UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2018

N° 2018-22

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Claire COUËTIL
née le 14/02/1985 à Loudéac (22)

Présentée et soutenue publiquement le 26 mars 2018

LES CAUSES DE SEVRAGE D'ALLAITEMENT MATERNEL entre 1 et 6 mois de vie de l'enfant

Étude transversale auprès de 100 mères

Président : Monsieur le Professeur Norbert WINER

Directrice de thèse : Madame le Docteur Cécile BOSCHER

Assesseur : Monsieur le Professeur Dominique DARMAUN

Assesseur : Monsieur le Professeur Cyril FLAMANT

REMERCIEMENTS

Au Professeur Norbert WINER, nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faîtes en acceptant de présider notre jury de thèse. Nous souhaitons que ce travail soit le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

A ma directrice de thèse, le Docteur Cécile BOSCHER, merci d'avoir eu la gentillesse d'accepter d'accompagner ce travail. Tes conseils avisés m'ont aidée à orienter et mener à bien mes recherches.

Au Professeur Dominique DARMAUN, nous tenons à vous exprimer notre reconnaissance pour l'intérêt que vous portez à ce sujet. Votre éclairage en tant que directeur adjoint de l'unité de physiologie des adaptations nutritionnelles est le bienvenu.

Au Professeur Cyril FLAMANT, merci de la disponibilité que vous nous accordez dans l'optique de juger notre travail. Votre implication dans la recherche et votre qualité de responsable de l'unité de réanimation et de médecine néonatale nous sont précieuses.

A mon père, qui m'a toujours épaulée dans la vie et dans mes nombreuses vicissitudes scolaires. Mon projet professionnel n'aurait jamais pu aboutir sans ton aide.

A ma mère qui m'a allaitée et m'a consacré tout son temps aux moments où j'étais la plus vulnérable.

A mes frères et sœurs, le plus beau cadeau que la vie m'ait faite.

A Natacha et Thomas, Julie et Manuel, Nadège et Erwan, Marie-Astrid et Dominik, Aline et Thieu, Laure, Karine, Étienne, Garance... Vous faites partie intégrante de mon bonheur actuel.

A Solenn CARVALHO et Claude DAUSSY, qui m'ont ouvert les portes de la maternité du CHU de Nantes.

A toutes les mères qui ont accepté de répondre à notre questionnaire, merci de nous avoir offert de votre précieux temps pour nous partager votre expérience.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION : Pourquoi une thèse sur l'allaitement ? 5
I. RECOMMANDATIONS 5
A. Haute Autorité de Santé (HAS) 5
B. Programme National Nutrition Santé (PNNS) 6
C. Initiative Hôpital Ami des Bébés (HAB) 6
II. BENEFICES DE L'ALLAITEMENT 8
A. Bénéfices pour l'enfant 8
B. Bénéfices pour la mère 9
C. Bénéfices économiques 10
III. ETAT DES LIEUX DE L'ALLAITEMENT EN FRANCE ET DANS LE MONDE 11
A. Monde 11
B. France 13
IV. ETUDE 16
A. Matériel et Méthode 16
1. Objectif 16
2. Méthode 16
a. Type d'étude 16
b. Population cible 16
c. Population source 17
d. Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion 17
e. Déroulement de l'étude 17
f. Questionnaire 18
g. Analyses statistiques 18
B. Résultats 18
1. Effectif 18
2. Profil des femmes interrogées 19
3. Information sur l'allaitement avant l'accouchement 21
4. Motivations 21
5. Durée du congé postnatal 21
6. Accouchement 21
7. Séjour à la maternité 22
8. Allaitement et diversification 23
9. Degré de satisfaction concernant l'allaitement 25
V. DISCUSSION 28
A. Limites de l'étude 28
B. Facteurs influençant l'allaitement 29
1. Facteurs favorisants 29
2. Facteurs de sevrage 33
C. Origine des difficultés inhérentes au projet d'allaiter en France 38
1. Généralités 38
2. Manque de formation des médecins 38
D. Propositions de soutien à l'allaitement 39
1. Mesures gouvernementales 39
2. Information prénatale 39

3. Amélioration de la prise en charge à domicile 40
4. Consultation systématique à J15 40
5. Autoformation des médecins 41
CONCLUSION 42
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 43
ANNEXES 49
Annexe 1 : Dépliant allaitement (à proposer au 4e mois de grossesse) 50
Annexe 2 : Dix conditions Initiative Hôpital Ami des Bébés 52
Annexe 3 : Questionnaire 53
Annexe 4 : Aide à l'allaitement (à remettre à la consultation de J15) 56
Annexe 5 : Fiche pratique « allaitement et reprise du travail » 58

INTRODUCTION : Pourquoi une thèse sur l'allaitement ?

Au cours de son expérience professionnelle, chaque médecin est confronté à des annonces répétées de sevrage d'allaitement. En France, à 6 mois, seulement 18,5% des enfants reçoivent encore du lait maternel (1), contre 80% en Norvège (2).
Quelles sont les causes qui sous-tendent l'"exception française" ?
Après un rappel des recommandations actuelles et des bénéfices de l'allaitement, nous tenterons de répondre à cette question à la lumière des données de la littérature et d'une étude menée auprès des mères.

I. RECOMMANDATIONS

A. Haute Autorité de Santé (HAS)

Le lait maternel constitue l'aliment de référence pour les nourrissons pendant les premiers mois de leur vie. La HAS a publié en 2006 des recommandations dans le but de favoriser l'allaitement maternel, en s'appuyant sur des données issues de recommandations pour la pratique clinique, de conférences de consensus ou de méta-analyses éditées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), l'International Lactation Consultant Association (ILCA) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (3).
Ces recommandations préconisent un allaitement exclusif pendant 6 mois, et une prolongation de l'allaitement assortie d'une diversification jusqu'à l'âge de 2 ans voire davantage.

Le plan 2025 de l'OMS (4) comprend 6 cibles. L'une d'elles est de porter les taux d'allaitement exclusif au cours des 6 premiers mois de la vie à au moins **50%**.

B. Programme National Nutrition Santé (PNNS)

Comme nous le verrons, la France présente un retard en matière d'allaitement par rapport aux autres pays européens. Après ce constat, le gouvernement élabore le Programme National Nutrition Santé, présenté initialement le 31 juillet 2001 (5).
Le personnel des maternités est particulièrement visé par ce plan d'information.

Le PNNS prévoit de promouvoir systématiquement l'allaitement maternel lors de la visite du **4e mois** de grossesse, et de diffuser à cette occasion un dépliant (cf exemple en Annexe 1) fourni par le médecin ou la sage-femme.

C. Initiative Hôpital Ami des Bébés (HAB)

En 1991, l'OMS s'associe à l'United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) pour mettre en place au niveau international l'initiative Hôpital Ami des Bébés (6). Une maternité peut prétendre à l'appellation "Amie des bébés" lorsqu'elle n'accepte pas de substituts gratuits ou bon marché de lait maternel, de biberons ou de tétines, et qu'elle a mis en œuvre dix conditions en vue d'encourager l'allaitement (Annexe 2).

Une méta-analyse (7) montre que, dès la maternité, l'observance des pratiques recommandées par l'initiative HAB est associée à une réduction du risque de sevrage de l'allaitement maternel dans les six premiers mois de vie. Parmi ces 10 pratiques, 4 d'entre elles ont démontré leur particulière efficacité (8) :
-l'initiation de l'allaitement dans les 30 minutes suivant la naissance
-la cohabitation mère-enfant 24h/24
-l'éviction de la tétine
-l'exclusion de tout autre apport que le lait maternel (notamment les compléments), sauf indication médicale particulière.

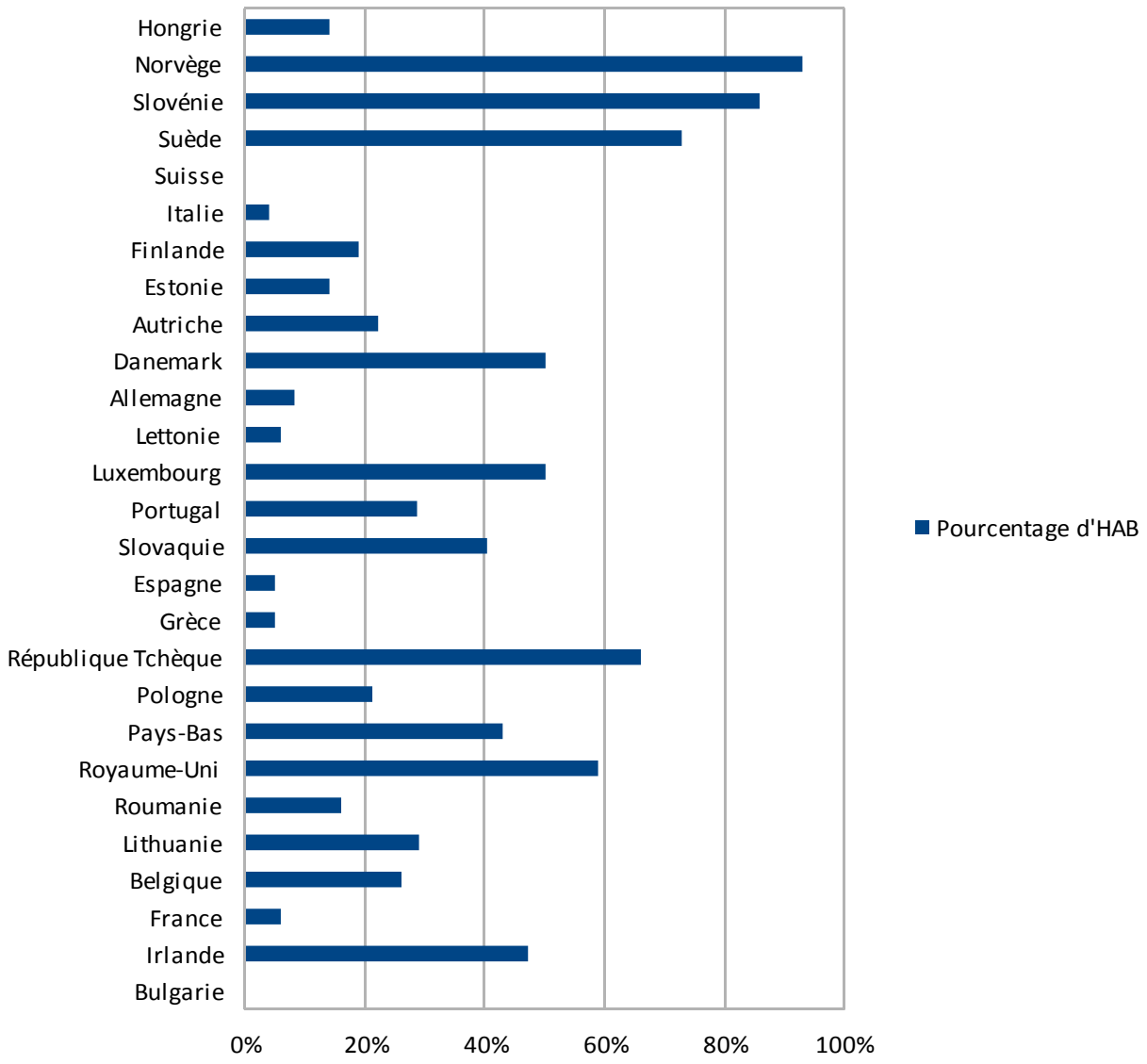

Illustration 1: Pourcentage d'Hôpitaux Amis des Bébés dans différents pays européens entre 2012 et 2017 (sources : Public Health Nutrition (9), World Health Organization (10))

En France, en 2017, seulement 6% des maternités (33/540) ont obtenu le label HAB (9).

II. BENEFICES DE L'ALLAITEMENT

A. Bénéfices pour l'enfant

Les bienfaits sur la santé du nourrisson reconnus scientifiquement sont liés à :

Un bénéfice modeste sur le plan cognitif.
Une méta-analyse de 2015 (11) retrouve une différence de QI de 3,44 points en moyenne chez les enfants allaités versus non allaités. Ajusté au QI de la mère, la différence est de 2,62 points.

Une protection contre les infections, via une optimisation du microbiote intestinal (12) (13).
Une méta-analyse de 2013 de l'OMS (14) atteste que l'allaitement confère une protection contre les diarrhées et les infections respiratoires.
Pour les otites aiguës, une méta-analyse de 2015 (15) conclut que 6 mois d'allaitement exclusif réduisent de 43% le risque de développer une otite dans les 2 premières années.
Pour les infections urinaires (16) et les infections invasives à Haemophilus Influenzae (17), le niveau de preuve est insuffisant.

La diminution de la mortalité infantile (toutes causes confondues).
Une méta-analyse de 2015 montre que, avant 6 mois, la mortalité est significativement plus élevée, par rapport aux enfants allaités de façon exclusive, chez les enfants non allaités (RR 14.4), partiellement allaités (RR 4.8) et principalement allaités (RR 1.5) (18).
En particulier, un allaitement maternel d'au moins 2 mois diviserait par 2 le risque de mort subite du nourrisson (19).

La diminution des cancers infantiles.
Les résultats d'une méta-analyse de 2015 (20) sont les suivants : 14 à 19% des leucémies de l'enfant pourraient être évitées grâce à un allaitement d'au moins 6 mois.
De même, on retrouve une (modeste) relation inverse entre allaitement et risque de lymphome de Hodgkin dans une méta-analyse de 2013 (21).

La prévention de l'atopie (22).
Il existe des preuves en faveur d'une diminution de l'**asthme** entre 5 et 18 ans. Les preuves de l'effet protecteur de l'allaitement vis-à-vis de l'**eczéma** et de la **rhinite allergique** sont plus ténues.
Pour les **allergies alimentaires**, l'influence de l'allaitement n'est pas connue.

La protection contre certaines maladies auto-immunes : la maladie de Crohn (23), la rectocolite hémorragique (23), et, en particulier si l'allaitement est prolongé, le diabète de type 1 (24).

La prévention des maladies cardiovasculaires. Selon une méta-analyse (25), le risque de diabète de type 2 est diminué. En revanche, les effets de l'allaitement sur la pression artérielle et le taux de cholestérol ne sont pas significatifs à ce jour.

La prévention de l'obésité infantile. La diminution du risque est de l'ordre de 13% (25), bien que cet effet reste minoritaire par rapport aux facteurs génétiques et comportementaux.

B. Bénéfices pour la mère

L'allaitement :

- **renforce le lien entre la mère et l'enfant** (26).

- via la sécrétion d'ocytocine, **aide à l'involution rapide de l'utérus** : ceci diminuerait le risque d'hémorragies (27) et d'infections du postpartum (28), mais les données de la littérature sont insuffisantes pour l'affirmer.

- via la sécrétion d'ocytocine, **augmente la détente, le bien-être** global et pourrait diminuer le risque de dépression du postpartum. Cependant, les résultats des études sont contradictoires.

- via la sécrétion de prolactine, **entraîne une aménorrhée de lactation** (si les tétées sont espacées de moins de 6 h) (29) : celle-ci aide à différer la grossesse suivante et permet une reconstitution des réserves de fer.

- via la sécrétion de prolactine, **favorise l'endormissement et augmente la durée du sommeil lent profond** et donc augmenterait le caractère réparateur du sommeil.

- **contribue à la santé cardiovasculaire : il prévient le diabète de type 2** (29), il accélérerait la perte de poids dans le postpartum (30) et diminuerait le risque cardiovasculaire (infarctus, AVC) (31).

- **diminue le risque d'ostéoporose** post-ménopausique. Chaque mois d'allaitement diminuerait le risque ostéoporotique de 0,9% (32).

- **réduit le risque de cancer du sein** (33) (en période pré-ménopausique) **et des ovaires** (29).

- **diminuerait le risque de rechute de certaines maladies auto-immunes** dans le postpartum immédiat (34).

C. Bénéfices économiques

L'allaitement augmente les ressources de la famille. On estime (35) le coût d'une alimentation artificielle à 108 euros par mois en moyenne (lait de substitution, biberons, tétines, matériel de stérilisation) contre 22 euros par mois pour un allaitement maternel (coques, bouts de seins, tire-lait, soutien-gorge adapté). Il faut en moyenne 45 boîtes de préparations pour nourrisson pour alimenter un enfant pendant 1 an (36). Or le taux d'allaitement artificiel est plus important dans les familles de bas niveau socio-économique (37). L'allaitement maternel permettrait d'accroître leur pouvoir d'achat.

L'allaitement augmente les ressources du pays. Un mémoire (38) de Diplôme d'Études Supérieures Spécialisées (DESS) a conclu qu'une augmentation de 5% du taux d'allaitement entraînerait une économie de 2.6 millions d'euros (en tenant compte de la diminution du risque de certaines pathologies du nourrisson) (39).

III. ETAT DES LIEUX DE L'ALLAITEMENT EN FRANCE ET DANS LE MONDE

A. Monde

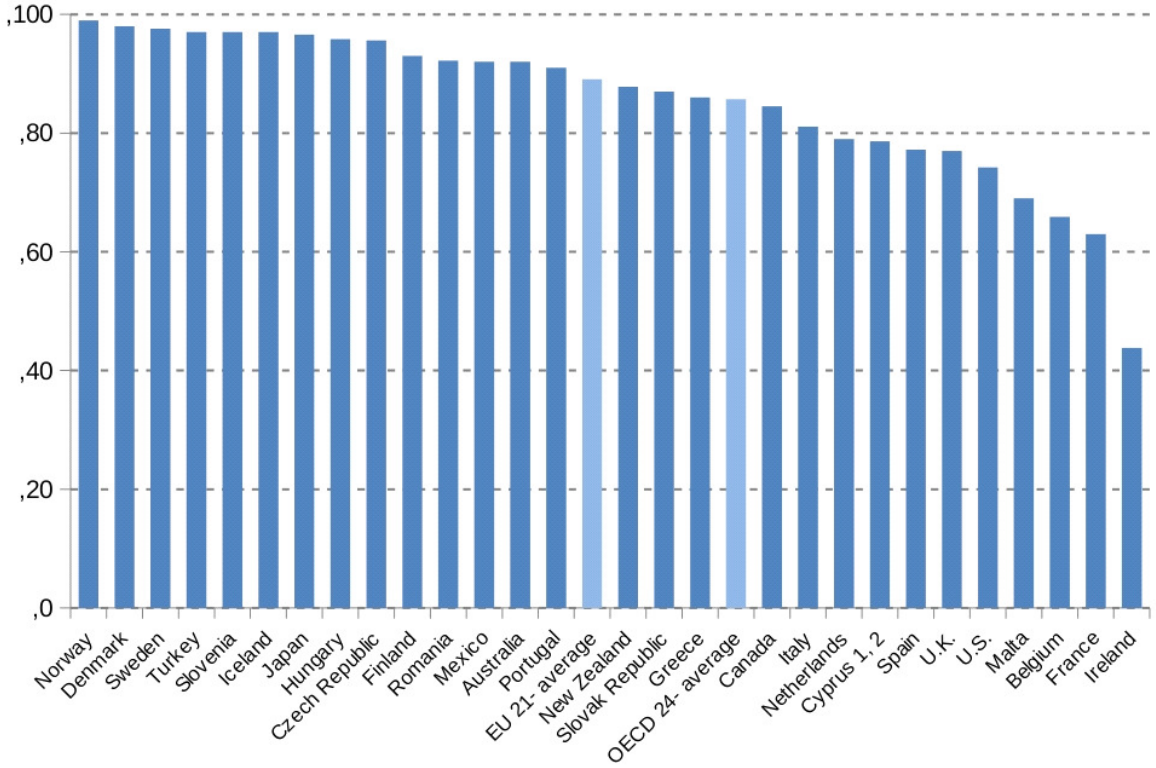

Illustration 2: Taux d'initiation de l'allaitement dans 28 pays membres de l'OCDE entre 2000 et 2007 (source : enquêtes nationales) (40)

Dans les pays à revenu élevé, un peu plus d'un enfant sur 5 est allaité au sein jusqu'à 12 mois alors que dans les pays à faible ou moyen revenu, ils le sont presque tous (41).

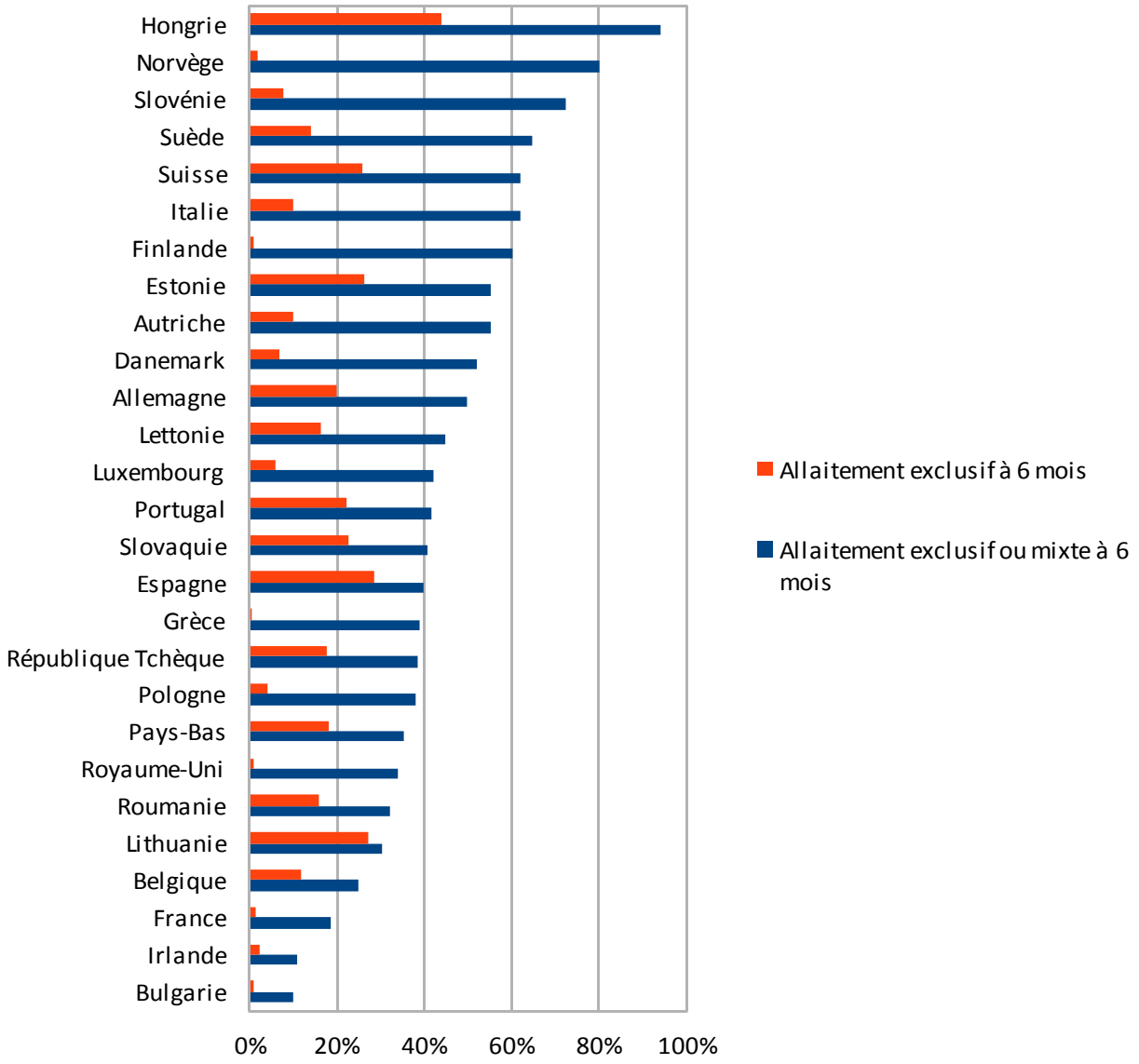

Illustration 3: Pourcentage d'allaitement à 6 mois dans différents pays européens entre 2004 et 2017 (sources diverses)

Dans les pays scandinaves, plus de 95% des enfants sont allaités à la naissance. Pourtant, au début des années 1970, les taux d'allaitement étaient très faibles en Suède comme en Norvège (30% à 2 mois), à la suite de quoi de véritables politiques de santé publique ont été mises en place autour de la question. Cela a abouti à l'amélioration de la formation de tous les professionnels, notamment les sages-femmes et les puéricultrices (42).

B. France

En France, les objectifs de l'OMS sont loin d'être atteints.
En 2009, les informations publiées par l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques) montrent que la France est l'un des pays membres où le taux d'allaitement à la naissance est le plus bas mais également l'un des pays où les mères qui allaitent le font sur la durée la plus courte (40).

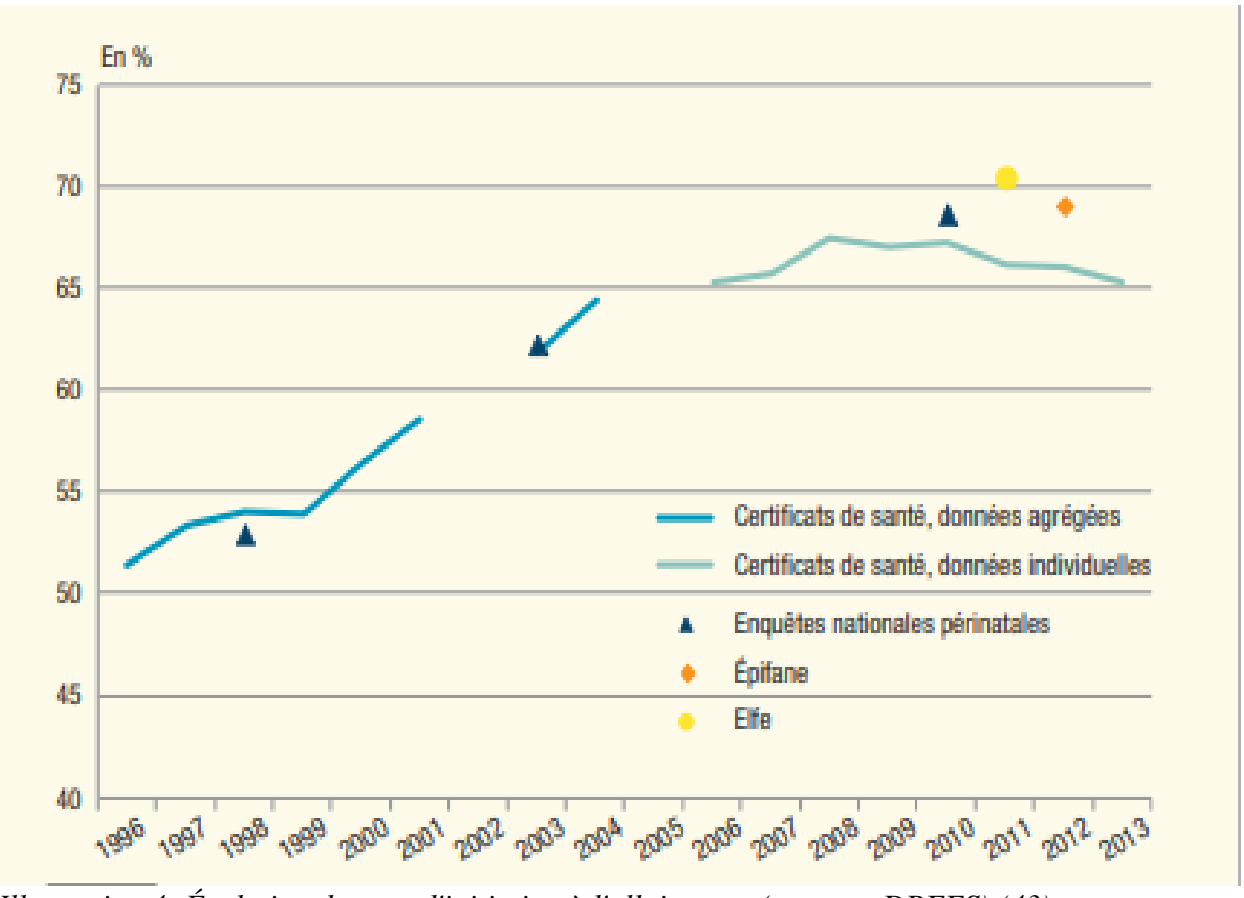

Illustration 4: Évolution du taux d'initiation à l'allaitement (source : DREES) (43)

En avril 2016, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a publié les chiffres de l'allaitement en France tirés des certificats de santé des 8e jour, 9e mois et 24e mois de 2013 (43), en rappelant les résultats des enquêtes Épifane (37) et Elfe.
A la naissance, la part des nourrissons allaités s'élève à 66%.

Si l'allaitement a beaucoup progressé depuis les années 1990 (où le taux était inférieur à 55%) et la seconde moitié des années 2000 (où il dépassait 65%), il est stable depuis une dizaine d'années.

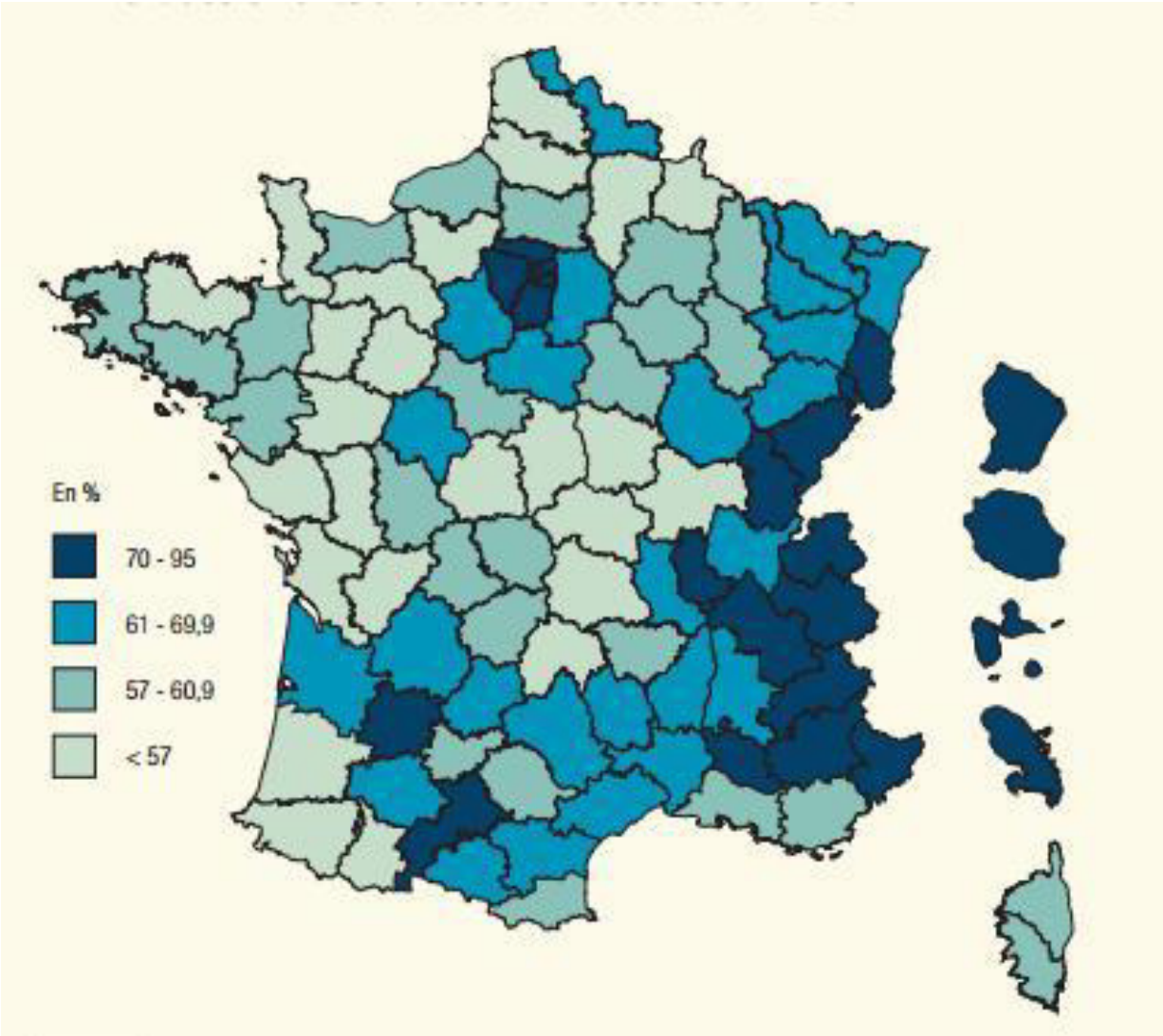

Illustration 5: Part des enfants allaités à la naissance en 2013 (source : DREES) (43)

La situation est très différente selon le département, avec plus d'enfants allaités en Île-de-France, dans l'est de la France, et surtout dans les départements et territoires d'outre-mer.

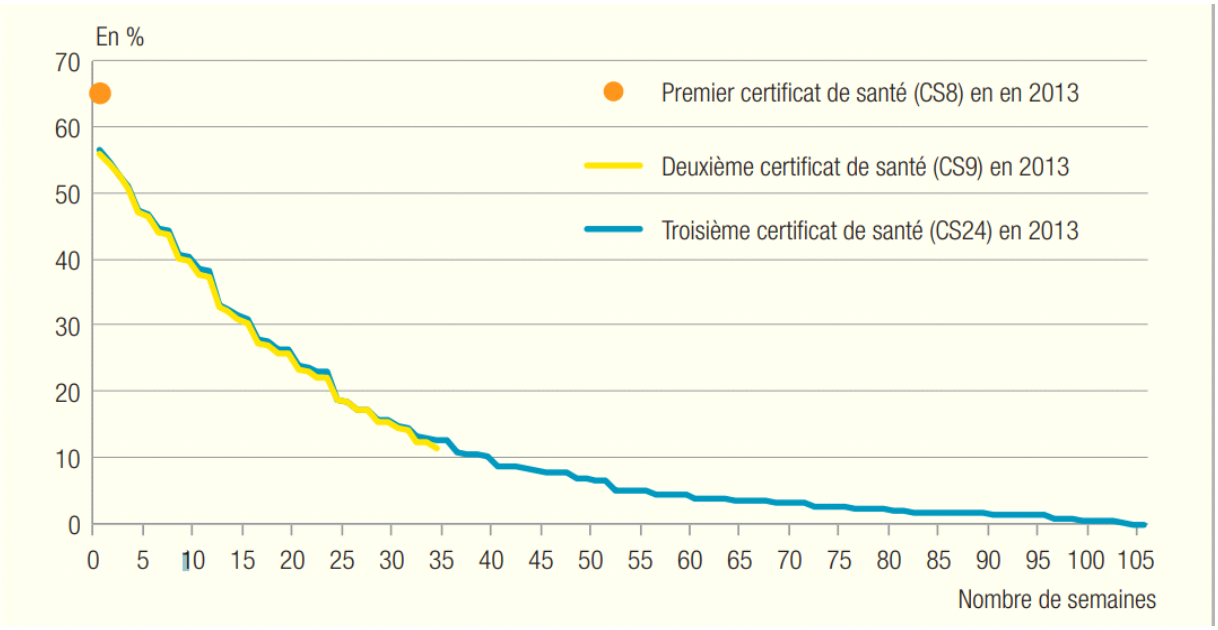

Illustration 6: Initiation et poursuite de l'allaitement en 2013 (source : DREES) (43)

Environ 10% des mères arrêtent d'allaiter dès la sortie de la maternité. Le sevrage apparaît très précoce et continu dans le temps. Ainsi, la part des enfants allaités, de façon exclusive ou mixte, n'est plus que de 50% à 1 mois et de 38% à 3 mois. Cette période correspond à la fin du congé maternité pour les grossesses uniques de rang 1 et 2, et ainsi à la reprise éventuelle d'une activité professionnelle. A 4 mois, 30% sont allaités. Au seuil des 6 mois recommandés par les professionnels et les experts, ils ne sont plus que 18,5% à être allaités.

D'après l'étude Épifane (37), portant sur 3365 enfants nés dans des maternités tirées au sort en 2012, la part des enfants allaités de façon exclusive ou prédominante à 6 mois est de seulement **1,5%**.
Parmi les enfants nourris au lait maternel, la durée moyenne d'allaitement est de 19 semaines (4 mois et 3 semaines).

IV. ETUDE

A. Matériel et Méthode

1. Objectif

En matière d'allaitement, les résultats français sont nettement inférieurs à la moyenne européenne.
L'objectif principal de cette étude est d'identifier les facteurs associés à une interruption de l'allaitement avant 6 mois chez les femmes ayant allaité au moins 1 mois.
Les objectifs secondaires sont :
-d'évaluer la prévalence du maintien d'un allaitement à 6 mois dans un échantillon de femmes ayant accouché en Loire-Atlantique
-d'évaluer la satisfaction des femmes concernant le déroulement de l'allaitement au cours des 6 premiers mois postpartum.

2. Méthode

a. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale déclarative, descriptive et analytique.

b. Population cible

Notre population cible est constituée par toutes les femmes ayant poursuivi un allaitement pendant au moins 1 mois, que cet allaitement ait été exclusif ou mixte.

c. Population source

Le recrutement des femmes se déroule entre juillet 2016 et novembre 2017 :
-parmi nos connaissances
-dans des cabinets de médecine et de PMI à Ancenis
-à la maternité du CHU de Nantes.

d. Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion sont les suivants :
- femmes ayant accouché en région Pays-de-la-Loire
- femmes poursuivant l'allaitement maternel (exclusif ou mixte) à 1 mois du postpartum.

Les critères de non-inclusion sont les suivants :
-interruption de l'allaitement avant 1 mois (volonté d'éliminer les sevrages liés à des problématiques aiguës : crevasses, engorgements, ombilication mamelonnaire...)
-absence de maîtrise de la langue française, ni anglaise, ni espagnole
-refus de participation à l'étude.

Les critères d'exclusion sont les suivants :
- refus secondaire de participation à l'étude (lors d'une reprise de contact)
- absence de réponse au 1er mois ou au 6e mois de l'enfant (femmes dites « perdues de vues »).

e. Déroulement de l'étude

Après présentation de l'étude et obtention d'un premier accord oral, nous sauvegardons les coordonnées téléphoniques des femmes afin de pouvoir les recontacter ultérieurement.
Pour ne pas influencer les femmes, nous leur annonçons que le sujet de l'étude porte sur le déroulement de leur allaitement.
Un mois après la première rencontre, le contact est renouvelé, et les patientes ayant arrêté l'allaitement à ce stade ne sont pas incluses dans l'étude.
Six mois après la première rencontre, nous recontactons les femmes afin d'organiser un entretien en face-à-face avant les 7 mois de l'enfant.
Les entretiens, d'une durée d'environ 45 minutes, ont lieu de juillet 2016 à décembre 2017, en présence d'un examinateur médical qui comptabilise les réponses.
Le lieu de l'entretien est fonction du choix des femmes : parfois à la maternité, le plus souvent à domicile. Un accord écrit est obtenu à cette occasion.

f. Questionnaire

L'entretien permet de remplir les items d'un questionnaire (cf Annexe 3), élaboré avec l'aide du Dr Sandrine BOUDAULT, médecin du lactarium de Nantes.

Le questionnaire débute par des informations générales sur les conditions socio-démographiques des participantes. Il explore ensuite les différentes étapes de l'allaitement, de l'initiation à la maternité jusqu'à la poursuite à domicile. Figurent des questions sur les objectifs, les difficultés, la satisfaction, l'accompagnement, l'âge éventuel d'introduction de lait artificiel et l'âge de la diversification.

g. Analyses statistiques

Les analyses statistiques sont réalisées avec l'aide du Dr Marie-Astrid METTEN, du service de Santé Publique de Rennes, grâce au logiciel R version 3.4.2.

La moyenne et l'écart-type des variables continues sont présentées. Les modalités des variables qualitatives sont décrites à l'aide d'effectif et de proportions.

Des analyses univariées sont réalisées. Pour le croisement entre 2 variables qualitatives, nous choisissons un test exact de Fisher. Pour le croisement entre une variable quantitative et une variable binaire, nous effectuons un test de Student quand les conditions sont respectées. Sinon, nous effectuons un test de Wilcoxon. Une valeur de *p* inférieure à 5% est considérée comme statistiquement significative.

B. Résultats

1. Effectif

L'échantillon est constitué de 100 personnes.

2. Profil des femmes interrogées

Âge : l'âge moyen est de 32 ans, la plus jeune ayant 20 ans et la plus âgée 43 ans et demi.

Statut marital : 39 femmes sont mariées, 29 femmes vivent en concubinage, 27 femmes sont PACSées, 5 femmes sont célibataires.

Illustration 7: Lieu de naissance des femmes (source : uMap)

Pays de naissance : 77 femmes sont nées en France, dont 3 à Mayotte.
Les 23 autres femmes sont nées au Portugal, en Bulgarie, en Roumanie, en Turquie, en Russie, en Algérie (3), au Maroc (3), au Cameroun, en Guinée, au Sénégal (2), en Côte d'Ivoire, en République Centrafrique, aux Comores, au Japon, au Viêt Nam, en Corée du Sud, à Cuba, en Colombie.

Illustration 8: Lieu de résidence des femmes (source : uMap)

Lieu de résidence : toutes les femmes sont domiciliées en région Pays-de-la-Loire (sauf une en Ille-et-Vilaine) : 92 femmes vivent en Loire-Atlantique, 4 femmes vivent en Maine-et-Loire, 3 femmes vivent en Vendée.

Niveau d'études :
12 participantes ont interrompu leurs études avant l'obtention du Bac,
19 participantes ont un niveau Bac,
21 participantes ont un niveau Bac+1 ou 2,
23 participantes ont un niveau Bac+3 ou 4,
25 participantes ont un niveau supérieur ou égal à Bac+5.

Activité professionnelle : 11 femmes sont femmes au foyer ou sans emploi avant la grossesse.
Les 89 autres femmes sont étudiantes ou actives.

Tabagisme : 7 femmes ont fumé pendant la grossesse.

Allaitement de la mère à sa naissance : 70 femmes ont été allaitées par leur mère, 32 n'ont pas été allaitées, 2 femmes ne savent pas.

Parité : 44 femmes sont primipares, 40 ont déjà un enfant, 16 ont plusieurs enfants. Parmi les 56 femmes ayant déjà accouché, 54 ont allaité leur(s) aîné(s) et 2 n'ont jamais allaité.

Décision d'allaiter : 98 femmes ont pris leur décision avant l'accouchement et 2 femmes se sont décidées à la maternité..

3. Information sur l'allaitement avant l'accouchement

Soixante-neuf femmes ont reçu une **information sur l'allaitement**. Dans 84% des cas, l'information a été divulguée par une sage-femme. Dans 10% des cas, l'information a été jugée insuffisante.
Trente-et-une femmes n'ont reçu aucune information sur l'allaitement, dont 9 primipares et 22 multipares.

Soixante-quinze femmes ont participé à des **séances de préparation à l'accouchement**.
Vingt-cinq femmes n'y ont pas participé : 20 multipares et 5 primipares.
Les séances de préparation à l'accouchement ont été suivies par 89% des primipares et 64% des multipares (différence significative : p=0,006).

4. Motivations

Les femmes interrogées invoquent les avantages pour la **santé de l'enfant** (70%), le côté **naturel** (52%), l'instauration d'une **relation privilégiée** (42%), le côté **pratique** (30%), les avantages pour leur **santé** et leur **bien-être** (23%), la **gratuité** (15%), des motifs **familiaux** ou **religieux** (10%).

5. Durée du congé postnatal

Parmi les femmes actives, 47% ont pris un congé postnatal d'une durée ≥ 6 mois.

6. Accouchement

Mode d'accouchement : il y a eu 13 accouchements par voie basse instrumentale (avec forceps ou ventouse), 74 accouchements par voie basse non instrumentale et 13 césariennes.

Poids de naissance : le poids moyen à la naissance est de 3,410kg.

Terme : 91 nouveau-nés sont nés à terme (>37 semaines d'aménorrhée), 9 nouveau-nés sont prématurés (32-37SA).

"Peau-à-peau" : 91 nouveau-nés ont bénéficié du peau-à-peau avec la mère, 9 en ont été privés.
Pour ceux qui ont bénéficié du peau-à-peau, la séance a duré plus d'une heure dans 62% des cas et moins d'une heure dans 38% des cas.

Tétée précoce : 73 nouveau-nés ont tété dans la première demi-heure, 27 ont tété plus tard.

7. Séjour à la maternité

Séparation mère-enfant : 21 femmes ont placé leur nouveau-né en garderie pendant quelques heures.

Tétine : 36 femmes ont proposé une tétine.

Lait artificiel : 34 nouveau-nés ont reçu des biberons de compléments. Dans 82% des cas, ils sont proposés par le personnel et dans 18% des cas, ils sont demandés par la mère.

Observation par le personnel : les membres de la maternité ont observé une tétée chez 94 femmes.

Informations à la sortie : 59 femmes ont reçu les coordonnées d'un professionnel à contacter en cas de problème avec l'allaitement.
Trente-trois femmes ont eu une information sur les récurrences des pleurs (ou "poussées de croissance"), soit 43% des femmes qui ont allaité pendant plus de 6 mois et 22% des femmes qui ont allaité moins de 6 mois (différence significative : p=0,03)

Tire-lait : 30 femmes ont appris à se servir d'un tire-lait.

Conditions principales HAB :
Quand l'ensemble des 4 conditions recommandées par l'initiative HAB sont réunies à la maternité (allaitement dans les 30 premières minutes, absence de séparation mère-enfant, absence de tétine, absence de préparation pour nourrisson), chez les femmes de l'étude, le taux d'allaitement jusqu'à 6 mois est de 61%. Quand une ou plusieurs recommandations manquent, la proportion est de 44% (p>0,05).

8. Allaitement et diversification

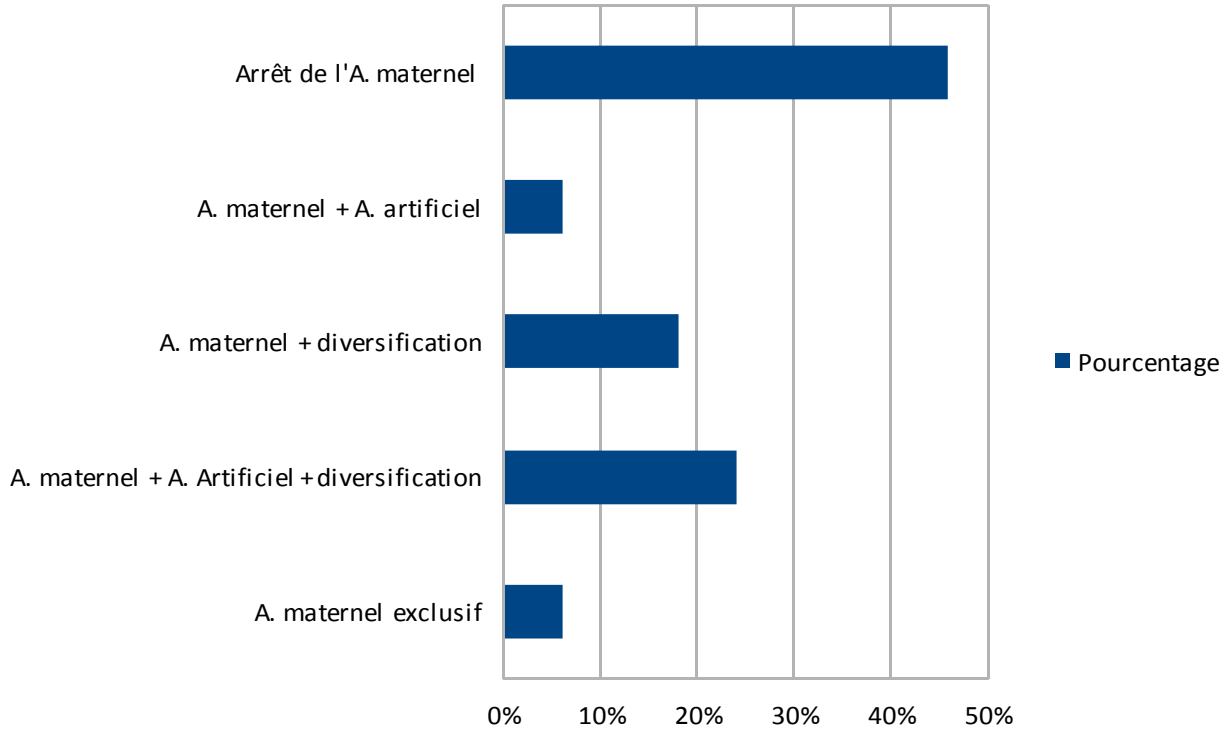

Illustration 9: Répartition entre arrêt et poursuite de l'allaitement maternel à 6 mois

A. = Allaitement

A 6 mois, 54 femmes **allaitent toujours** leur enfant, dont 6 de façon exclusive et 48 de façon mixte (lait maternel + lait artificiel et/ou aliments solides).

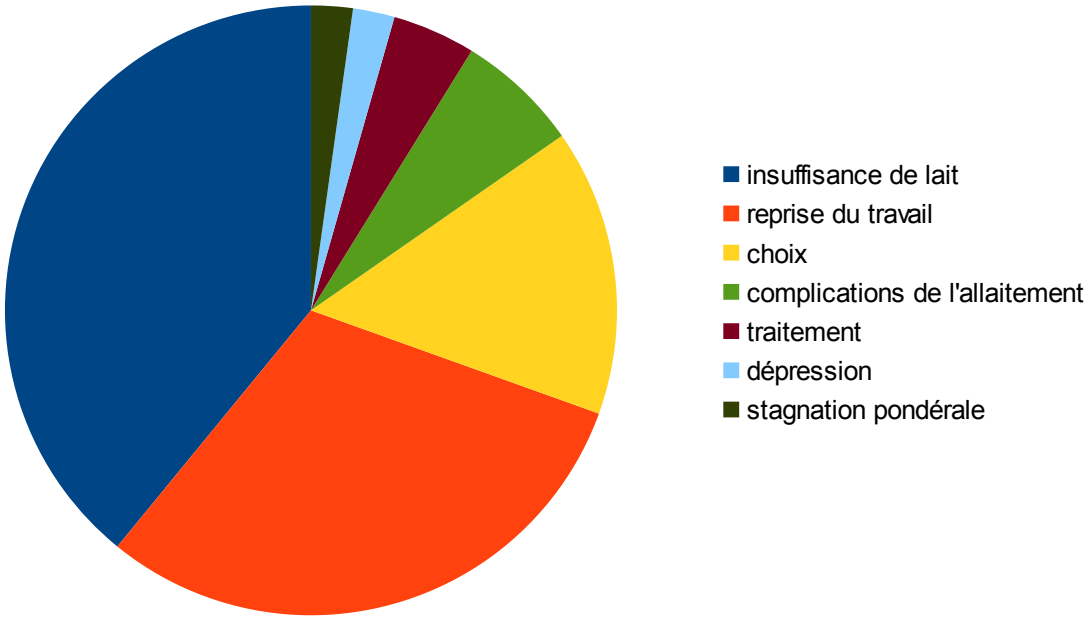

Illustration 10: Causes de sevrage

Les femmes ayant arrêté d'allaiter avant 6 mois sont au nombre de 46. Les raisons invoquées sont :
pour 18 l'**insuffisance de lait** (39%)
pour 14 la **reprise du travail** (30,5%)
pour 7 un **choix** personnel délibéré (15%): besoin de liberté, objectif atteint...
pour 3 des **complications** de l'allaitement (7%) : mastite, douleurs
pour 2 un besoin de reprendre un **traitement** incompatible avec l'allaitement (4,5%)
pour 1 une **dépression** (2%)
pour 1 une **stagnation pondérale** du nourrisson (2%).

La première raison citée pour justifier l'introduction de lait artificiel est également l'insuffisance de lait (34%).

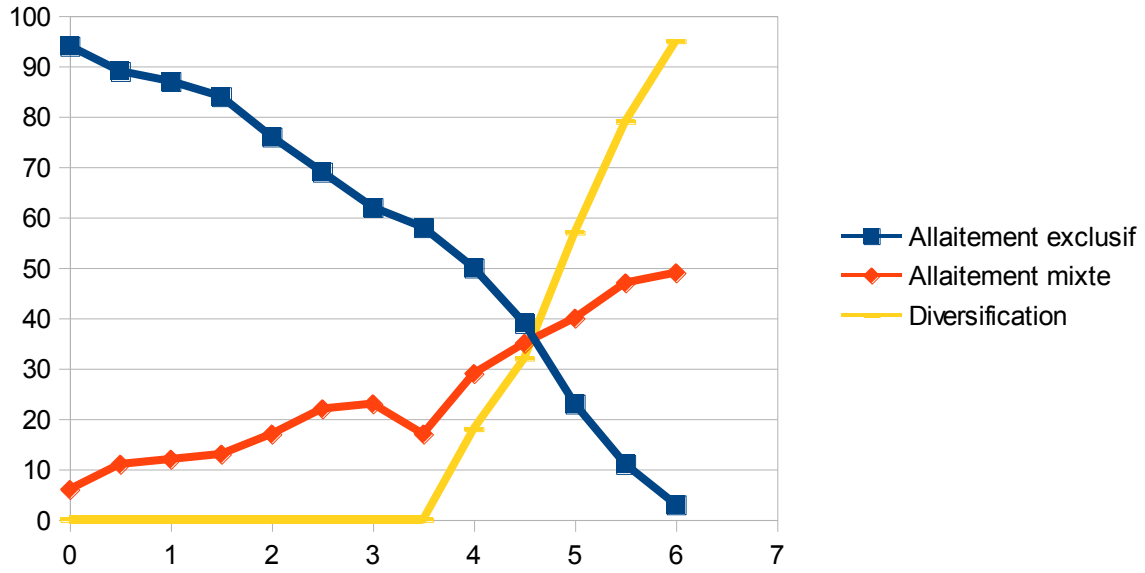

Illustration 11: Évolution de l'allaitement de 0 à 6 mois

75 femmes ont commencé la **diversification** entre 4 et 6 mois.
15 femmes ont commencé la diversification à 6 mois ou peu après.

9. Degré de satisfaction concernant l'allaitement

Soixante-et-une femmes estiment que leur allaitement a été facile, 32 femmes répondent « moyennement facile », 7 femmes répondent « difficile ».
Trente femmes n'ont pas atteint leur objectif initial. C'est-à-dire qu'elles ont interrompu leur allaitement plus tôt que ce qu'elles avaient prévu.
Dix-neuf femmes n'ont reçu aucun conseil après leur sortie de la maternité.
Dix femmes ont été déçues par leur accompagnement.
Trente-et-une femmes auraient aimé bénéficier de davantage de conseils sur l'allaitement.
Dix femmes ont obtenu un soutien insuffisant de la part de leur conjoint.
Dix femmes ont regretté l'hétérogénéité des conseils professionnels.

Parmi les femmes qui ont allaité pendant 6 mois, 100% sont très satisfaites de leur allaitement. Parmi les femmes qui ont allaité moins de 6 mois, 85% sont très satisfaites de leur allaitement. La différence de satisfaction est significative (p=0,003).
Parmi les femmes qui ont allaité pendant 6 mois, 96% ont atteint leur objectif. Parmi les femmes qui ont allaité moins de 6 mois, 39% ont atteint leur objectif. La différence de conformité par rapport à l'objectif initial est significative (p<0,0001).

	Allaitement<6mois N=46	Allaitement≥6mois N=54	*p*
Âge (en années)	31,6 (26,7-36,5)	31,9 (27,1-36,7)	0.84
Statut marital			**0.002**
célibataire	4.3%	5.6%	
mariée	21.7%	53.7%	
PACS/concubinage	73.9%	40.7%	
Niveau d'études			0.43
pré-Bac	10.9%	13.0%	
Bac	15.2%	22.2%	
Bac+2/Bac+3	47.8%	31.5%	
≥Bac+4	26.1%	33.3%	
Catégorie socio-professionnelle			0.44
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	2.2%	11.1%	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	17.4%	13.0%	
Employés	13.0%	18.5%	
Ouvriers	4.3%	3.7%	
Professions intermédiaires	52.2%	38.9%	
Sans activité professionnelle	10.9%	14.8%	
Lieu de naissance			0.82
France et DOM/TOM	78.3%	75.9%	
étranger	21.7%	24.1%	
Parité			0.84
Primiparité	45.6%	42.6%	
Multiparité	54.4%	57.4%	
Expérience avec l'allaitement	96.0%	96.8%	1
Absence d'expérience	4.0%	3.2%	
Allaitement de la mère à sa naissance			0.39
oui	62.2%	71.7%	
non	37.8%	28.3%	
Informations reçues pendant la grossesse			0.67
oui	69.6%	64.8%	
informations suffisantes	84.8%	94.3%	
informations insuffisantes	15.2%	5.7%	
non	30.4%	35.2%	
Durée du congé postnatal			**0.01**
< 6 mois	69.0%	40.9%	
≥ 6 mois	31.0%	59.1%	
Séances de préparation à l'accouchement			**0.04**
oui	84.8%	66.7%	
non	15.2%	33.3%	
Tabagisme pendant la grossesse			0.05
oui	13.0%	1.8%	
non	87.0%	98.2%	
Maternité HAB			0.53
oui	30.4%	37.0%	
non	69.6%	63.0%	
4 conditions principales HAB réunies			0.40
oui	13 (28.3%)	20 (37.0%)	
non	33 (71.7%)	34 (63.0%)	

Type d'accouchement			0.09
VB non instrumentale	63.0%	83.3%	
VB instrumentale	17.4%	9.3%	
césarienne	19.6%	7.4%	
Peau-à-peau			0.29
oui	87.0%	94.4%	
Durée<1h	55.0%	25.5%	**0.005**
Durée>1h	45.0%	74.5%	
non	13.0%	5.6%	
Première tétée			0.51
<30min	69.6%	75.9%	
>30min	30.4%	24.1%	
Cohabitation mère-enfant à la maternité			0.62
cohabitation permanente	76.1%	81.5%	
séparation provisoire	23.9%	18.5%	
Utilisation d'une tétine à la maternité			0.68
oui	39.1%	34.0%	
non	60.9%	66.0%	
Lait artificiel à la maternité			1
oui	34.8%	33.3%	
non	65.2%	66.7%	
Observation d'une tétée à la maternité			1
oui	93.5%	94.4%	
non	6.5%	5.6%	
Coordonnées remises à la sortie de la maternité			0.15
oui	64.7%	51.9%	
non	32.6%	48.1%	
Information sur les poussées de croissance à la maternité			**0.03**
oui	21.7%	42.6%	
non	78.3%	57.4%	
Utilisation d'un tire-lait à la maternité			0.39
oui	34.8%	25.9%	
non	65.2%	74.1%	
Impression générale sur l'allaitement			0.27
facile	52.2%	68.5%	
moyennement facile	39.1%	25.9%	
difficile	8.7%	5.6%	
Degré de satisfaction			**0.003**
élevé	84.8%	100.0%	
faible	15.2%	0.0%	
Projet initial atteint			**<0.0001**
oui	39.1%	96.3%	
non	60.9%	3.7%	
Maîtrise du tire-lait			0.75
oui	91.3%	88.9%	
non	8.7%	11.1%	
Diversification alimentaire débutée<6 mois			0.37
oui	97.8%	92.6%	
non	2.2%	7.4%	
Conseils professionnels reçus après la maternité			0.45
oui	84.8%	77.8%	
non	15.2%	22.2%	
Accompagnement global			**0.04**
satisfaisant	82.6%	96.3%	
non satisfaisant	17.4%	3.7%	

V. DISCUSSION

A. Limites de l'étude

Le premier biais est un biais de **sélection**.
Le recrutement a été effectué dans la région Pays-de-la-Loire, et principalement en Loire-Atlantique. Les taux d'allaitement de la région sont inférieurs à la moyenne nationale (43). Le profil des personnes éligibles qui ont répondu favorablement à la demande d'entretien à 6 mois peut être différent du profil de celles qui n'ont pas répondu.
En outre, la proportion élevée de femmes qui poursuivent l'allaitement à 6 mois dans cette étude (54% versus 18,5% au niveau national) suggère que les femmes ayant peu allaité étaient probablement moins enclines à répondre à un questionnaire sur l'allaitement.

Le deuxième biais est celui du mode de **recueil des données**. Celui-ci s'est fait par entretien en face-à-face et non par auto-questionnaire directement complété par les femmes, ce qui a pu induire un biais de désirabilité sociale. La présence d'un professionnel de santé a pu en effet influencer les réponses (peur d'être jugée, …).

Le troisième biais concerne l'**information** préalable des mères sur le fait qu'elles allaient être interrogées sur leur allaitement. Ces contacts préalables ont pu influencer leur comportement ou leurs réponses.

Le quatrième biais est le biais de **mémoire**. Les questions pouvaient en effet concerner des aspects relativement « lointains » (par exemple, antérieurs à l'accouchement).
Des erreurs involontaires ont donc pu être commises par les participantes.

Enfin, certains aspects n'ont pas été abordés par le questionnaire : le type de professionnel ayant assuré le suivi de la grossesse et du nouveau-né, l'Indice de Masse Corporelle (IMC) des mères, le rythme de l'allaitement (à la demande ou à heures fixes).

B. Facteurs influençant l'allaitement

1. Facteurs favorisants

-L'âge élevé de la mère (44).
Dans notre étude, l'âge supérieur à 25 ans concerne 94% des femmes qui ont allaité plus de 6 mois et 93% des femmes qui ont allaité moins de 6 mois (p>0,05).

-La multiparité (44).
Dans l'étude, la multiparité concerne 57% des femmes qui ont allaité plus de 6 mois et 54% des femmes qui ont allaité moins de 6 mois (p>0,05).

-L'expérience antérieure d'allaitement de la mère et le fait d'avoir été allaitée (45).
Dans l'étude, l'expérience antérieure concerne 97% des multipares qui ont allaité plus de 6 mois et 96% des multipares qui ont allaité moins de 6 mois (p>0,05). Le fait pour la mère d'avoir été allaitée concerne 70% des femmes qui ont allaité plus de 6 mois et 61% des femmes qui ont allaité moins de 6 mois (p>0,05).

-L'origine étrangère de la mère (44).
Dans l'étude, 57% des femmes d'origine étrangère ont allaité plus de 6 mois, contre 53% des françaises (p>0,05).

-Le fait d'avoir accouché par voie basse versus césarienne (45) (46).
Dans l'étude, l'accouchement par voie basse concerne 93% des femmes qui ont allaité plus de 6 mois et 80% des femmes qui ont allaité moins de 6 mois (p>0,05).

-L'élévation du niveau d'études et de la catégorie socioprofessionnelle (44).
Dans l'étude, les études supérieures concernent 65% des femmes qui ont allaité plus de 6 mois et 72% des femmes qui ont allaité moins de 6 mois (p>0,05). La catégorie socioprofessionnelle n'influence pas la durée d'allaitement (p>0,05).

-Le statut marital (44).
Dans l'étude, les femmes mariées sont plus nombreuses dans le groupe qui a allaité plus de 6 mois : 54% versus 22% (différence significative : p=0,002).

-Une grossesse planifiée (47) et une décision d'allaiter ancienne (45).
Dans l'étude, la prise de la décision d'allaiter avant l'accouchement concerne 98% des femmes quelque soit la durée de l'allaitement.

-La participation à des cours de préparation à la naissance (44).
Paradoxalement, dans l'étude, les cours de préparation ont été suivis par 67% des femmes qui ont allaité plus de 6 mois et 85% des femmes qui ont allaité moins de 6

mois (différence significative : p=0,04). Ce phénomène est-il lié à la présence majoritaire des multipares, moins enclines à assister de nouveau à des séances de préparation ?

-La confiance en soi et le sentiment d'auto-efficacité (47).

-Une perception positive de l'allaitement (48).

-La pratique d'un allaitement à la demande plutôt qu'à heure fixe (47).

-Le soutien du partenaire et son attitude en faveur de l'allaitement (49).
Dans l'étude, le soutien du partenaire concerne 88% des femmes qui ont allaité plus de 6 mois et 91% des femmes qui ont allaité moins de 6 mois (p>0,05).

-L'application de l'initiative "Hôpital Ami des Bébés" dans les maternités (47).
Dans l'étude, l'accouchement en maternité HAB concerne 37% des femmes qui ont allaité plus de 6 mois et 30% des femmes qui ont allaité moins de 6 mois (p>0,05).

-La date tardive de retour au travail (49).

Dans l'étude, la prise d'un congé postnatal supérieur ou égal à 6 mois concerne 59% des femmes qui ont allaité plus de 6 mois et 31% des femmes qui ont allaité moins de 6 mois (différence significative : p=0,005). Le croisement des données entre congé maternité et primiparité donne un p=1.

La reprise du travail est une des raisons pour lesquelles les mères n'initient pas l'allaitement ou l'initient pour une courte durée (50).

Une étude (51) montre que chaque semaine supplémentaire de congé augmente la durée de l'allaitement de presque une demi-semaine.

Il est tout à fait possible de concilier allaitement et travail sans jamais tirer son lait. Néanmoins, les femmes qui choisissent de tirer leur lait allaitent généralement plus longtemps que les autres (52).

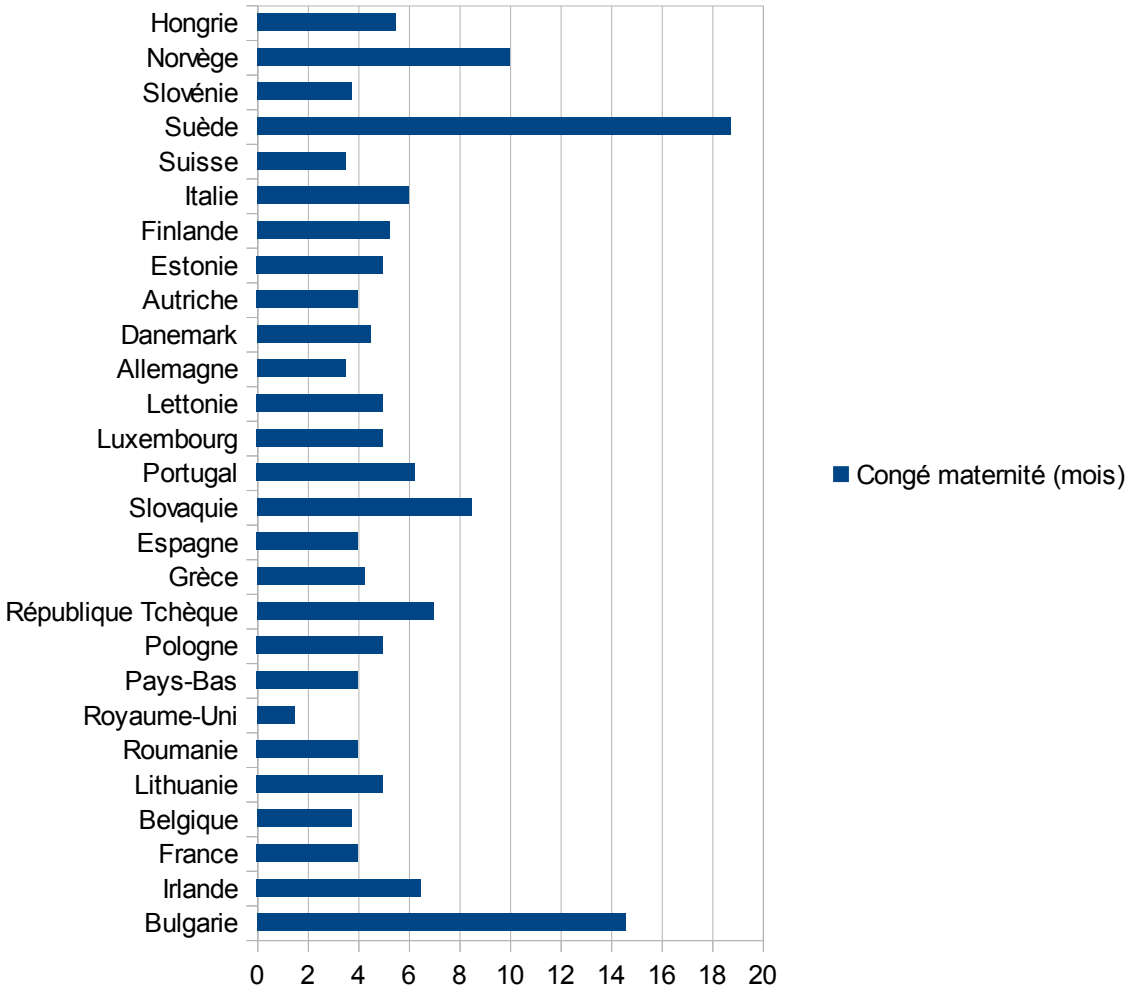

Illustration 12: Durée du congé maternité dans différents pays européens en 2015 (source : CLEISS) (53)

L'incidence de l'allaitement exclusif et sa durée semble plus importante dans les pays avec des congés maternité/parentaux plus longs, comme en Europe du Nord, en Hongrie et en République Tchèque, mais cette relation ne tient pas au Royaume-Uni et en Irlande. D'autres déterminants incluent les caractéristiques propres à l'enfant et les habitudes culturelles (54).

Actuellement, en France, le congé maternité comprend 16 semaines (34 semaines pour des jumeaux), dont 6 semaines en prénatal et 10 semaines en postnatal (Code du travail - Article L122-26.).
Ce congé est de 26 semaines à partir du 3e enfant.

La durée du congé maternité n'a pas évolué depuis la loi du 17 juillet 1980 (55). En février 2017, le vote d'une loi visant à rallonger de 2 semaines le congé maternité a été différé suite à une égalité des voix “pour” et “contre”.

Chaque mère doit être informée de la possibilité de concilier reprise du travail et poursuite de l'allaitement. L'éducation aux méthodes utilisables doit être évoquée : tétées matin et soir, expression du lait avec mode de conservation, poursuite de l'allaitement à la demande les jours de présence à la maison.

En France, le Code du travail, dans sa section “dispositions particulières à l'allaitement” (56), prévoit d'accorder à une employée deux demi-heures par jour (non rémunérées) pour nourrir son enfant ou tirer son lait. La mère a la possibilité d'allaiter dans l'établissement. Un local dédié est mis à disposition. Ces mesures sont difficiles à mettre en application sauf lorsqu'il existe une crèche d'entreprise.

Lorsque l'enfant est toujours allaité, l'absentéisme au travail est 2,7 fois moins élevé que lorsque l'enfant n'est plus allaité (57).

D'après Claude Didierjean-Jouveau, 2 “secrets” (58) peuvent aider les femmes à concilier travail et allaitement.

Le premier secret est que l'on peut continuer à allaiter de façon exclusive jusqu'à la reprise effective du travail, sans s'inquiéter si le bébé refuse le biberon, voire la tasse ou la cuillère. Il l'acceptera de la main de la personne qui le gardera, car il en comprendra alors l'utilité et la nécessité. Tandis que lorsque c'est la mère (ou une autre personne avant la reprise), il ne comprend pas pourquoi on lui propose du “deuxième choix” alors que le “premier choix” est là tout près.
On s'évitera ainsi bien des angoisses et des conflits. On minimisera aussi le risque de confusion sein/tétine (toujours présent, même s'il diminue avec l'âge) et on aura davantage de garanties que la lactation, mieux installée car plus ancienne, ne se tarisse pas.
Bien sûr, accueillir un enfant qui n'a jamais connu le biberon inquiète souvent personnel de crèche et assistantes maternelles. Pourtant, quand on interroge ces derniers, ils reconnaissent volontiers que, pour les bébés nourris depuis la naissance au biberon, il y a aussi besoin d'une période d'adaptation. Il arrive que certains bébés refusent au départ le biberon donné par une nouvelle personne dans un lieu nouveau. Rien de très différent avec un bébé allaité.

Le deuxième secret est qu'on peut, après la reprise, continuer à allaiter dès qu'on a l'enfant avec soi (matin, soir, nuit, jours de congé, vacances). Cela ne “perturbera” pas l'enfant de ne pas avoir le même rythme à la maison et à l'extérieur. Au contraire, cela l'aidera à se structurer en lui permettant de faire la différence entre “quand je suis avec maman, je peux téter” et “quand maman n'est pas là, je ne peux pas téter”. De plus, cela permettra de garder un nombre de tétée non négligeable, et ainsi d'entretenir la lactation, même avec des horaires irréguliers.

2. Facteurs de sevrage

-L'utilisation précoce d'une tétine (45) (59), **l'obésité** (60) **et le tabagisme** (59) (61) **maternels.**
Dans l'étude, la tétine a été utilisée dès la maternité par 35% des femmes qui ont allaité plus de 6 mois et 39% des femmes qui ont allaité moins de 6 mois (*p*>0,05).

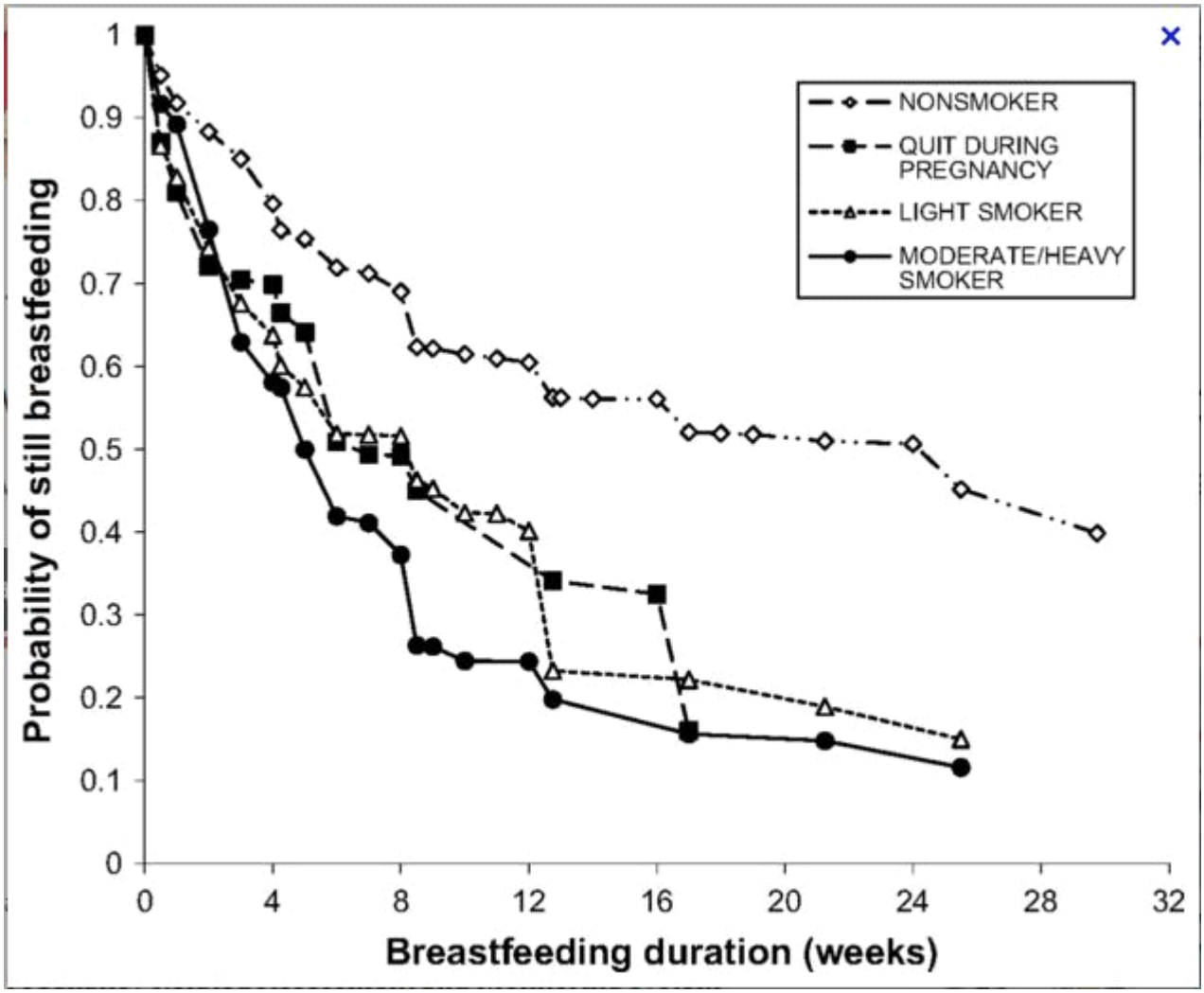

Illustration 13: Probabilité d'allaiter en fonction de l'intoxication tabagique (Source : Whaley et al., 2002) (58)

Dans l'étude, sur les 7 fumeuses, une seule femme a allaité jusqu'à 6 mois. Le tabagisme concerne 2% des femmes qui ont allaité plus de 6 mois et 13% des femmes qui ont allaité moins de 6 mois (*p*=0,05).

-L'absence de mise au sein précoce, de contact peau-à-peau avec le bébé dans la première heure (49).
Dans l'étude, une tétée dans les 30 premières minutes concerne 76% des femmes qui ont allaité plus de 6 mois et 70% des femmes qui ont allaité moins de 6 mois (p>0,05). Le peau-à-peau précoce concerne 94% des femmes qui ont allaité plus de 6 mois et 87% des femmes qui ont allaité moins de 6 mois (p>0,05). Le peau-à-peau dure plus d'une heure chez 75% des femmes qui ont allaité plus de 6 mois et chez 45% des femmes qui ont allaité moins de 6 mois (différence significative : p=0,005).

-Les difficultés d'allaitement, notamment les pathologies mammaires (crevasse, engorgement, lymphangite, abcès) (47)**, et les problèmes de succion de l'enfant** (49).

-L'introduction de biberons de compléments (47).

-Chez le nourrisson, un problème de santé (47), **une prise de poids insuffisante ou une perte de poids>10%** (49).

-L'insuffisance de lait (47).

C'est la première cause de sevrage dans notre étude (39%).
Cette observation est reléguée par une étude canadienne de 2009-2010 (62), dans laquelle la première raison invoquée par les mères justifiant l'interruption de l'allaitement est l'insuffisance de lait (26,1%). Viennent ensuite la capacité à ingérer des solides (18,9%), le sevrage spontané (13,1%) et la reprise du travail (9%).

Une revue de la littérature de 2008 (63) via CINAHL, MEDLINE et PUBMED a étudié toutes les publications portant sur la « perception d'insuffisance de lait » et/ou le « manque de lait » entre 1996 et 2007, et s'intéressant à des nourrissons en bonne santé et à terme. Vingt publications ont été étudiées provenant des États-Unis, d'Australie, de Nouvelle-Zélande, du Canada, de Mexico, de Hong-Kong, de Thaïlande et de Turquie. Un large pourcentage de mères allaitantes (35 à 44%) rapporte la perception d'une insuffisance de lait comme étant la principale difficulté rencontrée et la première cause de sevrage prématuré.

Qu'elle soit réelle ou ressentie, l'insuffisance de lait est l'apanage des pays industrialisés. La croyance que de nombreuses mères sont incapables de produire suffisamment de lait y est extrêmement répandue.
La prévalence élevée de ce syndrome dans la plupart des pays occidentaux contraste avec sa rareté dans les pays où l'allaitement maternel est très valorisé et le recours aux laits artificiels beaucoup moins facile. Dans le travail de l'OMS sur l'allaitement chez 3898 mères au Nigeria et au Zaïre (64), il est apparu qu'aucune mère était incapable de produire du lait.
Le syndrome d'insuffisance de lait est d'apparition assez récente. Il est apparu pour la première fois dans un article rédigé en 1980 par Judith Gussler et Linda Briesemeister, 2 employées du laboratoire Ross, l'un des plus gros fabricants de lait artificiel aux États-Unis. A cette époque, les industries commencent à instiller le doute chez les femmes quant à leur capacité à produire du lait.

Il existe 3 causes d'insuffisance de lait (65).

L'insuffisance pathologique de lait

L'insuffisance de lactation due à des causes purement physiopathologiques représente moins de 5% des cas (66).
On peut citer parmi les causes l'agénésie mammaire, les dysfonctionnements hypothalamo-hypophysaires, certaines chirurgies mammaires, une asthénie intense, la dépression, la déshydratation sévère.

L'insuffisance de lait « induite »

Il s'agit de la conséquence d'une inefficacité de transfert de lait par l'enfant ou d'une conduite inappropriée de l'allaitement.

La succion du nourrisson est moins efficace en cas de prématurité, d'hypotonie, d'hypertonie, d'hypoxie, d'anomalie génétique, de muguet buccal…

Un mauvais positionnement, l'utilisation d'une tétine, l'introduction de biberons de lait artificiel peuvent mettre en péril l'allaitement. Le recours aux compléments est associé à une durée d'allaitement plus courte. En effet, les compléments sont à l'origine d'une sous-stimulation mammaire. En rassasiant l'enfant, les compléments diminuent la fréquence des tétées, et donc diminuent la stimulation mamelonnaire ainsi que les sécrétions hormonales. Un cercle vicieux négatif s'installe : moins le bébé tète, moins il y a de lait... et on aboutit à un sevrage (64).

De nombreuses femmes suivent des recommandations erronées : mise au sein retardée, mise à distance de l'enfant, limitation du nombre et de la durée des tétées, respect absolu d'un écart minimum entre les tétées, utilisation d'un seul sein par tétée, tétée uniquement en cas de pleurs. Dans l'idéal commun français, il prédomine une culture d'allaitement à horaires réguliers, avec des tétées de plus en plus espacées au fil des semaines, et supprimées la nuit dès que possible. Il faut rapidement que l'enfant tète le moins souvent possible et qu'il fasse ses nuits. Or ces attitudes sont contraires à la physiologie.

En effet, la production lactée est régulée par la demande de l'enfant. Plus le bébé tète, plus la sécrétion de lait est stimulée. En moyenne, 8 à 12 tétées par jour minimum sont indispensables au maintien de la production de lait. En deçà, il existe un risque d'interruption prématurée de la production.

La perception erronée d'une insuffisance de lait

C'est de loin la situation la plus fréquente. Le besoin de téter fréquemment ou de nombreux autres signes sont souvent imputés à tort à une insuffisance de lait.

Pendant certaines périodes, il arrive que le bébé manifeste une agitation importante, des crises de pleurs plus fréquentes et prolongées. Il réclame davantage, dort peu. Ce genre de pleurs, qui culmine aux alentours de 6-8 semaines, a été nommé « coliques ». Néanmoins, ce terme donne une (fausse) idée que les pleurs sont en rapport avec des douleurs digestives. Or, le caractère développemental et normal de ces pleurs précoces est attesté par différentes preuves.

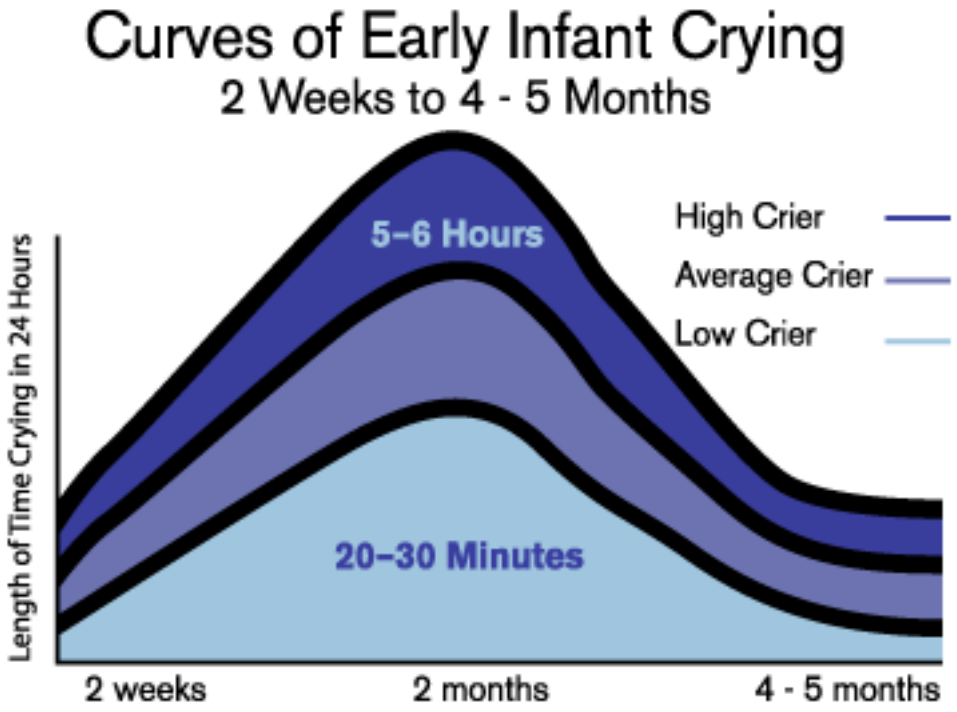

Illustration 14: Courbe des pleurs (Source : Barr, 2009) (67)

La "courbe des pleurs" est présente et stable depuis des décennies dans presque toutes les sociétés où elle a été étudiée.
Dans une cohorte de prématurés bien portants, nés en moyenne huit semaines avant terme (68), le pic des pleurs se situe également à 6 semaines d'âge corrigé, il s'agit donc bien d'un phénomène lié à la maturation. Elle est également retrouvée chez les nourrissons élevés dans des conditions de parentage complètement différentes : chez les bébés des chasseurs cueilleurs Kung San du Kalahari (désert en majorité au Botswana), les cris et l'agitation sont aussi plus marqués au cours des trois premiers mois. Il s'agit donc bien d'un comportement universel.

Enfin, ce modèle des cris de détresse se retrouve dans toutes les espèces de mammifères où ils ont été étudiés suggérant qu'il ne s'agit pas d'un phénomène exclusif au petit humain (69).

D'autres périodes sont marquées par des pleurs plus importants. Ce sont les « poussées de croissance ». Ces dernières incitent le nourrisson à réclamer plus souvent la tétée.
Elles présentent des récurrences à 3 jours, 7-10 jours, 2-3 semaines, 4-6 semaines, 3 mois, 4 mois, 6 mois et 9 mois.
En général, leur durée n'excède pas une semaine (70).

On a observé que 75% des périodes de « poussée de croissance » surviennent pendant les 3 premiers mois, qu'elles durent souvent moins de 4 jours et qu'elles sont surmontées avec succès pour toutes les mères essentiellement en proposant le sein plus souvent (71).

Certaines mères voient dans ces périodes de pleurs un signe que le bébé meurt de faim, et déplorant leur incapacité à subvenir à la demande, elles sont alors tentées d'introduire des compléments de lait artificiel.

Or, de nombreux bébés ont un besoin accru de contact avec leur mère. Chaque bébé est unique et possède son rythme de tétées propre.

D'autres femmes culpabilisent de l'insuffisance de prise de poids de leur nouveau-né. Néanmoins, les courbes de croissance de référence proposées dans les carnets de santé ont été établies à partir de cohortes d'enfants majoritairement nourris à l'aide de préparations industrielles.

Physiologiquement, pendant les 3 premiers mois, la prise de poids est plus importante chez les enfants allaités (par rapport à ceux qui ne le sont pas). Ensuite, après 3 mois, cette tendance s'inverse. Un infléchissement de la courbe de poids au-delà de 3 mois est normal chez les enfants allaités, et ne doit pas questionner sur la quantité de lait reçue (72).

C. Origine des difficultés inhérentes au projet d'allaiter en France

1. Généralités

La plupart des difficultés sont d'ordre psycho-culturel ; elles trouvent leur source dans (73) (74) (75) :
-**le manque de préparation en amont** (absence d'éducation et de promotion de l'allaitement maternel en prénatal)
-**le manque de confiance** des femmes en leur capacité d'allaiter
-**le manque de soutien** (absence de visites systématiques à domicile dans les premières semaines, difficulté à obtenir des conseils appropriés)
-**le manque de formation et de compétence des professionnels**, associé à un faible développement de l'initiative Hôpital Amis des Bébés
-**la large diffusion des laits de substitution** (lobbying des laboratoires), servies par des campagnes promotionnelles très actives dans les années 1950 à 1970, et permises par le développement de l'élevage de vaches laitières
-**la confiance en la science** (laits de substitution)
-**la croyance au côté pratique du biberon**
-**la gêne vis-à-vis de l'allaitement en public** et de vis-à-vis de l'allaitement au-delà de 6 mois
-**la difficulté à concilier allaitement et reprise du travail**
-**l'absence de prise en compte de la question de l'allaitement par l'État**
-**l'influence des mouvements féministes** qui ont suivi la Seconde Guerre Mondiale et qui se sont battus contre l'allaitement
-**le poids de l'histoire : le phénomène ancestral des nourrices**. Dans la deuxième moitié du XIXe siècle, presque toutes les familles aisées ont une nourrice chez elles. L'allaitement est assimilé à une activité dégradante et asservissante.

2. Manque de formation des médecins

Un seul item (numéro 24) du programme des études médicales est consacré à l'allaitement. Son contenu inclut :

- les modalités et les bénéfices de l'allaitement maternel
- les complications éventuelles et leur prévention.

La physiologie de la lactation et la prise en charge des complications ne font pas partie de l'enseignement obligatoire. La densité horaire de l'enseignement comprend quelques heures seulement.

De surcroît, les enseignements retrouvés dans les ouvrages de deuxième cycle sont souvent contradictoires d'un manuel à l'autre, et ne sont pas toujours en accord avec les recommandations.

Il serait peut-être intéressant d'intégrer à ces cours des enseignements dirigés multidisciplinaires (avec des sages-femmes, des consultants en lactation, des bénévoles...), afin de parfaire, dès l'externat, cette idée de recours à des spécialistes formés.

En 2001, dans une thèse réalisée auprès de généralistes du Rhône (76), 83% des médecins trouvent leur formation initiale sur l'allaitement insuffisante et 72% souhaiteraient des cours sur le sujet pendant le 3è cycle.

Un conseil médical inapproprié peut aboutir à un sevrage prématuré de l'allaitement.

Dans une thèse de 2010 portant sur la conduite médicale dans le Nord-Pas-de-Calais (77), plus d'un médecin sur deux met en danger l'allaitement au moins une fois : c'est-à-dire propose une prise en charge inadéquate risquant de compromettre la poursuite de l'allaitement maternel.

D. Propositions de soutien à l'allaitement

1. Mesures gouvernementales

Certains efforts du gouvernement pourraient améliorer la situation française :
- augmentation de la durée des congés maternité
- interdiction de la publicité pour l'ensemble des laits infantiles. La publicité pour les laits premier âge est d'ores-et-déjà prohibée par le Code de la Consommation (78).
- adjonction, dans le carnet de santé, des courbes de poids adaptées aux enfants allaités
- généralisation de la labellisation des maternités en Hôpitaux Amis des Bébés.

2. Information prénatale

En France, 7 consultations médicales obligatoires sont réalisées dans le cadre du suivi de grossesse. Ces consultations, souvent menées par le médecin généraliste, sont un moment privilégié pour aborder le désir ou non d'allaiter.

Parallèlement à ce suivi médical, 8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont systématiquement proposées. Elles sont intégralement prises en charge par l'Assurance Maladie.

Ces rencontres ont montré leur importance dans la pratique de l'allaitement, en particulier chez les primo-allaitantes. En effet, celles-ci renforcent la confiance des mères et augmentent le taux et la durée de l'allaitement (79).

3. Amélioration de la prise en charge à domicile

Pour promouvoir un développement de l'allaitement dans la durée, il faudrait programmer le passage systématique d'un professionnel de santé toutes les semaines pendant le premier mois.
Ce programme d'accompagnement, en partie organisé actuellement par le réseau de Protection Maternelle et Infantile (PMI), pourrait se généraliser à toutes les mères. Puéricultrices, sages-femmes, médecins formés et consultants en lactation pourraient prendre part à cette prise en charge.

4. Consultation systématique à J15

En France, le bénéfice d'une consultation systématique dans les 15 jours du post-partum, par des généralistes et des pédiatres sensibilisés et formés, est démontré dans un essai de 2006 portant sur 231 mères (80).
Le groupe qui a bénéficié d'une consultation rapporte significativement moins de plaintes sur les difficultés rencontrées que le groupe témoin (55,3% contre 72,8%). La durée médiane d'allaitement est plus longue (18 semaines versus 13 semaines) et le taux d'allaitement est augmenté à 1 mois (83% versus 72%) et à 6 mois (31% versus 22%).

Les consultations systématiques garantissent une meilleure information des patientes et offrent la possibilité aux médecins de pratiquer un dépistage précoce des difficultés liées au début de l'allaitement. Les complications sont ainsi plus rapidement prises en charge, avec pour conséquence une prévention du risque de sevrage précoce.

Nous pouvons proposer de remettre aux mères à cette occasion une page d'aide à l'allaitement (cf Annexe 4).

5. Autoformation des médecins

En France, des formations sur l'allaitement sont dispensées par le **Développement Professionnel Continu**. Pour les médecins souhaitant une formation approfondie, il existe la préparation au **Diplôme Inter-Universitaire** Lactation Humaine et Allaitement Maternel qui comporte 102 heures de formation théorique.

Par ailleurs, 2 outils sont mis à disposition par la HAS :

-Le référentiel d'auto-évaluation des pratiques en pédiatrie (81). La page 4 rappelle quelques connaissances pratiques permettant l'évaluation d'un allaitement.

-Le rapport d'élaboration de référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles (82). A la page 11, 6 propositions d'aide au changement de la pratique professionnelle sont énumérées :
• Réaliser un document écrit d'information sur l'allaitement à distribuer aux mères, avec les coordonnées de référents spécialistes de l'allaitement et les contre-indications réelles et abusives à l'allaitement.
• Lire le guide PNNS destiné aux professionnels de santé.
• Se former à l'observation d'une tétée en consultation.
• Proposer systématiquement une consultation avec un référent de l'allaitement dans les 15 premiers jours.
• Afficher en salle d'attente une information sur les bénéfices de l'allaitement.
• En maternité observer systématiquement une tétée ; incorporer une fiche spécifique allaitement au dossier ; programmer une consultation systématique la 2e semaine.

Un groupe de médecins de la région Midi-Pyrénées a mis au point une fiche pratique visant à accompagner les mères lors de la reprise du travail (83). Cf Annexe 5.

CONCLUSION

En Norvège, 93% des maternités ont obtenu le label “Hôpital Ami des Bébés”. Les norvégiennes sont 99% à initier l'allaitement à la naissance et elles sont encore 80% à 6 mois à allaiter de façon exclusive ou mixte (2). Celles qui présentent des difficultés sont rapidement orientées vers des interlocuteurs formés pour des conseils adaptés.
Le modèle scandinave est un exemple de progression de l'allaitement grâce, entre autres, à une forte implication des professionnels de santé.

En France, en sus de réticences historiques (influence des mouvements de libération de la femme, identification de l'activité de nourrice à un service dégradant), culturelles (gêne vis-à-vis de l'allaitement en public et de l'allaitement prolongé) et politiques (brièveté du congé parental), des idées reçues contraignent l'application des recommandations médicales, au premier rang desquelles l'idée (le plus souvent subjective) qu'un tarissement de la sécrétion lactée puisse survenir de façon irréversible.
Dans notre étude, 39% des femmes subissent un sevrage prématuré du fait de cette “insuffisance” de lait.
Le plus souvent, l’accès précoce à un avis professionnel personnalisé permet de surmonter cette difficulté. Le médecin est un interlocuteur privilégié sur le sujet. Cependant, les réponses apportées sont très variables d’un médecin à l’autre car non soutenues par des connaissances théoriques.

Deux mesures peuvent pallier aux échecs d'allaitement : la prévention (via l'information prénatale) et la coordination des soins dans l'optique d'un accompagnement rapproché (visites à domicile, consultation systématique 15 jours après l'accouchement). Ces mesures vont de pair avec l'amélioration de la formation du personnel soignant.

L'investissement dans la promotion et le soutien de l'allaitement, avec ses effets à long terme, constitue un placement sûr pour la santé des futures générations.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. DREES. Deux nouveau-nés sur trois sont allaités à la naissance [Internet]. [consulté le 8/02/17]. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er958.pdf
2. Häggkvist A-P, Brantsæter AL, Grjibovski AM, Helsing E, Meltzer HM, Haugen M. Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. Public Health Nutr. Déc 2010;13(12):2076-86.
3. Haute Autorité de Santé. Favoriser l'allaitement maternel processus - évaluation Guide 2006 [Internet]. [consulté le 8/02/17]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/favoriser_lallaitement_maternel_processus_-_evaluation_guide_2006.pdf
4. OMS | Cibles mondiales 2025 [Internet]. WHO. [consulté le 8/02/17]. Disponible sur: http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/fr/
5. Propositions PNNS 2017-2021 [Internet]. Société Française de Nutrition. 2017 [consulté le 5/02/18]. Disponible sur: http://sf-nutrition.org/propositions-pnns-2017-2021/
6. L'initiative Hôpitaux amis des bébés [Internet]. UNICEF. [consulté le 8/02/17]. Disponible sur: https://www.unicef.org/french/nutrition/index_24806.html
7. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. Déc 2015;104(467):114-34.
8. Callendret M, Gelbert-Baudino N, Raskovalova T, Piskunov D, Schelstraëte C, Durand M, et al. Observance des pratiques professionnelles recommandées en maternité et réduction du risque de sevrage de l'allaitement maternel dans les six premiers mois de vie. Archives de Pédiatrie. Sept 2015;22(9):924-31.
9. Bagci Bosi AT, Eriksen KG, Sobko T, Wijnhoven TM, Breda J. Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States. Public Health Nutr. Mars 2016;19(4):753-64.
10. WHO | National implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative 2017 [Internet]. WHO. [consulté le 14/01/18]. Disponible sur: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-national-implementation2017/en/
11. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 1 Déc 2015;104:14-9.
12. Pannaraj PS, Li F, Cerini C, Bender JM, Yang S, Rollie A, et al. Association Between Breast Milk Bacterial Communities and Establishment and Development of the Infant Gut Microbiome. JAMA Pediatr. 8 Mai 2017;
13. Picone O, Servely J-L, Chavatte-Palmer P. Origine fœtale des maladies de l'adulte: quelle importance pour la pratique obstétricale? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Juin 2007;36(4):338-43.
14. Horta BL, Victora CG, World Health Organization. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. 2013;

15. Bowatte G, Tham R, Allen KJ, Tan DJ, Lau M, Dai X, et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. Déc 2015;104(467):85-95.
16. Mårild S, Hansson S, Jodal U, Odén A, Svedberg K. Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. Acta Paediatr. Févr 2004;93(2):164-8.
17. Silfverdal SA, Bodin L, Hugosson S, Garpenholt O, Werner B, Esbjörner E, et al. Protective effect of breastfeeding on invasive Haemophilus influenzae infection: a case-control study in Swedish preschool children. Int J Epidemiol. Avr 1997;26(2):443-50.
18. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. Déc 2015;104(467):3-13.
19. Thompson JMD, Tanabe K, Moon RY, Mitchell EA, McGarvey C, Tappin D, et al. Duration of Breastfeeding and Risk of SIDS: An Individual Participant Data Meta-analysis. Pediatrics. Nov 2017;140(5).
20. Amitay EL, Keinan-Boker L. Breastfeeding and Childhood Leukemia Incidence: A Meta-analysis and Systematic Review. JAMA Pediatr. Juin 2015;169(6):e151025.
21. Wang K-L, Liu C-L, Zhuang Y, Qu H-Y. Breastfeeding and the risk of childhood Hodgkin lymphoma: a systematic review and meta-analysis. Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(8):4733-7.
22. Lodge CJ, Tan DJ, Lau MXZ, Dai X, Tham R, Lowe AJ, et al. Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. Déc 2015;104(467):38-53.
23. Xu L, Lochhead P, Ko Y, Claggett B, Leong RW, Ananthakrishnan AN. Systematic review with meta-analysis: breastfeeding and the risk of Crohn's disease and ulcerative colitis. Aliment Pharmacol Ther. Nov 2017;46(9):780-9.
24. Pereira PF, Alfenas R de CG, Araújo RMA. Does breastfeeding influence the risk of developing diabetes mellitus in children? A review of current evidence. J Pediatr (Rio J). Févr 2014;90(1):7-15.
25. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. Déc 2015;104(467):30-7.
26. Carter CS, Williams JR, Witt DM, Insel TR. Oxytocin and social bonding. Ann N Y Acad Sci. 12 juin 1992;652:204-11.
27. Abedi P, Jahanfar S, Namvar F, Lee J. Breastfeeding or nipple stimulation for reducing postpartum haemorrhage in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 27 Janv 2016;(1):CD010845.
28. Ahnfeldt-Mollerup P, Petersen LK, Kragstrup J, Christensen RD, Sørensen B. Postpartum infections: occurrence, healthcare contacts and association with breastfeeding. Acta Obstet Gynecol Scand. Déc 2012;91(12):1440-4.
29. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. Déc 2015;104(467):96-113.

30. He X, Zhu M, Hu C, Tao X, Li Y, Wang Q, et al. Breast-feeding and postpartum weight retention: a systematic review and meta-analysis. Public Health Nutr. Déc 2015;18(18):3308-16.
31. Nguyen B, Jin K, Ding D. Breastfeeding and maternal cardiovascular risk factors and outcomes: A systematic review. PLoS ONE. 2017;12(11):e0187923.
32. Duan X, Wang J, Jiang X. A meta-analysis of breastfeeding and osteoporotic fracture risk in the females. Osteoporos Int. Févr 2017;28(2):495-503.
33. Unar-Munguía M, Torres-Mejía G, Colchero MA, González de Cosío T. Breastfeeding Mode and Risk of Breast Cancer: A Dose-Response Meta-Analysis. J Hum Lact. Mai 2017;33(2):422-34.
34. Pakpoor J, Disanto G, Lacey MV, Hellwig K, Giovannoni G, Ramagopalan SV. Breastfeeding and multiple sclerosis relapses: a meta-analysis. J Neurol. Oct 2012;259(10):2246-8.
35. Vinther T, Helsing E. Allaitement maternel: comment favoriser sa réussite. Un guide pratique pour les professionnels de santé Lyon: IPA. 2004;44.
36. OMS. Savoir pour Sauver - L'allaitement maternel [Internet]. [consulté le 8/02/17]. Disponible sur: https://www.unicef.org/french/ffl/04/key_messages.htm
37. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Guerrisi C, Castetbon K. Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude Epifane 2012-2013. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2016. 58p.
38. Leclercq AM. L'allaitement maternel : choix personnel, problème de santé publique ou question de finance publique ? Mémoire de DESS en Economie et Gestion Hospitalière Privée. Université de Montpellier I. Sept 1996.
39. L'allaitement maternel en quelques chiffres [Internet]. [consulté le 8/02/17]. Disponible sur: http://maternage.free.fr/cout_lait_industriel.htm
40. assosarambouillet. Etude de l'OCDE sur les taux d'allaitement [Internet]. Allaiter à Rambouillet. 2012 [consulté le 19/02/18]. Disponible sur: https://allaiterarambouillet.wordpress.com/2012/05/19/etude-de-locde-sur-les-taux-dallaitement/
41. Bustreo F. OMS | Le développement de l'enfant commence au sein maternel [Internet]. WHO. 2016 [consulté le 25/02/18]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/commentaries/2016/childhood-development-breastfeeding/fr/
42. Foix B. État des lieux et perspectives de l'allaitement maternel en France et dans le monde. Sciences pharmaceutiques. 2014.
43. DREES. Deux nouveau-nés sur trois sont allaités à la naissance [Internet]. [consulté le 8/02/17]. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er958.pdf
44. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Geay B, et al. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2015;(27):522–32.
45. Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, Rivier A, Callec M, Polverelli JF, et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France). Arch Pediatr. 2001 Août;8(8):807–15.

46. Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, Brockway M, Tough SC. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. BMC Pregnancy Childbirth. 26 Avr 2016;16:90.
47. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. Juin 2009;38(3):259-68.
48. de Jager E, Skouteris H, Broadbent J, Amir L, Mellor K. Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: a systematic review. Midwifery. Mai 2013;29(5):506-18.
49. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. Mai 2009;22(3):112-20.
50. Baker M, Milligan K. Maternal employment, breastfeeding, and health: evidence from maternity leave mandates. J Health Econ. 2008 Jul;27(4):871–87.
51. Roe B, Whittington LA, Fein SB, Teisl MF. Is there competition between breast-feeding and maternal employment? Demography. 1999 May;36(2):157–71.
52. Whaley SE, Meehan K, Lange L, Slusser W, Jenks E. Predictors of breastfeeding duration for employees of the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC). J Am Diet Assoc. Sept 2002;102(9):1290-3.
53. CLEISS. Régimes locaux de sécurité sociale [Internet]. [consulté le 19/02/18]. Disponible sur: http://www.cleiss.fr/docs/regimes/index.html
54. Tarrant RC, Younger KM, Sheridan-Pereira M, White MJ, Kearney JM. The prevalence and determinants of breast-feeding initiation and duration in a sample of women in Ireland. Public Health Nutrition. 2010 Jun;13(06):760–70.
55. Repères chronologiques - Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [consulté le 8/06/17]. Disponible sur: http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et/reperes-chronologiques-65/#
56. Code de la consommation | Legifrance [Internet]. [consulté le 2/03/18]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=589B2EC9859F2F7E916A78E7D2A48A53.tpdila15v_3?idSectionTA=LEGISCTA000032227177&cidTexte=LEGITEXT000006069565&dateTexte=20161017
57. Valdés et al. Infant illness, breast milk feeding and type of care among infants of working mothers. ABM News and Views. 1999;5(3):24.
58. Didierjean-Nouveau J. AA 72 : Reprise du travail, poursuite de l'allaitement [Internet]. [consulté le 7/06/17]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/1160-72-reprise-travail
59. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. Pediatrics. Avr 2006;117(4):e646-55.
60. Donath S, Amir L. Does maternal obesity adversely affect breastfeeding initiation and duration? Journal of Paediatrics and Child Health. 1 Oct 2000;36(5):482-6.
61. Kronborg H, Vaeth M. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. Scand J Public Health. 2004;32(3):210–6.
62. Laugen CM, Islam N, Janssen PA. Social Support and Exclusive Breast feeding among Canadian Women. Paediatr Perinat Epidemiol. 2016 Sept;30(5):430–8.
63. Gatti L. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. J Nurs Scholarsh. 2008;40(4):355–63.

64. Akre J, Weltgesundheitsorganisation, editors. Infant feeding: the physiological basis. Geneva: WHO; 1989. 108 p. (Bulletin of the World Health Organization).
65. Gremmo-Féger G. Allaitement maternel : l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. Spirale. 2003;27(3):45.
66. Thirion M. L'allaitement maternel, des données nouvelles pour tordre le cou aux idées reçues. Rev Prat Med Gen 1993 ; 226 (7) : 29-38.
67. Barr RG. Why Does My Baby Cry So Much | PURPLECrying.info [Internet]. [consulté le 22/02/18]. Disponible sur: http://purplecrying.info/sub-pages/crying/why-does-my-baby-cry-so-much.php
68. Barr RG, Chen S, Hopkins B, Westra T. Crying patterns in preterm infants. Dev Med Child Neurol. Avr 1996;38(4):345-55.
69. Gremmo-Féger G, Un autre regard sur les pleurs du nourrisson, 15è congrès national de pédiatrie ambulatoire, Saint Malo. 4 Juin 2007.
70. Allard M, Desrochers A. Bien vivre l'allaitement. Montréal: Hurtubise; 2010.
71. Verronen P. Breast feeding: reasons for giving up and transient lactational crises. Acta Paediatr Scand. Mai 1982;71(3):447-50.
72. Ministère des Solidarités, de la santé et de la Famille. PNNS. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère.pdf [Internet]. [consulté le 11/02/17]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf
73. Walburg V, Goehlich M, Conquet M, Callahan S, Schölmerich A, Chabrol H. Breast feeding initiation and duration: comparison of French and German mothers. Midwifery. Févr 2010;26(1):109-15.
74. Didierjean-Jouveau C. Épidémiologie de l'allaitement en France, intervention aux 5e Entretiens de nutrition de l'Institut Pasteur de Lille, 13 Juin 2003 [Internet]. [consulté le 11/02/17]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/1068-epidemiologie-de-l-allaitement-en-france
75. The 2014 Lansinoh Global Breastfeeding Survey | Lansinoh [Internet]. [consulté le 23/02/18]. Disponible sur: https://www.lansinoh.com/en/resources/globalsurvey/
76. Gabilly F. Prise en charge des mères allaitantes : enquête sur les besoins de formation du médecin généraliste, conduite pratique à partir d'une revue de la littérature. 2001
77. Vuylsteker L. Prise en charge des complications maternelles de l'allaitement par les médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais en 2009. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2010 113 université du droit et de la santé – Lille 2 faculté de médecine Henri Warembourg:157 p.
78. Code de la consommation | Legifrance [Internet]. [consulté le 2/03/18]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=589B2EC9859F2F7E916A78E7D2A48A53.tpdila15v_3?idSectionTA=LEGISCTA000032227177&cidTexte=LEGITEXT000006069565&dateTexte=20161017
79. Barriere H, Tanguy M, Connan L, Baron C, Fanello S. Information prénatale sur l'allaitement maternel : enquête en Pays de Loire. Archives de Pédiatrie. Sept 2011;18(9):945-54.

80. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayral A-S, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. Pediatrics. Févr 2005;115(2):e139-46.
81. HAS-AFPA-Referentiel-auto-evaluation-AM-Juillet-2005.pdf [Internet]. [consulté le 11/02/17]. Disponible sur: https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/HAS-AFPA-Referentiel-auto-evaluation-AM-Juillet-2005.pdf
82. Haute Autorité de Santé - Allaitement maternel suivi par le pédiatre [Internet]. [consulté le 11/02/17]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272473/fr/allaitement-maternel-suivi-par-le-pediatre
83. Freyens A, Boyer P, Brillac T, Pinchard S, Bismuth M, Oustric S. Allaitement : accompagner les mères lors de la reprise du travail. Enquête en Midi-Pyrénées et fiche pratique pour le médecin. Médecine. 1 Oct 2015;11(8):366-72.

ANNEXES

Annexe 1 : Dépliant allaitement (à proposer au 4e mois de grossesse)
Annexe 2 : Dix conditions Initiative Hôpital Ami des Bébés
Annexe 3 : Questionnaire
Annexe 4 : Aide à l'allaitement (à remettre à la consultation de J15)
Annexe 5 : Fiche pratique “allaitement et reprise du travail”

Annexe 1 : Dépliant allaitement (à proposer au 4e mois de grossesse)

Ce que nous dit le Plan National Nutrition Santé 2017-2021

L'OMS recommande la pratique d'un allaitement maternel de façon exclusive pendant au moins 6 mois et la poursuite de l'allaitement pendant la période de diversification alimentaire, jusqu'à 2 ans, voire davantage.
Cette recommandation trouve sa justification dans les bénéfices documentés pour la santé, aussi bien pour l'enfant que pour sa mère.
Pour les enfants, une réduction de la mort subite du nourrisson, des entérocolites ulcéro-nécrosantes, des otites moyennes avant 2 ans, des infections gastro-intestinales et des affections respiratoires est documentée avec un niveau de preuve élevée. Le niveau de preuve est plus limité concernant la réduction de l'asthme et des rhinites allergiques. A plus long terme, les effets positifs sont d'impact et de niveaux de preuve très limités, concernant notamment la réduction des risques de surpoids et d'obésité, et de diabète de type 2, ainsi qu'un quotient intellectuel légèrement augmenté.
Pour les femmes, des bénéfices en terme de prévention du cancer du sein sont probables. Ceux pour la prévention du risque de cancer de l'ovaire sont également soulignés, mais le niveau de preuve reste limité.
Dès la maternité, 4 pratiques diminuent le risque de sevrage d'allaitement dans les 6 premiers mois : l'initiation de l'allaitement dans les 30 premières minutes, la cohabitation mère-enfant 24h/24, l'éviction de la tétine, l'exclusion des compléments de lait artificiel.

Les 10 plus gros mensonges sur l'allaitement (adapté du livre de Claude Didierjean-Jouveau, éditions Dangles)

1. Le biberon, c'est tout aussi bien que l'allaitement.
La science a fait un certain nombre de progrès, mais elle ne parvient pas à produire les avantages du lait maternel.

2. Pas la peine d'allaiter si c'est pour arrêter très vite.
En fait, toute quantité de lait maternel est bonne à prendre, que ce soit 2 jours, 2 mois ou 2 ans. Le premier lait, ou colostrum, est très riche en anticorps. Même un allaitement court peut avoir des conséquences bénéfiques à long terme.

3. Allaiter, ça fatigue.
A cause de la prolactine sécrétée quand on allaite, le temps de sommeil profond (réparateur) est plus élevé. Une étude a montré que les femmes qui arrêtent d'allaiter ne sont pas moins fatiguées (Kendall-Tackett K, Cong Z, Hale TW. The effect of feeding method on sleep duration, maternal well-being, and postpartum depression. Clinical Lactation. 2011;2(2):22–26.).

4. Allaiter, ça fait mal.
Si une sensibilité est normale au cours des premières tétées, la douleur s'estompe ensuite rapidement. Une persistance des douleurs au-delà des premiers jours peut évoquer des troubles de la succion ou une position inadéquate.

5. Certaines femmes n'ont pas assez de lait, ou leur lait n'est pas nourrissant.
Même les femmes mal nourries produisent un lait de qualité pour leurs bébés. Les nutriments majeurs sont toujours représentés, et la composition moyenne reste stable. Quand un bébé est très demandeur, dès le début ou par intermittence, on a tendance à incriminer une insuffisance de lait. C'est inexact. Certains bébés ont des besoins de contact accrus, ou font l'expérience de poussées de croissance transitoires.
Les astuces proposées pour avoir plus de lait sont souvent inutiles. La seule façon d'augmenter la quantité de lait produite est d'augmenter le rythme des tétées.

6. Allaiter déforme la poitrine.
Les femmes qui n'allaitent pas voient leur poitrine diminuer de façon radicale. Cela peut affecter l'élasticité de la peau, et la poitrine peut changer de forme, comme lorsque l'on perd du poids rapidement. En revanche, l'allaitement est un bon moyen de revenir à son bonnet normal de façon progressive, et il n'est pas responsable de la ptôse (affaissement) mammaire (Rinker B, Veneracion M, Walsh CP. The effect of breastfeeding on breast aesthetics. Aesthet Surg J. Oct 2008;28(5):534-7.).

7. Allaiter, c'est bien les premiers mois ; après, ce n'est pas bon.
La concentration en acides gras, en anticorps, … reste adaptée aux besoins de l'enfant, et augmenterait même lorsque l'enfant grandit et tète moins.
L'effet bénéfique (sur l'immunité et l'intelligence de l'enfant, sur les cancers de la mère...) est dose-dépendant, c'est-à-dire qu'il augmente si l'allaitement se prolonge. Par exemple, chaque mois d'allaitement diminue le risque d'ostéoporose chez la mère de 0,9% (Duan X, Wang J, Jiang X. A meta-analysis of breastfeeding and osteoporotic fracture risk in the females. Osteoporos Int. Févr 2017;28(2):495-503.) et diminue le risque d'obésité chez l'enfant de 4% (Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. Am J Epidemiol. 1 Sept 2005;162(5):397-403.).

8. Si on allaite, on est coincée chez soi.
Au contraire, on peut faire beaucoup de choses avec un bébé allaité, à condition de ne pas craindre d'allaiter où l'on se trouve. Avec un minimum d'entraînement et des habits adaptés, on peut allaiter en toute discrétion, sans découvrir ses seins.

9. L'allaitement exclut le père.
Les pères qui reconnaissent le caractère spécial de la relation d'allaitement savent qu'elle ne les empêchera pas de nouer une relation différente mais tout aussi importante. D'autres gestes permettent un contact physique répété : changes, bains, promenades, jeux, massages, portage, bercement, endormissement, sommeil partagé puis diversification alimentaire.

10. On n'est pas une bonne mère si on n'allaite pas.
Une femme est libre de son corps, de son organisation domestique. Elle peut choisir d'aborder la maternité à sa manière. Il existe autant de déclinaisons de la maternité que de styles d'éducation. Les compétences maternelles, avec leurs contraintes (budget, disponibilités en temps...), ne peuvent se réduire à la soumission aux normes issues de la sphère médicale.

Annexe 2 : Dix conditions Initiative Hôpital Ami des Bébés

1.Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants

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

3.Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique

4.Mettre les nouveau-nés en contact peau-à-peau avec leur mère immédiatement à la naissance et pendant au moins une heure, encourager les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter, et offrir de l'aide si nécessaire

5.Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson

6.Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale (privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire)

7.Laisser l'enfant avec sa mère 24 h sur 24 (favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin pour les bébés malades ou prématurés)

8.Encourager l'allaitement au sein à la demande l'enfant (aux signes d'éveil) et de la mère

9.Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette

10.Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Annexe 3 : Questionnaire

Questionnaire (femmes qui ont allaité au moins 1 mois)

-Date : ….....
-Votre date de naissance : ….....
-Date de naissance de l'enfant : ….....
-Statut marital : ….....
-Niveau d'études : ….....
-Emploi : ….....
-Date de reprise du travail : …….
-Lieu de naissance : ….....
-Nombre total d'enfants : ….....
-Ont-ils été allaités ? ….....
-Avez-vous été allaitée ? ……..

Pendant la grossesse :
-Aviez-vous l'intention d'allaiter votre bébé ? ….....
-Avez-vous reçu une information concernant l'allaitement ? ….....
-Si oui, par : famille/sage-femme/PMI/association/médecin généraliste/gynécologue/autre
-Si oui, quels points ont été abordés ? première tétée précoce/fréquence des tétées/impact des biberons de lait artificiel/autre : …….
-Si oui, avez-vous trouvé ces informations : suffisantes/insuffisantes
-Avez-vous participé à des séances de préparation à l'accouchement ? ….....
-Avez-vous fumé ? ….....

A la naissance :
-Vous avez accouché par : césarienne/voie basse instrumentale/voie basse non instrumentale
-Poids du bébé à la naissance : ….....
-Terme : <32 / 32-37 / >37 semaines d'aménorrhée
-Votre bébé a-t-il été posé nu sur vous en peau-à-peau ? ….....
-Si oui, combien de temps ? <1h ou >1h
-Votre bébé a-t-il tété dans les 30 min après la naissance ? ….....
-Si non, au bout de combien de temps ? 1/2h-2h/2-6h/6-12h/12-24h/>24h/ne sait pas
-Pourquoi ? indication médicale/séparation mère-bébé/fatigue-manque d'envie/absence de proposition de l'équipe/autre : ….....

A la maternité :
-Pourquoi avez-vous donné le sein à votre bébé ? pratique/naturel/meilleur pour la santé de l'enfant/gratuit/relation privilégiée/autre :.....
-Avez-vous cohabité en permanence avec votre bébé ? ……
-Votre bébé a-t-il sucé une tétine ? …….

-Votre bébé a-t-il reçu des compléments de lait artificiel ? oui/non/ne sait pas
-Si oui, pourquoi ? indication du médecin/proposition du personnel/demande de votre part/autre : ….....
-Si demande de votre part : pleurs/fatigue/seins douloureux/pas de lait/autre : ….....
-Pendant votre séjour, un membre du personnel a-t-il observé une tétée ? ….....
-Avez-vous reçu une information pour le retour à la maison ? personne à contacter en cas de difficulté/variation de la demande des tétées/comment tirer et conserver le lait en cas de besoin

A un mois :
-Poids de l'enfant : ……

Ce jour :
-Age de l'enfant : ….....
-Poids de l'enfant ce jour : ….....
-Allaitez-vous toujours votre enfant ? oui/non

-Si non, quand avez-vous arrêté ? ……

-Si non, pourquoi avez-vous arrêté ? manque de lait/reprise du travail/tétées trop nombreuses/douleur aux seins/fatigue/bébé insatisfait/prise de poids insuffisante/indication médicale/autre ….....

-Si oui, rencontrez-vous des difficultés pour votre allaitement ? oui/non
-Si non, en cas de problème avec l'allaitement, qui contacteriez-vous ? famille/médecin/PMI/centre de santé/sage-femme/hôpital/association/ne sait pas/autre : ….....
- Si oui, lesquelles ? crevasses/bébé tète mal/douleur/bébé tète trop/autre : ….....
-Si oui, quelqu'un vous a-t-il aidé à surmonter ces difficultés ? oui/non
-Si oui, qui ? .....
-Si oui, cette aide a-t-elle été efficace ? oui très/oui un peu/non

-Donnez-vous du lait artificiel à votre bébé ? oui/non
-Si oui, depuis quand ?.....
-Si oui, combien de fois ? <1 fois/j / 1 fois/j / 2 fois/j / 3 fois/j / > 3 fois/j
-Si oui, quantité moyenne par biberon : <30ml/30-60ml/60-120ml/>120ml/ne sait pas
-Si oui, pourquoi ? manque de lait/reprise du travail/bébé insatisfait/manque de temps/prise de poids insuffisante/tétées trop nombreuses/douleur des seins/pression de l'entourage/fatigue/autre : ….....

-Diriez-vous qu'allaiter votre bébé est (a été) : facile/moyennement facile/difficile/très difficile
-Êtes-vous satisfaite de votre allaitement ? oui un peu/oui beaucoup/non
Si non, pourquoi ? ……..…….

-Votre allaitement est-il (a-t-il été) conforme à votre projet de départ ?
……
-Avez-vous déjà tiré votre lait ? oui/non
    -Si non, savez-vous comment tirer votre lait ?.....
-Donnez-vous autre chose que du lait ? oui/non
    -Si oui, quoi ? eau/légumes/fruits/céréales/protéines/produits laitiers/autre : ….....
    -Si oui, quand avez-vous introduit ces compléments ? ….....
-Depuis la sortie de la maternité, avez-vous eu des conseils sur l'allaitement ? ….....
-Êtes-vous satisfaite de votre accompagnement pendant l'allaitement ? ……
-Aimeriez-vous avoir plus de conseils sur l'allaitement ? ….....
-Votre conjoint a-t-il une perception positive de l'allaitement ? ……

Annexe 4 : Aide à l'allaitement (à remettre à la consultation de J15)

Douleur :
Une sensibilité exacerbée au niveau des seins pendant les 2 ou 3 jours d'initiation de l'allaitement est fréquente et transitoire.

Rythme à la demande :
Il faut privilégier un rythme de tétées calé sur la demande de l'enfant. Il ne faut éviter de donner le sein à heure fixe (c'est un facteur de risque d'arrêt de l'allaitement). En effet, la quantité de lait produite est proportionnelle au degré de stimulation du sein par l'enfant. Plus l'enfant tète, plus il y aura de lait.
Les astuces ou traitements pour augmenter la quantité de lait sont inefficaces.
Le nombre de tétées par jour, fixé par l'enfant en fonction de ses besoins, est très variable d'un enfant à l'autre. En moyenne 8 à 12 par jour.
Un allaitement à la demande assure une sécrétion lactée suffisante, diminue chez l'enfant la perte de poids au cours des premiers jours et réduit chez la mère le risque d'engorgement.
Initialement, il faut proposer le sein dès que l'enfant présente des signes d'éveil. Il ne faut pas attendre que le bébé manifeste bruyamment sa faim : certains enfants ne pleurent pratiquement jamais et les pleurs sont une manifestation tardive de la faim.
Après quelques jours, lorsque les périodes d'éveil sont plus fréquentes, il faut savoir détecter les petits signes de faim : mise des mains à la bouche, petits mouvements de langue ou de bouche, passage en sommeil léger...

Changement de consistance des seins :
Au moment de la montée de lait, les seins sont généralement tendus. Avec le temps, la tension diminue. Ceci est tout à fait normal et n'est pas synonyme d'insuffisance de lait.

Éviter la tétine :
C'est un facteur de confusion qui peut diminuer la durée de l'allaitement.

Éviter les compléments de lait artificiel :
Il est nécessaire de les éviter au maximum, surtout les premiers jours, afin de ne pas risquer une confusion sein/tétine (la succion au sein et au biberon n'obéissent pas aux mêmes mécanismes), ainsi qu'une baisse de la lactation par diminution de la stimulation.

Crevasses :
Quand des crevasses apparaissent, il faut souvent revoir la position du bébé. Il ne faut surtout pas arrêter l'allaitement sur le sein douloureux. Vous risqueriez un engorgement. Si la douleur restreint l'allaitement, il ne faut pas hésiter à extraire le lait après la tétée soit à la main soit avec un tire-lait.

Engorgement :
Si le sein devient dur et douloureux, il faut évoquer un engorgement. Il faut alors augmenter la fréquence des tétées jusqu'à ce que la tension s'amende. On peut optimiser l'extraction de lait grâce à un tire-lait. Surveillez votre température.
En cas de fièvre, de douleurs persistantes, de placard rouge sur le sein, il est préférable de consulter un médecin.

Crises de pleurs inexpliquées :
A une certaine période, qui débute en général vers 6 ou 8 semaines, l'enfant va traverser une transition appelée « PURPLE crying ». Les pleurs vont s'intensifier, en particulier le soir. De nombreux soirs d'affilée. Ils vont commencer sans raison et s'arrêter également sans raison. Ils ne seront pas accessibles à un quelconque réconfort de votre part. L'enfant semblera se tordre de douleur. En réalité, les pleurs ne sont pas déclenchés par des spasmes abdominaux. Tous les enfants en bonne santé passent par cette phase. C'est une condition nécessaire au bon développement cérébral. Le plus souvent, il est recommandé de ne pas laisser l'enfant seul. Montrer à l'enfant que vous êtes là pour lui (même si vous ne parvenez pas à le calmer) est la meilleure chose à faire. Cependant, il est tout à fait normal de se sentir désemparé voire parfois excédé par les pleurs. Si la situation devient intolérable pour vous, après s'être assuré que les besoins vitaux de l'enfant sont satisfaits, mieux vaut le mettre au lit pendant quelques minutes et faire une activité agréable (bain, musique, lecture...). Il ne faut JAMAIS secouer un bébé.

Poussées de croissance :
A certaines périodes de développement, l'enfant risque de réclamer plus fréquemment la tétée. Vous pourrez alors vous sentir désemparée et même avoir l'impression que vous manquez de lait, car vous semblerez ne pas réussir à satisfaire son appétit. Or ces « regains d'appétit » sont physiologiques et sont souvent en rapport avec des bonds en avant dans le développement psycho-moteur. Dès lors, il ne faut pas hésiter à donner plus fréquemment le sein. Ces périodes durent 2 à 7 jours. Ensuite le rythme des tétées se régularise. On a observé des occurrences régulières à 3 jours, 7-10 jours, 2-3 semaines, 4-6 semaines, 3 mois, 4 mois, 6 mois et 9 mois.

Combien de fois par nuit se réveille un enfant ? (Michelsson K, Rinne A, Paajanen S. Crying, feeding and sleeping patterns in 1 to 12-month-old infants. Child Care Health Dev. Avr 1990;16(2):99-111.)
-Entre 0 et 3 mois, 90% des bébés se réveillent une à deux fois par nuit.
-De 3 à 5 mois, 3/4 se réveillent une ou deux fois.
-De 6 à 8 mois, 2/3 se réveillent une ou deux fois.
-De 9 à 12 mois, ils sont encore 47% à se réveiller une ou deux fois.

Doit-on donner un seul sein ou les deux ?
La seule règle est de suivre le bébé, de le laisser décider lui-même de la fin de la tétée. C'est-à-dire l'encourager à téter le premier sein jusqu'à ce qu'il arrête de lui-même avant de lui proposer le deuxième sein, sans s'inquiéter si l'enfant le refuse.

Comment obtenir un bon positionnement ?
Le bébé doit être complètement face à sa mère, la tête dans l'axe du corps, la prise du sein dans l'axe du mamelon. L'oreille, l'épaule et la hanche du bébé doivent être alignés sur une même ligne droite. Si le positionnement n'est pas optimal, la succion est plus difficile et la stimulation des terminaisons nerveuses du mamelon est moindre (responsable d'une diminution de la production de lait).

Comment peut-on juger de l'efficacité des tétées ?
Les signes d'une bonne prise de lait par le bébé sont :
-la diurèse et la défécation régulières
-la prise de poids harmonieuse
-l'état d'éveil
-l'observation d'une bonne succion et déglutition lors des tétées.

Annexe 5 : Fiche pratique « allaitement et reprise du travail »

Source : Freyens A, Boyer P, Brillac T, Pinchard S, Bismuth M, Oustric S. Allaitement : accompagner les mères lors de la reprise du travail. Enquête en Midi-Pyrénées et fiche pratique pour le médecin. Médecine. 1 oct 2015;11(8):366-72.

Copyright © 2017 John Libbey Eurotext. Téléchargé par un utilisateur anonyme le 08/02/2017.

Allaitement maternel et reprise du travail

Introduction

L'allaitement maternel est un **choix personnel.** Il peut être poursuivi lors de la reprise du travail si la mère le désire.
La mère doit être motivée et organisée.
Le rôle du médecin généraliste est de la **soutenir**.
Le regard des autres (conjoint, famille et professionnels de santé) est un point décisif dans le démarrage et dans la poursuite de l'allaitement.
Le tire-lait va être le compagnon de route de cette aventure.

Les **recommandations** de l'OMS (2000) et de l'HAS (2002) préconisent un **allaitement maternel exclusif** jusqu'à l'âge de **6 mois.** Néanmoins il est possible d'introduire les aliments solides à partir de 4 mois ½. Cette transition devrait faciliter la reprise du travail de la mère.

Durée du **congé maternité :**
- **16 semaines** pour les 2 premiers enfants (6 prénatales et 10 postnatales)
- **26 semaines** à partir du 3ème enfant (8 prénatales et 18 postnatales)

Il n'existe **plus de congé allaitement** en France.

Les conseils sur l'allaitement peuvent être apportés par les médecins généralistes, les pédiatres, les sages femmes, les PMI. Il existe également des groupes de parole chez certaines sages femmes ainsi que dans des associations comme la Leche League, la grande tétée…

Conseils pour favoriser la durée de l'allaitement :

Il n'est pas utile de réaliser une période d'adaptation lors de la reprise du travail.
L'enfant acceptera le lait maternel de la main d'une autre personne, par l'intermédiaire d'un biberon, d'une cuillère, d'une tasse ou d'une seringue.
La mère peut donner le sein le matin, le soir et la nuit, mais également les WE et jours de repos. Les tétées nocturnes sont les tétées qui maintiennent le mieux la lactation.
Les jours où elle travaille, la mère pourra tirer son lait, le conserver, puis le donner à la personne qui garde l'enfant.

Chaque mère et chaque enfant sont différents. Il n'existe pas de normalité !
En effet un enfant peut décider d'attendre sa mère toute la journée pour téter et se rattraper la nuit. Cela n'a aucune conséquence pour l'enfant et il faut dédramatiser et déculpabiliser la mère. Il s'agit d'une période transitoire.
L'important est que chacun y trouve son équilibre.

Résumé du code du travail :

La mère dispose d'une heure par jour, non rémunérée et divisée en deux, afin de tirer son lait ou d'allaiter son enfant sur place. Certaines entreprises peuvent mettre à disposition de la mère un local (période de 2 x 30 min est alors réduite à 2 x 20min).

Renseignements complémentaires :

- Livret « le guide de l'allaitement » de l'INPES à commander **gratuitement** pour donner aux patientes au : 77 allées de Brienne 31000 Toulouse, Tel : 05 61 23 44 28
- Site de l'OMS : http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/
- Site du CHU de toulouse : http://chu-toulouse.fr/-allaitement-
- Site de la Leche League : http://www.llfrance.org/

Conseils de conservation du lait :

On peut tirer le lait à l'aide d'un **tire-lait** manuel ou électrique, mono ou double téterelle (1 sein ou 2 à la fois).
La mère doit trouver le niveau de dépression confortable pour elle.

Prescription au nom de la mère : *Location d'un tire lait électrique « nouvelle génération » pour une durée de X mois. Achat de téterelles adaptées à la taille de l'aréole.*
Le tire- lait peut se louer en pharmacie, chez un loueur de matériel médical ou directement chez un fabriquant. Il est nécessaire de conseiller des modèles récent.

Il faut rassurer la mère sur le fait que les quantités de lait tirées au début sont toujours faibles mais qu'elles se réguleront dans le temps.

Durées de conservation du lait (aucun consensus)**:**

	Lait maternel frais			Après décongélation	
	T° ambiante 19-25°C	Réfrigérateur < 4°C	Congélateur (pas le freezer) -18°,-20°C	Réfrigérateur	T° ambiante
AFSSA	4 h	48 h	4 mois	24 h	1 h
HAS	4 h	8 j	/	24 h	/

AFSSA (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments) en 2005, HAS (Haute Autorité de Santé) en 2006.

La conservation du lait au congélateur peut se faire dans du verre, du plastique (polycarbonate ou polypropylène) ou dans des sacs congélation(Ameda®,Medela®,Lactisac®…)
Les biberons n'ont pas besoin d'être stérilisés : un lavage énergique au savon et à l'eau ou au lave vaisselle à 65°C, suffit amplement.
Il faut veiller à remplir les récipients aux ¾ en prévision de l'augmentation du volume provoqué par la congélation.
Il est conseillé de conserver des petites quantités de lait pour décongeler de petites quantités en fonction des besoins de l'enfant et éviter le gaspillage.
Le lait peut être décongelé sous l'eau, au bain-marie ou au chauffe biberon thermostat 1. Le micro-onde ne doit jamais être utilisé.
Après décongélation la texture peut changer sans altérer les propriétés du lait.

Vu, le Président du Jury,
Monsieur le Professeur Norbert WINER

Vu, la Directrice de Thèse,
Madame le Docteur Cécile BOSCHER

Vu, le Doyen de la Faculté,
Madame le Professeur Pascale JOLLIET

NOM : COUËTIL PRENOM : Claire

Titre de Thèse : Les causes de sevrage d'allaitement maternel entre 1 et 6 mois de vie de l'enfant. Étude transversale auprès de 100 mères.

RESUME

Introduction : Les bénéfices de l'allaitement maternel, aussi bien pour l'enfant que pour sa mère, sont reconnus scientifiquement. Pourtant, en France, les taux d'allaitement sont parmi les plus bas au monde. La durée moyenne de l'allaitement est de 4 mois et 3 semaines. Au stade de 6 mois, seulement 18,5% des femmes allaitent encore, dont 1,5% de façon exclusive. L'objectif de l'OMS (visant un taux d'allaitement exclusif dans les 6 premiers mois à 50%) relève ici de l'utopie.

Objectif : L'objectif principal est d'identifier les causes à l'origine de ce sevrage prématuré. L'objectif secondaire est de recueillir des données sur l'information prénatale, l'accompagnement, la satisfaction des mères...

Matériel et méthode : Cette étude transversale s'intéresse à des femmes ayant allaité pendant une durée minimale d'un mois, de façon exclusive ou mixte. Le recrutement s'opère en 2016-2017 en Loire-Atlantique (maternité du CHU de Nantes, consultations médicales à Ancenis). Les données sont issues d'entretiens en face-à-face, 6 mois après l'accouchement.

Résultats : Parmi les 100 femmes interrogées, 54 femmes ont maintenu un allaitement au-delà de 6 mois. En comparaison avec les femmes qui ont allaité moins longtemps, elles sont plus souvent mariées (p=0,02), bénéficient d'un congé postnatal prolongé (p=0,01), profitent d'un « peau-à-peau » à la naissance de plus d'une heure (p=0,005), sont informées à la maternité de la variabilité du rythme des tétées (p=0,03). Elles sont globalement plus satisfaites du déroulement (p=0,003) et du suivi (p=0,04) de leur allaitement.
Les 46 autres femmes ont arrêté d'allaiter entre 1 et 6 mois. Les raisons invoquées sont l'insuffisance de lait (39%), la reprise du travail (30,5%), un choix délibéré (15%), des complications de l'allaitement (7%), la reprise d'un traitement médicamenteux (4,5%), la dépression (2%) et la stagnation pondérale du nourrisson (2%).

Discussion : Plusieurs freins existent en France : un frein psycho-culturel (doute sur la capacité d'allaiter, sentiment d'entrave à la liberté, gêne vis-à-vis de l'allaitement en public, stigmatisation des allaitements prolongés...), la brièveté du congé parental (cependant, nos voisins européens bénéficiant d'une durée de congé similaire obtiennent des résultats nettement supérieurs), un manque d'accompagnement des mères, aussi bien dans la préparation en amont (information avant et pendant la grossesse), que dans le soutien à la maternité puis au retour à domicile. Il est regrettable que le sentiment d'insuffisance de lait soit le premier motif de sevrage, alors qu'il est possible de le juguler, dans la grande majorité des cas, via la réassurance et le rétablissement d'une conduite appropriée.

Conclusion : Dans une société où les droits des patients retrouvent leur juste place, le choix des femmes en faveur ou en défaveur de l'allaitement ne peut pas être qualifié de choix éclairé à ce jour. La formation du personnel soignant, l'information systématique des femmes, l'accompagnement à la naissance constituent des conditions *sine qua non* à l'amélioration de la situation française.

MOTS CLES

Allaitement maternel, sevrage, causes, insuffisance de lait, reprise du travail