

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

N° 118

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Aline Mathiot

née le 28 juillet 1986, à Remiremont

Présentée et soutenue publiquement le 15 Décembre 2014

**FACTEURS DÉTERMINANTS
DANS L'INITIATION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL
ET DANS LES SEVRAGES PRECOCES EN MATERNITE
AINSI QU'AU COURS DU PREMIER MOIS.**

Etude réalisée en 2014 sur 18 maternités des Pays de la Loire

Président : Monsieur Le Professeur Rémy SENAND

Directrice de thèse : Madame Le Docteur Élise REYNIER

À Monsieur Le Professeur Rémy SENAND

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et mon profond respect.

À Madame Le Professeur Véronique GOURNAY

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'évaluer mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et mes sincères remerciements.

À Madame Le Professeur Christèle LE GUEN GRAS

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'évaluer mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et mes sincères remerciements.

À Madame Le Docteur Élise REYNIER

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la direction de cette thèse.

Je vous remercie pour votre soutien, vos conseils et votre grande disponibilité.

Recevez ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur Le Docteur Bernard BRANGER

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la codirection de cette thèse.

Ce travail n'aurait pu aboutir sans vos connaissances, votre enthousiasme, votre rigueur scientifique, vos conseils avisés et votre disponibilité.

Recevez ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur Le Docteur Patrick DRENO

Vous m'avez soutenue dans mon travail de bibliographie.

Recevez ici l'expression de mes sincères remerciements.

SINCERES REMERCIEMENTS...

...À mon conjoint Philippe,

Pour sa présence, son écoute et son soutien en toute circonstance. Sans sa patience et son amour, je ne serai rien.

...À mon fils Simon,

Pour le bonheur et l'énergie qu'il nous apporte, pour les moments inoubliables des tétées, pour m'avoir inspiré ce sujet et pour m'avoir attendue et comprise ces derniers mois.

...À mes parents,

Pour leur soutien et pour m'avoir donné la possibilité de faire ce parcours, il sera aussi le fruit de leur travail.

...À ma sœur,

Pour m'avoir montré le chemin de l'allaitement et pour son soutien.

...À mes amies et amis, Emilie, les deux Elodie, Chloé, Sara, Elise, Jean-Mathieu, Amandine, Gwenaëlle, Cyndi, Audrey, Mélissa, Tati Ben....

Pour m'avoir accompagné et soutenue tout au long de ces 10 années universitaires, les heures passées à travailler ensemble, les moments de détente, les pleurs et les fous-rires sont encrés à jamais dans ma mémoire. Merci d'être toujours là tant d'année après.

...À Corinne,

Pour sa bonne humeur, sa gentillesse et sa disponibilité.

...Aux Docteurs Marçon, Le Boudier, Serhan, Launay, Leharle, Guihard, Reignier, Drouin, Lemerrier, Hamelin et aux équipes de PMI et pédiatrie avec qui j'ai travaillé ces derniers mois,

De m'avoir fait partager votre savoir-faire et votre savoir-être. De m'avoir accompagnée et de m'avoir fait confiance.

...Et...

À toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réussite de ma formation : amis, médecins, équipes soignantes, patients...

ABRÉVIATIONS UTILISÉES :

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COFAM : Coordination française pour l'allaitement maternel

CNA : Conseil nation de l'alimentation

CNOS : Comportement non optimal au sein

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ENP : Enquête national périnatale

HAS : Haute Autorité de Santé

IBFAT : Infant Breastfeeding Assessment Tool

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés

IMC : Indice de masse corporel

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INVS : Institut national de veille sanitaire

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORa : Odd ratio ajusté

ORL : Oto-rhino-laryngologue

PMI : Protection materno-infantile

PNNS : Programme national nutrition santé

UNICEF : United Nations of International Children's Emergency Fund

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION.....	1
II. CONTEXTE.....	3
II.1. Taux d'initiation et à un mois de l'allaitement maternel en France et ailleurs.....	4
II.2. Sevrage durant la première semaine.....	6
III. PATIENTS ET METHODE.....	7
III.1. Organisation.....	8
III.2. Type d'étude réalisée	
III.2.a. Questionnaire et score IBFAT remplis en maternité.....	9
III.2.b. Questionnaire à un mois.....	10
III.2.c. Recueil des données.....	10
IV. RESULTATS.....	12
IV.1. Population.....	13
IV.2. Caractéristiques des mères avant la naissance	
IV.2.a. Concernant l'ensemble de mères.....	14
IV.2.b. Le projet et la motivation des mères allaitant.....	19
IV.3. Accouchement, accueil en salle de naissance, caractéristiques du nourrisson.....	21
IV.4. Séjour en maternité et sortie	
IV.4.a. Les différents modes d'alimentation des nourrissons.....	23
IV.4.b. Allaitement maternel : déroulement des premiers jours	
• Première mise au sein.....	24
• Comportements au sein des nourrissons et score IBFAT.....	24
• Utilisations des compléments, tire-laits, écrans et coquilles.....	25
• Complications rencontrées : crevasses, douleurs.....	25
• Raisons motivant les sevrages très précoces en maternité.....	26
IV.4.c. Présence 24h/24 de la mère aux côtés de l'enfant et utilisation de sucette.....	28
IV.4.d. Sortie de maternité.....	28
IV.5. Caractéristiques des pères	
IV.5.a. Catégorie socioprofessionnelle et statut tabagique.....	30
IV.5.b. Leur soutien et leur perception de l'allaitement maternel.....	30
IV.6. Allaitement maternel à un mois	
IV.6.a. Taux d'arrêt et durée des allaitements stoppés.....	32
IV.6.b. Les raisons évoqués et déroulement du sevrage.....	33
IV.6.c. Professionnels rencontrés durant le premier mois.....	34
IV.7. Particularités du groupe allaitement maternel arrêté durant le premier mois.....	35
IV.7.a. Caractéristiques générales des mères et des pères.....	36
IV.7.b. Antécédents de maternité, préparation et influences sur le choix.....	37
IV.7.c. Leurs projet et motivation.....	39

IV.7.d.	Accouchement, accueil en salle de naissance, caractéristiques du nourrisson.....	39
IV.7.e.	Déroulements des premiers jours en maternité.....	40
IV.8. Analyse multivariée		
IV.8.a.	Cas des arrêts très précoces.....	42
IV.8.b.	Cas des arrêts au cours du 1 ^{er} mois.....	43
V.	DISCUSSION.....	45
V.1. Principaux résultats de notre étude		
V.1.a.	Taux d'initiation et facteurs favorisants.....	46
V.1.b.	Les arrêts très précoces et à un mois.....	46
V.1.c.	Situation en Pays de La Loire.....	47
V.2. Limites de notre étude.....		
V.3. Facteurs influençant les arrêts très précoces en maternité et durant le 1er mois		
V.3.a.	La motivation maternelle, moment de décision et confiance en elle.....	49
V.3.b.	Les CNOS et score IBFAT.....	50
V.3.c.	Utilisation de tétine.....	51
V.3.d.	Anesthésie reçue.....	51
V.3.e.	Catégorie socioprofessionnelle des parents.....	52
V.4. Rôle du médecin généraliste		
V.4.a.	Au premier plan pour accueillir et soutenir les mères allaitantes.....	52
V.4.b.	Des difficultés dans la prise en charge des complications de l'allaitement.....	53
V.4.c.	Une formation insuffisante.....	53
V.4.d.	Quelles actions peut-il mener pour promouvoir l'allaitement et diminuer les sevrages précoces auprès des patientes ?.....	54
VI.	CONCLUSION.....	56
VII.	BIBLIOGRAPHIE.....	58
VIII.	ANNEXES.....	63

I. INTRODUCTION

L'organisation mondiale de la santé (OMS) recommande un allaitement maternel jusqu'à l'âge de six mois (33). Il permet de couvrir au mieux les besoins du nourrisson et permet son développement optimal. La Haute Autorité de Santé (HAS) dans ses recommandations de 2002 (2) souligne l'effet protecteur de l'allaitement maternel exclusif contre les infections gastro-intestinales, ORL et respiratoires. Cet effet dépend de la durée et de l'exclusivité de l'allaitement. L'introduction d'aliment complémentaire entre le 4^{ème} et le 6^{ème} mois n'apporte aucun bénéfice particulier (grade B). Un regain d'intérêt pour l'allaitement maternel a été observé durant ces dernières décennies avec l'émergence de nombreux programmes de promotion relancé par le « Plan d'Action de la Protection, Promotion et Soutien de l'allaitement maternel en Europe de 2004 » (15). Depuis l'an 2000 est mis en place en France l'IHAB « l'initiation hôpital ami des bébés » (4) et la CoFAM « coordination française pour l'allaitement maternel » en 1999 (11). L'IHAB est destiné aux professionnels de santé des services maternité - néonatalogie et repose sur une série de recommandations. Il favorise un accompagnement optimal des familles avec des soins suivant les rythmes et les besoins de l'enfant. Il promouvait l'allaitement maternel (Annexe 3). En France fin 2013, 20 services (concernant 3% des naissances) avaient obtenu le label.

Malgré cela en France, le taux d'allaitement maternel en maternité reste un des plus faibles en Europe et tout particulièrement dans la région des Pays de la Loire (41). Les équipes en maternité ont fait état de nouvelles pratiques d'allaitement maternel avec notamment l'utilisation de tire-lait de plus en plus répandu et de sevrages très précoces en maternité. Il existe très peu d'étude qui s'attardent sur ces arrêts en maternité.

L'objectif de ce travail est donc d'une part d'évaluer en 2014 les taux d'initiation et celui des arrêts très précoces (en maternité) et des arrêts précoces (durant le premier mois) de l'allaitement maternel dans la région des Pays de la Loire, d'autre part de comprendre les raisons et les facteurs influençant le choix des mères afin de permettre de les entourer au mieux en maternité mais aussi à leur retour à domicile, qui sera de plus en plus rapide suite aux nouvelles recommandations de l'HAS sur les sorties précoces avant la soixante-douzième heure (19). Pour cela nous avons réalisé une enquête quantitative prospective, à laquelle 18 maternités des Pays de la Loire ont participé.

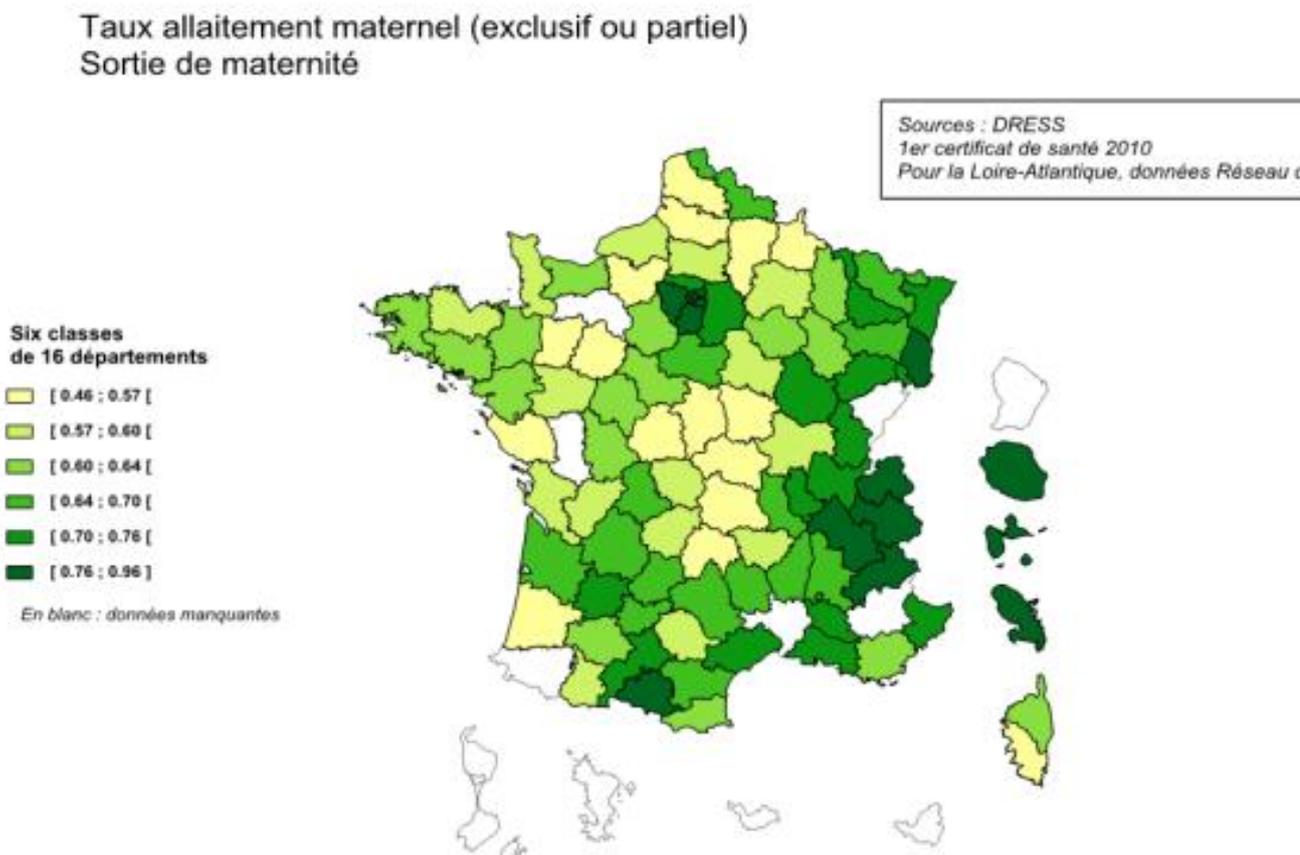
II. CONTEXTE

II.1. Taux d'initiation et à un mois de l'allaitement maternel en France et ailleurs :

En France, malgré les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de mai 2002 (2) et la promotion de l'allaitement maternel incluse dans le Programme National Nutrition Santé 2011-2015 (8,39), les taux d'allaitement en maternité restent faibles et bien en dessous des taux de certains autres pays européens ou d'autres continents (42). De plus il y a peu de données concernant les taux d'arrêts très précoces en maternité.

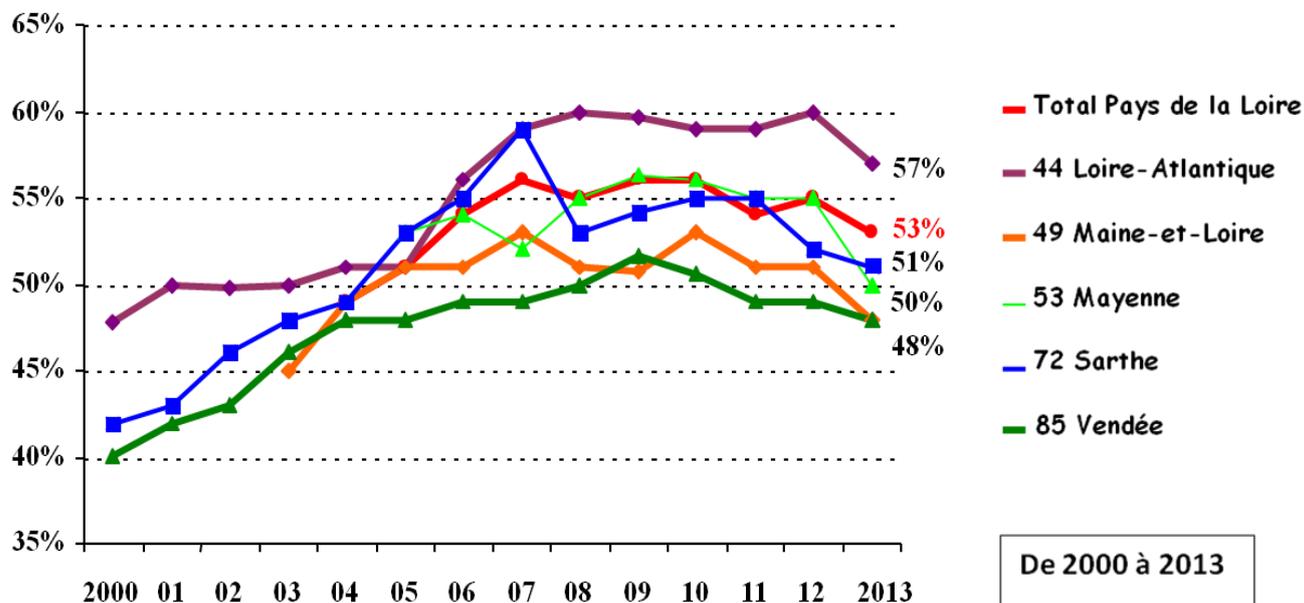
Les enquêtes nationales périnatales (ENP) relevaient un taux d'allaitement maternel au niveau national (exclusif ou mixte) de 37% en 1972, progressant à 53% en 1998 puis 69% en 2010 (5,40). Il existe une grande disparité entre les différentes régions de France avec un gradient Nord-Ouest – Sud-Est comme le montre la carte suivante :

Figure 1 : Taux d'allaitement maternel en sortie de maternité (exclusif ou partiel) en 2010, Données issue du 1^{er} certificat de santé



Le taux d'allaitement en maternité est plus élevé en région parisienne, dans l'Est et le Sud de la France. Les régions de l'Ouest de la France ont un taux bas à 58,8% en 2010 près de 10 points en deçà du taux national malgré une bonne progression depuis l'an 2000.

Figure 2 : Allaitement maternel en sortie de maternité dans les Pays de la Loire
(Données du réseau « Sécurité Naissance » issues des maternités)



Au sein des Pays de la Loire (Figure 2), des disparités existent entre les différents départements avec comme extrêmes en 2013 : 57% d'initiation en Loire-Atlantique contre 48% en Vendée, soit une moyenne de 53% sur l'ensemble des Pays de la Loire. Depuis 2012, le taux d'initiation semblerait amorcer une baisse dans les 5 départements.

Concernant les arrêts durant le premier mois, une étude menée au centre hospitalier de St Nazaire en 1993 retrouvait un taux d'arrêt à 20% (9), une autre réalisée au CHU de Nantes en 2005 un taux à 15% (13), Ego et al au CHU de Lille obtenait 28% d'arrêt (14) et Labarère et al 18% dans les établissements d'Aix et Chambéry (23).

L'étude Épifane menée en France en 2012 par Institut de Veille Sanitaire, sur 136 maternités réparties sur l'ensemble du territoire métropolitain a observé un taux d'allaitement à 69% dont 59,7% d'allaitement maternel exclusif en maternité et 54,4% à un mois dont 35,4% d'exclusif soit 14,6% d'enfants sevrés durant le 1^{er} mois (42).

En 2012, ces taux d'initiation en France sont proches de ceux des pays du Sud de l'Europe et des Etats Unis mais bien en deçà de ceux des pays Nordiques (36,42). En Norvège il s'élève à 98% dont 10% d'allaitement mixte en maternité et à 96% dont 15% de mixte à un mois. En Grèce le taux d'allaitement exclusif en sortie de maternité s'élevait à 85% en 2006 mais chutait rapidement le premier mois pour atteindre 35% au 40^{ème} jour auquel s'ajoutait 20% d'allaitement mixte (45).

II.2. Sevrage durant la première semaine:

Dans l'étude Épipane le taux d'arrêt en maternité n'a pas été étudié, les premiers questionnaires étaient remplis en moyenne à 1,8 jour de vie de l'enfant (42). En regardant leurs graphiques d'évolution des taux d'alimentation lactée des nourrissons au cours du premier mois, nous pouvons voir qu'au 7^{ème} jour, ils sont 63% à être nourris au lait maternel dont 49% seulement de manière exclusif soit 6% d'arrêt durant la première semaine.

Au CHU de Nantes, deux études en 1999 et 2002 ont retrouvé un taux d'arrêt en maternité respectivement de 6,8% sur 161 mères (10) et de 7,8% sur un faible effectif de 64 cas (22).

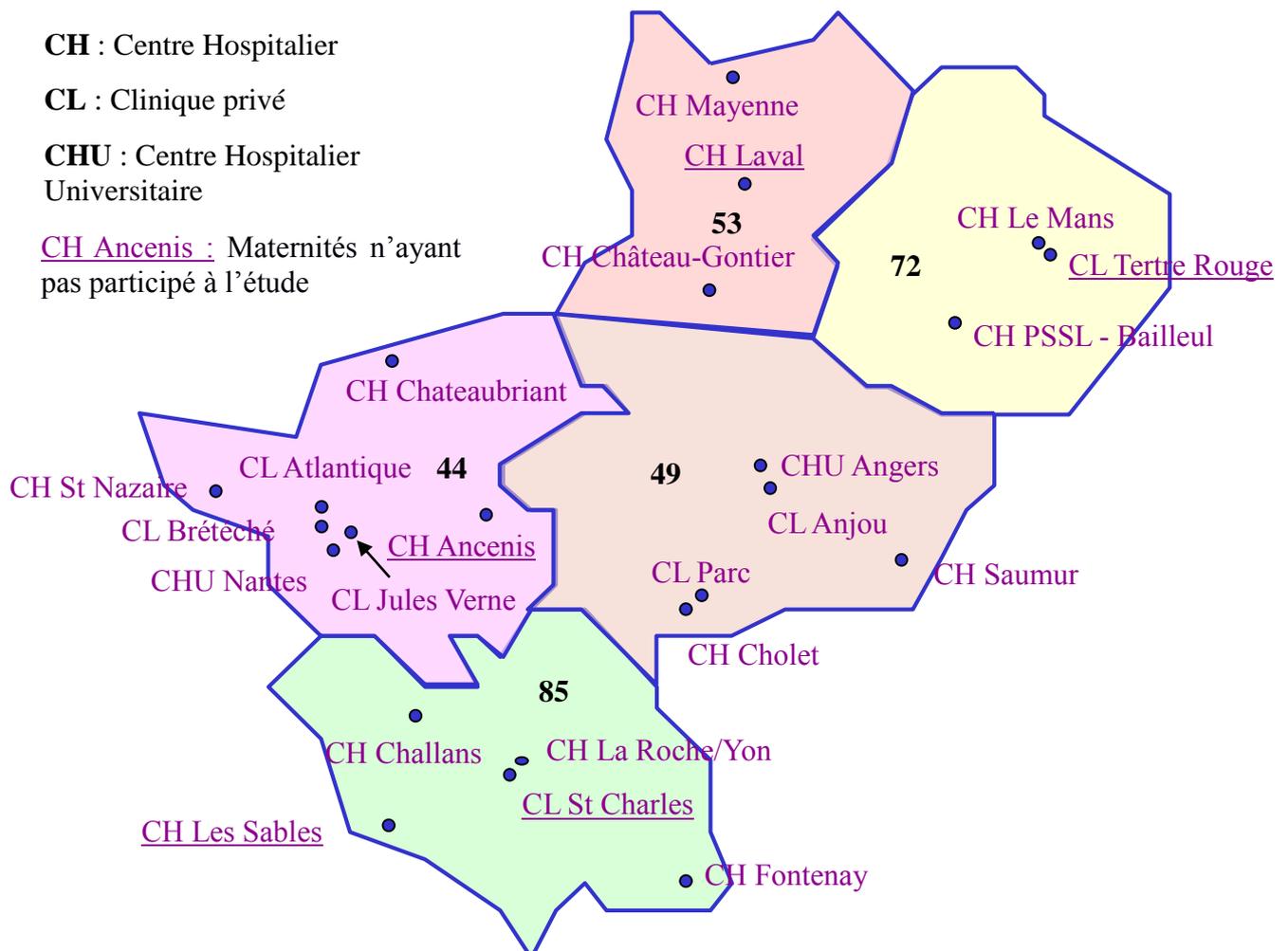
À l'hôpital Antoine-Béclère à Clamart en 2002, une étude portant sur 562 nouveau-nés montra 5% d'arrêt en maternité mais avec une proportion de mères d'origine étrangère (facteur favorisant l'allaitement) plus importante que leur représentation dans la population générale (44).

III. PATIENTS ET METHODE

III.1. Organisation

Le réseau « Sécurité Naissance » des Pays de La Loire (41) est chargé de coordonner 23 maternités de la région ainsi que l'ensemble des professionnels de la périnatalité. Une commission « allaitement maternel » a été créée en 2007 et permet d'organiser des échanges et des évaluations de la politique du réseau. Il a été ainsi proposé aux membres de la commission de mettre en place une enquête auprès des mères et des professionnels des maternités. Au total 18 maternités ont accepté d'organiser l'enquête en 2014. Voici les maternités participantes représentées sur une carte de la région, celles n'ayant pas pris part à l'étude ont été soulignées.

Figure 3 : Maternités du réseau « Sécurité Naissance »



Les « triades mères-pères-nourrissons » qui ont été recrutés pour cette étude étaient hospitalisées dans une des 18 maternités. Ont été incluses toutes les femmes ayant accouché d'un seul enfant (exclusion des grossesses gémellaires), primipares ou multipares, restant uniquement en maternité (pas de séjour en néo natalité) et ayant décidé d'allaiter leur enfant ou bien de donner des biberons de lait artificiel. Les nourrissons devaient être nés proche du terme (≥ 36 semaines d'aménorrhée) et devaient peser au minimum 2000 grammes. Les mères ou les bébés présentant des pathologies pouvant entraver l'alimentation ont été exclus de l'étude. Les nouveau-nés ayant reçu seulement la tétée d'accueil n'étaient pas considérés comme allaités. Les questionnaires ont été distribués à toutes les femmes à la suite pendant une période donnée. L'objectif pour les maternités était de distribuer 20 à 40 questionnaires selon les possibilités de chacune. La période de distribution variait donc selon les établissements entre une à deux semaines, elle s'arrêtait une fois l'objectif fixé obtenu.

III.2. Type d'étude réalisée (Annexe 1)

Il s'agit d'une étude prospective du 12 janvier 2014 au 24 avril 2014. L'inclusion des mères s'est étalée sur trois mois du 12/01/2014 au 03/03/2014. À un mois les mères allaitant ayant accepté de nous transmettre leur numéro de téléphone ou leur mail ont été contactées par les professionnels de santé des maternités ou par Mathiot Aline. Les questionnaires furent validés et les professionnels formés lors de la commission allaitement du réseau de novembre 2013.

III.2.a Questionnaire et score IBFAT remplis en maternité

Un premier questionnaire anonyme était distribué lors du premier jour par les sages-femmes ou les puéricultrices du service de la maternité. Les professionnels de santé étaient invités à présenter l'enquête de la manière suivante: « la maternité... fait partie du réseau «Sécurité Naissance » qui regroupe 23 maternités des Pays de la Loire; afin d'améliorer nos pratiques nous réalisons régulièrement des enquêtes anonymes; nous vous proposons de participer à une étude concernant les pratiques d'alimentation des nourrissons en maternité; merci de remplir ce questionnaire avec votre conjoint, nous les récupérerons le jour de la sortie ». Chaque maternité recevait une notice d'explication avec les questionnaires.(Annexe 1)

Ce questionnaire comportait une partie destinée à l'ensemble des mères, une pour tous les pères, une pour les mères donnant du lait artificiel (non traité dans notre étude) et une pour celles ayant choisi d'allaiter leur enfant.

Une dernière feuille était destinée à celles qui arrêtaient l'allaitement durant leur séjour en maternité. Cette dernière partie pouvait être donnée les jours suivants, uniquement aux mères concernées.

Il nous a permis de relever les caractéristiques générales des parents (catégorie socio-professionnelle, niveau d'étude, l'âge, la parité, les expériences antérieures d'allaitement, la confiance des mères, leur motivation, la perception des pères de l'allaitement, leur soutien ...) ainsi que des détails concernant la grossesse, l'accouchement, le nourrisson, la mise en route de l'allaitement maternel, les difficultés rencontrées lors des premiers jours et les raisons évoquées dans les arrêts en maternités que nous désignerons comme « très précoces ».

Un score global IBFAT (Infant Breastfeeding Assessment Tool) comportant 6 items avec 4 niveaux cotés de 0 à 3 a été réalisé par les équipes de maternités dans l'idéal une fois par équipe soit trois fois par jour. Le score variait entre 0 et 18. Plus le score est élevé, meilleur est le comportement du nourrisson au sein permettant une bonne tétée. On considère qu'un score bas inférieur à 14 est associé à une mauvaise qualité de la tétée. Ce score devait leur permettre d'évaluer la qualité de la technique d'allaitement au sein: qualité de l'éveil au moment de la tétée, recherche du sein, prise du sein, type de succion, déglutition, mise en bouche (annexe 1).

III.2.b Questionnaire à un mois

Il avait pour but de permettre d'évaluer le taux d'allaitement à un mois : allaitement maternel exclusif ou mixte mais également de connaître le parcours de soins de l'enfant depuis la sortie de maternité, les professionnels vers qui la mère avait pu se tourner. Le contenu était variable en fonction de l'arrêt ou non de l'allaitement. Dans le cas où l'enfant était sevré, il permettait de préciser les raisons avancées, les circonstances ainsi que le vécu de la mère.

III.2.c Recueil des données

Le premier questionnaire avec les différentes parties était rendu aux professionnels de santé de la maternité le jour du départ.

Le deuxième questionnaire était réalisé par téléphone ou par mail à environ un mois après leur sortie de maternité. Il était adressé aux femmes qui avaient choisi comme mode d'alimentation l'allaitement maternel exclusif ou non. Les femmes avaient le choix de nous transmettre ou non leurs coordonnées. Nous avons utilisé pour le recueil des données le logiciel EPIDATA.

Pour répondre aux objectifs, des méthodes uni-variées et multivariées ont été employées. Les variables quantitatives sont décrites par leurs moyennes, écart types, minimum, maximum, médiane, premier et troisième quartiles. Elles sont comparées par des tests paramétriques (test t de Student) si les conditions nécessaires sont réunies sinon par des tests non paramétriques. Les variables qualitatives sont présentées par effectifs et pourcentages.

Les comparaisons entre variables qualitatives utilisent le test de χ^2 si les conditions nécessaires sont réunies sinon on utilise des tests de Fisher. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel EPIDATA analyse V2.

Il est réalisé dans un premier temps une analyse uni-variée comportant la comparaison des mères allaitant en maternité et les mères donnant uniquement du lait artificiel. Dans un deuxième temps la comparaison porte sur les mères allaitant en sortie de maternité et celles avec des arrêts très précoces. Dans un troisième temps ont été comparées celles qui poursuivent l'allaitement à l'issue du premier mois et celles l'ayant interrompu le premier mois (comprenant les arrêts très précoces en maternité + les arrêts entre la sortie de maternité et le 1^{er} mois).

Les facteurs significatifs dans l'analyse uni-variée avec $p < 0,10$ ont été introduits dans une analyse multivariée par régression logistique en modèle complet. Les résultats finaux sont présentés avec des odds ratios ajustés (ORa) et seuls les critères significatifs à $p < 0,05$ sont retenus. Le logiciel SPSS 20.0 a été utilisé.

IV. RESULTATS

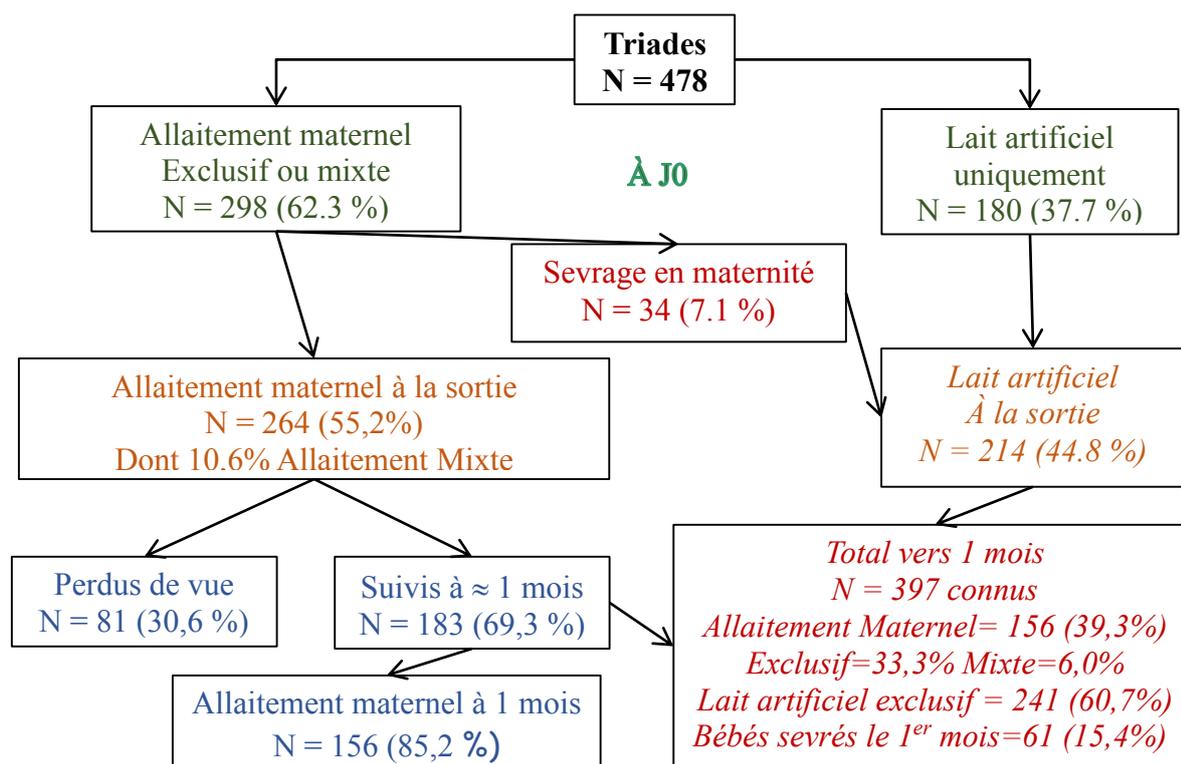
IV.1. Population

Quatre cents soixante-dix-huit « triades : mères-pères-nourrissons » ont participé à l'étude distribuée en maternité. Parmi les 478 mères: 298 ont initiées un allaitement maternel en maternité ce qui représente 62,3 % d'entre elles, 180 mamans ont décidé de nourrir leur enfants par du lait artificiel soit 37,7% d'entre elles. Parmi les 298 femmes du premier groupe, 264 ont maintenu leur allaitement durant leur séjour (exclusif ou mixte), 34 ont arrêté en maternité ce qui représente 7,1 % de l'ensemble des mères. Ainsi en sortie de maternité, le taux d'alimentation par lait artificiel s'élève à 44,8 % et le taux d'allaitement maternel à 55,2% (44,6% d'exclusif et 10,6% d'allaitement mixte).

Lors du rappel à un mois, 81 patientes n'ont pas pu être contactées : 75 ne nous avaient pas transmis leurs coordonnées et 6 n'ont pas répondu aux multiples relances. Ces mamans perdues de vues représentent 30,6% de celles qui allaitaient en sortie de maternité. Ainsi 183 d'entre elles ont pu être rappelées à un mois ce qui représente 69,3% des mamans allaitant en sortie de maternité. Parmi ces 183 mères, 156 (85,2%) allaitaient toujours, 27 avaient arrêté depuis la sortie. Le taux d'arrêt depuis la sortie de la maternité s'élève à 14,8%.

Au total à un mois, l'analyse porte sur 397 couples mères enfants : 156 enfants sont nourris par le lait maternel soit 39,3 % (dont 33,3% exclusif et 6,0% d'allaitement mixte) versus 241 au lait artificiel soit 60,7 %, 61 ont été sevrés au cours de ce premier mois (34 en maternité et 27 au domicile) soit 15,4%.

Figure 4 : Population



IV.2. Caractéristiques des mères avant la naissance

IV.2.a Concernant l'ensemble des mères :

La moyenne d'âge des mères est de 30,8 ans : 23 femmes avaient plus de 40 ans et 3 femmes moins de 20 ans. Les femmes ayant décidé d'allaiter avaient une moyenne d'âge supérieure à celles ayant choisi une alimentation au lait artificiel.

Vingt et une mères étaient de nationalité étrangère ce qui représente 4,5% des réponses. Parmi les mères ayant choisi l'allaitement maternel 6,6% étaient de nationalité étrangère versus 1,1% pour celles du groupe lait artificiel ($p=0,006$). Parmi les mères qui ont poursuivi l'allaitement à la sortie, 7,4% étaient d'origine étrangère. Parmi les femmes qui ont arrêté durant leur séjour en maternité aucune n'étaient de nationalité étrangère. Le fait d'être de nationalité étrangère est un facteur significatif en faveur de l'allaitement maternel mais la différence n'est pas significative entre celles qui poursuivent l'allaitement et celles qui l'arrêtent en maternité.

Concernant l'activité professionnelle des mères, 6 d'entre elles étaient agricultrices, 11 artisans/commerçantes, 56 de professions libérales/cadres supérieures, 39 de professions intermédiaires /cadres moyens, 215 employées, 33 ouvrières, 69 sans professions, 39 avec une autre activité et 10 n'ont pas répondu à cette question.

Nous retrouvons un taux de 24,3% de mères ayant une activité de type cadre. Parmi celles ayant choisi l'allaitement artificiel 16,8 % ont une activité de cadre versus 29% pour celles qui ont choisi l'allaitement maternel avec p significatif à 0,0028. Il s'agit d'un facteur favorisant l'initiation de l'allaitement. La caractéristique cadre n'est pas un facteur significatif de différence entre celles qui poursuivent et celles qui arrêtent l'allaitement en maternité.

Concernant leur situation par rapport à l'emploi : 74,5% des mères en avaient un, 1,1% étaient étudiantes, 15% au chômage et 9% dans une autre situation. Il n'y a pas de différence significative entre les différents groupes pour ce critère.

L'indice de masse corporel moyen des mères était de 23,8 (+/- 4,8) avec des extrêmes à 16,20 et 48,8. Il y a davantage de mères ayant un IMC > 25 dans le groupe arrêt en maternité 48,4% versus 27,2% dans le groupe poursuite de l'allaitement avec p=0,01. De même les mères du groupe lait artificiel présentent un IMC plus élevé mais la différence n'est pas significative.

Concernant leur statut tabagique : 31% des femmes étaient fumeuses avant leur grossesse, 25,5 % des mères ayant choisi d'allaiter versus 40,5% pour celles ayant choisi le lait artificiel (p = 0,001), 13,2% (63 mamans) ont répondu être fumeuse jusqu'au troisième trimestre de grossesse : 19,4% des mères du groupe lait artificiel versus 9,4% des mères ayant choisi l'allaitement maternel (p=0,001). Les mères du groupe sevrage très précoce fumaient davantage avant leur grossesse et au troisième trimestre (p=0,006). En maternité 14,4% des mères se disent fumeuses, ce qui correspond à un taux de sevrage durant la maternité à 16,6%. Le tabagisme maternel peut être considéré comme un critère significatif freinant l'initiation et la poursuite de l'allaitement.

Les mères du groupe allaitement maternel ont davantage été allaitées par leur mères : 44,9% versus 14,6% dans le groupe lait artificiel (p <10⁻⁴). De même les mères du groupe allaitement poursuivi à la sortie de maternité ont été plus nombreuses à être allaitées par leur mères 47,6% versus 24,2% des mères ayant arrêté l'allaitement en cours de séjour (p = 0,03).

Parmi l'ensemble des mères, 36,3 % étaient primipares, 41,1 % des mères donnant le biberon de lait artificiel versus 33,2% des mères allaitantes (p=0,08). Cette différence n'est donc pas statistiquement significative. La différence entre celles qui continuent et celles qui arrêtent l'allaitement maternel est significative: 56,3% des mères du groupe arrêt étaient primipares versus 30,3% des mamans du groupe allaitement poursuivi (p=0,003). Le fait d'être primipare est un facteur favorisant les arrêts très précoces.

Le nombre d'enfant antérieur allaité de 1 à 6: 40,1% des mères n'avaient qu'un enfant avant celui-ci, 18,9% en avaient deux, et 4,6% en avaient trois ou plus.

À la question « si vous avez eu d'autres enfants ont-ils été allaités », 49,2% ont répondu « oui tous », 12,9% « oui en partie » et 38% « non aucun ». De même que la primiparité, le fait d'avoir déjà allaité est un facteur favorisant l'initiation à l'allaitement. En effet, 85,2 % des mères ayant choisi d'allaiter ont un antécédent d'allaitement versus 19,6% de la population allaitement artificiel avec un p significatif $< 10^{-4}$. Ce constat est également valable dans la poursuite de l'allaitement. En effet les mères du groupe arrêt ont une expérience beaucoup moindre (50%) comparée à celles qui poursuivent l'allaitement (87,9%) avec un $p < 10^{-3}$. Pour celles ayant déjà allaité, leurs expériences d'allaitement ont été un succès pour 62,7%, un échec pour 13,7% d'entre elles, un peu des deux pour 23,5%. Les mamans ayant une expérience en allaitement maternel antérieure plutôt vécue comme un échec se sont tournées davantage vers le lait artificiel (45,8 versus 9,4%, $p < 10^{-4}$). Il s'agit d'un facteur prédictif d'arrêt très précoce. En effet 38,5 % des mères ayant arrêté avaient un antécédent d'échec d'allaitement maternel versus 7,2% chez celles qui ont continué ($p < 10^{-3}$). Le fait d'être primipare ou de n'avoir jamais allaité ou d'avoir une mauvaise expérience avec des allaitements antérieurs peut entraîner une moins bonne initiation de l'allaitement et /ou un sevrage dans les premiers jours.

Le moment de la décision d'allaiter leur enfant n'est pas un critère significatif dans notre étude concernant l'initiation ou non de l'allaitement maternel. Par contre, dans la poursuite de l'allaitement à l'issue du séjour en maternité il s'agit d'un critère majeur. En effet, parmi les femmes ayant arrêté au cours de leur séjour 36,4% seulement avaient pris leur décision avant la grossesse ou depuis toujours versus 76,2 % pour celles ayant poursuivi l'allaitement ($p < 10^{-5}$).

Le pourcentage de mamans ayant participé à des cours de préparation à l'accouchement s'élève à 68,9 % : 66,1% des mères du groupe alimentation artificiel versus 70,6 % des allaitements maternels. Cette différence n'est pas significative de même qu'entre celles du groupe poursuite et celles du groupe arrêt.

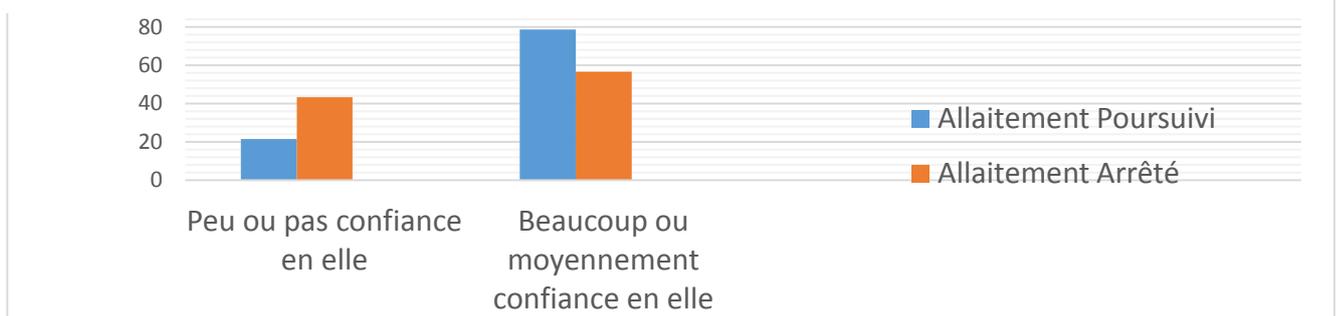
Le pourcentage de mères ayant suivi un atelier allaitement s'élève à 19,2 % : 11,2 % du groupe lait artificiel versus 24,1% de la population allaitement maternel ($p < 10^{-3}$). Le fait de participer à des ateliers allaitement favoriserait l'initiation de l'allaitement. Cette différence n'est pas significative entre celles qui arrêtent et celles qui continuent l'allaitement en sortie de maternité.

À la question « vous a-t-on parlé d'allaitement maternel pendant le cours de préparation » : 11,9% ont répondu « non pas du tout », 3,3% « non assez peu », 47,5% « oui un peu », 15,9% « beaucoup » et 21,3% non pas répondu à la question. Aucune différence significative n'a été retrouvée avec ce critère.

Parmi les critères pouvant influencer les mères sur le choix de l'alimentation de leur enfant 98 mères ont répondu leur conjoint: 63 du groupe alimentation artificiel, 35 mères allaitant dont 5 ayant arrêté en cours de séjour. Onze mères du groupe lait artificiel ont répondu avoir été influencé par leurs amis versus 37 mères allaitant dont deux ayant arrêté en maternité. Parmi les femmes allaitant 111 ont été influencées par leur entourage dont 10 du groupe arrêt très précoce et 36 mamans du groupe lait artificiel. Seize mamans ont signalé avoir été influencées par les données recueillies sur internet, 33 par la lecture de revues. Treize mamans du groupe lait artificiel ont déclaré avoir été influencées par le monde médical, 51 du groupe allaitement maternel dont 4 mamans ayant arrêté en cours de séjour.

Lorsque l'on leur pose la question : 63,9% des mères estiment avoir moyennement confiance en elle, 12,2% beaucoup confiance et deux mères avouent ne pas avoir du tout confiance en elle (5%). Nous n'avons pas observé de différence significative entre les mères ayant décidé d'allaiter et celles ayant choisi les biberons de lait artificiel. Par contre il existe une différence significative entre celles ayant poursuivi l'allaitement et celles l'ayant interrompu en maternité avec $p=0,007$.

Figure 5 : Confiance des mères allaitant



Nous voyons donc que 78,6% des mères qui continuent à allaiter ont beaucoup ou moyennement confiance en elles versus 56,7% de celles qui ont arrêté l'allaitement, 43,3% de ces dernières ont peu ou pas du tout confiance en elles versus 21,4% pour celles qui continuent d'allaiter. Ainsi le niveau de confiance est un gage de réussite dans la poursuite de l'allaitement maternel.

Tableau I : Comparaison des mères du groupe allaitement versus lait artificiel.

CARACTERISTIQUES DES MERES	Allaitement N=298	Lait artificiel N= 180	P
Age (ans)	31,5 ± 5,0	29,7 ± 4,9	0,0001
Nationalité étrangère (%)	19 (6,6)	2 (1,1)	0,006
Profession Cadre (%)	84 (29)	30 (16,8)	0,0028
Mère avec emploi (%)	204 (74,7)	123 (74,1)	0,25
IMC	23,7 ± 4,5	23,9 ± 5,2	0,57
IMC > 25	82 (29,6)	62 (35,2)	0,21
Fumeuse avant la grossesse (%)	70 (25,5)	64 (40,5)	0,001
Fumeuse au 3ème trimestre (%)	28 (9,4)	35 (19,4)	0,001
Allaitées par leur mère (%)	128 (44,9)	46 (14,6)	<10 ⁻⁴
Primipares (%)	95 (33,2)	74 (41 ,1)	0,08
Antécédent Allaitement (%)	167 (85,2)	21 (19,6)	<10 ⁻⁴
Echec d'un précédent allaitement (%)	17 (9,4)	11 (45,8)	<10 ⁻⁴
Moment décision : depuis toujours ou avant la grossesse (%)	210 (71,7)	115 (65,3)	0,15
Cours de Préparation suivis (%)	207 (70,6)	119 (66,1)	0,3
Atelier Allaitement suivi (%)	70 (24,1)	20 (11,2)	<10 ⁻³
Sujet Allaitement beaucoup abordé en cours de préparation (%)	56 (23,7)	20 (14,3)	0,02
Peu ou pas Confiance en elles (%)	66 (23,7)	39 (23,9)	0,96
Beaucoup ou Moyennement Confiance en elles (%)	212 (76,3)	124 (76,1)	0,96

Tableau II : Comparaison des mères du groupe allaitement poursuivi à la sortie de la maternité versus arrêt très précoce

CARACTERISTIQUES DES MERES	Allaitement Poursuivi N= 264	Sevrage en maternité N=34	P
Age (ans)	31,8 ± 5,0	29,1 ± 4,3	0,004
Nationalité étrangère (%)	19 (7,4)	0 (0)	0,11
Profession Cadre (%)	77 (29,8)	7 (21,9)	0,34
IMC	23,66 ± 4,5	24,28 ± 4,0	0,47
IMC > 25	67 (27,2)	15 (48,4)	0,01
Fumeuse avant la grossesse (%)	55 (22,6)	15 (48,4)	0,002
Fumeuse au 3ème trimestre (%)	24 (9,1)	4 (11,8)	0,006
Allaitées par leur mère (%)	120 (47,6)	8 (24,2)	0,03
Primipares (%)	77 (30,3)	18 (56,3)	0,003
Antécédent Allaitement (%)	160 (87,9)	7 (50,0)	<10-3
Echec d'un précédent allaitement (%)	12 (7,2)	5 (38,5)	<10-3
Moment décision : depuis toujours ou avant la grossesse (%)	198 (76,2)	12 (36,4)	<10-5
Cours de Préparation non suivis (%)	80 (30,8)	6 (18,2)	0,13
Cours de Préparation suivis (%)	180 (69,2)	27 (81,8)	0,13
Atelier Allaitement suivi (%)	60 (23,2)	10 (31,3)	0,31
Allaitement beaucoup abordé en cours de préparation (%)	51 (24,8)	5 (16,7)	0,33
Peu ou pas Confiance en elles (%)	53 (21,4)	13 (43,3)	0,007
Beaucoup ou moyennement confiance	195 (78,6)	17 (56,7)	0,007

IV.2.b Le projet et la motivation des mères allaitant :

À la question « avez-vous fixé une durée d'allaitement ? », 20 mères n'ont pas répondu et parmi les réponses 69,1% ont coché « non je verrais au fur et à mesure ».

Il n'y a pas de différence significative entre les réponses allaitement maternel poursuivi versus groupe arrêt en maternité. Par contre les mères ayant poursuivi l'allaitement avaient prévu d'allaiter plus longtemps (18,95 +/- 11,0 semaines) en comparaison à celles ayant arrêté en cours de séjour (8,88 +/-4,8) avec un p=0,01.

Tableau III : Motivations des mères allaitant :

CRITERES D'ANALYSE	Allaitement Poursuivi N=264	Sevrage en maternité N=34	P
Durée d'allaitement envisagée (en semaines)	18,95 ± 11,0	8,88 ± 4,8	0,01
Mères ayant fixé une durée (%)	78 (31,2)	8 (28,6)	0,77
Mères très motivées (%)	209 (84,6)	10 (37)	<10 ⁻⁵

Les graphiques suivants représentent les réponses données par 274 mères à la question « vous diriez que votre projet d'allaitement maternel peut s'exprimer de la sorte? » :

Figure 6 : Projet des mères arrêtant l'allaitement en maternité

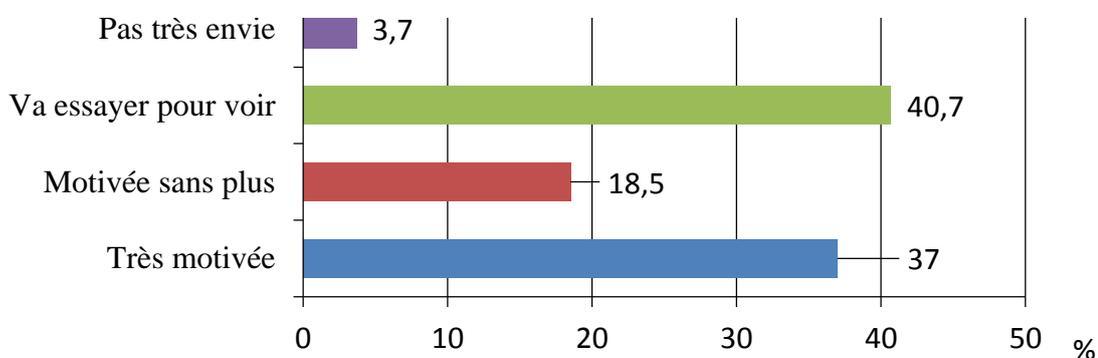
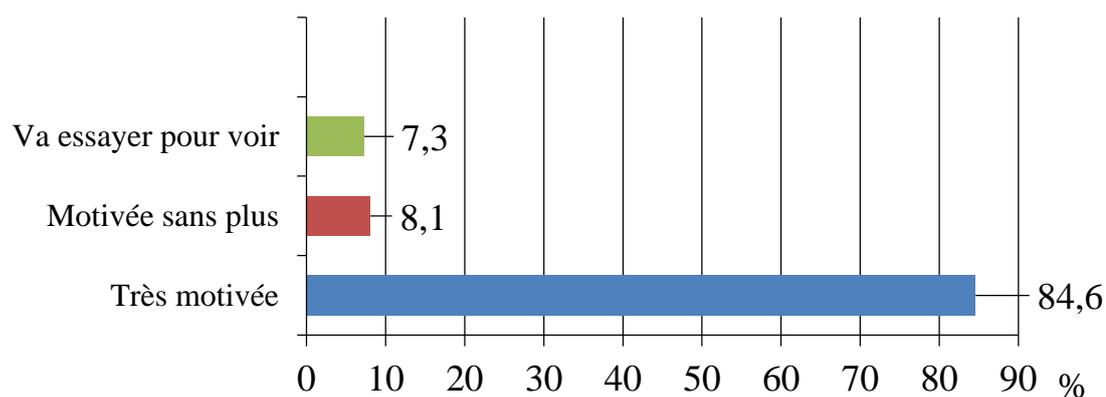


Figure 7 : Projet des mères poursuivant l'allaitement en sortie



Parmi les femmes ayant poursuivi l'allaitement 92,7% se disaient très motivées ou motivées sans plus contre 55,5% des mères ayant sevrés leur enfant en maternité. Ainsi les mères ayant sevré leur enfant précocement étaient globalement moins motivées pour allaiter et avaient prévu une durée d'allaitement plus courte.

IV.3. Accouchement, Accueil en salle de naissance, Caractéristiques du Nourrisson

Parmi les nourrissons, 53,3 % étaient de sexe féminin. L'âge gestationnel moyen est de 39,71 semaines d'aménorrhées avec un minimum à 36 semaines. Dans le groupe arrêt, l'âge gestationnel était plus élevé (40,18 +/- 1,2, $p = 0,018$).

À la question « avez-vous eu une anesthésie ? », 21,8 % des femmes ont répondu « aucune », 68,4 % « une péridurale », 8,9 % « une rachis anesthésie » et 0,8% « une anesthésie générale ». Les femmes du groupe arrêt étaient moins nombreuses à n'avoir eu aucune anesthésie (9,1%) versus allaitement poursuivi (25,9% $p = 0,033$). La population de mères ayant décidé d'arrêter l'allaitement au cours de leur séjour ont bénéficié davantage de péridurales 81,8% versus 63,7% des femmes qui poursuivent l'allaitement mais la différence n'est pas significative ($p = 0,16$). De même elles sont plus nombreuses dans le groupe alimentation au lait artificiel versus allaitement maternel (72,8% versus 65,8%) mais là également l'analyse n'est pas statistiquement significative ($p = 0,38$).

Le taux de césarienne s'élève à 16,0% sur l'ensemble de la population étudiée, 17,1 % pour la population allaitement maternel versus 14,1% pour l'alimentation au lait artificiel ($p = 0,39$). Le taux de césarienne semble un peu plus élevé chez les mères qui arrêtent l'allaitement au cours de séjour versus allaitement maternel ($p = 0,86$). Nous ne pouvons pas conclure à un lien de causalité car $p > 0,05$. Parmi les césariennes 54% étaient programmées 46% réalisées en urgence. Le taux de recours à l'utilisation de forceps s'élève à 4,5%, 7,4% pour celui des ventouses et 27,5% des femmes ont dû bénéficier d'une épisiotomie. L'ensemble de ces trois données sont semblables entre les différentes populations de mères.

La moyenne des poids des nouveau-nés à la naissance était de 3362 grammes avec des extrêmes allant de 2280 grammes à 4118 grammes. Le poids de naissance était semblable dans les différentes populations étudiées. La différence de poids la plus basse était en moyenne de moins 5,87% (de -16,9 à 0 %). Les enfants du groupe allaitement maternel perdent davantage de poids que les autres enfants ($p < 10^{-5}$). A la sortie les enfants avaient perdu en moyenne moins 3,01% de leur poids de naissance (de - 10,3 % à +3,3%).

Ont été mis en peau à peau en salle de naissance 90,6% des nourrissons. Les enfants nourris au lait artificiel l'ont été à moindre mesure (85,8%, $p = 0,007$). Il n'y a pas de différence sur cette caractéristique entre les mères ayant poursuivi et celles ayant arrêté l'allaitement en maternité. Parmi tous les nourrissons, 93,6 % n'ont pas présenté de problème à la naissance, sans différence entre les groupes.

La tétée d'accueil a été proposée en moyenne à 76,3% des mamans avec une différence nettement significative entre les mères ayant choisi une alimentation au lait artificiel 60,5% et les mères ayant choisi un allaitement maternel 85,6% ($p < 10^{-5}$). Il n'y a pas de différence constatée par rapport à ce critère entre celles qui ont continué et celles qui ont arrêté l'allaitement à la maternité.

Tableau IV : Comparaison allaitement versus lait artificiel

CRITERES D'ANALYSE	Allaitement N=298	Lait artificiel N=180	P
Âge gestationnel (SA)	39,7 ± 1,2	39,7 ± 1,2	0,78
Aucune anesthésie (%)	70 (24,0)	33 (18,3)	0,15
Péridurale (%)	192 (65,8)	131 (72,8)	0,38
Césarienne (%)	50 (17,1)	25 (14,1)	0,39
Episiotomie (%)	74 (26)	53 (30,1)	0,33
Ventouse (%)	18 (7,6)	10 (7,0)	0,83
Forceps (%)	13 (4,5)	8 (4,5)	1
Poids de Naissance (grammes)	3384 +/- 457	3324 +/- 407	0,15
Différence de poids avec le poids le plus bas (%)	-6,64 %	-4,47 %	$< 10^{-5}$
Peau à peau en salle de naissance (%)	268 (93,4)	145 (85,8)	0,007
Pas de problème à la naissance (%)	265 (93,0)	156 (94,5)	0,69
Tétée d'accueil proposée (%)	243 (85,6)	101 (60,5)	$< 10^{-5}$
Tétée d'accueil acceptée (%)	241 (97,2)	62 (52,5)	$< 10^{-5}$

Tableau V : Comparaison allaitement poursuivi versus stoppé en maternité

CRITERES D'ANALYSE	Allaitement Poursuivi N=264	Sevrage en maternité N=34	P
Âge gestationnel (SA)	39,63 ± 1,2	40,18 ± 1,2	0,018
Aucune anesthésie (%)	67 (25,9)	3 (9,1)	0,033
Péridurale (%)	165 (63,7)	27 (81,8)	0,16
Césarienne (%)	44 (17)	6 (18,2)	0,86
Épisiotomie (%)	63 (24,7)	11 (36,7)	0,15
Ventouse (%)	15 (7,2)	3 (11,1)	0,46
Forceps (%)	11 (4,3)	2 (6,3)	0,62
Poids de Naissance (grammes)	3381 ± 447	3409 ± 537	0,74
Différence de poids avec le poids le plus bas (%)	-6,87 ± 2,3	-4,92 ± 2,2	<10 ⁻⁵
Peau à peau en salle de naissance (%)	238 (93,3)	30 (93,8)	0,92
Pas de problème à la naissance (%)	236 (92,9)	29 (93,5)	0,94
Tétée d'accueil proposée (%)	215 (85,3)	28 (87,5)	0,74
Tétée d'accueil acceptée (%)	214 (96,8)	27 (100)	0,34

IV.4. Séjour en Maternité et Sortie

IV.4.a Les différents modes d'alimentation des nourrissons :

Parmi les 298 mamans ayant choisi d'allaiter leur enfants (62,3%) :

- 202 mamans ont toujours donné uniquement le sein (42,2%)
- 51 mères ont choisi une alimentation mixte avec des compléments de lait artificiel (10,6%)
- 1,8% des mères ont tiré leur lait et l'ont donné soit au biberon (0,6%), soit à la seringue (0,4%), soit au biberon et à la seringue (0,4%), soit à la seringue et à la sonde (0,4%).
- 34 mamans ont débuté et arrêté très précocement l'allaitement durant leur séjour en maternité (7,1%).

Cent quatre-vingt mamans ont choisi directement une alimentation au lait artificiel (37,7 %).

Le taux d'initiation de l'allaitement maternel s'élève à 62,3 % à J0 et diminue rapidement en maternité pour avoir un taux d'allaitement maternel en sortie de maternité à 55,2% dont 10,6% d'allaitement mixte.

Les nouvelles pratiques d'alimentation du nourrisson par le lait maternel donné soit au biberon soit à la seringue soit à la sonde restent quand même marginales avec seulement 1,8% des mamans ayant recours à ces méthodes.

IV.4.b Allaitement maternel : déroulement des premiers jours

➤ Première mise au sein

Deux cent quatre-vingt mères ont répondu à la question « la première mise au sein a-t-elle eu lieu en salle de naissance ? ». Parmi elles 81,8% ont dit « oui » alors que pour 18,2% d'entre elles la première mise au sein n'a pas eu lieu en salle de naissance. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes de mères.

Dans le groupe allaitement maternel poursuivi 38,3 % des nourrissons ont tété dans la première demie heure, 27,3% dans la première heure, 18,6% dans les deux premières heures et 15,9% des mamans n'ont pas répondu à la question. Dans le groupe sevrage en maternité, 14,7 % des nourrissons ont tété dans la première demie heure, 26,5% dans la première heure, 20,6% dans les deux premières heures et 38,2% des mamans n'ont pas répondu à la question. Parmi les réponses manquantes soit le nourrisson a tété pour la première fois au-delà des deux heures soit il s'agit d'un oubli de la part des mères. Si nous excluons de l'analyse les mamans n'ayant pas répondu à la question, nous ne retrouvons pas de différence significative entre les deux groupes de population ($p = 015$).

Le nombre de tétée par jour était en moyenne de 8,4 +/- 5,8 sans différence significative entre les deux populations.

➤ Comportements au sein des nourrissons et score IBFAT

Les scores IBFAT ont été utilisés les trois jours suivants le jour de la naissance (J1 J2 J3) avec 230 mesures. La moyenne des scores établis s'élève à $15,3 \pm 2,5$ (3 à 18). Plus le score est élevé, meilleur est le comportement du nourrisson au sein, ce qui permet une tétée plus efficace. On considère qu'un score <14 est associé à une mauvaise qualité de la tétée. Dans le groupe allaitement poursuivi à la sortie la moyenne est de $15,6 \pm 2,2$ versus $12,5 \pm 4,1$ dans le groupe sevrage très précoce ($p < 10^{-6}$).

Dans le groupe arrêt durant le 1^{er} mois le score moyen est de $14,1 \pm 3,3$ versus $15,7 \pm 2,1$ dans le groupe allaitement poursuivi après un mois ($p = 0,002$).

Si on prend le seuil de 14 pour déterminer des tétées non optimales, le taux est à 19,6%. Pour les arrêts en maternité, le taux s'élève à 50% versus 17% pour le groupe allaitement poursuivi après la maternité ($p = 0,0024$). Pour les arrêts à un mois le taux est de 86,0 % versus 65,9% pour le groupe allaitement continué après un mois ($p = 0,0036$).

Un score IBFAT<14 est donc associé à un risque plus élevé de sevrage très précoce en maternité et au cours du premier mois. Plus le score est bas plus le risque de sevrage prématuré se majore.

➤ Utilisations des compléments, tire-laits, écrans et coquilles

En sachant que 30 mères n'ont pas répondu à la question concernant les mamelons, 81,7% des mères n'avaient pas de particularité au niveau des mamelons qui pouvait empêcher le bébé de téter correctement. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes.

Parmi les mères ayant poursuivi l'allaitement maternel 17,0% ont utilisé des bouts de seins ou écrans contre 35,2% des mères du groupe sevrage en maternité. Aucune mère du groupe sevrage en maternité n'a utilisé de coquille contre 3,8% des mères du groupe poursuite de l'allaitement.

À la question « le bébé a-t-il reçu un ou des compléments d'eau ou de lait ? » 10 mamans n'ont pas répondu et parmi les réponses 27,2% ont dit « oui », cela sans différence significative entre les deux groupes étudiés.

À la question « est-ce qu'au moins une fois vous avez tiré votre lait ? » 265 mères ont répondu. Parmi les réponses données 16,3% des mères du groupe poursuite de l'allaitement et 36% de celles du groupe sevrage en maternité ont répondu « oui » avec $p = 0,014$. Ainsi les mères ayant sevré leur enfant en maternité utilisent davantage le tire-lait que les autres.

➤ Complications rencontrées : crevasses, douleurs

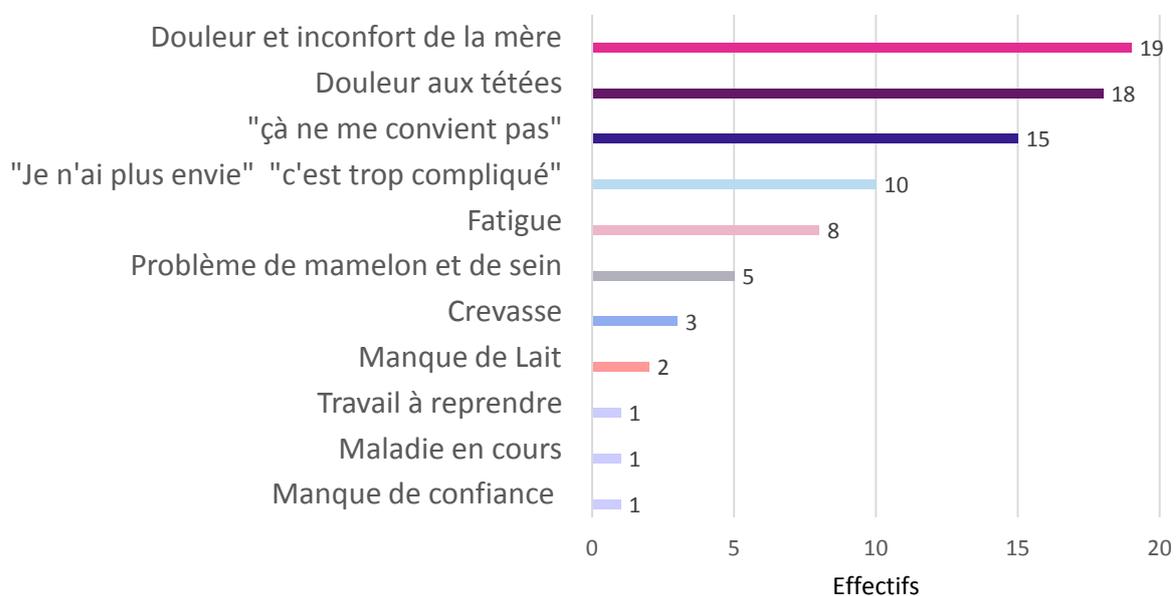
Trente-deux pourcents des mères ont présenté des crevasses en maternité, 43 mères n'ont pas répondu à la question. À la question « avez-vous eu des douleurs aux tétées ? » 272 femmes ont répondu, parmi elles 72,4% ont dit « oui ». Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les deux populations.

Tableau VI : Comparaison allaitement poursuivi et sevrage en maternité

CRITERES D'ANALYSE	Allaitement Poursuivi N=264	Sevrage en maternité N=34	P
Première mise au sein en salle de naissance (%)	203 (81,9)	26 (81,3)	0,93
Tétée la première heure (%)	173 (77,9)	14 (66,7)	0,15
Mamelons sans particularité (%)	198 (82,2)	21 (77,8)	0,65
Crevasses (%)	73 (31,9)	8 (30,8)	0,90
Douleur aux tétées (%)	175 (72,6)	22 (71)	0,84
Utilisation de Compléments (%)	66 (27,3)	7 (26,9)	0,96
Utilisation d'un Tire-lait (%)	39 (16,3)	9 (36)	0,014

➤ Raisons motivant les sevrages très précoces en maternité

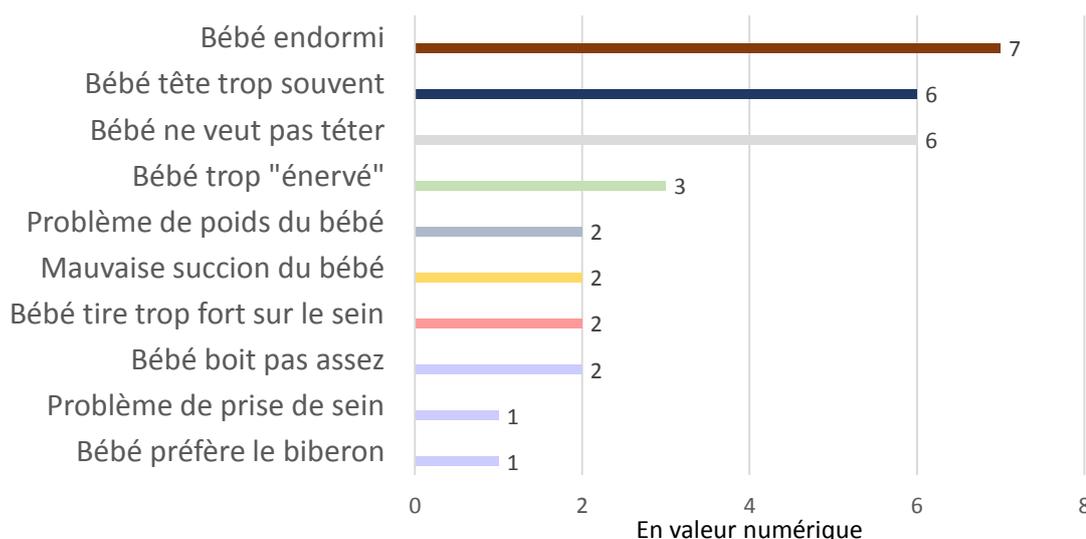
Figure 8 : Raisons citées d'arrêts très précoces liées à la mère



Parmi les 83 réponses à cette question, 19 ont répondu en raison de douleurs et de l'inconfort de la mère, 18 en raison des douleurs au moment des tétées, 15 « ça ne me convient pas » et 10 « je n'ai plus envie ou c'est trop compliqué ». Nous voyons donc que les douleurs aux tétées ainsi que l'inconfort de la mère représentent 44,6% des réponses.

L'association des réponses «ça ne me convient pas », « je n'ai plus envie », « c'est trop compliqué», représente 30,1% des motivations d'arrêts très précoces liées à la mère. L'association des problèmes de mamelons et de la présence de crevasses ne représente que 9,6% des réponses de même que la fatigue. Les autres raisons évoquées sont marginales (travail à reprendre, manque de lait, maladie en cours, manque de confiance)

Figure 9 : Raisons citées d'arrêts très précoces liées au bébé :



Trente-deux réponses ont été évoquées concernant les arrêts très précoces liés au bébé parmi lesquelles:

- 21,8 % « bébé endormi »
- 18,7% « bébé tête trop souvent ou ne veux pas téter »
- 9,3 % « bébé trop énervé »

Dans les autres cas ont été évoqués un problème de poids du bébé, une mauvaise succion, un bébé qui tirait trop fort sur le sein ou qui ne buvait pas assez ou qui ne prenait pas bien le sein ou qui préférait le biberon.

-Autres raisons évoquées :

Aucune mère n'a cité une raison d'arrêt en lien avec l'entourage ni avec le conjoint. Une seule maman a souligné le rôle des professionnels de santé dans les raisons de son arrêt très précoce.

-Analyse sur l'ensemble des réponses fournies :

Sur l'ensemble des 116 raisons évoquées dans l'arrêt de l'allaitement maternel au cours de séjour en maternité: la majorité soit 71,5 % sont des raisons liées à la mère, 27,6% liées au bébé, 31,9% sont en rapport avec une douleur et un inconfort de la mère ou une douleur aux tétées, 21,5% en lien avec la motivation de la mère («ça ne me convient pas», «je n'ai plus envie», «c'est trop compliqué») et 16,4 % liées à un enfant qui tète trop souvent ou qui ne veut pas téter ou qui est endormi.

IV.4.c Présence 24h/24 de la mère au côté de l'enfant et utilisation de sucettes :

Parmi l'ensemble des nourrissons, 83,9 % ont été gardé dans la chambre nuit et jour, 14,1% la journée et quelques nuits, 2 % la journée mais aucune nuit. A la question « est ce que l'on vous ramenait le bébé la nuit pour téter ? » posée aux mamans qui n'avaient pas leur enfant dans leur chambre, elles étaient à répondre: 44,8% « oui à chaque fois », 37,9 % « non jamais », 17,2% « oui parfois ».

Les mères qui ont choisi d'allaiter leur enfant gardaient plus fréquemment leur nourrisson nuit et jour dans leur chambre (87%), alors que seulement 78,7% des nourrissons alimentés par lait artificiel étaient gardés nuits et jours avec un $p = 0,01$. Si on s'intéresse aux mères ayant arrêté l'allaitement en maternité 90,6% d'entre elles gardaient leur enfant nuits et jours, il n'y a pas de différence significative avec celles ayant poursuivi l'allaitement. Il est important de souligner que 12,3% des mères allaitant gardaient leur enfant la journée et uniquement quelques nuits et deux mamans allaitant n'avaient pas gardé leur nourrisson à leurs côtés les nuits.

À la question «le bébé a-t-il une sucette ?», 57,5% des mamans ont répondu « non », 36,7% « oui par choix personnel » et 5,8% « oui sur conseil de la maternité ». L'utilisation de sucette est beaucoup plus marquée auprès des enfants nourris au lait artificiel (55,3% versus alimentation au lait maternel 25,9%) avec un $p < 10^{-5}$. De même l'utilisation de sucette était beaucoup plus marquée dans la population ayant arrêté l'allaitement en cours du séjour à la maternité : 59,4% versus 28,1% des mères ayant poursuivi l'allaitement avec un $p < 10^{-3}$.

IV.4.d Sortie de maternité :

La durée moyenne de séjour pour l'ensemble des mères a été de 4,1 +/- 1 jour.

Les mères du groupe lait artificiel restaient en moyenne moins longtemps en maternité par rapport aux mères du groupe allaitement maternel (3,96 +/- 0,9 versus 4,25 +/- 1,1 avec $p = 0,008$). Il n'existe pas de différence significative de durée de séjour entre les différentes mamans ayant choisi l'allaitement maternel qu'il soit interrompu ou poursuivi.

À la sortie de la maternité 76,6% des mères ont eu des contacts pris avec un professionnel de santé pour le suivi ambulatoire. Il n'y a pas de différences significatives pour ce critère entre les différentes populations de mamans, 122 n'avaient pas répondu à la question. Parmi les mères ayant répondu 89 ont signalé avoir un rendez-vous auprès de la PMI (62 mères allaitantes), 58 avec leurs médecins traitants (37 mères allaitantes), 186 avec une sage-femme libérale (119 mères allaitantes) et 13 avec une consultante en lactation (12 mères allaitantes).

Figure 10 : Contacts pris à la sortie

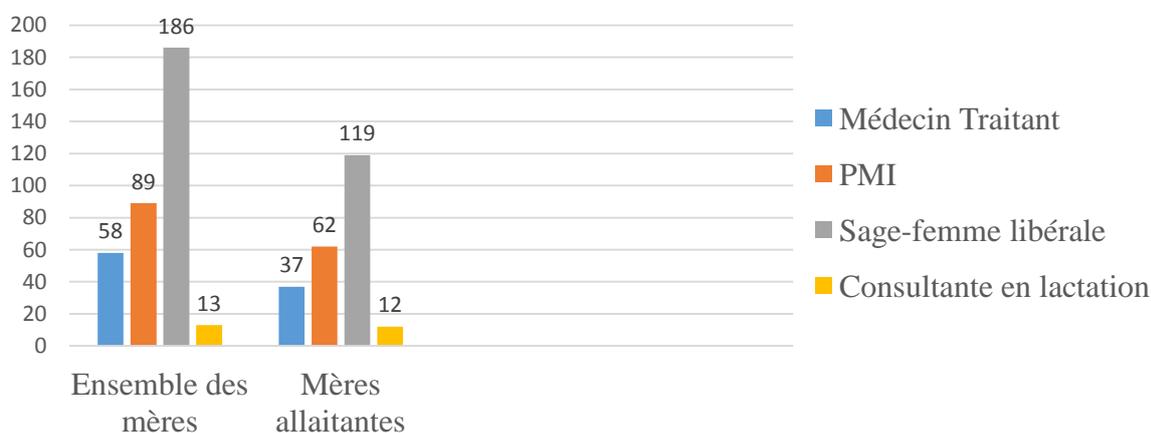


Tableau VII : Comparaison des groupes allaitement et lait artificiel

CRITERES D'ANALYSE	Allaitement N=298	Lait artificiel N=180	P
Bébé gardé jour et nuit (%)	247 (87,0)	133 (78,7)	0,01
Aucune Sucette (%)	187 (68,2)	62 (39,0)	<10 ⁻⁵
Durée de séjour (en jour)	4,2 ± 1,1	3,9 ± 0,9	0,008
Contacts pris à la sortie (%)	163 (70,3)	92 (74,2)	0,43

Tableau VIII : Comparaison des groupes allaitement poursuivi et arrêt très précoce

CRITERES D'ANALYSE	Allaitement Poursuivi N=264	Sevrage en maternité N=34	P
Bébé gardé jour et nuit (%)	218 (86,5)	29 (90,6)	0,75
Sucette (%)	68 (28,1)	19 (59,4)	<10 ⁻³
Durée de séjour (en jour)	4,26 ± 1,1	4,14 ± 0,8	0,56
Contacts pris à la sortie (%)	140 (69,4)	20 (76,9)	0,43

IV.5. Caractéristiques des pères

IV.5.a Catégorie Socioprofessionnelle et Statut tabagique

Parmi les pères 22,2% ont une activité professionnelle de type cadre, 88,8% ont un emploi, 5,3% sont au chômage, 0,7% sont étudiants et 5,3% sont dans une autre situation. L'analyse en sous-groupe permet de mettre en évidence qu'il y a plus de pères exerçant une activité de cadre dans les triades où les enfants sont allaités (25,9% versus 16,5% dans le groupe lait artificiel). Il y a également plus de pères cadres dans le groupe poursuite de l'allaitement maternel (28,1%) versus sevrages très précoces (9,4%). Les p sont significatifs respectivement $p = 0,018$ et $p = 0,02$. La catégorie socioprofessionnelle favorisée des pères est un facteur favorisant l'initiation de l'allaitement maternel et la poursuite de celui-ci en sortie de maternité.

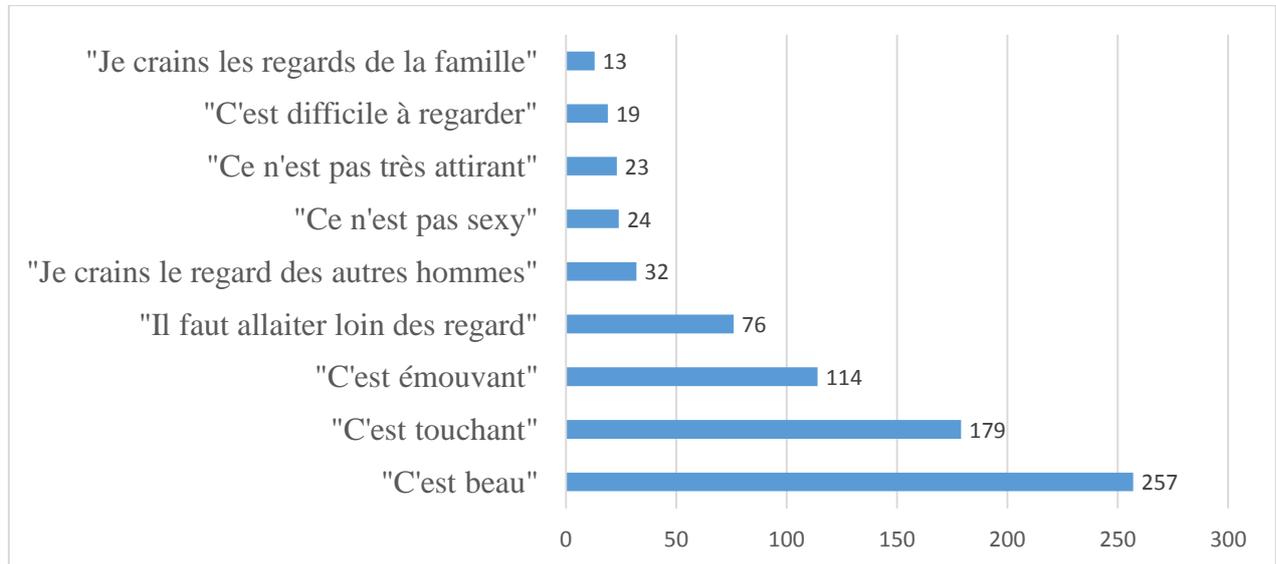
À la question « étiez-vous fumeur avant la grossesse ? », 442 pères ont répondu dont 44,3% « oui ». Ils étaient plus souvent fumeur dans le groupe lait artificiel (49,1%) mais la différence n'est pas significative $p = 0,11$. Ils étaient également plus nombreux dans le groupe sevrage en maternité (58,8%) en comparaison au groupe poursuite de l'allaitement (38,9%) avec $p = 0,027$. Le fait que le père fume avant la grossesse favoriserait un sevrage très précoce. Trente-trois pères ont dit avoir arrêté de fumer pendant la grossesse (9,2% des réponses).

IV.5.b Leur soutien et leur perception de l'allaitement maternel

À la question « soutenez-vous le mode d'alimentation de votre bébé par votre compagne? », 91,7% ont répondu « oui beaucoup », 6,3% « oui un peu », 2 père ont répondu « assez peu », 7 pères « je ne sais pas » (1,6%) et 32 pères n'ont pas répondu à la question. Il n'y a pas de différences significatives dans les réponses des pères des enfants allaités et des pères des enfants nourris au lait artificiel.

Le graphique suivant représente les réponses données (en valeur numérique) par les pères à la question :

Figure 11 Quelle image avez-vous d'une femme qui allaite ? (réponses multiples)



Nous regroupons les pères en deux catégories :

- ceux qui ont une image positive de l'allaitement maternel ayant répondu « c'est beau » ou « c'est émouvant » ou « c'est touchant »
- ceux qui ont plutôt une image négative ayant répondu « c'est difficile à regarder » ou « ce n'est pas très attirant » ou « il faut allaiter loin des regards » ou « je crains les regards de la famille » ou « ce n'est pas très sexy » ou « je crains les regards surtout des autres hommes ».

En sachant que 14,6% des pères n'ont pas répondu à la question, parmi l'ensemble des pères nous obtenons donc 55,2% des pères ont une image plutôt positive de la femme allaitante, 30,1% ont plutôt une image négative de l'allaitement, et 14,6% ne se sont pas prononcés. Les pères ayant une image négative de l'allaitement sont plus représentés dans les populations où les enfants sont nourris au lait artificiel (56,6%, $p < 10^{-5}$). L'image de l'allaitement maternel que porte le père influence sur l'alimentation de son enfant. Plus le père soutiendra son épouse dans l'allaitement plus le taux initiation sera élevé. Il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes allaitement arrêté ou poursuivi.

Parmi l'ensemble des pères 28,9% ont été allaités par leurs mères, 46,9% ne l'ont pas été, 15,9% ne savent pas, et 8,4% n'ont pas répondu à la question.

Il y a moins de pères qui ont été allaités par leur propre mère dans le groupe lait artificiel (18,9%) versus allaitement maternel (39,1%) avec $p < 10^{-5}$. Dans le groupe arrêt très précoces 54,5% des pères n'ont pas été allaités par leur mère versus 41,1% dans le groupe poursuite de l'allaitement avec $p = 0,17$. Le fait que le père ait été allaité par sa propre mère est un facteur favorisant l'initiation de l'allaitement maternel.

Tableau IX : Comparaison des groupes allaitement et lait artificiel

CRITERES CONCERNANT LES PERES	Allaitement N=298	Lait artificiel N=180	P
Image négative de l'allaitement (%)	58 (22,7)	86 (56,6)	$<10^{-5}$
Père soutien beaucoup (%)	255 (92,1)	154 (91,1)	0,7
Pères allaités par leurs mères (%)	107 (39,1)	31 (18,9)	$<10^{-5}$
Profession Cadre (%)	71 (25,9)	29 (16,5)	0,018
Fumeurs avant la grossesse (%)	113 (41,4)	83 (49,1)	0,115

Tableau X : Comparaison des groupes allaitement poursuivi et sevrage très précoce

CRITERES CONCERNANT LES PERES	Allaitement Poursuivi N=264	Sevrage en maternité N=34	P
Image négative de l'allaitement (%)	49 (21,8)	9 (29,0)	0,36
Père soutien beaucoup (%)	224 (92,2)	31 (88,9)	0,9
Pères non allaités par leurs mères (%)	99 (41,1)	18 (54,5)	0,17
Profession Cadre (%)	68 (28,1)	3 (9,4)	0,02
Fumeurs avant la grossesse (%)	93 (38,9)	20 (58,8)	0,027

IV.6. Allaitement maternel à un mois

IV.6.a Taux d'arrêt et durée des allaitements stoppés

Nous avons réussi à recontacter 183 mères après leur sortie de la maternité à un mois après la naissance de l'enfant ce qui représente 69,3% des mères allaitantes en sortie de maternité. Par contre, 81 mères n'ont pu être recontactées en raison d'absence de coordonnées transmises ou non réponse aux sollicitations répétées (téléphonique ou mail).

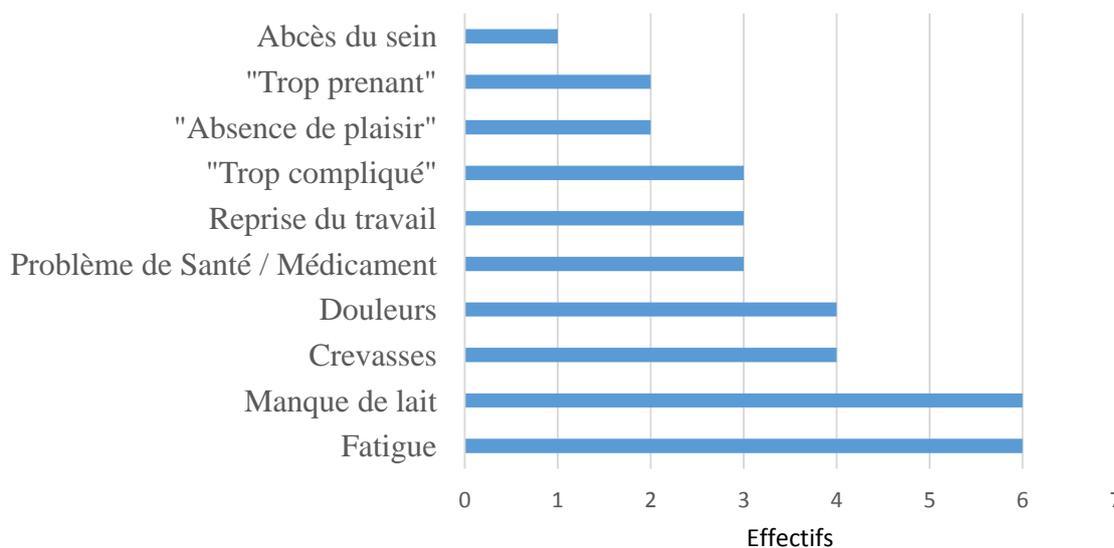
Nous avons donc un taux de perdu de vue qui s'élève à 30,6%. Parmi les 183 mères recontactées à 1 mois, 156 soit 85,2% continuaient à allaiter leur enfant. Le taux d'arrêt depuis la sortie de la maternité s'élève ainsi à 14,8%. Parmi les 27 mères ayant arrêté au cours du mois suivant leur sortie en maternité une avait arrêté à J4, deux à J8, une à J9, une à J10, huit entre J11 et J21 puis les autres au-delà.

IV.6.b Les raisons évoquées et déroulement du sevrage

Cinquante et une réponses ont été données à la question « quelle raison a motivé votre sevrage? ». Pour 66,6% des réponses les raisons évoquées concernaient plutôt la mère, 27,4% plutôt l'enfant.

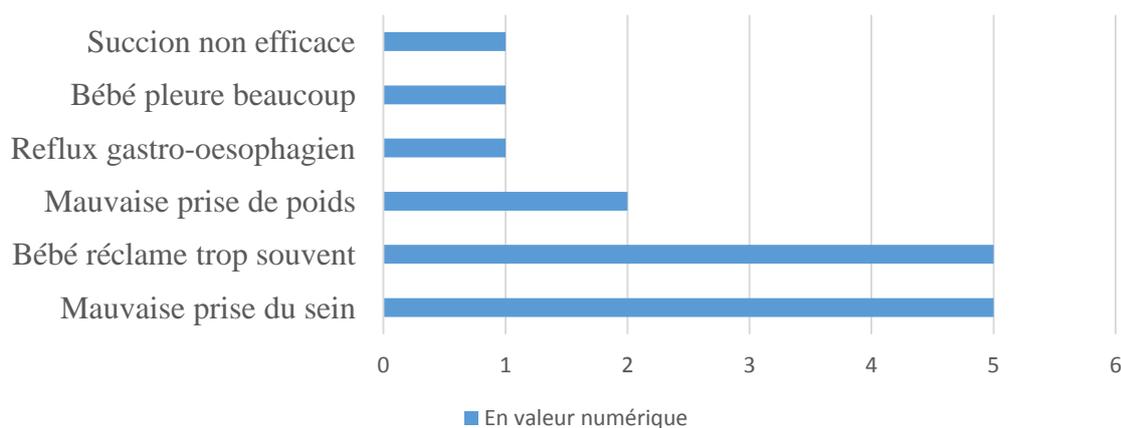
Parmi les réponses données concernant plutôt la mère : 6 mamans ont répondu « la fatigue », 6 « un manque de lait », 4 « crevasses », 4 « douleurs », 3 « problème de santé ou prise de médicaments ou maladie », 3 « reprise du travail », 3 « c'est trop compliqué », 2 « absence de plaisir », 2 « trop prenant » et une a répondu en raison d'un abcès du sein. Nous voyons donc que sur les cinquante et une réponses globales, 11,7% des mères ont signalé avoir arrêté l'allaitement durant le premier mois en raison d'une fatigue, 11,7% en raison d'un manque de lait et 13,7% car elles trouvaient cela « trop prenant » ou « trop compliqué » ou n'avaient pas de plaisir à allaiter.

Figure 12 : Raisons liées à la mère



Parmi les raisons évoquées d'un sevrage lors du premier mois 27,4% concernaient le bébé. Voici les réponses données par les mères :

Figure 13 : Raisons liées au nourrisson



Ainsi parmi l'ensemble des réponses évoquées au sevrage lors du premier mois, 9,8% des mères évoquent des tétées trop fréquentes et 7,8% une mauvaise prise du sein par le bébé. Enfin, une maman évoque la notion que son lait ne serait pas assez nourrissant et deux mères évoquent parmi les raisons du sevrage le conseil de leur médecin généraliste leur ayant signalé soit que le lait n'était pas assez nourrissant soit qu'elles n'avaient plus de lait.

À la question «avez-vous arrêté selon votre propre volonté ?», 74,1% des mères ont répondu « oui », 22,2% « contre leur volonté » et 3,7% « selon leur propre volonté et celle de leur conjoint ». Pour 81,5% des mères, le sevrage s'est bien passé comme elles l'avaient prévu. Une mère (soit 3,7% des réponses) trouvait que les conseils des professionnels n'étaient pas adéquates et qu'on ne l'avait pas assez soutenu.

IV.6.c Professionnels rencontrés durant le premier mois

À la question «quel professionnel de santé avez-vous vu pour votre enfant depuis la sortie de la maternité ?» les mères ont donné les réponses suivantes:

Tableau XI : Consultations pour l'enfant au cours du 1^{er} mois

Professionnels de santé rencontrés pour le bébé	En valeur numérique
Médecin généraliste	110
Puéricultrice PMI	73
Sage-femme libérale	72
Ostéopathe	38

Pédiatre hospitalier	27
Pédiatre libéral	24
Prise en charge dans le cadre du Prado	19
Sage-femme hospitalière	14
Pédiatre PMI	14
Consultante en lactation	12
Puéricultrice hospitalier	9
Association de soutien à allaitement	3
Urgences hospitalières	2
Sage-femme PMI	2
Acupuncteur	0

Parmi les 419 consultations citées ci-dessus, 52 soit 12,4% ont eu lieu au sein d'un centre hospitalier, 89 soit 21,2 % au sein d'un service de protection maternel et infantile (PMI), 206 soit 49,2% auprès de libéraux (pédiatre ou sage-femme ou généraliste).

Si nous regroupons les milieux hospitalier, libéral, et PMI nous retrouvons : 110 consultations auprès de médecins généralistes soit 26,2%, 88 auprès d'une sage-femme soit 21 %, 65 auprès d'un pédiatre soit 15,5%, 82 auprès de puéricultrices soit 19,6%, 38 auprès d'un ostéopathe soit 9,0%, 12 auprès de consultantes en lactation soit 2,8% et 3 mamans ont eu recours à une association à l'allaitement soit 0.7% des consultations réalisées pour l'enfant au cours du 1^{er} mois de vie.

IV.7. Particularités du groupe allaitement maternel arrêté durant le 1^{er} mois

Nous allons désormais comparer les caractéristiques des mères continuant d'allaiter leur enfant au rappel à un mois et celles l'ayant interrompu au cours du premier mois. Sur les 183 mères ayant répondu au questionnaire à l'issue du premier mois, 156 continuaient d'allaiter leur enfant et 27 avaient arrêté depuis la sortie de la maternité. Ainsi entre la naissance de l'enfant et le premier mois 61 mères avaient commencé puis arrêté l'allaitement maternel soit 15,4% des 397 mamans pour lesquelles nous avons des données à 1 mois (34 en maternité et 27 entre la sortie de la maternité et le 1^{er} mois).

Nous avons donc comparé les 66 mamans poursuivant l'allaitement à l'issu du 1^{er} mois avec les 61 mamans l'ayant interrompu soit en maternité soit au cours du 1^{er} mois.

IV.7.a Caractéristiques générales des mères et des pères

Concernant les caractéristiques suivantes : âge, nationalité étrangère, profession cadre, mère avec emploi, nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative entre la population des mères ayant poursuivi l'allaitement et celles l'ayant arrêté durant le 1^{er} mois.

Parmi les mamans du groupe allaitement arrêté, 42,9% ont un IMC > 25, versus 24,7% des réponses du groupe allaitement poursuivi, avec $p = 0,01$. Le fait d'avoir une surcharge pondérale pourrait favoriser un sevrage plus précoce.

Parmi les mamans du groupe allaitement arrêté, 36,8% des mères ayant répondu à la question « étiez-vous fumeuse avant la grossesse? » l'étaient, versus 22,3% du groupe allaitement poursuivi. Le p étant significatif $p=0,03$, nous pouvons dire que le fait d'être fumeuse avant la grossesse favoriserait un sevrage plus précoce.

Les mères du groupe allaitement poursuivi ont été davantage allaitées par leur propre mère: 49% versus 29,3 % dans le groupe allaitement arrêté durant le 1^{er} mois, $p = 0,025$. Le fait d'être allaité par sa mère serait un facteur favorisant l'allaitement maternel à long terme.

Il n'y a pas de différence significative entre le groupe allaitement poursuivi et celui allaitement arrêté durant le 1^{er} mois concernant les caractéristiques suivantes : allaitement du père par sa propre mère, image négative de l'allaitement par le père et soutien apporté par le père dans le choix de l'alimentation du nourrisson.

Il y a davantage de père exerçant une profession de type cadre dans le groupe allaitement poursuivi (30,8%) comparé au groupe allaitement arrêté le 1^{er} mois (12,3% avec $p=0,006$). Le fait d'appartenir à une catégorie socioprofessionnelle plus favorisée serait un facteur encourageant un allaitement plus prolongé.

Le nombre de père fumeur avant la grossesse est plus élevé dans le groupe arrêté: 55,2%, versus 36,5% dans le groupe allaitement poursuivi avec $p = 0,014$. Le statut tabagique du père avant la grossesse serait donc un facteur freinant l'allaitement maternel et favorisant les arrêts durant le 1^{er} mois.

Tableau XII : Comparaison allaitement poursuivi et arrêt au cours du 1^{er} mois

CARACTERISTIQUES DES MERES	Allaitement Poursuivi N=156	Allaitement Arrêté le 1^{er} mois N=61	P
Age (ans)	31,73 ± 5,1	30,42 ± 4,9	0,09
Nationalité étrangère (%)	12 (7,8)	0 (0)	0,028
Profession Cadre (%)	54 (35,3)	11 (19)	0,021
Mère avec emploi (%)	42 (76,4)	107 (73,8)	0,70
IMC	23,41 ± 4,78	24,66 ± 4,75	0,09
IMC > 25	36 (24,7)	24 (42,9)	0,01
Fumeuse avant la grossesse (%)	33 (22,3)	21 (36,8)	0,03
Fumeuse au 3 ^{ème} trimestre (%)	11 (7,1)	9 (14,8)	0,07
Allaitées par leur mère (%)	74 (49)	17 (29,3)	0,025

CRITERES CONCERNANT LES PERES	Allaitement Poursuivi N=156	Allaitement Arrêté le 1^{er} mois N=61	P
Image négative de l'allaitement (%)	28 (20,3)	15 (26,8)	0,32
Père soutien beaucoup (%)	136 (91,9)	53 (93,0)	0,06
Pères allaités par leurs mères (%)	55 (47,0)	16 (34,8)	0,15
Profession Cadre (%)	45 (30,8)	7 (12,3)	0,006
Fumeurs avant la grossesse (%)	54 (36,5)	32 (55,2)	0,014

IV.7.b Antécédents de maternité, préparation et influences sur le choix

La parité des mères, le fait qu'elles aient ou non assisté à des cours de préparation à l'accouchement ou à des ateliers allaitement, de même que l'importance avec lequel a été traité le sujet de l'allaitement maternel au cours des séances de préparation n'induit pas un sevrage plus élevé au cours du 1^{er} mois. En effet, pour ces quatre critères nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les deux groupes.

Nous pouvons soulever le fait que 48,3% des mères du groupe arrêt étaient primipares versus 34,2% du groupe allaitement poursuivi avec un $p = 0,06$. De même dans le groupe allaitement poursuivi le sujet de l'allaitement était plus souvent abordé de manière importante en cours de préparation: 29,9% versus 17% dans le groupe arrêt, mais avec $p = 0,07$.

Le fait d'avoir une expérience antérieure d'allaitement maternel est un facteur favorisant la poursuite de l'allaitement à l'issue du 1^{er} mois. En effet, dans le groupe allaitement poursuivi 82,8% des mères avaient une expérience antérieure d'allaitement versus 30% des mamans du groupe arrêts, $p < 10^{-4}$.

Parmi les mères du groupe arrêt ayant déjà allaité un 1^{er} enfant, 26,7% estimaient avoir vécu cette expérience précédente comme un échec versus 7,5% des mères du groupe allaitement poursuivi avec $p = 0,005$. Le fait d'avoir vécu comme un échec un précédent allaitement est un facteur pronostic d'arrêt plus marqué durant le 1^{er} mois.

Le choix de la décision d'allaiter reste un critère influençant le sevrage durant le 1^{er} mois. En effet, seulement 45,8% des mères du groupe arrêt avaient décidé depuis toujours ou avant la grossesse d'allaiter leur enfant versus 78,6% de celles du groupe allaitement poursuivi, avec $p < 10^{-4}$.

Il n'y a pas de différence entre les deux groupes concernant la confiance des mères.

Tableau XIII : Comparaison des allaitements poursuivis et ceux arrêtés à 1 mois

CARACTERISTIQUES DES MERES	Allaitement Poursuivi N =156	Allaitement Arrêté le 1 ^{er} mois N = 61	P
Primipares (%)	52 (34,2)	28 (48,3)	0,060
Antécédent Allaitement (%)	77 (82,8)	9 (30,0)	$< 10^{-4}$
Echec d'un précédent allaitement (%)	7 (7,5)	8 (26,7)	0,005
Moment décision : depuis toujours ou avant la grossesse (%)	121 (78,6)	27 (45,8)	$< 10^{-4}$
Cours de Préparation suivis (%)	114 (74)	48 (81,4)	0,26
Atelier Allaitement suivi (%)	41 (26,8)	19 (32,8)	0,39
Sujet Allaitement beaucoup abordé en cours de préparation (%)	38 (29,9)	9 (17,0)	0,07
Peu ou pas Confiance en elles (%)	33 (21,9)	17 (30,9)	0,17

IV.7.c Leurs projet et motivation

À la question «avez-vous fixé une durée d'allaitement ?» 33,3% des mères du groupe arrêt ont répondu « oui » versus 32,9% du groupe poursuivi avec $p = 0,95$. Il n'y a donc pas de différence statistique entre les deux groupes. Parmi les mères ayant fixé une durée d'allaitement, 17 mères du groupe allaitement arrêté ont répondu en moyenne 9,18 semaines $\pm 3,91$ et 51 mères du groupe allaitement poursuivi ont répondu en moyenne 21,96 semaines $\pm 11,57$ avec $p < 10^{-5}$. Ainsi nous pouvons dire que les mères ayant sevré leur enfant durant le 1^{er} mois avaient envisagé une durée d'allaitement beaucoup plus courte que celles maintenant l'allaitement à l'issu du 1^{er} mois.

De même les mères du groupe allaitement poursuivi étaient davantage très motivées 85,8% versus 60,4% des mères du groupe arrêt avec $p < 10^{-4}$. La motivation est également un facteur favorisant la poursuite de l'allaitement à l'issu du 1^{er} mois.

CARACTERISTIQUES DES MERES	Allaitement Poursuivi N =156	Allaitement Arrêté le 1^{er}mois N = 61	P
Beaucoup ou Moyennement Confiance en elles (%)	118 (78,1)	38 (69,1)	0,17
Durée d'allaitement envisagée (en semaines)	21,96 \pm 11,57 51 réponses	9,18 \pm 3,91 17 réponses	$<10^{-5}$
Mères ayant fixé une durée (%)	49 (32,9)	18 (33,3)	0,95
Mères très motivées (%)	127 (85,8)	32 (60,4)	10^{-4}

IV.7.d Accouchement, accueil en salle de naissance, caractéristiques du nourrisson

Parmi le groupe allaitement poursuivi 25,5% des mères n'ont eu recours à aucune anesthésie, versus 11,9% dans le groupe arrêt avec p significatif = 0.03. Le fait donc de ne pas avoir eu d'anesthésie pourrait faciliter la poursuite de l'allaitement à l'issue du 1^{er} mois.

Nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant les autres critères.

IV.7.e Déroulement des premiers jours en maternité

La première mise au sein a eu lieu en salle de naissance pour 84,5% des nourrissons du groupe allaitement poursuivi versus 79,3% dans le groupe allaitement arrêté durant le 1^{er} mois. Mais la différence n'est pas significative avec $p = 0,37$.

Parmi les enfants du groupe allaitement poursuivi, 77,7% ont tété dans la 1^{ère} heure versus 60% du groupe arrêt. La différence est significative avec $p = 0,01$

Parmi les mères des deux groupes il n'y a pas de différence significative concernant les particularités des mamelons, la présence de crevasses ou de douleurs aux tétées, avec un taux avoisinant les 35% de crevasses et 74% de douleurs aux tétées.

Par contre, les mères du groupe allaitement arrêté ont davantage utilisé de compléments (38,5% versus 21,5% avec $p=0,01$). De même elles ont été plus nombreuses à avoir recours à un tire-lait dans le groupe allaitement arrêté 35,3% contre 13,2% dans le groupe allaitement poursuivi avec $p < 10^{-3}$.

Elles ont été 91,4 % dans le groupe allaitement arrêté à garder leur nourrisson jour et nuit dans la chambre contre 85,5% dans le groupe allaitement poursuivi. La différence n'est pas significative avec $p = 0,25$. La durée de séjour a été quasiment similaire entre les deux groupes (4,32 versus 4,26 avec $p=0,73$).

Concernant l'utilisation de sucettes en maternité, 72,6% des mères du groupe allaitement poursuivi n'y ont pas eu recours versus 51,7% dans le groupe arrêt avec $p = 0,004$. L'utilisation de sucettes est plus marquée dans le groupe allaitement arrêté durant le 1^{er} mois.

Concernant les contacts médicaux ou paramédicaux pris à la sortie de la maternité, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes. A savoir environ 70% des mères ont un contact prit avant leur sortie de la maternité.

Le fait de téter précocement notamment durant la 1^{ère} heure serait un facteur favorisant la poursuite de l'allaitement à l'issue du 1^{er} mois. L'utilisation de sucette, de tire-lait et de complément en maternité serait associée à un risque de sevrage plus élevé durant le 1^{er} mois.

Voici un tableau comparant les données du groupe allaitement poursuivi versus allaitement arrêté à l'issue du premier mois :

Tableau XIV : Comparaison allaitement arrêté versus poursuivi à un mois

CRITERES D'ANALYSE	Allaitement Poursuivi N=156	Allaitement Arrêté le 1^{er} mois N=61	P
Âge gestationnel (SA)	39,6 ± 1,21	39,88 ± 1,40	0,15
Aucune anesthésie (%)	39 (25,5)	7 (11,9)	0,03
Péridurale (%)	99 (64,7)	44 (74,6)	0,16
Césarienne (%)	23 (15,0)	13 (22,4)	0,20
Épisiotomie (%)	41 (27,3)	18 (32,1)	0,49
Ventouse (%)	13 (10,5)	5 (10,4)	0,98
Forceps (%)	8 (5,4)	4 (7,0)	0,65
Poids de Naissance (grammes)	3378 ± 445	3395 ± 544	0,82
Différence de poids le plus bas (%)	-6,66 ± 2,11	-6,02 ± 2,83	0,11
Peau à peau en salle de naissance (%)	144 (93,5)	55 (94,8)	0,72
Pas de problème à la naissance (%)	138 (90,8)	53 (94,6)	0,36
Tété d'accueil proposé (%)	134 (87,6)	50 (86,2)	0,78
Tété d'accueil accepté (%)	133 (98,5)	49 (96,1)	0,30
Première mise au sein en salle de naissance (%)	125 (84,5)	46 (79,3)	0,37
Tétée la première heure (%)	108 (77,7)	30 (60,0)	0,01
Mamelons sans particularité (%)	121 (82,9)	42 (80,8)	0,73
Crevasse (%)	45 (32,6)	19 (37,3)	0,54
Douleur aux tétées (%)	106 (74,1)	42 (73,7)	0,94
Utilisation de Compléments (%)	31 (21,5)	20 (38,5)	0,01
Utilisation d'un Tire-lait (%)	19 (13,2)	18 (35,3)	< 10 ⁻³
Bébé gardé jour et nuit (%)	130 (85,5)	53 (91,4)	0,25
Aucune Sucette (%)	106 (72,6)	30 (51,7)	0,004
Durée de séjour (en jour)	4,32 ± 1,15	4,26 ± 0,95	0,73
Contacts pris à la sortie (%)	90 (68,7)	34 (72,3)	0,64

IV.8. Analyse multivariée

Les facteurs significatifs dans l'analyse uni-variée avec $p < 0,10$ ont été introduits dans une analyse multivariée par régression logistique en modèle complet. Les résultats finaux sont présentés avec des odds ratios ajustés (ORa) et seuls les critères significatifs à $p < 0,05$ sont retenus. Un facteur est considéré comme significatif en multivarié si l'intervalle de confiance de l'odd-ratation ne contient pas 1 et si $p < 0,05$. Un facteur est considéré comme protecteur si $ORa < 1$ et comme à risque de sevrage si $ORa > 1$.

Trois modèles de régression logistique multivariée ont été construits. Le premier inclue 10 facteurs significatifs en uni varié : le moment de la décision, l'utilisation de tétine, la confiance de la mère, son âge, son IMC, son statut tabagique au 3^{ème} trimestre, sa parité, l'anesthésie reçue, allaitement par sa propre mère, le statut socioprofessionnel du couple. Le deuxième rajoute à ces dix facteurs, la motivation maternelle. Le troisième englobe ces 11 critères auquel s'ajoute le score IBFAT <14.

IV.8.a Cas des arrêts très précoces :

voici un tableau récapitulatif des résultats obtenus.

Tableau XV : Facteurs d'arrêts très précoces après régression logistique multivariée

Modèle 1 (n = 239) <i>Ensemble des facteurs introduits</i> <i>Par ordre de signification</i>	ORa (IC 95 %)	p
Moment décision : « Depuis toujours » « Autre moment »	1 5.24 (1.51 – 18.08)	0.009
Tétine : oui non	4.31 (1.65 – 11.28) 1	0.003
Mère confiance en elle : oui non	1 2.73 (1.01 – 7.32)	0.04
Age (ans)	0.90 (0.80 – 1.01)	0.07
Anesthésie : oui aucune	3.18 (0.65 – 15.36) 1	0.15
Allaitement mère : oui non	1 1.94 (0.67– 5.62)	0.22
IMC ≥ 25 : oui non	1.65 (0.61 – 4.45) 1	0.32
Couple cadre : oui non	1 1.75 (0.53 – 5.84)	0.36
Mère fumeuse T3 : oui non	1.72 (0.34 – 8.70) 1	0.51
Primipare Multipare	1.33 (0.47 – 3.78) 1	0.59

Modèle 2 (n=226) Modèle 1 + Motivation <i>Uniquement les facteurs significatifs</i>	ORa (IC 95 %)	p
Tétine : oui non	4.60 (1.50– 14.05) 1	0.007
Motivation : « Très motivée » « Sans plus » « Je vais essayer »	1 2.39 (0.50 – 11.51) 8.36 (2.38 – 29.30)	0.28 0.001
Modèle 3 (n=183) Modèle 2 + IBFAT < 14 <i>Uniquement les facteurs significatifs</i>	ORa (IC 95 %)	p
IBFAT < 14 IBFAT ≥ 14	22.22 (2.82 – 175.00) 1	0.003
Motivation : « Très motivée » « Sans plus » « Je vais essayer »	1 13.22 (1.13 – 154.07) 11.74 (1.41 – 97.52)	0.04 0.02

A l'issue de cette analyse multivariée restent comme facteurs significatifs :

- Modèle 1 : le moment de décision, l'utilisation de la tétine et la confiance de la mère.
- Modèle 2 : Parmi les 3 critères ci-dessus, seule l'utilisation de la tétine reste significatif et la motivation maternelle apparaît l'être aussi.
- Modèle 3 : Deux facteurs restent significatifs : la motivation de la mère comme protecteur et un IBFAT < 14 comme facteur de risque de sevrage très précoce en maternité.

IV.8.b Cas des arrêts au cours du 1^{er} mois :

Voici un tableau récapitulatif des résultats :

Tableau XVI : Facteurs des arrêts pendant le 1^{er} mois (maternité ou domicile)

Modèle 1 (n = 184) <i>Ensemble des facteurs introduits</i> <i>(en ordre de signification)</i>	ORa (IC 95 %)	p
Moment décision : « Depuis toujours » « Autre moment »	1 2.66 (1.19– 5.92)	0.017
Anesthésie : oui aucune	3.47 (1.19 – 10.11) 1	0.02
Couple cadre : oui non	1 2.49 (1.03 – 5.04)	0.04
Tétine : oui Non	1.89 (0.87 – 4.09) 1	0.11

Mère fumeuse T3 : oui non	1.73 (0.77 – 3.88) 1	0.18
Allaitement mère : oui non	1 1.64 (0.74– 3.63)	0.22
Mère confiance en elle : oui non	1 1.57 (0.67 – 3.66)	0.30
IMC \geq 25 : oui non	1.44 (0.64 – 3.20) 1	0.38
Age (ans)	0.98 (0.89 – 1.06)	0.57
Primipare Multipare	0.99 (0.41 – 2.41) 1	0.99
Modèle 2 (n=174) Modèle 1 + Motivation <i>Uniquement les facteurs significatifs</i>	ORa (IC 95 %)	p
Anesthésie : oui aucune	3.00 (1.00 – 8.94) 1	0.048
Motivation : « Très motivée » « Sans plus » « Je vais essayer »	1 1.67 (0.44 – 27.) 2.92 (0.97– 8.75)	0.44 0.055
Modèle 3 (n=148) Modèle 2 + IBFAT < 14 <i>Uniquement les facteurs significatifs</i>	ORa (IC 95 %)	p
IBFAT < 14 IBFAT \geq 14	21.09 (2.77 – 160.53) 1	0.003

Suite à l'analyse multivariée restent comme facteurs significatifs d'arrêt au 1^{er} mois :

- Modèle 1 : le moment de décision «depuis toujours», l'absence d'anesthésie, la catégorie socioprofessionnelle type « cadre » du couple sont des facteurs privilégiant la poursuite de l'allaitement.
- Modèle 2 : Deux critères restent significatifs : l'absence d'anesthésie et la forte motivation de la mère.
- Modèle 3 : Un seul facteur se distingue: un IBFAT < 14 comme facteur de risque de sevrage au cours du premier mois.

V. DISCUSSION

V.1. Synthèse des résultats de notre étude

V.1.a Taux d'initiation et facteurs favorisants

Sur 18 maternités des Pays de La Loire, le taux d'initiation de l'allaitement maternel dès la naissance s'élève à 62,3%. Le taux en sortie de maternité est de 55,2% dont 44,6% d'allaitement exclusif et 10,6 % d'allaitement mixte. Il existe des variations entre les maternités étudiées (Annexe 4). Les dernières études nationales n'ont pas distingué le taux d'initiation à J 0 et le taux en sortie de maternité. Si nous considérons les valeurs de l'étude Épifane de 2012 comme les taux de sortie de maternité, ceux de notre étude sont en deçà avec un écart prédominant sur le taux d'allaitement exclusif qui atteint 15% (44,6% versus 60%) (42). Cette différence est probablement expliquée en partie au moins par le gradient Est-Ouest de l'allaitement en France. D'ailleurs les ENP de 2010 ont montré que le pourcentage d'enfants allaités (mixte ou exclusif) en maternité dans les régions de l'Ouest était de 58,8% ce qui se rapproche des résultats de notre étude (5,40). De même au CHU de Brest en 2005, 52,8% des enfants sortant de maternité étaient allaités (29). Par rapport au taux de 53% du réseau « sécurité naissance » obtenues par les données des maternités en 2013, ce taux remonterait au niveau de 2012 (Figure 2).

L'analyse uni variée a montré qu'une femme jeune, fumeuse avant ou pendant la grossesse, qui n'a pas été allaitée par sa mère, qui n'a jamais allaité ou qui a vécu un précédent allaitement comme un échec, dont le conjoint a une image plutôt négative de l'allaitement et qui n'a lui-même pas été allaité, choisira davantage d'emblée une alimentation au lait artificiel pour son enfant . A l'opposé une femme avec une activité de type cadre ou dont le conjoint est cadre, qui a participé à des ateliers allaitement, ou à des cours de préparations lors desquels l'allaitement fut beaucoup abordé ou de nationalité étrangère sera plus enclin à allaiter. De même un « peau à peau » en salle de naissance, une tétée d'accueil acceptée, un enfant gardé jour et nuit à côté de sa mère, l'absence de tétine en maternité sont des facteurs favorisant l'initiation de l'allaitement. L'ensemble de ces critères ont déjà été décrits dans de nombreuses études et cette dernière réaffirme leur poids sur le choix de l'alimentation du nourrisson (7,9,12-16,37,44,47,48).

V.1.b Les arrêts très précoces et à un mois

Le taux d'arrêt observé en maternité s'élève à 7,1% (34 enfants sevrés). Une mère a interrompu son allaitement au retour à domicile à J4, ce qui fait un taux de sevrage durant la 1^{ère} semaine de 7,3%.

Ces mamans ont des caractéristiques proches de celles ayant opté pour le lait artificiel (primipares, jeunes, fumeuses, IMC>25, moins allaités par leur mère...), elles sont moins motivées et envisageaient une durée d'allaitement plus courte.

Les chiffres retrouvés semblent coordonner aux valeurs nationales en tenant compte des disparités régionales en défaveur de l'Ouest. En effet si nous observons les courbes de l'étude Épifane de 2012, nous obtenons 6% d'arrêt la première semaine (42). En 2002, au CHU de Nantes 7,8% des nourrissons étaient sevrés en maternité (22), 5% dans les établissements de Clamart mais avec une population plus entrain à allaitement (44), 7,9% en 2006 au CHU de Brest(29) et 6% en 2011 selon le réseau de santé Loire – Nord Ardèche (16). Une étude nationale sur les taux d'arrêt en maternité permettrait de détailler ces données et d'apporter des pistes de travail pour les équipes soignantes.

Ces arrêts ne sont pas négligeables d'autant plus que le taux d'initiation est déjà très faible. Il est important d'intensifier l'accompagnement et le soutien dès la naissance de ces couples « maman bébé » à risque de sevrage très précoce. Cela passe aussi par une promotion de l'allaitement bien en amont de l'accouchement en délivrant une information satisfaisante à la mère afin qu'elle puisse faire un choix éclairé et avoir les atouts suffisant pour démarrer sereinement son allaitement.

L'analyse du rappel à un mois a porté sur 397 enfants, 39,3% étaient nourris au lait maternel de manière exclusive ou non, 60,7% uniquement au lait artificiel. Le taux de sevrage depuis la sortie de maternité s'élève à 15,9% et à 15,4% depuis la naissance. Ce dernier résultat est très proche de celui obtenu en 2005 au CHU de Nantes (37) et à celui de l'étude nationale Épifane de 2012 (42).

V.1.c Situation en Pays de La Loire

Le réseau « Sécurité Naissance » avait effectué une étude semblable sur 16 maternités des Pays de La Loire en 2006 qui retrouvait un taux de sevrage à un mois de 10,3% (les mères ayant sevré leur enfant en maternité n'avaient pas été incluses) (37).

Depuis trois établissements ont obtenus le label « Hôpital Ami des Bébé » : les maternités de Châteaubriant, Les Sables d'Olonne et dernièrement Ancenis (4). L'hôpital de St Nazaire l'avait obtenu en 2010 mais ne l'a plus depuis sa réunification avec la Clinique du jardin des plantes en 2012.

Les taux d'allaitement en sortie de maternité pour ces établissements s'élèvent à 59,1% à Ancenis, 52% à Châteaubriant et 34,5% pour St Nazaire. Les taux de sevrage très précoce sont respectivement à 13,6%, 14,3% et 6,9%. La maternité des Sables d'Olonne n'a pas participé à cette étude. Les arrêts en maternité sont très élevés à Ancenis et Châteaubriant malgré l'obtention du label.

Malgré ces efforts de promotion de l'allaitement et les recommandations de HAS qui a notamment rédigé un guide « Favoriser l'allaitement maternel » en 2006, les taux d'initiation et d'allaitement à un mois restent stables au sein des Pays de La Loire avec de nombreuses disparités entre les départements et les maternités (18,41).

V.2. Limites de notre étude

Chaque maternité avait la consigne de distribuer les questionnaires à toutes les mères pouvant être incluses dans l'étude à la suite les unes des autres à partir d'un jour fixé par chaque établissement. Ils arrêtaient l'étude une fois qu'il obtenait 20 à 40 observations. Les mères avaient le choix d'y participer ou non. Nous n'avons pas su combien de mères ayant reçu les questionnaires ne les avaient pas rendu, ni à quel groupe appartenaient elles (allaitement versus lait artificiel) ce qui peut représenter un biais de recrutement.

Le nombre de questionnaire étant assez conséquent avec des feuillets destinés à toutes les mères et pères, d'autres en fonction du choix d'alimentation du nourrisson, qu'un certain nombre de dossier nous sont revenus incomplets (manque de feuille, pages ou questions non renseignées), pouvant engendrer un biais de mesure.

Le score IBFAT n'a été que rarement rempli de manière assidue avec une évaluation par équipe. Il n'est pas facile de mettre en place ce genre de support, pouvant être vécue par les soignants comme une contrainte administrative supplémentaire consommatrice de temps. De même ce score reste à l'appréciation subjective du professionnel. Au rappel à un mois, 30,6% des femmes allaitant en sortie de maternité ont été perdues de vue (principalement car elles n'avaient pas laissé leurs coordonnées). Tout ceci représente un manque de données.

Cette étude a porté sur 18 maternités de niveaux différents des Pays de la Loire (parmi les 23 du réseau « Sécurité Naissance »), avec 478 familles vivant en zone urbaine comme rurale, ainsi la représentativité de l'effectif par rapport à la population générale de cette région est plutôt satisfaisante.

V.3. Facteurs influençant les arrêts très précoces en maternité et durant le 1er mois

V.3.a La motivation maternelle, moment de décision et confiance en elle

Le choix d'allaiter dépend de la culture des parents mais aussi de facteurs psychologiques.

La motivation maternelle, ainsi que la confiance en elle et le fait que la mère ait décidé d'allaiter depuis toujours sont trois critères significatifs dans l'analyse multivariée. D'ailleurs le fait que la mère ait pris sa décision depuis toujours, n'est-ce pas juste le témoin d'une forte motivation et de l'influence de sa propre mère ?

La confiance peut être reliée au niveau socioprofessionnel ainsi qu'aux expériences antérieures personnelles ou familiales d'un allaitement maternel réussi. Les femmes cadres peuvent avoir un sentiment de réussite plus marquée avec une meilleure confiance en elle, une détermination accrue à «réussir leur allaitement » et ainsi flatter leur estime.

Une étude Australienne de Buikstra et al réalisée en 2005 a démontré l'influence de facteurs psychologiques de la mère sur la durée de l'allaitement. Plusieurs facteurs maternels furent identifiés : l'anxiété, l'optimisme, la confiance en son allaitement, la foi et l'espérance dans le lait maternel, la durée prévu d'allaitement et le moment de la décision (30).

Une autre étude Australienne a montré la corrélation entre la décision d'allaiter et différents éléments : expérience d'allaitement, le niveau de confiance en soi, son image corporel, la capacité à allaiter discrètement, la nature du lieu public, les sentiments du père ainsi que la perception du contexte social (17).

Déjà en 1986, Jones DA et al avaient retrouvé une relation entre la précocité de la décision et la durée de l'allaitement maternel (21). D'autres recherches ont conforté cette donnée (3,23,26,44). Dans notre étude les mères ayant choisi d'allaiter « depuis toujours » ou « avant leur grossesse » allaitent plus et plus longtemps. Elles présentent moins de sevrage en maternité et ainsi qu'au cours du premier mois. Cette décision est aussi en lien avec une imitation parentale. En effet ces mères ont souvent été allaitées par leur propre mère, de même que les pères. Cette influence familiale peut aussi être défavorable car dans les familles où la mère a rencontré des difficultés durant son allaitement, elle peut tout aussi décourager sa descendance à choisir ce mode d'alimentation.

V.3.b Les Comportements non optimaux au sein (CNOS) et score IBFAT :

De nombreuses études ont démontré l'importance des premiers jours sur la poursuite de l'allaitement maternel et notamment de la qualité des tétées (6,12,14,26,29). D'autres ont évalué plusieurs scores élaborés afin de repérer précocement les mères à risque de sevrage prématuré. (24,43)

Une revue des études de ces scores fut réalisée en 2006. La conclusion était qu'aucun instrument pouvant être facilement utilisable dans le postpartum immédiat ne pouvait prédire quelle femme aurait plus besoin de soutien et d'accompagnement dans son allaitement, la plupart étant complexes, d'utilisation difficile et reposant sur des critères subjectifs (36).

Le score IBFAT mis au point en 1998 par Matthews (28) évalue le comportement non optimal de l'enfant au sein avec 4 critères notés de 0 à 3 : l'éveil de l'enfant, le réflexe de fousissement, la prise du sein et la succion. Le score est coté sur 12, une tétée est considérée comme non optimale lorsque celui-ci est inférieur à 10. Une étude réalisée au CHU de Nantes en 2010 (6) a étudié l'incidence des CNOS du nourrisson évalué par l'IBFAT et la poursuite de l'allaitement à un mois. Il a été retrouvé 30% de CNOS à la sortie de maternité. La présence de CNOS (score IBFAT <10) était associé à un risque 19 fois supérieur de sevrage à un mois.

La commission allaitement du réseau « Sécurité Naissance » a décidé de choisir ce score pour cette étude car il est parmi le plus utilisé dans la littérature. Suite aux résultats de 2010 (mentionnés ci-dessus), les membres de cette commission ont décidé de rajouter deux critères supplémentaires à ce score : la qualité de la déglutition et de la mise en bouche, obtenant ainsi un score sur 18. Ils ont retenu le seuil de 14. Un score IBFAT <14 est associé à un CNOS. Il a été retrouvé 19,6% de CNOS en maternité, 50% dans la population arrêt en maternité et 86% dans la population arrêt le premier mois. L'analyse multivariée affirme ce critère comme étant un facteur prédictif majeur de sevrage très précoce ou durant le premier mois lorsque l'IBFAT <14. Cette étude renforce les résultats de celle de 2010 réalisée au CHU de Nantes, d'autant plus qu'elle fut réalisée sur 18 maternités différentes.

Le score IBFAT à 6 items pourrait être un soutien aux équipes de maternité comme aux professionnels de santé accompagnant la mère en postpartum immédiat. Des études complémentaires seraient intéressantes à réaliser en ambulatoire en France notamment devant les objectifs de sortie de maternité de plus en plus précoce (19).

V.3.c Utilisation de tétine

Dans notre étude, à l'issue de l'analyse multivariée, l'utilisation de tétine en maternité est un facteur favorisant les sevrages très précoces.

Parmi les nourrissons sevrés en maternité, 59,4% en avaient une. Ces résultats renforcent ceux de nombreuses études (6,14,23,26,27,47,48) qui ont déjà montré l'influence de la tétine sur le taux d'allaitement à un mois et témoigne d'une répercussion très tôt dès la mise en route de l'allaitement. L'HAS s'appuyant sur les recommandations de l'OMS (Annexe 2) recommande d'éviter l'utilisation de tétine afin de permettre une prise du sein efficace (2,18,33). Parmi les critères d'obtention du label IHAB, l'utilisation de sucette ou tétine est proscrite (4).

Au CHU de Lille, Ego A et al en 2003 ont retrouvé un risque de sevrage à un mois 2,5 fois plus important en cas d'utilisation de sucette (étude sur 389 femmes) (14). Dans l'étude de 2010 réalisé au CHU de Nantes (6), leur utilisation était associée à un risque de CNOS plus élevé. La confusion sein – tétine avec une prise en bouche et une succion différente est régulièrement soulevée par les professionnels en lactation. Mais l'influence de l'usage de tétine sur l'allaitement maternel ne se limite probablement pas aux interférences avec le mécanisme physiologique de la succion. Il a été évoqué qu'il soit aussi le témoin de facteurs psychologique et comportementaux de la mère (faible confiance en soi, comportement rigide) plus défavorable à l'allaitement (47).

V.3.d Anesthésie reçue

Dans l'analyse uni varié, le fait de n'avoir eu aucune anesthésie lors de l'accouchement est une variable favorisant la poursuite de l'allaitement en sortie de maternité et à l'issue du premier mois mais n'influence pas le choix initial pour l'allaitement versus lait artificiel. En multivarié, il s'agit d'un facteur influençant positivement l'allaitement après le premier mois. Nous pourrions émettre l'hypothèse que les femmes n'ayant pas eu recours à une anesthésie sont plus enclin à une prise en charge « naturelle » et dans la même réflexion plus motivées pour allaiter. Nous pourrions également penser qu'elles n'ont pas eu recours à une anesthésie car le travail était plus rapide ou moins douloureux et qu'elles ont eu un meilleur vécu de leur accouchement, les rendant ainsi plus sereines, moins fatiguées pour débiter l'allaitement dans de meilleures conditions. Mais il est vrai que la répercussion à distance de un mois est plus difficile à interpréter.

Dans la littérature, peu d'études ont étudié la variable « aucune anesthésie ». Elles ont davantage exploré les variables « accouchement par voie basse », « péridurale », « césarienne ». Dans notre étude ces variables ne sont pas associées à un risque de sevrage plus important. De même, Labarère n'avait pas trouvé de lien entre accouchement et allaitement maternel (23). Dans l'étude de 2007 portant sur 15 maternités des Pays de La Loire, le fait d'avoir bénéficié d'une péridurale n'était pas un facteur significatif sur la durée de l'allaitement (37).

Par contre la variable « césarienne » était associée à un risque relatif de sevrage plus précoce multiplié par 1,67. Dans l'étude Épifane, les femmes ayant accouché par césarienne débutaient moins souvent un allaitement et avaient plus tendance à arrêter durant le premier mois (42). Ces mères soulignent une fatigue et des douleurs plus marquées ainsi qu'un inconfort au moment des tétées notamment en raison de la cicatrice de la césarienne pouvant être un obstacle à l'allaitement. On peut imaginer la déception de l'absence d'un accouchement par voie basse (pour celles qui n'étaient pas programmées) pouvant démotiver la mère, lui renvoyer un sentiment d'échec engendrant une perte de confiance et ainsi freiner l'allaitement.

V.3.e Catégorie socio-professionnelle des parents

Le lien entre allaitement maternel et catégorie socioprofessionnelle ou niveau d'étude a été multiple fois mis en évidence (6,7,13,26,27) ; l'étude Epifane de 2012 l'a aussi retrouvé. Les couples cadres ou les mères ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat allaitent davantage, plus longtemps et de manière plus exclusive selon Bonet et al (7). La classe sociale reflète l'influence de facteurs culturels et comportementaux. Les femmes de classe sociale élevée auraient accès à une information plus complète sur les bénéfices de l'allaitement et consulteraient plus facilement les professionnels soutenant en cas de difficultés rencontrées (50). En 2010, au CHU de Nantes les enfants de mères ayant un niveau d'étude \geq Bac +2 avaient un risque de CNOS divisé par 3 et un risque moindre de sevrage au premier mois (6). Notre étude réaffirme cette donnée concernant les arrêts durant le premier mois. Pour les arrêts en maternité la relation est retrouvée dans l'analyse uni-variée mais pas en multivariée.

V.4. Rôle du médecin généraliste

V.4.a Au premier plan pour accueillir et soutenir les mères allaitantes

Concernant les rendez-vous pris en sortie de maternité, le médecin généraliste est le 3^{ème} interlocuteur mentionné par les mères après la sage-femme libérale en première intention puis le service de PMI. Parmi l'ensemble des professionnels de santé rencontrés durant le premier mois pour le nourrisson, le généraliste se positionne en première place (26,2% des consultations) suivi des puéricultrices de PMI et des sages-femmes libérales.

En 2007, lors de l'étude du réseau « Sécurité Naissance des Pays de la Loire », le médecin généraliste était également le professionnel le plus sollicité durant le premier mois : 92% des mères le consultaient pour leur enfant et 55% au moment du sevrage (37).

Ces résultats confirment la place importante du généraliste dans les soins primaires et de premier recours pour les nourrissons et leurs mères dès les premières semaines de vie. Son rôle de soutien et d'accompagnement de ces femmes dans l'installation et la poursuite de leur allaitement est incontestable.

V.4.b Des difficultés dans la prise en charge des complications de l'allaitement

Au rappel à un mois, 22,2% des mères ayant sevré leur enfant ont répondu l'avoir fait contre leur volonté; autant de sevrage précoce qui auraient pu être évités. Etait-ce suite aux recommandations médicales dans le cadre d'une complication ? Une seule mère a répondu que les conseils des soignants étaient inadéquates et qu'elle n'avait pas été assez soutenue.

Les compétences des médecins généralistes à gérer des complications de l'allaitement restent insuffisantes. Dans une étude de 2009 réalisée auprès de 263 médecins généralistes du Nord Pas De Calais, 90% d'entre eux avaient déjà rencontré une difficulté par rapport à un allaitement (49). Etaient cités entre autres comme complications les plus fréquemment rencontrées par ordre décroissant : les crevasses, l'insuffisance de lait, les engorgements, les abcès puis les lymphangites. Seulement 60,1% des médecins généralistes avaient une attitude conforme aux recommandations dans la prise en charge d'un engorgement, 39,2% dans les mastite et 11% dans les crevasses simples. Ils étaient 51,7% à mettre au moins une fois l'allaitement en danger. Près d'un médecin sur dix ne ré-adressaient pas une patiente avec lequel il se trouvait en difficulté.

V.4.c Une formation insuffisante

La formation initiale concernant l'allaitement maternel délivré aux étudiants en médecine reste marginale (46). En 2009 à Nice, en interrogeant des internes de médecine générale, 78,9% estimaient leur formation insuffisante, 93% que le médecin généraliste avait une influence sur la décision d'allaiter des patientes et 73,2% sur la durée de l'allaitement (1).

Cette même étude montrait également l'inégalité de l'enseignement théorique dispensé sur ce thème au sein des départements de médecine générale et l'importance de l'apprentissage pratique au sein des stages (praticiens, gynécologie, pédiatrie, structures type PMI ...). Une autre étude a été réalisée en 2011 auprès des internes de médecine générale de Rouen (38).

Elle révélait la connaissance insuffisante de ceux-ci concernant l'allaitement maternel, avec une différence significative entre ceux ayant reçu une formation médicale complémentaire et ceux n'en ayant pas bénéficié.

Dans le plan d'action allaitement de 2010, inclus dans le troisième PNNS, le défaut de formation et le manque de soutien de la part des professionnels de santé est un facteur associé à une moindre initiation et/ou durée d'allaitement maternel (46). Un des objectifs est d'améliorer la formation initiale et continue des professionnels en proposant une mise au point pour harmoniser les contenus des cours et les mettre en accord avec les recommandations.

Il encourage la délivrance des cours par des professionnels formés (diplôme interuniversitaire de consultant en lactation ou diplôme international IBCLC). Le Conseil National de l'Alimentation (CNA) doit élaborer un standard minimal de connaissance pour les étudiants en médecine et des propositions de formations complémentaires lors de l'internat sont souhaitées. Pour les médecins déjà en exercice, le thème de l'allaitement devrait être inscrit dans les objectifs prioritaires de la formation médicale continue et le plan encourage également les échanges entre les professionnels concernés (congrès national annuel sur l'allaitement maternel, journée régional de l'allaitement, semaine mondiale de l'allaitement...).

V.4.d Quelles actions peut-il mener pour promouvoir l'allaitement et diminuer les sevrages précoces auprès des patientes ?

Peut-il jouer un rôle sur la décision de la mère d'allaiter ? La majorité des femmes enceintes consultent au moins une fois leur médecin traitant durant leur grossesse ; il peut être amené à suivre la grossesse jusqu'au 8^{ème} mois. Si la catégorie socio-professionnelle de la mère et l'anesthésie reçue à accouchement sont deux variables immuables, la confiance, la motivation maternelle, l'utilisation de tétine sont des variables pouvant être influencées par les conseils du médecin.

L'HAS souligne le fait que toute rencontre avec une femme enceinte soit l'occasion d'aborder le mode d'alimentation du nouveau-né et en particulier l'allaitement maternel ainsi que d'en informer également le futur père, influençant sur le choix de la mère.

Le médecin doit s'informer des représentations maternelles et de ses connaissances sur l'allaitement afin de cibler les interventions de soutien ou d'organiser un programme spécifique (2,18). Il peut informer la femme de l'importance et de la normalité de l'allaitement, de la physiologie et des conditions nécessaires pour le succès de celui-ci (en s'appuyant sur les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF).

Il peut l'encourager à suivre des cours de préparation à l'accouchement comprenant une information sur l'allaitement, la rassurer sur ces capacités à allaiter et sur les multiples ressources disponibles pour l'accompagnement en pré et post natales (lui-même, service de PMI, association d'allaitement, consultante en lactation, lactarium, sage-femme, en hospitalier comme en libéral...). Une femme informée, rassurée, se sentant entourée, sera plus à même de se lancer dans l'aventure de l'allaitement avec sérénité. Elle aura déjà acquis des connaissances et quelques compétences lui permettant d'aborder au mieux les premières mises au sein, que l'on sait primordiales pour la poursuite de l'allaitement.

Les médecins généralistes peuvent s'appuyer sur un nouveau guide de l'allaitement maternel publié en 2009 par INPES afin d'aborder le sujet de l'allaitement avec les futures mères dès les premiers mois de grossesse (20). Il est destiné aux mamans, en réponse aux questions les plus fréquentes avec des informations simples, pratiques et illustrées, associées à des coordonnées utiles pour un meilleur accompagnement dans la poursuite de l'allaitement maternel au jour le jour, malgré les difficultés quotidiennes. Il permet de rassurer les jeunes mères sur leurs capacités et les difficultés qu'elles peuvent rencontrer. Il est téléchargeable gratuitement ou peut être commandé par les médecins généralistes sur le site <http://www.inpes.sante.fr/>.

VI. CONCLUSION

En 2014, au sein des Pays de la Loire le taux d'allaitement maternel (exclusif ou mixte) s'élève à 62,3% à la naissance, 55,2% en sortie de maternité et 39,3% à 1 mois soit des taux d'arrêt de 7,1% en maternité et 15,4% durant le premier mois. Cette étude a permis de réaffirmer les facteurs influençant l'initiation de l'allaitement et de préciser ceux favorisant les arrêts au cours du premier mois, notamment les sevrages en maternité peu explorés jusqu'à présents.

Certains facteurs d'arrêt peuvent être modifiés par des interventions de promotion, de soutien et d'accompagnement des futurs parents dans l'allaitement maternel en pré et post natal, avec la participation coordonnée de l'ensemble des professionnels de santé concernés (médecin généraliste, gynécologue, sage-femme, PMI, pédiatre...) en hospitalier comme en libéral, sans oublier les associations de bénévoles toujours disponibles pour les mères .

Ainsi la formation des professionnels à l'allaitement maternel doit être approfondie, harmonisée, réactualisée régulièrement et correspondre aux dernières recommandations. Le médecin généraliste a une place importante auprès des mères et des nourrissons. Son rôle dans l'accompagnement des mères dans leur allaitement est primordial. L'instruction donnée aux étudiants en médecine ne doit pas être négligée et la formation continue renforcée.

En France, la mobilisation des politiques et de tous les acteurs de santé doit se poursuivre notamment avec l'application des mesures soulevées par l'HAS, l'OMS et le développement de l'initiative « Hôpital Ami des Bébé ». Dans notre société où l'alimentation au biberon est devenue une norme depuis des générations, alors que les bénéfices de l'allaitement maternel ne sont plus à démontrer, il est indispensable de réunir l'ensemble de nos moyens et compétences afin de faire évoluer de manière positive les représentations de l'allaitement maternel et les attitudes à l'égard des femmes allaitantes.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Acroute Vial F. Connaissances, compétences et formation des internes de médecine générale à Nice concernant l'allaitement maternel [thèse d'exercice]. [Faculté de médecine]: Université de Nice-Sophia Antipolis; 2009. 95 p.
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Recommandations et références professionnelles. Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie. Texte long [Internet]. ANAES; 2002 [consulté le 24/10/2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf
3. Akman I, Kuscuk MK, Yurdakul Z et al. Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: Role of maternal attachment styles. *J Paediatr Child Health*. 2008;44:369-73.
4. Association Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) France. Tout sur l'IHAB [Internet]. IHAB. [Consulté le 24/10/2014]. Disponible sur: <http://amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php>
5. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [Internet]. Paris : ministère du travail, de l'emploi et de la santé; Mai 2011 [consulté le 24/10/2014]. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_naissances2010.pdf
6. Bodin C. Incidences des comportements non optimaux au sein du nouveau-né à terme et poursuite de l'allaitement à un mois [mémoire de Sage-femme]. [École de sages-femmes]: Université de Nantes; 2011. 44 p.
7. Bonet M, Foix L'Hélias L, Blondel B. Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003. *Arch Pediatr*. 2008;15:1407-15.
8. Bourdillon F, Cano N, Delarue J, Turck D. Propositions pour le PNNS 2011-2015 des sociétés savantes et d'experts en nutrition [Internet]. Paris: Société française de santé publique; 2010 [consulté le 24/10/2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_societes_savantes_et_d_experts.pdf
9. Branger B, Cesbron M, Picherot G, et al. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pediatr*. 1998;5:489-96.
10. Burlet-Gicquel M. Difficultés et échecs de l'allaitement maternel. Quel est le champ d'intervention du médecin généraliste ? [thèse d'exercice]. [Faculté de médecine]: Université de Nantes, unité de formation et de recherche de médecine et des techniques médicales; 1999.
11. Coordination française pour l'allaitement maternel (COFAM). Historique [Internet]. Paris: COFAM; 2012 [consulté le 24/10/2014]. Disponible sur: <http://www.coordination-allaitement.org>
12. Dennis CL. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Res Nurs Health*. 2006;29(4):256-68.
13. Devergne - Clement B. Facteurs influençant l'arrêt de l'allaitement maternel au cours du 1er mois [thèse d'exercice]. [Faculté de médecine]: Université de Nantes, unité de formation et de recherche de médecine et des techniques médicales; 2006. 72 p.

14. Ego A, Dubos JP, Djavadzadeh-Amini M, et al. Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. *Arch Pediatr.* 2003;10:11-8.
15. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, Promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action [Internet]. Luxembourg Commission Européenne: Direction de la santé publique et de l'évaluation des risques; Juin 2004 [consulté le 24/10/2014]. Disponible sur:
http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf
16. Guillaumon A. Initiation de l'allaitement maternel et sevrage précoce : étude prospective du réseau de santé en périnatalité Loire-Nord Ardèche [thèse d'exercice]. [Faculté de médecine Jacques Lisfranc]: Université Jean Monnet de St Étienne; 2012. 49 p.
17. Hauck YL. Factors influencing mother's decision to breastfeeding in public. *Breastfeed Rev.* 2004;12(1):15-23.
18. Haute Autorité de Santé (HAS). Favoriser l'allaitement maternel. Processus – Evaluation [Internet]. Paris: HAS; Juin 2006 [consulté le 24/10/2014]. Disponible sur:
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doc.chem.al_22-11-07.pdf
19. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations de bonne pratique. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. Paris: HAS; Mars 2014 [consulté le 24/10/2014]. Disponible sur:
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
20. Institut national de prévention et de l'éducation pour la santé (INPES). Le guide de l'allaitement maternel [Internet]. Paris: INPES; 2009 [consulté le 24/10/2014]. Disponible sur:
<http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/INPES-Guide-allaitement-maternel.pdf>
21. Jones DA, West RR. Effect of a lactation nurse on the success of breastfeeding : a randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health.* 1986;40:45-9.
22. Kindle I. Les abandons précoces de l'allaitement maternel [mémoire de sage-femme]. [École de sages-femmes]: Université de Nantes; 2002.
23. Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry. *Arch Pediatr.* 2001;8:807-15.
24. Laborde L, Fulcheri J, Gelbert-Baudino N, et al. Intérêt du breastfeeding assement score pour la prédiction du sevrage précoce de l'allaitement maternel en France. *Arch Pediatr.* 2007;145(8):978-84.
25. Lelong N, Saurel-Cubizolles MJ, Bouvier-Colle MH, et al. Durée de l'allaitement maternel en France. *Arch Pediatr.* 2000;7:571-2.
26. Lemoine L. Durée de l'allaitement maternel jusqu'à six mois dans quinze maternités des Pays de la Loire [mémoire de sage-femme]. [École de sages-femmes]: Université de Nantes; 2009.

27. Mariau-Dinot L. Rôle des médecins généraliste dans la durée de l'allaitement maternel : enquête prospective sur 6 mois dans 15 maternités des Pays de La Loire [thèse d'exercice]. [Faculté de médecine]: Université de Nantes, unité de formation et de recherche de médecine et des techniques médicales (UFR); 2009. 58 p.
28. Matthews MK. Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery* 1988;4:154-65.
29. Michel MP, Gremmo-Feger G, Oger E, Sizun J. Pilot study of early breastfeeding difficulties of term newborns in maternity : incidence and risk factors. *Arch Pediatr.* 2007;14(5):454-60.
30. O'Brien M, Buikstra E, Hegney D. The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *J Adv Nurs.* 2008;63(4):397-408.
31. OMS/UNICEF. Déclaration d'Innocenti, sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel [Internet]. Florence: OMS; Août 1990 [consulté le 24/10/2014]. Disponible sur: http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24807.html
32. OMS/UNICEF. Déclaration d'Innocenti, sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel [Internet]. Florence: OMS; Novembre 2005 [consulté le 24/10/2014]. Disponible sur: <http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/Declaration-Innocenti-2005.pdf>
33. Organisation Mondiale de la Santé, Département Santé et Développement de l'Enfant et de l'Adolescent. Données scientifiques relatives aux 10 conditions pour le succès de l'allaitement [Internet]. Genève: OMS; 1999 [consulté le 24/10/2014]. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_fre.pdf
34. Organisation Mondiale de la Santé, Département Santé et Développement de l'Enfant et de l'Adolescent. La relactation. Connaissances acquises et recommandations relatives à cette pratique [Internet]. Genève: OMS; 1998 [consulté le 24/10/2014]. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CHS_CAH_98.14_fre.pdf?ua=1
35. Pillot M. Allaitement en maternité : les clefs pour réussir [Internet]. France: Pillot; 2005 [consulté le 24/10/2014]. Disponible sur: <http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/Allait-Mat-clefs-reussite-JRA-2005-2006.pdf>
36. Porter Lewallen L. A review of instruments used to predict early breastfeeding attrition. *J Perinat Educ.* 2006;15:26-41.
37. Pozzoli S. Arrêt précoce de l'allaitement maternel au cours du premier mois [mémoire de sage-femme]. [École de sages-femmes]: Université de Nantes; 2007. 64 p.
38. Puyt-Gratien B. Etat des lieux des connaissances des internes en médecine générale de Rouen concernant l'allaitement maternel. [thèse d'exercice]. [Faculté mixte de médecine et de pharmacie]: Université de Rouen; 2012. 103 p.

39. République Française. Programme National Nutrition Santé 2011-2015. Promotion de l'allaitement maternel [Internet]. Paris: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; Juillet 2011 [consulté le 24/10/2014]. Disponible sur: <http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/PNNS-2011-2015-rapport-Ministere-Sante-07-2011.pdf>
40. République Française. Programme National Nutrition Santé 2011-2015. Prévalence de l'initiation de l'allaitement [Internet]. Paris: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; Juillet 2011 [consulté le 24/10/2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
41. Réseau « Sécurité Naissance-Naître ensemble » des Pays de la Loire (RSN). Périnatalité dans les Pays de la Loire [Internet]. Nantes: RSN; Juin 2012 [consulté le 24/10/2014]. Disponible sur: <http://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/p5/1n89paarb6b05c7a6bopkh8r4uuukn-org.pdf>
42. Salanave B, De Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épifane [Internet]. France: Institut de veille sanitaire; Septembre 2012 [consulté le 24/10/2014]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/%28id%29/PMB_10950
43. Schlomer J, Kemmerer J, Janice J. Evaluating the association of two breastfeeding assessment tools with breastfeeding problems and breastfeeding satisfaction. *J Hum Lact.* 1999;15:35-9.
44. Siret V, Castel C, Boileau P, Castetbon K, Foix l'Hélias L. Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart. *Arch Pediatr.* 2008;15(7):1167-73.
45. Theofilogiannakou M, Skouroliakou M, Gounaris A, et al. Breast-feeding in Athens, Greece : factors associated with its initiation and duration. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2006;43:379-84.
46. Turck D. Plan d'action : Allaitement maternel [Internet]. France: Turck; Juin 2010 [consulté le 24/10/2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf
47. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MTA, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence?. *Pediatrics.* 1997;99:445-53.
48. Vogel A, Hutchinson BL, et al. Factors associated with the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr.* 1999;88(12):1320-6.
49. 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 d'exercice]. [Faculté de médecine Henri Warembourg]: Université du droit et de la santé - Lille 2; 2010. 125 p.
50. Wambach K, Campbell SH, Gill SL, et al. Clinical lactation practice: 20 years of evidence. *J Hum Lact.* 2005;21(3):245-58.

VIII. ANNEXES

Commission « Allaitement maternel »

Pratiques d'alimentation des nouveau-nés en maternité

Rédaction : B. BRANGER, A. MATHIOT

Version du 4 janvier 2014

- Contexte

- ▶ Taux d'initiation d'allaitement en maternité en baisse légère dans le réseau (et en France, et en Europe) ≈ 55 % d'exclusif ou partiel en sortie de maternité
- ▶ Arrêts en maternités, semble-t-il, plus fréquents ; raisons objectives des arrêts en maternité mal connues
- ▶ Pratiques d'allaitement ou non-allaitement plus complexes (tétée d'accueil, allaitements partiels, tire-allaitement, demande d'allaitement après mauvaise inhibition de la lactation)

- Objectifs de l'enquête

- ▶ Connaître les modalités d'alimentation des nouveau-nés en maternité (allaitement et biberon) avec les raisons et motivations respectives en 2014
- ▶ Evaluer l'incidence des arrêts d'allaitement maternel en maternité : taux sur une période donnée / accouchements et / allaitements initiés, ainsi que les circonstances et les motivations.
- ▶ Comparer le contexte d'arrêt d'allaitement maternel avec le contexte de l'absence d'arrêt
- ▶ Avoir des nouvelles à 1 mois si possible (sur certains sites volontaires)

- Inclusions

- ▶ Mères et bébés restant en maternité tout au long du séjour
- ▶ Nouveau-né à terme ou proche du terme ≥ 36 SA et ≥ 2000 g, singleton
- ▶ Mères et bébés sans pathologies pouvant entraver l'alimentation

Les nouveau-nés qui ont reçu seulement la tétée d'accueil ne sont pas considérés comme allaités

- Modalités pratiques

- ▶ Déterminer une période d'enquête pour calculer une incidence
- ▶ **Remettre un questionnaire à toutes les femmes à la suite (allaitantes ou non allaitantes) pendant la période +++**
- ▶ Remplir une partie du questionnaire par les professionnels (score IBFAT amélioré)
- ▶ Introduire l'enquête par la phrase suivante : « *La maternité ... fait partie du Réseau Sécurité-Naissance qui regroupe les 23 maternités des Pays de la Loire ; afin d'améliorer nos pratiques, nous réalisons régulièrement des enquêtes anonymes. Nous vous proposons de participer à une étude concernant les pratiques d'alimentation du bébé en maternité. Merci de remplir ce questionnaire avec le conjoint. Nous le récupérerons le jour de la sortie* »

- Calendrier

- ▶ 20 à 40 observations de femmes accouchées (allaitantes ou non), à partir du lundi 13 janvier 2014
- ▶ Adresser les questionnaires à B. BRANGER à partir du 15 février 2014
- ▶ Rendu des résultats à chaque maternité avant la journée du 22 mai 2014

Pratiques d'alimentation des nouveau-nés en maternité

Questionnaire à faire remplir par toutes les mères et à récupérer le jour de la sortie

- Votre **année de naissance** - **Code postal** de votre domicile

- Votre **nationalité** : Française Etrangère

- Activité professionnelle

- Mère (grille ci-jointe, mettre un numéro)	1. agriculteur-trice 2. artisan, commerçant 3. profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin
- Père (grille ci-jointe, mettre un numéro)	4. profession intermédiaire, cadre moyen 5. employé(e) 6. ouvrier(e) 7. sans profession 8. autres

- Situation vis-à-vis de l'emploi

Mère (grille ci-jointe, mettre un numéro)	1. Avec un emploi 2. Etudiant.
Père (grille ci-jointe, mettre un numéro)	3. Au chômage 4. Autre situation

- Avez-vous eu une **chirurgie des seins** (réduction mammaire ou plastie) ? 0. Non 1. Oui

- Avez-vous été allaitée par votre propre **mère** ? 0. Non 1. Oui 2. Ne sais pas

- Nombre d'enfants que vous avez eus avant celui-ci :

- Si vous avez eu d'**autres enfants**, ont-ils été allaités :

0. Non, aucun 1. Oui, une partie 2. Oui, tous

Vous diriez que cette ou ces expériences d'allaitement :

1. Ont été un succès 2. Ont été un échec 3. Un peu des deux

- A **quel moment** avez-vous décidé d'allaiter ou de donner le biberon pour votre bébé actuel ?

0. Depuis toujours 1. Avant la grossesse 2. Pendant la grossesse

3. A la naissance 4. Ne sais pas

- Avez-vous suivi des cours de **préparation** à la naissance ? 0. Non 1. Oui

- Avez-vous suivi un atelier « allaitement » ? Non 1. Oui

- Est-ce que l'on vous a **parlé** d'allaitement maternel pendant le cours de préparation ?

0. Non, pas du tout 1. Non, assez peu 2. Oui, un peu 4. Beaucoup

- Qui vous a influencé pour l'alimentation de votre bébé

conjoint amis entourage internet revues milieu médical

- Votre **poids** avant la grossesse

- Votre **taille**

Votre accouchement : Quelle était la **date prévue** d'accouchement ?

- Avez-vous une **anesthésie** ?

0. Aucune 1. Péridurale 2. Rachianesthésie 3. Anesthésie générale

- Avez-vous eu un **forceps** ? 0. Non 1. Oui une **ventouse** ? 0. Non 1. Oui

- Avez-vous eu une **césarienne** ? 0. Non 1. Oui, elle était programmée 2. Oui en urgence

- Avez-vous eu une **épisiotomie** ? 0. Non 1. Oui

Nouveau-né à la naissance

- **Date** de naissance - **Poids** de naissance - Sexe : 1. Garçon 2. Fille
- A-t-il présenté des **problèmes** à la naissance ? 0. Non 1. Oui un peu 2. Oui beaucoup
- Le bébé a-t-il été mis en **peau-à-peau** (sur votre poitrine ou celle du papa) en salle de naissance ?
0. Non 1. Oui *Si oui, pendant combien de temps (en minutes) ?*
- Vous a-t-on proposé une « **tétée d'accueil** » ? 0. Non 1. Oui
- L'avez-vous **acceptée** ? 0. Non 1. Oui

Commentaires sur la naissance

Séjour à la maternité les premiers jours

- Avez-vous **gardé le bébé** dans votre chambre :
1. Oui, tout le temps jour et nuit 2. Oui, la journée, et quelques nuits
3. Oui, la journée, mais jamais la nuit
Dans ce dernier cas (3), est-ce que l'on vous ramenait le bébé la nuit pour téter ?
0. Non, jamais 1. Oui, parfois 3. Oui, à chaque fois
- Le bébé a-t-il une **sucette**? 0. Non 1. Oui par choix personnel 0. Oui, sur conseils de la maternité
- Quel a été le **poids le plus bas** de votre bébé à la maternité ?
- Vous diriez de la **confiance** que vous avez en vous :
1. J'ai beaucoup confiance en moi 2. J'ai moyennement confiance en moi
3. J'ai peu confiance en moi 4. Je n'ai pas du tout confiance en moi

Commentaires sur la confiance que vous avez en vous

Sortie de la mère et du bébé

- **Date** de sortie - **Poids de sortie** du bébé
- L'alimentation du **bébé** au cours du séjour et à la sortie est la suivante :
 - ✓ J'ai toujours donné uniquement le lait maternel (*remplir pages 4 et 8*)
 - Au sein directement
 - J'ai tiré mon lait et l'ai donné : avec une seringue avec une sonde
 - ✓ J'ai toujours donné uniquement le lait artificiel au biberon (*remplir pages 4 et 6*)
 - ✓ J'ai donné les deux (sein et biberon de lait artificiel)
 - Je pratique un allaitement mixte (*remplir pages 4 et 8*)
 - J'ai commencé au sein et ai arrêté (*remplir pages 4, 8 et 10*)
- Des **contacts** ont été pris à la sortie : 0. Non, aucun 1. Oui
Ces contacts sont : PMI Médecin traitant Sage-femme libérale Consultante en lactation
- Etiez-vous **fumeuse** avant la grossesse ? 0. Non 1. Oui *Combien de cigarettes/ jour ?....*
- Avez-vous **fumé** pendant la grossesse ? 0. Non 1. Oui
Si oui : au 1^{er} trimestre au 2^{ème} trimestre au 3^{ème} trimestre
- Etes-vous **fumeuse** aujourd'hui ? 0. Non 1. Oui

Pratiques d'alimentation des nouveau-nés en maternité

Questionnaire à faire remplir pour tous les conjoints

- Soutenez-vous le mode d'alimentation de votre bébé par votre **compagne** (sein ou biberon) ?

0. Non, pas du tout 1. Non, assez peu
2. Oui, un peu 3. Oui, beaucoup 9. Je ne sais pas

- **Quelle image** avez-vous d'une femme qui allaite ? Entourez les images qui vous correspondent :

C'est beau C'est émouvant C'est touchant C'est difficile à regarder Ce n'est pas très attirant
Il faut allaiter loin des regards Je crains les regards surtout de ma famille Ce n'est pas très sexy
Je crains les regards surtout d'autres hommes

- Avez-vous été allaité par votre **mère** ? 0. Non 1. Oui 3. Je ne sais pas

- Pensez-vous que, si la mère de l'enfant allaite, cela peut modifier **votre regard sur son corps de manière positive** ?

0. Non, pas du tout 1. Non, assez peu
2. Oui, un peu 3. Oui, beaucoup 9. Je ne sais pas

- Pensez-vous avoir votre **place** dans l'alimentation de votre bébé ?

0. Non, pas du tout 1. Non, assez peu
2. Oui, un peu 3. Oui, beaucoup 9. Je ne sais pas

- **La fusion entre la mère et le bébé** vous dérange-t-elle ? ?

0. Non, pas du tout 1. Non, assez peu
2. Oui, un peu 3. Oui, beaucoup 9. Je ne sais pas

- Pensez-vous que vous avez besoin de donner le **biberon** pour trouver votre place ?

0. Non, pas du tout 1. Non, assez peu
2. Oui, un peu 3. Oui, beaucoup 9. Je ne sais pas

- Etiez-vous fumeur avant la grossesse ? 0. Non, aucun 1. Oui

- Avez-vous arrêté pendant la grossesse ? 0. Non, aucun 1. Oui
et à quel moment ? 1^{er} trimestre 2^{ème} trimestre 3^{ème} trimestre

- Etes-vous fumeur aujourd'hui ? 0. Non, aucun 1. Oui

- Commentaires si vous le désirez

Pratiques d'alimentation des nouveau-nés en maternité

A faire remplir par les mères qui ont **donné du lait maternel uniquement ou en allaitement mixte (partiel)**

- Avez-vous fixé une durée d'allaitement ? 0. Non, je verrai au fur et à mesure 1. Oui
Si oui, combien de temps avez-vous **prévu** d'allaiter (en mois ou en semaines) ?
- Vous diriez que votre **projet d'allaitement** maternel peut s'exprimer de la sorte :
1. « Je suis très motivée » 2. « Je suis motivée sans plus »
3. « Je vais essayer pour voir » 4. « Je n'ai pas très envie finalement »
Autres remarques
- La **première mise au sein** a-t-elle eu lieu en salle de naissance ? 0. Non 1. Oui
- A-t-il **tété** ?
1. Dans la première demi-heure 2. Dans la 1^{ère} heure 3. Dans les 2 heures
- Actuellement, combien de **tétées** par jour donnez-vous ?
- Avez-vous des **mamelons** « **particuliers** » (plats ou rétractés) qui empêchent le bébé de bien les prendre ? 0. Non, aucun 2. Oui, un peu 3. Oui, beaucoup
- Avez-vous eu des **crevasses** ? 0. Non 1. Oui
- Avez-vous eu des **douleurs aux tétées** ? 0. Non 1. Oui
- Le bébé a-t-il reçu un ou des **compléments** d'eau ou de lait (au moins une fois) ? 0. Non 1. Oui
Les compléments étaient : Du lait artificiel De l'eau De soluté de re-hydratation
Combien de fois en tout ?.....
Les compléments étaient donnés : au biberon à la tasse à la seringue avec une sonde
- Est-ce que, au moins une fois, vous avez **tiré votre lait** et vous avez donné ce lait maternel au bébé :
0. Non 1. Oui
ET c'était : au biberon à la tasse à la seringue avec une sonde
- Avez-vous **utilisé** : Des « bouts de sein » (ou écrans) Des coquilles
- Vous diriez de **votre enfant** en général ?
- Souvent fatigué et endormi en tétant Plutôt calme qui tète bien
Souvent tonique à la tétée Autres qualificatifs évocateurs
- Vous diriez, **pour vous**, que l'allaitement est :
1. Un plaisir sans contrainte 2. Un plaisir avec quelques contraintes
3. Pas vraiment un plaisir et avec des contraintes 4. Une souffrance et beaucoup de contraintes
5. Je ne sais pas dire
- Avez-vous eu **besoin d'aide** pendant le séjour auprès des professionnels ?
1. J'ai eu besoin de beaucoup d'aide 2. J'ai eu besoin d'un peu d'aide
3. Je n'ai pas eu besoin d'aide 4. Je ne sais pas dire

Appel à 1 mois

Accord de la patiente

Téléphone

Mail

Pratiques d'alimentation des nouveau-nés en maternité

A faire remplir par les mères *qui ont commencé puis qui ont arrêté de donner le lait maternel*

- Date de la **décision** d'arrêter l'allaitement au sein

- Date de l'**arrêt** effectif

- **Raisons** de l'arrêt

Raison(s) liée à la mère

Douleur et inconfort de la mère

Problème de mamelon et de sein

Fatigue

Douleur aux tétées

« je n'ai plus envie », « c'est trop compliqué »

« ça ne me convient pas »

« j'ai un travail à reprendre »

Maladie en cours

Autres raisons de la mère

Raison(s) liée au bébé

Mauvaise succion du bébé

Bébé endormi bébé qui ne veut pas téter

Bébé trop « énervé » bébé qui tète trop souvent

Problème de poids du bébé

Autres raisons du bébé

Autres raisons possibles

Entourage pas favorable

Conjoint peu favorable

Accompagnement inapproprié des professionnels

Autres raisons

.....

Pratiques d'alimentation des nouveau-nés au sein en maternité

A remplir par les professionnels : Score IBFAT / équipe

	0	1	2	3
1. Qualité de l'éveil au moment de la tétée	Ne peut pas être réveillé	A besoin de stimulations importantes pour se réveiller et commencer à téter	A besoin d'être un peu stimulé pour commencer à téter	Bien éveillé (stade III-IV) Prêt à téter
2. Recherche du sein = réflexe de foussement	N'essaie pas de prendre le sein	Faible recherche du sein même en étant stimulé	A besoin d'être stimulé pour chercher le sein	Recherche activement le sein : Se redresse, tourne la tête, Bouche grande ouverte
3. Prise du sein	Ne prend pas le sein	Commence à téter après > 10 minutes	Commence à téter au bout de 3 à 10 min.	Commence à téter immédiatement
4. Type de succion	Ne tète pas	Succion faible, Brèves périodes de mouvements de succion avec Des pauses > suc-cions	Mouvements de succion alternant avec des pauses. A besoin d'être Un peu stimulé	Bonne succion sur 1 ou 2 seins
5. Déglutition	Ne déglutit pas	Quelques mouve-ments de dégluti-tion	Mouvements de déglutition Mal synchroni-sés et avec des pauses	Mouvements de déglutition syn-chronisés à chaque succion, et audibles
6. Mise en bouche	N'arrive pas à ouvrir la bouche correc-tement, refus de la tétée	Pince le mamelon,	Prise incomplète (lèvres non re-troussées..., tête	Lèvres retrous-sées, prise asy-métrique, bouche bien ou verte, nez dé-gagé

Pratiques d'alimentation des nouveau-nés en maternité

Grille du score IBFAT à remplir une fois par équipe / jour

De 0 (pas du tout) à 3 (optimal)	1- Qualité de l'éveil au moment de la tétée	2- Recherche du sein = réflexe de foussement	3- Prise du sein	4- Type de succion	5- Déglutition	6- Mise en bouche	Total
Jour 0	De 0 (pas du tout) à 3 (optimal)						
Heure tétée							
Heure tétée							
Heure tétée							
Jour 1	De 0 (pas du tout) à 3 (optimal)						
Heure tétée							
Heure tétée							
Heure tétée							
Jour 2	De 0 (pas du tout) à 3 (optimal)						
Heure tétée							
Heure tétée							
Heure tétée							
Jour 3	De 0 (pas du tout) à 3 (optimal)						
Heure tétée							
Heure tétée							
Heure tétée							

Appel téléphonique à 1 mois

- Date appel

- **Alimentation** du bébé au jour de l'appel

1. Allaitement maternel exclusif
2. Allaitement partiel (mixte)
3. Arrêt du lait maternel Date arrêt

- Avez-vous **arrêté** (*plusieurs réponses possibles*) :

- selon votre propre volonté
- contre votre volonté
- selon la volonté de votre conjoint
- selon la volonté de vos proches

- Raisons avancées de l'arrêt

.....
.....

- **Professionnels qui ont vu le bébé** depuis la sortie de maternité

- | | | |
|---|---|--|
| Pédiatre hospitalier <input type="checkbox"/> | Sage-femme hospitalière <input type="checkbox"/> | Puéricultrice hospitalière <input type="checkbox"/> |
| Médecin généraliste <input type="checkbox"/> | Urgences hospitalières <input type="checkbox"/> | |
| Pédiatre libéral <input type="checkbox"/> | Sage-femme libérale <input type="checkbox"/> | <i>Dans le cadre du PRADO ? <input type="checkbox"/></i> |
| Médecin de PMI <input type="checkbox"/> | Puéricultrice de PMI <input type="checkbox"/> | Sage-femme de PMI <input type="checkbox"/> |
| Consultante en lactation <input type="checkbox"/> | Association d'aide à l'allaitement <input type="checkbox"/> | |
| Ostéopathe <input type="checkbox"/> | Acupuncteur <input type="checkbox"/> | |

- Vous avez eu l'impression que, lors du **sevrage** :

- Tout s'est bien passé comme prévu
- L'on ne vous soutenait pas assez
- Que les conseils des professionnels n'étaient pas adéquats

- Vous allaiterez **votre prochain enfant** si vous en avez un :

1. Oui, probablement
2. Je ne sais pas
3. Certainement pas

**ANNEXE 2 : Dix conditions pour le succès de l'allaitement définies par la
Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF (1989)**

Tout établissement qui dispense des services de maternité et des soins aux nouveau-nés devrait observer les dix conditions suivantes pour favoriser le succès de l'allaitement maternel

1. Adopter une politique d'allaitement maternel, formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant
2. Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance
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
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant
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 : Conditions d'accès au label IHAB (Initiative hôpital ami des bébés) (Révision de 2009)

Pour recevoir le label IHAB, une maternité doit satisfaire aux conditions suivantes :

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
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant
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
11. Accompagner et respecter les besoins des mères pendant le travail et l'accouchement
12. Protéger les familles de toute promotion commerciale en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel
13. Aider les mères qui nourrissent leur bébé autrement qu'au lait maternel à choisir une alimentation de substitution adéquate et à la préparer sans risque
14. Respecter les règles éthiques suivantes sur les financements :
 - Le Code de commercialisation des substituts du lait maternel n'interdit pas les dons de matériels et d'équipements pour les services
 - Le Code n'interdit pas, pour les professionnels de santé, les financements d'études, de recherches, de formation et activités analogues, mais exige la transparence au niveau de l'institution dont dépendent ces professionnels
 - Il est donc demandé aux professionnels de santé, dans le cas où ils recevraient des dons de matériels ou accepteraient des financements décrits ci-dessus, de diversifier leurs sources de financements, de fonctionner dans la transparence associative et de veiller à ce que cela ne les entraîne pas à faire de la publicité pour les produits visés par le code.

ANNEXE 4 : Taux d'allaitement maternel et d'arrêt en maternité

Dans les maternités participantes à l'étude

MATER : maternité

AM : allaitement maternel, taux d'initiation

BIB : alimentation lait artificiel au biberon

Arrêt AM : taux d'arrêt très précoce

MATER	AM	%	Bib	%	Arrêt AM	%
CH CHOLET	16	39.0	22	53.7	3	7.3
CHU ANGERS	22	57.9	14	36.8	2	5.3
CH LE MANS	27	73.0	7	18.9	3	8.1
CH LA ROCHE	21	63.6	10	30.3	2	6.1
CHU NANTES	19	57.6	11	33.3	3	9.1
CL JULES VERNE	23	71.9	9	28.1	0	0.0
CH ST NAZAIRE	10	34.5	17	58.6	2	6.9
CH MAYENNE	17	60.7	7	25.0	4	14.3
CL ANJOU	19	67.9	7	25.0	2	7.1
CH ANCENIS	13	59.1	6	27.3	3	13.6
CH CHALLANS	8	38.1	12	57.1	1	4.8
CH CHATEAUBRIANT	11	52.4	7	33.3	3	14.3
CH CHATEAU-GONTIER	12	57.1	7	33.3	2	9.5
CH FONTENAY	9	45.0	10	50.0	1	5.0
CH PSSL	9	45.0	9	45.0	2	10.0
CL PARC	7	35.0	13	65.0	0	0.0
CH SAUMUR	9	47.4	8	42.1	2	10.5
CL BRETECHE	10	66.7	4	26.7	1	6.7

NOM : MATHIOT

PRÉNOM : ALINE

Titre de Thèse : Facteurs déterminants dans l'initiation de l'allaitement maternel et dans les sevrages précoces en maternité ainsi qu'au cours du premier mois.

Étude réalisée en 2014 sur 18 maternités des Pays de la Loire

RÉSUMÉ

En 2014, malgré le développement des programmes de promotion, le taux d'allaitement maternel reste faible en France et diminue rapidement dès les premières semaines. Nous nous sommes intéressés aux arrêts prématurés : très précoces dès la maternité et au cours du 1^{er} mois.

Nous avons alors réalisé une étude prospective sur questionnaires, dans 18 maternités des Pays de la Loire avec un rappel téléphonique à un mois.

Les données ont concerné 478 triades « père-mère-nourrisson ». Le taux d'allaitement maternel s'élève à 62,3% à J0, 55,2% en sortie de maternité (dont 10,6% de mixte) et 39,3% à un mois (dont 6,0% de mixte). Cela représente un taux d'arrêt de 15,4% au cours du 1^{er} mois dont 7,1% en maternité. Cette étude a permis de réaffirmer les facteurs influençant l'allaitement et l'analyse multivariée de préciser ceux favorisant les arrêts prématurés : un comportement non optimal du nourrisson au sein en maternité avec un score IBFAT (à 6 critères) < 14, l'utilisation de tétine, la faible motivation des mères et leur manque de confiance en elle, leur décision tardive d'allaiter, leur catégorie socio-professionnelle défavorisée et le recours à l'anesthésie lors de l'accouchement.

En conclusion, certains de ces critères peuvent être modifiés par un meilleur accompagnement des mères et une formation des professionnels. La mobilisation des politiques et de tous les acteurs de santé doit se poursuivre afin de permettre aux femmes d'avoir les connaissances suffisantes pour faire un choix éclairé, de les soutenir dans leur projet en dédouanant le dogme du biberon et de leur permettre d'acquérir les compétences nécessaires pour une mise en route optimale de leur allaitement.

MOTS CLÉS

Allaitement maternel, Sevrage très précoce, Score IBFAT, Facteurs déterminants.