

Facteurs influençant l'allaitement maternel

Autor(en): **Habashi, V.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **86 (1988)**

Heft 12

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-951050>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Facteurs influençant l'allaitement maternel

par le Dr V. Habashi, Fribourg

Une étude démographique des facteurs influençant l'allaitement maternel à la campagne, région de la Broye vaudoise et fribourgeoise, réalisée auprès de 150 mères entre 1980 et 1982, montre que sur 74,7% des femmes décidant d'allaiter 64% seulement ont pu allaiter à la naissance. Ce pourcentage tombe à 41 à la sortie de l'hôpital, à 12,5 à 3 mois et la durée moyenne est de 8,9 semaines.

Nombre de points importants ou secondaires influençant la fréquence et la durée de l'allaitement maternel ont été étudiés tout en les comparant aux facteurs existant dans d'autres régions de la Suisse ou dans d'autre pays.

Les habitudes en matière d'allaitement varient sensiblement selon les pays et très souvent, selon les couches de population à l'intérieur d'un pays.

Aspects de l'allaitement au sein

On note que la décision d'allaitement prise longtemps avant l'accouchement et après mûre réflexion représente un facteur décisif: en effet 97% des mères allaitant avaient pris cette décision auparavant alors que 67% des mères donnant le biberon n'avaient pas réfléchi au problème.

Pour vérifier si ces mères étaient convaincues et décidées de surmonter toutes les difficultés, tout en essayant de comparer le désir de l'allaitement à sa réalité de fait, les chiffres tombent de 97% à 60% (sein) et de 33% à 9% (biberon). Ce résultat très significatif nous montre l'ambivalence et la non-décision chez 91% des mères donnant le biberon. Si la question se pose autrement et que l'enfant se porte bien à la naissance et dépasse en certain poids, le pourcentage s'élève de 33% à 39% (biberon) et reste le même chez le groupe donnant le sein.

Selon notre enquête, les mères recourent davantage à l'allaitement mixte et d'une façon plus précoce surtout dans les premières 4 semaines de vie, ce qui se termine par l'abandon de l'A.M. à court terme. En effet, lorsque une lactation est insuffisante, des tétées plus fréquentes s'imposent, et sont mal supportées par la mère; « le nouveau-né est insatisfait, il pleure beaucoup, un déséquilibre survient, la mère se fatigue; il faut alors des compléments d'alimentation artificielle.

Un facteur clé dans le déclin de l'A.M. est la perte de confiance éprouvée par la mère vis-à-vis de son pouvoir d'allaiter et de surmonter les difficultés qui surviennent, à ce

moment 59% des mères sont prêtes à stopper l'A.M.

Parmi les causes de sevrage, on relève l'hypogalactie (48%) qui est pour la plupart des auteurs due à une méconnaissance de la physiologie et à une motivation insuffisante chez la mère. Pour remédier à cela seules les tétées fréquentes maintiendront la lactation. Il faut savoir qu'à la première semaine de vie, le bébé a besoin de 4 à 16 tétées par jour, et s'il tète correctement, il prend 80 à 90% de lait de chaque sein dans les 4 minutes. Le tire-lait est utilisé par 59% des mères.

Les difficultés causées par l'attitude de l'enfant selon les mères sont de l'ordre de 32%: 3% des enfants montrent des complications dans les premières 24 heures de vie, 59% n'ont pu téter dans les premières 24 heures de vie. 47% des enfants ont un poids moyen de 3400g.

Autres causes de sevrage: 17% de fatigue et surmenage maternels, 15% de crevasse, 5% de malformations ou maladies des seins.

Choix de l'allaitement et influence de l'entourage

La personnalité de la mère et son milieu culturel sont étroitement liés, les jeunes mères dépendent de plus en plus de leur entourage. La décision personnelle est constatée chez 45% des mères, le mari est le facteur d'influence le plus important dans l'entourage (30%) et la sage-femme en second lieu avec 24%. Cette dernière a, en effet, une position privilégiée, elle influencera les premiers comportements maternels et son but devrait être d'inculquer à la mère la confiance en soi.

Parmi les résultats non significatifs on note l'influence du médecin qui est de 16% bien que 95% des femmes étaient suivies régulièrement par le gynécologue. L'influence du pédiatre est faible (3%) alors que le véritable problème de l'A.M. est son abandon à court terme, et concerne plus spécifiquement le pédiatre.

Circonstances de grossesse et de naissance

La préparation à l'accouchement n'a pas influencé le pourcentage des mères allaitant (58% ont suivi le cours contre 46%), mais 63% des mères donnant le sein ont bénéficié des conseils pour un allaitement correct contre 32%.

Le groupe d'âge dans notre étude se situe

de 26 à 30 ans (à Genève de 30 à 35 ans). La parité est d'une influence non-significative. Les problèmes liés à la grossesse tels que stérilité antérieure, menace d'avortement ou d'accouchement prématuré ou autres maladies associées, restent sans influence.

Les souvenirs de l'accouchement et le mode d'accouchement influencent l'attitude de la mère. Le taux de césarienne est plus élevé chez le groupe donnant le biberon (30% contre 13%); un travail long ou difficile, ainsi que les complications à l'accouchement sont sans influence; par contre le contact avec le bébé à la naissance présente un pourcentage plus élevé chez le groupe donnant le sein (78% contre 67%). Le retard dans la montée du lait est sans influence.

La sexualité

La littérature attribue aux femmes qui allaitent des antécédents en général libres de stress affectif, de problèmes d'ordre sexuel ou familial, contrairement aux femmes donnant le biberon. Selon notre étude, on note que les rapports sexuels dans les 4 dernières semaines sont plus fréquents chez le groupe donnant le sein (43% contre 20%). Le sentiment d'aversion pour l'A.M. paraît en relation avec une répugnance de la nudité et de la sexualité.

La contraception

L'A.M. n'a jamais été envisagé comme moyen de contraception. Une nouvelle grossesse est survenue chez 2% pendant l'allaitement. Le pourcentage des mères indécises à la reprise d'un moyen de contraception est de façon significativement plus élevée chez le groupe donnant le biberon.

Aspects esthétiques

On constate surtout que la mère donnant le biberon se culpabilise et nie l'aspect esthétique comme cause de non-allaitement alors que pour elle la beauté des seins est significativement plus importante (65% contre 53% pour les mères donnant le sein); 16% accepterait une chirurgie correctrice.

Mass media

Pas de corrélation trouvée entre information et A.M., entre encouragement et A.M., contrairement à ce que dit la littérature.

Lait artificiel

On a démontré que le coût des aliments supplémentaires nécessaires à la mère qui allaite est de 17 à 21% par jour, alors que celui des préparations lactées est de l'ordre de 50 à 75% par jour. En ce qui concerne les échantillons de lait, les conseils donnés

sur une marque de lait ou le fait que la mère ait pensé au prix du lait donnent des résultats non significatifs; 46% des mères pensent que le lait maternel est l'aliment idéal et amplement suffisant pour le bébé.

Le père de l'enfant

On note un taux plus élevé d'allaitement maternel lorsque le père est un étranger; 92% des mères cohabitent avec le père de l'enfant. Le niveau de scolarité est d'une influence significative entre la classe I (universitaire) et la classe IV (primaire complet), l'A.M. est plus fréquent dans le premier groupe. Le 76% des enfants dont le père appartient à la classe III (ouvriers qualifiés, employés de bureau, cultivateurs, paramédicaux, représentants, cuisiniers, ...), classe représentant le 59% des groupes participant à notre étude, sont allaités artificiellement.

La mère

Sur le plan religieux, les catholiques allaitent plus que les protestantes (68 contre 43%). Le 57% des mères qui allaitent sont issues de la classe II (moyen supérieur, baccalauréat) qui représente le 48% des femmes participant à notre étude. La profession est évoquée comme raison de sevrage chez 6%. En travaillant à plein temps, 12% des mères allaitent contre 5% donnant le biberon. Les mères sans activité ont plus tendance à donner le biberon (69 contre 66%). Un taux de 6% ont la possibilité d'allaiter sur le lieu de travail. Les congés de maternité 20%, de paternité 17%, d'allaitement 1%, ont bénéficié d'une aide pour le ménage 15%; 52% n'ont pas touché de prime pour l'allaitement. Le fait que la mère aie ou non été allaitée reste non significatif.

Environnement culturel

Des particularités de notre civilisation influencent-elles le désir d'allaitement? 88% des mères pensent que l'A.M. est le rôle naturel d'une mère dans les temps modernes. Pour 87% les enfants ne sont pas considérés comme une entrave à la liberté de la femme. L'A.M. est considéré plus facile et plus pratique par seulement 60% des mères; 83% en ont gardé un bon souvenir, 28% seulement étaient contentes d'avoir arrêté d'allaiter tandis que 48% ont trouvé des avantages dans l'arrêt de l'allaitement.

Conclusion

La lactation humaine est sujette à de grandes variations de facteurs psychologiques en interrelation, groupés en facteurs émotionnels et attitudes individuelles, en facteurs émotionnels et attitudes dérivées d'un groupe, et de mécanismes psychologiques médiateurs.

HELLP Syndrome

par le Dr J.-P. Chatelain, Lausanne

Le HELLP Syndrome fait partie des pré-éclampsies et a été décrit pour la première fois par Weinstein (Arizona, USA) en 1982¹³. Le diagnostic de ce syndrome est d'autant plus important qu'il est grevé non seulement d'une forte mortalité périnatale, mais aussi maternelle.

HELLP représente l'abréviation anglaise de **H**emolysis, **E**levated Liver enzymes et **L**ow Platelets, qui englobe une hémolyse, une élévation du taux sérique des transaminases hépatiques (GOT, GPT) et une thrombocytopénie (définie par un nombre de plaquettes inférieur à 150 000 G/L).

Incidence

Le HELLP complique 4 à 12% des pré-éclampsies sévères et des éclampsies¹⁰. Il touche environ 2 grossesses sur mille. Pour mémoire, la prééclampsie sévère affecte environ 1,4% des grossesses et l'éclampsie 1,3%^{7, 8}. Il atteint indifféremment primipares et multipares; par conséquent, il touche une population plus âgée que la prééclampsie. La maladie se déclenche essentiellement dans le dernier tiers de la grossesse (âge gestationnel moyen: 32 semaines), mais ses manifestations cliniques peuvent n'apparaître qu'après l'accouchement (en principe jusqu'à 48 à 72 heures après)!

Il n'y a pas d'évidence de récurrence de la maladie lors d'une grossesse ultérieure¹⁰.

Physiopathologie

L'étiologie très complexe du HELLP s'apparente à celle de la prééclampsie; elle est en partie élucidée. Des mécanismes immunologiques, humoraux et physiques ont été récemment démontrés; ils expliquent les trois composantes du HELLP:

- La thrombocytopénie, due à une consommation exagérée de plaquettes dans certains organes et dans la circulation. Cette hyperconsommation résulte d'une part d'une destruction directe des plaquettes dans des microvaisseaux lésés et contractés (vasospasme dû à l'hypertension¹¹, d'autre part de l'activation de l'adhésion plaquettaire par des particules immunologiques (activation du complément, élévation des anticorps antiplaquettaires)⁶.
- L'hémolyse, qui résulte d'une déformation des érythrocytes dans la microcirculation d'organes tels que les reins, le foie, le placenta. Ces cellules défor-

mées, visibles au frottis sanguin sous forme d'échinocytes et de schistocytes, sont éliminées par la rate. Lorsque cette destruction est suffisamment importante et rapide, elle peut engendrer une anémie (anémie hémolytique microangiopathique)¹³.

- L'atteinte hépatique est due à l'obstruction de la microcirculation centrolobulaire par des dépôts de fibrine¹ et de plaquettes, qui provoquent une hypoxie des cellules hépatiques et leur destruction. L'élévation des transaminases reflète l'intensité de la lyse cellulaire.

Clinique

La symptomatologie est peu spécifique dans la plupart des cas, évoquant parfois une gastrite:

- sentiment de malaise (100%)
- douleurs épigastriques et/ou de l'hypochondre droit en barre (90%)
- nausées, vomissements (50-90%)
- céphalées (50%).

L'examen clinique met en évidence:

- palpation douloureuse du foie (100%)
- **oedèmes fréquemment absents (45%)**
- pression artérielle habituellement élevée (85%) mais **normale dans 15% des cas**
- hyperreflexie inconstante
- oligoanurie
- urines teintées par l'urobilinogène.

Les examens paracliniques permettent le diagnostic:

- transaminases élevées (parfois 20 à 40 fois la norme)
- thrombocytopénie (moy. 55 000 G/L)
- frottis sanguin périphérique: présence de schistocytes (fragments d'érythrocytes), d'échinocytes (érythrocytes spiculés) et de polychromasie
- protéinurie > 1+ (85%)
- bilirubinémie indirecte élevée (57%)
- crase perturbée en cas de coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) surajoutée (38%).

Les examens paracliniques peuvent être perturbés avant l'apparition de signes cliniques sévères

Le diagnostic du HELLP en présence des signes classiques de la prééclampsie ne devrait pas représenter de difficulté. En l'absence d'hypertension artérielle et d'oedèmes (15%), le problème est plus ardu; des douleurs épigastriques ou de l'hypochondre droit imposent un diagnostic d'exclusion de ce syndrome par des tests simples (recherche d'une protéinurie, d'une diminution des thrombocytes, d'une élévation des transaminases hépatiques).