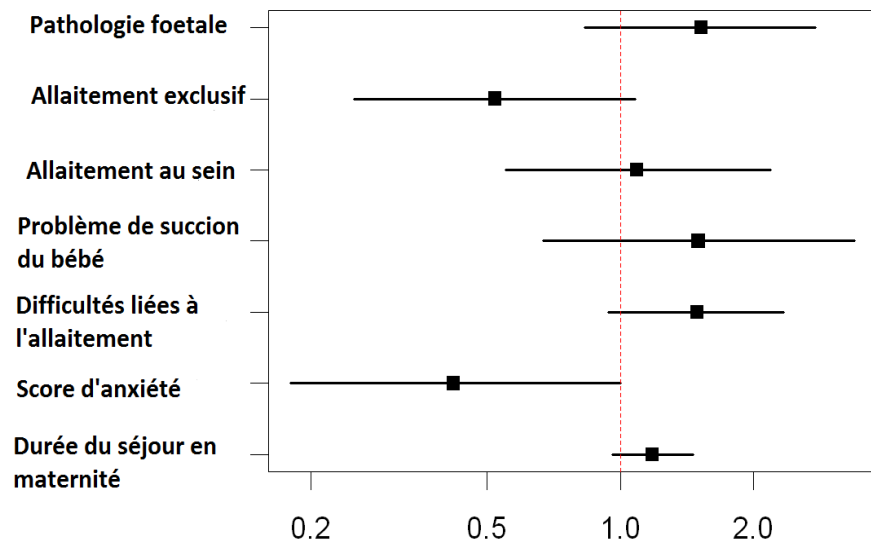
### 3.5.2 Deuxième modèle : association entre l'arrêt de l'allaitement et l'anxiété (seuil de 45)

Il s'agit du modèle de Cox réalisé avec la variable « score d'anxiété » binarisée selon le seuil d'anxiété (seuil de 45).

Dans ce modèle la variable « score d'anxiété » était significative. Les femmes anxieuses (STAI supérieur ou égal à 45) allaitaient plus longtemps leur bébé (p= 0,049).

L'allaitement exclusif montrait comme dans le premier modèle une tendance forte avec  $p=0,081$ . Les femmes qui allaitaient exclusivement leur bébé à la maternité semblaient poursuivre l'allaitement plus longtemps.

**Figure 6.** Modèle de Cox avec le seuil d'anxiété





**Tableau 5.** Valeurs de l'odds ratio dans le modèle de Cox avec le seuil d'anxiété.

	Odd ratio	IC à 95%	p. value
Pathologie foetale	1,52	(0,83 ; 2,76)	0,175
Allaitement exclusif	0,52	(0,25 ; 1,08)	0,081
Allaitement au sein	1,09	(0,55 ; 2,18)	0,8
Problème de succion du bébé	1,5	(0,67 ; 3,38)	0,326
Difficultés pour l'allaitement	1,49	(0,94 ; 2,34)	0,087
Score d'anxiété	0,42	(0,18 ; 0,99)	0,049
Durée du séjour	1,18	(0,96 ; 1,46)	0,111

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Pertinence de l'Inventaire d'anxiété Etat-Trait forme Y de Spielberger

Parmi les tests psychométriques existants pour mesurer l'anxiété, le State-Trait Anxiety Inventory (STAI) est le plus utilisé. Il existe plus de quarante traductions dans le monde (la version originale est en anglais). En faisant une recherche sur « Pubmed » on retrouve 3627 résultats.

La construction du STAI a débuté en 1964. Le manuel du STAI publié en 1983 par Spielberger expose la forme « Y ». Cette version a été développée pour éliminer les items liés à la dépression (21).

Le but de cet outil est l'évaluation de l'anxiété en tant que trait de personnalité et en tant qu'état émotionnel lié à une situation particulière. Les concepts d'anxiété-trait et d'anxiété-état ont été introduits par Cattell puis approfondis par Spielberger (21)

La réputation de ce test peut s'expliquer par trois éléments (22):

- La distinction entre l'anxiété comme trait de personnalité et comme état transitoire face à une situation.
- Les excellentes qualités psychométriques comme en fait état le manuel du STAI (Spielberger, 1983). Sa validité a été démontrée dans

plusieurs études auprès de différentes populations et dans différentes situations.

- C'est un outil simple d'administration rapide. Le temps de passation est de cinq à dix minutes par échelle.

Les deux échelles (Etat et Trait) peuvent être administrées ensemble ou séparément.

Une adaptation française a été réalisée par Bruchon-Schweitzer et Paulhan de 1993 (20). La même année Gauthier et Bouchard ont publié une version canadienne (22). La validité de structure interne et externe de la version française sont bonnes.

## **4.2. Particularités de l'allaitement**

### **4.2.1. Caractéristiques globales de l'allaitement, durée**

Le taux d'allaitement à la maternité de Jeanne de Flandre était de 63,1% en 2012 et de 63,8.% en 2013. Ces taux sont inférieurs à celui de l'étude Epifane de 2012, où il était de 69% (2).

Dans notre étude, l'allaitement a été long. A six semaines, les femmes étaient 83,5% à allaiter. Dans l'étude Epifane, 78% des nourrissons allaités à la maternité l'étaient toujours à un mois (54,4% de l'ensemble des nourrissons inclus étaient allaités à un mois). Ces chiffres restaient en dessous de la plupart des taux européens de 2003, dans l'étude réalisée par le groupe de travail de la commission Européenne (7).

Dans notre cohorte, à six mois 46% des nourrissons étaient encore

allaités (de façon exclusive ou mixte), ce qui est un chiffre élevé. Cependant ce résultat est à pondérer par les quinze perdues de vue dont nous ne connaissons pas la date de fin d'allaitement. Une étude réalisée par Branger en 2012 sur 239 femmes dans la région Pays de la Loire (24) obtenait 25% d'allaitement à six mois.

La durée moyenne de l'allaitement était de 15,8 semaines, la médiane de 17 semaines. Dans la littérature, on retrouve des chiffres variables. L'étude récente de Branger (24) retrouvait une médiane de 15,6 semaines, ce qui est proche de notre résultat. Cependant notre durée d'allaitement est sous-estimée car nous avons arrêté le suivi à six mois.

#### **4.2.2. Durée de l'allaitement exclusif**

L'allaitement était exclusif pour 87% des mères de notre étude à la sortie de la maternité, ce qui est identique au taux de l'étude Epifane (60% sur les 69% de nouveau-nés allaités). A un mois, on retrouvait un taux d'allaitement exclusif de 50,7% au niveau national. Dans notre étude à un mois, le taux était supérieur. Il était de 76%.

On peut expliquer en partie ces différences avec les études de Branger et Epifane par les critères de non inclusion de la nôtre (la césarienne, la grossesse multiple, la prématurité). Ces critères (facteurs d'anxiété possibles dans notre étude) sont connus pour être des facteurs limitants de l'allaitement et de son exclusivité (23)

Une étude de cohorte avec 149 patientes réalisée à Jeanne de Flandres en 2012, (25) retrouvait des taux plus proches de notre étude. A un mois, le taux d'allaitement était de 86,5%, à trois mois de 60%. Le taux

d'allaitement exclusif à un mois était de 66,5%. La grossesse multiple et la prématurité étaient également des critères de non inclusion.

#### **4.2.3. Influence de la parité sur l'allaitement**

Notre cohorte comportait une majorité de primipares 54%, pour 46% de multipares.

Le primo-allaitement n'était pas un facteur influençant l'arrêt de l'allaitement. A six semaines et à trois mois, la proportion de mères ayant sevré leur bébé, était de 55,5% primo-allaitantes et 44,5% de multi-allaitantes. A six mois, sur les 88 femmes ayant arrêté l'allaitement, 62,5% étaient des primo-allaitantes. La revue de littérature de Noirhomme-Renard (26) a montré que la primiparité semble être un facteur favorisant l'allaitement long.

### **4.3. Qualités et limites de l'étude**

#### **4.3.1. Comparaison avec les données de la littérature**

Il existe encore peu d'études qui s'intéressent à l'influence de l'anxiété maternelle sur l'allaitement.

L'objectif principal de notre étude était de rechercher une corrélation entre l'anxiété maternelle et la poursuite de l'allaitement maternel.

Dans notre cohorte les mères anxieuses allaitaient plus longtemps leur nourrisson. Ce résultat est inattendu. Dans la littérature, l'anxiété est associée le plus souvent de manière négative avec l'allaitement.

(14,15,27,28)

Cependant il est parfois difficile de comparer les études. D'une part parce qu'elles sont en nombre limité, d'autre part car la méthodologie est différente.

L'étude du MAVAN de 2013 (Maternal adversity, vulnerability and neurodevelopment) (14) a étudié l'anxiété maternelle et l'allaitement. Elle a mis en évidence que l'anxiété du post partum était associée à une diminution de l'allaitement exclusif à six mois, et de l'allaitement en général à douze mois. Par contre il n'a pas été mis en évidence de relation entre l'anxiété prénatale et l'exclusivité ou la durée de l'allaitement. Dans cette étude, deux tests ont été réalisés pour évaluer l'anxiété ; le STAI et l'échelle d'Hamilton « Hamilton Anxiety Scale » qui est un instrument destiné à l'hétéro évaluation.

Dans l'étude de Paul et al (15), l'anxiété était associée à une diminution de l'allaitement à six mois surtout chez les primipares. Dans cette étude, un seuil de 40 pour l'anxiété a été choisi, alors que c'est habituellement le seuil de 45 qui est pris.

Une étude de Brown (13) sur les traits de personnalités et l'allaitement a été publiée en 2013. Elle a montré que la stabilité émotionnelle qui englobe l'anxiété et l'auto-contrôle, joue un rôle sur l'initiation et la durée de l'allaitement. Elle a montré que les mères anxieuses rapportaient plus de difficultés et manquaient de soutien pour leur allaitement. En 2007, Britton concluait également que l'anxiété avait un impact négatif sur l'initiation et la durée de l'allaitement (28).

Ces résultats sont en contradiction avec ceux du MAVAN (14)

L'objectif secondaire était de comprendre quels sont les facteurs d'arrêt de l'allaitement. Nous n'avons pas mis en évidence d'autre résultat significatif. Il nous semble important de mentionner la variable allaitement exclusif à la maternité. Une forte tendance est ressortie dans les modèles de Cox multivariés, avec  $p=0,089$  dans le premier modèle et  $p=0.081$  dans le second. L'allaitement exclusif à la sortie de la maternité semble être un facteur d'un allaitement de plus longue durée. Ceci est en accord avec les données de la littérature (24,26,29).

#### **4.3.2. Hypothèse pour le principal résultat**

Afin d'expliquer les résultats obtenus pour l'objectif principal on peut émettre comme hypothèse que l'anxiété trait des mères était physiologique. Winnicott a défini la préoccupation maternelle primaire (30). C'est un état d'hypersensibilité, une «maladie normale» qui permet à la mère d'utiliser toutes les ressources pour s'identifier, pour s'ajuster aux tous premiers besoins de son bébé et à ses états internes. Cet état lui permet de mettre tous ses sens en éveil pour offrir à son enfant un environnement le plus propice à son développement. Il précède la naissance et perdure quelques semaines après la naissance. La mère doit être en bonne santé pour pouvoir s'y laisser aller et s'en remettre par la suite. (31) Les mères pourraient avoir une anxiété physiologique qui ferait partie de cet état transitoire. Dans ce cas l'anxiété doit régresser rapidement.

D'autre part on peut émettre comme hypothèse que les femmes anxieuses de notre cohorte aient un trouble anxio-dépressif associé. L'anxiété serait alors pathologique. Nous n'avons pas réalisé d'évaluation de la dépression. Nous ne pouvons donc pas quantifier la dépression pour notre cohorte.

#### **4.3.3. Méthodologie de l'étude**

Notre étude était prospective ce qui lui donne une meilleure puissance, avec une diminution du biais de mémorisation. Nous avons réalisé des appels téléphoniques à intervalles réguliers (à six semaines, trois mois et six mois). Ceci a permis de limiter le nombre de perdues de vue et d'avoir une date assez précise du sevrage de l'allaitement (peu de biais de mémorisation).

L'étude était uni-centrique, réalisée à la maternité de Jeanne de Flandre de Lille. C'est une maternité de niveau 3. Il n'est pas certain que l'on puisse généraliser les résultats à l'ensemble du pays. Il peut exister un biais de recrutement avec des patientes présentant des grossesses à risque et peut-être un niveau d'anxiété accru. Dans notre cohorte, 10% des femmes ont été suivies médicalement pour une pathologie pendant leur grossesse et 8% pour une pathologie de leur fœtus. Ces chiffres ne sont pas élevés au regard de la fréquence des pathologies. Par exemple, la prévalence du diabète gestationnel dans le Nord Pas-de-Calais était de 6,3% en 1992 (étude DIAGEST) (32), voire même de



14% d'après une étude de 2011 faite avec les nouveaux critères de dépistage (33).

Notre étude a inclus 164 mères. Cet effectif reste moyen, ce qui peut entraîner un manque de puissance de l'étude.

Nous avons évalué l'anxiété trait à un moment unique (à la maternité). L'anxiété état n'a pas été évaluée. L'échelle d'AT différencie les groupes pathologiques par rapport à la population normale tandis que l'échelle AE est particulièrement sensible au changement, au stress. Pour évaluer les deux, il aurait fallu faire remplir les deux échelles à chaque patiente à la maternité, à 6 semaines, 3 mois et à 6 mois. L'entretien aurait duré entre 15 et 30 minutes à chaque fois. Nous avons choisi de ne pas inclure l'échelle AE pour ne pas alourdir la passation, avoir le maximum de patientes incluses et limiter les pertes de vue.

On peut discuter plusieurs biais de sélection :

- L'étude comporte quinze mères perdues de vue, ce qui entraîne un biais de sélection. Ce biais est faible. Nous avons réalisé un test non-paramétrique de Wilcoxon pour comparer la variable « score d'anxiété ». Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes.
- Nous n'avons pas de données concernant les mères qui ont choisi de ne pas allaiter leur nouveau-né. Elles étaient peut-être plus anxieuses que les patientes incluses. L'étude du MAVAN n'a pas trouvé d'association entre la mesure de l'anxiété prénatale et l'initiation de l'allaitement (14).

- Sur l'ensemble des questionnaires remis, 50,2% ont été récupérés. Nous n'avons pas d'information concernant les patientes qui n'ont pas rempli le questionnaire.

L'étude a duré six mois. Cette durée correspond aux recommandations de l'OMS pour l'allaitement maternel exclusif. Cela a permis d'avoir des résultats plus fiables par rapport à des études plus courtes qui s'intéressent aux facteurs précoces de sevrage de l'allaitement. Cependant les femmes poursuivant leur allaitement au-delà des six mois sont nombreuses. Il aurait été intéressant d'avoir des données jusqu'à un an.

Seule l'anxiété a été évaluée. Or elle peut être associée à la dépression (ou à d'autres pathologies psychiatriques) (34) Certaines mères anxieuses avaient probablement en plus un trouble anxio dépressif. La coexistence de ces éléments psycho-pathologiques a pu modifier l'impact sur l'allaitement.

Le sevrage précoce (avant un mois) a été identifié comme facteur de risque de dépression du post partum (35). Nous avons comparé le niveau d'anxiété des mères qui ont effectué un sevrage précoce avec les autres. Il n'existe pas de différence significative ( $p=0.73$ ) pour le score d'anxiété.

#### **4.3.4. Les limites de l'étude**

Nous avons évoqué précédemment les limites de notre étude. Nous les reprenons ici pour plus de clarté.

- La dépression n'a pas été prise en compte. Nous avons uniquement évalué l'anxiété des mères sans inclure d'échelle de dépression du post partum.
- L'inventaire d'anxiété Etat n'a pas été réalisé. Seule l'anxiété trait a été évaluée afin de ne pas alourdir la passation et limiter le nombre de perdues de vues.
- La généralisation des résultats peut être discutée à cause du lieu de l'étude (maternité de niveau 3). Bien que l'étude soit prospective la taille de l'effectif reste moyenne.

#### **4.4. Perspectives**

##### **4.4.1. En prénatal**

Il est intéressant d'évaluer l'état psychologique, les traits de personnalité de la future maman. Ceux-ci influent sur le déroulement de la grossesse, l'allaitement. Concernant l'anxiété (anxiété trait ou état), les résultats des études existantes sont contradictoires. Il serait intéressant d'avoir de nouvelles études affirmant ou infirmant l'influence de l'anxiété maternelle.

#### 4.4.2. En médecine générale

Les médecins généralistes ont un rôle important pour la promotion de l'allaitement. Ce rôle va s'accroître avec la diminution de la durée du séjour en maternité, les sorties précoces. Le médecin généraliste sera en première ligne pour conseiller les mamans face aux difficultés des premiers jours et favoriser le lien mère-enfant.

Il paraît impossible d'évaluer dans la pratique quotidienne l'anxiété maternelle en médecine générale. Le temps d'une consultation est de quinze minutes en moyenne, ce qui est trop court.

Les consultations sur le thème de l'allaitement sont chronophages d'après une étude américaine de 2004. (36)

Une étude a été réalisée en 2009 dans le Nord-Pas-de-Calais sur la prise en charge des complications maternelles de l'allaitement par les médecins généralistes. (37) Celle-ci a montré que les médecins généralistes ont souvent un intérêt majeur pour l'allaitement et ses complications. Cependant ils suivent peu les recommandations pour la prise en charge des complications maternelles avec une grande hétérogénéité de pratiques. Les médecins généralistes adressent peu leurs patientes en cas de difficultés de l'allaitement.

La promotion de l'allaitement maternel est nécessairement un travail pluri-disciplinaire. En 2006, l'HAS a publié un rapport intitulé « Favoriser l'allaitement maternel ». (38) Ce rapport propose une démarche qualité afin de favoriser l'allaitement, il met en avant l'approche pluri-professionnelle. Celle-ci reste encore à développer.

Les médecins généralistes sont parfois insuffisamment formés. Cependant, la formation médicale continue ou les diplômes complémentaires ne semblent pas améliorer la prise en charge des complications de l'allaitement. (37) L'effort est peut-être à mettre sur la formation initiale.

#### **4.4.3. A la maternité**

La maternité de Jeanne de Flandre est dans une démarche de soutien et de promotion de l'allaitement maternel. Les professionnels de santé formés à l'allaitement conseillent les mamans à la maternité et après leur retour au domicile. Des documents de conseils sont remis avec les coordonnées des consultations de lactation, des associations d'aide à l'allaitement.

Les facteurs psychologiques et relationnels expliquent certains sevrages précoces (avant trois mois) (39). Leur évaluation et le soutien des professionnels de l'allaitement des dyades mères-bébés à risque est à développer.

Il serait intéressant d'évaluer l'anxiété des jeunes mamans en suite de naissance avec un effectif plus conséquent et en y associant une échelle de la dépression. Il existe plusieurs échelles validées dont l'échelle de dépression du post partum d'Edimbourg (35). Ceci permettrait de confirmer ou infirmer les résultats de notre étude.

## 5. CONCLUSION

Notre étude montre l'intérêt de l'évaluation de l'anxiété maternelle dans l'allaitement. C'est un paramètre qui reste encore peu exploré. Les études existantes ont des résultats contradictoires.

Le principal résultat de notre étude est que les femmes anxieuses ont allaité plus longtemps leur bébé.

Ce résultat n'est pas validé par les données de la littérature. Cependant, au regard du nombre faible d'études et des différentes méthodologies utilisées, la comparaison n'est pas aisée.

Nous émettons l'hypothèse que l'anxiété des mères était physiologique en s'inscrivant dans la préoccupation maternelle primaire de Winnicott. Elle a alors poussé les femmes à faire pour le mieux pour leur nourrisson et à prolonger l'allaitement.

L'évaluation des facteurs psychosociaux dans l'allaitement est à poursuivre. Ceci permettra d'obtenir des confirmations sur l'influence de l'anxiété sur l'allaitement.

## 6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organization WH. Report of the expert consultation of the optimal duration of exclusive breastfeeding, Geneva, Switzerland, 28-30 March 2001. 2001 [cité 29 avr 2014]; Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67219>
2. Salanave B, de Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épipane, France, 2012. *J Pédiatrie Puériculture*. 2012;25(6):364-72.
3. Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, Rivier A, Callec M, Polverelli J., et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France). *Arch Pédiatrie*. août 2001;8(8):807-815.
4. Branger B, Cebron M, Picherot G, de Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pédiatrie*. mai 1998;5(5):489-496.
5. Lelong N, Saurel-Cubizolles MJ, Bouvier-Colle MH, Kaminski M. Durée de l'allaitement maternel en France. *Arch Pédiatrie*. mai 2000;7(5):571-572.
6. Branger B, Dinot-Mariau L, Lemoine N, Godon N, Merot E, Brehu S, et al. Durée d'allaitement maternel et facteurs de risques d'arrêt d'allaitement : évaluation dans 15 maternités du Réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire. *Arch Pédiatrie*. nov 2012;19(11):1164-1176.
7. IRCCS/WHO, E.P.C. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation [Internet]. 2003 [cité 18 mai 2014]. Disponible sur: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2002/promotion/fp\\_promotion\\_2002\\_a1\\_18\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a1_18_en.pdf)
8. Turck D. Plan d'action: Allaitement maternel [Internet]. 2010 juin. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Plan\\_daction\\_allaitement\\_Pr\\_D\\_Turck.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf)
9. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *J Pédiatrie Puériculture*. mai 2009;22(3):112-120.
10. The influence of psychological factors on breastfeeding duration - O'Brien - 2008 - Journal of Advanced Nursing - Wiley Online Library [Internet]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doc-distant.univ-lille2.fr/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04722.x/pdf>
11. Courtois E, Tyzio S, Lacombe M. Les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois. *Rev Sage-Femme*. déc 2012;11(6):280-283.
12. De Jager E, Broadbent J, Fuller-Tyszkiewicz M, Skouteris H. The role of psychosocial factors in exclusive breastfeeding to six months postpartum. *Midwifery* [Internet]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613813002131>

13. Brown A. Maternal trait personality and breastfeeding duration: the importance of confidence and social support. *J Adv Nurs*. 1 mars 2014;70(3):587-598.
14. Adedinsewo DA, Fleming AS, Steiner M, Meaney MJ, Girard AW, MAVAN team. Maternal anxiety and breastfeeding: findings from the MAVAN (Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment) Study. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc*. févr 2014;30(1):102-109.
15. Paul IM, Downs DS, Schaefer EW, Beiler JS, Weisman CS. Postpartum Anxiety and Maternal-Infant Health Outcomes. *PEDIATRICS*. 1 avr 2013;131(4):e1218-e1224.
16. Skouteris H, Wertheim EH, Rallis S, Milgrom J, Paxton SJ. Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: an examination of prospective relationships. *J Affect Disord*. mars 2009;113(3):303-308.
17. Field T, Hernandez-Reif M, Diego M. Risk factors and stress variables that differentiate depressed from nondepressed pregnant women. *Infant Behav Dev*. avr 2006;29(2):169-174.
18. Gague-Finot J, Devouche E, Wendland J, Varescon I. Repérage de la dépression prénatale dans un échantillon de femmes françaises : liens avec la détresse psychologique, l'anxiété et le soutien social perçu. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. nov 2010;58(8):441-447.
19. Spielberger CD. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press. 1983.
20. Bruchon-Schweitzer M, Paulhan I. *Manuel du STAI, forme Y, adaptation française*. Paris: ECPA; 1993.
21. Langevin V, Boini S, François M, Riou A. Risques psychosociaux: outils d'évaluation - Inventaire d'anxiété Etat-Trait forme Y (State-Trait anxiety Inventory STAI-Y). *Références en santé au travail* N°131; 2012.
22. Gauthier J, Bouchard S. Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait anxiety inventory de Spielberger. *Revue canadienne des sciences du comportement*; 1993.
23. Salanave B, de Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épifane, France, 2012. *J Pédiatrie Puériculture*. 2012;25(6):364-72.
24. Branger B, Dinot-Mariau L, Lemoine N, Godon N, Merot E, Brehu S, et al. Durée d'allaitement maternel et facteurs de risques d'arrêt d'allaitement : évaluation dans 15 maternités du Réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire. *Arch Pédiatrie*. nov 2012;19(11):1164-1176.
25. Dégrange M. *Les mères confiantes en elles allaitent-elles plus longtemps leur nouveau-né? [Mémoire de DES de pédiatrie]*. Lille 2; 2013.
26. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *J Pédiatrie Puériculture*. mai 2009;22(3):112-120.
27. Clifford TJ, Campbell MK, Speechley KN, Gorodzinsky F. Factors influencing full breastfeeding in a southwestern ontario community: assessments at 1 week and at 6 months postpartum. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc*. août 2006;22(3):292-304.
28. Britton JR. Postpartum anxiety and breast feeding. *J Reprod Med*. août 2007;52(8):689-695.
29. Branger B, Cebon M, Picherot G, de Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pédiatrie*. mai 1998;5(5):489-496.



30. Courtinat E. La préoccupation maternelle primaire [Internet]. Disponible sur: <http://www.psycho-ressources.com/elisabeth-c-rei-txt-winnicot.pdf>
31. Cramer B. Les dépressions du post-partum: une pathologie de la préoccupation maternelle primaire? *Devenir*. 1 juin 2002;14(2):89-99.
32. Vambergue A, Nuttens MC, Verier-Mine O, Dognin C, Cappoen JP, Fontaine P. Is mild gestational hyperglycaemia associated with maternal and neonatal complications? The Diagest Study. *Diabet Med*. 1 mars 2000;17(3):203-208.
33. Wery E, Vambergue A, Le Goueff F, Vincent D, Deruelle P. Impact des nouveaux critères de dépistage sur la prévalence du diabète gestationnel. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. avr 2014;43(4):307-313.
34. Gaugue-Finot J, Devouche E, Wendland J, Varescon I. Repérage de la dépression prénatale dans un échantillon de femmes françaises : liens avec la détresse psychologique, l'anxiété et le soutien social perçus. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. nov 2010;58(8):441-447.
35. Jardri R, Pelta J, Maron M, Thomas P, Delion P, Codaccioni X, et al. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disord*. juill 2006;93(1-3):169-176.
36. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rêgo VH, et al. Opinions and Practices of Clinicians Associated With Continuation of Exclusive Breastfeeding. *Pediatrics*. 4 janv 2004;113(4):e283-e290.
37. VUYLSTEKER ML. Prise en charge des complications maternelles de l'allaitement par les médecins généralistes de la région nord-pas-de-calais en 2009. comparaison des pratiques avec les recommandations de la haute autorité de sante. [Internet]. Lille; 2010. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20M%C3%A9decine%20G%C3%A9n%C3%A9rale%20Laurie%20Vuylstekker.pdf>
38. Favoriser l'allaitement maternel -Processus - Evaluation [Internet]. HAS; 2006. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/favoriser\\_lallaitement\\_maternel\\_processus\\_-\\_evaluation\\_guide\\_2006.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/favoriser_lallaitement_maternel_processus_-_evaluation_guide_2006.pdf)
39. Bell L, Lacombe M, Gallagher F, Ferland M, Couture M-E. Les facteurs impliqués dans l'arrêt précoce de l'allaitement maternel. *Soins PédiatriePuériculture*. nov 2012;33(269):39-45.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Questionnaire remis à la maternité



**Centre Hospitalier Régional  
Universitaire de Lille**

Madame,

Vous venez d'accoucher et avez décidé d'allaiter votre enfant. Dans le cadre d'un travail de thèse, je réalise une enquête sur l'allaitement maternel. **En répondant à ce questionnaire, vous nous aidez à aider les mères comme vous à allaiter leur bébé** en sortant de maternité, le plus longtemps selon leur souhait. Je vous remercie d'avance pour votre participation.

### Informations à compléter

Nom :

Prénom :

Age :

Numéro(s) de téléphone portable :

fixe :

Nombre d'enfant(s) :

Date de l'accouchement :

### Pendant la grossesse avez-vous :

- été suivie médicalement pour un problème concernant le bébé OUI NON
- présenté une maladie liée à la grossesse OUI NON
- suivi des cours de préparation à la naissance OUI NON
- participé à une formation sur l'allaitement maternel OUI NON
- été sensibilisée à l'allaitement par une sage-femme, puéricultrice, médecin... OUI NON

**Concernant l'accouchement :**

- quel est le sexe de votre enfant                      Féminin                      Masculin
- quel poids faisait-il à la naissance
- à quel terme avez-vous accouché
- avez-vous eu une péridurale :    OUI    NON
- nécessité d'utiliser des forceps ou une ventouse    OUI    NON

**A la maternité :**

- L'allaitement maternel est-il :                      exclusif                      partiel
- Se fait-il :                      au sein                      au tire-lait                      avec les deux
- Si vous connaissez des difficultés quelles sont-elles :    crevasses  
                    saignements                      engorgement                      autres :
- Vous sentez vous soutenue/aidée dans votre projet d'allaitement par le père de votre enfant :  
                    OUI                      NON                      remarques éventuelles :

Pour finir, dans le tableau qui suit figure un certain nombre de déclarations que les gens utilisent souvent pour se décrire.

Lisez chacun des énoncés et entourez dans la case appropriée ce qui convient le mieux à la façon dont **vous vous sentez en général (pas aujourd’hui à la maternité)**. Il n’existe ni bonnes ni mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur chacun des points, mais donnez la réponse qui semble décrire le mieux ce que vous ressentez généralement. Répondez à toutes les questions et n’entourez qu’une case pour chacune d’entre elles.

Je me sens de bonne humeur, aimable	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je me sens nerveuse et agitée	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je me sens contente de moi	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je voudrais être aussi heureuse que les autres semblent l’être	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
J’ai un sentiment d’échec	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je me sens reposée	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
J’ai tout mon sang-froid	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
J’ai l’impression que les difficultés s’accumulent à un tel point que je ne peux pas les surmonter	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je m’inquiète à propos de choses sans importance	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je suis heureuse	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
J’ai des pensées qui me perturbent	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je manque de confiance en moi	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je prends facilement des décisions	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je me sens incompétente, pas à la hauteur	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je suis satisfaite	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Des idées sans importance trottent dans ma tête	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je suis une personne posée, solide, stable	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je deviens tendue et agitée quand je réfléchis à mes soucis	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours

Je vous remercie pour votre participation. **Je vous contacterai par téléphone afin de savoir si vous allaitez encore (dans 6 semaines, 3 mois et enfin 6 mois).**

Cordialement,

Joanna Manchuel – interne en médecine générale

## Annexe 2 : L'inventaire d'anxiété Trait de Spielberger

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION de C. D. SPIELBERGER et Al.

Inventaire d'Anxiété Etat-Trait / Forme Y-B

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Date de passation : \_\_\_\_\_

E	T

Consignes : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez GENERALEMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments HABITUELS.

	Presque Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
21. Je me sens de bonne humeur, aimable .....	•	•	•	•
22. Je me sens nerveux (nerveuse) et agité(e) .....	•	•	•	•
23. Je me sens content(e) de moi .....	•	•	•	•
24. Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres .....	•	•	•	•
25. J'ai un sentiment d'échec .....	•	•	•	•
26. Je me sens reposé(e) .....	•	•	•	•
27. J'ai tout mon sang-froid .....	•	•	•	•
28. J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter .....	•	•	•	•
29. Je m'inquiète à propos de choses sans importance .....	•	•	•	•
30. Je me sens heureux (heureuse) .....	•	•	•	•
31. J'ai des pensées qui me perturbent .....	•	•	•	•
32. Je manque de confiance en moi .....	•	•	•	•
33. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté .....	•	•	•	•
34. Je prends facilement des décisions .....	•	•	•	•
35. Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur .....	•	•	•	•
36. Je suis satisfait(e) .....	•	•	•	•
37. Des idées sans importance trotant dans ma tête me dérangent .....	•	•	•	•
38. Je prends les déceptions tellement à coeur que je les oublie difficilement .....	•	•	•	•
39. Je suis une personne posée, solide, stable .....	•	•	•	•
40. Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis .....	•	•	•	•

CORRIGE

Inventaire d'Anxiété Etat-Trait  
Forme Y-B

	<i>Presque jamais</i>	<i>Parfois</i>	<i>Souvent</i>	<i>Presque toujours</i>
21.....	4	3	2	1
22.....	1	2	3	4
23.....	4	3	2	1
24.....	1	2	3	4
25.....	1	2	3	4
26.....	4	3	2	1
27.....	4	3	2	1
28.....	1	2	3	4
29.....	1	2	3	4
30.....	4	3	2	1
31.....	1	2	3	4
32.....	1	2	3	4
33.....	4	3	2	1
34.....	4	3	2	1
35.....	1	2	3	4
36.....	4	3	2	1
37.....	1	2	3	4
38.....	1	2	3	4
39.....	4	3	2	1
40.....	1	2	3	4

**AUTEUR : Nom : MANCHUEL**

**Prénom : Joanna**

**Date de Soutenance :** vendredi 12 septembre 2014

**Titre de la Thèse : Influence de l'anxiété maternelle sur la durée de l'allaitement  
Etude prospective avec suivi de cohorte.**

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES de médecine générale

**Mots-clés :** allaitement, durée, anxiété, State Trait Anxiety Inventory

### **Résumé :**

**Contexte :** L'allaitement maternel est influencé par les facteurs psychologiques. L'anxiété maternelle reste à ce jour peu étudiée. Le but de ce travail était de rechercher une corrélation entre l'anxiété maternelle et la durée de l'allaitement.

**Méthode :** Une étude de cohorte a été réalisée au C.H.R. de Lille entre 2012 et 2013. Des femmes allaitantes ont été interrogées en suite de naissance. La première partie recueillait des données socio-médicales ; la seconde était l'inventaire d'anxiété Trait de Spielberger (STAI). Les femmes étaient rappelées à six semaines, trois mois et six mois pour savoir si l'allaitement se poursuivait. Des statistiques descriptives de toutes les variables ont été réalisées, ainsi que des courbes de survie. Pour répondre à l'objectif principal, deux modèles de Cox multivariés ont été réalisés afin de déterminer l'association entre l'événement « arrêt de l'allaitement » et l'anxiété de la mère. Un seuil de 45 au STAI a été pris pour l'anxiété.

**Résultats :** 164 patientes ont été incluses. A six mois, 46% d'entre elles allaitaient toujours. La durée médiane de l'allaitement était de 17 semaines (11 semaines pour l'allaitement exclusif). Le score moyen au STAI était de 34 ,99. L'analyse multivariée a montré que les patientes anxieuses arrêtaient moins leur allaitement, OR 0.42 IC 95% (0,18 ; 0,99) ; p=0,049.

**Conclusion :** Le résultat de notre étude est surprenant car opposé à celui de la plupart des études existantes. Cependant les études sont encore peu nombreuses. On peut penser que l'anxiété était physiologique et s'inscrivait dans le concept de préoccupation maternelle primaire de Winnicott. Les facteurs psychosociaux sont des éléments importants à prendre en compte pour promouvoir l'allaitement. Il est nécessaire de continuer à les étudier et notamment l'anxiété maternelle qui l'est insuffisamment.

### **Composition du Jury :**

**Président :** Professeur Damien Subtil

**Assesseurs :** Professeur Laurent Storme

Docteur Renaud Jardri

Docteur Brigitte Aelbrecht

**Directeur de Thèse :** Docteur Thameur Rakza