



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Facteurs influençant la décision maternelle d'allaiter au cours de la grossesse. Rôle du soignant. Etude qualitative.

Présentée et soutenue publiquement le 20 juin 2017 à 16 heures
au Pôle Formation

Par Daphné DELECOURT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur TURCK Dominique

Assesseurs :

Monsieur le Professeur SUBTIL Damien

Madame le Professeur DEBARGE Véronique

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur MESTDAGH Béatrice

Avertissement

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

Liste des abréviations

HAS : Haute autorité de santé

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

JdF : Jeanne de Flandre

OMS : Organisation Mondiale de la santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

Table des matières

RÉSUMÉ	1
INTRODUCTION	3
MATÉRIEL ET MÉTHODES	7
RÉSULTATS	11
I. Caractéristiques de la population	11
II. Le projet d'allaitement	11
a) Le choix initial	12
b) Le degré de motivation	12
c) La prise de décision	13
III. Les freins à l'allaitement pour les mamans	13
a) Des réticences personnelles	14
b) Les freins culturels	16
IV. Les raisons du choix de l'allaitement	17
a) Une envie d'essayer	18
b) Les bienfaits de l'allaitement maternel	18
c) Les influences par l'entourage de la maman	22
V. La communication professionnel-parents sur l'allaitement	23
a) Un accès à l'information difficile	24
b) L'information par le professionnel	26
c) Les sources d'information	27
d) La communication avec les professionnels de santé	29
DISCUSSION	30
CONCLUSION	38
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	39
ANNEXES	42

RÉSUMÉ

Contexte : Le lait maternel est l'aliment idéal et recommandé pour le nouveau-né. Les facteurs influençant l'allaitement maternel sont connus, nombreux et pour la plupart ne sont pas influençables par le professionnel de santé.

Objectif : Premièrement, mettre en évidence les raisons qui incitent la mère à prendre, pendant la grossesse, la décision d'allaiter. Deuxièmement, repérer les arguments avancés par les professionnels, ceci afin d'améliorer l'information prénatale et donc le taux d'initiation à l'allaitement.

Méthode : Etude qualitative réalisée par des entretiens individuels semi-dirigés avec comme critère d'inclusion principal une prise de décision à allaiter au cours de la grossesse (patiente indécise ou réfractaire initialement). Les données ont été codées en double aveugle avec le logiciel NVivo, jusqu'à saturation des données.

Résultats : Sur les douze entretiens réalisés, neuf mamans avaient choisi initialement le lait industriel comme mode d'alimentation de leur futur enfant. Les mamans se sont exprimées sur le besoin, d'abord, de vaincre des réticences personnelles et des freins culturels, puis sur les motivations qui leur ont permis de choisir l'allaitement maternel. C'est souvent l'entourage qui influence la future maman. Cependant, le professionnel de santé a également un rôle à jouer : lever les freins et délivrer une information adaptée sur les bienfaits de l'allaitement. Les futurs parents sont souvent passifs face à l'information qu'ils reçoivent. C'est en multipliant les sources d'information que la communication sera optimale et que les parents pourront faire un choix éclairé.

Conclusion : La communication et l'accompagnement sont les clés de la promotion de l'allaitement maternel, plus qu'une argumentation scientifique isolée. Les discours préconçus permettant d'influencer le choix n'existent pas. L'information prénatale doit être personnalisée et accessible avec des sources diversifiées.

INTRODUCTION

L'allaitement maternel comporte pour le nouveau-né des bénéfices à court, moyen, et long-terme, qui sont connus et prouvés scientifiquement. Le lait maternel est l'aliment idéal, avec des qualités inégalables, pour le nourrisson (1-3).

Tout d'abord, l'allaitement maternel permet de prévenir les infections du jeune enfant (4-6). Le risque de diarrhées aiguës infectieuses diminue pendant la première année de vie et cet effet persiste pendant les deux mois suivant l'arrêt de l'allaitement. Le nombre d'otites moyennes aiguës est moindre, particulièrement si l'allaitement est exclusif plus de trois mois. Il existe une diminution des infections respiratoires sévères, génératrices d'hospitalisations, chez les enfants de moins d'un an, ayant été allaité exclusivement au moins quatre mois. De plus, l'allaitement maternel est associé à une diminution du risque d'asthme et d'eczéma pendant les 2-3 premières années de la vie chez les enfants à risque d'allergie et sous réserve d'un allaitement d'une durée minimale de trois mois. Enfin, on observe une diminution du risque d'obésité et de surpoids au cours de l'enfance et de l'adolescence, et de diabète de type 2 (7).

Les bénéfices de l'allaitement chez la maman ne doivent pas également être oubliés. Il existe une diminution du risque de cancer du sein et de l'ovaire, du diabète de type 2, et une amélioration des suites de couche (4).

C'est pourquoi, depuis mai 2001, les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé concernant l'alimentation du nouveau-né sont : un allaitement maternel

exclusif les six premiers mois de vie puis la poursuite de l'allaitement associé à une alimentation diversifiée jusqu'à l'âge de deux ans voire plus (8).

La prévalence de l'allaitement en France se situe parmi les plus faibles d'Europe au début des années 2000 bien qu'en augmentation (9). L'allaitement maternel exclusif est passé de 40,5% en 1995 à 60,2% en 2010 (10).

Le « Programme National de Nutrition et Santé » (PNNS) a été créé en 2001 afin d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. L'un des objectifs du PNNS est ainsi de promouvoir l'allaitement maternel (11).

Les facteurs ayant une association positive avec l'initiation et/ou la durée de l'allaitement maternel sont nombreux et déjà décrits dans la littérature (4,12-17).

La plupart de ces facteurs sont personnels ou culturellement acquis et ne sont pas influencés par les professionnels de santé.

- **Les facteurs liés à la maman** : être âgée de plus de 25 ans, être mariée, être primipare, avoir un niveau socio-économique élevé, avoir planifié la grossesse, avoir pris précocement la décision d'allaiter, avoir vu allaiter, avoir une expérience positive de l'allaitement, ne pas fumer ou avoir arrêté précocement en début de grossesse, et avoir un indice de masse corporel inférieur à 30.
- **Les facteurs liés à l'entourage** : un partenaire présent au moment de la naissance, des modèles positifs d'allaitement dans l'entourage, et un avis favorable du conjoint.

- **Les facteurs liés à l'accouchement** : l'absence de césarienne et un vécu positif de l'accouchement par la maman.
- **Les facteurs liés à l'enfant** : un bon état de santé et une technique de succion correcte.

D'autres facteurs décrits peuvent être influencés par les **professionnels de santé** : la participation des futures mamans à des cours de préparation à la naissance ou à des associations de soutien à la parentalité, un congé post natal plus long, un soutien par des professionnels de santé formés, et un suivi dans une maternité respectant les principes « Initiative Hôpital Ami des Bébé » (IHAB).

Créé en 1992, le programme « Ami des Bébé » est destiné aux professionnels de santé des services de maternités et néonatalogie. C'est un projet de service qui favorise un accompagnement respectueux des parents durant la grossesse, lors de la naissance puis pendant le séjour à la maternité. Dans un service « Amis des Bébé », les rythmes et les besoins de l'enfant et de sa famille sont pris en compte et deviennent prioritaire pour l'organisation des soins (18).

En décembre 2016, la France comptait 30 services labélisés ce qui représente 6% des naissances (19).

La maternité Jeanne de Flandre à Lille a eu le label IHAB en mars 2015. C'est le premier Centre Hospitalo-Universitaire à l'obtenir en France (19).

Ce label IHAB est fondé sur douze conditions (annexe 1). La troisième recommande d'informer les parents sur les bienfaits de l'allaitement maternel et sur sa pratique afin de leur permettre de faire un choix éclairé concernant l'alimentation de leur futur enfant (18).

Grâce à la démarche IHAB, des progrès ont été réalisés. Par ce travail, nous souhaitons analyser les possibilités d'améliorer encore l'information délivrée aux femmes enceintes concernant l'allaitement maternel. En effet, nous savons que le taux d'initiation à l'allaitement maternel augmente lorsqu'une information prénatale est délivrée (4,20,21). L'influence du contenu et de la qualité de cette information ont été peu étudiés.

En consultation prénatale, le soignant peut être confronté à trois situations :

- soit sa patiente souhaite allaiter ; il lui faudra alors la soutenir et l'accompagner dans son projet,
- soit elle ne souhaite pas allaiter ; il faudra alors chercher à comprendre pourquoi et s'assurer que son choix soit raisonné et éclairé,
- soit elle hésite ; il faudra alors l'aider à choisir, en s'assurant qu'elle dispose de toutes les informations nécessaires notamment sur les bienfaits de l'allaitement maternel.

Dans les deux dernières situations, l'intervention du professionnel de santé pourrait permettre une amélioration du taux d'initiation de l'allaitement maternel. Nous nous intéressons donc à ces femmes indécises ou réfractaires initialement qui font le choix, en cours de grossesse, d'allaiter leur futur enfant.

L'objectif principal de ce travail est de mettre en évidence les facteurs influençant le choix ou le changement de choix des femmes au cours de leur grossesse en faveur de l'allaitement maternel, ceci afin d'adapter le contenu et d'améliorer la qualité de l'information donnée aux femmes. L'objectif secondaire est de faire ressortir les arguments des professionnels de santé ayant un poids dans cette décision.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Choix de la méthode :

Il s'agit d'une étude qualitative. Le choix de la méthode a été fait de manière à répondre à la question principale : « Pourquoi une femme enceinte indécise (ou réfractaire) au début de sa grossesse choisira d'allaiter son enfant? ». Une étude qualitative permet d'interpréter, de comprendre, d'expliquer les représentations et les comportements de sujets.

Population :

Le recrutement des mamans a été réalisé, de façon aléatoire, dans les salles d'attente de la maternité de Jeanne de Flandre pour la plupart, mais également avec l'aide de sages-femmes libérales exerçant dans la région Nord-Pas de Calais (en métropole lilloise et dans le secteur de Lens). La majorité des patientes participant à l'étude souhaitaient accoucher à la maternité de Jeanne de Flandre, et quelques-unes étaient suivies à la maternité de Seclin ou de Lens.

Les mamans interrogées devaient avoir pris la décision d'allaiter au cours de la grossesse, soit parce qu'elles ne souhaitaient pas allaiter initialement soit parce qu'elles n'avaient pas encore choisi le mode d'alimentation en début de grossesse.

Les critères d'inclusion étaient : une prise de décision à allaiter au cours de la grossesse, être au deuxième ou troisième trimestre de grossesse.

Les critères de non inclusion étaient : une grossesse pathologique, un refus de la patiente à participer à l'étude, ou une communication difficile (barrière de la langue ou limitation intellectuelle).

Le fait d'avoir déjà allaité ou d'être multipare n'était pas des critères d'exclusion.

Les entretiens ont été réalisés au cours de la grossesse, afin d'éliminer les changements d'avis suite à la relation affective créée à la naissance ou suite au vécu lié à l'accouchement (prématurité, accouchement difficile, césarienne...). En cas de grossesse pathologique, le suivi des femmes est plus rapproché et donc diffère du circuit classique prénatal avec davantage de rendez-vous organisés et donc une information délivrée différente. Dans notre travail, nous voulions recueillir le savoir, la perception et le ressenti de l'information sur l'allaitement au cours d'un suivi classique.

Les mamans étaient interrogées brièvement en salle d'attente, ou par téléphone (en fonction du mode de recrutement) afin de sélectionner les patientes éligibles, et d'obtenir leur consentement. Une fiche d'information explicative était délivrée (annexe 2). Par la suite, l'entretien individuel était programmé soit au domicile de la patiente, soit dans les locaux de la maternité de Jeanne de Flandre.

Recueil des données :

De janvier 2016 à décembre 2016, ces données ont été recueillies par enregistrement audio des entretiens individuels semi structurés.

Les entretiens ont été réalisés individuellement, permettant une intimité et une liberté des sujets abordés, mais aussi une facilité d'organisation. Ils ont ensuite été anonymisés lors de la retranscription.

L'aspect semi dirigé permet d'aborder un grand nombre de sujets par des questions ouvertes adaptées en fonction des réponses obtenues.

Un travail préalable de revue de littérature a été réalisé afin d'élaborer un premier guide d'entretien. Celui-ci a été modifié au fil des entretiens pour améliorer la qualité de recueil (annexe 3). Il était constitué d'une liste de thèmes à aborder respectant une liberté d'expression.

Les entretiens ont été menés par un chercheur unique. Leur durée allait d'une vingtaine de minutes à une heure. Au fur et à mesure, ces entretiens en français ont été retranscrits intégralement dans Word, constituant les verbatims.

Au cours des entrevues, de nombreux sujets ont été abordés : le vécu et le déroulement de la grossesse, le ressenti de l'accompagnement, le soutien de l'entourage, et bien sûr les raisons du changement d'avis en faveur de l'allaitement.

En recherche qualitative, la saturation théorique des données est obtenue quand la retranscription n'apporte plus de nouvel élément utile à l'étude, et elle définit le nombre d'entretiens. Celle-ci a été obtenue après onze entretiens, vérifiée par un douzième.

Analyse des données :

Les données ont ensuite été codées en double aveugle avec le logiciel NVivo version 11. Les verbatims ont été analysés mot par mot ou groupe de mots, ce sont les « nœuds ». Ils sont ensuite regroupés sous un même intitulé, ce qui constitue le « codage ouvert ».

La triangulation des données consiste à un double codage indépendant par deux chercheurs, qui est ensuite mis en commun afin de comparer les résultats.

L'analyse des entretiens a été faite par « théorisation ancrée », méthode de recherche ayant pour but de générer une hypothèse à partir de données recueillies.

RÉSULTATS

I. Caractéristiques de la population

Les douze patientes interrogées étaient âgées de 22 à 38 ans. La grande majorité était suivie au sein de la maternité de Jeanne de Flandre (>80%), une était suivie à Lens, et une à Seclin.

Il y avait sept patientes primipares (58%), trois fumeuses en début de grossesse (25%). Cinq patientes déclaraient avoir une religion (41%). Une seule était célibataire, et une autre était homosexuelle.

Toutes étaient au cours du troisième trimestre de grossesse.

Deux mamans, sur les 5 multipares, avaient déjà allaité précédemment. Une maman primipare avait comme projet une alimentation mixte pour son bébé.

TABLEAU (annexe 3)

II. Le projet d'allaitement

Chaque femme crée son propre projet d'allaitement. Le plus souvent, ce projet est déjà réfléchi et défini avant la conception. Les femmes participant à cette étude ont, quand à elles, modifié leur projet au cours de la grossesse.

a) Le choix initial

La majorité des mamans (75%) **avait choisi, au début de leur grossesse, de nourrir leur bébé avec du lait artificiel.**

- Maman 6 : « Moi à la base, je voulais faire du lait en poudre, en biberon, classique quoi. Je disais, moi l'allaitement, moi, jamais »

Ce choix pouvait être une évidence, une certitude.

- Maman 4 : « Je [ne] voulais pas allaiter, je [ne] me posais pas de question »

Alors que certaines mamans **hésitaient en début de grossesse** (25%).

- Maman 2 : « Au début, je ne savais pas du tout en fait comment j'allais l'alimenter. Je savais qu'il y avait deux options, l'allaitement ou le lait maternisé. Mais je ne savais pas encore ce que j'allais faire »

b) Le degré de motivation

Leur motivation pour allaiter reste relative. Elles veulent essayer.

- Maman 4 : « ça [ne] sera pas l'allaitement à tout prix »
- Maman 7 : « j'ai dit pourquoi pas, on va se lancer, et on verra ce que ça donne »

Néanmoins, elles **désirent le bon déroulement de l'allaitement.** On perçoit un **manque de confiance** dans leur propos.

- Maman 1 : « Je voudrais l'allaiter. Si c'est possible »
- Maman 2 : « J'espère que ça va marcher ! »

Elles **s'investissent** à leur niveau, progressivement.

- Maman 4 : « Petit à petit, je suis passée du « je suis ok pour essayer », à « je vais essayer un peu plus », à « on [n'] a pas encore acheté de biberons » »

Et même, certaines d'entre elles **se projettent** à long terme. Il y a des projets d'allaitement qui dépassent leurs attentes initiales.

- Maman 11 : « Donc je voudrais faire six mois d'allaitement »
- Maman 6 : « Je me suis surprise à poser la question, car moi qui disait « j'allaiterai jamais de la vie », j'en étais à me renseigner pour savoir, euh, après les deux mois et demi comment faire »

c) La prise de décision

Parfois, il y a « **un déclic** » (Maman 8) lors d'une réunion d'information, ou lors d'une consultation avec un professionnel de santé.

- Maman 7 : « On en a reparlé au 4eme mois. Là, on a pu vraiment en parler [...] Je me suis décidée juste après. Elle m'a expliqué, elle m'a rassurée »

Souvent, la décision se fait « **progressivement** » (Maman 9), « sans vraiment [s]'en rendre compte » (Maman 8).

III. Les freins à l'allaitement pour les mamans

Les mamans expriment clairement pourquoi elles ne voulaient pas (ou hésitaient) à allaiter. Les arguments cités peuvent être classés en deux groupes : des réticences personnelles, liés à des craintes ou à des croyances erronées, et des freins liés à notre société et à notre culture.

a) Des réticences personnelles

Deux mamans multipares étaient freinées par une **expérience antérieure** difficile d'allaitement.

- Maman 12 : « Mon premier, j'ai essayé mais ça [n'] a pas marché, du coup je [n'] avais pas envie de réessayer. C'était trop difficile »

Pour certaines mamans, un **manque de connaissance** en début de grossesse les faisait hésiter à allaiter.

- Maman 11 : « Ça m'a permis aussi à moins avoir peur. Comment le faire. Parce que sinon, moi je [ne] savais pas »

Toutes les mamans interrogées étaient au cours du troisième trimestre de grossesse. Néanmoins, on s'aperçoit qu'il reste encore, à cette période, des **interrogations** sur le sujet.

- Maman 1 : « Je [ne] sais pas du tout comment ça fonctionne en fait. Je [ne] sais pas [...] Non j'en sais pas plus que ça »
- Maman 6 : « Mais après en détail, je [ne] sais pas, [...] je [ne] me suis pas encore informée vraiment [...] »

Les mamans rapportent de nombreuses craintes face à l'allaitement maternel. Il leur paraît **chronophage**, **complexe** techniquement et demandant un investissement personnel important.

- Maman 4 : « Je voyais ça plus facile [...] c'est très contraignant »
- Maman 8 : « Franchement c'est du boulot !, [...] c'est quand même une organisation »

Cette complexité engendre **angoisse et stress** qui peuvent démotiver certaines mamans.

- Maman 8 : « ça fait peur ! »
- Maman 3 « J'étais fort stressée au premier »
- Maman 2 : « comme on ne sait pas comment ça va aller, on appréhende »

Plus intimement, les mamans redoutent les **douleurs** et **la fatigue** lors de l'allaitement.

- Maman 10 : « ça va faire vachement mal (...) Parce qu'y a eu beaucoup de personnes qui m'ont dit que ça faisait énormément mal »
- Maman 7 : « Et puis la fatigue aussi, comment gérer si ça va pas »

Il existe des angoisses liées à des questions plus précises. Par exemple, une maman pensait ne pas pouvoir allaiter à cause d'une **malformation** des tétons. Si elle n'avait pas reçu l'information qu'il ne s'agissait pas d'une contre-indication, elle n'aurait pas allaité.

- Maman 7 : « ça me gênait parce qu'il n'est pas sorti, donc pour moi, c'était impossible d'allaiter. Donc je m'étais faite à l'idée de ne pas du tout allaiter le bébé »

Deux autres mamans évoquent la croyance que l'allaitement maternel pouvait avoir un impact **esthétique** sur les seins.

- Maman 4 : « Les raisons pour lesquelles je [ne] voulais pas allaiter, c'était parce que c'était mon corps, enfin c'était parce que je [ne] voulais pas abimer mon corps »

Enfin, certaines mamans expriment la peur d'avoir une **production de lait insuffisante**.

- Maman 3 : « J'avais l'impression de pas avoir assez de lait »
- Maman 8 : « On ne sait pas ce qu'il boit, ça c'était la contrainte. Pour la quantité »

b) Les freins culturels

Notre **société actuelle** impose ses règles, avec : une durée fixe du congé maternité, le regard d'autrui et des idées reçues.

Les femmes anticipent la **reprise du travail** et s'interrogent sur comment concilier leur activité professionnelle et l'allaitement.

- Maman 6 : « J'ai pu aussi me renseigner, pour savoir, après avec la reprise du boulot, comment faire pour continuer l'allaitement tout en ayant repris le travail »

Les femmes ont peur d'être **isolées socialement** et de ne plus avoir leur place de femme à part entière.

- Maman 7 : « elles disaient [...] tu [ne] pourras rien faire, tu seras en prison tant que t'allaites »

Elles redoutent également **la stigmatisation en tant que mère nourricière**.

- Maman 8 : « Je me disais, je [ne] suis pas une vache laitière »

Face à cette société omniprésente, **l'intimité et la pudeur** sont un problème, et les femmes ne savent pas comment y faire face.

- Maman 8 : « Allaiter, faut sortir son sein. Le regard des autres. Et c'est quand même une organisation. »

L'**entourage** influence fortement le choix de l'alimentation du nourrisson. La maman peut avoir une image négative de l'allaitement, lorsque sa **famille** lui rapporte des expériences passées difficiles.

- Maman 9 : « j'ai ma sœur qui avait allaité, et ça s'était pas super bien passé, donc ça m'avait pas emballé. Ça [ne] me confortait pas dans l'idée »

Le discours des **amis** est également très important dans la réflexion des mamans.

- Maman 7 : « Négativement, elles disaient : tu vas avoir des crevasses, ça va être à la demande, tu vas jamais dormir, ils m'ont sorti quoi d'autre ? »

A l'heure où l'équité homme-femme est importante au sein d'un couple, l'**exclusion du conjoint** dans les soins primaires au bébé génère des questionnements, pour la maman, dans la relation père - enfant.

- Maman 8 : « comment ne pas mettre mon conjoint de côté. Je me dis, on va créer un lien entre ce bébé et moi, et lui il faut qu'il fasse sa place »

IV. Les raisons du choix de l'allaitement

Face à ces réticences, les mamans nous donnent les arguments qui les ont motivées à choisir l'allaitement.

a) Une envie d'essayer

Certaines mamans évoquent un sentiment de **regret** comme motivation. Une maman multipare n'ayant jamais allaité souhaite découvrir l'allaitement maternel.

- Maman 1 : « Parce que ça sera la dernière. Je me dis que si je ne le fais pas maintenant, je ne le ferai plus. Plus jamais. Alors du coup, voilà. [...] Je me dis, si j'essaye pas, j'aurai peut-être un regret. Donc c'est pour ça que je le fais »

Une maman primipare évoque également ce sentiment.

- Maman 6 : « Et au pire, j'aurai essayé, j'aurai pas de regret »

Et deux mamans multipares évoquent plutôt le **remord** face à un précédent échec de l'allaitement maternel (ou d'initiation).

- Maman 3 : « J'étais trop fatiguée, et trop, culpabilisée de pas y arriver. Comme certaines mamans, elles donnent le sein, bébé y boit, il est bien, elle est bien...Y avait une culpabilité de pas réussir à pas faire ça »
- Maman 5 : « pour moi savoir ce que c'est au moins une fois dans ma vie [...] C'était une déception, mais bon, c'était contre ma volonté, je pouvais pas faire autrement »

b) Les bienfaits de l'allaitement maternel

Le plus souvent, ce sont les bénéfices de l'allaitement maternel qui sont mis en avant par les mamans pour expliquer leur choix. Certaines parlent **des bénéfices pour la maman** elle-même. L'allaitement maternel apparaît **pratique** pour les mamans dans leur organisation (pas de préparation des biberons, pas de temps d'attente, pas d'achat....).

- Maman 10 : « la poitrine, c'est n'importe où, quand on veut. Tandis qu'avec le biberon, le moins bien, faut le chauffer, faut attendre. [Que] ça soit pratique. Facile »

Pour les familles, allaiter représente un réel **bénéfice économique**.

- Maman 4 : « Et financièrement, ça reste quand même bien rentable »

Les bénéfices de l'allaitement sur la **santé de la mère**, en particulier la diminution du risque de cancer du sein, sont évoqués lors des entretiens.

- Maman 9 : « ça réduisait le risque de cancer »

La **perte de poids** plus rapide en post-partum pour une mère allaitante est retenue comme un bénéfice important.

- Maman 4 : « dans les motivations beaucoup plus personnelles, le fait que ça fasse maigrir plus vite ? C'est un véritable facteur, pour être honnête ça »

D'autres mamans parlent **des bénéfices pour l'enfant**. Elles savent que l'allaitement **diminue les risques de certaines infections** pour les nourrissons.

- Maman 10 : « ça permet qu'il ait moins de maladies, du fait de boire le lait de la maman, y a des anticorps que le biberon n'a pas »
- Maman 12 : « Pour l'immunité. Pour que le bébé a moins de maladies. [...] Mon lait aura plus de bénéfices. Ca va protéger le bébé des maladies »
- Maman 5 : « Pour les anticorps aussi, c'est ce qui le protège des infections qui peuvent y avoir autour de lui en fait. Donc tout ça, c'est du positif en fait »

Les mamans connaissent également la **diminution du risque d'allergies**.

- Maman 6 : « pour les risques d'allergie c'est mieux, moi j'ai des allergies, le papa a des allergies tout ça... »

Elles savent aussi que le lait maternel est mieux toléré et digéré, et que son goût est apprécié par le nouveau-né.

- Maman 9 : « Et tous les problèmes digestifs, pour le bébé. Les coliques. [...] Donc si je peux éviter ça, ça serait bien »
- Maman 7 : « il peut goûter, plusieurs choses différentes. Au niveau du goût »

Les femmes évoquent, avec leurs mots, **l'évolution du lait maternel** permettant une adaptation aux besoins du nouveau-né.

- Maman 2 : « Le lait maternel est vraiment fait pour le bébé, dans ses caractéristiques. Euh. Dans ses compositions, en fait. Il est fait pour, vraiment, que le bébé grandisse bien »
- Maman 7 : « plus de vitamines, on apporte beaucoup de choses dans le lait maternel. [...] Qu'il y ait tout, l'apport pour le bébé, les vitamines. Tout ce qu'on mange en fait, ça sera dedans »

Ensuite, les **bénéfices communs** pour la maman et pour le bébé sont évoqués. L'allaitement maternel permet une continuité dans le **lien mère-enfant** après l'accouchement. Une relation singulière s'installe par le contact répété de l'enfant à la maman.

- Maman 12 : « Que ça renforce le lien avec le bébé. La relation »
- Maman 3 : « Et puis après, ce contact quand même, il n'est plus dans notre ventre, donc euh pour être collé à nous, la relation... »
- Maman 9 : « un moment de complicité »

Les femmes recherchent du **plaisir** dans cet acte, un épanouissement personnel mais également pour le nouveau-né.

- Maman 8 : « je vois ça positivement. Ça doit être un plaisir. Si on le sent pas, autant pas le faire »
- Maman 4 : « si j'allaite [...], je dois en tirer du plaisir »

Et enfin, l'allaitement maternel est perçu comme une **alimentation naturelle**. Au cours de la grossesse, le corps se modifie sous l'influence hormonale. Le volume des seins augmente, et la lactation débute. La femme prend conscience de sa **maternité**. L'allaitement peut devenir une évidence.

- Maman 4 : « ça fait quatre mois que je commence à perdre du lait déjà ! Donc ça, je sais que dans mon raisonnement, ça chemine [...], t'as beau pas avoir prévu ce truc-là, lui il l'a prévu pour toi »
- Maman 7 : « on est faite pour ça [...] c'est comme un don. Autant l'utiliser. Et cette réunion, ça m'a permis de me dire, c'est naturel. Et c'est normal »

Le biologique influe sur le psychologique. Le lien avec l'enfant s'établit. **L'instinct maternel** se développe. Les mamans souhaitent faire le meilleur choix pour leur enfant.

- Maman 4 : « je pense qu'y a aucune femme qui dit « l'allaitement c'est pas bon, pour l'enfant », donc on sait que c'est quelque chose de bien pour l'enfant. [...] Je pense qu'y a un facteur complètement inconscient, qui fait que quand on a une sensibilisation externe qui arrive, on est [...] enclins à modifier son...ses choix, initiaux. Je pense je pense. Moi, c'est assez troublant ces changements, hormonaux, qui influent sur le caractère et sur les sensations vraiment. [...] c'est animal »
-

c) Les influences par l'entourage de la maman

Quelques mamans disent ne pas avoir été influencées. Leur décision est purement **personnelle**.

- Maman 3 : « Ca a toujours été des décisions de ma part. Sans avis de personne. Comme c'est moi qui vais allaiter. C'est moi qui ai décidé. »

Plusieurs mamans disent avoir cherché et trouvé l'information, seule, sans intervention ni de l'entourage ni des professionnels de santé. **Internet** permet un accès facile à l'information.

- Maman 12 : « Ah, oui, je suis allée un peu sur internet, des forums. C'était bien. [...] L'avis des autres mamans qui ont allaité. Elles disaient que peut-être au début c'était dur, mais après c'était plus facile »

Les **livres** achetés ou offerts restent un support d'information possible.

- Maman 7 : « J'ai eu un livre « Allaitement » »

Mais le plus souvent, les motivations à allaiter sont amenés par l'entourage proche de la future maman. Le **conjoint** peut avoir une part importante dans la décision à allaiter.

- Maman 4 : « Après, ce qui m'a fait changer d'avis, bah la seconde maman, qui voulait que j'allaite, clairement. [...] Donc elle, depuis le début, elle veut que j'allaite »
- Maman 5 : « C'est plus de la réflexion entre mon compagnon et moi »

L'**entourage** proche, la **famille** ou les **ami(e)s**, peuvent influencer soit en informant directement les mamans sur les bénéfices de l'allaitement,

- Maman 8 : « c'est mes belles-sœurs qui m'ont fait changer d'avis. c'était important, pour l'attachement. [...] Que ça allait être...enfin pour elles, c'était merveilleux ! [...] Et les bienfaits du lait maternel ! Que bébé était moins souvent malade »
- Maman 10 : « Des copines qui sont elles-mêmes mamans. J'ai pêché des informations à droite à gauche »

Soit en permettant l'accès à l'information,

- Maman 5 : « J'ai une amie [...] qui m'a donné ces dépliants, ça m'a aidé un petit peu à prendre ma décision »

Soit étant un modèle d'une expérience positive d'allaitement, qui donne envie,

- Maman 9 : « j'ai des amies qui ont allaité, pour qui ça s'était super bien passé »
- Maman 6 : « ma sœur qui a allaité plus d'un an ses deux filles. Ça me fait des exemples qu'on peut vivre, entre guillemets, normalement, tout en allaitant »

La **religion** peut jouer un rôle également.

- Maman 6 : « musulmane, mais c'est pas forcément ça qui m'a motivé à allaiter. Ils disent que c'est mieux mais voilà »

V. La communication professionnel-parents sur l'allaitement

Le professionnel de santé a un rôle à part entière dans les motivations du choix de l'allaitement maternel. La communication entre les parents et les professionnels paraît très importante dans la transmission des connaissances sur l'allaitement maternel mais aussi face aux difficultés rencontrées. Le professionnel de santé

soutient et accompagne les parents dans le choix d'allaiter. Et inversement, des difficultés de communication peuvent freiner certaines mamans.

a) Un accès à l'information difficile

Lors des entretiens, certaines mamans affirment n'avoir encore reçu **aucune information**, concernant l'allaitement maternel, par le corps médical.

- Maman 3 : « Bah non, j'ai eu Monsieur D., et on en a pas parlé »
- Maman 5 : « Car toute façon, les sages-femmes n'en parlent même pas de l'allaitement »

La moitié des mamans interrogées évoquent des **difficultés de communication** avec les soignants. L'interaction maman-soignant peut être perçue comme trop rapide, trop médicalisée, ou trop dense en informations.

Une des mamans regrette sa première expérience d'allaitement qui a été un échec. A posteriori, elle explique que la mauvaise communication avec le personnel médical était en grande partie responsable. Elle traduit un sentiment de solitude face à ses difficultés.

- Maman 3 : « J'avais pas l'impression d'être considérée comme maman, comme bien écoutée dans ce que je demandais. [...] Déjà, y avait la césarienne, donc euh ça fait un peu « tiens le vla », pour moi je l'ai pas mis au monde, euh...c'était une opération quoi. [...] c'était, tiens faut le mettre au sein, rapide, [...], Donc je pense que ça a été trop médicalisé, trop réglé, j'ai pas pu faire ça naturellement comme je le sentais... [...] et en sortie de

maternité j'ai pas eu d'aide de sage-femme ou quoi... donc ça fait que bon, je me suis sentie un peu seule quoi »

Si une grossesse nécessite une surveillance plus rapprochée, le suivi apparaît lourd pour la maman qui semble perdue face à la **quantité d'informations**.

- Maman 1 : « ils se focalisent plus sur le poids. [...] Non, j'ai dit non, et ils n'ont pas cherché à comprendre. Je [ne] me souviens plus en fait, ils m'en ont mis tellement plein la tête. [...] Mais ils en ont parlé vaguement. [...] tout s'enchaîne en fait »

Le **langage médical** peut être un obstacle à la compréhension d'informations.

- Maman 10 : « Y a pas mal de termes que j'ai dû mal à comprendre. [...] y a pas mal de choses que je [ne] sais pas ce que ça veut dire... »

Face aux informations, environ la moitié des mamans paraissent **passives**. Elles ne font pas de démarche pour s'informer. Elles n'abordent pas ou peu le sujet spontanément.

- Maman 4 : « Je ne vais pas chercher d'information. Soit elles m'arrivent, soit j'ai pas. Donc en l'occurrence, ça m'est arrivé tout cru dans le bec. [...] Si effectivement, je n'aurais pas eu l'information, je pense que je serais restée sur ma première idée, qui était de ne pas allaiter ».
- Maman 1 : « je ne pose pas plus de questions, en fait »

Derrière cette passivité, il existe certainement des peurs.

- Maman 10 : « au moins j'en sais, au mieux je me porte »

Et même lors de réunions d'information en groupe, certaines mamans ne posent pas de question, peut-être par timidité ou par détachement. L'intervention des autres participantes peut être alors bénéfique pour chacune.

- Maman 10 : « Les questions que je me posais dans la tête, c'est les autres mamans qui posaient la question »

Les mamans attendent que les sources d'information arrivent à elles. Que ça soit grâce à une discussion, ou par des supports.

- Maman 5 : « Mon compagnon m'en a reparlé, et j'ai réfléchi que ça serait une bonne chose pour mon bébé. [...] J'ai une amie, enfin c'est l'épouse d'un collègue, qui m'a donné ces dépliants, ça m'a aidé un petit peu à prendre ma décision »

Mais le fait de posséder un support ne suffit pas. Cela nécessite la volonté de se renseigner : le lire, le comprendre et retenir l'information.

- Maman 7 : « J'ai eu un livre « Allaitement », mais je ne l'ai pas lu... »

b) L'information par le professionnel

Face aux méconnaissances des mamans, l'accompagnement permet **d'informer les mamans sur les bénéfices** de l'allaitement.

- Maman 6 : « Y a aussi une réunion d'informations où j'y suis allée à l'hôpital. Et c'est là où ils ont expliqué tous les bienfaits pour la santé du bébé. [...] Ils ont donné aussi plein d'astuces »

Il permet aussi d'expliquer son déroulement avec les différentes techniques, et d'anticiper d'éventuelles difficultés futures.

- Maman 11 : « L'allaitement, c'est vraiment avec mon sage-femme, pendant le cours de préparation à l'allaitement que j'ai su, car sinon je [ne] savais pas ce que c'était »

Le professionnel peut parler des **aides** à l'allaitement maternel. Le **tire-lait** peut être une solution face à certains freins sociaux (exclusion du conjoint, isolement social, intimité, pudeur, reprise du travail).

- Maman 5 : « ce qui existe aussi c'est les tire-lait manuels ou électriques. Donc, au pire, c'est une solution. C'est papa qui donnera »
- Maman 7 : « le tire-lait, c'est bien, parce qu'au moins si je veux sortir, juste faire un peu de course ou m'aérer sans le bébé, je peux le laisser quand même à la maison avec une autre personne. Donc ils pourront lui donner un peu le biberon »

c) Les sources d'information

Les **sages-femmes** et les **séances de préparation à la naissance** jouent un rôle très important dans le choix de l'alimentation. Toutes les mamans les ont mentionnés à plusieurs reprises.

- Maman 11 : « Avec les cours de ma sage-femme, de préparation à l'accouchement, j'ai décidé de faire avec l'allaitement. [...] L'allaitement, c'est vraiment avec mon sage-femme, pendant le cours de préparation à l'allaitement que j'ai su, car sinon je [ne] savais pas ce que c'était »

- Maman 8 : « le fait de venir ici aux réunions au tout début. Y avait une réunion d'information, sur l'allaitement. Toute la matinée, on avait parlé de ça. Et du coup, ça m'a fait réfléchir aussi [...] Ça m'a fait totalement changer d'avis »

Les **messages télévisuels diffusés** dans les salles d'attente de la maternité de Jeanne de Flandre ont été cités à plusieurs reprises par les mamans qui les apprécient et témoignent de leur importance.

- Maman 11 : « J'ai vu sur les petites télés, quand j'attends dans la salle d'attente [...] Je trouve que c'est beau. C'est beau la relation mère-enfant »
- Maman 4 : « y a notamment à Jeanne de Flandre, des films qui passent quand vous êtes dans la salle d'attente, qui sont plutôt bien faits, et agréables à regarder, relativement courts pour qu'on arrive à suivre [...] Parce que dans la salle d'attente, vous avez rien d'autre à faire que regarder la télé [...] Si jamais je n'étais pas tombée sur ces spots là, sur cette communication-là, qui est vraiment bien faite hein »
- Maman 7 : « à chaque fois qu'on va à Jeanne de Flandre, quand on est en salle d'attente et qu'il y a du retard, il y a ces petites vidéos. A chaque fois ça passe, donc je regarde, et je m'informe au maximum. [...] Oui, ils sont bien faits, et puis c'est des mamans qui viennent d'accoucher. On voit, on se projette... »

Les **brochures** et autres documents papiers disponibles dans les cabinets médicaux sont aussi cités comme une source d'information.

- Maman 10 : « J'ai eu quelques flyers là en venant ici m'inscrire. Que j'ai lu »

d) La communication avec les professionnels de santé

L'accompagnement prénatal des mamans permet de répondre à leurs questions sur l'allaitement, de leur expliquer son déroulement, avec un vocabulaire adapté, et donc de les rassurer. Elles souhaitent des réponses à leurs questions.

- Maman 8 : « J'ai encore des questions à lui poser. [...] J'attends le cours avec la sage-femme, pour poser mes dernières questions »

Pour les mamans, il est important que l'accompagnement se fasse pendant la grossesse, mais aussi à la maternité et au retour à la maison.

- Maman 2 : « [elle m'] a dit aussi qu'elle pouvait m'aider en fait, même après l'accouchement, si j'avais encore des questions ou des interrogations, je pouvais faire appel à elle. Ça rassure en fait »

Les mamans souhaitent être encadrées en cas de besoin.

- Maman 6 : « ils nous disent qu'ils sont là, ils sont formés et qu'ils sont disponibles. Et y a même des rendez-vous, après, individuels, si on a un souci, pour allaiter. Donc ça, ça rassure, on ne se sent pas lâchées... »

Les professionnels doivent être présents, disponibles, à l'écoute des mamans.

- Maman 4 : « j'espère qu'à l'hôpital, on va me réexpliquer tout ça, voilà. Et que je vais être accompagnée »

DISCUSSION

Le choix de l'alimentation du nouveau-né se fait majoritairement avant la conception. Nous nous sommes intéressés aux femmes qui, plus rarement, choisissent l'allaitement maternel pendant la grossesse : soit parce qu'elles étaient indécises soit parce qu'elles y étaient initialement réfractaires. Les entretiens menés avec elles nous ont montré qu'elles avaient besoin, d'abord, de vaincre des réticences d'ordre personnel ou culturel pour se décider. Ensuite, ces mamans choisissent le lait maternel pour ses différents bienfaits. C'est souvent l'entourage qui influence la future maman. Cependant, le professionnel de santé a également un rôle à jouer : lever les freins et délivrer une information adaptée sur les bienfaits de l'allaitement. Le soignant doit ainsi s'adapter aux besoins spécifiques de chaque couple. Et son intervention doit être personnalisée. Les futurs parents sont souvent passifs face à cette information. Différentes sources les aideront à amorcer une réflexion et à cheminer vers une décision.

Pour ce travail, le choix de la méthode qualitative a permis d'obtenir une diversité d'expériences face au choix de l'allaitement maternel, et de laisser une part importante à la subjectivité et aux émotions.

La triangulation du codage et la retranscription intégrale et fidèle des verbatims sont des points forts de cette étude, ils augmentent sa validité interne. Aussi, la taille de l'échantillon obtenu par saturation des données améliore la validité externe. L'étude

comporte cependant des faiblesses : un manque d'expérience de l'intervieweur (malgré un guide d'entretien préétabli et modifié au fur et à mesure des entretiens) et le recrutement des mamans reposant sur la motivation et le volontariat pouvant être responsable d'un biais de sélection. Enfin, plus de 80% de la population étudiée était suivie dans une maternité IHAB, ce qui diminue la variance de l'échantillon.

Nous voulions étudier la façon de prendre en charge ces femmes indécises ou réfractaires initialement à l'allaitement maternel. Comment faire pour leur donner envie d'allaiter ?

Tout d'abord, il faut **repérer les femmes éligibles**. Rappelons que près de deux tiers des mamans choisissent le mode d'alimentation de leur futur enfant avant la grossesse (12,14). Il est facile d'identifier les femmes indécises, dès le début de la grossesse, en posant simplement la question.

Dans cette étude, contrairement à nos attentes, la majorité des mamans (les trois quart) n'étaient pas indécises initialement mais avaient choisi une alimentation artificielle. Ces femmes étaient certaines de leur choix initial. Si elles n'avaient pas reçu d'informations permettant une réflexion, elles seraient probablement restées sur leur premier choix. Actuellement, il est difficile de savoir la proportion que représentent ces changements de choix en cours de la grossesse. Il serait intéressant de savoir qui sont ces femmes, et de connaître leur part respective.

Après avoir ciblé la population, il faut évaluer et chercher à lever **les freins ressentis par les parents face à l'allaitement maternel**. En dehors des freins d'origine culturelle, la majorité d'entre eux sont en réalité des méconnaissances ou des

croyances erronées. Il est facile de les minimiser par des arguments scientifiques ou pratiques.

La peur que l'allaitement maternel ait un **impact esthétique sur les seins** peut être un frein. Une étude américaine de 2008 montre que les facteurs de risque de ptose mammaire sont : un âge plus avancé, un indice de masse corporelle plus élevé, un nombre plus important de grossesses, une taille supérieure de soutien-gorge avant la grossesse et un passé de fumeuse. L'allaitement n'est pas un facteur de risque, même si il a duré longtemps (22).

Une autre idée reçue fréquemment citée par les mamans est la peur d'une **lactation insuffisante**. En réalité, l'insuffisance de lait primitive, liée à une incapacité physiopathologique, est rare et concerne moins de 5% des mères (23).

Pour les mamans hésitant à allaiter, la **reprise du travail** pose un vrai problème. Elles s'interrogent sur la possibilité de reprendre leur travail en poursuivant l'allaitement maternel. Actuellement, le congé post-natal pour les primipares est de 10 semaines. Celui-ci s'allonge à 18 semaines à partir du troisième enfant. Les femmes doivent être informées que le code du travail prévoit une disposition d'une heure par jour durant les heures de travail pour allaiter son enfant, et ceci pendant un an à compter du jour de la naissance (24). L'allongement du congé maternité de deux semaines a été voté début 2017 par l'assemblée nationale, contre l'avis du gouvernement. Cette mesure reste encore très hypothétique (25).

L'isolement social et la stigmatisation de la maman allaitante font partie des **freins sociaux** retrouvés dans cette étude. Ces derniers seront difficilement modifiables par le professionnel à court terme. Ils sont liés au contexte historique de la France avec la pratique intensive des nourrices pendant plusieurs siècles. Dans son article,

Laurence Girard explique qu'à cause de ces pratiques, l'allaitement peut être perçu comme une forme d'asservissement et comme une atteinte à l'émancipation et à l'autonomie des femmes (26). L'allaitement maternel serait un obstacle (conscient ou inconscient) à la reprise du travail et d'une activité sexuelle. Certains de ces freins sociaux peuvent être minimisés par l'information concernant le **tire-lait**.

Les mamans multipares ayant eu une **expérience antérieure difficile** d'allaitement peuvent être découragées. A chaque grossesse, à chaque naissance et à chacun nouveau-né, la question de l'allaitement peut se poser.

Ensuite, le professionnel doit **informer la maman** des avantages de l'allaitement maternel. Lors des entretiens, une grande partie des bénéfices sur la santé de l'enfant et de la mère ont été énumérés. Néanmoins, les diminutions du risque d'obésité et de surpoids, de diabète de type 1 et 2, de maladies inflammatoires du tube digestif et de mort inattendue du nourrisson ne sont pas évoquées. Les mamans citent la diminution du risque d'allergie, sans mentionner exactement l'asthme et l'eczéma. Du côté de la santé de la mère, si la diminution de l'incidence du cancer du sein est retenue, celles du cancer de l'ovaire, du diabète de type 2 et de dépression post-partum ne sont pas rappelées (4-6).

Parallèlement, les mamans relatent uniquement le coût lié à l'achat du lait artificiel, et non pas le surcoût lié aux soins médicaux en cas de non allaitement maternel.

Les parents doivent faire de nombreux choix au cours de la grossesse : mode d'alimentation, lieu d'accouchement, type de préparation à la naissance, réalisation

des dépistages... Le professionnel de santé est là pour **accompagner le couple** dans ses décisions, et non pas pour les influencer. **L'objectif de cet accompagnement** n'est pas de convaincre mais de créer un espace de dialogue avec les parents.

En 2010, l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) publie un outil d'intervention en éducation pour la santé des femmes enceintes « Grossesse et accueil de l'enfant ». Cet outil destiné aux professionnels de santé est composé d'un guide et de plusieurs autres supports pour mettre en place des actions d'éducation et d'accompagnement des futurs parents (27).

Cette méthode de **communication** centrée sur la personne (et non pas sur l'objet) est abordée selon six axes d'intervention possible, autour de l'aide aux choix du mode d'alimentation de l'enfant :

- 1) Favoriser l'expression, proposer une écoute** : les parents s'expriment sur leurs envies, leur projet d'alimentation mais aussi sur leurs difficultés. Le professionnel y apprend leurs connaissances et méconnaissances.
- 2) Aborder, évaluer une situation** : c'est l'empathie cognitive. Le professionnel prend part du point de vue du couple.
- 3) Informer, expliquer** : le professionnel informe sur les bénéfices de l'allaitement, sur les difficultés susceptibles d'être rencontrées, sur la conciliation avec le travail... Cette information amène le couple à prendre un point de vue professionnel sur le sujet, avec un langage adapté.
- 4) Accompagner la réflexion** : cet axe évalue la motivation des parents, analyse les différentes options possibles. C'est l'empowerment collectif. Les parents et

le professionnel amènent leur point de vue ce qui créent de nouvelles possibilités et les consolident.

5) S'engager : c'est respecter la décision quelle qu'elle soit, soutenir le couple et être disponible dans les moments plus difficiles.

6) Faire le lien avec les autres acteurs (professionnels, entourage) :

l'implication du père est favorisée. Une femme de l'entourage, ayant une expérience réussie d'allaitement, peut être désignée comme référente pour multiplier le soutien.

Nous retrouvons ces différents axes de communication dans nos résultats. Le premier point « favoriser une expression, écouter » permet de repérer les femmes indécises et celles réfractaires initialement. Le professionnel prend conscience des différentes réticences des parents face à l'allaitement maternel. Ensuite, les deuxième et troisième étapes « évaluer une situation, informer, expliquer » permettent de lever les freins et d'informer les parents sur les bienfaits de l'allaitement maternel. Enfin, les derniers points « s'engager, faire les liens » permettent d'organiser l'accompagnement du couple pendant la grossesse grâce à une communication optimale.

La promotion de l'allaitement maternel ne passe donc pas uniquement par l'information de ses bénéfices. Une relation de confiance et un accompagnement individualisé permettent d'amener une **réflexion vers le meilleur choix d'alimentation** (28).

Laurence Girard nous explique, dans ses différents travaux, la communication à adopter pour le soutien à l'allaitement maternel (26,29). Le professionnel doit éviter :

-un discours empathique d'idéalisation : « Allaiter, c'est bon pour votre bébé... »

- une rationalisation « Je sais que ce qui est bon pour votre bébé »
- des évidences « le lait maternel est fait pour les bébés, la nature est bien faite »
- un désengagement « faites ce que vous voulez, c'est votre bébé »
- une confusion « les enfants qui ne sont pas allaités vont aussi bien »
- une impuissance « j'ai fait tout ce que je pouvais, mais ça n'a servi à rien ».

La discussion doit être introduite avec des questions ouvertes. Ne pas poser « voulez-vous allaiter votre enfant ? » mais « comment envisagez-vous de nourrir votre bébé ? Avez-vous déjà réfléchi à l'alimentation pour votre bébé ? ».

La **passivité** des mamans pour obtenir l'information est réelle. C'est donc au professionnel d'engager un dialogue afin d'amorcer une réflexion. Il faut aussi multiplier et diversifier les **sources d'information**. La question de l'alimentation doit arriver aux mamans facilement, sans effort. L'INPES rappelle qu'il faut associer différentes techniques éducatives, en groupe ou individuellement : groupes de discussion, cours de préparation à la parentalité, brochures, vidéos, manuels etc... Il faut laisser le choix aux mamans (27).

Les **messages télévisuels** diffusés dans les salles d'attente de Jeanne de Flandre semblent très appréciés par les mamans. Ils ont l'avantage d'amorcer une réflexion avec des messages courts exposés par des professionnels ou par des mamans. L'information arrive spontanément aux mamans à un moment où leur attention est disponible.

Dans notre étude, les **médecins** (gynécologues-obstétriciens ou généralistes) n'ont pas été cités comme source d'informations sur l'allaitement maternel. Hors, l'enquête nationale périnatale de 2010 retrouve que le professionnel consulté principalement

par les femmes au cours de la grossesse était un gynécologue-obstétricien dans 66,8%, suivi par les sages-femmes 11,7% et les généraliste 4,7% (30). Trois hypothèses peuvent être faites : soit le médecin n'en parle pas pendant ses consultations, soit la patiente n'est pas réceptive à son discours, soit le médecin délègue ce rôle d'information aux sages-femmes par exemple.

Le souci de ne pas culpabiliser les mères qui ne veulent pas allaiter revient fréquemment. Dans ce travail, aucune maman ne rapporte de **pression** pour allaiter de la part des professionnels. Elles n'ont été ni **culpabilisées** ni forcées dans leur choix. Elles ont eu accès à une information juste leur permettant de faire un choix. La communication permet un échange permanent entre les attentes et questionnements des futurs parents, les informations scientifiques et les différentes options possibles.

L'objectif secondaire de cette étude était de faire ressortir les arguments avancés par les professionnels qui influencent le choix des femmes. Une étude quantitative avait été imaginée pour hiérarchiser ces arguments afin de structurer l'information prénatale délivrée. Par les résultats présentés, nous savons que la communication et l'accompagnement sont les clés de la promotion de l'allaitement maternel, plus que l'argumentation scientifique. L'information prénatale sur l'allaitement maternel ne peut pas se résumer à un protocole type d'argumentations scientifiques. Il n'existe pas de discours préconçu permettant d'influencer le choix. L'information doit être personnalisée.

CONCLUSION

Ce travail de recherche qualitative donne des pistes pour améliorer l'information prénatale concernant l'allaitement maternel.

Celle-ci est complexe car il existe une mosaïque d'influences : personnelle, familiales, socioculturelles, médiatiques et médicales.

Evaluer et chercher à lever les freins concernant l'allaitement maternel peuvent permettre d'introduire l'information prénatale. Ensuite, les bienfaits de l'allaitement maternel doivent être transmis par divers sources d'information faciles d'accès. Le professionnel de santé doit personnaliser l'information délivrée en fonction de chaque couple rencontré. Il ne s'agit pas de convaincre mais d'accompagner les futurs parents dans leurs décisions.

La promotion prénatale de l'allaitement maternel ne se restreint pas uniquement à l'information scientifique de ses avantages, elle passe par une communication individualisée amenant à une réflexion et à une prise de décision.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Allaitement maternel mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations pour la pratique clinique. 2002.
2. Turck D, Razanamahefa L, Dazelle C, Gelbert N, Gremmo-Féger G, Manela A. Plan d'action: Allaitement maternel [Internet]. Médecine & Nutrition. 2010. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf
3. Académie nationale de médecine. Alimentation du nouveau-né et du nourrisson [Internet]. Available from: <http://www.academie-medecine.fr/publication100035966/>
4. Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie ; D. Turck. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. 2013.
5. Pediatrics AA of. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes In Developed Countries. AAP Gd Rounds. 2007 Aug 1;18(2):15–6.
6. Rigourd V, Aubry S, Tasseau A, Gobalakichenana P, Kieffer F, Assaf Z, et al. Allaitement maternel : bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. | Base documentaire | BDSP [Internet]. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. Available from: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/465559/>
7. World Health Organization. Long-term effects of breastfeeding [Internet]. Systematic Reviews and meta-analyses. 2007. Available from: apps.who.int/iris/bitstream/10665/43623/1/9789241595230_eng.pdf
8. OMS | Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant [Internet]. WHO. 2003. Available from: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/fr/>
9. INSERM. Rapport européen sur la périnatalité : la France comparée aux autres pays d'Europe / Espace Journalistes [Internet]. Available from: <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/rapport-europeen-sur-la-perinatalite-la-france-comparee-aux-autres-pays-d-europe>
10. Blondel B, Kermarrec M. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [Internet]. INSERM. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
11. Allaitement maternel - Ressources pour les professionnels de santé - Manger Bouger Professionnel [Internet]. Available from:

<http://www.mangerbouger.fr/pro/sante/alimentation-19/informer-et-accompagner-ses-patients/allaitement-maternel.html>

12. Barriere H, Tanguy M, Connan L, Baron C, Fanello S. Information prénatale sur l'allaitement maternel : enquête en Pays de Loire. Arch Pédiatrie. 2011 Sep;18(9):945–54.

13. Commission régionale de la naissance d'Alsace. Evaluation d'une action de promotion de l'allaitement maternel en Alsace [Internet]. 2000. Available from: <http://docplayer.fr/28960616-Evaluation-d-une-action-de-promotion-de-l-allaitement-maternel-en-alsace-ors-alsace-page-2.html>

14. Siret V, Castel C, Boileau P, Castetbon K, Foix l'Hélias L. Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart [Internet]. Archives de Pédiatrie. 2008. Available from: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/showarticlefile/176742/main.pdf>

15. 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 Fertil. 2013 Jun 20;41(6):351–5.

16. Hernández PT, Callahan S. Attributions of Breastfeeding Determinants in a French Population. Birth. 2008 Dec 1;35(4):303–12.

17. Salanave B, Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane, France, 2012. BEH. 2012;(34):383–7.

18. Initiative Hôpital Ami des Bébé - IHAB France - soutien à l'allaitement maternel [Internet]. Available from: <https://amis-des-bebes.fr/>

19. IHAB. Les établissements labellisés Hôpital Ami des Bébé en France [Internet]. Available from: <https://amis-des-bebes.fr/etablissements-labelises-ihab.php>

20. Su L-L, Chong Y-S, Chan Y-H, Chan Y-S, Fok D, Tun K-T, et al. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial. BMJ. 2007 Sep 20;335(7620):596.

21. Fanello S, Moreau-Gout I, Cotinat JP, Descamps P. Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : une enquête auprès de 308 femmes. 2003;10(1):19–24.

22. Rinker B, Veneracion M, Walsh CP. The effect of breastfeeding on breast aesthetics. Aesthet Surg J. 2008 Oct;28(5):534–7.

23. Gremmo-Féger G. Allaitement maternel : l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. Spirale. no 27(3):45–59.

-
24. ameli.fr - Le congé maternité [Internet]. Available from: <http://www.ameli.fr/employeurs/vos-demarches/arret-maladie-conges/le-conge-maternite/duree-du-conge-maternite.php>
25. Lexpress. Le gouvernement s'oppose à l'allongement des congés maternité et paternité [Internet]. L'Entreprise.com. 2017. Available from: http://lentreprise.lexpress.fr/rh-management/droit-travail/le-gouvernement-s-oppose-a-l-allongement-des-conges-maternite-et-paternite_1875619.html
26. Girard L. Communiquer autour de l'allaitement maternel du point de vue des soins centrés sur l'enfant et sa famille. Archives de Pédiatrie. 2013.
27. INPES - « Grossesse et accueil de l'enfant » Outil d'intervention en éducation pour la santé des femmes enceintes. Fiche 14 [Internet]. Available from: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/outils/grossesse-accueil.asp>
28. Rosen-Carole C, Hartman S. ABM Clinical Protocol #19: Breastfeeding Promotion in the Prenatal Setting, Revision 2015. Breastfeed Med. 2015 Dec 1;10(10):451–7.
29. Girard L. Communiquer autour de l'allaitement maternel en France. Doss Obstétrique Co Naître. 2008 Décembre;(377):20.
30. Inserm. Enquête périnatale 2010 : des grossesses toujours mieux suivies [Internet]. Available from: <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/enquete-perinatale-2010-des-grossesses-toujours-mieux-suivies>

ANNEXES

Annexe 1 : Les 12 recommandations de l'IHAB

1. Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille, formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique, qu'elles soient suivies ou non dans l'établissement.

Informar les femmes enceintes hospitalisées à risque d'accouchement prématuré ou de naissance d'un enfant malade des bénéfices de l'allaitement et de la conduite de la lactation et de l'allaitement.

4. Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.

Pour le nouveau-né né avant 37 SA, il s'agit de maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet.

5. Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment mettre en route et entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur nouveau-né ou s'il ne peut pas téter.

Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur nouveau-né

6. Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.

7. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24 heures sur 24. Favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.
8. Encourager l'alimentation « à la demande » de l'enfant.
9. Pour les bébés allaités, réserver l'usage des biberons et des sucettes aux situations particulières.
10. Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement. Travailler en réseau.
11. Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
12. Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.

Annexe 2 : Fiche d'information

Madame,

Je suis Daphné Delecourt, jeune médecin généraliste remplaçant. Je réalise actuellement un travail de thèse, encadré par le Professeur Damien Subtil et le Docteur Béatrice Mestdagh. Ce travail porte sur les femmes actuellement enceintes et sur l'allaitement maternel. Il s'agit d'une étude qualitative. Avec votre accord, un entretien individuel sera réalisé et enregistré, durant environ une demi-heure. Cet entretien restera anonyme.

Nous allons discuter de votre grossesse, de votre suivi, et de votre ressenti. Si vous le désirez, je vous ferai parvenir la retranscription de notre entretien mais également les résultats de ce travail.

Merci de votre participation, je reste à votre disposition pour toute précision nécessaire.

Cordialement,

Daphné Delecourt,

150 E rue de la Rosière 59147 Herrin,

daphne_delecourt@yahoo.fr

Annexe 3 : Guides d'entretien

Guide d'entretien n°1

Comment se passe votre grossesse ?

- où en êtes-vous ?

Rappelez-moi votre projet concernant l'alimentation de votre bébé

- quelle est votre expérience concernant l'allaitement ?

- que savez-vous de l'allaitement maternel ?

Pouvez-vous m'expliquer pourquoi vous avez changé d'avis en faveur de l'allaitement ?

- qu'est-ce qui vous a influencé dans ce sens ?

- quels moyens, termes, professionnels vous ont influencés ?

- qu'avez-vous entendu sur l'allaitement pendant votre grossesse ?

Age / Parité / Terme / Couple / Profession / Religion / Tabac

Guide d'entretien n°2

Pouvez-vous vous présenter ?

Age, terme, travail, parité

Comment vivez-vous votre grossesse ?

Quel était votre projet initial d'alimentation pour votre bébé ?

Quelles étaient les raisons de ce choix au départ ?

Pouvez-vous me parler des personnes qui vous ont fait changer d'avis ?

Médecins, sages-femmes, cours de préparation, famille, amis

Quels sont les médias qui vous ont fait changer d'avis ?

Livres, flyers, internet, télévision, spots

Quels sont les éléments du lait maternel qui vous ont fait changer d'avis ?

Guide d'entretien n°3

Pouvez-vous vous présenter ?

Age, terme, travail, parité

Comment vivez-vous votre grossesse ?

Quel était votre projet initial d'alimentation pour votre bébé ?

Quelles étaient les raisons de ce choix au départ ?

Pouvez-vous me parler des personnes qui vous ont fait changer d'avis ?

Médecins, sages-femmes, cours de préparation, famille, amis

Quels sont les médias qui vous ont fait changer d'avis ?

Livres, flyers, internet, télévision, spots

Quels sont les éléments du lait maternel qui vous ont fait changer d'avis ?

Pourquoi vous avez changé d'avis ? Qu'est-ce qui vous a fait changer d'avis ?

Annexe 4 : Caractéristiques des mamans

Mères	Age	Choix de départ	Situation maritale	Parité	Terme	Situation socio-économique	Déroulement Grossesse	Tabac	Religion	Lieu d'accouchement
M1	28	Indécise	En couple	4	35	Mère au foyer	RCIU	Non	Non	JdF
M2	36	Indécise	Pacsée	1	32	Technicienne de laboratoire		Non	Non	JdF
M3	28	Artificiel	Mariée	2	39	Télévendeuse	Hospitalisations (grippe, hypertension cérébrale)	Non	Non	Jdf
M4	36	Artificiel	Mariée (homosexuelle)	G1P3	33	Cadre (banque)	FIV	Non	Baptisée, non pratiquante	JdF
M5	38	Artificiel	En couple	2	30	Salariée (Auchan)	Diabète gestationnel	Non	Non	JdF
M6	31	Artificiel	Célibataire	1	33/34	Gestionnaire compte client		Non	Musulmane	Lens
M7	33	Artificiel	En couple	1	38	Agent administratif fonction publique	Mucoviscidose	Non	Musulmane	JdF
M8	27	Artificiel	En couple	1	37	Educatrice centre hébergement		Non	Non	JdF
M9	34	Artificiel	Pacsée	3	38	Agent des impots	MAP (30SA)	Occasionnel	Baptisée	JdF
M10	27	Indécise	Fiancéé	1	34	Vendeuse		Arrêt	Non	JdF
M11	22	Artificiel	En couple	1	40	Aide à domicile		Non	Non	JdF
M12	23	Artificiel	En couple	2	33	Vendeuse		Début de grossesse	Baptisée, non pratiquante	Seclin

Annexe 5 :

Cf CD-ROM

AUTEUR : Nom : DELECOURT

Prénom : DAPHNE

Date de Soutenance : 20 juin 2017

Titre de la Thèse : Facteurs influençant la décision maternelle d'allaiter au cours de la grossesse. Rôle du soignant. Etude qualitative.

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : décision maternelle - choix- allaitement maternel- grossesse

Résumé :

Contexte : Le lait maternel est l'aliment idéal et recommandé pour le nouveau-né. Les facteurs influençant l'allaitement maternel sont connus, nombreux et pour la plupart ne sont pas influençables par le professionnel de santé.

Objectif : Premièrement, mettre en évidence les raisons qui incitent la mère à prendre, pendant la grossesse, la décision d'allaiter. Deuxièmement, repérer les arguments avancés par les professionnels, ceci afin d'améliorer l'information prénatale et donc le taux d'initiation à l'allaitement.

Méthode : Etude qualitative réalisée par des entretiens individuels semi-dirigés avec comme critère d'inclusion principal une prise de décision à allaiter au cours de la grossesse (patiente indécise ou réfractaire initialement). Les données ont été codées en double aveugle avec le logiciel NVivo, jusqu'à saturation des données.

Résultats : Sur les douze entretiens réalisés, neuf mamans avaient choisi initialement le lait industriel comme mode d'alimentation de leur futur enfant. Les mamans se sont exprimées sur le besoin, d'abord, de vaincre des réticences personnelle et des freins culturels, puis sur les motivations qui leur ont permis de choisir l'allaitement maternel. C'est souvent l'entourage qui influence la future maman. Cependant, le professionnel de santé a également un rôle à jouer : lever les freins et délivrer une information adaptée sur les bienfaits de l'allaitement. Les futurs parents sont souvent passifs face à l'information qu'ils reçoivent. C'est en multipliant les sources d'information que la communication sera optimale et que les parents pourront faire un choix éclairé.

Conclusion : La communication et l'accompagnement sont les clés de la promotion de l'allaitement maternel, plus qu'une argumentation scientifique isolée. Les discours préconçus permettant d'influencer le choix n'existent pas. L'information prénatale doit être personnalisée et accessible avec des sources diversifiées.

Composition du Jury :

Président : Pr TURCK Dominique

Assesseurs : Pr SUBTIL Damien, Pr DEBARGE Véronique

Directrice de thèse : Dr MESTDAGH Béatrice

