

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

**Durée de l'allaitement maternel
jusqu'à six mois dans quinze maternités
des Pays de la Loire**

Nolwenn LEMOINE

Née le 24 septembre 1985

Directeur de mémoire : Docteur Bernard BRANGER

Année Universitaire 2008 - 2009



Je dédie mon mémoire à mon grand-père, Paul Lemoine, qui a dévoué sa vie à ses deux passions, pédiatre et père de famille, et qui a su me montrer l'importance de « Transmettre l'Amour » aux enfants.

Glossaire

CSP : Catégorie socioprofessionnelle

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

HAS : Haute Autorité de Santé

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébé

IMC : Indice de Masse Corporelle (kg/m^2)

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

NS : Non Significatif

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle Infantile

PNNS : Programme National Nutrition Santé

RR : Risque Relatif

RSN : « Réseau Sécurité Naissance - Naître Ensemble » des Pays de la Loire

Sommaire

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : Généralités sur l'allaitement maternel	2
1. Evolution de la durée de l'allaitement au cours de l'Histoire	2
1.1. Depuis l'Antiquité	2
1.2. De nos jours : Une histoire sociologique ?	3
1.3. Pourquoi choisir l'allaitement maternel aujourd'hui ?	5
2. Epidémiologie de l'allaitement maternel	6
2.1. En France	6
2.2. En Europe et dans le monde.....	9
DEUXIEME PARTIE : L'étude (Population, méthode, résultats).....	10
1. Population de l'étude.....	10
2. Méthode.....	11
2.1. Les supports de l'étude	11
2.2. Saisie et analyse des données.....	12
3. Résultats	13
3.1. Description de la population	13
3.2. Description du séjour à la maternité.....	15
3.3. Description de l'allaitement au cours des mois suivants	16
3.4. Le sevrage	18
3.5. La durée de l'allaitement	20
4. Influence des variables sur la durée de l'allaitement.	21
4.1. Variables présentes avant la naissance	21
4.2. Variables présentes au cours de l'accouchement et durant le séjour à la maternité..	25
4.3. Variables présentes au cours des mois suivants la naissance	30
4.4. Analyse multivariée	33
TROISIEME PARTIE : Discussion	36
1. Notre étude	36
1.1. Synthèse de l'ensemble des résultats significatifs.....	36
1.2. Les limites de l'étude.....	36
2. Comparaison des résultats significatifs avec la littérature	37
2.1. Les facteurs sociologiques	37

2.2. Les facteurs médicaux	39
2.3. Les pratiques hospitalières.....	41
2.4. Au cours des mois suivants.....	44
2.5. Le sevrage	46
3. Le rôle de la sage-femme	47
3.1. Durant la grossesse	48
3.2. A la naissance.....	49
3.3. Au cours du séjour à la maternité.....	49
3.4. Au retour à la maison jusqu'au sevrage.....	50
4. Propositions pour améliorer la poursuite de l'allaitement maternel	51
4.1. Renforcer le rôle des différents professionnels face à l'allaitement	52
4.2. Faciliter les consultations d'allaitement maternel.....	53
CONCLUSION	54
Bibliographie	
Annexes	

INTRODUCTION

L'allaitement maternel constitue la référence pour l'alimentation du nourrisson pendant les six premiers mois de la vie [78].

Depuis une trentaine d'année, l'allaitement maternel connaît un renouveau dans notre société. Des efforts de promotion (ANAES-HAS [65], PNNS [66]) permettent une meilleure information des professionnels de santé et un meilleur accompagnement des mères. Malgré cela, la durée médiane en France est estimée à dix semaines [7], avec de fortes disparités selon les régions.

Une enquête a été réalisée au cours de l'année 2007 par le « Réseau Sécurité-Naître Ensemble » des Pays de la Loire. Nous avons voulu évaluer à travers l'exploitation de ces données, la durée de l'allaitement dans la région Pays de la Loire et identifier les facteurs associés durant les six premiers mois.

Dans un premier temps, nous verrons l'évolution de la durée de l'allaitement maternel en France, et constaterons qu'elle est directement liée à son histoire sociologique en apportant quelques données épidémiologiques. Dans une deuxième partie, à partir de l'enquête, nous nous intéresserons à l'analyse des facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel dans notre région Pays de la Loire. Enfin, nous comparerons les résultats à ceux de la littérature et les interpréterons afin de proposer des solutions permettant d'aider aux projets des mères allaitantes.

PREMIERE PARTIE : Généralités sur l'allaitement maternel

Les recommandations de bonnes pratiques (OMS) [78]

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande l'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie. De six mois à deux ans, voire plus, l'allaitement doit être complété par une autre alimentation.

L'OMS et l'UNICEF, dans le cadre de l'Initiative Hôpital ami des bébés (IHAB) en 1999, font la promotion de l'allaitement maternel avec la diffusion des « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel », dont les principales sont :

- L'allaitement au sein doit commencer dans l'heure suivant la naissance;
- L'enfant doit être allaité «à la demande», aussi souvent qu'il le désire, nuit et jour;
- Les biberons ou les tétines sont à éviter.

1. Evolution de la durée de l'allaitement au cours de l'Histoire

1.1. Depuis l'Antiquité

Des études effectuées sur des ossements humains ont permis d'évaluer une durée moyenne de l'allaitement maternel chez nos ancêtres comprises entre deux et trois ans [72]. En 3000 avant Jésus-Christ, dans le Proche-Orient, on a mentionné des durées d'allaitement de 3 ans (chez les Hébreux en Egypte). Entre 1500 et 800 avant J.C., on a recommandé en Inde, un allaitement exclusif d'un an, suivi d'un allaitement complété jusqu'à deux ans et enfin un sevrage progressif [72]. Dans la Grèce antique (1000 à 400 avant J.C), les nourrices ont allaité de façon exclusive plus de six mois. Au II^{ème} siècle, les médecins grecs, romains et arabes, ont recommandé d'allaiter entre dix-huit mois et trois ans [15]. Les religions préconisent aussi l'allaitement : le Talmud pour les juifs (-532 avant J.C.), et le coran pour les musulmans (VII^{ème} siècle) recommandent d'allaiter deux ans (Sourate Luqman, 14). Pour la religion catholique, on retrouve de nombreuses représentations de la Vierge Marie à l'enfant à la Renaissance, montrant des enfants tétant le sein âgés de plus d'un an [15]. On évoque aussi des différences selon le sexe de l'enfant, comme dans certaines régions d'Afrique Noire où la tradition populaire affirme qu'un allaitement prolongé, qui est souhaitable pour le garçon, aurait le désavantage chez les filles de les rendre stupides [17]. Par ailleurs, l'apparition des

dents arrête souvent l'allaitement maternel. Historiquement, la dent est considérée comme un symbole phallique, et allaiter un enfant qui a des dents pouvait être perçu comme un rapport incestueux [17].

Un auteur, Dettwyler (1995) a montré d'après des études sur les primates que l'âge naturel au sevrage chez l'homme pourrait se prolonger après deux ans et demi jusqu'à 7 ans [79].

Une étude réalisée sur des squelettes d'enfants retrouvés à Grenoble, datant du XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles (entre la fin du Moyen-Âge et de l'Epoque Moderne), a montré que les modalités concernant la durée d'allaitement différaient selon les femmes car deux groupes de durée ont été observés : le premier groupe a montré un sevrage entre six et dix-huit mois, alors que dans le second groupe on a montré un allaitement prolongé au-delà de deux ans et demi [68]. D'après une thèse de médecine établie en 1894 par Madame Dluska [79], visant à promouvoir l'allaitement maternel pour réduire le taux de mortalité infantile, on a mentionné qu'un allaitement de dix à douze mois est suffisant. Ce mémoire montre aussi l'importance de l'allaitement mixte à l'époque.

L'allaitement maternel est une pratique intime, dont le choix revient aux mères, une pratique culturelle à replacer dans l'histoire de notre société.

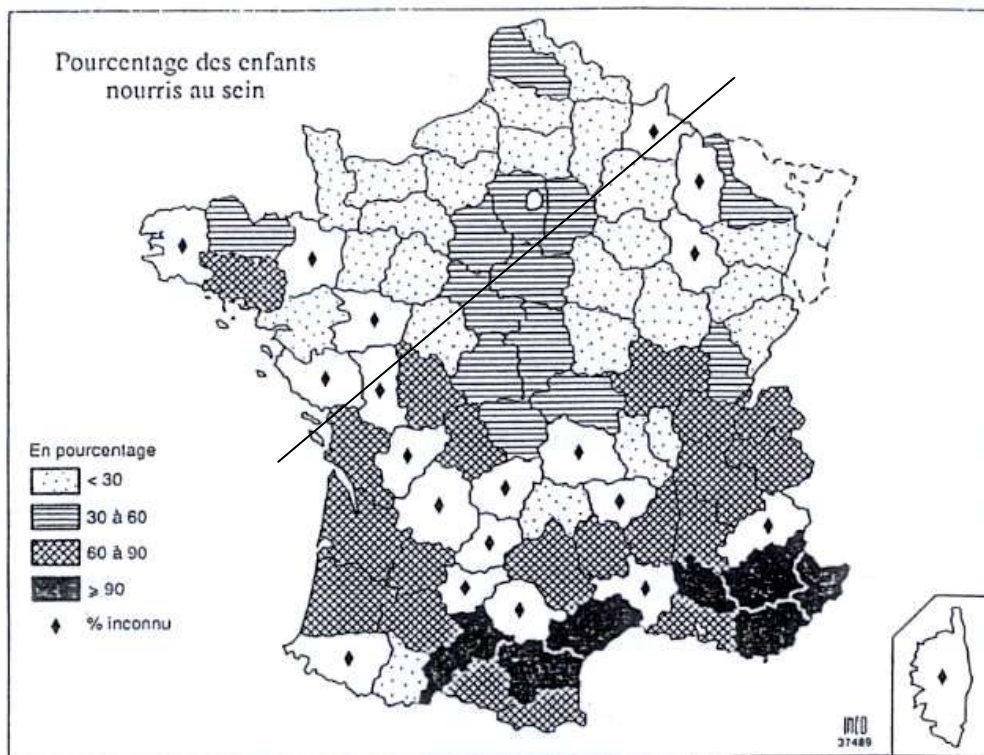
1.2. De nos jours : Une histoire sociologique ?

On constate depuis longtemps que l'histoire de l'allaitement maternel en France est profondément marquée par les mœurs de la société. Au XVII^{ème} siècle, le recours aux nourrices chez les familles de haute société est la norme. Cela se diffuse dans toutes les couches de la société au XIX^{ème} siècle avec l'industrialisation. Ce n'est qu'après la Première Guerre Mondiale que ce comportement typiquement français change, et que les mères reprennent l'initiative d'allaiter leur enfant au sein ou au biberon. Le mode d'alimentation par le biberon est alors très apprécié par la société française et a succédé aux nourrices avec un succès considérable dans tous les milieux sociaux. En effet, le phénomène des nourrices aurait eu pour conséquence de donner une image dévalorisée de l'allaitement, car il était lié à son activité mercenaire et associé à des taux de mortalité importants [18]. De plus, les femmes entrent dans le monde du travail et il est alors difficile de concilier allaitement et carrière professionnelle. Ainsi, le début du XX^{ème} siècle s'est traduit par un désintérêt de l'allaitement maternel. La médiatisation et le développement industriel de lait en poudre dans les pays développés, ont sûrement favorisé ce déclin, car les mères pensent alors acquérir une garantie

de santé pour leur enfant par ces « laits infantiles ». On observe parallèlement, au cours des années 1950, l'hospitalisation croissante des mères lors de l'accouchement, avec une séparation du nouveau-né de sa mère ne facilitant pas l'allaitement. De plus, les professionnels de la santé semblent alors indifférents vis-à-vis de l'allaitement maternel, et privilégie l'organisation des soins par la prise de biberons.

Les mœurs concernant l'alimentation du nouveau-né sont aussi géographiquement marqués. Il existe de fortes disparités régionales sur la mise en place et la durée de l'allaitement maternel. Cette répartition géographique n'est pas récente. Déjà à la fin du XIX^{ème} siècle, on notait un taux d'allaitement plus faible dans le Nord et l'Ouest : l'usage déjà répandu de lait de vache chez le nourrisson en Normandie et dans les villes industrielles du Nord, était une pratique ancienne et bien connue des contemporains : en 1865 dans le Calvados, un tiers des nouveau-nés étaient nourris au biberon ; à Lille en 1877, 50% des mères seulement allaitaient leur enfant [74]. Ces mères sont souvent des « nourrices sur lieux » devant quitter leur foyer pour travailler dans les familles (figure 1).

Figure 1 : Taux d'allaitement des enfants nourris au sein en 1890



Carte 1. - Mode d'allaitement des enfants en nourrice en 1890

(Sources : Histoire de la petite enfance sous la III^e République, ROLLET C. INED-PUD 1990)

On assiste dans les années 1970, au rejet du modèle de la femme allaitante par le féminisme : certaines militantes critiquaient toute forme de maternage et il était alors honteux et ridicule d'allaiter. En prônant l'autonomie de la femme, on renvoie une image négative de la femme allaitante, et cela s'associe à la volonté de partage des tâches égalitaires au sein du couple. Traditionnellement les jeunes mères trouvaient les conseils nécessaires pour mener à bien leur allaitement auprès de leur mère. Mais les familles se sont donc éclatées, ne regroupant plus toutes les générations, et le soutien familial qui pouvait entourer, soutenir, apprendre n'existe plus. Ce phénomène a donc aussi probablement contribué à la décroissance de l'allaitement maternel [48]. De nos jours, certaines femmes ont peu d'images et de modèles de femmes allaitantes.

Parallèlement, la société est de plus en plus tournée vers l'écologisme, qui prône le retour à la nature, au naturel, pour échapper aux méthodes industrialisées : on réintroduit les notions de bien-être et de plaisir.

1.3. Pourquoi choisir l'allaitement maternel aujourd'hui ?

Depuis quelques années, avec la promotion de l'allaitement, le taux d'allaitement augmente à nouveau et ce sont les femmes de classe sociale élevée qui allaitent le plus en maternité [14]. L'allaitement maternel n'est donc pas également répandu selon les catégories sociales et on assiste à un apparent paradoxe : ce sont les femmes les plus diplômées et les plus aisées qui allaitent le plus, alors qu'on pourrait penser que ce sont elles qui en ont le moins besoin économiquement. Certains auteurs expliquent cela par le fait que les femmes de classe sociale élevée auraient plus d'informations sur les effets bénéfiques de l'allaitement maternel et sauraient mieux chercher l'aide nécessaire pour surmonter les difficultés d'allaitement au sein [59]. Mais ce phénomène semble plus complexe. Une enquête de l'anthropologue et médecin de santé publique, Bernadette Tillard, dans la population d'un quartier défavorisé de Lille, montre que les raisons invoquées du non-allaitement dans ces milieux, sont plus profonds : la « gratuité » du lait maternel n'était pas un argument pour allaiter, bien au contraire. Perçu comme un « mode d'allaitement incertain », l'allaitement ne permettrait pas de « préparer l'évènement » par « l'achat d'objet appropriés (biberon, stérilisateur, chauffe biberon) ». L'allaitement est donc mal perçu par ces familles qui souhaitent « le mieux » pour leurs enfants, même au prix de sacrifices financiers [54]. Le biberon est pour beaucoup la manière moderne de nourrir l'enfant. Ainsi pour bien des parents, l'aspect culturel est souvent plus important que l'aspect purement nutritionnel.

Une étude réalisée à Toulouse en 2001, a tenté de d'évaluer l'opinion publique française face à l'allaitement maternel. Les résultats de cette étude montraient un impact fort des normes culturelles dans le choix de l'allaitement. Les critères retrouvés pour l'allaitement maternel étaient de perpétuer le rôle de mère, de prévenir les risques pour la santé, et parce que l'allaitement maternel leur a été recommandé par des avis extérieurs. Puis en second lieu, étaient cités les avantages physiologiques pour l'enfant, les sensations agréables et autres bénéfices que peuvent procurer l'allaitement. Les points négatifs étaient le manque de soutien extérieur, le manque de confiance dans la capacité à allaiter, les aspects pratiques de l'allaitement artificiel et les raisons médicales en dernier lieu [47].

En 1972, le taux d'initiation de l'allaitement en France est tombé très bas (37%) [49]. Les mères considéraient alors cette pratique comme astreignante et démodée. Aujourd'hui, on atteint un taux de 63%. Ainsi, le taux d'initiation à l'allaitement augmente progressivement mais sa durée augmente plus difficilement.

2. Epidémiologie de l'allaitement maternel

2.1. En France

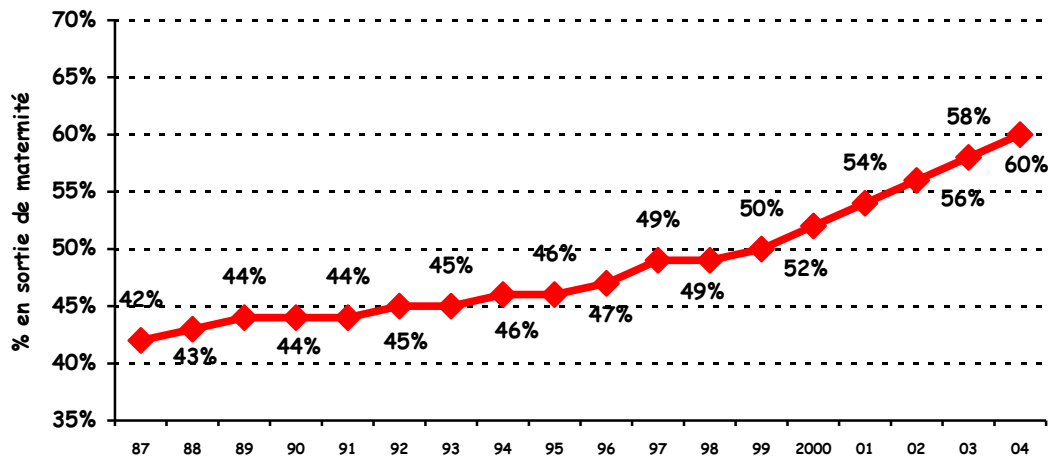
2.1.1 Initiation de l'allaitement à la maternité

Après une diminution très importante de l'allaitement maternel avec l'apparition des substituts de lait artificiel, la proportion de nouveau-nés allaités dans les maternités françaises augmente régulièrement depuis les années 1970. Le taux d'allaitement en période néonatale était de 37% en 1972, 46% en 1976 [49] et 54% en 1981, puis celui-ci stagne à 52% en 1995 [14] et 53% en 1998. On observe par la suite une nouvelle ascension qui atteint lors de la dernière enquête nationale, un taux de 63% en 2003 [4].

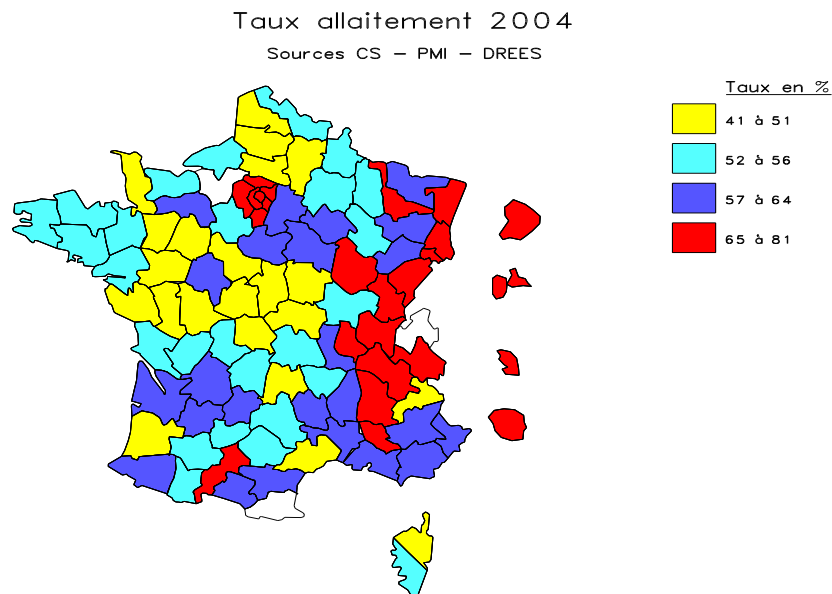
Nous avons peu de données nationales. Les chiffres « officiels » sur les taux d'allaitement sont issus des enquêtes périnatales, ou se basent depuis 1998 sur les données des certificats de santé « du huitième jour ». Les derniers chiffres datant de 2003 montrent que plus d'une femme sur deux a donné exclusivement le sein à la sortie de la maternité (56,5%) [5].

Figure 2 : Evolution des taux d'allaitement exclusif à la sortie de la maternité

(Sources DRESS – C8 – PMI)



On observe toujours de fortes disparités régionales et départementales, et celles-ci évoluent de façon similaire (figure 3). En 2003, l'allaitement maternel (exclusif et partiel) est plus fréquent en Île-de-France (80%) alors que le taux le plus bas est dans la région Nord-Pas-de-Calais (52%). L'Ouest de la France comprenant les Pays de la Loire, fait partie des régions où le taux d'initiation à l'allaitement est l'un des plus faibles (55%)[5].

Figure 3 : Taux d'allaitement à la sortie de la maternité dans les départements en France (2004). (Source DREES)

Cette carte (figure 3) montre la répartition géographique inégale en France : les taux d'allaitement sont plus élevés dans l'Est et le Sud de la France, ainsi qu'en région parisienne, tandis que le Nord et l'Ouest ont des taux plus faibles.

Dans les Pays de la Loire, les taux d'initiation à l'allaitement maternel augmentent lentement : 51,2% en 2005, 53,7% en 2006 et 55,8% en 2007 [76].

En France, le taux d'allaitement est plus élevé dans les maternités faisant plus de 1000 accouchements par an et chez les femmes d'origine étrangères [6].

2.1.2 Durée de l'allaitement

Peu d'études s'intéressent à la durée de l'allaitement.

L'Inserm avait montré que la durée médiane de l'allaitement en France, dans le milieu des années 1990 était de huit semaines [39], alors que d'autres français observaient une durée plus longue de dix semaines [7].

Depuis 1998, le certificat de santé dit « du neuvième mois », rempli par le médecin lors de la visite obligatoire au neuvième mois de l'enfant, contient une question concernant la durée de l'allaitement. Cependant, cet item est souvent mal renseigné et donc peu exploité au niveau des régions et encore moins au niveau national.

Devant le manque de données officielles, l'association « La Leche League France » a commandé en 2002 une enquête auprès de l'Institut des Mamans [71]. 1117 mères ont répondu au sondage par Internet. Les résultats présentent donc un biais épidémiologique non négligeable dans le recrutement, mais les données peuvent être interprétées comme indicateur de tendance : 60,3% étaient encore allaités à 3 mois contre 37,6% en 1999. La répartition géographique restait toujours très inégale ; on notait une progression dans tous les départements entre 1998 et 2000, le taux d'allaitement étant plus faible dans le Nord et dans l'Ouest. Cette courbe est plus optimiste que les données de l'INSERM qui montraient que 50% des bébés allaités étaient sevrés à huit semaines et 70% à douze semaines [39].

Dans les Pays-de-la-Loire, une enquête prospective réalisée dans les années 1990 à la maternité de Saint-Nazaire, a évalué une durée d'allaitement de 10 semaines [7].

L'enquête réalisée par le Réseau « Sécurité Naissance-Naitre Ensemble » des Pays-de-la-Loire en 2006 sur le sevrage au cours du premier mois, a montré un taux d'arrêt à un mois de 10% [80].

2.2. En Europe et dans le monde

Les recommandations de l'OMS sont plus ou moins suivies en Europe, et les programmes de promotion de l'allaitement sont variables selon les pays [12]. Dans les années 2000, l'allaitement exclusif à la sortie de la maternité variait de 36 à 95%. Les pays du Nord tel que le Danemark, la Norvège, ou la Suède montrent un taux d'initiation à l'allaitement supérieur à 98% et un taux d'allaitement à six mois supérieur à 50% [12]. On note que la France et l'Irlande, qui ont les taux d'allaitement maternel les plus faibles d'Europe, sont de gros producteurs mondiaux de lait infantile.

Une étude comparant les résultats publiés au niveau international, a révélé des différences de taux selon les pays : l'Europe et l'Australie ont montré une élévation des taux d'initiation et de durée d'allaitement chez les enfants à terme plus importante que ceux du Canada et des Nations-Unies [11].

DEUXIEME PARTIE : L'étude (Population, méthode, résultats)

Notre étude a pour objectifs :

- de connaître les facteurs liés à la durée de l'allaitement maternel
- de comprendre ces facteurs selon les caractéristiques des mères, des familles, des enfants et selon l'offre d'aide des professionnels
- de proposer des actions de prévention permettant une durée d'allaitement plus longue selon les désirs des mères et des couples dans le respect de leurs attentes.

1. Population de l'étude

L'étude, initiée par le Réseau « Sécurité Naissance-Naitre ensemble » des Pays-de-la-Loire, a été proposée aux 24 maternités faisant partie du Réseau. Quinze maternités se sont portées volontaires pour y participer. L'étude a débuté entre le 2 avril 2007 et jusqu'à début juin 2007, et le suivi s'est déroulé jusqu'au 20 février 2008, selon les maternités. Il a été proposé à chaque maternité d'inclure 10 à 20 mères allaitantes. Deux méthodes étaient proposées pour inclure les mères. Soit la maternité choisissait d'inclure, à partir de la date d'inclusion du 16 avril 2007, 10 à 20 mères allaitantes ayant accouché « à la suite » sans choisir, et après avoir obtenu leur accord. Sinon, la maternité choisissait d'inclure, à partir de la date d'inclusion du 2 avril 2007, une femme allaitante sur cinq en s'aidant du cahier d'accouchement. Si une femme refusait, ou si elle n'allaitait pas, il suffisait de prendre celle d'après. Le seul critère d'exclusion était les mères séparées de leur enfant au cours du séjour à la maternité. De même, les mères ayant arrêté leur allaitement au cours du séjour à la maternité et celles qui n'ont jamais répondu au téléphone les mois suivants n'ont pas été retenues dans l'étude. Ainsi, l'étude a été proposée à 245 couples mère-enfants au cours du séjour en maternité, et parmi eux, 239 couples ont donné suite les mois suivants.

2. Méthode

2.1. Les supports de l'étude

L'étude a été réalisée sous forme d'une enquête prospective de cohorte, comprenant jusqu'à trois types de questionnaire réalisé par l'équipe de la commission allaitement du Réseau « Sécurité Naissance – Naître Ensemble » des Pays de la Loire (cf annexes).

Un premier questionnaire était rempli par les mères à la sortie de la maternité (avec ou sans aide des professionnels). Il était divisé en quatre parties :

- 1^{ère} partie : les caractéristiques générales des parents, les données de la grossesse et de l'accouchement.
- 2^e partie : le nouveau-né à la naissance
- 3^e partie : le séjour à la maternité
- 4^e partie : la sortie

Ce questionnaire s'est inspiré de celui qui avait été utilisé pour l'étude menée par le RSN sur l'arrêt précoce de l'allaitement en 2006.

Un deuxième questionnaire était rempli au cours d'un entretien téléphonique par un professionnel de maternité au cours du premier mois, puis du deuxième mois, puis du troisième mois, et enfin du sixième mois. Ce questionnaire permettait de préciser le déroulement de l'allaitement depuis la sortie de la maternité ou depuis le dernier entretien téléphonique, en s'appuyant surtout sur les difficultés d'allaitement rencontrées.

Si la mère avait arrêté durant le mois passé, ce questionnaire était rempli et suivi du dernier questionnaire concernant le sevrage, puis le suivi téléphonique était interrompu.

Le dernier questionnaire n'était rempli que lorsque la maman avait complètement arrêté son allaitement. Il permettait de préciser les raisons de l'arrêt de l'allaitement.

Une fois l'enquête terminée, chaque maternité a retourné les questionnaires remplis au Réseau « Sécurité Naissance - Naître Ensemble ».

2.2. Saisie et analyse des données

Le logiciel EPIDATA a été utilisé : EPIDATA ENTRY pour la saisie des questionnaires et EPIDATA ANALYSIS 2 pour l'exploitation des données.

- **Méthodes statistiques**

Les variables qualitatives sont décrites avec des pourcentages. Les variables quantitatives sont décrites avec des moyennes et un écart-type.

Pour la comparaison, les tests sont effectués avec un seuil de décision de $p < 0,05$. Ainsi, lorsqu'une différence entre deux variables est notée comme étant statistiquement significative, $p < 0,05$ signifie qu'il existe un risque inférieur à 5% de se tromper en affirmant cette différence.

Les pourcentages sont comparés avec la méthode du χ^2 . Les moyennes sont comparées par le test t de Student ou le test de Mann-Whitney pour comparer deux moyennes, ou une ANOVA ou le test de Kruskal-Wallis pour plus de deux moyennes. Le logiciel EPIDATA Analysis 2.0 a été utilisé.

En raison de données censurées (perdus de vue ou arrêt de l'enquête à 6 mois), une méthode dite « de survie » a été employée avec la méthode de Kaplan-Meier. L'événement concerne l'arrêt de l'allaitement, et la durée est en semaines par rapport à la naissance. Le test de comparaison est le logrank au seuil de $p < 0,05$. Un risque relatif¹ (*hazard ratio*) a été déterminé pour quantifier le risque de sevrage selon la méthode citée dans « Statistics with confidence » (DG Altman et al. BMJ Books 2000). En raison du lien entre les variables, une analyse avec modèle de Cox a été effectuée en modèle complet et en pas-à-pas ascendant ; les variables introduites dans le modèle étaient les variables qui étaient significatives à $p < 0,10$ en ajustant sur des variables importantes même non significatives (comme le poids de naissance). Le logiciel SPSS 17.0 a été utilisé.

¹ Le calcul du risque relatif (*Hazard ratio*) est le suivant $RR = \exp\left(\frac{O_i - E_i}{V}\right)$ avec $V = \sum \frac{n_i r_i d_i (n - d_i)}{n^2 (n - 1)}$

pour lequel O_i est le nombre observé d'arrêt, E_i le nombre attendu, r_i le nombre de sujets allaitant, d_i le nombre d'arrêt pour chaque période de temps.

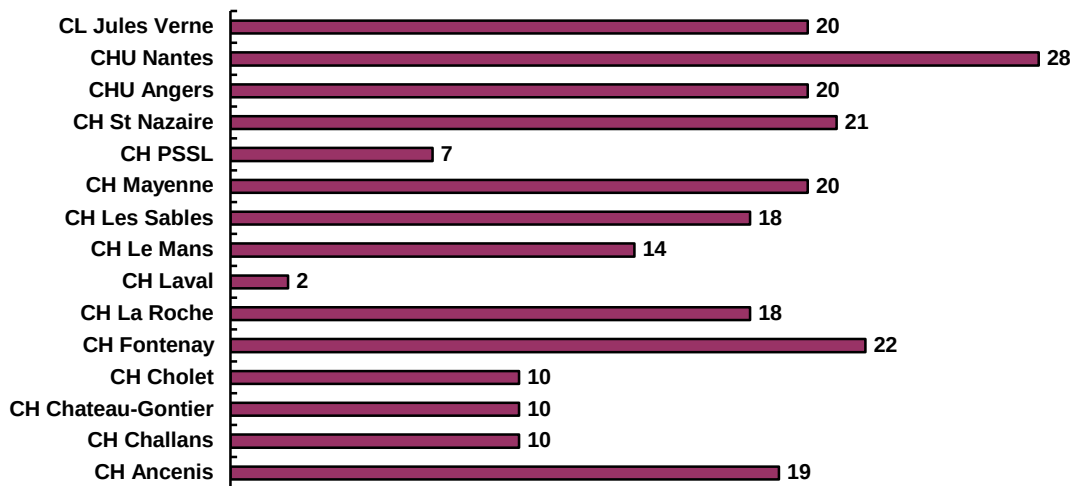
3. Résultats

Les résultats de l'étude portent sur 239 femmes. Toutes les femmes n'ont pas répondu à toutes les questions, ce qui peut parfois expliquer certaines différences au niveau des effectifs totaux.

3.1. Description de la population

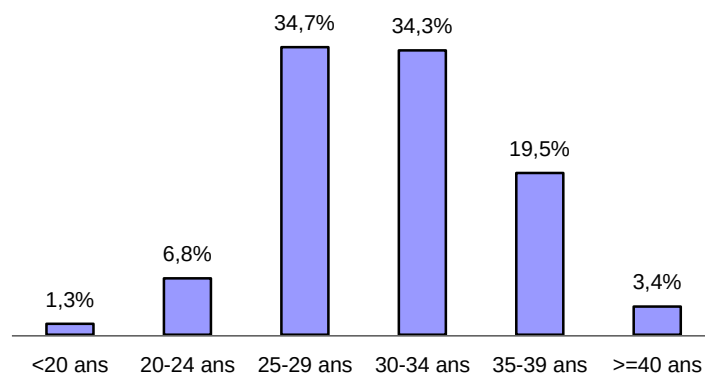
Notre population a été issue de quinze maternités, avec en moyenne 16 inclusions par maternité (figure 4).

Figure 4 : Nombre d'inclusion selon la maternité



- Âge maternel et profession des parents

Figure 5 : Répartition des femmes selon l'âge maternel



L'âge moyen des mères est de 30,8 ans $\pm$ 4,9 ans (valeurs extrêmes : 16 – 45 ans).

La catégorie socioprofessionnelle des mères et des pères est regroupée dans le tableau I.

Tableau I : Activité professionnelle des parents

Activité professionnelle	Mère	Père
Cadre	18,1%	18%
Profession intermédiaire	12,7%	13,7%
Agriculteur-trice	0,4%	3,8%
Artisan, commerçant	2,5%	7,7%
Employé(e)	43,5%	34,6%
Ouvrier(e)	3,8%	15%
Sans profession	9,7%	1,7%
Autres	9,3%	5,5%

Lorsque l'on regroupe la profession des pères et des mères en deux catégories, cadre/profession intermédiaire et autres professions, on retrouve 42% des couples dans la catégorie cadre/profession intermédiaire et 58% dans la catégorie des autres professions et sans profession. 74% des mères avaient un emploi.

- Antécédents

Près de 2% des femmes ont eu une chirurgie des seins (réduction mammaire ou plastie).

8% des mères étaient obèses avant la grossesse, tandis que 8% étaient trop maigres.

39% des femmes et 28% des hommes ont été allaité par leur mères.

41% des femmes étaient primipares. Parmi les multipares, 86% ont déjà allaité et 66% ont vécu cette expérience antérieure comme un succès.

- Grossesse et projet d'allaitement maternel

73% des femmes ont suivi des cours de préparation à l'accouchement.

73% des femmes interrogées a fait le choix du mode d'allaitement avant la grossesse tandis que les autres ont fait le choix pendant la grossesse ou à la naissance de l'enfant.

11% des femmes n'ont pas prévu de durée d'allaitement, ou du moins « le plus longtemps possible ». Parmi celles qui ont établi un projet, la durée d'allaitement moyenne prévue était de 17 semaines (extrêmes : 4 - 130 semaines).

3.2. Description du séjour à la maternité

239 mères ont répondu au questionnaire à la maternité.

- La naissance

68% des accouchements se sont déroulés sous anesthésie péridurale, 27% ont nécessité une épisiotomie et 11% une extraction instrumentale. 14% des femmes ont eu une césarienne. 53% des nouveau-nés étaient de sexe masculin et 47% de sexe féminin.

L'âge gestationnel moyen était d'environ 40 semaines d'aménorrhées $\pm$ une semaine (extrêmes : 34,7 – 41,9 semaines). La médiane était d'environ 40 semaines d'aménorrhées. 2% des nouveau-nés sont nés prématurément et 13% après terme.

La moyenne des poids de naissance était de 3373 grammes $\pm$ 381 grammes (2390 – 4510 grammes), la médiane 3348 grammes. Trois nouveau-nés avaient un poids inférieur ou égal à 2500 grammes (1,3%). 16% des nouveau-nés pesaient moins de trois kilogrammes à la naissance.

- L'accueil du nouveau-né en salle de naissance

87% des nouveau-nés ont été mis en peau à peau dès la salle de naissance pendant au moins une heure, 87% ont été mis au sein en salle de naissance et 82% ont tété dans les deux premières heures de vie.

- Le séjour à la maternité

64% des mères ont gardé leur bébé dans leur chambre jour et nuit, 36% la journée mais pas toutes les nuits. Parmi ces bébés, 89% ont été ramenés à leur mère à chaque tétée.

19% des nourrissons ont reçu au moins un complément de lait, d'eau ou de lait maternel. 13% des nouveau-nés ont eu une sucette durant le séjour à la maternité.

Parmi les difficultés rencontrées, 38% des mères se sont plaintes de crevasses et 82% de douleurs au cours des tétées. 10% des mères ont eu recours au tire-lait, 19% aux bouts de sein et 19% aux coquilles. 89% des femmes ont fait appel à l'aide des professionnels au cours du séjour à la maternité (ou n'ont pas su dire).

La durée du séjour en maternité a été en moyenne de 4 à 5 jours (extrêmes : 1 à 10 jours).

Durant le séjour, 10% des nourrissons ont atteint une perte de poids inférieur ou égale à 10% de leur poids de naissance. En moyenne, les enfants sont sortis avec un poids légèrement inférieur à leur poids de naissance, avec une moyenne d'un poids inférieur à 3% de leur poids de naissance, soit 121 grammes. Cinq nourrissons sont sortis avec un poids de naissance inférieur ou égal à 10% de leur poids de naissance.

76% des femmes ont déclaré avoir toujours ou souvent confiance en elles. 91% des femmes ont jugé que l'allaitement s'était bien passé, 8% que l'allaitement ne s'était pas bien passé, et 1% n'ont pas su dire. 24% des femmes ont considéré l'allaitement comme un plaisir sans contrainte, 73% comme un plaisir avec quelques contraintes, et 3% n'ont pas considéré l'allaitement comme un plaisir ou n'ont pas su dire.

- La sortie

Pour la sortie, 81% des mères ont reçu des conseils et des adresses pour le retour au domicile, 16% seulement des conseils, 1% seulement des adresses et 2% aucun de ces éléments. 58% ont reçu les trois plaquettes du « Réseau Sécurité – Naître Ensemble ». La majorité des mères, soit 55%, est sortie avec une ordonnance de contraception de micro-pilule et 11% avec une pilule œstroprogestative. 16% ont décidé d'utiliser les préservatifs, et 12% sont sorties sans mode de contraception. Seules quatre mères (2%) ont choisi la méthode MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée) et 4% sont non renseignées.

3.3. Description de l'allaitement au cours des mois suivants

Le tableau II regroupe l'ensemble des réponses des questionnaires au premier, au deuxième, au troisième puis au sixième mois. Nous rappelons que lorsqu'une mère avait arrêté l'allaitement durant le mois passé, le questionnaire était rempli mais qu'ensuite le suivi était interrompu. Et si la mère ne répondait pas à l'appel téléphonique, elle était recontactée le mois suivant et réintroduite dans le suivi si elle répondait. Ainsi 220 mères ont répondu au questionnaire du premier mois, 179 au deuxième mois, 130 au troisième mois et enfin 86 au sixième mois. Les pourcentages sont établis par rapport au nombre *n* de mères à chaque mois.

Tableau II : Description des variables au cours des mois suivants la naissance

	1 mois	2 mois	3 mois	De 3 à 6 mois
Nombre de mères susceptibles d'allaiter en début de période* (n)	220	179	130	86
Allaitement total (%)	90	82	80	51
Allaitement exclusif (%)	76	60	50	15
Allaitement partiel (%)	14	22	30	36
Arrêt de l'allaitement (%)	10	18	20	49
Intervalle entre les tétées				
Allaitement à la demande (%)	80	83	72	66
Horaires fixes pour les tétées (%)	3	7	9	24
Variable selon le jour ou le moment dans la journée (%)	18	10	19	10
La tétée				
Bonne succion (%)	89	94	94	95
Difficultés du bébé à téter (%)	18	12	8	8
Besoin de stimuler bébé (%)	18	4	4	3
Difficultés rencontrées				
Crevasse (%)	20	11	7	8
Douleurs au sein (%)	44	23	15	22
Sucette (%)	51	51	48	40
Besoin d'aide professionnelle (%)	38	28	23	25
Difficultés maternelles (%)	73	48	39	36
Difficultés pour leur bébé (%)	50	29	25	24
Aide positive de la famille et entourage (%)	63	55	52	52
Travail déjà repris (%)	1	4	21	40
Allaitement = plaisir (%)	96	98	99	100

* Les femmes ayant arrêté l'allaitement ne sont plus comptabilisées ensuite

Au cours de ces différents mois, certaines mères ont contacté un ou plusieurs professionnels pour leur bébé (tableau III).

Tableau III : Professionnels de santé contactés par les mères pour leurs nourrissons au cours des mois suivants

Professionnels de santé contactés (taux)*	1 mois	2 mois	3 mois	Entre 3 à 6 mois
Médecin généraliste (%)	65	60	58	43
Médecin PMI (%)	8	9	9	7
Pédiatre libéral (%)	20	22	22	17
Sage-femme libérale (%)	12	7	12	7
Puéricultrice PMI (%)	48	23	19	7
Association de soutien (%)	3	3	5	8
Total*	> 100 %	> 100 %	> 100 %	> 100 %

* Plusieurs professionnels pouvaient être contactés / période (% > 100 %)

3.4. Le sevrage

162 mères ont répondu au questionnaire sur le sevrage.

Parmi celles-ci, 84 mères ont contacté au moins un professionnel de santé au moment de l'arrêt de l'allaitement, soit 54%. Le tableau IV suivant montre l'ensemble des différents professionnels contactés (plusieurs réponses étaient possibles).

Tableau IV : Professionnels contactés au moment de l'arrêt de l'allaitement maternel

Professionnels	Nombre	Taux (/84)*
Médecin généraliste	46	55%
Pédiatre libéral	9	11%
Pédiatre hospitalier	2	2%
Sage-femme libérale	8	10%
Sage-femme hospitalière	2	2%
Sage-femme de PMI	1	1%
Puéricultrice hospitalière	2	2%
Puéricultrice de PMI	21	25%
Association d'aide à l'allaitement	2	2%
Autre personne (famille, pharmacien...)	5	6%

* Plusieurs professionnels pouvaient être contactés (% > 100 %)

Plus de la moitié des professionnels contactés sont des médecins généralistes, un quart des puéricultrices de PMI, 11% des pédiatres libéraux et 10% des sage-femmes libérales.

Le Tableau V rassemble les différentes décisions qui ont mené à l'arrêt de l'allaitement.

Tableau V : Décision d'arrêt de l'allaitement maternel

	Nombre de mères	Taux (%)
Souhait de la mère	124	77
Souhait du conjoint	3	2
Souhait des proches	2	1
Contre le souhait de la mère	33	20

La majorité des mères a pris de son plein gré la décision d'arrêter l'allaitement. L'ensemble des raisons invoquées pour l'arrêt de l'allaitement est récapitulé dans le tableau VI (plusieurs réponses possibles).

Tableau VI: Raisons invoquées pour l'arrêt de l'allaitement

	Nombre de mères	Taux (%)*
Projet personnel de la mère	33	20
Etat physique de l'enfant	29	18
Etat physique de la mère	62	38
Relation avec l'enfant	8	5
Demande du père	2	1
Reprise du travail	47	29
Conditions de travail	5	3
Raisons invoquées par un professionnel (courbe de poids non satisfaisante)	14	9
Autres raisons	36	22

* plusieurs réponses possibles (% > 100%)

Les raisons invoquées par ces 162 femmes pour l'arrêt de l'allaitement sont en lien avec l'état physique de la mère (38%), puis la reprise du travail (29%), puis pour d'autres raisons (22%). Les autres raisons mentionnées par les mères sont tout d'abord une baisse de la lactation, puis le refus du sein par le bébé, des tétées trop fréquentes ou des crevasses.

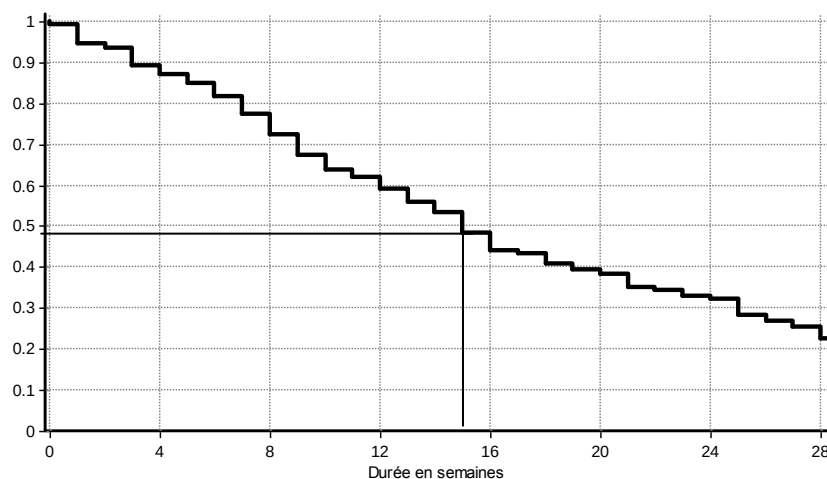
Lorsque les mères ont arrêté l'allaitement sur les conseils d'un professionnel, la principale raison évoquée est la courbe de poids insatisfaisante.

En faisant un récapitulatif à partir d'une autre question qui permettait d'énumérer l'ensemble de raisons, on constate que les raisons du sevrage ont été tout d'abord liées à une baisse de la lactation, puis à une fatigue maternelle, et enfin à la reprise du travail. Puis on retrouve le projet maternel et la courbe de poids insatisfaisante.

93% des mères ont considéré que le sevrage s'est passé comme prévu, 4% que les conseils des professionnels n'ont pas été adéquats et 3% que l'on ne les a pas assez soutenues pendant cette période. Cependant, 81% des mères pensent qu'elles allaiteront probablement leur prochain enfant, 8% qu'elles ne n'allaiteront certainement pas et 11% ne savent pas.

3.5. La durée de l'allaitement

Figure 6 : Courbe de probabilité d'allaitement en fonction du temps



* Le trait horizontal correspond à la médiane de probabilité d'allaitement qui est de 15 semaines

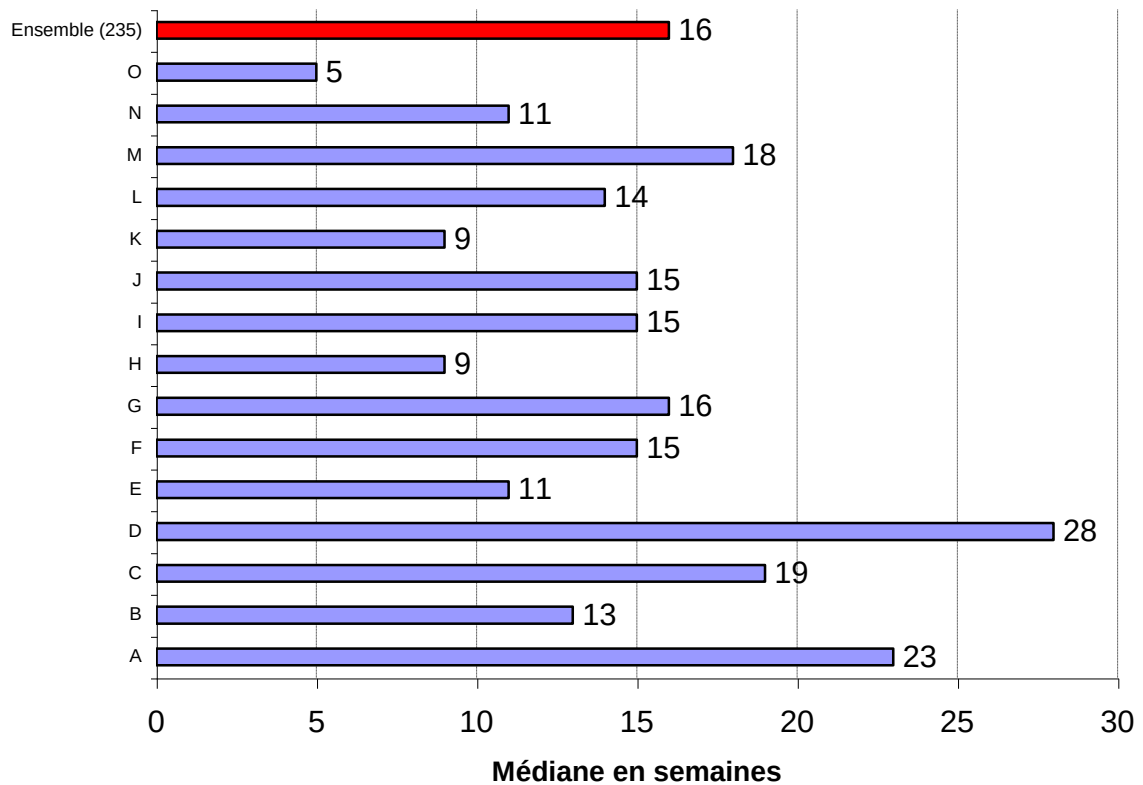
La figure 6 montre que :

- Le taux d'arrêt les quatre premières semaines est de 11 %.
- La médiane de survie est de 15 semaines.
- Le taux d'allaitement à 28 semaines (6 mois) est de 25 %.

Nous rappelons que la courbe de survie selon la méthode de Kaplan-Meier considère, pour les mères qui continuaient d'allaiter au sixième mois ou qui ont été perdues de vue auparavant, la date du dernier appel téléphonique comme date de « perdue de vue » (c'est-à-dire que les mères qui continuaient d'allaiter sont considérées comme « survivantes à l'allaitement » à la date du dernier appel) .

La durée médiane de l'allaitement est variable selon les maternités (figure 7).

Figure 7 : Médianes de durée d'allaitement selon la maternité (en semaines)



4. Influence des variables sur la durée de l'allaitement.

Si l'on étudie la corrélation entre les différentes variables issues des questionnaires et la durée de l'allaitement, on met en évidence que certaines sont significativement associées à la durée de l'allaitement maternel. Les analyses ont été portées sur chaque variable. L'ensemble des résultats est retranscrit dans les tableaux suivants, selon les différentes périodes.

Nous avons noté Non Significatif (NS) lorsque le p n'est pas significatif ($< 0,05$) et supérieur à 0,1. Le Risque Relatif est établi selon le risque de sevrage.

4.1. Variables présentes avant la naissance

Les variables regroupées dans le tableau VII sont la plupart préexistante à la grossesse.

Tableau VII : Influence des facteurs présents avant la naissance sur le sevrage

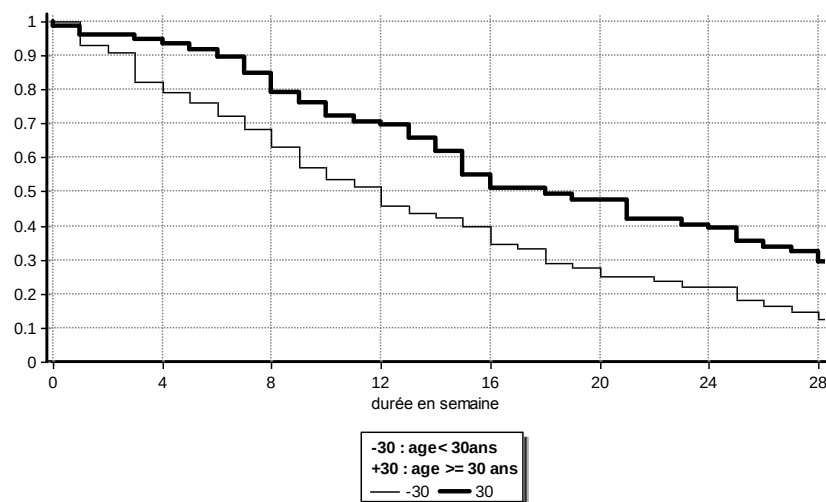
	% mères	Médiane de l'allaitement (semaines)	Différence (semaines)	Risque Relatif (sevrage)	p
Age mère : < 30 ans	43	12		1,85	
≥ 30ans	57	18	+6	1	0,0005
CSP (couple) : Cadre/Profession intermédiaire	42	16	+2	1	
Autres professions	58	14		1,45	0,023
Emploi mère : Oui	74	15		1,08	
Non	26	16	+1	1	NS
Travail à reprendre après congé maternité : Oui	61	15	+1	1	
Non	39	14		1,07	NS
IMC : ≤ 18,5 kg/m ²	8	23	+8	1	
> 18,5 kg/m ²	92	15		1,37	NS
IMC : < 30 kg/m ²	8	15	+4	1	
≥ 30 kg/m ²	92	11		2,04	0,036
Mère elle-même allaitée : Oui	39	16	+1	1	
Non	61	15		1,24	NS
Père lui-même allaité : Oui	28	17	+1	1	
Non	72	16		1,17	NS
Primipare	41	13		1,43	
Multipare	59	18	+5	1	0,037
Expérience multipare : Oui	86	20	+7	1	
Non	14	13		1,72	NS
Expérience multipare : Succès	66	21		1	
Echec	7	13		6,62	
Les 2	27	16		1,10	0,044
Moment : Avant grossesse	73	16	+ 6	1	
Pendant/fin grossesse	27	10		1,62	0,014
Temps prévu d'allaitement : < 12 semaines	23	8		5,89	
≥ 12 semaines	77	19	+11	1	<10⁻⁴
Prépa : Oui	73	16	+2	1	
Non	27	14		1,33	NS

D'après le tableau VII, on constate que de nombreux résultats sont significatifs. Les variables qui prolongent la durée de l'allaitement maternel sont :

- L'âge de la mère supérieure ou égale à 30 ans,
- Une profession intermédiaire ou cadre des couples,
- Les femmes non obèses ($IMC < 30 \text{ kg/m}^2$),
- Les mères multipares et l'expérience positive des multipares,
- Le choix précoce de l'allaitement,
- Le projet d'allaitement de longue durée.

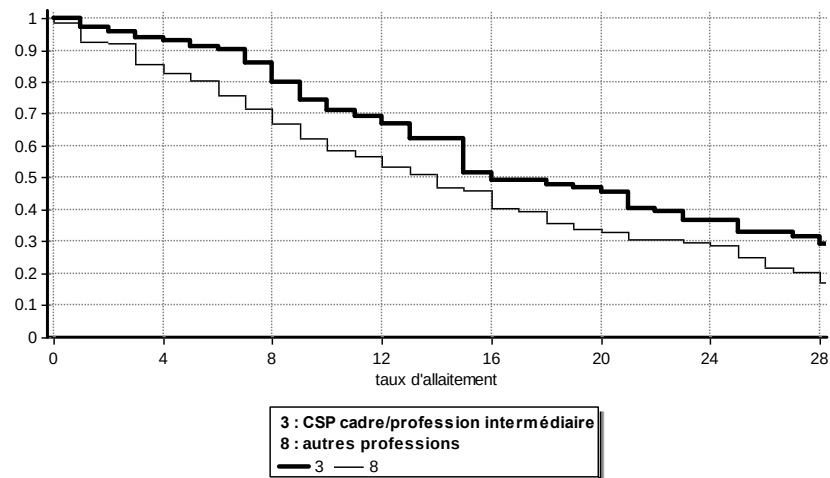
- Courbes de survie des variables les plus significatives

Figure 8 : Evolution de l'allaitement selon l'âge de la mère



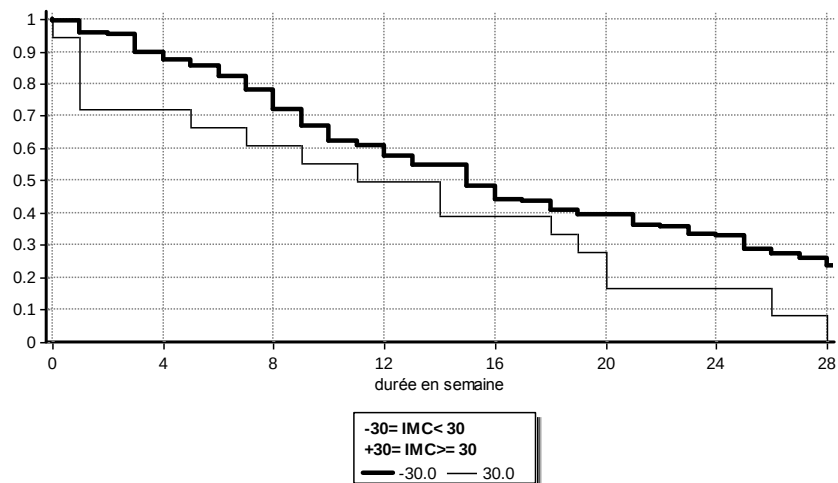
La figure 8 montre un écart important entre les deux courbes : les femmes âgées de trente ans ou plus sont plus nombreuses à allaiter de façon prolongée par rapport aux femmes âgées de moins de trente ans.

Figure 9 : Evolution de l'allaitement selon la catégorie socioprofessionnelle du couple



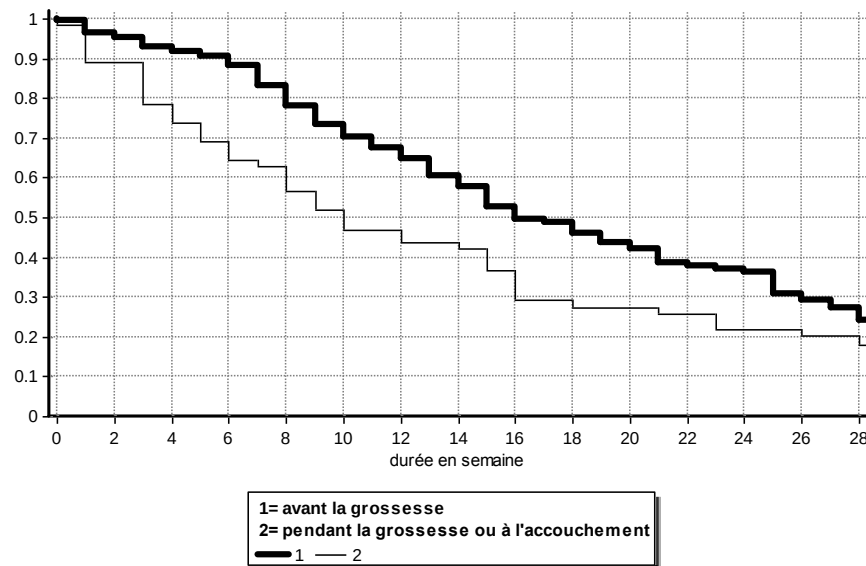
La figure 9 montre que les bébés issus de couples de catégories socioprofessionnelles (CSP) élevées ont plus de chance d'être allaités de façon prolongée.

Figure 10 : Evolution de la durée de l'allaitement en fonction de l'obésité maternelle



La figure 10 montre l'écart de taux entre la courbe des mères obèses et celle des mères non obèses face à la durée de l'allaitement.

Figure 11 : Evolution de la durée de l'allaitement en fonction du moment du choix de l'allaitement maternel



La figure 11 montre l'importance du choix précoce (avant la grossesse) dans la durée de l'allaitement.

4.2. Variables présentes au cours de l'accouchement et durant le séjour à la maternité

L'ensemble des données des tableaux VIII et IX est issu du questionnaire rempli à la maternité.

Tableau VIII : Influence des facteurs présents au cours de l'accouchement sur le sevrage

	% mères	Médiane de l'allaitement (semaines)	Différence (semaines)	Risque relatif (sevrage)	p
Anesthésie : Oui Non	68	15 16	+1	1,12 1	NS
Episiotomie : Oui Non	27	15 18	+4	1,14 1	NS
Ventouse : Oui Non	5	14 15	+1	1,25 1	NS
Forceps : Oui Non	6	11 15	+4	1,92 1	0,096
Césarienne : Oui Non	14	14 15	+1	1,67 1	0,054
AG : < 37 SA ≥ 37 SA	2	15 15		1,18 1	NS
PN : < 3000g ≥ 3000g	16	14 16	+2	1,59 1	0,065
Sexe : Masculin Féminin	53 47	16 14	+2	1 1,13	NS
Peau à peau (≥ 1H) : Oui Non	87	15 15		1 1,05	NS
Mise au sein après naissance : Oui Non	87	16 11	+5	1 1,29	NS
Tétée 2H après la naissance : Oui Non	82	16 11	+5	1 1,29	NS

Le tableau VIII montre qu'aucun des événements de la naissance n'est corrélé de manière significative à la durée de l'allaitement. La césarienne montre toutefois un risque relatif de sevrage plus précoce multiplié par 1,67 (p=0,054).

Tableau IX : Influence des facteurs durant le séjour à la maternité sur le sevrage

	% mères	Médiane de l'allaitement (semaines)	Différence (semaines)	Risque relatif (sevrage)	p
Garde bébé 24H/24 : Oui	64	16	+4	1	0,0062
Non	36	12		1,64	
Bébé ramené la nuit pour téter : Oui toujours	89	11		1,54	NS
Non / parfois	11	23	+12	1	
Intervalle entre tétées : < 6H	69	13		1,20	NS
Variable ou > 6H	31	19	+6	1	
Complément : Oui	19	12		1,59	0,045
Non	81	16	+4	1	
Sucette : Oui	13	16	+1	1,01	NS
Non		15		1	
Problème mamelon : Oui	23	18		1	NS
Non		15	-3	1,15	
Crevasse : Oui	38	15		1	NS
Non		15		1,09	
Douleur : Oui	82	15		1	NS
Non		15		1,23	
Utilisation tire-lait : Oui	10	12		2,40	0,0064
Non		16	+4	1	
Utilisation bouts de sein : Oui	19	9		2,27	0,006
Non		16	+7	1	
Utilisation coquilles : Oui	19	16	+1	1	NS
Non		15		1,28	
Perte poids bébé maximale : ≤ 10%	10	13		1,06	NS
> 10%		15	+2	1	
Stimulation pour commencer tétée : Oui		16	+4	1	0,098
Non	65	12		1,34	
Bébé tête de suite : Oui	78	15		1	NS
Non		15		1,16	
Bonne succion : Oui	85	16	+7	1	0,053
Non		9		1,59	

Tableau IX : Influence des facteurs durant le séjour à la maternité sur le sevrage (suite)

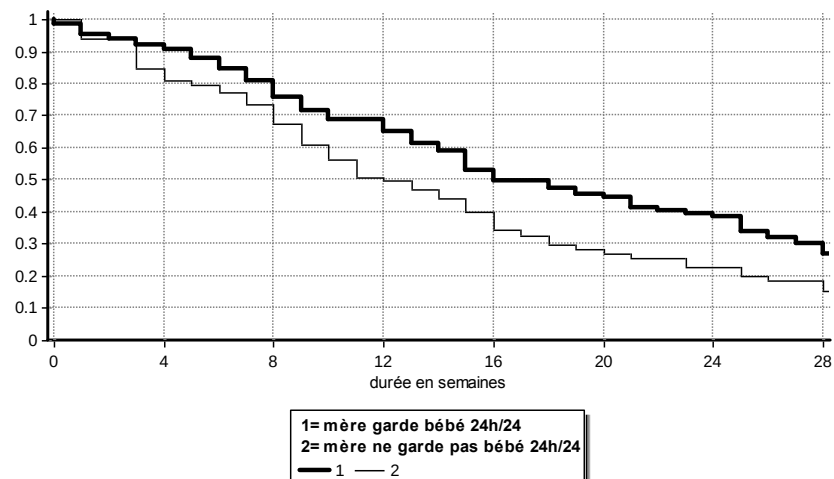
	% mères	Médiane de l'allaitement (semaines)	Différence (semaines)	Risque relatif (sevrage)	p
Difficultés du bébé à téter : Oui Non	60	13 18	+5	1,47 1	0,038
Besoin d'aide : Oui Non	89	15 21	+6	1,30 1	NS
Confiance : Oui (beaucoup, plutôt) Non / Ne sait pas	76	16 10	+6	1 1,52	0,045
Plaisir : Oui Non	97	15 8	+7	1 2,75	0,004
Séjour bien passé : Oui Non	91	16 12	+4	1 1,46	NS
Conseils et adresse : Oui Non	81	15 15	0	1,04 1	NS
3 plaquettes RSN : Oui Non	58	16 14	+2	1 1,38	0,068

Les variables issues du tableau IX, qui sont significativement associées à une prolongation de la durée de l'allaitement sont :

- La cohabitation mère/nouveau-né 24H/24,
- L'absence de compléments donné durant le séjour à la maternité,
- L'absence de difficultés à téter du nouveau-né,
- La non utilisation de tire-lait ou de bouts de sein,
- La confiance de la mère dans son allaitement et la notion de plaisir à allaiter.

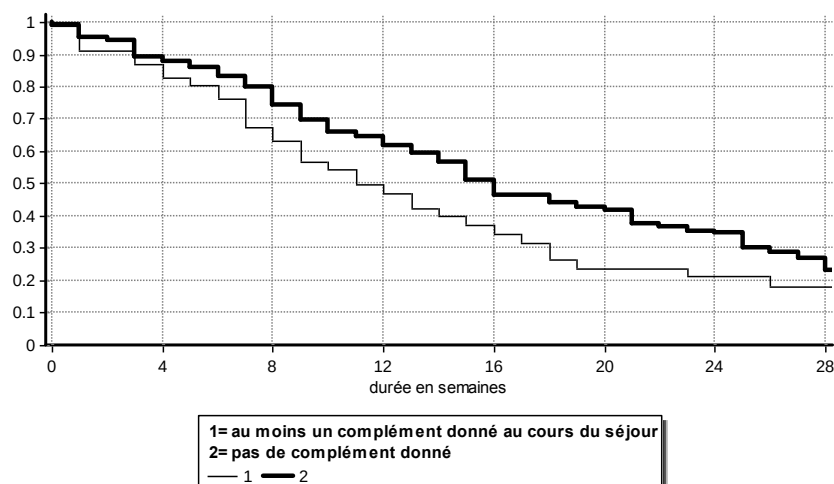
- Courbes de survie des variables les plus significatives

Figure 12 : Evolution de la durée de l'allaitement suivant la cohabitation mère-bébé à la maternité



La figure 12 montre la différence de durée d'allaitement, plus importante lorsque le nouveau-né reste 24 heures sur 24 auprès de sa mère.

Figure 13 : Evolution de la durée de l'allaitement suivant l'administration d'un complément à la maternité



La figure 13 met en évidence l'impact de l'administration d'un complément à la maternité sur la durée d'allaitement.

4.3. Variables présentes au cours des mois suivants la naissance

Tableau X : Influence des facteurs sur le sevrage au cours des mois suivants

Variables	1 ^{er} mois	2 ^{ème} mois	3 ^{ème} mois	De 3 à 6 mois
<i>Allaitement à la demande</i>				
p	0,096	NS	0,042	0,074
RR sevrage	0,66		0,53	0,36
<i>Complément</i>				
p	<10⁻⁴	<10⁻⁴	<10⁻⁴	0,099
RR sevrage	4,76	4,76	4,54	2,44
<i>Sucette</i>				
p	0,03	NS	0,043	NS
RR sevrage	1.47		1.69	
<i>Crevasse</i>				
p	NS	NS	NS	NS
RR sevrage				
<i>Douleur</i>				
p	NS	NS	NS	NS
RR sevrage				
<i>Bonne succion</i>				
p	0,0005	0,077	NS	0,0001
RR sevrage	0,31	0,43		
<i>Bébé a besoin d'être stimulé</i>				
p	0,0096	0,039	NS	0,0002
RR sevrage	1,93	4,58		
<i>Difficultés du bébé à téter</i>				
p	0,03	0,033	NS	NS
RR sevrage	1,76	2,04		
<i>Difficultés maternelles</i>				
p	NS	NS	NS	0,006
RR sevrage				
<i>Difficultés face au bébé</i>				
p	NS	0,09	NS	0,0006
RR sevrage		1,47		
<i>Aide positive de l'entourage</i>				
p	NS	0,01	NS	< 10⁻⁴
RR sevrage		0,61		
<i>Besoin d'aide</i>				
p	NS	0,075	NS	NS
RR sevrage		1,54		
<i>Plaisir</i>				
p	<10⁻⁴	<10⁻⁴	<10⁻⁴	NS
RR sevrage				

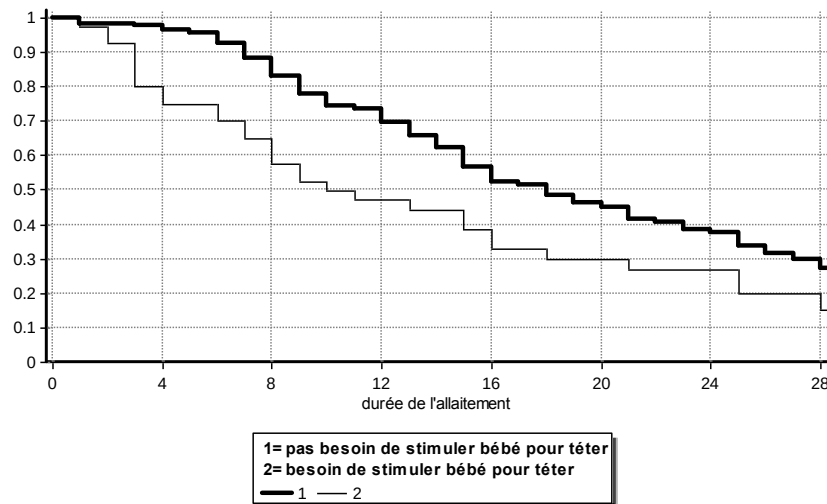
* RR : Risque relatif de sevrage → > 1 : augmente le taux de sevrage ; < 1 : diminue le taux sevrage

- Au premier mois

Les variables qui sont significativement associées à une durée d'allaitement prolongée sont :

- L'absence de compléments,
- L'absence d'utilisation de la sucette,
- La qualité de la tétée : la bonne succion au cours des tétées, le bébé n'a pas eu besoin d'être stimulé, l'absence de difficultés du bébé à téter,
- La notion de plaisir à allaiter.

Figure 14 : Evolution de la durée de l'allaitement suivant le besoin de stimuler le bébé au cours du premier mois



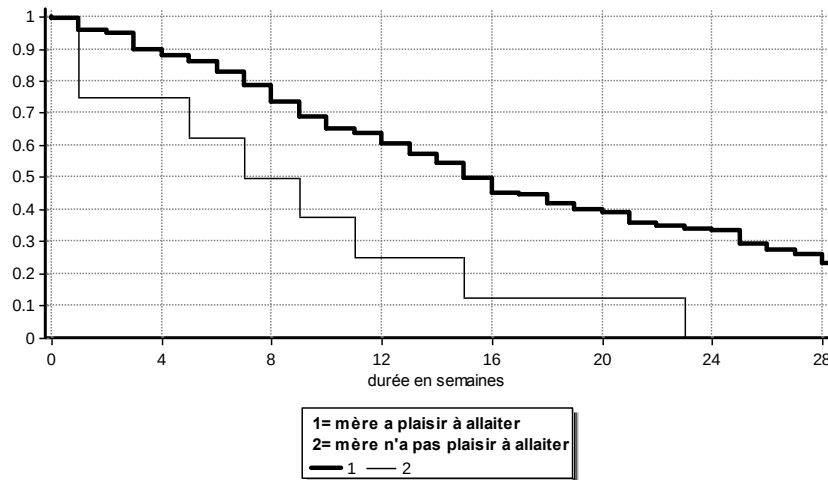
La figure 14 montre les différences de taux d'allaitement selon que le bébé a eu besoin d'être stimulé ou non l'enfant pour la tétée au cours du premier mois.

- Au deuxième mois

Les variables qui sont significativement associées à une durée d'allaitement prolongée sont :

- L'absence de complément,
- L'absence de difficultés du bébé à téter et le fait qu'il n'ait pas eu besoin d'être stimulé,
- Une aide positive de la part de l'entourage et de la famille,
- La notion de plaisir à allaiter.

Figure 15 : Evolution de la durée de l'allaitement suivant la notion de plaisir



La figure 15 montre l'écart de durée de l'allaitement selon que la mère considère l'allaitement comme un plaisir ou non.

- Au troisième mois

Les variables qui sont significativement associées à une durée d'allaitement prolongée sont :

- L'allaitement à la demande,
- La non utilisation de la sucette,
- L'absence de compléments,
- La notion de plaisir à allaiter : on note cependant qu'à ce stade de l'allaitement, seule une femme ne considérerait pas l'allaitement comme un plaisir.

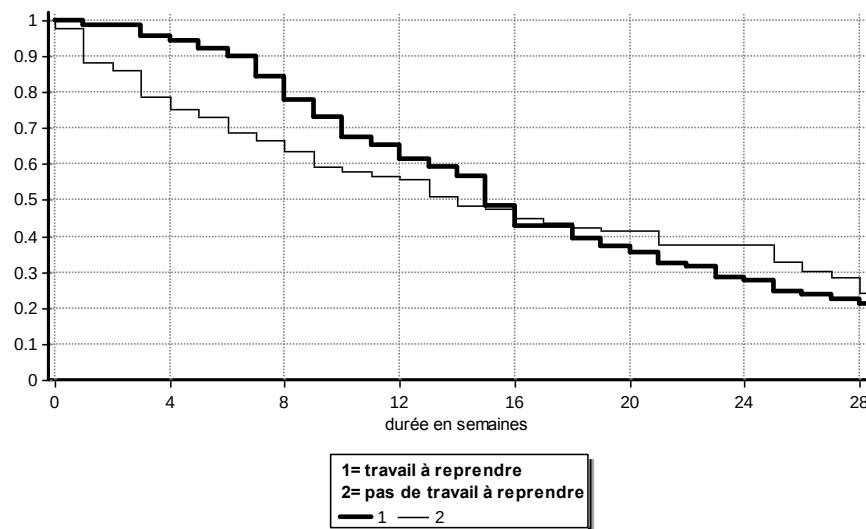
- Du troisième au sixième mois

Les variables qui sont significativement associées à une durée d'allaitement prolongée sont :

- Le bon comportement du bébé au cours des tétées : bonne succion et pas eu besoin d'être stimulé pour la tétée ; mais cela n'a concerné respectivement que cinq et deux bébés à ce stade de l'allaitement,
- L'absence de difficultés rencontrées par la mère quelles soit d'ordre personnel ou pour l'enfant,
- Une aide positive de la part de l'entourage et de la famille.

La reprise du travail n'est pas significativement associée à la durée de l'allaitement. Pourtant, on constate d'après la figure 16, que les femmes ayant un travail à reprendre sont plus nombreuses à allaiter au cours des 16 premières semaines mais qu'ensuite la tendance s'inverse.

Figure 16 : Evolution de l'allaitement en fonction du travail à reprendre



4.4. Analyse multivariée

Pour tenir compte des liens entre les variables - comme l'âge, la parité ou l'IMC, le moment de la décision et la catégorie professionnelle.... -, une analyse multivariée a été conduite en modèle de survie (modèle de Cox), en introduisant les variables significatives avec $p < 0,10$ et en tenant compte du poids de l'enfant (à la place de l'âge gestationnel qui lui est lié).

4.4.1 Variables présentes avant la naissance et au cours du séjour à la maternité

Les variables suivantes ont été introduites dans le modèle : la catégorie socioprofessionnelle du couple, la parité, l'expérience des multipares à l'allaitement de la mère, le complément, la confiance de la mère, la remise des plaquettes du RSN, les difficultés du bébé à téter à la maternité, la césarienne, le forceps, le poids de naissance et la notion de plaisir.

Tableau XI : Variables présentes avant la naissance et au cours du séjour à la maternité, et associées à une probabilité de sevrage en multivariée

Variables	RR	IC à 95 %	p
Age de la mère (par année)	0,93	0,89 – 0,97	0,001
Moment de la décision : Avant la grossesse	1		
Pendant la grossesse	1,63	1,08 – 2,46	0,019
Garde le bébé la nuit : Oui	1		
Non	1,46	1,01 – 2,09	0,044
IMC < 30 kg/m ²	1		
≥ 30 kg/m ²	1,93	1,02 – 3,66	0,043

Avant le retour à la maison, l'analyse multivariée (tableau XI) montre l'importance de certaines variables dans le prolongement de l'allaitement :

- L'âge de la mère supérieur ou égale à 30 ans,
- Le choix de l'allaitement avant la grossesse,
- Les mères non obèses (IMC < 30 kg/m²),
- Le nourrisson auprès de sa mère 24 heures sur 24.

4.4.2 Variables présentes avant la naissance et au cours du premier mois

Les variables suivantes ont été introduites dans le modèle : la parité, le moment du choix de l'allaitement, le fait de garder son bébé la nuit, la confiance de la mère, la remise des plaquettes du RSN, les difficultés du bébé à téter à la maternité, la qualité de la succion du bébé lors de la tétée, l'IMC ≥ 30 kg/m².

Tableau XII : Variables présentes avant la naissance et au cours du premier mois, et associées à une probabilité de sevrage en multivariée

Variables	RR	IC à 95 %	p
Age de la mère (par année)	0,93	0,89 – 0,97	0,001
CSP couple : Cadre/Professions intermédiaires	1		0,034
Autres professions	1,52	1,03 – 2,25	
Poids Naissance : < 3000g	1,01	0,99 – 1,00	0,042
≥ 3000g	1		
AM à la demande : Oui	1		
Non	1,7	1,09 – 2,68	0,02
Complément : Oui	3,16	1,96 – 5,10	< 10 ⁻³
Non	1		
Bébé a besoin de stimulation : Oui	1,89	1,13 – 3,15	0,014
Non	1		
Plaisir : Oui	1		
Non	13,06	5,45 – 31,28	< 10 ⁻³

Au cours du premier mois, l'analyse multivariée (tableau XII) met en avant l'importance de certaines variables dans le prolongement de l'allaitement :

- L'âge maternel supérieur ou égale à 30 ans,
- La catégorie socioprofessionnelle élevée du couple (profession intermédiaire ou cadre),
- Le poids de naissance supérieur ou égale à 3000 grammes,
- L'allaitement à la demande,
- L'usage de complément,
- Le bébé n'a pas besoin d'être stimuler pour téter,
- La notion de plaisir à allaiter.

TROISIEME PARTIE : Discussion

1. Notre étude

1.1. Synthèse de l'ensemble des résultats significatifs

Notre étude montre que la médiane de la durée de l'allaitement maternel est de 15 semaines (soit quatre mois et demi). Les facteurs influençant l'allaitement prolongé dépendent principalement de facteurs préexistants à la grossesse (tableau VII) : âge maternel, catégorie socioprofessionnelle, l'IMC, le choix précoce de l'alimentation du nourrisson, la multiparité... Durant le séjour à la maternité, l'impact des pratiques hospitalières paraît modéré sur la durée de l'allaitement et les facteurs influents semblent étroitement liés au comportement maternel (confiance, relation au bébé pour la cohabitation...). Au cours des mois suivants la naissance, on retrouve quelques variables qui ont une influence sur la durée de l'allaitement maternel, mais qui semblent plutôt le reflet des conséquences des pratiques antérieures et comportementales (plaisir, complément et sucette), aboutissant à des difficultés au cours des tétées (qualité de la tétée...).

Les analyses multivariées mettent bien en évidence que le profil initial de la mère joue un rôle déterminant dans la poursuite de l'allaitement maternel (âge, choix précoce de l'allaitement, IMC normal, catégorie socioprofessionnelle...) ainsi que le comportement global de la mère avec son bébé (cohabitation mère/nourrisson, allaitement à la demande, plaisir de l'allaitement...).

1.2. Les limites de l'étude

Les quinze maternités de niveaux divers (I, IIA, IIB ou III) étaient volontaires parmi les vingt-quatre du Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire. Il serait possible qu'à ces maternités portant un intérêt à l'allaitement maternel, correspondent des femmes allaitant plus longtemps (à vérifier). Ceci étant, la participation de maternités réparties sur toute la région a été plutôt un avantage.

Par ailleurs, les questionnaires laissent supposer une certaine subjectivité des réponses malgré la majorité des réponses binaires. En effet, si l'on prend comme exemple les questions portant sur la qualité de la succion, les réponses reflètent le jugement porté par les mères et non le point de vue d'un professionnel. Par ailleurs, certains appels n'ont pu être réalisés dans les délais requis (selon la date du mois) et ont été reportés le mois suivant.

2. Comparaison des résultats significatifs avec la littérature

2.1. Les facteurs sociologiques

- L'âge maternel

Notre étude montre des résultats très significatifs en fonction de l'âge maternel ($p = 0,0005$). L'âge maternel reste un critère important dans la littérature et est associé au choix de l'allaitement maternel ainsi qu'à sa durée dans les pays industrialisés : la plupart des études montre que les mères âgées (de plus de 25 ans) sont plus nombreuses à allaiter leur enfant au sein et souvent plus longtemps [6,39], et inversement [13,21,34,55].

On note cependant que l'âge du premier accouchement, est toujours en augmentation en France, et a atteint 28 ans en 2008 (INSEE) [69].

- Le niveau socioéconomique

La prévalence de la durée de l'allaitement augmente avec le niveau socioéconomique du couple en accord avec la littérature. Plus la mère a un niveau culturel élevé, plus elle a de chance d'allaiter et cela longtemps et inversement [6,9,21,23,29,34,39,52]. Un résultat similaire sur la profession du père de l'enfant a été observé [7].

- L'expérience de l'allaitement

Certaines études démontrent que le choix de l'allaitement maternel est souvent lié à la notion d'exemple, comme l'expérience maternelle et familiale qui favorise le choix de l'allaitement maternel et cela de façon prolongée (une mère ayant été allaitée ou ayant vu des mères allaitées) [9,32].

Nous ne retrouvons pas ce critère dans notre étude, mais nous remarquons que parmi les parents, seules 39 % des femmes et 28 % des hommes ont été allaités par leur mère : étant nés dans les années 1970-1980, cela représente bien une période où l'allaitement artificiel primait sur l'allaitement maternel (dans la région Pays de la Loire, le taux d'allaitement à la sortie de la maternité était d'environ 30 % [76]).

On peut donc se demander quels étaient les modèles de femmes allaitantes dans l'entourage de ces couples et les motivations de ces femmes pour allaiter leur enfant. Notre questionnaire ne permet pas d'élucider ces informations.

Des auteurs ont noté que le choix d'allaiter est souvent basé sur des motivations centrées sur l'enfant, alors que la décision de donner un lait industriel est prise sur des motivations centrées sur les parents [41]. Des études en France ont observé que les motivations retrouvées chez les femmes françaises pour choisir l'allaitement maternel sont les notions d'avantage physiologique du lait maternel, l'importance de la relation mère-enfant, et la notion de l'acte naturel de l'allaitement. A l'inverse, l'aspect pratique du biberon, la crainte des affections mammaires et la relation père-enfant sont souvent un frein au choix de l'allaitement maternel par rapport au biberon [22,57]. Une autre étude réalisée en Chine a identifié que les connaissances et les attitudes de la mère par rapport à l'allaitement, suivi du soutien du mari dans la démarche de l'allaitement sont importantes dans l'influence du choix de l'alimentation de l'enfant [31].

- Le moment de prise de décision

Plus le choix du mode d'allaitement a été pris tôt (avant la grossesse) plus les mères ont allaité longtemps ($p=0,014$). Comme cela a été observé dans la littérature, l'ancienneté de la décision d'allaiter est prédictive de la durée de l'allaitement [50,57] et inversement [20].

Une étude française a précisé que les femmes dont la décision d'allaiter avait été prise dès l'adolescence étaient plus nombreuses à poursuivre l'allaitement [21].

La décision et la poursuite de l'allaitement semblent relever d'une attitude générale de la mère comme en témoigne l'importance du choix précoce du mode d'alimentation. D'après certains auteurs, ce constat justifie les campagnes de promotion de l'allaitement visant à faire évoluer les représentations chez l'adolescent et l'adulte jeune, mais dont les effets ne pourraient être perceptibles qu'à long terme [10,32].

- Le projet de durée initiale d'allaitement

Notre étude montre que le projet de durée d'allaitement initialement prévu, est significativement corrélé à la durée réelle de l'allaitement : si le projet était inférieur à 12 semaines le risque d'arrêter l'allaitement plus tôt est multiplié par 5,9. De nombreuses études ont montré cette relation forte entre l'intention d'allaiter exprimée avant la naissance et la réalité de la durée de l'allaitement maternel : une intention initiale d'allaitement courte a un effet négatif sur l'allaitement exclusif [13] et est associé à un sevrage précoce [34,51,55].

Il paraît donc logique de tenir compte du projet d'allaitement initial. En effet, une durée d'allaitement courte peut correspondre à un arrêt d'allaitement précoce non souhaité

initialement, et peut alors être associé à un sentiment de déception voire d'échec. Cependant, cela peut aussi correspondre à l'aboutissement du projet initial.

Notre étude montre que 20% des mères ont arrêté l'allaitement contre leur volonté. On peut donc penser que ces mères n'ont pas satisfait de leur projet d'allaitement.

Une autre étude française a observé que seules 61% des mères estimaient avoir réalisé leur projet [32].

Il semble donc important que les professionnels soient à l'écoute du projet initial de durée d'allaitement afin d'aider la mère à le réaliser.

- Le travail de la mère

74% des mères avaient un emploi au moment de la grossesse et 61% des mères devaient reprendre leur travail après leurs congés. Mais dans notre étude, ces deux critères ne sont pas significativement corrélés avec la durée de l'allaitement ($p=0,044$).

2.2. Les facteurs médicaux

- La parité

La primiparité est associée à un risque de durée d'allaitement plus courte ($p=0,023$). Les multipares ont allaité d'autant plus longtemps qu'elles ont déjà vécu une expérience positive de l'allaitement maternel ($p=0,044$).

D'après certaines études françaises, les femmes primipares sont plus nombreuses à débiter un allaitement maternel [6,20], mais les femmes multipares allaitent plus longtemps [21,52].

Cependant selon une étude récente, il semblerait qu'il n'y ait pas de différence significative lorsque l'on compare les groupes de femmes primipares et multipares sur les taux d'allaitement de la sortie de la maternité et jusqu'à quatre mois. Les seules différences retrouvées entre les deux groupes étaient le moment de première mise au sein qui était plus tardif dans le groupe des femmes primipares et le recours au complément de lait artificiel pendant le séjour à la maternité qui était aussi plus fréquent dans le groupe des primipares [16].

Les résultats de l'étude confirment le rôle primordial de l'expérience que ne peuvent pas avoir les femmes qui allaitent pour la première fois. Un auteur pense que les associations

d'allaitement peuvent intervenir auprès de ces mères en essayant de pallier à ce manque par les témoignages des bénévoles [40].

- Le déroulement de l'accouchement

Notre étude ne retrouve pas d'influences significatives des différents modes d'accouchement, et cela a déjà été montré dans la littérature [16,32].

- L'âge gestationnel de l'enfant

L'âge gestationnel n'est pas corrélé à la durée de l'allaitement maternel dans notre étude. Il faut cependant noter que notre étude ne comprend que cinq enfants nés prématurément, étant donné le choix du recrutement qui imposait que le nouveau-né ne soit pas séparé de sa mère. Des auteurs montrent cependant que les enfants nés à terme ont plus de chances d'être allaités sur la durée [52] et qu'à l'inverse les enfants nés prématurément ont un risque plus élevé de sevrage précoce [23,34].

Une autre étude récente [19] précise que les enfants nés avant 40 semaines de grossesse (prématurés ou « border-line », c'est-à-dire proche du terme) ont plus de risque de sevrage dans les six mois que les enfants nés à 40 semaines ou plus, mais cela n'est pas retrouvé dans notre étude.

- Le poids de l'enfant à la naissance

Comme l'âge gestationnel, notre étude ne montre pas de résultat significatif face au poids de naissance, car face au recrutement de notre étude, seuls trois nouveau-nés ont eu un faible poids de naissance (≤ 2500 grammes). Cependant, des auteurs ont montré qu'un faible poids de naissance peut avoir un impact négatif sur l'allaitement exclusif [13].

- L'Indice de Masse Corporelle

Notre étude montre que l'obésité ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) est significativement corrélée à une durée d'allaitement plus courte ($p = 0,036$). On peut se demander si ces femmes obèses ne sont pas de niveau social défavorisé, mais on observe que la moitié est issue de couple de professions cadre ou intermédiaire.

Ce résultat est retrouvé dans l'étude de l'Inserm [70] qui a montré que les femmes obèses étaient moins nombreuses à débiter un allaitement et qu'elles étaient moins nombreuses à poursuivre l'allaitement exclusif jusqu'au troisième mois de l'enfant. Les raisons invoquées sont « essentiellement des soucis d'image corporelle, notamment la gêne à allaiter en public »

et ces femmes « sont plus souvent convaincues que leur lait n'est pas suffisamment nourrissant. De plus elles rencontrent plus souvent des problèmes d'ordre technique à cause de la taille de leurs sein ». Cette étude a aussi constaté que les enfants allaités par des femmes obèses ont une perte de poids initiale plus importante et prennent moins de poids durant le premier mois que des enfants de femmes de poids normal. Par ailleurs, chez la femme obèse, la lactogénèse est retardée car la sécrétion de prolactine dans les 48 heures suivant l'accouchement est moindre.

Une étude australienne a aussi démontré l'impact négatif de l'obésité maternelle sur la durée de l'allaitement [24].

2.3. Les pratiques hospitalières

Les pratiques hospitalières ont été beaucoup critiquées sur la mise en place de l'allaitement. Les maternités s'efforcent aujourd'hui de respecter les « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » établi par l'OMS et l'UNICEF et à mettre en place dès la naissance. Ces conditions sont requises pour obtenir le label de l'IHAB [63].

- La cohabitation mère-enfant

Le "rooming-in" est souvent associé dans la littérature à une durée d'allaitement plus longue [7,20,38]. Notre étude trouve ce même résultat, ce qui montre l'importance de ne pas séparer la mère et son nourrisson ($p = 0,0098$).

Ce concept semble aujourd'hui acquis par la majorité des maternités du Réseau, alors qu'auparavant, la culture de séparation mère-enfant (où l'enfant devait le plus rapidement possible être autonome) était favorisée par les nurseries.

Par contre, le contact peau à peau supérieur ou égale à une heure ou la mise au sein précoce, ne sont pas significativement associés à la durée de l'allaitement dans notre étude. Parmi ces nouveau-nés qui ont été mis au sein, 81% seulement ont tété dans les deux premières heures, et cela n'a pas eu d'influence sur la durée de l'allaitement. Il faut noter que l'OMS préconise d'essayer une mise au sein dès la première demi-heure suivant la naissance car c'est un moment particulièrement privilégié sur le plan sensoriel pour initier les compétences du bébé et de la mère. Certaines études ont mis en évidence que la mise au sein différée est associée à un sevrage plus précoce [21]. De plus, plus la tétée est précoce, plus les chances de poursuivre l'allaitement sont importantes [32,61].

Ces pratiques sont maintenant fréquentes au sein des maternités des Pays-de-la-Loire (>80%). Il faut bien évidemment continuer à favoriser ce lien mère-enfant dès la salle de naissance et cela pour les enfants nourris au biberon aussi.

- L'allaitement à la demande

Notre étude ne retrouve pas de différences significatives entre les différents rythmes de tétées à la maternité.

Pourtant, selon certaines études, imposer des horaires fixes, un intervalle minimum entre les tétées, a un effet néfaste sur la durée de l'allaitement maternel [21,32].

- Les compléments

Notre étude montre que le fait de donner au moins un complément dès le séjour à la maternité, réduit la durée de l'allaitement ($p=0,045$).

Cependant l'ensemble des études montre des résultats controversés quant à l'usage de compléments alimentaires et aux conséquences sur la durée de l'allaitement : certains auteurs n'ont pas montré de relation avec le sevrage précoce [21,32], tandis que d'autres l'ont corrélé à une diminution de la durée de l'allaitement [7].

Par ailleurs, l'usage de compléments dès la maternité est souvent le marqueur de difficultés à allaiter et peut être le témoin de facteurs psychologiques et comportementaux maternels moins propices à la poursuite de l'allaitement maternel (faible confiance en soi, comportement rigide) [51].

- La sucette

Comme cela avait déjà été démontré dans la littérature, l'usage de tétine à la maternité n'est pas prédictif d'un sevrage plus précoce dans notre étude [32]. Néanmoins d'autres études ont montré que l'utilisation de tétine dès la maternité expose à un risque d'arrêt prématuré de l'allaitement [13,21,34,51,55]. Mais comme le montrait l'usage des compléments, l'usage habituel de la tétine peut être le témoin de difficultés rencontrées.

- La perte de poids de l'enfant à la maternité

Une perte de poids supérieur à 10% du poids de naissance n'est pas significativement corrélée à un risque de sevrage précoce dans notre étude contrairement à ce que retrouve d'autres auteurs [21].

- Difficultés du bébé au cours de la tétée

Les enfants qui ont présenté des difficultés à téter sont plus à risque d'être sevrés précocement par rapport à ceux qui n'en ont pas présenté (risque relatif multiplié par 1,47). Parmi ces bébés, plus de la moitié avait une succion qui n'était pas jugée correcte. Certains auteurs préconisent une surveillance particulière de ces couples mère-enfant, au moins pendant les trois premiers jours du post-partum, et remettent en doute le bénéfice d'une sortie précoce, dans ces situations à risque d'échouer l'allaitement [42].

Une étude a montré que les mères qui avaient cessé d'allaiter prématurément avaient plus souvent déclaré dès le séjour en maternité que leur enfant « prenait mal le sein », qu'« il refusait le sein » [21].

- Confiance et plaisir

Notre étude montre que la notion de confiance de la mère dès la maternité est importante dans la durée de l'allaitement ($p = 0,045$), ainsi que le fait de percevoir l'allaitement comme un plaisir ($p = 0,004$). D'ailleurs, la majorité des mères ayant considéré l'allaitement comme un plaisir, a eu confiance en elle. Pourtant on observe que 82% des mères ont exprimé des douleurs au mamelon au cours des tétées pendant le séjour à la maternité et que cela persiste chez 20% des mères au cours des mois suivants. Ce ressenti perçu négativement par certaines mères, peut avoir des conséquences sur l'allaitement [35].

On retrouve dans des études récentes que le manque de confiance et la déception étaient présentes chez les mères qui arrêtaient précocement leur allaitement [20], de même que l'ensemble facteurs psychologiques (anxiété, dépression...) [1,24,46]. De plus, d'autres auteurs ont démontré les effets négatifs du stress sur la lactation [36].

Les femmes expriment souvent leur doute sur leur capacité à allaiter leur enfant avant la naissance : « je vais essayer d'allaiter ». Il est donc important de renforcer la confiance des mères dès la période pré-natale : « l'accompagnement professionnel nécessite une grande confiance et une grande humilité de la part des soignants » [35].

Deux études ont essayé d'évaluer l'influence des pratiques hospitalières sur la durée de l'allaitement en se détachant des statuts socioéconomiques maternels. L'une [44] a démontré que la durée de l'allaitement a été significativement augmentée quand les mères ont reçu un soutien comprenant cinq des critères de pratiques hospitalières énoncer par le plan IHAB : première tétée dans l'heure suivant la naissance, allaitement exclusif, cohabitation mère-enfant 24 heures sur 24, ne pas utiliser de sucette, et proposer une aide téléphonique après la

sortie de maternité. L'autre [45] a montré l'incidence positive d'une première tétée précoce et d'un long séjour à la maternité sur la durée de l'allaitement et cela toujours indépendamment des facteurs socioéconomiques.

2.4. Au cours des mois suivants

- L'allaitement à la demande

Nous remarquons dans notre étude, que l'allaitement à la demande au troisième mois est significatif pour la poursuite de l'allaitement ($p=0,042$). Ce résultat n'est pas retrouvé significatif au deuxième mois, et est presque significatif au premier et au sixième mois. Cela montre l'importance de l'allaitement dans la période charnière qu'est le troisième mois, qui correspond à la fin du congé de maternité et à la reprise du travail.

- Les compléments

Notre étude montre que les compléments donnés à un, deux, trois ($p < 10^{-4}$) et six mois sont associés à un risque d'arrêt plus précoce de l'allaitement. Ainsi comme cela est retrouvé dans la littérature, l'allaitement partiel est lié à une réduction de la durée de l'allaitement [51].

Nous ne connaissons pas les raisons d'administration de ces compléments dans notre étude mais la majorité ayant été instaurée à partir du troisième mois, nous pouvons penser que c'est en partie dans le but d'un sevrage progressif et préparé pour la reprise du travail.

Certains ont décrit que ces raisons évoluent souvent avec le temps : le premier mois, ce sont la fatigue maternelle, l'absence de la mère, mais surtout l'impression de « manque de lait » qui est souvent liée à une stimulation insuffisante de la lactation ; puis les mois suivants c'est surtout la reprise du travail qui est en cause [37].

Pour pallier à ces compléments, une étude a montré que tirer le lait permet d'aider les femmes à poursuivre un allaitement exclusif jusqu'à six mois [60]. Cependant, certains compléments étaient du lait maternel que la mère tirait elle-même : à un, deux, trois et six mois respectivement 17%, 8%, 15% et 9% des mères tiraient leur lait.

- La sucette

L'usage de la sucette est significativement lié à la durée de l'allaitement au premier ($p=0,030$) et au troisième mois ($p=0,043$). Pourtant, 40 à 50% des mères l'ont utilisée du premier au sixième mois. Il est alors difficile d'établir la notion de « confusion sein-tétine » au cours des

mois, une fois l'allaitement mis en place. Une étude a montré que l'utilisation de la sucette au moins une fois par jour réduit la durée de l'allaitement et qu'elle est souvent introduite avant le sevrage. Cela reflète aussi le manque de confiance des mères [56].

- Difficultés à téter

Au cours du premier ($p=0,030$) et deuxième mois ($p=0,033$), nous observons dans notre étude, l'importance du comportement du bébé durant la tétée. En effet, les facteurs liés à la tétée sont significativement associés à la durée de l'allaitement : besoin de stimuler le bébé pour téter, qualité de la succion, difficultés du bébé à téter. Ces critères ne sont pas significatifs au troisième mois, et ils concernent de moins en moins de bébé. On comprend que plus tôt le bébé tétera correctement, plus il aura de chance d'allaiter au sein plus longtemps. Deux études ont montré que les difficultés rencontrées au cours des quatre premières semaines suivant la naissance, sont associées à un risque de sevrer avant six mois [13,51].

Il faut donc que le personnel s'efforce dans les mois suivants la naissance, d'observer le déroulement de la tétée surtout lorsque l'allaitement pose des soucis et cela rapidement. Ainsi, il est important de former le personnel pouvant être sollicité à la sortie de la maternité (auxiliaire de puériculture, puéricultrice, sage-femme, pédiatre, médecin généraliste...) à reconnaître les critères d'une bonne tétée.

- Le soutien positif de la famille ou de l'entourage

Une aide positive au cours du deuxième ($p=0,01$) et du sixième mois ($p<10^{-4}$) montre des résultats significativement associés à un prolongement de la durée de l'allaitement dans notre étude. Très souvent cité au cours des mois suivant la naissance, les mères ont affirmé que l'aide positive leur a permis de mieux gérer leur allaitement. Il est cependant difficile d'apprécier l'incidence du soutien de l'entourage de la mère dans la durée de l'allaitement maternel étant donné que les valeurs ne sont pas significatives au premier et au troisième mois.

Mais la position du conjoint face à l'allaitement maternel semble jouer un rôle primordial, notamment sur le taux d'allaitement à la sortie de la maternité selon certains auteurs [50]. Certains auteurs ont même montré que la durée de l'allaitement augmente lorsque le conjoint a un avis favorable et soutient sa compagne [32,61] et inversement [30]. Mais d'autres ne semblent pas associer ce facteur à la durée de l'allaitement maternel [21].

- La reprise du travail

Nous avons vu que la reprise du travail n'est pas significativement associée à la durée de l'allaitement.

Nous avons tout de même observé que les mères qui ont un travail à reprendre, sont plus nombreuses à allaiter avant 16 semaines et qu'ensuite ce sont les mères qui n'ont pas de travail à reprendre, qui allaitent plus. Cet effet ambivalent déjà décrit par certains auteurs, montre que la notion de travail joue tout de même bien un rôle positif dans l'allaitement [7]. Pourtant si l'allaitement est parfois difficile les deux premiers mois, c'est au moment où il devient idéal sur le plan relationnel et aussi sur le plan de la réalisation, qu'il faut sevrer l'enfant : le sevrage est alors souvent mal vécu par ces mères [27].

Des études françaises ont démontré, que la majorité des sevrages entre trois et six mois est imputable à la reprise du travail correspondant à la fin du congé maternité, et ont préconisé un allongement de la durée du congé de maternité [3,32,39,58]. On retrouve cette notion à l'étranger [26,34,51].

Actuellement, l'Union Européenne [77] veut allonger le congé de maternité en Europe (de 14 à 18 semaines), et « L'Académie Nationale de Médecine » [62] pense que « le congé post-natal devrait être prolongé au moins jusqu'à 4 mois si la mère allaite complètement et en fait la demande ».

Une étude étrangère a mis en évidence l'impact positif économique que peut apporter l'allaitement maternel dans une société, du fait des bénéfices sur la santé de la mère et de l'enfant. En effet, cela réduirait les coûts de santé publique et diminuerait l'absence des mères au travail en raison de leur enfant malade notamment [2].

2.5. Le sevrage

- Les causes d'arrêt de l'allaitement

Les principales raisons d'arrêt de l'allaitement dans notre étude sont liées tout d'abord, à une baisse de la lactation, une fatigue maternelle ou à la reprise du travail, puis au projet maternel ou à une courbe de poids insatisfaisante. Face au discours rapporté par ces femmes, la baisse de lactation semble liée à une fatigue maternelle, qui est parfois liée à la reprise du travail.

Le tarissement du lait, la reprise du travail et la fatigue maternelle sont retrouvés comme facteurs de sevrage dans l'étude de Siret [52].

- **Durée de l'allaitement et taux de sevrage**

La durée médiane atteint 15 semaines, ce qui semble être une moyenne des rares données actuelles issues des études françaises. Une étude réalisée dans le Sud de la France [33] a montré une durée médiane égale à 18 ou 20 semaines, selon le critère prédictif de sevrage précoce BAS (Breastfeeding Assessment Score), tandis qu'une autre étude réalisée en Savoie [32] a montré une médiane de 13 semaines.

En comparaison aux données récentes proche de la région, notre étude montrent des résultats plus élevés que ceux de l'étude menée à Tours en 2002 [16] : à 1, 2, 3 et 4 mois, les taux d'allaitement tout confondu (exclusif et partiel) étaient respectivement de 78%, 66%, 44% et 17%, tandis que dans notre étude les taux sont respectivement de 89%, 78%, 62% et 48%.

Le pourcentage de mères qui a arrêté au cours du premier mois (4 semaines) est de 11% ce qui reste proche du résultat (10%) de l'étude du Réseau en 2006 [80]. A 6 mois (24 semaines), 32% des mères de notre étude continuaient à allaiter. Ces deux taux sont proches des résultats trouvés lors de l'étude réalisée dans le Sud de la France [33] et qui a montré un taux de sevrage à 4 semaines de 9% et à 26 semaines de 72%.

Une étude de Clamart a montré que 37% des femmes continuaient à allaiter à 6 mois mais les femmes issues de cette étude n'étaient pas représentatives de la population générale [52].

Les résultats de notre étude sont loin d'être démoralisateurs. Ils doivent au contraire servir à repérer la population de femmes particulièrement à risque d'échouer dans leur projet d'allaitement. Nos pratiques doivent être réfléchies et adaptées à chaque couple mère-enfant.

3. Le rôle de la sage-femme

Le soutien de l'allaitement concerne tous les professionnels impliqués en périnatalité, en particulier les sages-femmes. Nous allons donc voir, à partir des recommandations de l'HAS [66] et à partir des résultats significatifs de notre étude, comment la profession de sage-femme peut agir à différents niveaux pour permettre la poursuite de l'allaitement maternel.

3.1. Durant la grossesse

La sage-femme est de plus en plus sollicitée au cours de la grossesse. L'entretien du quatrième mois est propice à évoquer le sujet de l'alimentation de l'enfant à venir, en particulier l'allaitement maternel. Bien que nous ayons vu précédemment que le choix de l'allaitement est souvent déjà déterminé avant la grossesse, il semble important d'en discuter avec la mère, pour apporter des informations supplémentaires et répondre aux éventuelles interrogations. C'est à partir des connaissances acquises de la mère ou du couple sur l'alimentation du nouveau-né, que le professionnel informe les futurs parents « sur l'intérêt et la physiologie de l'allaitement maternel, dans le respect de leur culture » [66]. Ainsi par l'instauration d'une relation de confiance, le but est de les aider dans leur décision sans imposer de choix ni les culpabiliser.

Ces consultations prénatales permettent aussi d'élucider les rares vraies contre-indications (VIH...) et celles qui sont abusives (sein ombiliqué, médicaments, tabagisme...).

La préparation à la naissance et à la parentalité [67], complète le suivi de la grossesse et concerne en majorité les primipares [4] dont l'intérêt des cours de préparation a été démontré dans certaines études [52]. Le terme de parentalité met en évidence la place du père dans le choix de l'alimentation du nourrisson et le rôle de soutien qu'il aura auprès de sa femme allaitante. En proposant un cours sur l'allaitement maternel, la sage-femme apporte aux parents les informations essentielles à sa bonne conduite et évoque les principales difficultés, afin de limiter l'appréhension des futures mères. Les séances en groupe facilitent les interactions et multiplient les questions qui peuvent élucider les idées reçues. Ces séances peuvent être l'occasion de témoignages, soit par la présence d'une mère qui a déjà allaité, soit par l'utilisation de supports (vidéos, photos).

Distribuer des documents rappelant l'intérêt et la physiologie de l'allaitement maternel et suggérant des sources d'information (internet, association...), permet de compléter l'information orale mais surtout de garder une trace écrite. En effet, une enquête a montré que les femmes révèlent « la difficulté d'apprendre quelque chose lorsque l'on est dans l'attente de l'événement » [48].

3.2. A la naissance

La sage-femme doit tout d'abord s'assurer de la bonne adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né. Comme il est recommandé par les multiples consensus, elle doit tout mettre en œuvre, dès que possible, pour favoriser le lien mère-enfant en différant les soins de routines non urgents (vitamine K1, collyre, bain...). Dans un premier temps, le nouveau-né est mis en contact peau à peau sur le ventre de sa mère. Cela permet au nouveau-né de maintenir efficacement sa température corporelle, améliore son bien-être avec une diminution des pleurs, favorise son adaptation métabolique et renforce les interactions mère-enfant [66]. Les pères, s'ils le souhaitent, peuvent remplacer la mère le cas échéant (par exemple en cas de césarienne). Dès la première heure, si le nouveau-né est en état d'éveil optimal, la sage-femme aide la mère à le positionner correctement au sein. Une tétée précoce favorise une succion efficace, augmente le lien mère-enfant, favorise l'homéostasie métabolique et les capacités de l'enfant à réguler ses apports alimentaires [66].

La sage-femme profite de ce moment pour donner les premiers conseils sur la mise en route de la lactation.

D'après les résultats issus de notre étude, la sage-femme doit dès la naissance repérer la population de femmes jeunes, primipares, au niveau d'étude limité, ou ayant une obésité afin d'apporter un soutien particulier à la mise en place de l'allaitement.

3.3. Au cours du séjour à la maternité

Le séjour à la maternité est une période où la mère et le nourrisson apprennent à se connaître. Notre étude montre qu'elle peut être déterminant pour la poursuite de l'allaitement.

La sage-femme encourage la cohabitation systématique du nourrisson avec sa mère, pour faciliter la relation mère-enfant mais surtout l'allaitement à la demande. Elle est attentive à la qualité de la succion et apprend à la mère à reconnaître les signes d'une bonne tétée afin d'élucider les difficultés du nouveau-né à téter le plus rapidement possible. C'est aussi l'occasion de montrer à la mère les gestes prévenant les complications et les solutions possibles face à des difficultés éventuelles (lésions du mamelon...). Ainsi tout cela contribue à faire un rappel de la physiologie de l'allaitement et des besoins du nouveau-né, et permet de

prendre en compte les différentes contraintes telles que la variabilité du rythme et de la durée des tétées.

Il est tout aussi important pendant cette période de renforcer l'estime de soi des mères et de les rassurer sur leurs compétences [48]. En effet plus la mère a confiance en elle, plus elle pourra poursuivre son allaitement aisément et prendre plaisir à allaiter. Si le père est présent, on l'intègre comme partenaire et accompagnant.

Si un complément doit être donné, on s'assurera de la nécessité médicale comme cela est préconisé par l'OMS. En l'absence d'alternative au complément (tirer son lait), l'administration à la tasse ou à la cuiller est préférable car il semble que l'usage du biberon ne soit pas anodine en modifiant le mécanisme de succion [55]. Par ailleurs, il ne doit pas y avoir de complément ni de tétine à disposition systématique auprès des mères comme cela est préconisé par le « Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel ».

La sage-femme doit porter une attention particulière aux mères séparées de leur enfant, afin de les accompagner au mieux dans leur démarche d'allaitement (tire-lait...) [4].

Pour la sortie de la maternité, la sage-femme s'assure que la mère a acquis l'essentiel pour poursuivre son allaitement, et lui procure des adresses et des conseils écrits lui permettant de résoudre les éventuelles difficultés qu'elle pourrait rencontrer. Il existe actuellement trois plaquettes réalisées par le « Réseau Sécurité-Naître ensemble » : « Les signes d'une bonne tétée », « Allaitement et reprise du travail » et « La contraception et l'allaitement maternel ».

Ainsi l'aide que l'équipe médicale peut apporter à la mère allaitante et à son enfant est primordial en maternité : elle doit apporter un savoir-faire dans le respect de cette famille qui se crée ou s'agrandit.

3.4. Au retour à la maison jusqu'au sevrage

La sage-femme peut être sollicitée au retour à domicile dans la poursuite de l'allaitement, surtout en libérale ou en PMI. Elle doit alors s'assurer du bon déroulement de l'allaitement et anticiper, déceler et résoudre les difficultés éventuelles par des conseils appropriés afin de permettre à la mère d'aboutir à son projet d'allaitement. Les professionnels de périnatalité doivent être particulièrement vigilants face à la qualité de la tétée et cela dès les premiers

mois : la sage-femme doit prendre le temps d'être présente au cours d'une tétée pour observer la qualité de la succion, voir si le nourrisson a besoin d'être stimulé et déceler ses difficultés à téter. Il faut aussi se soucier d'évaluer la répartition des tétées, leur nombre au cours d'une journée et rappeler l'importance de l'allaitement à la demande pour permettre l'entretien de l'allaitement au cours des mois (« loi de l'offre et la demande » [32]).

La sage-femme peut bien évidemment être amenée à accompagner le sevrage, et cherche à en connaître les raisons. C'est l'occasion de parler du vécu de l'allaitement avec la mère. La sage-femme propose un sevrage progressif, et donne si besoin des conseils pour la reprise du travail car cela ne doit pas être un obstacle à la poursuite de l'allaitement : mettre le bébé au sein les jours travaillés dès que possible même si les horaires sont irréguliers, stimuler par expression manuelle ou à l'aide d'un tire lait manuel ou électrique les seins entre deux tétées éloignées, avec possibilité de le recueillir pour nourrir l'enfant entre les tétées. La sage-femme rappelle à la mère ses droits au travail car ils sont souvent méconnus.

Comme disait le pédiatre Loras-Duclaux [40], « une bonne motivation de la mère passant par une information éclairée, son soutien dans les débuts de l'allaitement et lors de la survenue éventuelle de difficultés, sont les deux conditions requises pour le succès de l'allaitement ».

4. Propositions pour améliorer la poursuite de l'allaitement maternel

Le soutien de l'allaitement maternel fait partie du Programme Nationale Nutrition Santé (PNNS) qui veut promouvoir les bienfaits sur la santé de l'allaitement maternel en s'appuyant principalement sur les avantages reconnus en terme de réduction de la fréquence des infections chez le nourrisson et surtout de son rôle probable pour la prévention de l'obésité. Ses objectifs sont de poursuivre l'augmentation de la fréquence de l'allaitement maternel exclusif à la naissance afin de passer d'environ 55% en 2005 à 70% en 2010 et d'augmenter la durée de l'allaitement maternel chez les femmes qui allaitent. Pour cela, il s'appuie sur diverses actions en direction des secteurs social et sanitaire (réseaux de périnatalité, PMI, association Cofam, formation des professionnels...), mais aussi en direction des femmes et des familles (entretien du 4^e mois, guide nutrition du PNNS...) et enfin dans le domaine législatif (respect de la législation sur l'allaitement maternel...) [73].

4.1. Renforcer le rôle des différents professionnels face à l'allaitement

Au retour à domicile, la survenue de difficultés doit être élucidée le plus rapidement possible, et requiert l'implication des professionnels de périnatalité qui doivent être disponibles. La mission d'accompagnement, d'écoute, de patience auprès des mères demande du temps et un investissement plus humain que médical. Ce travail fondamental n'est pas valorisé car la politique de santé subit une logique productiviste [27].

Les maternités du « Réseau Périnatalité - Naître Ensemble » des Pays de la Loire ont à disposition trois plaquettes qu'elles doivent délivrées aux mères à la sortie de la maternité. Ces plaquettes regroupent des adresses et des numéros de téléphone de la PMI (Protection Maternelle et Infantile) de leur secteur, du lactarium, et les adresses des sites Internet des associations de soutien...

Notre étude montre que les consultations pour nourrissons à la sortie de la maternité se font majoritairement chez le médecin généraliste puis dans les structures de PMI, et parfois chez un pédiatre ou une sage-femme libérale.

Les associations sont peu sollicitées dans notre étude. Pourtant, de plus en plus nombreuses, leur accès est facilité par le biais d'internet et par les soutiens téléphoniques. L'avantage de ce soutien réside dans le fait que les bénévoles de ces associations ont toutes allaité au moins une fois, et peuvent être disponibles 24 heures sur 24. Leur rôle peut être déterminant, surtout pour le soutien de mères dont c'est le premier allaitement. En effet, le témoignage et l'expérience de l'allaitement de ces femmes bénévoles, permettent de répondre aux difficultés de la vie quotidienne. Une étude a montré que la connaissance d'une association de soutien était prédictive d'une durée d'allaitement prolongée [32].

Par ailleurs, certaines mères de notre étude se sont plaintes de discours incohérents des professionnels face à l'allaitement. Il est donc primordial que l'ensemble des professionnels de périnatalité soit formé pour harmoniser les connaissances, les pratiques et les messages délivrés. Un livret d'allaitement maternel destiné aux professionnels vient d'être édité par le « Réseau périnatalité - Naître Ensemble » des Pays de la Loire, mais il reste important de sensibiliser l'ensemble des médecins généralistes, à l'intérêt de se former au suivi de l'allaitement. Une thèse est en cours pour évaluer le rôle des médecins généralistes dans la poursuite de l'allaitement maternel et proposer des solutions éventuelles.

4.2. Faciliter les consultations d'allaitement maternel

L'accès aux conseils doit pouvoir être facilité par des permanences de consultations en lactation. Les femmes devant les difficultés rencontrées, attendent des réponses qui soient accessibles rapidement, sans contrainte de rendez-vous. Les établissements de maternité ou de PMI sont propices à établir ce genre de permanence. Actuellement, la majorité des maternités donnent aux mères allaitantes à la sortie de la maternité, les coordonnées de la PMI de leur secteur en leur suggérant d'y faire peser leur bébé une fois semaine pendant le premier mois. Par ailleurs, les lactariums du CHU de Nantes proposent des permanences (souvent l'après-midi). Une étude suggère que les consultantes formées en lactation, permettraient d'allonger la durée de l'allaitement si elles interviennent dès les premiers conseils [53].

Une étude réalisée en France a démontré que la mise en place d'une consultation spécialisée dans les quinze jours du post-partum permet d'augmenter la durée de l'allaitement maternel : la durée médiane était de 13 semaines dans le groupe témoin et de 18 semaines dans le groupe consultation [25]. Selon les auteurs, l'idée d'une consultation précoce de soutien à l'allaitement semble d'autant plus justifiée que les sorties précoces au troisième jour se généralisent. D'après l'étude sur l'arrêt précoce en 2006 [80], il a été suggéré d'établir la mise en place d'une consultation qui serait proposée soit systématiquement à toutes les femmes qui allaitent, soit uniquement à celles qui présentent des facteurs prédictifs de sevrage précoce. Cette consultation devant être accessible aux femmes de tous les niveaux sociaux et donc prise en charge par le « pack » maternité. Il semble actuellement difficile de rendre ce type de consultation systématique sur l'ensemble du « Réseau Sécurité-Naître Ensemble ».

Une étude réalisée au Mexique a testé le soutien de l'allaitement par des visites médicales à domicile. Les femmes ayant bénéficié de trois ou six visites ont montré un taux d'allaitement exclusif à trois mois du post-partum respectivement de 50% et 67%, alors que le taux était de 12% pour les femmes n'ayant pas eu de visites [43].

Face à ces deux études randomisées, il serait judicieux de promouvoir les consultations à domicile proposées par les sages-femmes dans le post-partum. En effet, ces consultations sont remboursées à 100% par les caisses d'assurance maladie. Pour faciliter la démarche des mères, il est envisageable de systématiquement remettre à la sortie de la maternité les adresses et numéros de téléphone des sages-femmes libérales proches du domicile de la mère, ou que les mères reprennent contact avec les sages-femmes qu'elles ont vu au cours de la grossesse.

CONCLUSION

L'étude montre une durée médiane d'allaitement de 15 semaines dans la région Pays de la Loire. Cette étude nous a aussi permis de mettre en évidence les variables qui influencent la durée de l'allaitement maternel. Nous constatons que nous pouvons intervenir sur certaines de ces variables (les compléments et tétine, la qualité des tétées, et peut-être la mise en confiance et le plaisir des mères), mais que d'autres ne sont pas modifiables pendant la grossesse (l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, l'IMC, la parité, le moment de la décision). Les professionnels de santé aidés par les associations de soutien et la PMI ont un rôle à jouer sur la durée de l'allaitement.

Face aux sorties de la maternité de plus en plus précoces, la sage-femme sera de plus en plus sollicitée pour des visites à domicile, qui sont propices à un accompagnement optimal de l'allaitement maternel.

De manière plus générale, l'augmentation de la durée de l'allaitement maternel jusqu'à six mois et au-delà ne pourra se faire que sur le long terme. Pour cela, il serait intéressant de sensibiliser les jeunes à l'allaitement maternel. Les éducateurs et les professionnels de santé pourraient intervenir dans le cadre de l'éducation nationale, comme c'est déjà le cas pour la contraception par exemple.

Bibliographie

Articles et ouvrages

- [1] AKMAN I, KUSCU MK, YURDAKUL Z et al. Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: Role of maternal attachment styles. J Paediatr Child Health 2008; 44:369-73
- [2] BALL TM, BENNETT DM. The economic impact of breastfeeding. Pediatr Clin North Am 2001; 48:253-62
- [3] BEAUFERE B, BRESSON JL, BRIEND A et al. Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. La Promotion de l'allaitement maternel : c'est aussi l'affaire des pédiatres... Arch Pediatr 2000; 7:1149-53
- [4] BLONDEL B, SUPERNANT K, DU MAZAUBRUN C, BREART G; pour la Coordination nationale des Enquêtes Nationales Périnatales. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2003. Résultats des enquêtes nationales périnatales. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2006; 35:373-87
- [5] BONET M, L'HELIAS LF, BLONDEL B. Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003. Arch Pediatr 2008; 15:1407-15
- [6] BONET M, KAMINSKI M, BLONDEL B. Differential trends in breastfeeding according to maternal and hospital characteristics from the French National Perinatal Surveys. Acta Paediatr 2007; 96:1290-5
- [7] BRANGER B, CEBRON M, PICHEROT G, DE CORNULIER M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement chez 150 femmes. Arch Pediatr 1998; 5:489-96.
- [8] BRANGER B, CEBRON M. durée de l'allaitement maternel en fonction de données maternelles et paternelles. Utilisation des courbes de survie et du modèle de Cox. Arch Pediatr 1996; 6:626.
- [9] BRANGER B, LESTIEN R, CRINE et al. Les motivations psycho-sociales dans le choix du mode d'alimentation du nouveau-né. Ann Pédiatr (Paris) 1988,35,519-523
- [10] BRANGER B, BRIEAU C. Perception et facteurs du choix des adolescents vis-à-vis de l'allaitement maternel. Arch Pediatr 2001; 8:1402-3
- [11] CALLEN J, PINELLI J. Incidence and duration of Breastfeeding for Term Infants in Canada, United States, Europe, and Australia : A Literature Review. Birth 2004; 31:285-92
- [12] CATTANEO A, YNGVE A, KOLETZKO B, GUZMAN LR; Promotion of Breastfeeding in Europe project. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. Public Health Nutr 2005; 8:39-46.
- [13] CHAVES RG, LAMOUNIER JA, CESAR CC. Factors associated with duration of breastfeeding. J Pediatr (Rio J) 2007; 83:241-6

- [14] CROST M, KAMINSKI M. L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale. Arch Pediatr 1998; 5:1316-26.
- [15] DELAHAYE MC. Bébés au biberon. Paris. Ed Hoëbeke. Paris 2003 : 91
- [16] DE LATHOUWER S, LIONET C, LANSAC J, BODY G, PERROTIN F. Predictive factors of early cessation of breastfeeding. A prospective study in a university hospital. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 117:169-73
- [17] DE MONLEON JV. Allaitement maternel et culture. Arch Pediatr 2002; 9:320-7.
- [18] DIDIERJEAN-JOUVEAU C. L'allaitement maternel, un non-sujet de santé publique. Les Dossiers de l'Obstétrique. Novembre 2000. N°288 ; 23-25
- [19] DONATH S M, AMIR L H. Effect of gestation on initiation and duration of breastfeeding. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2008; 93:F448-50
- [20] DOUVILLE S, LEVESQUE L, FRANCOIS C et al. Enquête sur les arrêts précoces de l'allaitement à la maternité du Havre. La Revue Sage-Femme (2008) 7, 3-8
- [21] EGO A, DUBOS JP, DJAVADZADEH-AMINI M et al. Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. Arch Pediatr 2003; 10:11-8
- [22] FANELLO S, MOREAU-GOUT I, COTINAT JP et al. Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : une enquête auprès de 208 femmes. Arch Pediatr 2003;10:19-24
- [23] FLACKING R, NYQVIST KH, EWALD U. Effects of socioeconomic status on breastfeeding duration in mothers of preterm and term infants. Eur J Public Health 2007; 17:579-84
- [24] FORSTER DA, MCLACHLAN HL, LUMLEY J. Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. Int Breastfeed J 2006; 1-18
- [25] GELBERT N, AYRAL AS, SCHELSTRAETE et al. Efficacité d'une consultation spécialisée dans les quinze jours du post-partum sur la durée de l'allaitement. Médecin et enfance. Décembre 2006, p591-595
- [26] GUENDELMAN S, KOSA JL, PEARL M et al. Juggling work and breastfeeding: effects of maternity leave and occupational characteristics. Pediatrics 2009; 123:e38-46
- [27] Groupe de travail pour la promotion de l'allaitement maternel dans le département du Nord. Dossier pour la promotion de l'allaitement maternel. Arch Pediatr 2001; 8:865-74
- [28] HAMLYN B, BROOKER S, OLEINIKOVA K et al. Infant feeding 2000. London : Stationery Office; 2002
- [29] KELLY YJ, WATT RG. Breast-feeding initiation and exclusive duration at 6 months by social class-results from the Millennium Cohort Study. Public Health Nutr 2005; 8:417-21
- [30] KOHLHUBER M, REBHAN B, SCHWEGLER U et al. Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. Br J Nutr 2008;99:1127-32

- [31] KONG SK, LEE DT. Factors influencing decision to breastfeed. *J Adv Nurs* 2004; 46:369-79
- [32] LABARERE J, DALLA-LANA C, SCHELSTRAETE C et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France). *Arch Pediatr* 2001; 8:807-15
- [33] LABORDE L, FULCHERI J, GELBERT-BAUDINO N et al. Intérêt du Breastfeeding Assessment Score pour la prédiction du sevrage précoce de l'allaitement maternel en France. *Arch Pediatr* 2007; 14:978-84
- [34] LADOMENOU F, KAFATOS A, GALANAKIS E. Risk factors related to intention to breastfeed, early weaning and suboptimal duration of breastfeeding. *Acta Paediatr* 2007; 96:1441-4
- [35] LANDAIS M. "Tu enfanteras dans la douleur, tu allaiteras dans le bonheur". Les dossiers de l'obstétrique. N°340, juillet 2005, p20-25
- [36] LAU C. Effects of stress on lactation. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48:221-34
- [37] LAURENT C. L'allaitement mixte, est-ce possible? Les cahiers de la Puériculture. N°178, juin 2004, p15-20
- [38] LAWSON K, TULLOCH MI. Breastfeeding duration: prenatal intentions and postnatal practices. *J Adv Nurs* 1995 ;22:841-9
- [39] LELONG N, SAUREL-CUBIZOLLES MJ, BOUVIER-COLLE MH, KAMINSKI M. Durée de l'allaitement maternel en France. *Arch Pediatr* 2000; 7:571-2
- [40] LORAS-DUCLAUX I. Conseils pratiques aux mères qui souhaitent allaiter. *Arch Pediatr* 2000; 7:541-8
- [41] LOSCH M, DUNGY CI, RUSSELL D, DUSDIEKER LB. Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *J Pediatr* 1995; 126:507-14
- [42] MICHEL MP, GREMMO-FEGER G, OGER E et al. Etude pilote des difficultés de mise en place de l'allaitement maternel des nouveau-nés à terme, en maternité: incidence et facteurs de risque. *Arch Pediatr* 2007; 14:454-60
- [43] MORROW AL, GUERRERO ML, SHULTS J et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding : a randomised controlled trial. *Lancet* 1999; 10:1226-31
- [44] MURRAY EK, RICKETTS S, DELLAPORT J. Hospital Practices that Increase Breastfeeding Duration : Results from a Population-Based Study. *Birth*. 2007; 34:202-11
- [45] MUSHTAQ N, SKAGGS VJ, THOMPSON DM. Effect of breastfeeding education and support on promoting breastfeeding: a literature review. *J Okla State Med Assoc* 2008; 101:231-6

- [46] O'BRIEN M, BUIKSTRA E, HEGNEY D. The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *J Adv Nurs* 2008; 63:397-408
- [47] PALOMA TREJO HERNÁNDEZ, MA, AND STACEY CALLAHAN, PHD. Attributions of breastfeeding in a French Population. *Birth* 2008; 35:303-12
- [48] RAZUREL C. Les représentations de l'allaitement dans la relation sages-femmes/patients. *Les dossiers de l'obstétrique*. Octobre 2003. N°320 ; 6-11
- [49] RUMEAU-ROUQUETTE C, CROST M, BREART G, DU MAZAUBRUN C. Evolution de l'allaitement maternel en France entre 1972 et 1976. *Arch Fr Pediatr* 1980;37:331-5
- [50] SCOTT JA, LANDERS MC, HUGHES RM, BINNS CW. Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. *J Paediatr Child Health* 2001; 37:254-61
- [51] SCOTT JA, BINNS CW, ODDY WH, GRAHAM KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics* 2006; 117:e646-55
- [52] SIRET V, CASTEL C, BOILEAU P et al. Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart. *Arch Pediatr* 2008; 15:1167-73
- [53] THURMAN SE, ALLEN PJ. Integrating lactation consultants into primary health care services: are lactation consultants affecting breastfeeding success? *Pediatr Nurs* 2008; 34:419-25
- [54] TILLARD B. Ce qu'il coûte de nourrir..., in *Allaitement en marge*. Ed L'Harmattan 2002, 243p.
- [55] VOGEL A, HUTCHISON BL, MITCHELL EA. Factors associated with the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr* 1999; 88:1320-6
- [56] VOGEL AM, HUTCHISON BL, MITCHELL EA. The impact of pacifier use on breastfeeding: a prospective cohort study. *J Paediatr Child Health* 2001; 37:58-63
- [57] WALBURG V, GOEHLICH M, CONQUET M et al. Etude comparative de mères françaises et allemandes primipares en matière d'allaitement maternel : motivation choix et prise de décision. *Journal de pédiatrie et de puériculture* 20 (2007) 195-199
- [58] WALBURG V, CONQUET M, CALLAHAN S et al. Taux et durée d'allaitement de 126 primipares. *Journal de pédiatrie et de puériculture* 20 (2007) 114-117
- [59] WAMBACH K, CAMPBELL SH, GILL SL et al. Clinical lactation practice : 20 years of evidence. *J Hum Lact* 2005;21:245-58
- [60] WIN NN, BINNS CW, ZHAO Y, SCOTT JA, ODDY WH. Breastfeeding duration in mothers who express breastmilk : a cohort study. *Int Breastfeed J* 2006; 1-28
- [61] ZETTERSTROM R. Initiation of breastfeeding. *Acta Paediatr Suppl* 2003; 91:9-11

Bibliographie électronique

[62] Académie Nationale de Médecine. Groupe de travail de la Commission XI (Nutrition, Eaux de consommation et risques alimentaires). Alimentation du nouveau-né et du nourrisson. Rapport adopté le 24 février 2009. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr> (consulté le 01/03/2009)

[63] COFAM. Coordination française pour l'allaitement maternel. Responsable de l'IHAB (Initiative Hôpital Ami des bébés). Disponible sur : <http://coordination-allaitement.org> (consulté le 01/02/2009)

[64] DREES. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale. Etudes et résultats. N°383. mars 2005. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/index.htm> (consulté le 01/11/2008)

[65] HAS-ANAES. Service recommandations et références professionnelles. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 mois de vie de l'enfant. Mai 2002. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr> (consulté le 01/11/2008)

[66] HAS (Haute Autorité de Santé). Promotion de l'allaitement maternel : Processus-Evaluation. Juin 2006. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr> (consulté le 10/11/2008)

[67] HAS. Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2005. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr> (consulté le 23/12/2008)

[68] HERRSCHER E. Comportements socioculturels liés à l'allaitement et au sevrage : le cas d'une population grenobloise sous l'Ancien Régime. "Unité d'Anthropologie: Adaptabilité Biologique et Culturelle", UMR 6578 CNRS –Preprint Annales de la Fyssen, Soumis septembre 2004- Sans retouches sur épreuves. C R Acad Sci III. 2001;324:479-87. Disponible sur : <http://halshs.archives-ouvertes.fr/> (Science de l'Homme et de la Société)

[69] INSEE. Résultats des études et enquêtes démographiques disponibles sur : <http://www.insee.fr> (consulté le 01/02/2009)

[70] INSERM. Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. Les éditions Inserm, 2006. Disponible sur : www.inserm.fr (consulté le 05/02/2009)

[71] Institut des mamans. Résultats de l'enquête disponible sur : <http://www.institutdesmamans.com> (consulté le 12/12/2008)

[72] IPA. Association Information Pour l'Allaitement. L'allaitement : un comportement humain à travers le temps et l'espace. Disponible sur : <http://assoc.ipa.free.fr/ethnologie/histoire> (consulté le 10/12/2008)

[73] PNNS. Deuxième Programme National Nutrition Santé – 2006-2010 – Actions et mesures ; septembre 2006. Ministère de la Santé et des solidarités. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr> (consulté le 20/11/2008)

[74] ROLLET C. Histoire de l'allaitement en France : pratiques et représentations. Université de Versailles, Saint Quentin en Yvelines. Laboratoire Printemps. CNRS. Mai 2006. Disponible sur : <http://www.co-naitre.net>. (consulté le 21/11/2008)

[75] RSN. BRANGER B. Journée Régionale sur l'allaitement maternel du Réseau « Sécurité Naissance - Naître Ensemble » des Pays de la Loire. Mai 2008. Disponible sur : <http://www.reseau-naissance.com> (consulté le 01/02/2009)

[76] RSN. Réseau « Sécurité Naissance - Naître Ensemble » Pays de la Loire. Bulletin n°17-décembre 2008. Disponible sur : <http://www.reseau-naissance.com> (consulté le 01/02/2009)

[77] Toute l'Europe. Disponible sur : <http://www.touteleurope.fr> (consulté le 01/02/2009)

[78] World Health Organization. Infant and young child nutrition. 54th World Health Assembly ; WHA RESOLUTION 54.2, Geneva : WHO ; 2001 (consulté le 20/11/2008)

Thèse et Mémoire

[79] DLUSKA B. Contribution à l'étude de l'allaitement maternel. Thèse pour le Doctorat en Médecine présentée et soutenue le 4 juillet 1894. (Disponible sur : <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?TPAR1894x355>)

[80] POZZOLI S. Arrêt précoce de l'allaitement maternel au cours du premier mois. Mémoire de Sage-Femme. UFR de médecine de Nantes. Ecole de Sage-Femme de Nantes. Promotion 2002-2007.

Image

Photographie de première page, disponible sur : <http://catherinelandrevie.fr>

(5) Lallemand S. *Enfances d'ailleurs, approches*

Annexes

1) Définitions de l'allaitement maternel

Selon le groupe de travail de l'ANAES* qui s'est appuyé sur les données de l'OMS et de l'*Interagency Group for Action on breastfeeding*, on peut définir les notions suivantes telles que :

- Le terme d'allaitement maternel est réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère.
- L'allaitement est exclusif lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau.
- L'allaitement est partiel lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture. En cas d'allaitement partiel, celui-ci est majoritaire si la quantité de lait maternel consommée assure plus de 80 % des besoins de l'enfant, moyen si elle assure 20 à 80 % de ses besoins et faible si elle en assure moins de 20 %.

La réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

Le sevrage correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel, et ne doit pas être confondu avec le début de la diversification alimentaire.

2) Allaiter et travailler

La reprise du travail ne doit pas être un obstacle à la poursuite de l'allaitement.

En France, il n'existe pas de congé d'allaitement. Quand cela est possible, le cumul du congé post-natal avec des congés annuels, un congé parental peut permettre de repousser la date de reprise du travail, facilitant la poursuite de l'allaitement.

Il est à noter que l'absentéisme au travail est moindre chez les mères qui allaitent leur enfant, celui-ci étant en meilleure santé.

Textes légiférant le travail et l'allaitement

Plusieurs textes de loi existent en France en faveur de l'allaitement maternel au travail et ont été revus d'après le Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. (V) du Code du travail. Le code du travail prévoit ainsi la possibilité de continuer d'allaiter son enfant lors de la reprise du travail. Pendant une année à compter de la naissance, les mères allaitant leurs enfants disposent d'une heure par jour pour l'allaitement durant les heures de travail. Ces dispositions permettent soit d'allaiter son enfant sur le lieu de travail, soit de disposer d'une heure chaque jour travaillé pour allaiter un bébé de moins d'un an (Article R1225-5, Article R1225-6). Un local dédié à l'allaitement est prévu selon l'Article R4152-13. Les femmes enceintes ou allaitantes doivent pouvoir se reposer en position allongée, dans des conditions appropriées (Article R4152-2).

Pour réussir la poursuite de l'allaitement avec la reprise du travail

Les jours travaillés, le bébé est mis au sein dès que possible même si les horaires sont irréguliers. Entre deux tétées éloignées, les seins sont stimulés par expression manuelle ou à l'aide d'un tire lait manuel ou électrique. Le lait peut être ainsi recueilli pour nourrir l'enfant entre deux tétées.

3) Textes internationaux sur l'allaitement maternel

- 1979 octobre : réunion internationale, conjointe OMS et UNICEF, sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, à Genève. Cette réunion d'experts internationaux a permis d'identifier les causes principales, responsables pour le déclin de l'allaitement maternel :

- . manque d'information et de soutien des mères
- . routines hospitalières rigides et le manque d'information des professionnels de santé
- . commercialisation agressive des substituts de lait maternel, des biberons et tétines
- . manque de structures protectrices pour les femmes qui travaillent en dehors de leur foyer.

Suite aux recommandations de la réunion, des mesures politiques ont été prises au niveau international pour protéger et promouvoir l'allaitement maternel.

- 1981 : L'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) adopte le « Code international de commercialisation de substituts du lait maternel »

- 1990 : Lignes de conduite internationale pour une politique en faveur de l'allaitement :

« La Déclaration d'Innocenti », adoptée par 32 gouvernements et 10 agences de l'ONU. Elle demande aux Etats :

- . de désigner un coordinateur national,
- . de créer un comité national pour la promotion de l'allaitement maternel,
- . de faire en sorte que les maternités respectent les Dix conditions de 1989,
- . de prendre des mesures pour mettre en œuvre le Code de 1981,
- . de promulguer des lois protégeant le droit d'allaiter pour les femmes qui travaillent.

- 1991 : Sommet international pour l'enfance (confirme les objectifs de la Déclaration Innocenti).

- 1992 : ONU déclare la 1ère « Semaine mondiale de l'allaitement maternel ».

Décembre 1992 : « La Déclaration mondiale sur la nutrition » comprend une section sur l'importance de l'allaitement maternel.

L'Initiative pour des Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB)

L'IHAB est un concept international proposé depuis 1992 par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Unicef.

L'objectif de cette initiative est de mettre en place des pratiques hospitalières favorisant le respect des besoins et des rythmes du nouveau-né afin d'améliorer l'accueil de celui-ci. L'équipe d'un service « Ami des Bébés » favorise la proximité mère –enfant d'une part, et encourage, accompagne et protège l'allaitement maternel d'autre part. Elle assure à chaque enfant et à sa mère, le meilleur capital santé et le meilleur attachement possible. C'est une démarche de qualité, qui passe par l'attribution du label « Hôpital Ami des Bébés ».

L'Initiative Hôpital Ami des Bébés s'inscrit parmi les autres stratégies internationales pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel dans tous les pays. Plusieurs des Dix recommandations de l'OMS et de l'UNICEF sont bénéfiques aussi pour les bébés non allaités puisqu'elles favorisent une bonne relation mère enfant.

En 2007, on compte près de 20000 hôpitaux « Amis des Bébés » dans le monde, environ 650 en Europe dont plusieurs CHU. En France nous avons à ce jour 5 maternités « Amies des Bébés ».

Les « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, Genève, 1989.

- Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
- Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique.
- Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique.
- Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
- Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement maternel et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur bébé.
- Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
- Laisser l'enfant avec sa mère 24h/24.
- Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
- Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
- Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de la maternité.

Résumé du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel, OMS, Genève, 1981.

- Interdire la promotion de ces produits auprès du grand public.
- Interdire la distribution d'échantillons gratuits aux mères.
- Interdire la promotion de ces produits dans les établissements sanitaires.
- Interdire le recours à des infirmières payées par les fabricants pour donner des conseils aux parents.
- Interdire la distribution de cadeaux et d'échantillons personnels aux professionnels de la santé.
- Interdire la promotion écrite ou imagée qui idéaliserait l'alimentation artificielle, y compris de photos de bébés sur les étiquettes des produits
- S'assurer que les professionnels de la santé reçoivent une information scientifique et se limitant aux faits.
- Exiger que toute information sur les aliments commerciaux pour bébés, y compris l'étiquette, mentionne clairement la supériorité de l'allaitement au sein et comporte une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
- Interdire la promotion des produits inadéquats pour les bébés, comme le lait concentré sucré.
- S'assurer que tous les produits sont de bonne qualité et à ce qu'on prenne en considération les conditions climatiques et d'entreposage du pays dans lequel ils sont utilisés.

4) Questionnaires remis aux maternités pour l'enquête (3 parties)

Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire

Commission Allaitement maternel

Recherche-Action

Durée de l'allaitement maternel dans les Pays de la Loire pour des nouveau-nés sortant directement de maternité

Protocole d'enquête
Rédaction : B. Branger

Version du 2 avril 2007

Partie 1 : A remplir en maternité, avant la sortie, par la mère et les soignants

Vos coordonnées où l'on pourra vous joindre pendant 6 mois

- Madame
- Tél de la maison - Tel d'un autre lieu
- Tel portable.....
- Votre adresse de domicile

Parents

- 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

- Année de naissance de la mère

- Avez-vous eu une **chirurgie des seins** (réduction mammaire ou plastie) ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐

- Avez-vous été allaitée par votre **mère** ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sais pas ☐

- Le père a-t-il été allaité par sa **mère** ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sais pas ☐

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

- Les **autres enfants** ont-ils été allaités :

- 1. Oui, tous ☐ 2. Oui, une partie ☐ 3. Non, aucun ☐ 9. Sans objet ☐

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 pour votre bébé actuel ?

- 1. Avant la grossesse ☐ 2. Pendant la grossesse ☐ 3. A la naissance ☐ 4. Ne sais pas ☐

- Combien de temps avez-vous **prévu** d'allaiter en tout (en semaines) ?

.....

- Avez-vous suivi des cours de **préparation** à la naissance ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐

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

- 1. Oui, beaucoup ☐ 2. Oui, un peu ☐ 3. Non, assez peu ☐ 4. Pas du tout ☐

- Votre **poids** avant la grossesse - Votre **taille**

.....

- Avez-vous eu un **forceps** ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Avez-vous eu une **ventouse** ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Avez-vous eu une **anesthésie péridurale** ou une **rachi-anesthésie** ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Avez-vous eu une **césarienne** ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Avez-vous eu une **épisiotomie** ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. J'ai eu une césarienne ☐

Nouveau-né à la naissance

- Quelle était la **date prévue** d'accouchement ?
- Date de naissance - Poids de naissance - Sexe : 1. Garçon ☐ 2. Fille ☐

- Le bébé a-t-il été mis en **peau-à-peau** (sur votre poitrine) en salle de naissance ?
1. Oui ☐ 2. Non ☐

Si oui, pendant combien de temps (en minutes) ?

- La **première mise au sein** a-t-elle eu lieu en salle de naissance ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- A-t-il **tété** dans les 2 premières heures ☐ ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐

Séjour à la maternité

- Avez-vous **gardé le bébé** dans votre chambre :

- 1. Oui, tous les jours et toutes les nuits ☐ 2. Oui, la journée, mais pas toutes les nuits ☐
- 3. Oui, la journée, mais jamais la nuit ☐

Dans ce dernier cas, est-ce que l'on vous ramenait le bébé la nuit pour téter ?

- 1. Oui tout le temps ☐ 2. Oui, parfois ☐ 3. Non, jamais ☐

- Le bébé a-t-il eu une **sucette** en maternité ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐

- Le bébé a-t-il reçu un **complément** (autre alimentation en dehors du sein) ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐

Le complément était : Du lait en poudre ☐ De l'eau ☐ Du lait maternel ☐

Autre chose ☐.....

Combien de fois en tout ?

- Considérez-vous que **la forme de vos mamelons** a pu gêner la mise au sein de votre bébé ?
1. Oui, certainement ☐ 2. Oui, un peu ☐ 3. Non, pas du tout ☐

- Avez-vous eu des **crevasses** ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐

- Avez-vous eu des **douleurs aux tétées** ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐

- Avez-vous **utilisé** : Un tire-lait ☐ Des bouts de sein ☐ Des coquilles ☐

- Quel a été le **poids le plus bas** de votre bébé à la maternité ?

- 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 ☐

- Vous diriez, **en général**, que :

- 1. Vous avez toujours **confiance** en vous ☐ 2. Vous avez souvent confiance en vous ☐
- 3. Vous avez rarement confiance en vous ☐ 4. Vous ne savez pas dire ☐

Sortie

- Date de sortie - **Poids de sortie** du bébé

- Pour **commencer à le faire téter**, vous devez :

1. Juste le placer devant le sein et il tète ☐ 2. Le stimuler légèrement pour le faire téter ☐

3. Le stimuler vraiment, ou le changer de position ☐ 4. Il ne se réveille pas vraiment ☐

- Vous diriez que, en général, le bébé **tête** :

1. Tout de suite ☐ 2. Il faut attendre un peu ☐ 3. C'est variable ☐ 4. Je ne sais pas dire ☐

- Lors de la tétée, en général, la **succion** du bébé est

1. Très bonne ☐ 2. Bonne ☐ 3. Pas très bonne ☐
4. Cela dépend des moments ☐ 5. Je ne sais pas dire ☐

- Si le bébé a eu des **difficultés**, elles surviennent :

1. A chaque tétée ☐ 2. Une tétée sur deux ☐
3. A moins de 3 tétées/ jour ☐ 4. Le bébé n'a pas eu vraiment de difficultés ☐
5. Je ne sais pas dire ☐

- **L'intervalle entre les tétées** est en général de :

1. Moins de 3 heures ☐ 2. Entre 3 et 6 heures ☐
3. Plus de 6 heures ☐ 4. C'est variable ☐

- 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 ☐

- Que **diriez-vous** de l'allaitement maternel pendant le séjour :

1. Ça s'est très bien passé ☐ 2. Ça s'est plutôt bien passé ☐
3. Ça ne s'est pas très bien passé ☐ 4. Je ne sais pas dire ☐

- Avez-vous reçu des **conseils et des adresses** pour le retour au domicile ?

1. Oui, des conseils et des adresses ☐ 2. Oui, seulement des conseils ☐
3. Oui, seulement des adresses ☐ 4. Non, rien de tout cela ☐

- Avez-vous reçu les **trois plaquettes** relatives à l'allaitement :

1. Oui, toutes ☐ 2. Oui, une ou deux ☐ 3. Aucune ☐

- Quelle **contraception** avez-vous prévue de mettre en route :

0. Aucune ☐ 1. Préservatifs ☐ 2. Pilule classique ☐
3. Micro-pilule ☐ 4. Méthode MAMA ☐ 5. Je n'en ai pas besoin ☐
6. Implant ☐ 7. DIU ☐

➔ **Commentaires que vous aimeriez faire**

Partie 2 : A remplir au téléphone à 1 mois, 2 mois, 3 mois, 6 mois

Reproduire autant de fois que nécessaire

- Date du téléphone
- **A ce jour, allaitez-vous encore :**
 - 1. Oui en totalité ☐ 2. Oui, partiellement ☐ 3. Non, j'ai arrêté ☐
- Avez-vous un **travail** à reprendre ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. J'ai déjà repris ☐
- A partir de quand (date ou semaines) ?

Vous et votre enfant au sein depuis la sortie ou le dernier téléphone

- Dernier poids du bébé et la date
- Le bébé a-t-il une **sucette** ? 1. Oui, très souvent ☐ 2. Oui, souvent ☐
3. Oui, quelquefois ☐ 4. Non, jamais ☐
- Reçoit-il un **complément** en dehors ou à la place des tétées ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
Le complément est : Du lait en poudre ☐ Du lait maternel que je tire ☐ De l'eau ☐ Des jus de fruits ☐
Combien de fois en moyenne par jour ?
- (Pour 3 et 6 mois) à quel âge, le bébé a-t-il pris :
Jus de fruits Compote de fruits Légumes
- Avez-vous eu des **crevasses** depuis la sortie de maternité ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Avez-vous eu des **douleurs aux tétées** depuis la sortie de maternité ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Pour **commencer à le faire téter**, vous devez :
 - 1. Juste le placer devant le sein et il tète ☐ 2. Le stimuler légèrement pour le faire téter ☐
 - 3. Le stimuler vraiment, ou le changer de position ☐ 4. Il ne se réveille pas vraiment ☐
- Lors de la tétée, en général, **la succion** du bébé est :
 - 1. Très bonne ☐ 2. Bonne ☐ 3. Pas très bonne ☐ 4. Cela dépend des moments ☐
- **L'intervalle entre les tétées** est en général de :
 - 1. Moins de 3 heures ☐ 2. Entre 3 et 6 heures ☐
 - 3. Plus de 6 heures ☐ 4. C'est variable ☐
- 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** depuis le dernier téléphone 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 ☐
- Vous diriez que le bébé a eu des **difficultés** pour tétée :
 - 1. A chaque tétée ☐ 2. A la moitié des tétées ☐
 - 3. A moins de 3 tétées/ jour ☐ 4. Le bébé n'a pas eu vraiment de difficultés ☐
 - 5. Je ne sais pas dire ☐

- Vous **diriez actuellement** que :

1. Vous allaitez à la demande de l'enfant ☐
2. Vous avez des horaires fixes pour les tétées ☐
3. Un peu des deux selon le jour ou le moment dans la journée ☐

- Quelle **contraception** avez-vous en ce moment :

- | | | |
|--|--|---|
| 0. Aucune ☐ | 1. Préservatifs ☐ | 2. Pilule classique ☐ |
| 3. Micro-pilule ☐ | 4. Méthode MAMA ☐ | 5. Je n'en ai pas besoin ☐ |

- Quelles **difficultés** avez-vous rencontrées lors de la dernière période :

Pour la mère

- | | |
|---|--|
| = Pas assez de lait ☐ | = Pas assez d'aide de la famille ☐ |
| = Crevasses ou problèmes de mamelons ☐ | = Pas assez d'aide des professionnels ☐ |
| = Fatigue ☐ | = Père pas assez impliqué ☐ |
| = Lait « pas bon » ☐ | = Vous avez fait une dépression ☐ |
| = Trop de tétées le jour ☐ | = Vous êtes tombée malade ☐ |
| = Trop de tétées la nuit ☐ | Quelle maladie ? |

Pour l'enfant

- | | |
|---|--|
| = Trop goulé ☐ | = Trop énervé ☐ |
| = Trop calme, ne prenant pas assez ☐ | = Courbe de poids pas assez forte ☐ |
| = Courbe de poids trop forte ☐ | |
| = Le bébé est tombé malade ☐ | Quelle maladie ? |

Pour les soignants et professionnels (médecins, puéricultrices...)

- = Difficultés à joindre un professionnel ☐
- = Difficultés de contacts avec des professionnels ☐
- = Discours inappropriés ou variables ☐
- = Manque de confiance de leur part ☐
- = Défaut d'écoute ☐
- = Autre problème ☐

Pour la famille et l'entourage

- = Une aide positive ☐
- = Un manque d'aide de la famille ☐
- = Des difficultés avec la famille ☐
- = Autre problème ☐

- Vous avez été en contact (téléphone ou visite pour le bébé) **depuis la dernière communication téléphonique de l'enquête** avec (cocher si oui, et nombre de fois si possible) :

- | | |
|--|---|
| Médecin généraliste ☐ | Sage-femme libérale ☐ |
| Médecin de PMI ☐ | Sage-femme hospitalière ☐ |
| Pédiatre libéral ☐ | Sage-femme de PMI ☐ |
| Pédiatre hospitalier ☐ | Puéricultrice de PMI ☐ |
| Urgences hospitalières ☐ | Consultante en lactation ☐ |
| Puéricultrice de la maternité ou de l'hôpital ☐ | Association d'aide à l'allaitement ☐ |
| | Autre personne ☐ |

- A ce jour, vous êtes, vis-à-vis du **travail**, en :

- | | |
|---|---|
| 1. Activité comme avant ma grossesse ☐ | |
| 2. Activité, mais à un temps réduit par rapport à avant ma grossesse ☐ | |
| 3. Congé de maternité ☐ | 4. Congé parental ☐ |
| 5. Congés annuels ☐ | 6. Arrêt-maladie ☐ |
| 7. Vous ne reprenez pas le travail que vous aviez avant la grossesse ☐ | |
| 8. Vous n'avez jamais travaillé ☐ | 9. Vous êtes étudiante ☐ |
| 10. Vous êtes en recherche d'emploi ☐ | |
| 11. Invalidité, handicap ☐ | 12. Autre situation ☐ |

.....

- Si vous avez **repris un travail** :

- Connaissez-vous vos **droits** en matière d'allaitement et travail (*les énumérer éventuellement, c'est dans une plaquette....*) ?

1. Oui, totalement ☐ 2. Oui, partiellement ☐ 3. Non, pas du tout ☐

- Il y a eu des problèmes, autour de l'allaitement, avec mon **employeur** : 1. Oui ☐ 2. Non, aucun ☐

Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....

- Il y a un **local** où vous avez pu tirer votre lait ou allaiter votre enfant :

1. Oui, très bien ☐ 2. Oui, mais ce n'est pas commode ☐ 3. Pas du tout ☐

- Vous avez pu **tirer votre lait** sur le lieu de travail :

1. Oui, j'ai pu tirer ☐ 2. Non, je n'ai pas pu ☐ 3. Je n'avais pas besoin de le faire ☐

- Vous avez pu **conserver votre lait**, tiré au domicile, sur votre lieu de travail :

1. Oui, il y avait un réfrigérateur disponible ☐ 2. Non, je n'ai pas pu ☐
3. Je n'avais pas besoin de le faire ☐

- Vous avez pu **prendre du temps** pour vous absenter et/ou allaiter votre enfant :

1. Oui, j'ai pu le faire ☐ 2. Non, je voulais, mais je n'ai pas pu ☐
3. Je n'ai pas eu à demander de le faire ☐ 4. Autre situation ☐

.....

➔ Pour le professionnel qui téléphone : avez-vous donné des **conseils** au cours de la communication téléphonique ? 1. Oui, beaucoup ☐ 2. Oui, un peu ☐ 3. Non, aucun ☐

De quelle nature ?

.....
.....
.....
.....
.....

Uniquement pour les mères qui ont arrêté

- **Date** de la dernière tétée au sein

- Avez-vous contacté un **professionnel** au moment de l'arrêt de l'allaitement ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐

Si oui, quel professionnel (*cocher un ou plusieurs*) ?

Médecin généraliste ☐

Sage-femme libérale ☐

Médecin de PMI ☐

Sage-femme hospitalière ☐

Pédiatre libéral ☐

Sage-femme de PMI ☐

Pédiatre hospitalier ☐

Puéricultrice de PMI ☐

Urgences hospitalières ☐

Consultante en lactation ☐

Puéricultrice de la maternité ou de l'hôpital

Association d'aide à l'allaitement ☐

☐

..... Autre personne ☐

.....

- 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 ☐

- Les **raisons** qui ont entraîné l'arrêt de l'allaitement sont en lien avec (*plusieurs réponses possibles*) :

- Le projet personnel de la mère ☐ - L'état physique de la mère ☐

- L'état physique de l'enfant ☐

- Les relations avec l'enfant ☐

- Les conditions de travail ☐

- La reprise du travail ☐

- Des raisons invoquées par un professionnel ☐ → lequel ?

.....

- La demande du père ☐

- La demande de l'entourage ☐

- D'autres raisons ☐

Décrivez le plus précisément possible les raisons du sevrage en distinguant le projet de la mère des contraintes qu'elle semble subir : travail, contraintes physiques, contraintes de l'enfant, entourage, professionnels (en plus ou en moins)

.....

.....

- 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 ☐

Résumé

Une enquête a été réalisée au cours de l'année 2007 par le « Réseau Sécurité-Nâître Ensemble » des Pays de la Loire dans 15 maternités volontaires. La durée de l'allaitement est de 15 semaines. Les facteurs associés à la durée sont essentiellement préexistants à la grossesse (âge maternel, catégorie socioprofessionnelle, parité, l'indice de masse corporelle). Les pratiques hospitalières ont une incidence plus modérée (cohabitation mère-enfant, compléments). Au retour à domicile, c'est principalement l'absence de compléments et la qualité de la tétée qui prolongent la durée.

Face aux résultats et en comparaison à la littérature, nous avons voulu proposer des solutions permettant aux mères d'aboutir à leur projet d'allaitement maternel.

Mots-clés

Allaitement maternel, alimentation du nourrisson, projet d'allaitement, initiation, durée, facteurs associés, Pays de la Loire.