

Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes
Band: 118 (2020)
Heft: 6

Artikel: Allaitement chez la femme présentant une obésité
Autor: Boulle, Constance / Dufour, Isabelle / Jean, Morgane
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949074>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 15.10.2024

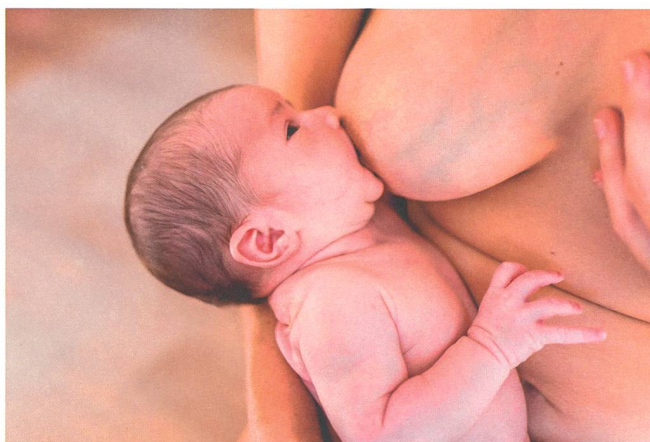
ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Allaitement chez la femme présentant une obésité

L'obésité est une problématique de santé publique mondiale. En nette augmentation, elle touche la périnatalité, en ayant un impact négatif sur les taux d'allaitement. Il est donc essentiel que les professionnel·le·s de santé comprennent et articulent de manière spécifique les phénomènes qui en découlent, pour proposer une prise en soins adaptée. Dans cet article issu de leur travail de bachelor, les auteures proposent des pistes pour la pratique visant à améliorer l'accompagnement des femmes concernées.

TEXTE :
CONSTANCE BOULLE, ISABELLE DUFOUR, MORGANE JEAN

La production lactée est dépendante de la taille de la glande mammaire, sensiblement similaire chez toutes les femmes, et non du volume des seins.



Adobe Stock

Le taux d'obésité mondial a triplé depuis 1975, il était de 13 % en 2016 (Organisation mondiale de la Santé, 2018). En 2017, 10,2 % des femmes suisses présentaient une obésité (Office fédéral de la statistique, 2017). A côté de cela, en 2009, 26 % des femmes allaitaient exclusivement leur enfant à six mois post-partum (Islas, 2019). En se focalisant sur la population des femmes présentant une obésité, on constate qu'aux Etats-Unis, 43 % des femmes primipares avec un poids normal allaitent exclusivement contre 29 % des femmes ayant un indice de masse corporelle $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (O'Sullivan *et al.*, 2015).

Impact de l'obésité sur l'allaitement

Si l'allaitement offre de nombreux bienfaits à la santé maternelle et infantile, il est d'autant plus pertinent dans le cadre de l'obésité. En effet, il favorise la perte de poids maternelle en post-partum et a un rôle protecteur d'obésité infantile (Turck, 2005). Il semble donc particulièrement intéressant de comprendre les impacts de l'obésité sur l'allaitement, afin de favoriser l'égalité des chances d'un allaitement réussi.

Plusieurs phénomènes physiopathologiques liés à l'obésité préconceptionnelle impacteraient l'allaitement maternel, cependant, ils demandent encore à être explorés. Tout d'abord, la montée de lait survient plus tardivement. En effet, la présence accrue de tissus adipeux qui stockent la progestérone perturberait la chute de cette hormone, nécessaire à la lactogénèse de stade II (Hilson

et al., 2004). A noter que la production lactée est dépendante de la taille de la glande mammaire, sensiblement similaire chez toutes les femmes, et non du volume des seins (qui dépend de la quantité du tissu adipeux) (Camus, 2017). Enfin, la réponse de sécrétion de prolactine à la succion du nouveau-né serait retardée, ce qui prolongerait la durée de la tétée (Rasmussen & Kholhede, 2004).

Des raisons purement anatomiques sont également relevées dans la littérature, notamment en présence de poitrine volumineuse: difficultés du passage du lait dans les canaux galactophores, difficultés de positionnement du bébé au sein et mamelons plus fréquemment plats (Amir & Donath, 2007). D'autre part, une insatisfaction de l'image corporelle, davantage retrouvée chez cette population, a des conséquences sur l'initiation et la poursuite de l'allaitement. Ceci est renforcé en présence de poitrine volumineuse qui complexifie la possibilité d'allaiter discrètement en public (Amir & Donath, 2007). Enfin, les femmes présentant de l'obésité sont plus susceptibles d'appartenir à un milieu social bas qui est, lui, déjà moins enclin à allaiter (Donath & Amir, 2000).

Spécificités de la prise en soin de l'allaitement

Vécu et besoins des femmes

En lien avec une poitrine et/ou un abdomen volumineux, les femmes décrivent davantage de complexité à l'installation pour la tétée, des douleurs et des crevasses (Claes-

son *et al.*, 2018). A cela s'ajoute pour certaines une peur d'étouffer leur enfant, qui demande donc d'être plus spécifiquement attentif-ve à l'installation de ces mères lors de la tétée. Plusieurs astuces peuvent guider les soignant-e-s (Figure 1) telles qu'une stabilisation du sein ou des positions d'allaitement adaptées (Jevitt *et al.*, 2007). Beaucoup de ces femmes sont préoccupées par une insuffisance de production lactée (Jarlenski *et al.*, 2014). La lactogénèse II étant retardée chez cette population, les professionnel-le-s ont un rôle d'information et peuvent proposer des actions (voir encadré page suivante) comme des mises aux seins rapprochées (Jevitt *et al.*, 2007). De plus, à la difficulté d'installation lors d'allaitement en public s'ajoute la crainte du regard des autres (Claesson *et al.*, 2018). Les auteures proposent d'orienter ces femmes vers des outils pouvant faciliter cette démarche (voir encadré page suivante). Une application mobile les guidant vers des espaces publics aménagés pour allaiter peut être conseillée.

Les femmes se sentent souvent seules face à ces difficultés et relèvent le soutien et l'accompagnement comme primordiaux (Claesson *et al.*, 2018). Ceux-ci se doivent d'être adaptés, sans être trop focalisés sur la prise de poids de l'enfant (Claesson *et al.*, 2018) et en étant attentifs aux gestes pouvant être vécus comme intrusifs par ces mères (Massov, 2015). Ce soutien peut être également effectué ou complété par des pairs formés (Chapman *et al.*, 2013) ou l'entourage (Claesson *et al.*, 2018). Certaines de ces mères se

Accompagner une femme allaitante présentant une obésité

Physiopathologie de l'allaitement

- Risque de césarienne important → 1^{ère} mise au sein souvent plus tardive
- Lactogénèse de stade II retardée, particulièrement chez les femmes primipares
- Tétées plus longues (retard de production de prolactine) en post partum < 7 jours
- Poitrines volumineuses: mamelon plat plus fréquent

Conseils et astuces

Prénatal et PANP

- S'enquérir du mode d'alimentation prévu et des questions à ce sujet
- Donner des informations réalistes sur les bénéfices de l'allaitement, et les inconvénients éventuels
- Proposer de tester des positions d'allaitement
- Proposer d'inclure un voile/châle léger pour favoriser l'intimité dans la valise-maternité
- Césarienne programmée: proposer TL/ expression manuelle et stocker le colostrum pour compléter l'enfant avec lors du post partum immédiat

Post-partum

- Favoriser le peau-à-peau ininterrompu les 50 premières minutes de vie, lors de césarienne également
- Mises au sein fréquentes 10-12/24h jusqu'à la montée de lait
- Proposer et encourager une rencontre avec un conseiller en lactation
- Valoriser le soutien par le père/l'entourage mais éviter trop de visites en maternité
- Mettre une pancarte «allaitement en cours, ne pas déranger» à disposition
- Privilégier fauteuil / lit large pour faciliter le positionnement au sein
- Stabiliser le sein en plaçant une serviette roulée dessous
- Privilégier les positions où le poids du sein ne repose pas sur l'enfant
- Mamelons plats : utiliser des niplettes/ seringues modifiées ou un tire-lait avant la tétée pour les faire ressortir



ALLONGÉE



L'AUSTRALIENNE



À CALIFOURCHON

- Informer les femmes sur les réseaux de soutien à l'allaitement (professionnel-le-s et pairs), les lieux publics pour allaiter (application mobile), les magasins distribuant des vêtements d'allaitement grandes tailles...

Savoir-être

- Accompagnement d'une mère et de son enfant, pas d'une pathologie
- Garder les risques associés à l'obésité à l'esprit
- Être attentif-ve au stress communiqué à la femme lors de situations complexes
- Encourager et soutenir la femme et son bébé, quelle que soit l'alimentation choisie
- Veiller au respect de l'intimité et à la qualité du toucher qui peut être perçu comme intrusif

disent insuffisamment préparées face à ces difficultés et encouragent les soignant-e-s à apporter une vision plus réaliste et spécifique à leur situation en période prénatale (Claesson *et al.*, 2018).

Besoins des professionnel-le-s

Lors de la prise en soin de cette population, une stigmatisation est fréquemment ressentie par les femmes et reconnue par les professionnel-le-s, qui peuvent adopter des comportements de gêne, voire de rejet (Carof, 2017). Des programmes spécifiques au suivi périnatal des femmes présentant une obésité peuvent aussi être ressentis comme stigmatisants, ce qui engendre une faible participation (Chwah *et al.*, 2016). Ces mères demandent à être considérées comme les autres car elles passent par le même processus de parentalité. Il s'agirait donc de favoriser diverses actions ciblées à leur situation plutôt qu'un programme global axé sur l'obésité (Carlsen *et al.*, 2013). Certaines interventions montrent des résultats intéressants sur l'initiation et la durée d'allaitement. C'est le cas d'un soutien

Lors de la prise en soin de cette population, une stigmatisation est fréquemment ressentie par les femmes et reconnue par les professionnel-le-s, qui peuvent adopter des comportements de gêne, voire de rejet.

téléphonique proposé par un-e consultant-e en lactation, qui a l'avantage d'être peu coûteux et peu chronophage (Carlsen *et al.*, 2013). Des soignant-e-s proposent d'examiner les seins en prénatal afin d'anticiper certains obstacles, ou encore d'expérimenter des positions d'allaitement hors du contexte psycho-émotionnel intense de la naissance (Garner *et al.*, 2014).

Les obstacles rencontrés avec cette population peuvent mener à un sentiment d'insatisfaction professionnelle (Carof, 2017). Grajeda (2002) invite donc les soignant-e-s à veiller au stress inconsciemment communiqué à la femme, engendré par l'anticipation

et la gestion de ces prises en soin étiquetées comme lourdes. Ce stress surajouté diminue la production de prolactine chez une population déjà fragilisée sur ce point.

Enfin, un grand nombre de professionnel-le-s propose le même accompagnement à l'allaitement aux femmes ayant un poids normal et à celles présentant une obésité (Amir & Donath, 2007). Le manque de connaissances des soignant-e-s quant aux difficultés spécifiques liées à l'allaitement chez cette population s'avère donc être un point crucial (Claesson *et al.*, 2018). Ceci met en lumière leur besoin de formation et d'ajustement des connaissances, qui leur permettraient d'offrir un accompagnement adapté et personnalisé, favorisant ainsi l'égalité des chances en matière d'allaitement (Garner *et al.*, 2014).

Optimiser la prise en soin

Une difficulté centrale pour les professionnel-le-s est de trouver le juste équilibre entre une prise en soin consciente des spécificités et des obstacles rencontrés par ces femmes, tout en évitant de les stigmatiser. Il est également important de ne pas assimiler l'obésité à un échec anticipé en matière d'allaitement et de les considérer comme des mères en premier lieu.

De nombreuses recherches doivent encore être menées afin d'optimiser la prise en soin de cette population, entre autres concernant les mécanismes physiopathologiques de l'obésité sur l'allaitement. ☉

Boullé, C., Dufour, I. & Jean, M. (2019). Allaitement chez la femme présentant une obésité. Travail de bachelors dirigé par Politis-Mercier, M. P. & Haydar, C. à la Haute Ecole de Santé Vaud, Lausanne.



Constance Boullé,

titulaire d'un diplôme d'Etat Infirmier à Paris en 2014, elle exerce en pédopsychiatrie avant de réaliser un bachelors de Sage-femme à la Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV) de Lausanne dont elle sort diplômée en septembre 2019. Début 2020, elle initie sa carrière sage-femme à la maternité de Neuchâtel.



Isabelle Dufour,

infirmière sage-femme. Elle est titulaire d'un bachelors en Soins infirmiers à la Haute école de santé de Fribourg qu'elle met en pratique en service de chirurgie cardiaque pendant trois ans, avant de réaliser un bachelors de Sage-femme à l'HESAV. Elle entame sa carrière sage-femme à la maternité de Payerne en janvier 2020.



Morgane Jean,

infirmière sage-femme. Elle a obtenu son diplôme d'Etat infirmier au CHU de Rouen en 2010 et un bachelors de Sage-femme à l'HESAV. Elle a travaillé durant sept ans dans le domaine de la psychiatrie et des soins en milieu pénitentiaire, avant de débiter sa carrière sage-femme à la maternité de Morges.

Références

- Amir, L. H. & Donath, S. (2007)** A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration. *BMC pregnancy and childbirth*; 7:9, 1-14. doi:10.1186/1471-2393-7-9.
- Camus, G. (2017)** L'allaitement maternel: guide à l'usage des professionnels. Louvain-la-Neuve, Belgique: Deboeck supérieur.
- Carlsen, E. M., Kyhnaeb, A., Renault, K. M., Cortes, D., Michaelsen, K. F. & Pryds, O. (2013)** Telephone-based support prolongs breastfeeding duration in obese women: a randomized trial. *American Society of Nutrition*; 98, 1226-12232. doi:10.3945/ajcn.113.059600.
- Carof, S. (2017)** Les représentations sociales du corps «gros». *Anthropologie & Santé*; 14. doi:10.4000/anthropologiesante.2396.
- Chapman, D. J., Morel, K., Bermúdez-Millanán, A., Young, S., Damio, D. & Pérez-Escamilla, R. (2013)** Breastfeeding education and support trial for overweight and obese women: A randomized trial. *Pediatrics*; 131, e162-e170. doi:10.1542/peds.2012-0688.
- Chapman, D. & Pérez-Escamilla, R. (1999)** Identification of risk factors for delayed onset of lactation. *Journal of the American dietetic association*; 99:4, 450-454. doi:10.1016/S0002-8223(99)00109-1.
- Chwah, S. R., Reilly, A., Hall, B., O'Sullivan, A. J. & Henry, A. (2016)** Engagement with and outcomes of a Midwifery-led intervention group for pregnant women of high body mass index. *Obstetric Medicine*; 9, 120-125. doi:10.1177/1753495X16638560.
- Claesson, I. M., Larsson, L., Steen, L. & Alehagen, S. (2018)** «You just need to leave the room when you breastfeed». Breastfeeding experiences among obese women in Sweden – A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 18 (39). doi:10.1186/s12884-017-1656-2.
- Donath, S. & Amir, L. H. (2000)** Rates of breastfeeding in Australia by State and socio-economic status: Evidence from the 1995 National Health Survey. *Journal of Pediatric Child Health*; 36, 164-168. doi:10.1046/j.1440-1754.2000.00486.x.
- Garner, C. D., Ratcliff, S. L., Devine, C. M., Thornburg, L. L. & Rasmussen, K. (2014)** Health professional's experiences providing breastfeeding-related care for obese women. *Breastfeeding Medicine*; 9 (10), 503-509. doi:10.1089/bfm.2014.0104.
- Grajeda, R. & Pérez-Escamilla, R. (2002)** Stress during labour and delivery is associated with delayed onset of lactation among urban guatemalan women. *The Journal of nutrition*; 132,3055-3060. doi:10.1093/jn/131.10.3055.
- Hilson, J. A., Rasmussen, K. M. & Kjolhede, C. L. (2004)** High prepregnant body mass index is associated with poor lactation outcomes among white, rural women independent of psychosocial and demographic correlates. *International Lactation Consultant Association*; 20(1), 18-29. doi:10.1177/0890334403261345.
- Islas, P. (2019)** Mythes et réalité de l'allaitement en Suisse. *Swissinfo.ch*; Février. www.swissinfo.ch
- Jarlenski, M., McManus, J., Diener-West, M., Schwarz, E. B., Yeung, E. & Bennet, W. L. (2014)** Association between support from a health professional and breastfeeding knowledge and practices among obese women: evidence from the infant practices study II. *Women's health issues*; 24-6, 641-648. doi:10.1016/j.whi.2014.08.002.
- Jevitt, C., Hernandez, I. & Groër M. (2007)** Lactation complicated by overweight and obesity: supporting the mother and newborn. *Journal of Midwifery & Women's health*; 52. 606-613. doi:10.1016/j.jmwh.2007.04.006.
- Massov, L. (2015)** Clinically overweight and obese mothers and low rates of breastfeeding: exploring women's perspectives. *New Zealand College of Midwives Journal*; 51, 23-29. doi:10.12784/nzcomjnl51.2015.4.23-29.
- Office fédéral de la statistique (2017)** Enquête suisse sur la santé. www.bfs.admin.ch
- Organisation mondiale de la Santé (2018)** Obésité et surpoids. www.who.int
- O'Sullivan, E. J., Perrine, C. G. & Rasmussen, K.M. (2015)** Early breastfeeding problems mediate the negative association between maternal obesity and exclusive breastfeeding at 1 and 2 months postpartum. *American Society for Nutrition*; 145, 2369-2378. doi:10.3945/jn.115.214619.
- Rasmussen, K. M. & Kjolhede, C. L. (2004)** Prepregnant overweight and obesity diminish the prolactin response to suckling in the first week postpartum. *The American Academy of Pediatrics*; 113(5), 465-471. http://pediatrics.aappublications.org
- Turck, D. & Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie (2005)** Allaitement maternel: les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. www.sciencedirect.com

AUTEURES