



HAL
open science

Le rôle des médecins généralistes dans la durée de l'allaitement maternel : enquête prospective sur 6 mois

Michaël Wimmer

► **To cite this version:**

Michaël Wimmer. Le rôle des médecins généralistes dans la durée de l'allaitement maternel : enquête prospective sur 6 mois. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01062963

HAL Id: dumas-01062963

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01062963>

Submitted on 11 Sep 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2014

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR :

Michaël WIMMER

Né le 05/05/1981 à BOURGES

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 JUIN 2014

**LE RÔLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA DUREE DE
L'ALLAITEMENT MATERNEL : ENQUETE PROSPECTIVE SUR 6 MOIS**

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur HERMIL Jean-Loup
DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Marc LEVY
MEMBRES DU JURY : Monsieur le Docteur Alain MERCIER
 Monsieur le Docteur Philippe NGUYEN THANH

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSEESSEURS : Professeur Michel GUERBET
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H.PIGUET - C. THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES: MM. M-P AUGUSTIN - J. ANDRIEU-GUITRANCOURT- M. BENOZIO - J. BORDE – Ph. BRASSEUR- R. COLIN - E. COMOY – J. DALION -P. DESHAYES - C. FESSARD - J.P FILLASTRE - P. FRIGOT - J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND – G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR - J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mlle MAGARD –MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY – P. MITROFANOFF - Mme A.M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H. PIGUET - M. SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS - J.C. SCHRUB-R. SOYER – B. TARDIF - TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ-P. TRON - C. WINCKLER - L.M. WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY (Surnombre)	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales

M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (Surnombre)	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine Interne – Gériatrie
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatologie - Gastro – Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique – Traumatologique
M. Fabrice DUPARC Traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme. Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato – vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie – obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro – Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (Surnombre)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie – Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES reproduction	HCN	Biologie et méd. du développement et de la
M. Jean-Christophe RICHARD	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMANE	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie-Gastro

Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (surnombre)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIE	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie

M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Science du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique

Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
-------------------------	---------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane EL MEOUCHE	Bactériologie
Mme Juliette GAUTIER	Galénique
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

III- MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine Générale
---------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS:

M. Pierre FAINCILBERG	UFR	Médecine Générale
-----------------------	-----	-------------------

M. Alain MERCIER	UFR	Médecine Générale
------------------	-----	-------------------

M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine Générale
--------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine Générale
----------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine Générale
------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine Générale
--------------------------	-----	-------------------

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS: Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB – Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL
Rouvray

CHS – Centre Hospitalier Spécialisé du

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaelle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 614)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 644)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

➤ **A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL**, Président du jury :

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury.

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

➤ **A Monsieur le Docteur Marc LEVY :**

J'ai eu la chance de beaucoup apprendre à vos côtés pendant ma formation en pédiatrie.

Vous avez accepté de me guider dans ce travail de thèse. Veuillez recevoir le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

➤ **A Monsieur le Docteur Alain MERCIER :**

Vos conseils et votre disponibilité ont permis l'aboutissement de ce projet. Veuillez recevoir le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

➤ **A Monsieur le Docteur NGYEN THANH :**

Vous avez su, en qualité de tuteur, me guider au cours de ces trois années d'internat.

Vous me faites aujourd'hui l'honneur de juger ce travail de thèse.

Je vous en remercie et vous prie de recevoir l'expression de ma profonde considération.

➤ **A mes parents, ma famille :**

Pour avoir cru en mes capacités et m'avoir dirigé dans cette voie.

Pour m'avoir écouté, conseillé et soutenu avec amour tout au long de ma vie et de ces longues études.

➤ **A ma femme, Nicoleta :**

Pour ton soutien et tes encouragements en toutes circonstances.

Tout simplement pour l'amour que tu me portes et que tu porteras à notre enfant.

➤ **A mes amis :**

Votre humour et votre regard extérieur au monde médical m'ont permis de décompresser et relativiser lors des moments difficiles.

➤ **A tous ceux qui ont participé à ma formation** et plus particulièrement :

Aux Docteurs De Golmard, Valla et Bernard pour m'avoir fait aimer la médecine générale et pour la confiance que vous m'accordez en me proposant d'exercer encore à vos côtés.

Au Docteur Mercier pour votre disponibilité permanente m'ayant permis de finaliser mes études même en dehors de la faculté pendant ces trois années passées en tant que médecin remplaçant.

ABREVIATIONS UTILISEES :

A.A.P.	Américain Academy of Pediatrics
A.C.L.P.	Association des Consultants en Lactation Professionnels de Santé
A.F.C.L.	Association Française des Consultations en Lactation
A.F.L.F.	Association Française des Lactariums de France
A.H.R.Q.	Agency for Healthcare Research and Quality
A.I.N.S.	Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
A.N.A.E.S.	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
A.P.A.	Action Pour l'Allaitement
A.R.S.	Agence Régionale de Santé
B.E.H.	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
C.E.R.D.A.M.	Centre De Ressources de l'Allaitement Maternel
C.N.A.	Conseil National de l'Allaitement
Co.F.A.M.	Coordination Française pour l'Allaitement Maternel
C.R.E.F.A.M.	Centre de Recherche, d'Evaluation et de Formation sur l'Allaitement Maternel
D.G.S.	Direction Générale de la Santé
D.R.E.E.S.	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
E.N.P.	Enquête Nationale Périnatale
E.M.R.C.	Etude Multicentrique sur les Valeurs de Référence pour la Croissance
E.P.I.F.A.N.	Epidémiologie en France de l'Alimentation et de l'état Nutritionnel des Enfants
H.A.S.	Haute Autorité de Santé
I.B.F.A.N.	International Baby Food Action Network
I.B.L.C.E.	International Board of Lactation Consultant Examiner
I.L.C.A.	International Lactation Consultant Association
I.N.S.E.R.M.	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
In. V.S.	Institut de Veille Sanitaire

I.P.A.	information pour l'Allaitement
J.N.A.	Journée Nationale de l'Allaitement
L.L.F.	Leche Ligue France
L.L.I.	Leche League International
O.I.T.	Organisation Inter Nationale du Travail
O.M.S.	Organisation Mondiale de Santé
O.N.G.	Organisation Non Gouvernementale
O.R.L.	Oto Rhino Laryngologie
P.M.I.	Protection Maternelle et Infantile
P.N.N.S.	Programme National de Nutrition et Santé
P.R.A.L.L.	Programme Relais Allaitement
R.G.O.	Reflux Gastro Œsophagien
S.M.A.M.	Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel
U.N.I.C.E.F.	United Nations International Children's Emergency Fund
U.S.E.N.	Unité de Surveillance et d'Epidémiologie Nutritionnelle
V.A.S.	Voies Aériennes Supérieures
V.R.S.	Virus Respiratoire Syncytial
W.A.B.A.	World Alliance for Breastfeeding Action

<u>INTRODUCTION</u>	21
<u>CHAPITRE I : L'ALLAITEMENT MATERNEL DANS SON ENSEMBLE</u>	24
<u>1. LES BENEFICES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL</u>	24
1.1. Les bénéfices pour la santé de l'enfant	24
1.1.1.Croissance et prévention de l'obésité	24
1.1.2.Prévention du risque vasculaire	27
1.1.3.Allaitement et diabètes	28
1.1.4.Allaitement et développement cognitif	28
1.1.5.Des infections moins fréquentes et moins graves	31
1.1.6.Moins d'allergies chez les nouveau-nés à risque	32
1.1.7.Autres	33
1.2. Les bénéfices pour la santé de la mère	33
1.3. Amélioration du rapport mère / enfant	34
1.4. Les bénéfices économiques	34
<u>2. LE CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL</u> ..	35
2.1. Le taux d'allaitement en France	35
2.1.1.Les sources de données épidémiologiques disponibles en France proviennent	35
2.1.2.Le taux d'allaitement dans les maternités françaises ne cesse d'augmenter depuis les années 70	36
2.1.3.De fortes variations régionales	37
2.2. Le taux d'allaitement français comparé à ceux des pays européens	40
2.3. La durée médiane de l'allaitement en France	41
2.4. Les durées médianes d'allaitement en Europe	41
2.5. En conclusion	42
<u>3. LES FACTEURS INLUENCANT L'ALLAITEMENT MATERNEL</u>	43
3.1. Les critères socio-démographiques maternels	43

3.2. L'entourage familial.....	43
3.3. L'information et la décision d'allaiter	43
3.4. La qualité du séjour à la maternité et du retour au domicile.....	44
3.5. Le congé maternité et la reprise du travail.....	46
3.5.1.La durée du congé maternité	46
3.5.2.La reprise du travail.....	47
3.6. Les cas particuliers : les enfants prématurés et les familles défavorisées.....	48
3.6.1.Les enfants prématurés.....	48
3.6.2.Les populations défavorisées.....	49
4. <u>PROMOTION, PROTECTION ET SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT</u>	
<u>MATERNEL</u>	49
4.1. Les principaux textes des organismes internationaux.....	49
4.1.1.Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel en 1981	50
4.1.2.Les 10 conditions pour le succès de l'allaitement en 1989.....	50
4.1.3.Convention internationale relative aux droits de l'enfant en 1989.....	51
4.1.4.La déclaration conjointe d'Innocenti en 1990.....	51
4.1.5.La directive européenne 2006/141/CE en 2006.....	51
4.1.6.L'initiative hôpital ami des bébés dès 1992.....	52
4.2. Les recommandations internationales et nationales	55
4.3. Les protagonistes de la promotion de l'allaitement en France et leurs actions..	56
4.3.1.Les associations	56
4.3.2.P.M.I.....	60
4.3.3.Les professionnels de santé.....	61
4.3.4.Le ministère de la santé : Le P.N.N.S. 3 et l'allaitement.....	61
5. <u>LES PROPOSITIONS D'ACTION POUR AMELIORER L'ALLAITEMENT</u>	
<u>MATERNEL EN FRANCE</u>	62

<u>CHAPITRE 2 : ENQUETE PROSPECTIVE DANS LES DEUX MATERNITES D'EVREUX ET VERNON</u>	67
1. <u>L'ENQUETE</u>	67
1.1. Objectif/descriptif de l'enquête	67
1.2. Matériel et méthode.....	68
1.3. Population étudiée.....	69
1.4. Questionnaire standardisé	70
1.5. Recrutement et recueil des données.....	72
1.6. Analyse statistique	73
2. <u>RESULTATS</u>	73
2.1. Statistiques descriptives.....	73
2.2. Interprétation	88
3. <u>DISCUSSION</u>	109
3.1. La durée médiane d'allaitement et son évolution.....	109
3.2. Cibler les mères qui sont à risque de sevrage précoce.....	109
3.3. L'omniprésence de la médecine générale en matière d'allaitement	111
3.4. Les motifs de consultations induites par les difficultés rencontrées pendant l'allaitement et la qualité des réponses apportées par les médecins généralistes	112
3.5. Efficacité d'une consultation précoce de soutien à l'allaitement lorsqu'elle est assurée en médecine générale et importance d'une formation complémentaire.....	114
4. <u>LIMITES ET BIAIS DE L'ENQUETE</u>	116
5. <u>CHANGEMENTS ET PROPOSITIONS D'AMELIORATION POUR FAIRE PROGRESSER L'ALLAITEMENT MATERNEL</u>	118
5.1. Modifier la représentation culturelle de l'allaitement dans notre société en éduquant et en informant	118
5.2. Promouvoir l'allaitement et informer les femmes <u>pendant la grossesse</u>	119
5.3. Encourager les maternités à être en conformité avec les standards I.H.A.B. de pratique optimale	120

5.4. Mettre en place, entre J 8 et J 15, une consultation d'évaluation de l'allaitement par un professionnel formé et encourager toutes les formes de soutien à l'allaitement <u>dès les premiers jours qui suivent la sortie de la maternité.</u>	120
5.5. Utiliser les standards de croissance de l'O.M.S. pour le suivi des enfants allaités	121
5.6. Allonger la période post-natale du congé maternité rémunéré de 10 à 14 semaines	123
5.7. Informer les mères sur leurs droits à poursuivre l'allaitement malgré la reprise du travail, et convaincre les employeurs que l'allaitement leur est également bénéfique	123
5.8. Améliorer les connaissances des médecins généralistes en matière d'allaitement	124
6. <u>CONCLUSION</u>	126
<u>ANNEXES</u>	128
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	157

INTRODUCTION

L'allaitement maternel exclusif est considéré par l'O.M.S. comme l'alimentation idéale du nourrisson jusqu'à l'âge de six mois. ⁽¹⁻³⁾

Il est maintenant reconnu scientifiquement que le lait maternel a des propriétés biologiques et immunitaires qui aident au bon développement du nourrisson et le protège des agressions du monde extérieur. Ces avantages sont dépendants de l'exclusivité et de la durée de l'allaitement.

Outre les bienfaits pour la santé de l'enfant et de sa mère, les bénéfices économiques pour la famille et le système de santé publique sont colossaux même s'ils sont difficilement chiffrables actuellement.

Forts de ces constatations scientifiques, de nombreux organismes nationaux et internationaux mettent en œuvre des campagnes d'information, de promotion et tentent de faciliter la vie des femmes allaitantes. Les objectifs sont clairement établis : augmenter le taux d'allaitement à la naissance et augmenter la durée totale de l'allaitement maternel.

Malgré les progrès réalisés depuis les années 70, l'allaitement reste insuffisant dans la plupart des pays développés.

Malheureusement, cela s'avère particulièrement vrai pour la France qui reste l'un des pays européens les plus en retard en matière d'allaitement, tant sur le plan de son taux d'initiation que sur sa durée.

Il est démontré que toutes les interventions visant à encourager l'allaitement sont bénéfiques, et ce, quel que soit l'intervenant, professionnel de santé ou non. ⁽¹⁾

Parmi toutes les initiatives actuelles et à venir, nous allons tenter d'établir le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement des femmes qui ont fait le choix d'allaiter, dans le but de

les aider à faire bénéficier leur enfant le plus longtemps possible de cette alimentation irremplaçable.

DEFINITIONS (SELON L’A.N.A.E.S.) ⁽²⁾

L’allaitement est considéré comme « *exclusif* » lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait humain (de sa mère ou d’une autre femme, éventuellement exprimé) à l’exclusion de tout autre ingestat, solide ou liquide (y compris l’eau.), sauf les médicaments, vitamines, ou suppléments minéraux qui peuvent être donnés sous forme de gouttes ou de sirop.

Il est qualifié de « *partiel ou mixte* » lorsqu’il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l’eau sucrée ou non, des solutés de réhydratation, ou toute autre nourriture.

L’alimentation indirecte du nourrisson avec du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s’il ne s’agit pas d’un allaitement directement au sein.

Le « *sevrage* » correspond à un arrêt complet de l’allaitement maternel (il ne doit pas être confondu avec la diversification ou l’allaitement partiel).

RECOMMANDATIONS

L’O.M.S. et l’U.N.I.C.E.F. ont défini le profil d’une alimentation idéale pour permettre une croissance et un développement sains durant la petite enfance (de 0 à 2 ans).

Ces recommandations générales doivent être adaptées à chaque enfant. Elles constituent le squelette d’une bonne hygiène alimentaire dans le cas général.

Ces organisations recommandent :

- d’allaiter de façon exclusive les enfants pendant les 6 premiers mois de vie (résolution W.H.A. 54.2 de l’Assemblée Mondiale de la Santé, Mai 2001).⁽³⁾

Révision des recommandations de 1980 qui préconisaient un allaitement exclusif jusqu'à 4 à 6 mois).

- d'introduire des aliments de complément à partir de six mois, en fonction des besoins spécifiques de l'enfant.
- de poursuivre l'allaitement des enfants jusqu'à leur deuxième année ou plus, tout en leur donnant des aliments de compléments appropriés.

Ces recommandations concernent aussi bien les pays pauvres que riches, elles sont universelles car fondées sur le fonctionnement physiologique des organismes des nouveau-nés et nourrissons.

CHAPITRE I : L'ALLAITEMENT MATERNEL DANS SON ENSEMBLE

1. LES BENEFICES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

1.1. Les bénéfices pour la santé de l'enfant

Le lait maternel est un aliment évolutif.

La composition du lait mature est atteinte très rapidement, quatre à cinq jours après le début de l'allaitement. Sa composition varie en fonction de l'âge de l'enfant, de son terme, et même en fonction du moment de la tétée.

La parfaite adéquation du profil des protéines, lipides et glucides, fait que le lait maternel est adapté à chaque étape du développement du nouveau-né.

Le lait contient également des hormones, des facteurs de croissance, des cytokines, des cellules immunocompétentes etc., qui lui confèrent de nombreuses propriétés biologiques et immunitaires afin de protéger le nouveau-né, particulièrement vulnérable, des infections. ⁽⁴⁾

1.1.1. Croissance et prévention de l'obésité

Durant la première année de vie, l'interprétation faite dans les différentes études des courbes de croissance staturo-pondérales a longtemps été trompeuse. En effet, les enfants allaités exclusivement s'écartent sensiblement des premières courbes de référence. Ces variations étaient en grande partie dues au fait que les courbes éditées en 1977 ont été basées sur le développement d'enfants nourris majoritairement à base de préparations industrielles (le taux d'allaitement était au plus bas dans les années 70). ⁽⁴⁾

Afin de corriger ce biais, l'O.M.S. a entrepris une étude multicentrique sur les valeurs de références pour la croissance (E.M.R.C.) entre 1997 et 2003 afin d'établir de nouvelles courbes permettant d'évaluer la croissance et le développement des enfants du monde entier.
(5)

L'étude a porté sur 8500 nourrissons et jeunes enfants en bonne santé ayant des origines ethniques et des environnements culturels très divers (6 pays : Brésil, Etats-Unis, Inde, Ghana, Norvège, Oman). Les mères des enfants choisis s'engageaient à adopter des pratiques de base en faveur de la santé comme ne pas fumer et surtout allaiter au sein exclusivement jusqu'à 4 mois au minimum puis en y associant une alimentation diversifiée jusqu'à 2 ans.

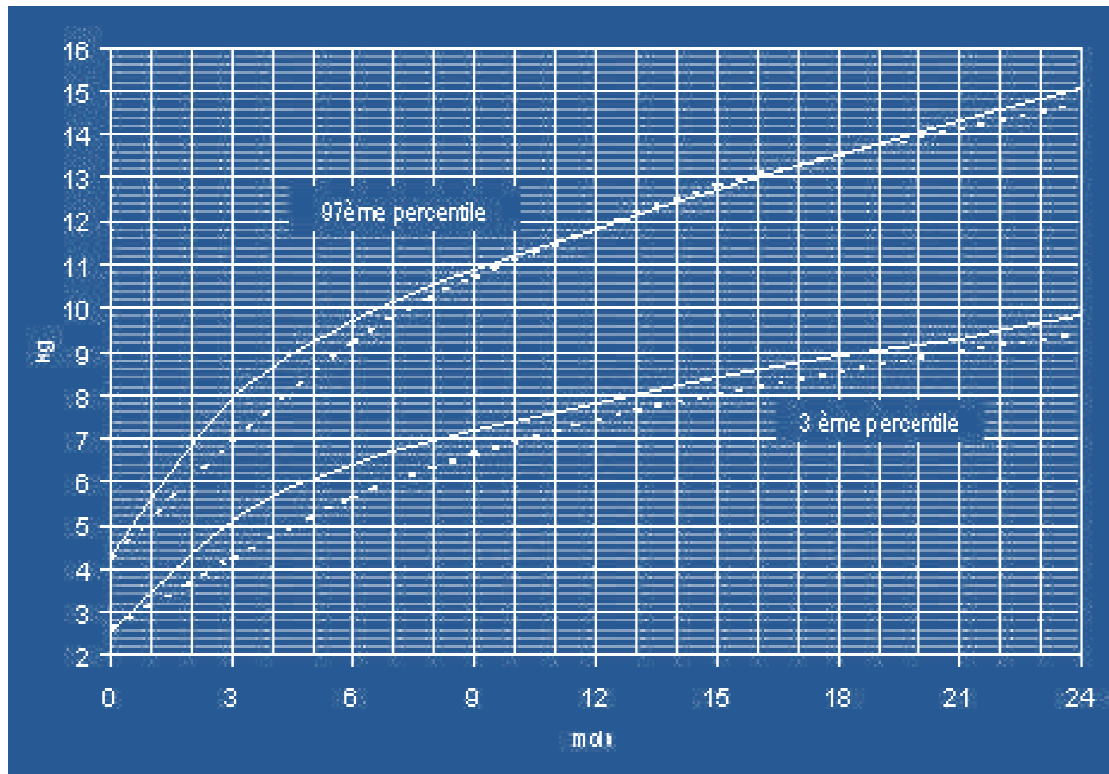
Ainsi les nouvelles courbes obtenues peuvent servir de références internationales pour décrire au mieux la croissance physiologique de tous les enfants de moins de 5 ans.

L'enfant allaité devient le modèle normatif de croissance et de développement.

Le fait que les courbes obtenues soient quasi identiques quelles que soient les latitudes ou les ethnies font du lait un aliment universel.

Malheureusement, les courbes de croissance disponibles dans les carnets de santé des nouveau-nés français correspondent aux anciennes références et elles ont tendance à discréditer les bienfaits de l'allaitement maternel.

Comparaison des courbes de croissance de l'O.M.S. (trait plein) et des courbes françaises (pointillés) pour les garçons dans les 24 premiers mois.



On peut constater que chez les nourrissons allaités, la croissance en poids et en taille est plus forte pendant les 4 premiers mois que celle des nourrissons nourris artificiellement, puis, elle s'infléchit à partir de 4 mois pour arriver en moyenne, à l'âge de 1 an, à 600 grammes de moins et 1 cm de moins que chez les nourrissons nourris avec du lait artificiel. ^(6,7)

Ainsi, l'efficacité de l'allaitement maternel se trouve souvent, à tort, sous-estimé lorsque l'on se sert des anciennes courbes de croissance.

On peut noter que l'état nutritionnel ou le niveau de vie de la mère n'ont aucune incidence sur la production de lait, tant sur les plans quantitatifs que qualitatifs.

Les méta-analyses de l'O.M.S. et de l'A.H.R.Q. en 2007, puis Bartok et al en 2009 concluent à un effet préventif faible mais significatif vis-à-vis du surpoids et surtout de l'obésité chez les enfants, adolescents et même à l'âge adulte. ⁽⁸⁻¹⁰⁾

Plusieurs hypothèses sont proposées, comme le fait que les nourrissons allaités régulent mieux les quantités ingérées et que leur l'appétence est plus élevée pour les aliments nouveaux lors de la diversification (au bénéfice des fruits et légumes). Certaines hormones et

protéines (hormone de croissance, ocytocine, leptine, etc.) présentes dans le lait maternel agiraient sur le métabolisme et la formation d'adipocytes.

Enfin, l'insulinémie serait plus élevée chez les nourrissons alimentés avec des préparations industrielles, ce qui favoriserait la production de tissus graisseux.

1.1.2. Prévention du risque vasculaire

➤ Baisse de la tension artérielle ?

Malgré des résultats d'études discordants, l'allaitement aboutirait tout de même à une minime baisse de la tension artérielle systolique et diastolique chez les sujets allaités. Même si l'effet protecteur est minime, il resterait significatif.⁽¹¹⁾

Les nombreux facteurs de confusions présents dans ces études ne permettent donc pas d'exclure un effet protecteur de l'allaitement maternel.

Les méta-analyses de l'O.M.S. et l'A.H.R.Q. publiées en 2007 vont également dans ce sens.^(8,9)

Plus récemment, grâce à l'étude intitulée P.R.O.B.I.T. (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial, 2011), il a été mis en évidence une association entre l'augmentation des pressions artérielles et la rapidité de la prise de poids. Le rôle de l'allaitement sur la prise de poids jouerait donc indirectement un rôle sur la pression artérielle.⁽⁷⁾

➤ Baisse de la cholestérolémie totale ?

Le manque de niveau de preuve des études a conduit à la réalisation d'une méta-analyse qui retrouve des cholestérolémies totales plus élevées chez les nourrissons allaités puis, au contraire, une baisse du taux de cholestérol à l'âge adulte.

Les cholestérolémies plus élevées chez les nouveau-nés allaités induiraient un rétrocontrôle négatif sur L'HMG-CoA réductase hépatique et donc un taux de cholestérol plus bas à un âge plus élevé.

Au final, c'est plus la conjonction de ces différents facteurs (tension artérielle, cholestérolémie, corpulence) sur lesquels agit l'allaitement maternel qui pourrait aboutir à une réelle baisse du risque cardio-vasculaire global.

A noter également que l'O.M.S. a conclu en 2007 que ces effets bénéfiques sont présents pendant l'enfance et l'adolescence mais également plus tard à l'âge adulte.⁽⁸⁾

1.1.3. Allaitement et diabète

Il n'a pas été mis en évidence de lien clairement établi entre le diabète de type 1 et allaitement maternel. Il n'y a pas actuellement de recommandation pour ce qui concerne la population générale, mais, l'A.A.P. recommande l'allaitement pour les fratries comprenant déjà un enfant diabétique de type 1.⁽⁹⁾

L'étude T.R.I.G.R. en cours apportera plus d'informations en 2017.

Le risque de développer un diabète de type 2 à l'âge adulte n'a pas été formellement associé au type d'alimentation du nouveau-né en raison du manque d'études disponibles et de la discordance des résultats sur ce sujet.⁽¹¹⁾

Cependant, la dernière méta-analyse de l'A.H.R.Q. relate une prévalence inférieure du diabète de type 2 à l'âge adulte chez les sujets qui ont été allaités.⁽⁹⁾

1.1.4. Allaitement et développement cognitif

L'explication biologique résiderait dans la teneur en acides gras à longues chaînes polyinsaturées du lait maternel qui permet le bon développement cérébral.

L'amélioration de la relation mère/enfant grâce à l'allaitement contribue également au développement intellectuel de l'enfant sans lien avec les propriétés biologiques du lait maternel.

Les méta-analyses de 2007 concluent que le développement cognitif est amélioré chez les sujets allaités, tout en tenant compte des biais liés aux statuts socio-économiques et au niveau de stimulation des enfants à domicile, que ce soit à court ou à long terme. ^(8,9)

Pour illustrer au mieux les différents effets bénéfiques de l'allaitement maternel à long terme sur la santé du nouveau-né, l'O.M.S. a comparé les résultats de leurs méta-analyses concernant l'H.T.A., L'H.C.T., le D.N.I.D. et le surpoids avec les bénéfices obtenus grâce aux programmes d'interventions publiques.

Table 6.1. Summary of effect of breastfeeding and comparison with other interventions

Outcome	Range of effect of other public health interventions in later life				Breastfeeding	Conclusion
	Diet/ Dietary advice	Exercise	Multiple risk factor intervention	Modest salt restriction	Pooled effect size (95% confidence interval)	
Blood pressure (mean difference in mm Hg, 95% CI) Systolic Diastolic	-2.1 (-2.8 to -1.4) -1.6 (-2.7 to -0.6)	-3.84 (-4.97 to -2.72) -2.58 (-3.35 to -1.81)	-4.2 (-4.6 to -3.8) -2.7 (-2.9 to -2.5)	-2.03 (-2.56 to -1.50) -0.99 (-1.4 to -0.57)	-1.21 (-1.72 to -0.70) -0.49 (-0.87 to -0.11)	The effect of breastfeeding is significant, but smaller than the effect of other interventions.
Total serum cholesterol (mean difference in mmol/L, 95 % CI)	-0.13 (-0.23 to -0.03)		-0.14 (-0.16 to -0.12)		-0.18 (-0.30 to -0.06)	The effect of breastfeeding is significant and larger than the effect of other interventions.
Overweight or obesity	Diet/ dietary advice and exercise 5/6 studies showed no effect on childhood obesity. Meta-analysis not done because of heterogeneity between studies				Odds ratio 0.78 (0.72 to 0.84)	The effect of breastfeeding is significant (22% reduction), while other interventions showed no effect.
Type II diabetes	Diet/ dietary advice and exercise 31-46% reduction in risk in persons with Impaired glucose tolerance.				Odds ratio 0.63 (0.45 to 0.89)	The effect of breastfeeding is significant (37% reduction) and of similar magnitude to the effect of other interventions.
Intelligence test scores					Mean difference 4.9 points (2.97 to 6.92)	The effect of breastfeeding is significant, with substantial effect size.

1.1.5. Des infections moins fréquentes et moins graves

L'immaturation immunologique des nourrissons les rend particulièrement vulnérables aux processus infectieux. ^(12,13)

Le lait va permettre d'atténuer les risques infectieux liés à l'immaturation du système de défense en retardant l'involution thymique, et en modulant les réactions lymphocytaires T et B (média-teurs, hormones, cytokines, etc.).

Les protéines (immunoglobulines, lactoferrines, caséines) et cellules immunitaires contenues dans le lait maternel vont quant à elles agir directement sur le développement des bactéries, virus et champignons via leurs actions cytolytiques ou en modifiant les capacités d'adhésion de ces différents organismes. ⁽¹⁾

Ainsi, l'incidence des diarrhées aiguës est moins élevée chez les nouveau-nés allaités, et, lorsqu'elles surviennent, leur gravité est moindre. Ces effets prennent toute leur importance dans les pays en voie de développement (baisse de la mortalité infantile).

Dans les pays au niveau socio-économique élevé comme la France, les diminutions de l'incidence et de la gravité sont valables pour les diarrhées aiguës d'origine bactériennes et virales (rota virus). ⁽¹⁵⁾

On note également une baisse du nombre et de la gravité des entérocolites ulcéro-nécrosantes et des infections néo-natales chez les prématurés.

En ce qui concerne la sphère O.R.L. et respiratoire, il a également été démontré que l'incidence et la gravité (dont le nombre d'hospitalisations) des infections bactériennes ou virales sont moins élevées lorsque les nouveau-nés sont allaités. Ces constatations sont valables pour les otites, infections des V.A.S., bronchiolites à V.R.S. et infections pulmonaires.

En 2007, l'O.M.S. et l'A.H.R.Q. confirment ces effets protecteurs contre les infections digestives O.R.L. et respiratoires. Ces bénéfices étant proportionnels à l'exclusivité et la durée (> 3 mois) de l'allaitement. ^(8,9)

Ils sont malheureusement moins évidents après six mois et disparaissent progressivement après le sevrage.

Selon l'O.M.S., dans les pays où les conditions économiques et d'hygiène demeurent précaires, l'allaitement éviterait plus d'un million de décès d'enfants chaque année.

1.1.6. Moins d'allergies chez les nouveau-nés à risque

La diminution du risque de développer les différents types d'allergies est surtout valable pour les enfants ayant des antécédents familiaux d'atopie (au moins un parent du premier degré). ^(9,11-13,18)

Le début de la diversification alimentaire à partir de 6 mois, comme le préconisent les recommandations de l'O.M.S., joue également un rôle important. Certains aliments plus allergisants comme les protéines de lait de vache, l'œuf, le poisson et surtout les arachides devront être introduits plus tardivement.

L'allaitement exclusif a un effet bénéfique unanimement reconnu dans la prévention de l'allergie alimentaire. ⁽¹⁸⁾

La dermatite atopique semble également moins fréquente lorsque l'allaitement exclusif est poursuivi plus de 3 mois chez les enfants à risque.

L'incidence de l'allaitement sur l'asthme a été plus controversée. De nombreuses études concluent à un effet protecteur de l'allaitement chez les nouveau-nés à risque comme dans la population générale, alors que d'autres considèrent que l'allaitement augmente le risque d'allergie respiratoire à certains allergènes.

Finalement, en 2007, l'A.H.R.Q. considère que l'allaitement est associé à une baisse du risque de développer un asthme en cas de présence d'antécédents familiaux.

1.1.7. Autres

L'hypothèse d'une relation entre l'incidence des leucémies et l'allaitement a été émise sans pouvoir être affirmée.

Le syndrome de mort subite du nourrisson serait également moins fréquent en cas d'allaitement.

Enfin, les maladies inflammatoires auto-immunes de l'appareil digestif (maladie de Crohn et rectocolite hémorragique) sont suspectées d'avoir un lien avec l'allaitement sans pouvoir tirer de conclusions fiables.⁽¹⁾

1.2. Les bénéfices pour la santé de la mère

Les suites de couches sont facilitées. Les infections en post-partum s'avèrent moins fréquentes. Le retour de l'utérus à sa taille initiale est plus rapide.

La perte de poids était considérée comme plus rapide lors des six premiers mois en cas d'allaitement.

Selon l'O.M.S. en 1995, les besoins énergétiques augmentent d'environ 630 kcal par jour pendant la période d'allaitement. Ces besoins sont assurés en partie par les graisses accumulées pendant la grossesse.

Cependant les dernières méta-analyses publiées par l'A.H.R.Q. considèrent que cette perte de poids est en fait négligeable.

Par contre, comme pour le nouveau-né, les risques de pathologies métaboliques et cardiovasculaires semblent réduits (dont diminution de l'incidence du diabète de type 2) pour les femmes qui ont allaité.⁽⁹⁾

L'allaitement diminue l'incidence du cancer du sein avant la ménopause et du cancer de l'ovaire. ⁽¹⁷⁾

L'incidence de la dépression du post-partum est également diminuée.

1.3. Amélioration du rapport mère / enfant

Selon les psychanalystes, cette dyade renforcerait le bien-être psychologique de la mère par celui de son enfant et réciproquement. ⁽¹⁾

Ce bien-être est responsable de la diminution du risque de dépression en post-partum.

La relation privilégiée entre les mères qui allaitent et leurs enfants permet également un développement psycho-affectif plus rapide et équilibré.

1.4. Les bénéfices économiques

C'est grâce à la baisse de la morbidité infantile et maternelle liée à l'allaitement que le système de santé peut faire des économies significatives. En 1997, les coûts inhérents au mode d'alimentation auraient été diminués de 2,7 millions d'euros par an si à ce moment là, le taux d'allaitement était augmenté de 5%. ⁽¹⁴⁾

Plus récemment, L'I.N.S.E.R.M en 2005 a calculé que 8000 cas de diarrhées à rota virus et 1000 hospitalisations auraient été évitées si le taux d'allaitement à 9 mois en France était égal à celui de la Norvège. ⁽¹⁵⁾

Ces rares analyses ne prennent souvent pas en compte l'ensemble des coûts indirects comme l'absentéisme et sous-estiment les économies réalisables.

Dans les familles, le budget relatif à l'alimentation se trouve amoindri par les surcoûts liés à l'achat des produits industriels, des soins médicaux et pharmaceutiques dûs au non-allaitement.

Même les employeurs peuvent tirer profit de l'allaitement grâce à la diminution de l'absentéisme pour cause d'enfant malade et l'aménagement d'une meilleure disponibilité de la mère pour son travail.

Malheureusement, comme le conclut dans son rapport le Pr Türck en 2010 : « *Les études concernant les bénéfices économiques directs et indirects générés par un allaitement prolongé, y compris après la reprise du travail, devraient être encouragées en France et faire l'objet d'appels d'offres des organismes de recherche. L'allaitement ne présentant pas d'enjeu industriel, les études le concernant ne bénéficient pas de financements privés.* »⁽¹⁶⁾

2. LE CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

2.1. Le taux d'allaitement en France

2.1.1. Les sources de données épidémiologiques disponibles en France proviennent

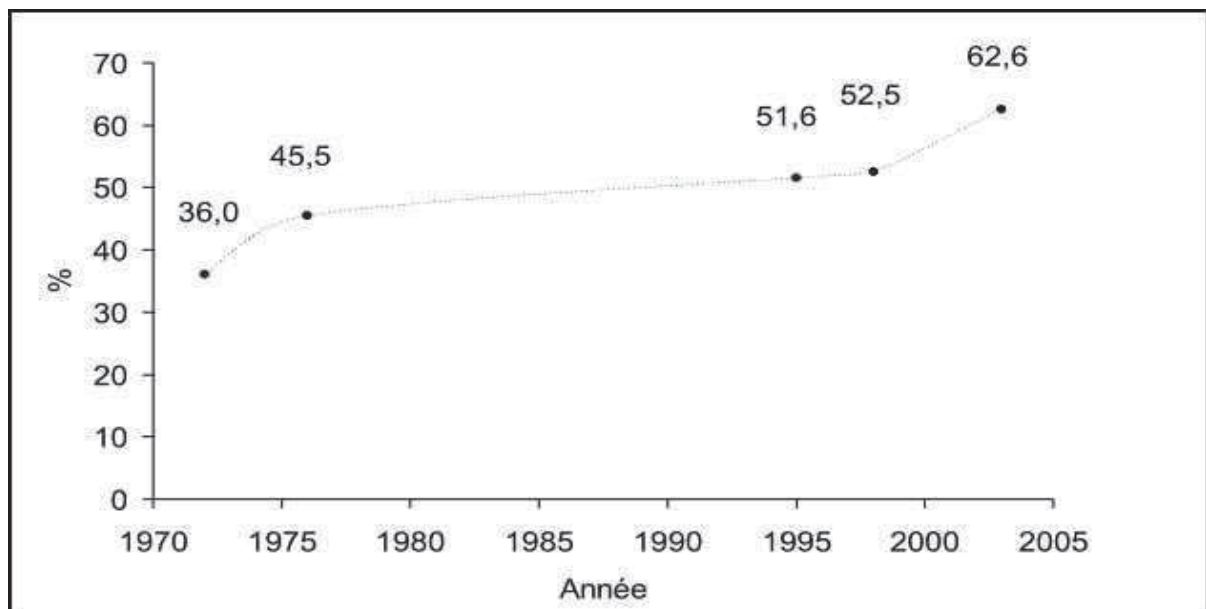
- des certificats obligatoires du 8^{ème} jour. Les informations de ces certificats sont centralisées par le ministère de la santé et ensuite analysées par la DR.E.E.S.
- des enquêtes nationales périnatales (E.N.P.) réalisées à intervalles réguliers. Les E.N.P. ont été mises en œuvre par la D.G.S., la DR.E.E.S., et l'I.N.S.E.R.M. et réalisées grâce aux personnels des maternités et services de P.M.I.

L'échantillon de chaque enquête comprend toutes les naissances survenues pendant une semaine dans l'ensemble des départements français. Elles se basent sur les informations recueillies dans les dossiers médicaux et lors d'un questionnaire soumis aux mères avant leurs sorties de la maternité.

Trois enquêtes suivant ce principe ont été réalisées dans le passé, en 1995, 1998 et 2003. La dernière enquête disponible date de 2010. ⁽¹⁹⁾

- de l'étude E.P.I.F.A.N. (Épidémiologie en France de l'Alimentation et de l'Etat Nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie) débutée depuis 2012. Elle est réalisée par l'U.S.E.N. (Unité de Surveillance et d'Epidémiologie Nutritionnelle) de l'In.V.S. (Institut de Veille Sanitaire). Elle porte sur un échantillon aléatoire de nourrissons nés entre janvier et avril 2012 dans 136 maternités tirées au sort sur tout le territoire de France métropolitaine et suivis pendant 12 mois. Les données ont été recueillies à la maternité par auto-questionnaire. ⁽²⁰⁾

2.1.2. Le taux d'allaitement dans les maternités françaises ne cesse d'augmenter depuis les années 70



Evolution des taux d'allaitement en France depuis les années 70 (sources : Rapport du Pr Türck, 2010)

De 36.6% en 1972, le pourcentage est passé à 51.6% dans l'enquête périnatale de 1995, 52.5% en 1998, puis 62.6 % en 2003 et enfin 68.7% dans la dernière enquête réalisée en 2010. ⁽¹⁹⁾

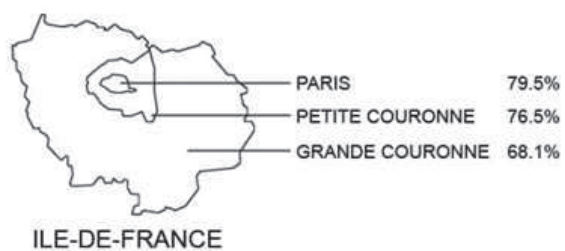
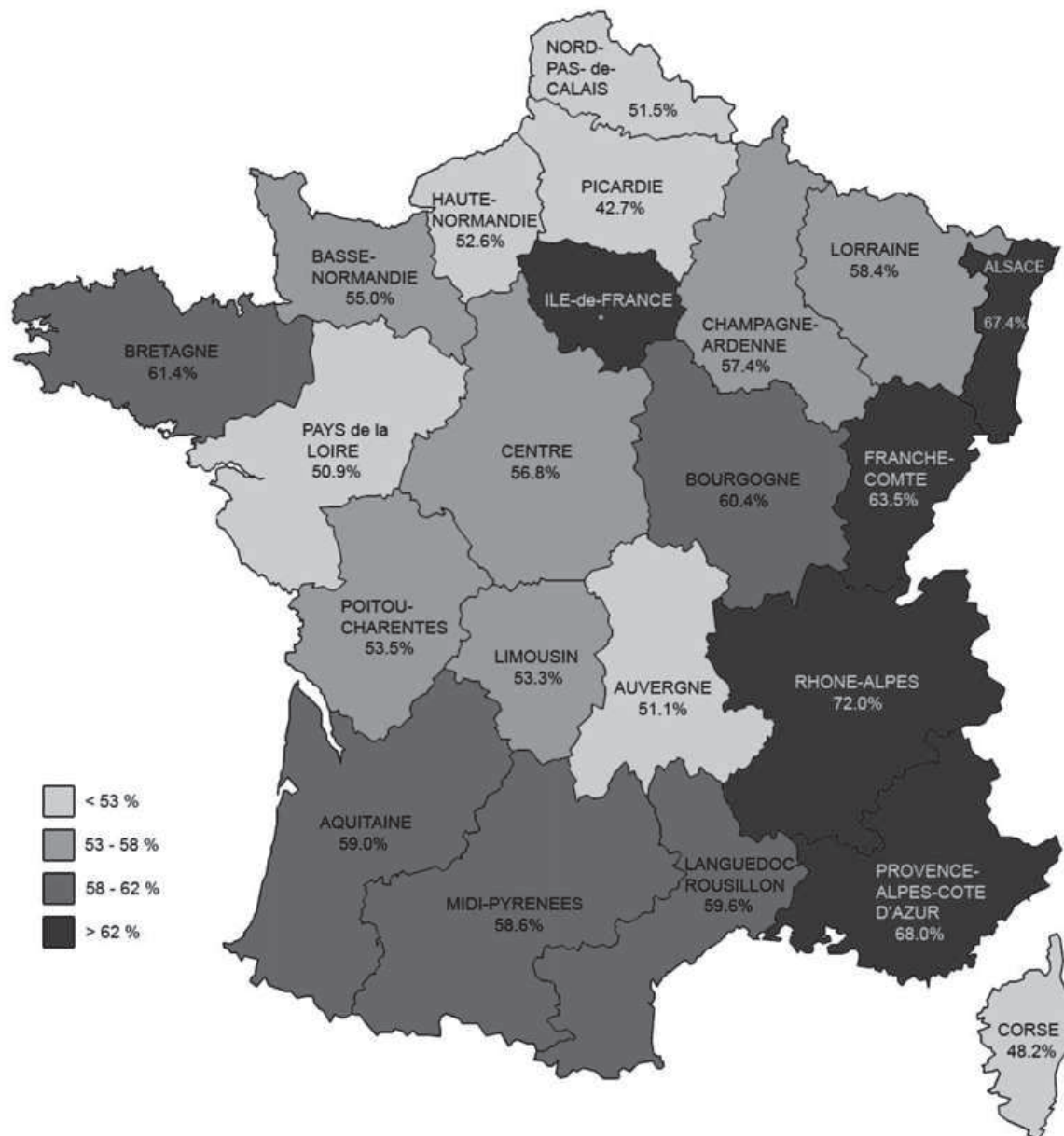
Les taux d'allaitement ont donc fortement augmenté entre 1998 et 2003 et ont continué à progresser jusqu'en 2010. Ceci est probablement le résultat de nombreuses mesures prises depuis les années 90 (confer Chapitre « *Promotion de l'allaitement maternel* »).

Il est également constaté que la part de l'allaitement exclusif est de plus en plus importante.

Les dernières données épidémiologiques disponibles proviennent de l'étude E.P.I.F.A.N.E. parue dans un des B.E.H. fin 2012. Elles confirment cette dynamique avec un taux national moyen d'allaitement de 69,1% dont 59,7% de façon exclusif et 9,3% de façon mixte. ⁽²⁰⁾

2.1.3. De fortes variations régionales

Comme l'illustre la carte de la France ci-dessous, elles ont été observées lors de l'E.N.P. de 2003 : ⁽²¹⁾



Ces variations se confirment avec les résultats de la dernière E.N.P. réalisée en 2010 : ⁽¹⁹⁾

Tableau 54 de l'E.N.P. 2010: Comparaisons régionales¹ : allaitement au sein total ou partiel
(Échantillon d'enfants vivants non transférés)
Régional comparaison : breastfeeding initiation

	Effectifs	%	IC à 95 %	p²
Métropole	14 176	68,7	67,9 – 69,4	
Régions				
Région parisienne	3 348	78,3	76,9 – 79,7	<0,001
Paris	782	78,3	75,2 – 81,1	<0,001
Petite-Couronne	1 303	80,4	78,2 – 82,6	<0,001
Grande-Couronne	1 263	76,2	73,7 – 78,5	<0,001
Bassin parisien	2 230	61,1	59,0 – 63,1	<0,001
Ouest ³	1 242	62,5	59,7 – 65,2	<0,001
Est ⁴	988	59,3	56,2 – 62,4	<0,001
Nord	1 068	58,7	55,7 – 61,7	<0,001
Ouest	1 791	58,8	56,5 – 61,1	<0,001
Est	1 126	70,1	67,3 – 72,7	NS
Sud-ouest	1 283	67,0	64,3 – 69,5	NS
Centre-Est	1 744	74,5	72,4 – 76,6	<0,001
Méditerranée	1 586	70,7	68,4 – 72,9	NS
Guadeloupe, Guyane, Réunion	481	83,8	80,2 – 87,0	<0,001

Les taux d'allaitement peuvent varier de 78,3% en région parisienne (> à 80% pour la Petite Couronne) à 58,7% en moyenne dans le Nord. Ces différences sont encore plus spectaculaires au niveau départemental.

Ces tendances sont retrouvées dans les certificats du 8^{ème} jour.

¹ Bassin parisien : Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Basse et Haute Normandie, Picardie ; Nord : Nord Pas-de-Calais ; Est : Alsace, Franche-Comté, Lorraine ; Ouest : Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes ; Sud-ouest : Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées ; Centre-Est : Auvergne, Rhône-Alpes ; Méditerranée : Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse.

² Test binominal comparant chaque région à la métropole

³ Centre, Basse et Haute-Normandie

⁴ Bourgogne, Champagne-Ardenne, Picardie

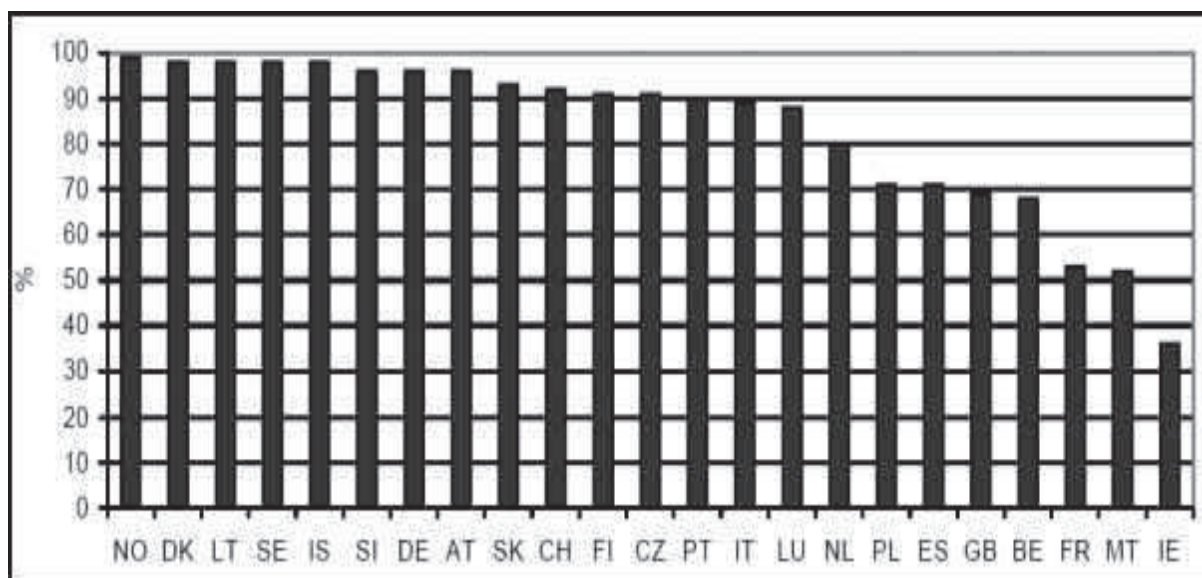
L'importance de ces variations s'explique probablement par les différences de pratiques des maternités et les caractéristiques socio-démographiques propres à chaque département.

2.2. Le taux d'allaitement français comparé à ceux des pays européens

Malgré les progrès réalisés, la France fait figure de mauvais élève comparé à nos voisins européens en occupant les dernières places du classement des taux nationaux en matière d'allaitement maternel.

En 2005, un bilan de la situation européenne a été publié par un groupe de travail européen financé par la Commission Européenne. Il reprend entre autres les taux d'allaitement des pays européens en 2003. ⁽²²⁾

Ainsi, le graphique ci-dessous montre qu'en 2003 le taux d'initiation de l'allaitement en Europe variait de moins de 40% en Irlande à plus de 95% pour les pays scandinaves. Quatorze pays (dont l'Allemagne, l'Italie, le Portugal et la Suisse) avaient un taux supérieur à 90% et cinq pays (dont l'Espagne, les Pays-Bas et la Grande-Bretagne) avaient un taux entre 70 et 90%.



(NO = Norvège ; DK = Danemark ; LT = Lituanie ; SE = Suède ; IS = Islande ; SI = Slovénie ; DE = Allemagne ; AT = Autriche ; SK = Slovaquie ; CH = Suisse ; FI = Finlande ; CZ = République Tchèque ; PT = Portugal ; IT = Italie ; LU = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; PL = Pologne ; ES = Espagne ; GB = Grande-Bretagne ; BE = Belgique ; **FR = France** ; MT

= Malte ; IE = Irlande) (d'après Cattaneo et al., 2005)

2.3.La durée médiane de l'allaitement en France

Les données concernant la durée de l'allaitement maternel en France sont peu nombreuses. Les certificats de santé du 9^{ème} mois comportent bien une question sur l'allaitement et sa durée, mais ils sont généralement si mal renseignés qu'ils sont inexploitable au niveau national.

On dispose de quelques études locales entre 1991 et 2001 dont les définitions de l'allaitement et les méthodologies sont diverses. Ainsi, par exemple, la durée d'allaitement en Seine Maritime était de 10 semaines en 1991⁽⁴⁴⁾ et de 13 semaines en Savoie en 2001⁽⁴⁶⁾.

En France, la durée médiane d'allaitement maternel retenue dans la plupart des études et publications médicales est de 10 semaines. Cette estimation a été établie en 1998.

L'ancienneté des données disponibles minimisent probablement cette durée moyenne compte tenu de l'évolution des comportements vis à vis de l'allaitement. Les dernières études réalisées vont dans ce sens : durée médiane d'allaitement de 16 semaines en Rhône-Alpes entre 2004 et 2006⁽²³⁾, et 15 semaines dans les Pays de la Loire en 2007.⁽²⁴⁾

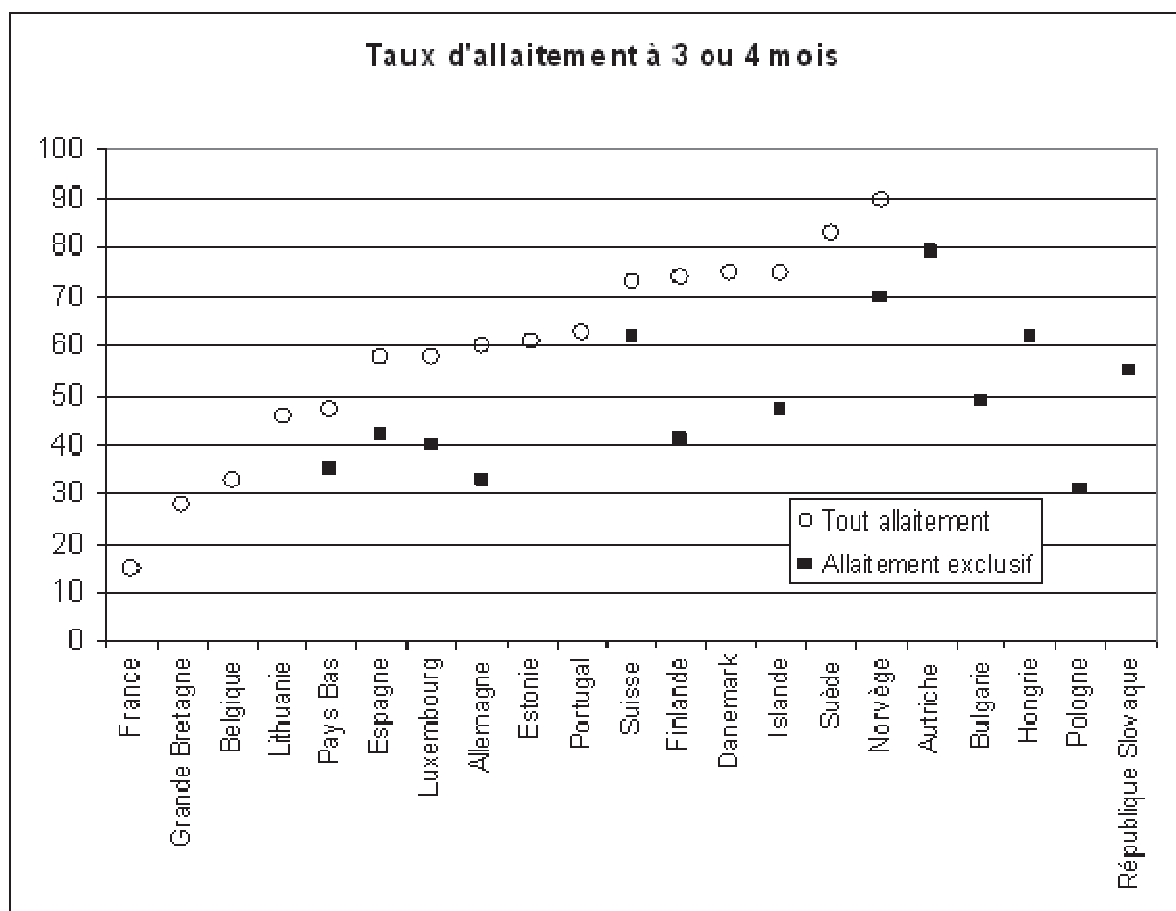
L'étude E.P.I.F.A.N. débutée début 2012 avec un suivi pendant 12 mois de chacun des couples mère/enfant inclus apportera de précieuses informations sur la durée de l'allaitement au niveau national.⁽²⁰⁾

2.4.Les durées médianes d'allaitement en Europe

En France, le taux d'allaitement chute rapidement dès les premières semaines suivant la sortie de la maternité. A l'image des taux d'allaitement à la naissance, la durée moyenne de l'allaitement en France reste très inférieure par rapport à celles des autres pays industrialisés.

L'enquête européenne de 2003 illustre parfaitement l'ampleur de la différence des comportements vis à vis de l'allaitement. A l'âge de 4 mois, l'allaitement maternel est maintenu dans plus de 65 % des cas en Suède et en Suisse, 34 % au Canada, 27 % au Royaume-Uni et à peine 5 % en France.⁽²²⁾

Taux d'allaitement à 4 mois dans les différents pays européens en 2003 ⁽²²⁾



2.5. En conclusion

En tenant compte de ces différentes données épidémiologiques disponibles, on peut conclure qu'en 2014, le taux et la durée de l'allaitement maternel en France restent très en deçà des recommandations scientifiques actuelles.

Malgré les progrès réalisés, la France est en retard par rapport à l'ensemble des pays européens. Des efforts importants en matière de promotion de l'allaitement maternel, qui devrait être poursuivi de façon exclusive pendant les six premiers mois selon les recommandations internationales, sont donc nécessaires.

Cette tendance globale concernant la pratique de l'allaitement exclusif se retrouve, à un moindre degré, au niveau international dans l'ensemble des pays développés. ⁽²⁵⁾

3. LES FACTEURS INFLUENCANT L'ALLAITEMENT MATERNEL

Plusieurs études ont permis de déterminer des facteurs qui vont interférer avec le choix d'allaiter et/ou la durée de l'allaitement.

Même si ces facteurs sont présents sur l'ensemble du territoire, leur importance respective varie en fonction des caractéristiques socio-démographiques de chaque département.

La connaissance de ces facteurs a pour objectif de pouvoir cibler les différentes actions de promotion de l'allaitement au niveau national et départemental.

3.1. Les critères socio-démographiques maternels

Le taux d'allaitement et sa durée sont plus élevés chez les mères plus âgées, avec des niveaux scolaires et socioéconomiques élevés. Les primipares sont plus concernées par l'allaitement, ainsi que les multipares en cas d'expérience positive d'allaitement. ⁽²⁶⁻²⁹⁾

Le tabagisme maternel diminue aussi bien la prévalence que la durée de l'allaitement.

3.2. L'entourage familial

Toutes les formes de soutien sont bénéfiques en matière d'allaitement.

Le soutien du partenaire et de l'entourage familial (avec une image positive de l'allaitement) sont bénéfiques, comme les contacts téléphoniques avec les femmes allaitantes ou ayant allaité avec succès. ⁽²⁹⁾

3.3. L'information et la décision d'allaiter

Le fait d'avoir été allaité(e) ou d'avoir une représentation positive de l'allaitement participe au choix.

Lorsque le désir et la décision est anténatale ou précoce pendant la grossesse, l'allaitement se trouve favorisé. Cela permet également de participer aux cours de préparation à la naissance et d'obtenir les informations concernant la durée optimale d'allaitement et de ses effets bénéfiques.⁽³⁰⁾

3.4. La qualité du séjour à la maternité et du retour au domicile

L'accouchement par voie basse à terme d'un enfant avec un poids de naissance normal facilite l'allaitement.

Dès les premiers instants de vie, la mise au sein doit être précoce, les tétées fréquentes et à la demande. La technique de succion est vérifiée pour être la plus efficace et la moins traumatisante possible, les erreurs ou difficultés sont corrigées par les professionnels de santé. L'utilisation de tétine et la perte de poids >10% ont un impact négatif.⁽²⁹⁾

Le contact physique entre la mère et son enfant doit être le plus fréquent possible et la cohabitation à la maternité doit se faire idéalement 24h/24.

Après la sortie de la maternité, toutes les formes de soutien (physique ou téléphonique) des professionnels sont une aide de grande valeur, et cela, quel que soit le professionnel.

Tableau : Taux d'allaitement maternel (exclusif + mixte et exclusif) à la maternité selon les caractéristiques des mères et de l'accouchement, étude E.P.I.F.A.N.E. 2012 (n= 2936), France⁽²⁰⁾

		A la maternité		A 1 mois		Ecart relatif ^{ea} %
		% d'allaitement maternel (dont exclusif ^b)	P ^c	% d'allaitement maternel (dont exclusif ^b)	p ^c	
Age de la mère (ans)	18-24	63,7 (80,6)	0,02 ^(*)	41,7 (57,5)	<10 ^{-3(*)}	-34,5
	25-29	67,7 (88,9)		54,1 (67,9)		-20,1
	30-34	71,8 (87,7)		57,9 (67,9)		-19,4
	≥ 35	71,1 (84,8)		58,8 (60,7)		-17,3
Mariée	oui	73,2 (86,0)	<10 ⁻³	60,5 (64,0)	<10 ⁻³	-17,3
	non	65,2 (87,0)		48,7 (66,3)		-25,3
Niveau d'étude (n=2 873)	Bac ou moins	62,4 (82,9)	<10 ^{-3(*)}	44,6 (60,1)	<10 ^{-3(*)}	-28,5
	Bac+1 et plus	74,7 (89,3)		62,8 (68,3)		-15,9
Lieu de naissance (mère) (n=2 631)	France	66,5 (88,3)	<10 ⁻³	51,3 (68,7)	<10 ^{-3(*)}	-22,9
	Etranger	92,2 (82,6)		82,5 (60,6)		-10,5
Indice de masse corporelle (n=2 827)	<18,5	61,8 (83,4)	0,01 ^(*)	46,9 (68,1)	0,01 ^(*)	-24,1
	18,5-24,9	71,2 (89,5)		57,1 (69,1)		-19,8
	25,0-29,9	70,1 (82,9)		52,4 (57,5)		-25,2
	≥ 30	63,3 (74,8)		49,4 (49,3)		-22,0
Tabac pendant la grossesse (n=2 920)	Non	71,9 (86,6)	<10 ⁻³	57,7 (65,5)	<10 ⁻³	-19,7
	Oui	54,3 (85,6)		36,6 (62,1)		-32,6
Alcool pendant la grossesse (n=2 915)	Non	69,1 (86,6)	0,94	54,3 (64,8)	0,98	-21,4
	Oui	68,8 (84,7)		54,4 (70,8)		-20,9
Préparation accouchement (n=2 934)	Oui	74,7 (88,3)	<10 ^{-3(*)}	59,8 (66,4)	<10 ^{-3(*)}	-19,9
	Non	61,8 (83,7)		47,4 (62,9)		-23,3
Parité (n=2 624)	Primipare	71,1 (85,8)	0,06	53,8 (64,3)	0,68 ^(*)	-24,3
	Multipare	67,4 (88,2)		54,7 (70,1)		-18,8
Type de grossesse (n=2 928)	Simple	69,2 (86,8)	0,32 ^(*)	54,5 (65,4)	0,048 ^(*)	-21,2
	multiple	60,0 (47,6)		35,9 (32,2)		-40,2
Accouchement par voie basse (n=2 930)	Oui	69,9 (87,5)	0,049 ^(*)	55,4 (67,3)	0,02 ^(*)	-20,7
	non	65,4 (81,9)		49,8 (55,1)		-23,9
Prématurité (n= 2 917)	37SA ^d et plus	69,2 (86,8)	0,51 ^(*)	54,4 (66,0)	0,99 ^(*)	-21,4
	33 à 36 SA	66,0 (66,4)		54,3 (42,1)		-17,7
Petit poids de naissance (n= 2 931)	2500g et plus	69,3 (87,3)	0,27 ^(*)	54,5 (66,0)	0,77 ^(*)	-21,4
	< 2500g	63,9 (63,9)		53,0 (42,3)		-17,1
Apgar à 5 minutes (n= 2 912)	10	68,8 (86,9)	0,65 ^(*)	54,1 (65,2)	0,22	-21,4
	8-9	70,8 (83,0)		55,9 (69,8)		-21,0
	≤ 7	77,4 (51,9)		73,1 (44,4)		-5,6
Contact peau à peau ^e (n= 2 935)	≤ 1 heure	70,4 (87,3)	0,002 ^(*)	55,9 (66,9)	0,001 ^(*)	-20,6
	>1 heure	63,0 (82,0)		47,3 (55,5)		-24,9
Perception du conjoint ^f (n= 2 876)	Positive	74,9 (87,5)	<10 ^{-3(*)}	59,4 (66,6)	<10 ^{-3(*)}	-20,7
	Négative	28,7 (85,0)		20,4 (54,4)		-28,9
	NSP ou sans conjoint	45,4 (79,9)		34,3 (54,3)		-24,4

- a Ecart relatif entre les taux d'allaitement (exclusif + mixte) à la maternité et à 1 mois = (taux 1 mois- taux maternité) ;
- b Part d'allaitement exclusif (%) parmi l'ensemble des enfants allaités que ce soit de façon exclusive ou mixte ;
- c Significativité statistique du test de différences entre les taux d'allaitement (exclusif + mixte), versus non allaités, selon les modalités de la variable
- * Le signe (*) marque la significativité statistique du test de différences entre les parts d'allaitement exclusif (entre parenthèses), versus allaitement mixte, selon les modalités de la variable ;
- d SA : semaines d'aménorrhée ;
- e Moment du premier contact direct peau à peau entre la mère et son enfant après l'accouchement ;
- f Variable correspondant à la question : « Avant votre grossesse, quelle image avait votre conjoint de la femme qui allaite ? »

3.5. Le congé maternité et la reprise du travail

3.5.1. La durée du congé maternité

Un congé de maternité court et/ou peu rémunéré a une influence négative sur l'allaitement. La reprise du travail reste le critère majeur de sevrage précoce. La durée médiane d'allaitement française se situe aux alentours de la durée habituelle du congé maternité (10 semaines).

En Europe, la durée du congé maternité et sa rémunération sont différentes entre les pays. Ainsi, à l'image des pays scandinaves, les pays les plus avancés en matière de promotion de l'allaitement proposent une durée de congé maternité plus étendue (congé de 10 mois rémunéré à 100% en Suède et en Norvège).

En 2008, la Commission européenne a proposé que la durée minimale du congé de maternité dans les états membres de l'Union européenne soit de 18 semaines. L'Organisation Internationale du Travail (O.I.T.) préconise également un congé de maternité de 18 semaines, tout comme le Sénat dans sa résolution du 15 juin 2009.

En France, la durée légale du congé maternité varie en fonction du nombre préalable d'enfants à charge, du fait de naissances simples ou multiples, pathologiques ou non. ⁽³¹⁾

La durée la plus courte pour pouvoir bénéficier des indemnités journalières est de 8 semaines (2 semaines avant et 6 semaines après la naissance).

Hormis ce cas où la mère souhaite raccourcir au plus le congé maternité, la durée minimale habituelle est de 16 semaines réparties la plupart du temps entre 6 semaines avant et 10 semaines après la naissance. A partir du 3^{ème} enfant, le congé s'étend à 26 semaines (8 semaines avant et 18 après).

Dans les textes de lois, il est théoriquement possible de bénéficier d'un congé parental d'éducation d'un an renouvelable deux fois non rémunéré.

Pour les enfants prématurés, la durée du congé anténatal perdu est reportée en période postnatale.

3.5.2. La reprise du travail

Une fois la reprise du travail effectuée, l'environnement au travail doit être favorable en vue de permettre la poursuite de l'allaitement (chambre d'allaitement isolée pour permettre d'exprimer le lait maternel et le conserver avec le temps imparti pour le faire).⁽³²⁾

Le code français du travail suit les exigences de l'O.I.T. pour le respect du droit des femmes à poursuivre l'allaitement sur le lieu de travail (annexe 1). Les femmes allaitantes disposent ainsi d'une heure de pause non rémunérée par jour pour leur permettre soit d'allaiter, soit de tirer leur lait. Ce temps de pause est souvent coupé en deux demi-heures.

Dans les entreprises de plus de cent salariés, les femmes allaitantes doivent disposer de locaux destinés à l'allaitement et des moyens nécessaires pour la conservation du lait exprimé.

Certains pays comme la Suisse considèrent le temps consacré à l'allaitement comme du temps effectif de travail et le rémunèrent comme tel.

Aux Etats-Unis et en Australie, la charte « *Breastfeeding Friendly Workplace* » favorise l'allaitement au travail et aboutit à une baisse du taux d'absentéisme.

3.6. Les cas particuliers : les enfants prématurés et les familles défavorisées

3.6.1. Les enfants prématurés

Dans le cas particulier des enfants prématurés, le lait maternel reste le plus bénéfique pour la santé de l'enfant et la qualité de la relation mère-enfant. L'allaitement maternel est donc recommandé même s'il doit être complété par certains nutriments qui varient en fonction du terme de l'enfant. Idéalement, la mise au sein est préférable.⁽³³⁾

Malheureusement, les taux d'allaitement sont proportionnellement aussi bas que les taux nationaux d'allaitement des enfants nés à terme. Il en va de même pour la comparaison aux autres pays européens.

Plusieurs facteurs rendent difficile l'allaitement des prématurés :

- l'état de santé de l'enfant et son état de maturation nécessitent parfois un transfert d'unité, voire d'hôpital, plus ou moins éloigné, pour des hospitalisations souvent de longues durées en service spécialisé ;
- le travail de l'équipe soignante se trouve compliqué par les risques infectieux, les carences nutritives du lait maternel à combler et la nécessité de travailler conjointement avec un lactarium ;
- la séparation de l'enfant et de sa mère à la naissance (temps de contact nettement diminué) ;
- une lactation immature au moment de l'accouchement ;
- risque infectieux du lait maternel pour les grands prématurés.

3.6.2. Les populations défavorisées

Le taux d'allaitement des populations défavorisées est inférieur à la moyenne nationale. Il s'agit souvent de femmes jeunes, isolées, avec un niveau d'études faible et sans emploi.

Ces femmes ont bien entendu des positions sociales beaucoup moins propices à l'allaitement, mais il existe d'autres explications socio-culturelles qui peuvent expliquer ce faible taux d'allaitement :

- alors que certaines familles migrantes perpétuent la tradition de l'allaitement, certaines femmes immigrées considèrent le biberon comme un modèle d'intégration, de promotion sociale et de pouvoir d'achat ;
- les contraintes temporelles : horaires de travail, distances pour se rendre au travail, plusieurs enfants à charge au domicile ;
- contraintes matérielles : habitations insalubres, coût des tire-laits... ;
- manque d'information sur les recommandations et bénéfices de l'allaitement maternel ;
- la représentation que se font certaines femmes de l'allaitement : doutes sur la qualité du lait maternel, manque de sécurité pour la santé du nourrisson, servitude de la femme.

4. PROMOTION, PROTECTION ET SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

4.1. Les principaux textes des organismes internationaux

Les principales organisations gouvernementales (Organisation Mondiale de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et l'Organisation Internationale du Travail) collaborent avec d'autres organisations internationales non gouvernementales (La Leche League International, l'International Baby Food Action Network, l'Alliance Mondiale pour l'Allaitement Maternel et l'International Lactation Consultant Association) pour soutenir et faire progresser l'allaitement maternel dans le monde.

Elles ont établi plusieurs recommandations, plans d'action et textes de loi visant à protéger les droits de la mère et de son enfant en matière d'allaitement.

4.1.1. Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel en 1981

Il a pour but de protéger l'allaitement des politiques commerciales agressives de l'industrie alimentaire infantile et devrait être appliqué par les pouvoirs publics des pays membres quelles que soient les mesures législatives nationales pré-existantes.⁽³⁴⁾

Il prévoit une réglementation de la teneur en certains éléments des laits artificiels.

La commercialisation est réglementée :

- interdiction de promotion publicitaire pour les produits destinés aux nourrissons de moins de 6 mois,
- interdiction des dons en maternité,
- étiquetage,
- conditions de préparation et de stockage.

Le contact avec le monde des professionnels de la santé est réglementé :

- les formations, conférences, recherches, ne peuvent être « *sponsorisées* »,
- les relations avec les services et maternités surveillées.

4.1.2. Les 10 conditions pour le succès de l'allaitement en 1989. (annexe 2)

La déclaration conjointe O.M.S.-U.N.I.C.E.F. (United Nations International Children's Emergency Fund-Fonds des Nations Unies pour l'enfance) établie pour la première fois « *les 10 conditions pour le succès de l'allaitement* » en 1989.

Elles sont dédiées spécifiquement aux maternités et aux services en charge de soins pour les nouveau-nés afin de promouvoir au mieux l'allaitement.

4.1.3. Convention internationale relative aux droits de l'enfant en 1989

L'article 24 voté par l'O.N.U. considère l'allaitement comme l'aliment idéal pour les enfants et demande aux Etats d'informer les familles sur les avantages de l'allaitement maternel et de les aider à en faire bénéficier leurs enfants.

Cette convention est ratifiée par la France en 1990.

4.1.4. La déclaration conjointe d'Innocenti en 1990 (annexe 3)

Elle s'est basée sur la déclaration conjointe O.M.S.-U.N.I.C.E.F. de 1989.

Elle a défini les « *quatre cibles opérationnelles que devraient viser les gouvernements de chaque pays* » :⁽³⁵⁾

- désigner un coordinateur national pour l'allaitement et créer un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement ;
- faire que les maternités appliquent les dix conditions pour le succès de l'allaitement ;
- appliquer le Code International de commercialisation des substituts de lait maternel ;
- s'assurer que les femmes qui reprennent le travail puissent continuer à allaiter grâce à la promulgation de nouvelles lois.

4.1.5. La directive européenne 2006/141/CE en 2006

Elle rappelle les règles formulées par le Code International concernant la composition, l'étiquetage, la publicité des produits de substitution pour nourrissons jusqu'à l'âge de 12 mois.

Elle demande aux Etats membres de prendre les mesures appropriées pour que l'information concernant ces produits soit adéquate et surtout qu'elle ne nuise pas à la promotion de l'allaitement maternel.

4.1.6. L'initiative hôpital ami des bébés dès 1992

En 1991, l'O.M.S. et l'U.N.I.C.E.F. s'unissent pour créer le label I.H.A.B. basé sur les 10 conditions pour le succès de l'allaitement et le respect de Code international de commercialisation des substituts de lait maternel. Il peut être délivré aux maternités par des évaluateurs indépendants lorsqu'elles respectent effectivement les conditions nécessaires à son obtention (confer les conditions d'accès au label I.H.A.B. revues en 2009 en annexe 4).

Le but de cette démarche est de changer les pratiques hospitalières pour que les professionnels des maternités respectent au mieux les besoins et rythmes des nouveau-nés, toujours dans le but de favoriser l'allaitement maternel. ⁽³⁶⁾

L'I.H.A.B. repose sur un argumentaire scientifique précis publié par l'O.M.S. et reconnu au niveau international.

Ainsi, être un hôpital «*Ami des bébés* » sous-entend que statistiquement, le taux d'initiation et la durée de l'allaitement y sont supérieurs par rapport aux maternités ne disposant pas du label. ⁽³⁷⁾

L'efficacité de l'I.H.A.B. fait que cette initiative est intégrée dans de nombreux programmes de santé gouvernementaux et fait partie des recommandations pour l'A.N.A.E.S. et l'H.A.S. en France.

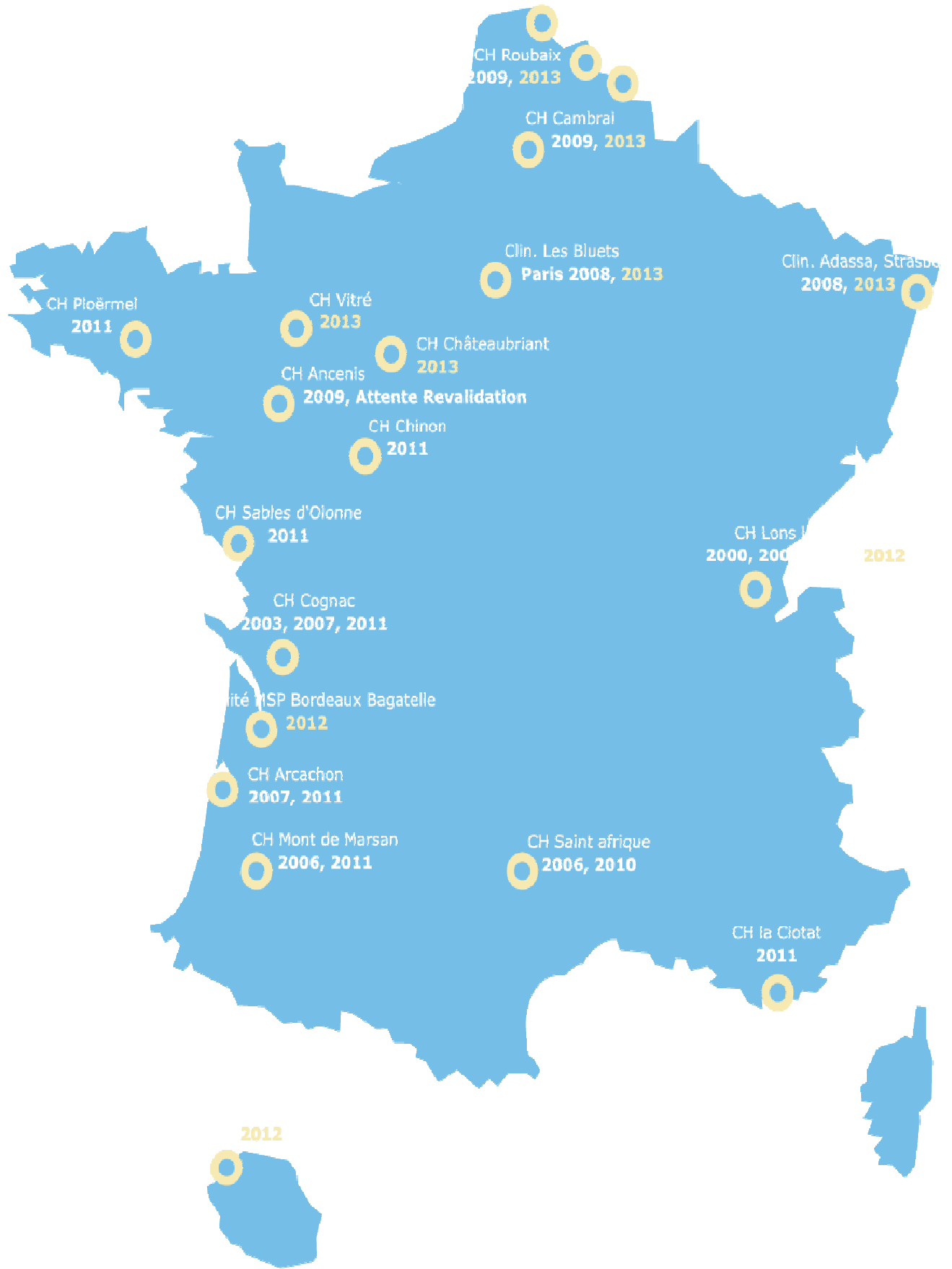
La Co.F.A.M. réunit les professionnels de santé et les associations de promotion pour mettre en œuvre cette initiative.

Comme le souligne le Pr. Türk en 2010, « *la philosophie de l'IHAB est de créer un état d'esprit d'accueil et d'accompagnement en maternité de toutes les familles, que le nouveau-né soit allaité ou pas, en leur offrant des soins alliant qualité et sécurité.* »⁽¹⁶⁾

Ce sont bien tous les nouveau-nés, toutes les mères et l'ensemble du service hospitalier qui vont en être les bénéficiaires.

En France, fin 2013, seulement 20 services parmi les 535 maternités existantes sont labélisés « *Amis des Bébé*s » et réalisent 25 500 accouchements par an, soit un peu plus de 3% des 823 000 naissances annuelles (comptabilisées en 2011)

La carte des maternités labélisées en 2013 (Source : site internet « amis-des-bébés.fr »)



De plus en plus d'équipes s'engagent dans la démarche de labellisation.

En janvier 2014, on dénombre 36 déclarations de mise en route vers le label (soit 10 supplémentaires en 1 an), ce qui correspond à 61 470 naissances par an soit 7,47 % des naissances.

La rapidité de l'augmentation du nombre d'établissements traduit l'intérêt croissant des équipes pour la démarche I.H.A.B.

4.2. Les recommandations internationales et nationales

Les nouvelles recommandations de la résolution 54.2 de l'Assemblée Mondiale de la Santé ont été votées le 16 mai 2001 et réaffirmées dans la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant l'année suivante.⁽³⁾

Elles ont été tirées du travail d'une commission d'experts mandatée par l'O.M.S. qui a réalisé une revue de la littérature des 3000 références portant sur la durée optimale de l'allaitement exclusif jusqu'à la fin des années 90.

Au niveau européen, la Commission européenne reprend ces recommandations en 2004.

En France, en 2002, l'H.A.S. recommande également un allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois. Ces recommandations sont reprises par l'ensemble des différentes sociétés de professionnels de santé. (Société Française de Pédiatrie, Association Française de Pédiatrie Ambulatoire, le Collège national des sages-femmes et celui des gynécologues-obstétriciens).

Le dernier P.N.N.S. 2011-2015 (Programme National de Nutrition et Santé) du Ministère de la Santé comporte des objectifs dédiés à l'allaitement maternel pour se rapprocher des recommandations de l'O.M.S.⁽³⁹⁾

4.3. Les protagonistes de la promotion de l'allaitement en France et leurs actions

4.3.1. Les associations

La dixième condition pour le succès de l'allaitement maternel (O.M.S.-U.N.I.C.E.F./1991) est de :

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

- La Co.F.A.M. (Coordination Française pour l'Allaitement Maternel) :
(source : <http://www.coordination-allaitement.org>)

La Co.F.A.M. est une association née de la réunion d'associations à but non lucratif et de professionnels de santé en 2000. Ses 300 adhérents et 700 sympathisants sont tous bénévoles et la Co.F.A.M. n'accepte aucun financement d'aucune sorte de la part de compagnies produisant des substituts de lait maternel, d'équipements concernés (biberons, tétines...) et d'aliments de compléments.

Elle soutient l'allaitement en organisant la S.M.A.M. (Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel) pendant la première quinzaine d'octobre de chaque année.

Outre l'organisation de la S.M.A.M., elle a pour mission de développer le concept de l'*« initiative hôpital ami des bébés »*.

Elle favorise les échanges entre professionnels et l'ensemble des associations membres en organisant par exemple la Journée Nationale pour l'Allaitement.

Pour les questions médicales la Co.F.A.M. a constitué un Conseil Scientifique de Professeurs de Pédiatrie et d'Obstétrique et elle reste un interlocuteur privilégié des autorités publiques.

- La Leche Ligue France (L.L.F.)
(source : <http://www.lllfrance.org>)

La Leche Ligue France est une association à but non lucratif depuis 1979 reconnue d'intérêt public en 2000 qui est affiliée à L.L.L. Internationale (créée en 1956). Elle est une O.N.G. membre consultant de l'U.N.I.C.E.F. et travaille avec l'O.M.S.

Elle est formée d'« *animatrices* » (mères bénévoles ayant allaité et qui ont suivi une formation dispensée par L.L.L.) qui informent et soutiennent les mères en répondant aux questions par téléphone, mail ou encore par le biais de réunions locales ou d'évènements particuliers (pique-nique, braderies ...).

Les animatrices (et les mères bénévoles voulant participer) soutiennent l'allaitement dans plus de 70 pays et font que la L.L.L. est la plus importante organisation de soutien à l'allaitement. La L.L.L. France cofondatrice de la Co.F.A.M. participe donc à l'organisation de la S.M.A.M. et est membre du comité d'attribution du label I.H.A.B.

Elle propose des formations aux professionnels de santé et organise des conférences internationales comme la J.I.A. (Journée Internationale de l'Allaitement).

Sur le plan national, la L.L.L. collabore avec l'H.A.S., a participé à l'élaboration du P.N.N.S., et publie les « *Dossiers de l'allaitement* » et « *Allaiter Aujourd'hui* ». Pour accomplir toutes ces actions, les revenus sont issus de cotisations, dons, bénéfices de produits de vente lors des évènements et parfois de subventions locales.

Au plan international, la L.L.L. est membre de l'I.B.F.A.N. (International Baby-Food Action Network) et de la W.A.B.A. (World Alliance for Breastfeeding Action).

- L'association Information Pour l'Allaitement (I.P.A.) :
(source : <http://www.info-allaitement.org>)

L'association Information Pour l'Allaitement, depuis 1996, est gérée par des professionnels de santé spécialisés dans l'allaitement et a pour but de promouvoir l'allaitement par l'information et la formation des professionnels de santé en général. Elle suit les recommandations de l'U.N.I.C.E.F. / O.M.S. et soutient leurs actions.

Elle élabore des documents d'information pour l'allaitement diffusés auprès des professionnels et des mères (bulletins : la Lettre de la C.E.R.D.A.M. et Allait 'info), forme les professionnels de santé (journées d'information, ateliers, participation aux S.M.A.M. et J.N.A.), tient à jour un centre de ressources, la C.E.R.D.A.M. (Centre de Ressources De l'Allaitement Maternel).

Les ressources financières sont issues des adhésions, des ventes de documents, des bénéfices des journées régionales pour l'allaitement, de budgets alloués par le projet européen, et le ministère de la santé via le P.N.N.S.

➤ Solidarilait :

(source : <http://www.solidarilait.org>)

Solidarilait est une association de mères et professionnels de santé créée à Paris au début des années 80. La 1^{ère} association Solidarilait a très vite été suivie de beaucoup d'autres, réparties sur la presque totalité du territoire français.

Le réseau fonctionne comme une fédération, avec une quinzaine d'antennes régionales indépendantes qui se créent en fonction de la volonté des bénévoles, et une association nationale qui chapeaute l'ensemble, et lui assure sa cohésion.

Dans toutes les antennes, l'aide est essentiellement apportée aux mères (ou aux pères) sous forme d'écoute téléphonique. Chaque groupe se fait connaître sur son territoire par les moyens qui lui conviennent.

Il y a une formation obligatoire des écoutantes dans un but de qualité des réponses apportées aux mères, à la fois dans le fond et dans la forme (une formation à l'écoute complète toujours celle concernant la physiologie, les rythmes, de l'allaitement).

L'organisme de formation Co-naître assure des week-ends de formation pour toutes les antennes Solidarilait.

Comme pour les précédentes associations, Solidarilait est adhérente à la Co.F.A.M. et participe donc au Comité d'Attribution du label « *Hôpitaux Amis des Bébé*s », et, chaque année, à la S.M.A.M.

- Action Pour l'Allaitement (A.P.A.) :
(source : <http://www.action-allaitement.fr>)

Action Pour l'Allaitement est une association créée en 1984 composée de bénévoles, mères et professionnels de santé ayant suivi une formation qui assure une permanence téléphonique et des lieux d'échanges.

- l'Association Française des Consultants en Lactation (A.F.C.L.)
(source : <http://consultants-lactation.org>)

Les consultants en lactation sont certifiés détenteurs de l'I.B.L.C.E. (International Board of Lactation Consultant Examiners) qui est une certification internationale validée tous les 5 ans par examen et formation continue.

Deux organismes de formations, (A.C.L.P.: Association des Consultants en Lactation Professionnels de santé et le C.R.E.F.A.M. : Centre de Recherche, d'Évaluation et de Formation sur l'Allaitement Maternel) proposent une formation permettant de préparer l'examen de l'I.B.L.C.E. et la pratique du consultant en lactation.

Chaque organisme propose de nombreux groupes dans différentes régions en France.

Le D.I.U. en lactation humaine et allaitement maternel donne accès également à l'examen I.B.L.C.E.

L'A.F.C.L. met à disposition des mères allaitantes un annuaire des consultantes disponibles dans leur région par téléphone mail ou autre.

L'effet bénéfique de ces consultations est déjà démontré (que ce soit en prénatal ou en postnatal)⁽³⁸⁾

- l'Association Française des Lactariums de France (A.F.L.F.)
(source : www.lactariums-de-france.fr)

L'Association Française des Lactariums de France (A.F.L.F.) répertorie les lactariums de France, informe les mères et les professionnels sur les bonnes pratiques, la biovigilance et la législation.

- Les autres :

Ces dernières années de nombreuses autres associations ont vu le jour comme Allo Allaitement, Réseau Normand pour l'Allaitement (R.E.N.O.A.L.), Allait 'info Magye, La Voie Lactée, etc.

Leurs actions sont souvent locales ou régionales (animation de réunions...) et aussi parfois nationales (permanence téléphonique, sites internet...).

Beaucoup adhèrent à la Co.F.A.M.

Ainsi en Haute Normandie on pourra retrouver :

- une antenne de la L.L.F.,
- la Voie Lactée,
- Solidarilait,
- SOS Allaitement 76,
- ou encore Allaiter Simplement.

4.3.2. P.M.I.

Les Conseils Généraux ont mis en place une équipe pluridisciplinaire dans les départements pour réaliser des actions de santé publique par le biais de lieux d'accueil et d'information ainsi que des consultations médicales gratuites.

Les centres de Protection Maternelle et Infantile permettent ainsi d'assurer un suivi médical et social dès la sortie de la maternité, sans distinction religieuse, économique ou sociale et quelle

que soit la couverture sociale des patients.

Ce dispositif, mis en place par le gouvernement d'après-guerre, permet entre autres de faciliter l'accès, en particulier pour les plus défavorisés, aux informations et conseils concernant l'allaitement maternel.

Le bon déroulement de l'allaitement et le suivi du développement des nouveau-nés y sont régulièrement vérifiés.

4.3.3. Les professionnels de santé

Les femmes sont en contact avec des professionnels de santé avant la conception, lors du suivi de la grossesse et après l'accouchement.

Médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, et tout autre professionnel de santé est à un moment donné un interlocuteur de choix en matière d'allaitement maternel.

Chaque rencontre se doit d'être l'occasion d'échanges d'informations et de sensibilisation des familles sur l'allaitement maternel et ses bienfaits. Ils ont ainsi un rôle majeur pour informer et faire que le taux d'initiation et la durée de l'allaitement en France soient de plus en plus proches des recommandations.

4.3.4. Le ministère de la santé : Le P.N.N.S. 3 et l'allaitement ⁽³⁹⁾

Les actions pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel sont plus efficaces si elles s'enracinent dans une politique nationale globale. ⁽³⁹⁾

Le P.N.N.S. 3⁽³⁹⁾ porte sur les années 2011 à 2015 et s'inspire du rapport du Pr Türk (2010) ⁽¹⁶⁾.

Selon la L.L.L. Française, l'allaitement y est bien l'une des mesures mises en avant mais il s'agit essentiellement d'objectifs chiffrés sans détailler réellement les moyens pour y parvenir :

«

- *OS 3-7-1 : augmenter de 15% au moins en 5 ans le pourcentage d'enfants allaités à la naissance ;*
- *OS 3-7-2 : augmenter de 25% au moins en 5 ans la part des enfants allaités à la naissance bénéficiant d'un allaitement exclusif ;*
- *OS 3-7-3 : allonger de 2 semaines en 5 ans la durée médiane de l'allaitement ;*
- *OS 3-7-4 : retarder d'un mois en 5 ans l'âge médian d'introduction de tout autre aliment que le lait (maternel ou substituts) ».*

La seule action indiquée pour y parvenir est de suivre les mesures issues du « *Plan d'action allaitement du Pr Türck* »⁽¹⁶⁾ mais leur mise en œuvre reste vague ou n'est tout simplement pas stipulée.

5. LES PROPOSITIONS D'ACTION POUR AMELIORER L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FRANCE

Les propositions d'actions citées dans le P.N.N.S. 3 sont inspirées du rapport du Pr Türck de 2010. Elles couvrent l'ensemble des objectifs généraux d'une politique de promotion de l'allaitement.⁽¹⁶⁾

Sur le plan organisationnel, il est proposé :

- de mettre en place un coordinateur national qui serait chargé de proposer des actions, de s'assurer de leur réelle application et également de suivre les résultats qui en découlent sur le taux d'initiation et la durée de l'allaitement. Il aurait un rôle également dans la surveillance du respect du Code International de Commercialisation des substituts de lait maternel ;

- de créer un comité national de l'allaitement comprenant des représentants du ministère de la santé et des agences de santé, des spécialistes en lactation et des représentants des associations de promotion de l'allaitement ;
- faire que les correspondants du P.N.N.S. présents dans les A.R.S. veillent à la réelle application des actions de promotion de l'allaitement au niveau régional et surveillent l'évolution des taux et durée d'allaitement dans la région en question ;
- de mettre en place un référent pour l'allaitement dans chaque maternité chargé de coordonner l'ensemble du personnel pour permettre aux femmes d'inscrire l'allaitement dans la durée.

Pendant la grossesse et à la maternité :

- généraliser les pratiques optimales de l'I.H.A.B. à l'ensemble des maternités ;
- généraliser la consultation prénatale du 4^{ème} mois et y consacrer une partie à l'allaitement ;
- développer l'offre de préparation à la naissance et à l'allaitement.

Concernant le retour à domicile et le suivi médical :

- mieux entourer chaque couple mère/enfant dès la sortie de la maternité grâce aux P.M.I., libéraux et associations de soutien pour l'allaitement ;
- mettre en place une consultation systématique de suivi de l'allaitement entre J 8 et J 15 en post-partum qui serait prise en charge à 100% et assurée par un professionnel formé ;
- améliorer la formation initiale et continue de l'ensemble des professionnels de santé ayant un rôle, même minime, dans la promotion de l'allaitement.

Pour améliorer la cohabitation entre allaitement, travail et employeurs :

- allonger la durée du congé maternité rémunéré postnatal de 10 à 14 semaines afin de permettre aux femmes allaitantes d'atteindre les trois mois d'allaitement exclusif tellement bénéfiques à la santé des nourrissons ;
- informer les employeurs sur les avantages de poursuivre l'allaitement après la reprise du travail afin de contrer l'absentéisme ;
- respecter le droit des femmes qui allaitent après la reprise du travail en leur assurant la sécurité de leur emploi et la possibilité de carrière professionnelle malgré un congé maternel ou un travail à temps partiel prolongés.

Améliorer l'information concernant l'allaitement :

- créer et diffuser des documents d'informations et créer un site internet sous la coupole du C.N.A. pour faire connaître des mères et de leur entourage les recommandations et bénéfices de l'allaitement maternel ;
- créer des campagnes de communication pour changer l'image de l'allaitement et recréer une « *culture de l'allaitement* ».

Concernant les populations défavorisées :

- encourager les groupes de pairs entre femmes de même situation socio-économique (modèle P.R.A.L.L.) ;
- prendre en charge à 100 % les coûts liés à l'utilisation de tire-lait ;
- assurer avec les P.M.I. un suivi médical et social dès la sortie de la maternité et ce, de façon majorée en cas de sortie précoce.

Concernant les enfants prématurés :

- privilégier le lait de femme comme moyen d'alimentation et aider les lactariums pour y parvenir ;
- permettre de rapprocher la mère et son enfant en cas d'hospitalisation grâce à des aides pour le transport et le logement.

Enfin, il est indispensable de mettre en place des systèmes de surveillance épidémiologique, tant sur le plan régional que national, pour pouvoir juger de l'efficacité ou non des différentes actions de promotion et de concentrer les efforts sur les facteurs qui influencent le plus le taux d'initiation et/ou la durée de l'allaitement.

La recherche doit rester indépendante de tout intérêt commercial. Elle doit se concentrer sur les priorités décidées par le C.N.A. et les résultats des études menées centralisés dans un centre de documentation national sur le thème de l'allaitement.

Malheureusement, il serait trop simple de résumer un plan pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel à une liste d'actions distinctes. Les interventions sont généralement multidirectionnelles, coordonnées et combinées de façon à maximiser leurs effets.

De plus, le résultat dépendra de la continuité des interventions ; un changement dans le comportement des mères, des familles et des professionnels de santé, ainsi que dans l'approche culturelle de l'alimentation infantile dans une société donnée nécessitent des actions et programmes maintenus sur une période de temps suffisamment longue.

De nombreuses études comme la méta-analyse d'IMDAD en 2011 concluent que l'ensemble des actions de promotion ont un effet bénéfique aussi bien à 4-6 semaines qu'à 6 mois et cela est particulièrement vrai pour les pays développés.⁽⁴⁰⁾

Or, les premières semaines qui suivent la sortie de la maternité représentent une période de fragilité responsable de nombreux sevrages précoces.

Ainsi, comme il est stipulé dans l'une des propositions d'action du « Rapport Türk », nous allons tenter d'évaluer les bénéfices liés à une consultation précoce en post-partum ciblée sur

l'allaitement qui serait réalisée non pas par des spécialistes en lactation mais par les médecins généralistes référents des mères allaitantes.

CHAPITRE 2 : ENQUETE PROSPECTIVE DANS LES DEUX MATERNITES D'EVREUX ET VERNON

1. L'ENQUETE

1.1.Objectif/descriptif de l'enquête

Pour augmenter la durée de l'allaitement en France et ainsi s'approcher un peu plus des recommandations actuelles, les organismes de santé recommandent unanimement de majorer le soutien aux femmes allaitantes dès la sortie de la maternité pour les aider à allaiter le plus longtemps possible.

Dans cet esprit, cette enquête avait comme objectif primaire d'évaluer les bénéfices d'une évaluation précoce (moins de 3 semaines après la sortie de la maternité) du bon déroulement de l'allaitement en post-partum, par les médecins généralistes.

Les objectifs secondaires étaient :

- d'explorer les durées d'allaitement dans les maternités d'Evreux et de Vernon ainsi et les facteurs qui les ont influencés ;
- de définir l'importance du rôle des médecins généralistes en matière d'allaitement.

Il a été demandé aux femmes ayant déjà fait le choix d'allaiter, d'accepter volontairement de consulter leur médecin généraliste référent avant la fin des 3 semaines qui suivent la sortie de la maternité.

Le but de cette consultation consistait non seulement à prendre en charge le suivi habituel du nourrisson et de sa mère mais également, d'insister sur les éventuelles interrogations et/ou difficultés concernant l'allaitement maternel.

Les médecins assurant ces consultations étaient préalablement informés par courrier du choix fait par leur patiente et de la consultation d'évaluation sur l'allaitement à venir (annexe 5). Les médecins n'étaient donc pas sélectionnés et n'avaient pas bénéficié de formation complémentaire spécifique concernant l'allaitement.

Ce courrier était accompagné d'une fiche récapitulative des différents points qui devaient idéalement être abordés lors de la consultation (annexe 6) :

- les recommandations sur la durée de l'allaitement,
- les bénéfices pour la mère et le nouveau-né,
- la rareté des contre-indications, etc.

Cette fiche devait théoriquement être remise à la mère à la fin de cette « *consultation précoce de soutien à l'allaitement* ».

Les mères étaient ensuite recontactées par téléphone pour répondre à un questionnaire standardisé.

1.2. Matériel et méthode

1.2.1. Autorisations légales

Préalablement à la réalisation de l'enquête, s'agissant d'une recherche visant à évaluer les soins primaires mentionnée au **2° de l'article L. 1121- 1 du Code de la Santé Publique**, il m'a été demandé :

- de m'inscrire auprès de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (bordereau d'enregistrement N° ID RCB : 2013-A00838-37 en date du 04 juin 2013).
- d'obtenir l'accord du Comité de Protection des Patients Nord-Ouest 1 (avis favorable rendu le 22 juillet 2013). (annexe 7)
- d'expliquer et remettre une fiche d'information aux patientes incluses dans l'enquête. (annexe 8)
- de faire signer un formulaire de recueil de consentement expliqué, daté et signé par les patientes incluses. (annexe 9)

1.2.2. Méthode

Il s'agit d'une enquête descriptive prospective réalisée dans les maternités d'Evreux et de Vernon. Cette recherche rentre dans le cadre des recherches visant à évaluer les soins primaires.

1.3. Population étudiée

Elle a été composée de femmes volontaires ayant accouché dans les maternités d'Evreux et de Vernon (entre le 31/07/2013 et le 19/09/2013) et ayant spontanément fait le choix d'allaiter leurs enfants sans qu'aucun investigateur n'ait influencé ce choix. Il pouvait s'agir d'allaitement maternel exclusif ou partiel.

1.3.1. Critères d'inclusion

- grossesse physiologique ;
- absence de comorbidité maternelle pouvant influencer la durée de l'allaitement (pathologies médicales ou chirurgicales, addictions, traitements médicamenteux) ;
- accouchement par voie basse, sans complication et à terme (> ou égale à 37 SA) ;
- absence de complication maternelle médicale ou chirurgicale pendant le séjour en suites de couches ;
- nouveau-né en bonne santé nécessitant ni d'hospitalisation prolongée ni aucun suivi particulier ;
- accepter de réaliser une consultation de suivi de l'allaitement chez le médecin généraliste dans les 3 semaines qui suivent la sortie de la maternité.

1.3.2. Critères d'exclusion

- grossesse pathologique ;

- grossesse gémellaire ;
- comorbidités maternelles pouvant influencer la durée de l'allaitement ;
- Accouchement ayant nécessité une césarienne ou toutes autres extractions en urgence pour souffrance maternelle et/ou fœtale ;
- accouchements prématurés (quel que soit le terme) ;
- complications maternelles médicales ou chirurgicales pendant le séjour en suites de couches ;
- absence de suivi de l'allaitement en médecine générale pendant les 3 semaines qui suivent la sortie de la maternité ;
- sevrage survenant avant d'avoir bénéficié de la consultation de suivi de l'allaitement par le médecin traitant.

Il m'a donc été possible de réunir un effectif de 100 couples mères/enfants répondant à ces critères pendant une période qui s'est étendue du 31 juillet 2013 au 19 septembre 2013 inclus.

1.4.Questionnaire standardisé (annexe 10)

Un questionnaire standardisé a été soumis aux mères lors du recrutement pendant le séjour à la maternité puis lors d'un suivi téléphonique.

Le questionnaire a été composé de questions avec un choix de réponses multiples pour simplifier l'analyse des données. Le nombre de réponses était libre.

Seule la question sur la durée totale de l'allaitement a nécessité une réponse chiffrée en nombre de semaines complètes d'allaitement maternel exclusif ou mixte.

La première partie concernait les informations recueillies lors du séjour en maternité :

- les coordonnées des mères pour permettre les contacts téléphoniques ultérieurs ;
- les coordonnées des médecins généralistes référents pour permettre l'envoi des courriers d'informations liés à l'enquête (choix de la mère d'allaiter et de participer à l'étude, et fiche des points à aborder à remettre à la mère en fin de consultation) ;
- les caractéristiques sociodémographiques des parents : âge de la mère, professions des parents, antécédents personnel d'allaitement, nombre d'enfant(s) et nombre d'enfant(s) allaité(s) ;
- le moment où la décision d'allaiter a été prise;
- les premiers sentiments ressentis concernant l'allaitement;
- le besoin de soutien pour l'allaitement pendant le séjour en maternité.

La deuxième partie correspondait aux informations recueillies lors des contacts téléphoniques à 1, 2, 3, et 6 mois :

- poursuite ou non de l'allaitement au moment du contact téléphonique;
- les problèmes concernant l'allaitement, les professionnels rencontrés pour tenter de les résoudre, ainsi que la satisfaction ou non apportée par leurs réponses;
- en cas de sevrage : la durée totale d'allaitement en nombre de semaines, les causes du sevrage et les professionnels de santé qui ont été amené à être consultés à ce moment.

La troisième partie s'intéressait à la qualité de la consultation précoce d'évaluation de l'allaitement par le médecin généraliste :

- sexe du généraliste;
- qualité du discours concernant l'allaitement;

- poursuite ou non du suivi de l'allaitement avec le généraliste après la consultation précoce.

1.5.Recrutement et recueil des données

L'ensemble des patientes a été recruté par l'investigateur, Michaël WIMMER (interne de médecine générale), lors de contacts directs pendant leurs séjours en suites de couches.

Les contacts ont eu lieu deux ou trois après-midi par semaine et concernait l'ensemble des mères allaitantes présentes qui respectaient les différents critères d'inclusion.

100 couples mère/enfant ont ainsi accepté de consulter leurs médecins traitants dans les 3 semaines qui ont suivi la maternité pour une consultation d'évaluation de l'allaitement maternel.

Les mères ont été incluses dans l'étude entre le 31/07/2013 et le 19/08/2013. 70 sujets ont été recrutés dans la maternité d'Evreux et 30 dans la maternité de Vernon.

L'ensemble des données a également été recueilli par l'investigateur d'abord lors de contacts directs avec les femmes allaitantes pendant le séjour en maternité puis lors de contacts téléphoniques effectués à 1, 2, 3, et enfin 6 mois. Les femmes étaient contactées du lundi au samedi entre 10 et 15 heures et/ou entre 18 et 20 heures.

En cas de non réponse des femmes recrutées, un message était laissé sur les répondeurs téléphoniques, puis en cas d'échec les appels étaient renouvelés régulièrement (2 à 3 fois par semaine en moyenne) pendant le mois.

En cas de non réponse aux appels émis pendant un mois, les patientes étaient considérées comme « *perdues de vue* ».

A 1 mois, les patientes n'ayant finalement pas consulté leur médecin traitant ont été exclues de l'enquête.

1.6. Analyse statistique

1.6.1. Statistiques descriptives

Les variables qualitatives ont été présentées telles quelles dans le chapitre « *Statistiques descriptives* » puis retranscrites en données le plus souvent binaires afin de pouvoir les décrire sous forme de pourcentages.

Les variables quantitatives ont été décrites par des moyennes, des médianes et des écarts types.

1.6.2. Interprétation des résultats

Les données qualitatives transcrites sous forme de pourcentages ont été comparées par le test du Chi².

Les variables quantitatives ont été comparées par les tests d'A.N.O.V.A. (test paramétrique sur l'inégalité des moyennes de population), et de Mann-Whitney/Wilcoxon (qui équivaut au test de Kruskal-Wallis pour deux groupes).

Pour pouvoir interpréter ces données descriptives, les conclusions tirées des comparaisons ont été effectuées avec un seuil de précision $p < 0.05$.

1.6.3. Logiciels

Les données descriptives ont été saisies et analysées sur EXCEL.

Les comparaisons ont été réalisées sur le logiciel EPI INFO avec l'aide du Dr Mercier, ainsi que sur le site internet de statistiques gratuit : Biosta TGV (<http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>).

2. RESULTATS

2.1. Statistiques descriptives

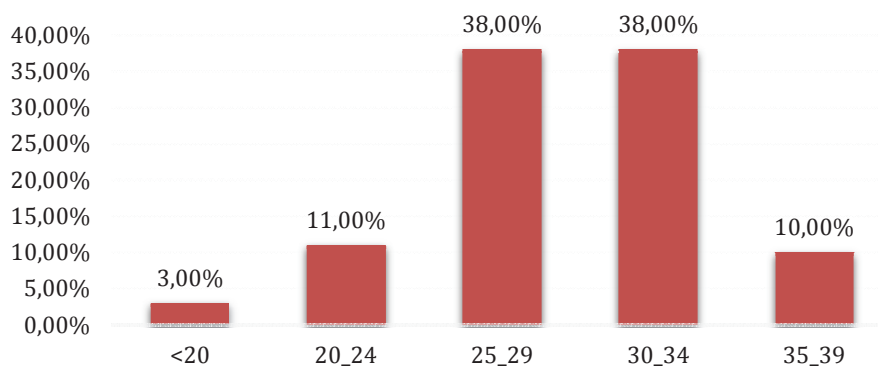
2.1.1. Description de la population étudiée

➤ Age :

Parmi les 100 mères recrutées, 3 étaient âgées de moins de 20 ans, 11 appartenait à la classe 20-24 ans, 38 à la classe 25-29 ans, 38 à la classe 30-34 ans et enfin 10 mères étaient âgées de 35 à 39 ans. Aucune mère n'était âgée de plus de 40 ans dans notre étude.

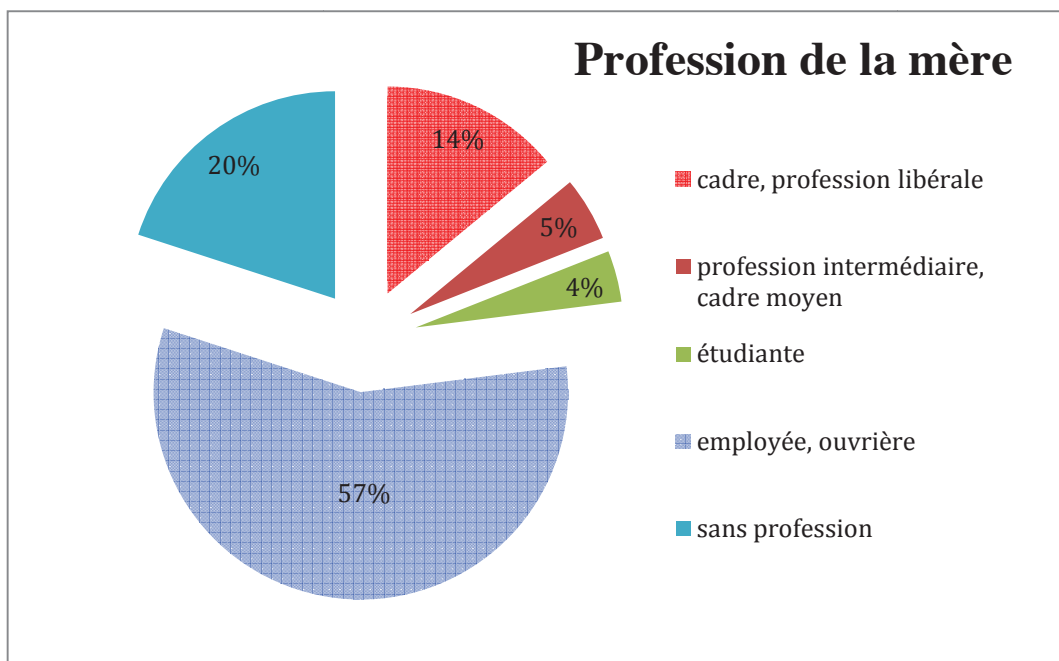
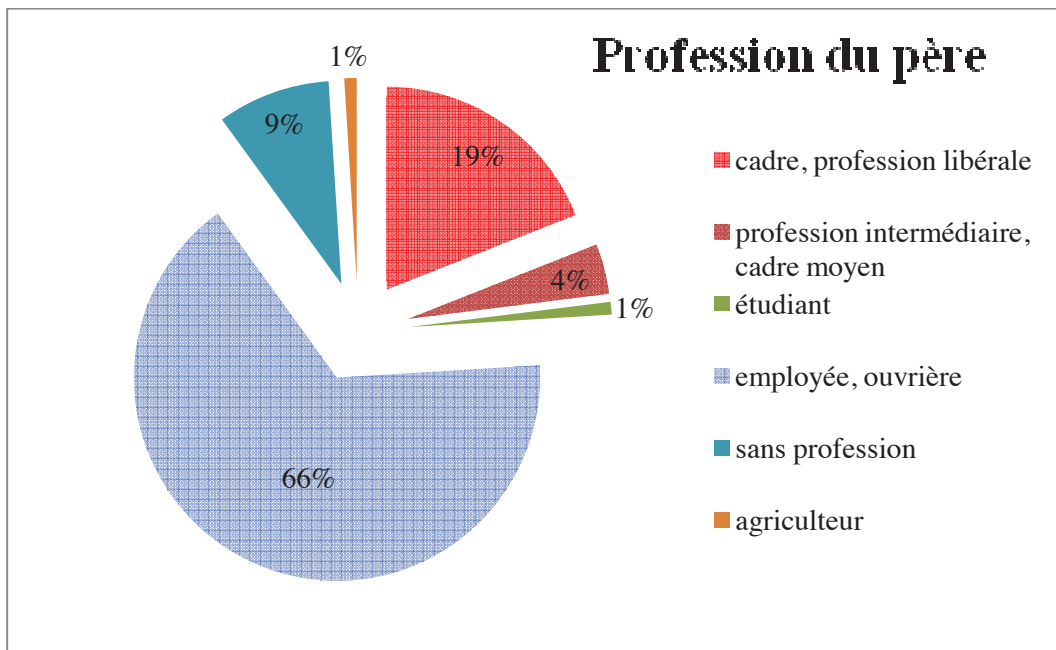
L'âge moyen était de 28,87 ans avec un écart-type de +/- 4,56 ans (minimum 18 ans et maximum 38 ans).

Répartition des classes d'âge



➤ Catégories socioprofessionnelles :

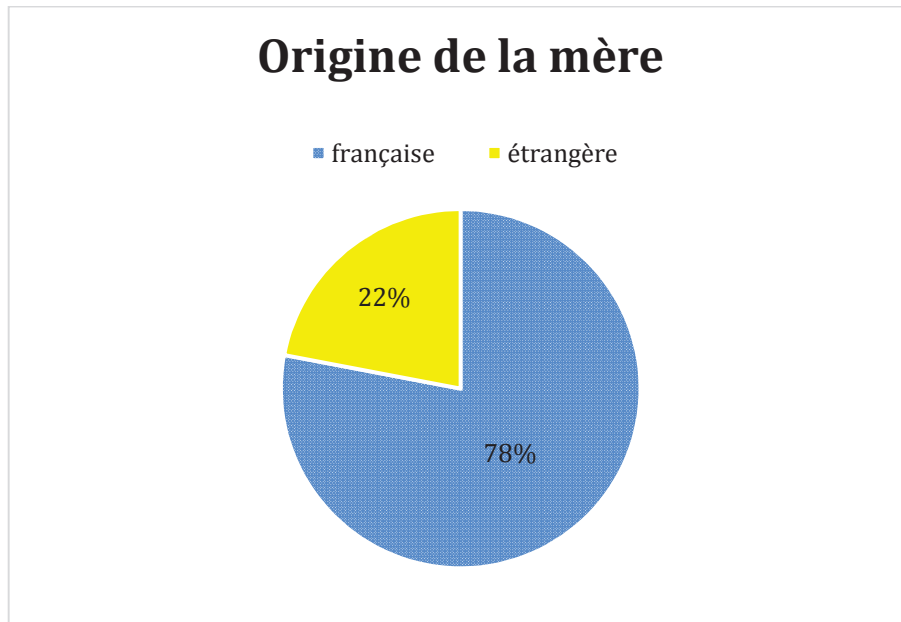
Que ce soit pour les mères ou les pères, la catégorie la plus représentée était celle des employés et ouvriers avec respectivement 57 % des mères et 66 % des hommes de la population étudiée.



Parmi les couples, 30% comprenaient une mère et/ou un père avec un niveau cadre ou équivalent, 70% avaient un niveau socioprofessionnel inférieur.

➤ *Origine ethnique :*

78% des femmes étaient d'origine française, 22% « d'origine étrangère ». A noter que 5 femmes d'origine étrangère n'ont pas été incluses en raison de l'impossibilité de communication le jour du recrutement ou l'absence de moyen de contact téléphonique ultérieur nécessaire pour l'enquête.



➤ *Parité et antécédents personnels et familiaux en matière d'allaitement :*

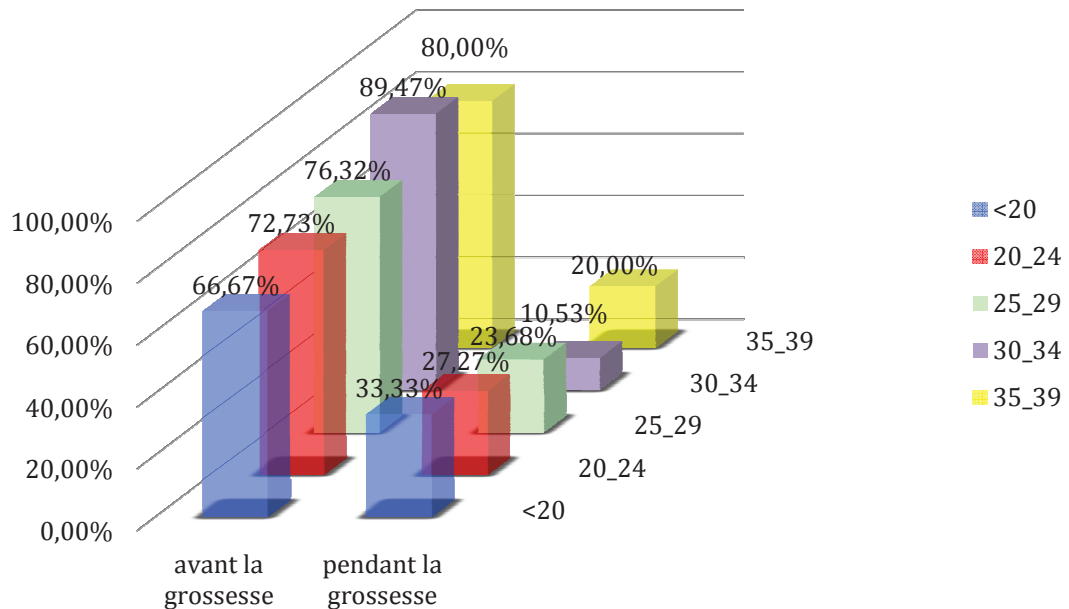
Parmi les femmes recrutées, 57% ont été allaitées personnellement à la naissance et 52% des hommes également.

49% des femmes étaient primipares, 51% étaient multipares (35% avaient 2 enfants, et les 16% restantes avaient 3 enfants ou plus).

Parmi les 35 familles composées de 2 enfants, l'aîné avait été allaité dans plus de 88% des cas, et, parmi les 16 familles de 3 enfants et plus, l'ensemble de la fratrie a été allaitée dans plus de 81% des cas.

2.1.2. Moment de la prise de décision d'allaiter

Dans notre étude, 81% des femmes avaient déjà pris leur décision avant la grossesse. Il apparaît que les femmes plus matures avaient plus tendance à se décider précocement.



2.1.3. Lors du séjour en maternité

Les questions concernant le séjour en maternité ont été posées uniquement le jour du recrutement, sans tenir compte de la date de sortie. Au minimum, l'allaitement était pratiqué depuis 2 jours.

Concernant le ressenti de l'allaitement, on a pu constater que lors du séjour en maternité, seulement la moitié des femmes qualifiaient l'allaitement comme « agréable ».

Ainsi, 52% le considéraient comme agréable, 10% peu agréable et/ou compliqué, 37% un peu difficile et/ou contraignant, 1 femme considérait l'allaitement comme une réelle souffrance.

En ce qui concerne l'aide et les conseils pour le bon déroulement de l'allaitement auprès du personnel soignant, 64% ont déclaré avoir eu besoin d'aide pendant le séjour dans la maternité. Parmi les 64 %, 36% ont eu besoin uniquement « d'un peu » d'aide alors que 28% avouaient avoir sollicité « souvent » l'équipe soignante.

Seulement 36% affirmaient qu'elles n'avaient pas ressenti le besoin d'aide et considéraient que « *l'allaitement se passait très bien* ».

2.1.4. Données recueillies à 1 Mois

Parmi les 100 dyades mère/enfant incluses :

- 6 ont été considérées comme « *perdues de vue* » après échecs des contacts téléphoniques (au minimum deux appels par semaine pendant le mois suivant le premier échec);
- 3 ont été exclues en raison de sevrage précoce avant d'avoir consulté leur médecin traitant pour la consultation d'évaluation de l'allaitement (sevrage < 3 semaines) ;
- 5 n'ont pas effectué de consultation précoce chez leur médecin traitant et ont finalement préféré un suivi par d'autres professionnels (4 se sont orientées vers les services de PMI et 1 vers un pédiatre).

C'est donc au final avec 86 femmes que l'enquête a pu être poursuivie.

➤ *Taux d'allaitement à 1 mois :*

A un mois, on a constaté que 24,4% des femmes incluses dans notre enquête (soit 21 femmes sur 86) avaient totalement arrêté d'allaiter. Le taux d'allaitement (mixte ou exclusif) à 1 mois était donc de 75,6 %.

On note que les 3 femmes exclues pour cause de sevrage précoce sans avoir consulté leur médecin traitant auraient probablement augmenté le pourcentage de femmes ayant arrêté d'allaiter malgré l'aide de leur médecin traitant.

➤ *Problèmes rencontrés jusqu'à 1 mois :*

60,5 % des femmes ont déclaré avoir rencontré au moins un problème vis à vis de l'allaitement entre la sortie de la maternité et le contact téléphonique réalisé à 1 mois (les trois

femmes exclues pour « *sevrage précoce* » sans avoir consulté leur médecin traitant auraient également fait augmenter la part de femmes ayant rencontré des difficultés durant le premier mois).

Les difficultés rencontrées lors du premier mois d'allaitement se répartissaient de la façon suivante (plusieurs motifs possibles pour chaque femme) :

- manque de lait :	15
- crevasses :	15
- trop de tétées la nuit	13
- fatigue :	12
- trop de tétées la journée :	12
- pathologies diverses :	7
- lait « <i>pas bon</i> » :	6
- dépression :	4
- reprise du travail :	1
- manque d'aide des professionnels :	1

Parmi les pathologies diverses :

- en lien direct avec l'allaitement : engorgement mammaire, mastite ;
- lien indirect : coliques/RGO (*3), malformation (frein de la langue opéré), allergies saisonnières/traitements.

➤ *Les professionnels de santé rencontrés en cas de difficultés :*

Parmi les femmes ayant rencontré une difficulté concernant l'allaitement, 80,8% (42 femmes sur 52) ont cherché de l'aide auprès d'un professionnel de santé.

Les spécialistes rencontrés étaient les suivants (plusieurs choix possibles sans obligation de choisir le médecin généraliste) :

- médecin généraliste :	22
- puéricultrice P.M.I. :	10
- pédiatre libéral :	4
- sage-femme P.M.I. :	3
- médecin P.M.I. :	2
- association :	2
- sage-femme hospitalière :	1
- sage-femme libérale :	1
- gynécologue obstétricien :	1

Dans l'ensemble de ces consultations, seulement 6 femmes sur les 42 consultantes soit 14,3 % n'ont pas été satisfaites de la réponse apportée (Seul le ressenti de la mère a été pris en compte et non pas la qualité proprement médicale de la réponse).

2.1.5. La consultation précoce d'évaluation de l'allaitement avec le Médecin généraliste

Rappelons que les femmes n'ayant pas réalisé cet entretien avec le médecin généraliste dans les 3 semaines suivant la sortie de la maternité ont été exclues ; de même lorsqu'il était réalisé par un autre spécialiste.

Une lettre d'information (annexe 5) accompagnée d'un résumé des différents points à aborder pendant la consultation (annexe 6) était préalablement envoyée au cabinet du médecin généraliste et devait être idéalement remis à la patiente en fin de consultation.

La consultation d'évaluation précoce de l'allaitement a donc été réalisée auprès de 86 femmes par leur médecin traitant référent.

Parmi les médecins ayant reçu les femmes de l'enquête en consultation, 34,9 % étaient des femmes, 65,1% étaient des hommes.

Les mères ont ressenti le discours sur l'allaitement du médecin généraliste de la façon suivante : (une seule réponse possible)

- le discours était clair et bénéfique : 47
- le discours a semblé être inapproprié ou trop compliqué : 4
- le médecin a laissé transparaître un manque
de connaissance ou de confiance sur le sujet de l'allaitement: 17
- le sujet de l'allaitement n'a pas été abordé : 18

Au final, sur les 86 consultations de soutien précoce de l'allaitement, le discours a été ressenti comme « clair et bénéfique » dans seulement 54,7 % des cas.

Cela explique probablement le fait que seules 51,2 % des femmes (44/86 mères) affirmaient leur volonté de poursuivre le suivi de l'allaitement avec leur médecin généraliste.

2.1.6. Données recueillies à 2 Mois

Parmi les 65 mères toujours allaitantes après un mois, une seule a été considérée comme perdue de vue à 2 mois (l'entretien avec le médecin généraliste lui avait paru inapproprié, et, lors des difficultés rencontrées, elle s'était dirigée spontanément vers un spécialiste en gynécologie obstétrique avant que les essais de contacts téléphoniques n'échouent).

➤ *Taux d'allaitement à 2 mois*

Sur les 64 femmes (toujours incluses et allaitantes à 1 mois) qui ont pu être contactées à deux mois, 10 femmes avaient cessé l'allaitement et donc 54 femmes poursuivaient un allaitement exclusif ou partiel.

Sur l'échantillon de 85 femmes ayant poursuivi l'enquête dans son ensemble jusqu'à 2 mois, 31 ont sevré leur enfant. Le taux d'allaitement était donc toujours de 63,5 %.

➤ *Difficultés rencontrées entre 1 et 2 mois*

Entre le premier et le deuxième mois, 29/64 femmes soit 45,3 % ont déclaré avoir rencontré au minimum une difficulté concernant le bon déroulement de l'allaitement.

Il y a eu 43 difficultés rencontrées pour 29 femmes. (1,5 difficulté par femme ayant rencontré des problèmes)

Les difficultés rencontrées entre 1 et 2 mois :

- manque de lait :	11
- pathologies diverses :	11
- reprise du travail :	5
- fatigue :	5
- trop de tétées la nuit :	3
- trop de tétées le jour :	3
- lait « <i>pas bon</i> » :	2
- crevasse :	2
- dépression :	1

Parmi les pathologies diverses :

- en lien direct avec l'allaitement : mastite (*2), kyste mammaire ;
- lien indirect : lombalgie aigüe/antalgiques et A.I.N.S., coliques/R.G.O.(*3), crânioplagie (inquiétude maternelle), bronchiolite, abcès dentaire/antibiothérapie (*2), G.E.A.

➤ *Les professionnels de santé rencontrés en cas de difficulté entre 1 et 2 mois*

Sur les 29 femmes ayant rencontré une difficulté, 22 femmes soit 75,9 % ont cherché de l'aide auprès des professionnels de santé.

Elles ont consulté 29 fois pour un problème concernant l'allaitement auprès :

- médecin généraliste :	9
- puéricultrice P.M.I. :	7
- pédiatre libéral :	3
- sage-femme libérale :	2

- sage-femme hospitalière :	1
- sage-femme P.M.I. :	1
- pédiatre hospitalier :	1
- puéricultrice :	1
- gynécologue obstétricien :	1
- association :	1
- pharmacien :	1
- ostéopathe :	1

Dans l'ensemble de ces consultations, 8 sur 29 soit 27,6 % n'ont pas apporté de réponse satisfaisante selon les patientes (seul le ressenti de la mère a été pris en compte et non pas la qualité proprement médicale de la réponse).

2.1.7. Données recueillies à 3 Mois

Parmi les 54 femmes toujours allaitantes et incluses après deux mois d'enquête, 1 seule a été considérée comme « *perdue de vue* » après échec des appels téléphoniques (patiente qui était suivie conjointement par son médecin généraliste et le médecin de la PMI; elle n'avait pas rencontré de problème entre 1 et 2 mois et était jusque là satisfaite des consultations concernant l'allaitement).

➤ *Taux d'allaitement à 3 mois*

Sur les 53 femmes, toujours incluses et allaitantes à 2 mois, qui ont pu être contactées à trois mois, 11 femmes avaient cessé l'allaitement et donc 42 femmes poursuivaient un allaitement exclusif ou partiel.

Sur l'échantillon de 84 femmes ayant poursuivi l'enquête dans son ensemble jusqu'à 3 mois (16 femmes ne font plus partie de l'enquête), 42 ont sevré leur enfant soit un taux d'allaitement de 50 %.

➤ *Difficultés rencontrées entre 2 et 3 mois*

Entre le deuxième et le troisième mois, 19/53 femmes soit 35,9 % ont déclaré avoir rencontré au minimum une difficulté concernant le bon déroulement de l'allaitement.

22 difficultés ont été signalées pour 19 femmes. (1,16 difficulté par femme).

Les difficultés rencontrées entre 2 et 3 mois :

- pathologies diverses : 8
- manque de lait : 5
- reprise du travail : 5
- fatigue : 3
- crevasse : 1

Parmi les pathologies diverses :

- en lien direct avec l'allaitement : mastite (*2);
- lien indirect : bronchiolite, coliques/R.G.O.(*2), abcès dentaire/antibiothérapies, bronchiolite.

➤ *Les professionnels de santé rencontrés en cas de difficulté entre 2 et 3 mois*

Sur les 19 femmes ayant rencontré une difficulté concernant l'allaitement entre 2 et 3 mois, 14 soit 73,7 % ont cherché de l'aide auprès des professionnels de santé.

Elles ont consulté 19 fois pour résoudre la difficulté concernant l'allaitement auprès :

- médecin généraliste : 6
- puéricultrice P.M.I. : 4
- association : 3
- pédiatre libéral : 2
- sage-femme P.M.I. : 1
- sage-femme libérale : 1
- pharmacien : 1

Parmi les 19 consultations réalisées, 5 soit 26% n'ont pas apporté de réponse satisfaisante aux femmes ayant rencontré une difficulté avec leur allaitement. (Seul le ressenti de la mère a été pris en compte et pas la qualité proprement médicale de la réponse).

2.1.8. Données recueillies à 6 Mois

Parmi les 42 femmes toujours allaitantes et incluses après trois mois d'enquête, 1 seule femme a été considérée comme « *perdue de vue* » après échec des appels téléphoniques (patiente suivie par son médecin généraliste, qui présentait des problèmes liés à la fatigue et aux nombres de tétées et dont la consultation précoce avec le médecin généraliste lui avait semblé trop compliquée ; elle ne consultait plus de professionnel de santé dès la fin du deuxième mois)

➤ *Taux d'allaitement à 6 mois*

Sur les 41 femmes, toujours incluses et allaitantes à trois mois, ayant pu être contactées à six mois, 13 avaient cessé l'allaitement et 28 poursuivaient un allaitement exclusif ou partiel.

Sur l'échantillon de 83 femmes ayant poursuivi l'enquête jusqu'à 6 mois (au total, 17 femmes ont été exclues ou perdues de vue au cours de l'enquête), 55 avaient sevré leur enfant. Le taux d'allaitement était donc encore de 33,7 %.

➤ *Difficultés rencontrées entre 3 et 6 mois*

Entre le troisième et le sixième mois, 21/42 femmes soit 51,2 % ont déclaré avoir rencontré au minimum une difficulté concernant le bon déroulement de l'allaitement.

Il y a eu 31 difficultés rencontrées pour 21 femmes (1,48 difficulté par femme).

Les difficultés rencontrées entre 3 et 6 mois :

- pathologies diverses : 8
- manque de lait : 8
- lait « *pas bon* » : 2
- fatigue : 2

Parmi les pathologies diverses :

- en lien direct avec l'allaitement : mastite ;
- lien indirect : bronchiolite, antibiothérapie pour opération ongle incarné, coliques/R.G.O.(*2), otites à répétition, abcès dentaire/antibiothérapie (*2), G.E.A.

➤ *Les professionnels de santé rencontrés en cas de difficulté entre 2 et 3 mois*

Parmi les 21 femmes ayant rencontré une difficulté concernant l'allaitement entre 3 et 6 mois, 11 soit 52,4 % ont cherché de l'aide auprès des professionnels de santé.

Elles ont consulté 11 fois pour résoudre leurs difficultés liées à l'allaitement :

- médecin généraliste : 3
- puéricultrice P.M.I. : 2
- pédiatre hospitalier : 2
- pédiatre libéral : 2
- sage-femme P.M.I. : 1
- sage-femme libérale : 1

Parmi les 11 consultations réalisées, 3 soit 27,3 % n'ont pas apporté de réponse satisfaisante aux femmes ayant rencontré une difficulté avec leur allaitement (seul le ressenti de la mère a été pris en compte et pas la qualité proprement médicale de la réponse).

2.1.9. Données recueillies au moment du sevrage

Sur les 100 femmes incluses initialement dans notre enquête :

- 17 femmes ont été exclues ou « *perdues de vue* » (8 exclues en raison de l'absence de consultation précoce chez leur médecin traitant, 6 perdues de vue à 1 mois, 1 à 2 mois, 1 à 3 mois et 1 à 6 mois) ;
- 28 femmes allaitaient toujours à 6 mois.

Par conséquent, le motif de sevrage était connu pour 55 femmes.

La durée médiane de l'allaitement (exclusif et/ou mixte) des 83 femmes ayant terminé notre enquête (six mois au maximum) a été de 12 semaines.

Les motifs de sevrage (plusieurs réponses possibles) :

- état physique de la mère (dont la fatigue) :	28
- état physique de l'enfant (dont mauvaise prise de poids):	24
- reprise du travail et/ou les conditions de travail :	20
- raison invoquée par un professionnel :	7
- projet personnel de la mère :	3
- relation avec l'enfant :	2

Sur les 55 femmes ayant sevré leur enfant avant la fin de l'enquête, 35 ont cherché de l'aide auprès d'un professionnel de santé.

Les spécialistes rencontrés au moment du sevrage étaient les suivants (plusieurs réponses possibles):

- médecin généraliste :	23
- puéricultrice P.M.I. :	5
- sage-femme P.M.I. :	3
- pédiatre libéral :	3
- sage-femme libérale :	2
- gynécologue-obstétricien :	2
- médecin P.M.I. :	1

- sage-femme hospitalière : 1
- association : 1

Les professionnels de santé ont tenté de prolonger l'allaitement pour 18 femmes sur les 35 femmes ayant consulté au moment du sevrage.

Finally, it was asked of the 83 women who had completed the survey if, in case of a new pregnancy, they thought of breastfeeding again. Despite the difficulties encountered and whatever the duration of breastfeeding, the response was quite categorical :

- oui : 77 femmes sur 83 (soit 93%) ;
- peut-être : 4 (soit 5%) ;
- non : 2 (soit 2%).

2.2. Interprétation

2.2.1. La durée médiane d'allaitement

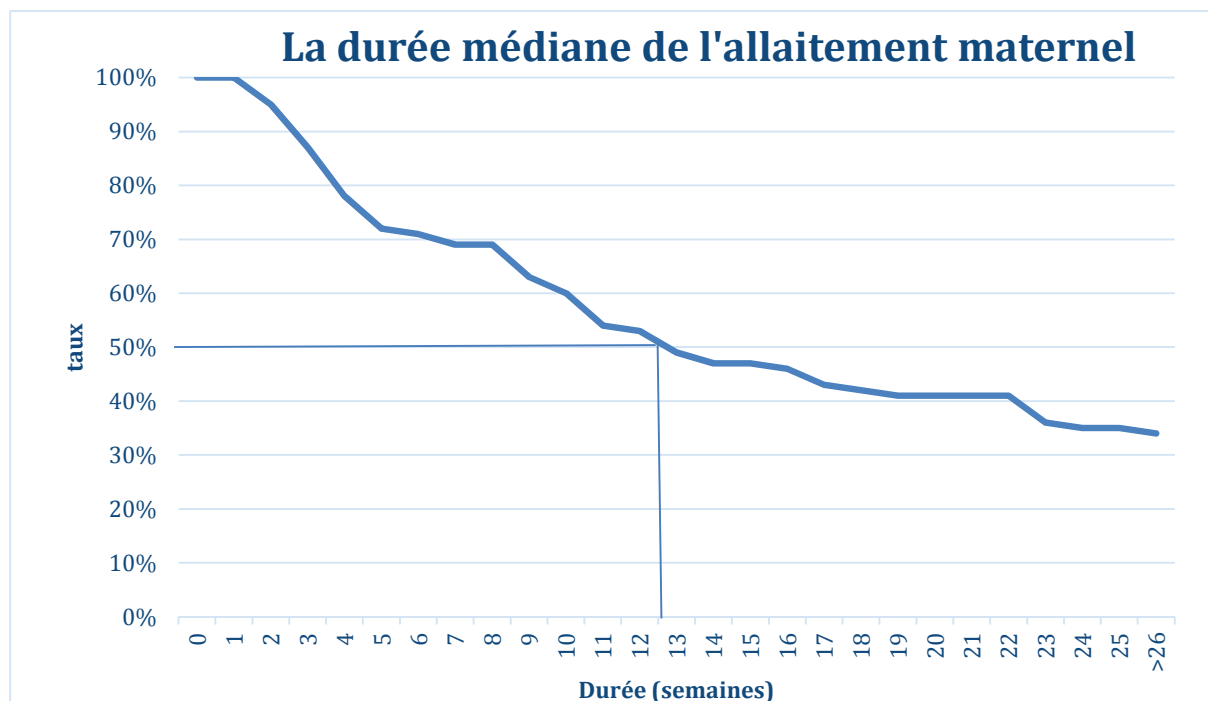
Comme dans la quasi-totalité des enquêtes disponibles, il est impossible d'obtenir une durée moyenne d'allaitement. En effet, un certain nombre de femmes poursuivent l'allaitement au-delà des 6 mois couverts par l'enquête. La durée totale d'allaitement de ces femmes n'étant pas connue, il est impossible de calculer une durée moyenne.

For example, in our survey, 28 women were breastfeeding beyond 26 weeks, the date of the collection of data.

On préférera parler de durée médiane d'allaitement, c'est-à-dire la valeur de la durée d'allaitement qui coupe l'ensemble des valeurs de durées d'allaitement des femmes de notre enquête en deux parties égales.

In our study, the median duration of breastfeeding rises to **12 semaines**.

Thus, half of the women in our study breastfed for a duration inferior or equal to 12 weeks and the other half breastfed for a duration of 12 weeks or more.



Durée de l'allaitement en semaines illustrée par une « courbe de survie »

Le fait d'utiliser les médianes permet également de ne pas tenir compte des valeurs extrêmes qui ont tendance à donner une fausse représentation des résultats (une femme allaitant plus de 2 ans augmenterait énormément une moyenne même s'il ne s'agit que d'une exception dans la cohorte étudiée).

Le rapport final de propositions pour le P.N.N.S. 2011-2015 rédigé en 2010 constatait :

« En l'absence d'évaluation épidémiologique régulière, on ne dispose pas de données au niveau national sur la durée de l'allaitement. Celle-ci semble le plus souvent très courte : sa durée médiane a été estimée à 10 semaines en 1998 mais il existe également d'importantes disparités régionales. »⁽¹⁶⁾

Si l'on compare la durée médiane d'allaitement retrouvée dans les maternités d'Evreux et de Vernon avec l'estimation nationale de 1998, on constate donc une augmentation de 2 semaines en 15 ans. Cette augmentation de la durée médiane d'allaitement se retrouve de façon plus ou moins marquée dans l'ensemble des études réalisées ces dernières années dans d'autres régions.

Malheureusement, on ne dispose pas de données épidémiologiques préexistantes sur la durée de l'allaitement dans le département de l'Eure ou pour l'ensemble de la région de la Haute Normandie qui permettraient une réelle comparaison dans le temps tout en tenant compte des disparités régionales et départementales.

Les données préexistantes les plus proches « géographiquement » sont retrouvées dans l'enquête réalisée en Seine-Maritime en 1991⁽⁴⁴⁾ qui mentionnait à cette époque une durée médiane d'allaitement de 10 semaines.

Les durées médianes d'allaitement obtenues lors du suivi de cohortes dans d'autres départements ou régions confirment la tendance générale à l'augmentation de la durée d'allaitement ; mais elle souligne aussi les fortes disparités géographiques et le retard de nos départements en matière d'allaitement : médiane de 16 semaines en 2006 en Rhône-Alpes⁽²³⁾, 15 semaines dans les Pays de la Loire en 2007⁽²⁴⁾.

Peu importe le département ou la région étudiée, on se trouve toujours loin des recommandations actuelles et de nos voisins européens en matière d'allaitement maternel.

2.2.2. Les taux d'allaitement à 1, 2, 3, et 6 mois

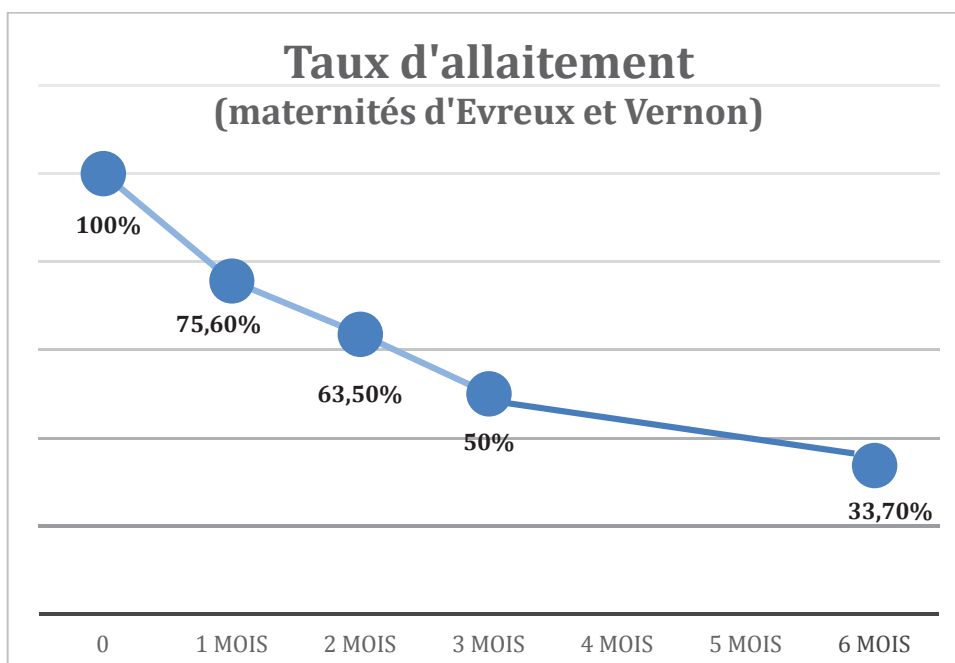
Les taux d'allaitement dans notre enquête étaient de 75,6 % à 1 mois, 63,5 % à 2 mois, 50 % à 3 mois et enfin 33,7 % à 6 mois.

Rappelons que la cohorte de notre enquête n'était constituée initialement que de femmes qui allaitaient toujours leur bébé à la sortie de la maternité (taux d'allaitement de 100% au début de l'enquête).

La plus forte baisse du taux d'allaitement, à savoir -24,4% a donc été constatée lors du premier mois qui a suivi la sortie de la maternité. (On rappelle également que les 3 femmes exclues pour avoir cessé d'allaiter très rapidement avant de consulter leur médecin traitant aurait probablement accentué ce phénomène).

La baisse est, par la suite, assez régulière de 1 à 3 mois (- 12% entre 1 et 2 mois, - 13% entre 2 et 3 mois) puis diminue à partir de 3 mois (seulement 16,3 % des femmes ont arrêté d'allaiter sur la période s'étendant de 3 à 6 mois).

A 6 mois, le taux d'allaitement dans notre enquête (de 33,7%) est plutôt au-dessus des résultats trouvés dans d'autres études plus récentes.

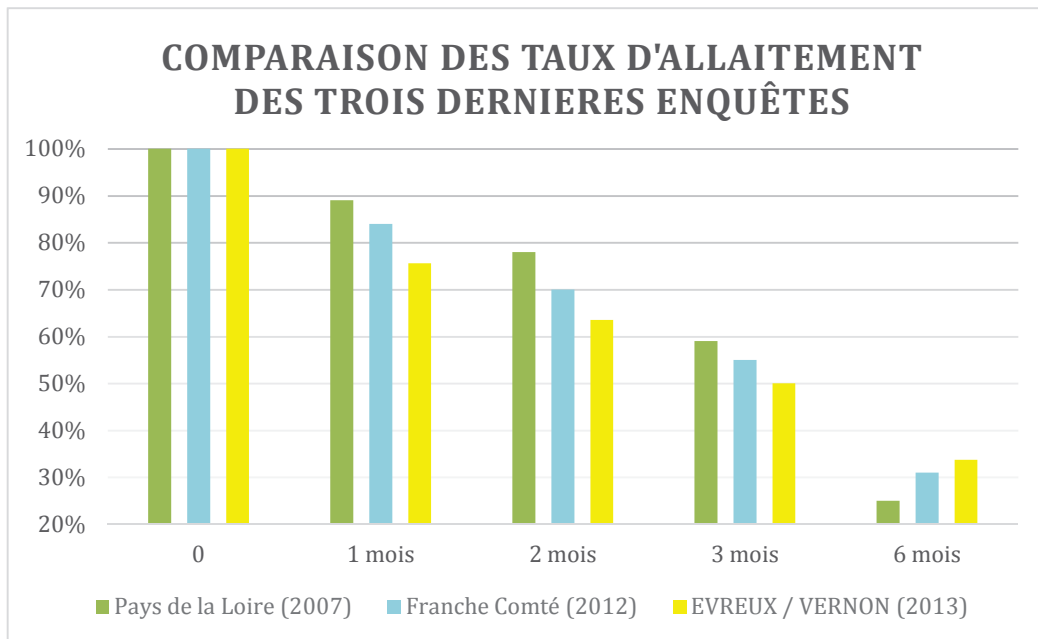


A titre de comparaison, l'enquête réalisée dans les 24 maternités des Pays de la Loire en 2007⁽²⁴⁾ mentionnait un taux d'allaitement à 6 mois de 25 % malgré une moindre baisse des taux d'allaitement à 1, 2, et 3 mois (respectivement 89% versus 75,6 % dans notre enquête, 78 % vs. 63.5 % et 59 % vs. 50 % à 3mois).

De la même façon, l'enquête du Réseau Périnatalité de Franche-Comté (RPFC)⁽⁴⁵⁾ réalisée en 2012 enregistrait un taux d'allaitement à 1 mois de 84%, puis 70% à 2 mois, 55 % à 3 mois et enfin 31 % à 6 mois. (cf. graphique ci-dessous)

Cela pourrait s'expliquer en partie par la proportion importante de femmes d'« *origine étrangère* » recrutées dans notre enquête (22 femmes sur 100) qui ont très majoritairement

allaité plus de six mois. En effet, dans notre étude, 50 % des femmes qui ont allaité plus de 6 mois étaient bel et bien d'origine « étrangère ».



2.2.3. Les paramètres étudiés pouvant influencer la durée de l'allaitement

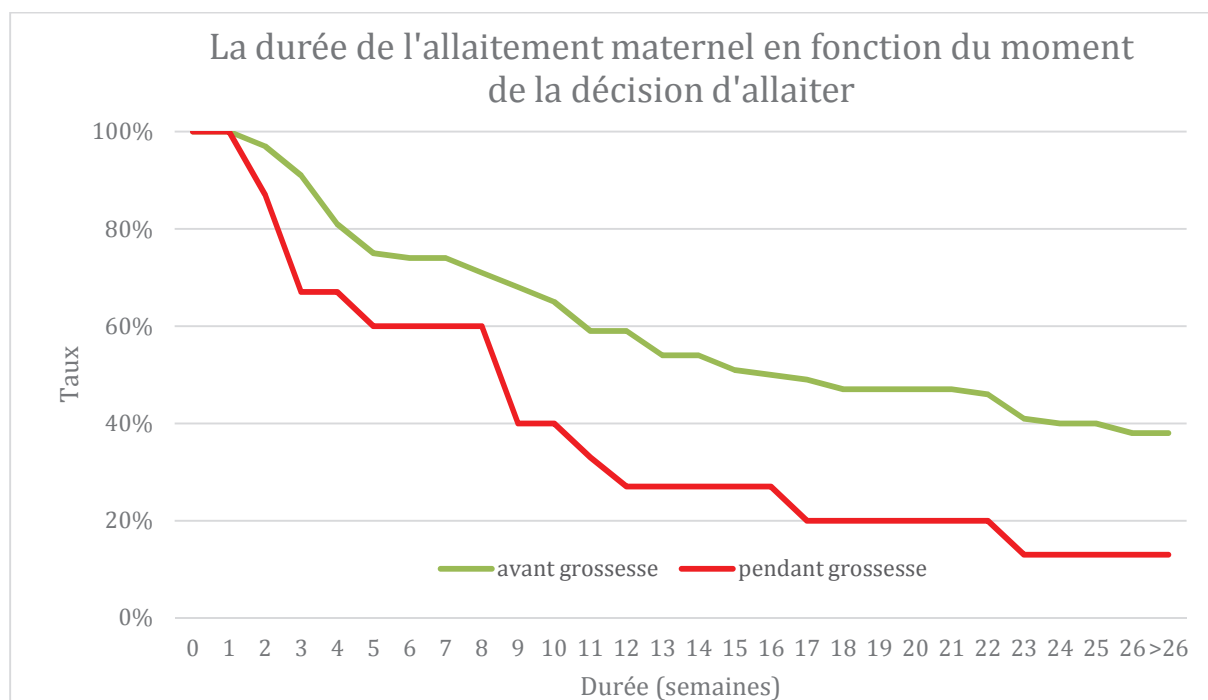
A la manière de l'enquête réalisée dans les 24 maternités des Pays de la Loire en 2007⁽²⁴⁾, nous avons choisi d'illustrer les principaux facteurs influençant la durée de l'allaitement à l'aide de courbes de survie (courbes représentant les taux d'allaitement en fonction de la durée de l'allaitement).

Les différents tests statistiques décrits précédemment permettent de conclure avec un seuil de précision $p < 0.05$ à la significativité (ou non) de ces résultats.

➤ *Le moment de la prise de décision d'allaiter :*

La durée médiane d'allaitement des femmes ayant pris leur décision avant la grossesse ($n=68$) s'élève à 15,5 semaines alors que pour les femmes dont la prise de décision est plus tardive ($n=15$), la médiane est de seulement 8 semaines.

Le graphique ci-dessous illustre bien le sentiment que le moment de la prise de décision d'allaiter son enfant est un facteur qui influence la durée de l'allaitement maternel.



Evolution des durées d'allaitement selon le moment de la prise de décision d'allaiter son enfant.

Les tests d'ANOVA et Mann-Whitney/Wilcoxon permettent d'affirmer statistiquement que le fait d'avoir choisi d'allaiter son enfant avant la grossesse augmente significativement la durée totale de l'allaitement avec un seuil de précision $p < 0.05$ (ANOVA : $p = 0.0425$; Wilcoxon : p estimé = 0.0288).

Cela s'explique probablement par une information et un savoir plus important chez les femmes s'étant préparées depuis longtemps à l'allaitement (rythme des tétées, bon positionnement, etc.) qui diminueront le nombre de difficultés rencontrées ou tout du moins faciliteront leur résolution.

D'autre part, les femmes s'étant décidées tardivement ont probablement plus tendance à passer aux substituts de lait dès les premières difficultés ou les premiers doutes sur la quantité ou qualité de leur lait.

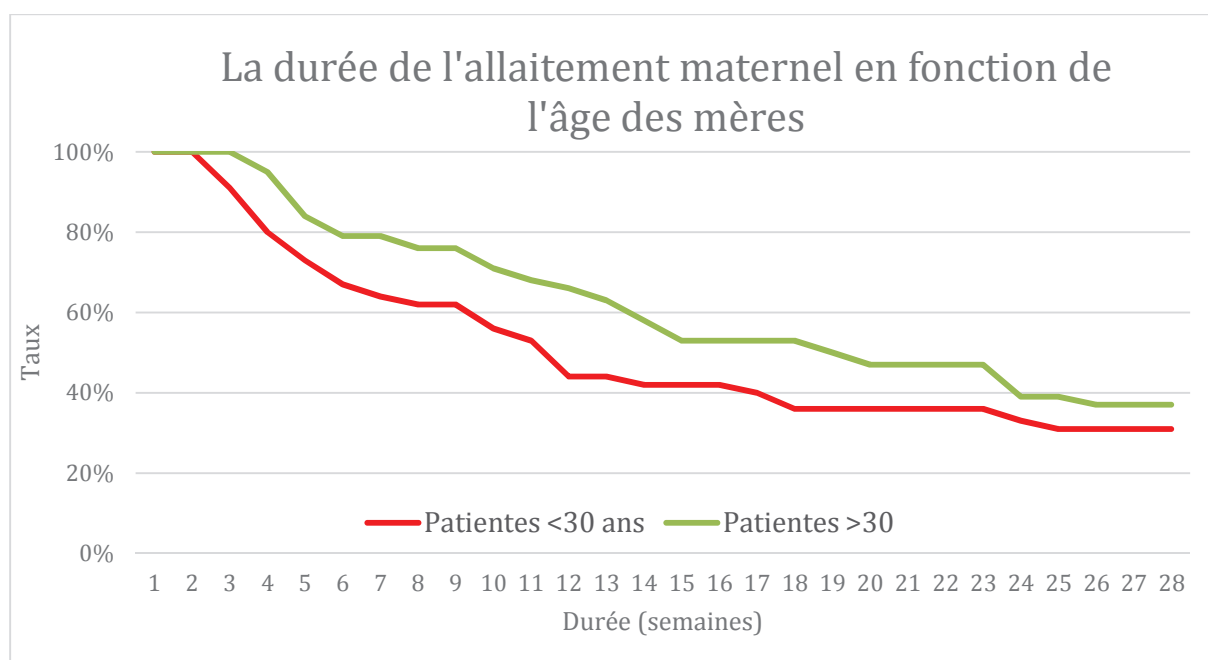
La motivation et la persévérance des mères ayant pris leur décision avant la grossesse sont certainement supérieures aux mères s'étant décidé tardivement.

➤ *L'âge de la mère :*

Les durées médianes d'allaitement des différentes classes d'âge présentes dans notre enquête étaient les suivantes :

- inférieur ou égal à 24 ans (n=9) : 10 semaines
- de 25 à 29 ans (n=36) : 10 semaines
- de 30 à 34 ans (n=30) : 20 semaines
- plus de 34 ans (n=8) : 15 semaines.

On a choisi de comparer la durée médiane d'allaitement des femmes de moins de 30 ans (n=45) à celle des femmes de 30 ans ou plus (n=38). Pour mémoire, l'âge moyen des femmes de notre étude était de 28,87 ans.



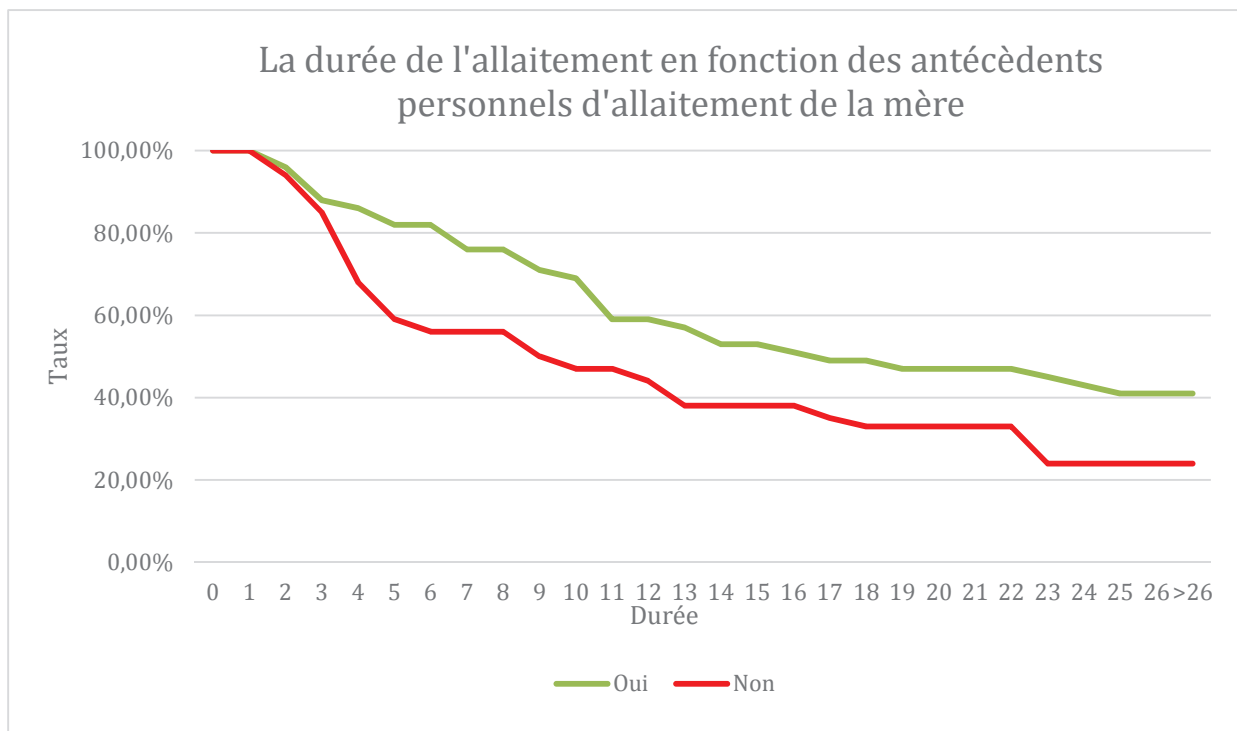
Evolution des durées d'allaitement en fonction de l'âge des mères (<30 ans VS >30 ans)

Même si la durée médiane d'allaitement des femmes de plus de 30 ans est nettement supérieure à celle des femmes plus jeunes : 17,5 semaines versus 10 semaines, et si les courbes de survies apparaissent assez clairement en faveur des femmes les plus âgées, les tests statistiques ne permettent pas d'affirmer que les durées d'allaitement de ces deux différents groupes soient significativement différents (p=0.13).

Au sens statistique du terme, contrairement à ce qui est habituellement retrouvé dans la littérature, l'âge n'apparaît pas finalement comme un facteur influençant de la durée de l'allaitement dans notre enquête.

➤ *Le fait que la mère ait été personnellement allaitée :*

Le fait que la mère ait elle-même été allaitée augmente significativement la durée de l'allaitement de son propre enfant (p situé à la limite de 0,05). L'écart entre les durées médianes est plus spectaculaire avec 8,5 semaines contre 16 semaines d'allaitement en cas d'antécédent personnel d'allaitement.



Evolution des durées d'allaitement en fonction des antécédents personnels d'allaitement des mères.

Cette différence peut s'expliquer par l'image positive de l'allaitement véhiculée par la propre mère et le père de la nouvelle maman ainsi que le partage des expériences et savoirs, de même que le soutien de l'entourage familial proche.

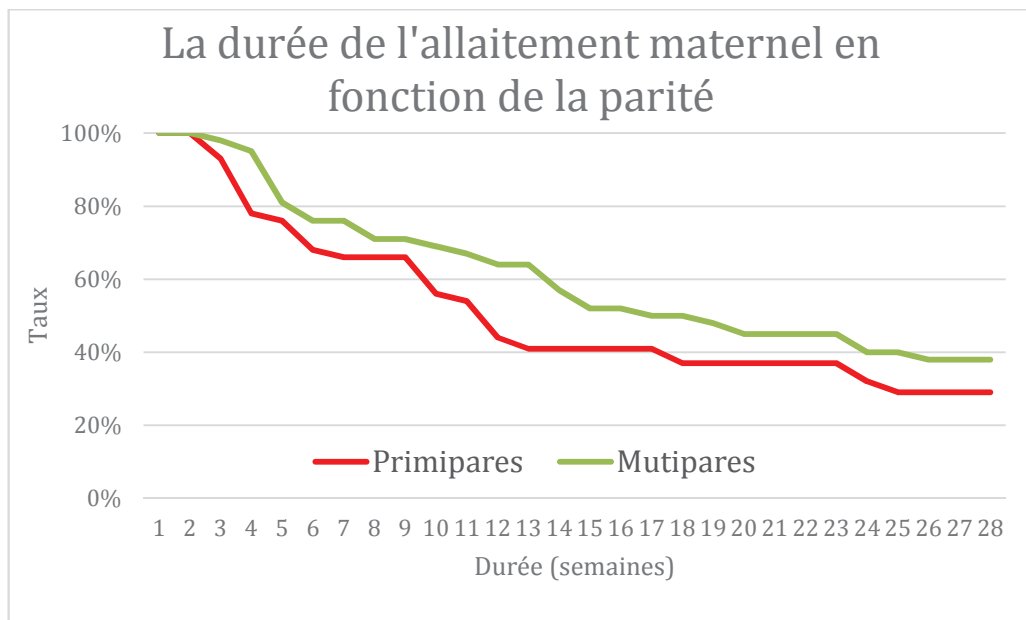
➤ *La parité :*

Il a déjà été démontré que le taux d'initiation à l'allaitement est supérieur chez les primipares. (Par exemple, 74% des primipares en 2012 en Franche-Comté contre 68% des multipares).

En revanche, les études qui se concentrent pour la plus part sur la durée, montrent un allaitement plus long chez les multipares.

Cette tendance est retrouvée dans notre enquête si l'on compare les durées médianes d'allaitement (10 semaines pour les primipares et de 16 semaines pour les multipares) ou lorsqu'on observe les courbes ci-dessous.

Néanmoins, les comparaisons statistiques ne permettent pas de conclure. (p=0,17)



Evolution des durées d'allaitement en fonction de la parité des mères.

Lorsque les femmes multipares ont déjà allaité et que leur expérience vis à vis de l'allaitement a été un succès, cette différence s'accroît d'autant plus.

Outre l'expérience de l'allaitement liée à la multiparité en elle-même, l'âge moyen plus élevé des femmes multipares explique aussi en partie ce résultat.

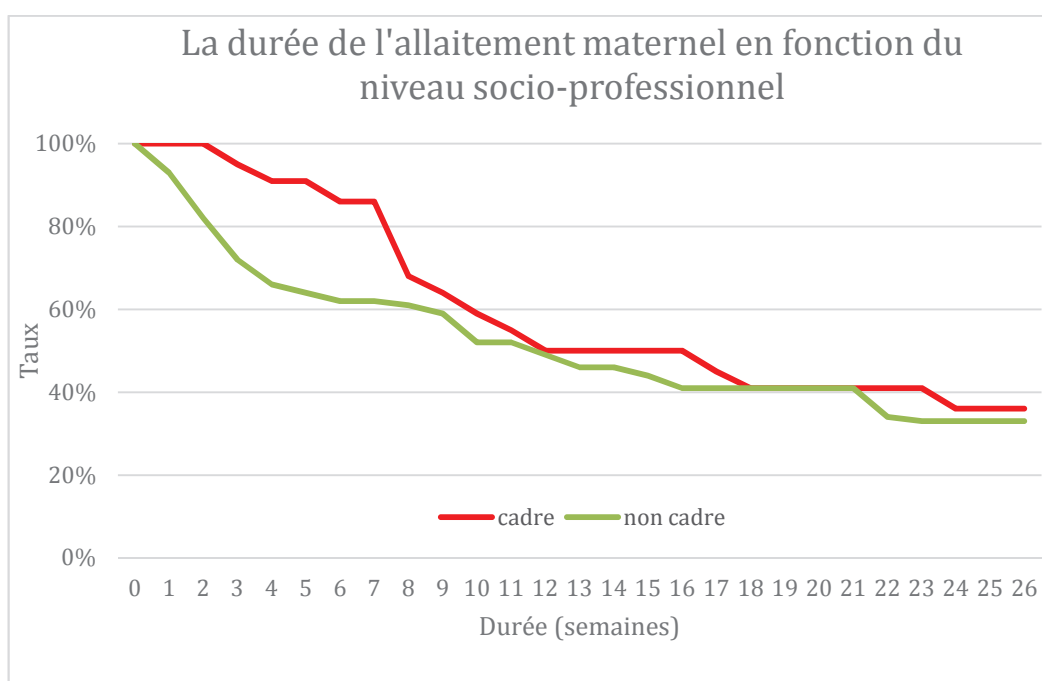
➤ *Le niveau socio-économique :*

Le niveau d'étude, social et professionnel est connu pour influencer le taux d'allaitement à la naissance. Plus le niveau socio-économique est élevé, plus le taux d'allaitement à la naissance est élevé.

Notre étude n'a pas évalué le taux d'allaitement à la naissance mais s'est préoccupée de la durée de l'allaitement.

Après l'étude comparative de notre cohorte entre couples – mère et/ou père - de niveau « *cadre* » (cadres supérieurs et professions libérales) et ceux qui ne le sont pas (professions dites intermédiaires, employés, ouvriers, sans emplois et étudiants), on constate que les durées médianes d'allaitement diffèrent de 2 semaines. (Médiane de 14,5 semaines pour les couples dits « *cadre* » et 12 semaines pour les couples « *non cadre* »). Toutefois, les tests statistiques ne permettent pas d'affirmer que la durée d'allaitement de ces deux groupes soit formellement différente.

Si le niveau socio-professionnel semble agir sur le taux d'allaitement à la naissance, il s'avère en revanche qu'il n'influence pas la durée de l'allaitement maternel.



Evolution des durées d'allaitement en fonction de la catégorie socioprofessionnelle.

On notera que dans le groupe « *cadre* » le plus grand nombre de sevrages intervient entre 8 et 12 semaines, ce qui correspond probablement à la période précédant ou coïncidant avec la reprise du travail.

Dans le groupe « *non cadre* », c'est surtout pendant le mois qui suit la sortie de la maternité que surviennent le plus de sevrages; puis, ils surviennent de nouveau entre 8 et 12 semaines mais de façon moins marquée.

Après 3 mois, les courbes se superposent.

➤ *Nationalité :*

Comme on l'a déjà notifié, la part des femmes d'« *origine étrangère* » était plutôt élevée dans notre enquête : 22 femmes sur 100 initialement recrutées étaient des femmes de nationalité étrangère ou des femmes françaises naturalisées ou des femmes dont les parents ont été naturalisés.

Notons que 5 femmes étrangères n'ont pas été incluses en raison de problèmes de communication (maîtrise de la langue ou absence de téléphone).

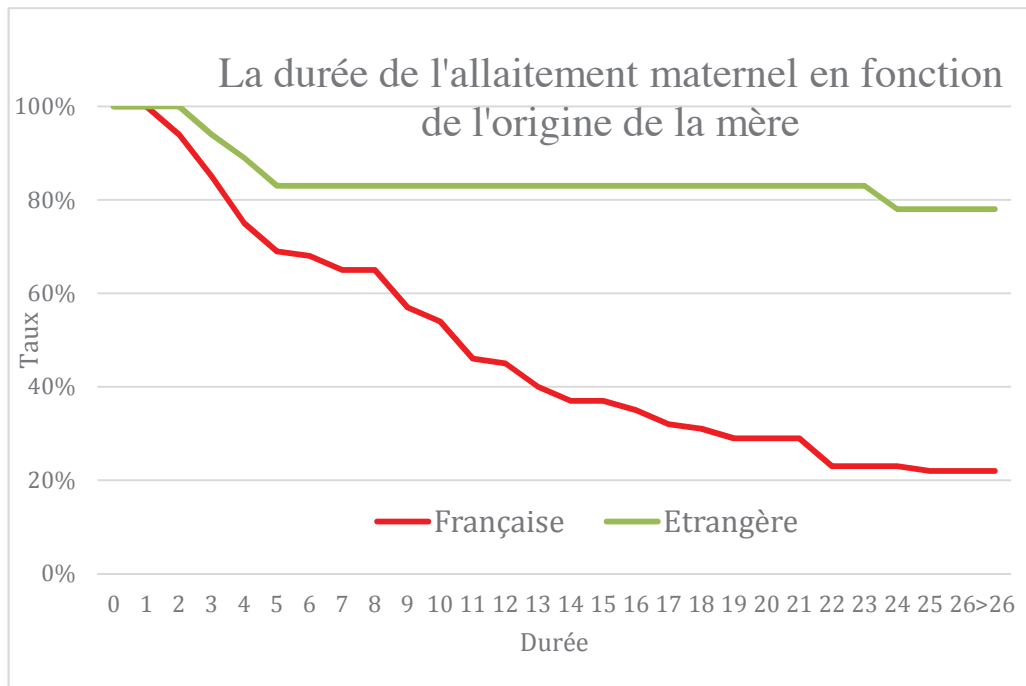
A la fin des 6 mois d'enquête, il restait 18 femmes d'« *origine étrangère* » toujours incluses dans notre étude. Parmi elles, 14 femmes soit près de 78% poursuivaient l'allaitement.

La durée médiane des femmes d'« *origine étrangère* » était donc supérieure à 26 semaines.

Pour les 65 femmes d'origine française (ce groupe comprenait les mères françaises avec des parents nés en France) qui ont participé à l'enquête jusqu'à la fin, la durée médiane d'allaitement était de 10 semaines.

La durée d'allaitement des femmes « *étrangères* » est statistiquement supérieure à celle des femmes d'origine française ($p = 0.0004$)

La comparaison des courbes de survie des deux groupes ne prête à aucune discussion.



Evolution des durées d'allaitement en fonction de l'origine des mères (mères françaises avec des parents de nationalité française VS mères de nationalité étrangère et mères françaises dont les parents sont de nationalité étrangère)

La représentation culturelle de l'allaitement maternel et surtout des substituts de lait maternel semble très différente en fonction des origines. Si la question de l'allaitement maternel ne s'est pas posée pour la grande majorité des femmes d'« *origine étrangère* », elle semble nettement préoccuper les femmes d'origine française.

Les 14 femmes d'« *origine étrangère* » qui poursuivaient l'allaitement au-delà de la date de fin de l'enquête ont nettement fait augmenter la durée moyenne de l'allaitement dans les maternités d'Evreux et de Vernon et sont en partie responsables du taux d'allaitement étonnamment élevé à 6 mois dans notre enquête.

2.2.4. L'importance du bon déroulement de l'allaitement dès le séjour en maternité

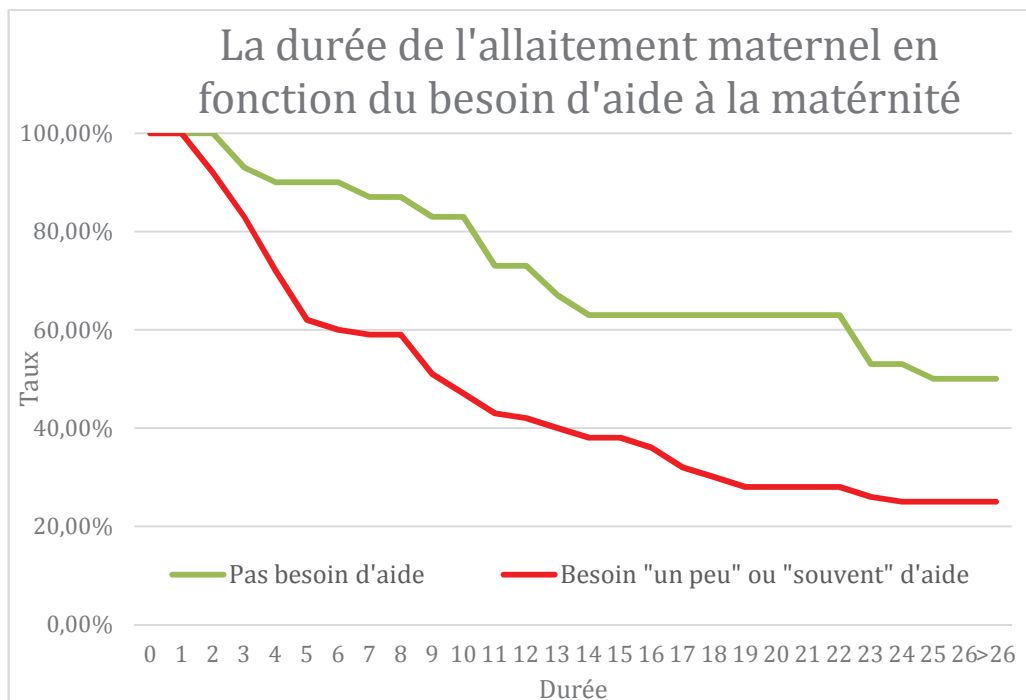
➤ *Les femmes qui demandent de l'aide dès le séjour à la maternité :*

On s'aperçoit dans notre enquête que les femmes pour qui l'allaitement se passait bien à la maternité ont allaité plus longtemps et cela, quelle que soit la qualité du soutien du médecin généraliste après la sortie de la maternité.

Les femmes qui affirmaient ne pas avoir besoin d'aide à la maternité puisque l'allaitement se passait très bien ont une durée médiane d'allaitement de 25 semaines.

Celles qui ont déclaré avoir besoin « souvent » ou même seulement « d'un peu » d'aide pendant le séjour en maternité allaitent beaucoup moins longtemps avec une médiane de 9 semaines d'allaitement.

Le test d'ANOVA confirme la significativité de la différence des durées d'allaitement entre les femmes qui n'avaient pas besoin d'aide et celles qui avaient, ne serait-ce qu' « un peu », besoin d'aide ou de conseils à la maternité (avec un seuil sans appel $p = 0,0017$).



Evolution des durées d'allaitement en fonction du besoin d'aide pendant le séjour à la maternité (mères qui affirmaient ne pas avoir besoin d'aide VS mères ayant eu « un peu » ou souvent » besoin d'aide)

➤ *Le ressenti des femmes à propos de l'allaitement pendant le séjour à la maternité*

Contrairement à ce que l'on pouvait présager, il n'a pas été mis en évidence de lien entre le ressenti des femmes vis à vis de l'allaitement à la maternité et la durée de l'allaitement.

Les femmes pour qui l'allaitement a été qualifié d'agréable pendant le séjour à la maternité n'ont pas allaité plus longtemps que les femmes pour qui l'allaitement était vécu comme une « contrainte » ou lorsqu'il était considéré comme « trop compliqué » ou encore « difficile ».

Le rapport s'est même inversé dans notre enquête : les femmes qui considéraient l'allaitement comme agréable avaient une durée médiane d'allaitement de 10,5 semaines contre 16 semaines pour les femmes qui ressentaient l'allaitement comme contraignant.

Malgré l'écart des durées médianes d'allaitement des deux groupes, il n'a pas été établi de différence statistiquement prouvée ($p = 0.42$).

2.2.5. Importance d'une évaluation précoce de l'allaitement par le médecin traitant / ses répercussions sur la durée totale de l'allaitement

Pour mémoire, sur les 83 femmes ayant mené l'enquête jusqu'à son terme :

- 46 ont qualifié la consultation précoce de soutien à l'allaitement de « *claire et bénéfique* » ;
- 19 ont mal perçu le discours du médecin généraliste (3 ont considéré que le discours du médecin était trop compliqué, 16 ont ressenti un manque de connaissance ou de confiance du médecin à propos de l'allaitement) ;
- 18 ont regretté que leur médecin n'ait pas du tout abordé le sujet de l'allaitement pendant la consultation. Or, elle devait y être en grande partie consacrée.

Si l'on compare chacun de ces différents groupes sans tenir compte des différents facteurs influençant l'allaitement sus-mentionnés, on obtient une durée médiane d'allaitement de 12 semaines pour les femmes ayant eu une consultation « *claire et bénéfique* », une médiane de 11 semaines pour les femmes ayant « *mal perçu* » le discours de leur médecin généraliste sur le sujet de l'allaitement, et enfin une médiane de 14 semaines pour les femmes où le sujet de l'allaitement n'a pas du tout été abordé !

En comparant statistiquement les durées d'allaitement des femmes ayant eu une consultation de soutien à l'allaitement qualifiée de « *claire et bénéfique* », des femmes n'ayant pas eu de discours ou un discours inapproprié sur le sujet de l'allaitement, on constate l'absence de différence significative. ($p = 0.47$)

Ces résultats démontrent qu'une consultation précoce de soutien à l'allaitement réalisée par le médecin traitant n'allonge pas sa durée.

Si l'on évalue l'impact d'une consultation de soutien à l'allaitement, non pas sur la population générale comme précédemment, mais, en se focalisant sur des sous-groupes de populations présentant des facteurs qui ont une influence négative sur l'allaitement (comme par exemple les femmes qui avait déjà besoin d'aide à la maternité, le fait d'être une jeune maman primipare, etc.), les conclusions statistiques ne permettent pas de conclure à un allongement de la durée de l'allaitement et ce, quel que soit le sous-groupe de population de mères « à risque ».

2.2.6. Comparatif entre les suivis assurés exclusivement par les médecins généralistes et les suivis assurés conjointement avec d'autres spécialistes

Nous avons séparé les mères ayant eu un suivi exclusivement avec leur médecin traitant, des mères qui ont consulté conjointement leur médecin et d'autres spécialistes pour les consultations liées à l'allaitement.

Jusqu'à 2 mois, il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les femmes ayant été suivies exclusivement par leur médecin traitant par rapport aux femmes ayant été suivies conjointement par d'autres spécialistes. ($p = 0,83$ à 1 mois ; $p = 0,52$ à 2 mois)

A 3 mois, les femmes suivies conjointement par plusieurs spécialistes en plus du médecin généraliste ont allaité plus longtemps ($p = 0,045$) mais le nombre très nettement supérieur de consultations par femme dans ce groupe induit un facteur de confusion évident.

En effet, les femmes suivies exclusivement par le médecin traitant, ont souvent bénéficié uniquement de la consultation de soutien précoce, et n'ont pas ou peu consulté les mois suivants.

A 6 mois les comparaisons statistiques redeviennent non significatives.

On peut donc conclure aisément, pour notre enquête, que la durée d'allaitement des mères suivies exclusivement par le médecin généraliste ne diffère pas de celle des femmes suivies conjointement par d'autres spécialistes.

2.2.7. Les difficultés rencontrées pendant les 6 premiers mois

➤ *Fréquence des difficultés :*

En observant le nombre de difficultés rencontrées à chaque étape de notre enquête, on s'aperçoit que les premiers jours suivant la sortie de la maternité restent les plus compliqués à appréhender pour ce qui est de l'allaitement.

En effet, le pourcentage de femmes ayant rencontré une difficulté est de 60,5% pendant le premier mois contre seulement 35% pendant le troisième mois.

Outre l'incidence des femmes ayant rencontré au minimum une difficulté pour allaiter, le nombre de difficultés rencontrées par femme est également le plus élevé au début de l'allaitement avec une moyenne de 1,66 difficulté par femme pendant le premier mois contre 1,16 difficulté par femme pendant le troisième mois.

Ces observations confortent la présomption que le premier mois suivant la sortie de la maternité est le plus délicat à gérer en matière d'allaitement maternel.

➤ La répartition des différents types de difficultés rencontrées évolue au cours du temps :

Répartition des difficultés rencontrées								
	0-1 mois		1-2 mois		2-3 mois		3-6 mois	
« Manque de lait »	15	<u>21</u>	11	<u>13</u>	5	5	8	10
Lait « pas bon »	6		2		0		2	
Crevasse/douleurs	15		2		1		0	
Fatigue	12	<u>37</u>	5	<u>11</u>	3	3	2	2
Trop des tétées le jour	13		3		0		0	
Trop des tétées la nuit	12		3		0		0	
Pathologies diverses	7		<u>11</u>		<u>8</u>		<u>8</u>	
Dépression	4		1		0		0	
Reprise du travail	1		<u>5</u>		<u>5</u>		<u>11</u>	
Manque d'aide	1		0		0		0	
Nombre total des difficultés rencontrées	86		43		22		31	

Le motif de plainte prépondérant, et ce, quelle que soit la période, reste la crainte de la mère d'avoir une production anormale de lait, que ce soit sur le plan de la quantité ou de la qualité. On parle bien du ressenti des femmes et pas de la véracité médicale de leur sentiment.

Quant aux autres motifs de plainte, on s'aperçoit qu'au début de l'allaitement ce sont surtout la fatigue (dont le nombre de tétées) et les crevasses qui prédominent.

Par la suite, ces motifs s'amenuisent pour laisser place aux pathologies diverses interférant avec l'allaitement, et la reprise du travail.

2.2.8. Les causes de sevrage prédominantes diffèrent en fonction de la durée totale d'allaitement

Sevrage					
Raisons	0-1 mois	1-2 mois	2-3 mois	3-6 mois	Total
Etat physique de la mère (en particulier la <u>fatigue</u>)	13 (43%)	6 (40%)	4 (25%)	5 (22%)	28 (33%)
Etat physique de l'enfant (en particulier la <u>mauvaise prise de poids</u>)	14 (47%)	3 (20%)	2 (12,5%)	5 (22%)	24 (29 %)
Reprise du travail (ou conditions incompatibles avec l'allaitement)	0 (0%)	4 (27%)	7 (44%)	9 (39%)	20 (24%)
Raisons invoquées par un professionnel	2 (7%)	1 (6,5%)	2 (12,5%)	2 (8,5%)	7 (8%)
Projet personnel de la mère	0 (0%)	0 (0%)	1 (6%)	2 (8,5%)	3 (4%)
Relation avec l'enfant	1 (3%)	1 (6,5%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2%)
Nombre de sevrages					
	21	10	11	13	55
Nombre des motifs de sevrage					
	30	15	16	23	84
Nombre des femmes ayant consulté					
	15 (71%)	7 (70%)	7 (70%)	6 (46%)	35 (64%)

Concernant les sevrages survenus lors des deux premiers mois suivant la sortie de la maternité, ce sont principalement l'état physique de la mère (soit la fatigue dans la majorité des cas) et de l'enfant (soit en majeure partie la mauvaise prise de poids) qui sont le plus souvent responsables des sevrages. On constate que plus le temps s'écoule, plus l'importance de ces motifs diminue.

Dès la fin du 2^{ème} mois, la reprise du travail ou les conditions pour allaiter pendant le travail, sont de plus en plus souvent mentionnés pour devenir la principale cause de sevrage au 3^{ème} mois ainsi qu'entre le 3^{ème} et le 6^{ème} mois.

Enfin, il est accablant de constater que parmi les 55 femmes ayant arrêté d'allaiter pendant les 6 mois d'enquête, seulement 3 femmes (soit 5,4%) ont affirmé qu'elles avaient atteint leur projet personnel concernant la durée totale de leur allaitement.

Dans notre enquête, ce sont donc bien 94,6% des femmes ayant sevré leur enfant avant 6 mois, qui se sont vues contraintes d'arrêter d'allaiter à contrecœur.

2.2.9. Les consultations auprès des professionnels de santé

Professionnels rencontrés											
		0-1 mois		1-2 mois		2-3 mois		3-6 mois		Sevrage	
Pourcentage de femmes ayant consulté en cas de difficultés		80,80%		75,90%		73,70%		52,40%		64%	
<u>médecin généraliste</u>		<u>22 (51,2%)</u>		<u>9 (31%)</u>		<u>6 (31,6%)</u>		<u>3 (27,3%)</u>		<u>23 (56,1%)</u>	
PMI	puéricultrice	8	9 (23%)	8	9 (31%)	4	5 (26%)	2	3 (27%)	5	9 (22%)
	sage-femme	1		1		1		1		3	
	médecin	0		0		0		0		1	
pédiatre libéral		2	3 (8%)	3	5 (17%)	2	3 (16%)	2	3 (27%)	3	5 (12%)
sage-femme libérale		1		2		1		1		2	
pédiatre hospitalier		0	1	1	2	0	0	2	2	0	1
sage-femme hospitalière		1		1		0		0		1	
Association		2		1		3		0		1	
Gynécologue		1	1	1	3	0	2	0	0	2	2
pharmacien		0		1		1		1		0	
ostéopathe		0		1		1		1		0	

➤ *Fréquence des consultations :*

Contrairement à ce que l'on craignait, on a constaté que les mères ont massivement consulté pour tenter de résoudre les problèmes liés à l'allaitement.

Ainsi, plus de 80% des femmes ayant rencontré des difficultés avec l'allaitement ont consulté lors du 1^{er} mois.

En revanche, les femmes qui allaitent plus longtemps ont de moins en moins tendance à rechercher l'aide des professionnels de santé en cas de problème lié à leur allaitement.

Entre 3 et 6 mois le pourcentage de femmes ayant consulté un professionnel n'est plus que de 52%.

➤ *Les spécialistes rencontrés par les mères pour le soutien à l'allaitement :*

Tout au long des six premiers mois et lors du sevrage, la médecine générale reste toujours la spécialité médicale la plus consultée au sujet de l'allaitement maternel.

Cela s'avère particulièrement vrai lors du premier mois qui suit la sortie de la maternité, période dont on rappelle l'importance en matière de fragilité de l'allaitement maternel.

Le premier mois, qui est donc le plus pourvoyeur de sevrages, est également le mois où les mères consultent le plus fréquemment (81% des femmes qui ont rencontré au moins une difficulté) et particulièrement les médecins généralistes (51,2% des consultations réalisées).

De façon similaire, lors du sevrage, le médecin généraliste reste l'interlocuteur privilégié avec plus de 56% des consultations.

On notera que lors des consultations qui ont abouti au sevrage, les professionnels de santé ont tenté de prolonger l'allaitement dans 51,2% des cas, et dans 52,2% des cas lorsqu'il s'agissait des consultations avec le médecin généraliste.

A la sortie de la maternité, le médecin généraliste est donc l'interlocuteur le plus fréquemment rencontré au sujet de l'allaitement maternel. Cela est particulièrement

manifeste pendant le premier mois et lors du sevrage, périodes primordiales en matière de durée d'allaitement.

➤ *Degré de satisfaction des mères allaitantes à propos des professionnels de santé rencontrés :*

Satisfaction				
	0-1 mois	1-2 mois	2-3 mois	3-6 mois
Pourcentage de femmes ayant consulté en cas de difficultés	80,80%	75,90%	73,70%	52,40%
Satisfaction en général	85,7%	72,4%	74%	72,7%
Satisfaction des femmes ayant consulté un médecin généraliste	77,3% (17/22)	89% (8/9)	67% (4/6)	67% (2/3)

Tout au long de l'enquête, nous avons uniquement pris en compte le ressenti des mères et non pas la qualité ou la pertinence médicale de la réponse apportée par le professionnel de santé.

Le nombre des mères satisfaites paraît très acceptable lors du premier mois avec près de 86% de satisfaction. Par la suite ce niveau se stabilise autour de 73%.

Les résultats concluent à une satisfaction quasi-similaire entre les consultations de médecine générale et les consultations de l'ensemble des professionnels de santé.

En dépit de ce sentiment de satisfaction suite aux consultations, la durée d'allaitement constatée est loin d'atteindre les préconisations de l'O.M.S.

Cette inefficacité s'expliquerait peut-être plus par un problème de fond que par un problème de forme : les conseils prodigués seraient soit inappropriés soit difficilement applicables dans la réalité.

3. DISCUSSION

3.1. La durée médiane d'allaitement et son évolution

Cette étude a permis d'estimer la durée médiane d'allaitement maternel (sans distinguer l'allaitement mixte de l'allaitement exclusif) à 12 semaines dans les maternités d'Evreux et de Vernon de juillet à septembre 2013.

Les taux d'allaitement à 1, 2, 3, et 6 mois étaient respectivement de 75,6 %, 63,5 %, 50% et 33,7 %.

En l'absence de données épidémiologiques préexistantes dans ces maternités, les données antérieures géographiquement les plus proches pour pouvoir juger d'une éventuelle évolution des comportements, sont celles de l'enquête de 1991 en Seine-Maritime ⁽⁴⁶⁾. Cette enquête estimait alors la durée médiane d'allaitement à 10 semaines. ⁽⁴⁴⁾

Ainsi, on peut conclure sans trop extrapoler, qu'à l'image des dernières études comparatives disponibles dans d'autres régions de France, la durée médiane d'allaitement continue son augmentation progressive au fil des deux dernières décennies.

Si cette probable amélioration de 2 semaines dans notre enquête est non négligeable, les différences régionales en terme de durée d'allaitement semblent bien ancrées comme le témoigne la médiane de 16 semaines en Rhône-Alpes datant pourtant de 2006.

Quoi qu'il en soit, nos estimations (comme celles des régions connues pour être plus en avance en matière de durée d'allaitement) se situent toujours très en-deçà de celles de nos voisins européens tout comme de l'objectif idéal des 6 mois d'allaitement maternel exclusif fixé par l'O.M.S.

3.2. Cibler les mères qui sont à risque de sevrage précoce

Les interprétations des données recueillies, relatives aux facteurs pouvant influencer la durée de l'allaitement confortent, pour la plupart, les informations disponibles dans la littérature. ⁽⁴¹⁾

Ainsi, les facteurs ayant eu un impact négatif statistiquement prouvé (avec un seuil de significativité $p < 0,05$) dans notre analyse sont :

- la prise de décision tardive (pendant la grossesse) d'allaiter son enfant,
- le fait que la mère n'ait pas été elle-même allaitée,
- et le besoin d'aide déclaré pendant le séjour en maternité.

D'autres facteurs laissaient présager de leur influence négative sans preuve formelle statistique ($p > 0,05$) comme le jeune âge et la primiparité.

Enfin, le bas niveau socio-professionnel, connu pour diminuer le taux d'allaitement à la naissance, n'a pas eu d'incidence sur le résultat final de la durée totale d'allaitement, même si l'évolution des taux d'allaitement de chaque catégorie est apparue très différente durant les premiers mois.

Bien que la liste des facteurs influençant la durée d'allaitement n'est pas exhaustive dans notre investigation, il apparaît de plus en plus évident que certains d'entre-eux peuvent aider à identifier une population de jeunes mères et futures mères qui présentent un risque élevé de sevrage précoce.

Dès la maternité, les femmes les plus fragiles sur le plan de l'allaitement pourraient être repérées et faire l'objet d'un encadrement plus complet et précoce de leur allaitement.

A la sortie de la maternité, des propositions de soutien à l'allaitement (consultantes en lactation, associations, consultation précoce auprès d'un professionnel de santé formé etc.) leur seraient systématiquement soumises.

Plus particulièrement en médecine générale, de tels critères aidant à distinguer les femmes à risque de sevrage précoce permettraient aux médecins d'accentuer leur surveillance ou de les orienter vers les professionnels spécifiquement formés à l'allaitement.

Ce « *dépistage* » en médecine générale étant possible avant, pendant et après la grossesse, ce serait autant d'occasions données aux femmes de trouver de l'aide pour surmonter leurs difficultés à allaiter de façon prolongée.

3.3.L'omniprésence de la médecine générale en matière d'allaitement

Contrairement à ce que l'on pouvait craindre, il s'est avéré que les mères ont consulté massivement les professionnels de santé tout au long de l'enquête pour obtenir de l'aide concernant leurs difficultés à allaiter.

Lors du premier mois qui suit la sortie de la maternité, où l'on enregistre la plus forte baisse du taux d'allaitement, 80% des femmes en difficultés ont demandé de l'aide aux professionnels.

Le sujet de l'allaitement n'est donc pas (ou plus) tabou, même lorsque les mères doutent sur leur capacité à nourrir suffisamment leur enfant.

Dans notre observation, la médecine générale est de loin la spécialité la plus sollicitée en matière d'allaitement.

Les chiffres obtenus interpellent également avec plus de 51% des consultations assurées par les médecins généralistes lors du 1^{er} mois et plus de 56% au moment du sevrage.

Tout au long de l'allaitement, c'est donc bien le médecin généraliste qui est l'interlocuteur le plus fréquent devant les spécialistes de l'allaitement et de la petite enfance.

En terme de fréquentation, les services de P.M.I. apparaissent seulement en deuxième position avec 23% des consultations du premier mois, puis arrivent seulement les pédiatres et sages-femmes libérales avec à peine 8% des consultations en lien avec les difficultés pour allaiter.

Si la confiance des mères en leur médecin « *de famille* » et le délai plus court pour obtenir un rendez-vous expliquent en grande partie ces résultats, il n'en est pas moins évident que la médecine générale est au premier plan dans le suivi de l'allaitement de la sortie de la maternité au sevrage.

3.4. Les motifs de consultations induites par les difficultés rencontrées pendant l'allaitement et la qualité des réponses apportées par les médecins généralistes

Hormis les doutes des mères sur la qualité de leur lait qui persistent tout au long des 6 mois de notre suivi (avec cependant une diminution progressive au fil des mois), on s'aperçoit que les motifs de plaintes évoluent avec la durée de l'allaitement.

Lors du premier mois, période fragile de la mise en route de l'allaitement, c'est avant tout la fatigue consécutive au changement de rythme de vie et au nombre de tétées diurnes et nocturnes qui est le motif le plus souvent cité.

Puis assez logiquement les problèmes de douleurs et de crevasses prédominent.

Ces trois plaintes - « *doute sur la qualité du lait* », « *fatigue* », et « *crevasses* » - prépondérantes lors du 1^{er} mois vont également être reconnues comme responsables de la majeure partie des sevrages survenant lors dudit mois.

Une fois le premier mois écoulé et l'obstacle de la « *mise en route* » de l'allaitement surmonté, on s'aperçoit que la fréquence de ces motifs va très rapidement diminuer voire disparaître dès le deuxième mois.

D'où l'importance de pouvoir aider le plus précocement possible ces femmes afin de prévenir un grand nombre de sevrages précoces.

Autant certains motifs peuvent aisément être pris en charge en consultation de médecine générale comme rassurer les mères sur la qualité de leur lait en examinant et pesant leurs enfants, autant certaines difficultés comme la fatigue semblent nécessiter un temps d'écoute beaucoup plus important et un soutien presque quotidien.

La médecine générale, de par sa proximité et sa disponibilité, a un rôle important à jouer en matière de soutien à l'allaitement. Mais, dans certaines situations, le soutien apporté ne peut

pas être aussi efficace que celui de personnes spécialisées qui sont plus à même d'y consacrer le temps nécessaire et d'apporter la solution la plus appropriée.

L'exemple d'une mère qui consulte pour un problème de douleur et/ou crevasses secondaires aux tétées illustre bien la complémentarité nécessaire entre la médecine générale et les spécialistes de l'allaitement.

Le médecin traitant va pouvoir prescrire un antalgique adapté, conseiller sur les méthodes de cicatrisation, dépister les rares complications infectieuses..., mais s'il veut définitivement résoudre le problème, il faudrait qu'il puisse assister à une tétée complète pour corriger la probable mauvaise position lors de la tétée responsable des complications cutanées.

Outre le fait que les spécialistes en lactation sont évidemment mieux formés pour observer et corriger ces problèmes de positionnement, une telle consultation paraît très compliquée à organiser en médecine générale pour des raisons de temps et de locaux.

Du deuxième au sixième mois, la reprise du travail devient la difficulté majeure puis, de façon moins marquée, les « *pathologies diverses* », et enfin persistent les doutes sur la qualité ou la quantité de lait produit.

Pendant cette période comme tout au long de l'allaitement, la proportion des consultations réalisées en médecine générale confirme qu'elle a toujours une place prépondérante.

Si certains problèmes rencontrés par les mères allaitantes relèvent parfaitement du domaine d'intervention de la médecine générale (à titre d'exemple, redonner de l'assurance ou traiter la plupart des pathologies diverses ayant un lien direct ou indirect avec l'allaitement), en revanche, pour d'autres motifs de consultation, le médecin généraliste est vite à court de ressources.

A titre d'exemple, pour aider une mère qui souhaite poursuivre l'allaitement malgré la reprise de son travail, le soutien passe d'avantage par des changements législatifs comme l'allongement du congé maternité pour les femmes qui allaitent exclusivement⁽¹⁶⁾, la vérification du respect du choix des femmes à allaiter en entreprises (temps mis à disposition, locaux adaptés, moyens de conserver le lait,...) et toute l'organisation nécessaire à mettre en

place avec les conseils de spécialistes en lactation (dont l'apprentissage du tire-lait et les bonnes méthodes de conservation du lait exprimé).

Au final, on peut conclure que la médecine générale a une responsabilité permanente en terme de soutien à l'allaitement, mais qu'elle n'est pas forcément la plus adaptée pour traiter l'ensemble des difficultés rencontrées.

Pour améliorer le soutien à l'allaitement, une prise en charge pluridisciplinaire paraît indiscutablement plus efficace que l'action isolée de chaque professionnel de santé.

Enfin, parmi les causes de sevrage, le fait qu'aucune femme avant deux mois et à peine 5% des femmes entre deux et six mois n'ait déclaré avoir atteint leur projet personnel (en terme de durée d'allaitement) laisse présager de l'ampleur des efforts à réaliser.

Avec une vision plus optimiste, on peut en déduire qu'il existe une importante marge de progression en matière de durée d'allaitement pour s'approcher des recommandations actuelles.

3.5.Efficacité d'une consultation précoce de soutien à l'allaitement lorsqu'elle est assurée en médecine générale et importance d'une formation complémentaire

Les dernières recommandations de l'International Lactation Consultant Association et du Plan Allaitement de 2010 préconisent l'instauration d'une consultation systématique du suivi de l'allaitement entre J 8 et J 15 assurée par un professionnel formé à l'allaitement maternel.⁽⁴²⁾

Cette recommandation découle d'enquêtes ayant prouvé qu'une telle consultation diminue le nombre d'arrêts précoces d'allaitement en dépistant rapidement les insuffisances de prise de poids, en vérifiant le bon déroulement d'une tétée, en relançant la lactation si nécessaire ou encore en redonnant confiance à la mère dans ses compétences à allaiter.

Ce type d'étude a déjà été réalisé avec différents spécialistes comme des consultants en lactation en 2005⁽³⁸⁾, ou avec des médecins généralistes, pédiatres libéraux et médecins de

PMI en 2006 ⁽⁴³⁾. Le résultat a été à chaque fois bénéfique en terme d'allongement de la durée d'allaitement.

Il s'agissait pourtant d'interventions simples en temps et en contenu auprès des mères allaitantes.

Cette pratique semblait donc pouvoir être généralisée à l'ensemble des praticiens de médecine générale tout en restant raisonnable sur le plan organisationnel et économique. ^(43,44)

Cependant, il est important de noter que dans toutes ces interventions, les médecins généralistes et d'autres spécialités, ont accepté d'être formés préalablement à l'allaitement.

Ces formations sont très variables en fonction des enquêtes, à savoir uniquement deux séances dans l'étude de 2005, mais plusieurs dizaines d'heures pour obtenir le titre de consultant(e) en lactation.

Le fait de préciser qu'il doit s'agir de « *médecins formés à l'allaitement* » n'est pas anodin comme l'illustre notre enquête.

En effet, on se rend compte que les consultations précoces de soutien à l'allaitement réalisées par les médecins généralistes de notre enquête (qui n'ont pas bénéficié de formation supplémentaire au sujet de l'allaitement) n'ont eu aucun effet positif significatif sur la durée d'allaitement.

Le résultat reste identique même si l'on s'intéresse uniquement aux mères les plus fragiles, c'est-à-dire les mères présentant des facteurs de risque de sevrage précoce.

Pour éliminer le biais qui pourrait être induit par la qualité de la relation entre le médecin et sa patiente, nous avons ré-estimé l'impact de ces interventions précoces uniquement chez les femmes ayant apprécié le discours du médecin et qui l'ont donc qualifié de bénéfique.

Le constat reste le même, la consultation précoce n'a pas influencé la durée de l'allaitement.

Cela porte à conclure que ces consultations précoces de soutien à l'allaitement n'ont pas d'intérêt majeur lorsqu'elles sont assurées par des médecins non formés sur l'allaitement.

Par ailleurs, le suivi précoce réalisé exclusivement par les médecins généralistes et le suivi toujours précoce, mais qui a été assuré de façon conjointe avec d'autres spécialistes, n'a pas montré de différence significative en terme de durée d'allaitement.

L'efficacité des consultations précoces de soutien à l'allaitement semble donc plus liée à la qualité de la formation des professionnels rencontrés en matière d'allaitement qu'au type de spécialité médicale à proprement parler.

4. LIMITES ET BIAIS DE L'ENQUETE

Différents biais sont apparus lors du déroulement de l'enquête.

- tout d'abord, la *faiblesse de l'échantillon* (100 femmes initialement puis 83 à la fin de l'enquête) : elle accroît le risque que certains calculs statistiques soient basés sur des sous-groupes de femmes de faible effectif dont les caractéristiques peuvent diverger de celles de la population générale.
- le questionnaire utilisé comportait des interrogations prenant en compte uniquement le ressenti des femmes. La *qualité purement médicale* du contenu des entretiens précoces de soutien à l'allaitement et des réponses apportées lors des suivis *n'a pas été retenue* ; cela induit un biais de confusion pour pouvoir juger de leur réelle efficacité sur l'allongement de la durée de l'allaitement.

Par exemple : la consultation de soutien précoce a pu être considérée comme « *claire et bénéfique* » par la mère alors que les messages primordiaux n'ont pas été délivrés par le médecin ou n'ont pas été compris. De même, s'il était bien vérifié que le sujet de l'allaitement a effectivement été abordé, la durée consacrée spécifiquement à ce propos n'a pas été documentée dans notre enquête.

- *l'abondance et la diversité des facteurs* pouvant influencer la durée de l'allaitement *n'ont pas permis de les prendre tous en compte*. La liste présentée dans notre étude

reprend uniquement les facteurs les plus faciles à identifier et à analyser mais n'est pas exhaustive.

- *l'estimation de la durée médiane d'allaitement a été probablement majorée :*

Ainsi, lors du recrutement, les femmes rencontrant des difficultés très sérieuses avec l'allaitement lors du séjour en maternité (selon l'avis des sages-femmes qui les accompagnaient) n'ont pas été incluses ; lors du recueil des données, les femmes ayant sevré leurs enfants sans avoir eu le temps de consulter leur médecin traitant ont été exclues de l'enquête ; et la forte proportion de femmes d' « *origine étrangère* » dans notre enquête a également eu pour effet d'augmenter la durée médiane d'allaitement puisqu'elles ont très majoritairement allaité plus de 26 semaines.

- *la différence d'intensité des suivis médicaux n'a pas été prise en compte.* Certaines femmes ont consulté leur médecin généraliste uniquement pour la première consultation de soutien précoce puis n'ont plus consulté de professionnel. D'autres, au contraire, l'ont consulté à plusieurs reprises et de façon régulière.

Notons que les suivis ont fréquemment été conjoints avec d'autres professionnels de santé mais que la différence d'investissement de chaque intervenant au sujet de l'allaitement n'a pas été documentée.

- *l'absence de données épidémiologiques antérieures* concernant l'allaitement dans les maternités d'Evreux et Vernon n'a pas permis d'évaluer l'évolution de l'allaitement dans le temps en se basant sur des populations géographiquement identiques. En comparant nos résultats avec ceux de l'enquête réalisée en Seine Maritime, on prend le risque de comparer deux populations socio-démographiquement différentes.
- enfin, notre *définition de l'allaitement* a été volontairement très large pour rendre l'organisation et l'interprétation de l'enquête réalisable par un seul enquêteur.

L'allaitement exclusif n'a pas été différencié de l'allaitement mixte, et, en cas d'allaitement mixte, la proportion de l'allaitement maternel par rapport à l'alimentation totale n'a pas été chiffrée.

5. CHANGEMENTS ET PROPOSITIONS D'AMELIORATION POUR FAIRE PROGRESSER L'ALLAITEMENT MATERNEL

5.1. Modifier la représentation culturelle de l'allaitement dans notre société en éduquant et en informant

Comme il a déjà été mentionné dans le plan européen de 2004 ⁽²²⁾ :

« Une information, une éducation et une communication adéquates sont d'une importance décisive pour recréer une culture de l'allaitement dans les pays où l'alimentation artificielle a été considérée comme la norme pendant plusieurs années, voire plusieurs générations ».

L'illustration la plus criante dans notre enquête est la différence de comportement constatée entre les femmes françaises et les femmes d'« origine étrangère ». (74% des femmes « étrangères » allaient après les 6 mois de l'enquête contre 21% pour les femmes d'origine française).

Le matraquage publicitaire effectué par les grandes firmes pendant de nombreuses années, a peu à peu modifié la représentation de l'allaitement maternel non seulement chez les mères mais également dans leur entourage familial ou chez leurs proches et a même eu un impact sur les comportements et discours des professionnels de santé vis à vis de l'allaitement.

Au 21^{ème} siècle, la multitude des moyens de communication disponibles (spots télévisuels, affiches, sites internet, documentations gratuites dans les cabinets et organismes en contact avec les enfants et leurs mères etc.) doit permettre d'atteindre les mères et/ou futures mères, ainsi que la population en général, afin de faire évoluer de manière positive leurs représentations de l'allaitement ainsi que leurs attitudes à l'égard des femmes allaitantes.

Ces recommandations portant sur la diffusion de l'information concernant l'allaitement sont reprises dans le plan national de 2010 ⁽³⁹⁾.

Il y est souligné l'importance de la représentation que la société se fait de l'allaitement pour que les actions visant à le promouvoir ou à le soutenir deviennent efficaces.

Ainsi il est déclaré que « *si l'attitude générale de la société au sens large à l'égard de l'allaitement n'évolue pas, il est probable que les actions de soutien mises en place pour soutenir notamment le démarrage de l'allaitement resteront peu efficaces* ». ⁽¹⁶⁾

Il est également recommandé que l'allaitement fasse partie intégrante de l'éducation dispensée en milieu scolaire primaire et secondaire, c'est-à-dire aux parents de demain, dans l'intention de leur inculquer sa réelle valeur, de revenir à une image positive, et que le moment venu, le choix de l'allaitement soit une évidence.

5.2.Promouvoir l'allaitement et informer les femmes pendant la grossesse

De façon générale, comme on a pu le constater dans notre enquête, plus la décision d'allaiter est prise précocement, plus l'allaitement s'en trouve prolongé.

Les séances de préparation à la naissance (dont l'entretien prénatal individuel du 4^{ème} mois), les groupes de préparation à l'allaitement, les consultations en lactation sont à multiplier ; ils représentent autant d'occasions pour aider les futures mères à s'informer sur les bienfaits du lait maternel et donc indirectement de les inciter à prendre la décision d'allaiter le plus tôt possible. ⁽¹⁶⁾

Une fois la décision d'allaiter prise, tous ces entretiens potentiels doivent permettre aux jeunes mères allaitantes de faciliter le bon déroulement de leur allaitement en leur enseignant comment résoudre aisément les problèmes couramment rencontrés lors des premiers jours qui suivent l'accouchement.

En effet, notre enquête a démontré à quel point les mères qui avaient déclaré avoir eu besoin, ne serait-ce « *qu'un peu* » d'aide durant leurs séjours à la maternité, ont en moyenne allaité moins longtemps que les femmes n'ayant pas ressenti le besoin de solliciter l'équipe soignante.

Il en ressort que les mères qui ont été bien informées et préparées à l'allaitement pendant leurs grossesses, parviennent à résoudre les plus fréquentes (mais le plus souvent bénignes) difficultés liées à l'allaitement, et cela, sans avoir recours à une aide extérieure.

Au final, la capacité de ces femmes à savoir gérer seules leur allaitement a pour conséquence de le favoriser (ainsi que probablement d'augmenter son exclusivité) et d'en augmenter la durée totale.

5.3. Encourager les maternités à être en conformité avec les standards I.H.A.B. de pratique optimale

L'initiative « *Hôpital ami des bébés* » lancée en 1992 par l'O.M.S. et l'U.N.I.C.E.F. est fondée sur 10 conditions pour le succès de l'allaitement et le respect du Code international de commercialisation des substituts de lait maternel ⁽³⁶⁾.

Il s'agit d'une démarche destinée à modifier les pratiques des soignants des maternités pour favoriser au mieux l'allaitement.

Bien qu'il s'agisse de la stratégie internationale ayant démontré le plus d'efficacité sur le taux d'initiation et la durée de l'allaitement, actuellement on ne dénombre en France qu'une vingtaine de maternités disposant de ce label.

Financièrement, la charge de travail liée à l'organisation et l'initiation de l'allaitement devrait être valorisée au titre de la tarification à l'activité (T2A). ⁽¹⁶⁾

5.4. Mettre en place, entre J 8 et J 15, une consultation d'évaluation de l'allaitement par un professionnel formé et encourager toutes les formes de soutien à l'allaitement dès les premiers jours qui suivent la sortie de la maternité.

Cette consultation spécialisée fait de plus en plus l'unanimité dans les différents plans d'action pour l'allaitement. ^(16,22,39)

Mais, comme démontrée dans notre étude, elle doit être considérée en tant que consultation entièrement dédiée à l'allaitement, et réalisée par un professionnel de santé qui a bénéficié d'une formation supplémentaire à l'allaitement maternel (la définition de la « formation supplémentaire » reste à définir).

Pour des raisons de durée de consultation et de niveau de qualification, cette consultation devrait être rémunérée à sa juste valeur avec la création d'une nomenclature spéciale. ⁽¹⁶⁾ (exemple : « Cs » d'allaitement mentionnée dans le plan du Pr Türck).

Dans l'idéal, ce type de consultation devrait être systématiquement proposé à tout couple mère-bébé qui allaite, avec une insistance particulière lorsque les mères présentent des facteurs prédictifs négatifs en terme de durée d'allaitement.

Son remboursement à 100% permettrait de viser l'ensemble de la population (dont la population précaire plus à risque de sevrage précoce).

Les coordonnées locales mises à jour des professionnels de santé (P.M.I., libéraux) et des associations ou groupes de pairs susceptibles de leur donner des conseils appropriés devraient être remises aux mères dès la sortie de la maternité.

Toutes les formes d'aides (physiques ou téléphoniques) assurées par des personnes formées, qu'elles soient professionnelles ou bénévoles, favorisent l'allaitement maternel. ⁽⁴⁰⁾

Le plan de 2010 souligne l'intérêt de passages à domicile, en relais du séjour en maternité, de personnel soignant de la P.M.I. ou de sages-femmes libérales. ⁽¹⁶⁾

5.5.Utiliser les standards de croissance de l'O.M.S. pour le suivi des enfants allaités

Pour mieux comprendre l'intérêt d'utiliser les nouvelles courbes de croissance de l'O.M.S., on rappelle que les courbes des carnets de santé actuels ont été élaborées en 1979, en se basant sur un échantillon d'enfants qui, à cette époque, étaient nourris majoritairement avec du lait industriel.

Les nouvelles courbes issues de l'étude multicentrique sur les valeurs de référence de la croissance de 1997 à 2003 sont, quant à elles, basées sur des enfants qui ont été allaités au sein et qui vivaient dans des conditions optimales pour favoriser leur développement staturo-pondéral.

La finalité est que ces nouvelles courbes deviennent la référence internationale de la croissance physiologique de tous les enfants de moins de cinq ans, en prenant comme modèle normatif les enfants nourris au sein.

Malheureusement, la différence d'alimentation entre les enfants suivis en 1979 et ceux de 2003 se traduit par des divergences non négligeables des courbes de croissance pouvant induire en erreur les mères et les professionnels de santé qui s'y réfèrent.

Lors des 4 premiers mois, la croissance des enfants allaités apparaît supérieure à celle des enfants nourris au lait artificiel. Cela n'a en général pas de répercussion sur l'allaitement puisqu'un nourrisson qui « *grossit bien* » rassure autant la mère que les professionnels de santé qui surveillent sa croissance.

A partir de 4 mois, on assiste à un infléchissement de la courbe responsable de fréquentes fausses interprétations. En effet, on constate qu'à 1 an, les enfants allaités pèsent en moyenne 600 grammes de moins et mesurent 1 cm de moins que les normes présentées dans les carnets de santé.

Cet infléchissement de la courbe à partir de 4 mois et ces différences de poids et taille à un an conduisent fréquemment à introduire en complément des biberons de lait artificiel de façon totalement injustifiée.

Il s'ensuit souvent un déséquilibre et une baisse de la lactation pouvant rapidement aboutir au sevrage.

Même sans réelle baisse de la lactation, la fausse impression de diminution de la croissance donnée par les courbes disponibles dans les carnets de santé va induire un doute sur la quantité ou la qualité du lait produit par les mères.

Cette culpabilité éprouvée par les mères, qui ne se sentent plus capables de nourrir suffisamment leurs enfants est, à elle seule, également très pourvoyeuse de sevrage.

Ultérieurement, elle poussera facilement ces mères à choisir le lait artificiel comme mode d'alimentation pour leur(s) éventuel(s) futur(s) enfant(s).

Notre enquête reflète bien ce phénomène puisque « *l'état physique de l'enfant* » et en particulier la « *mauvaise prise de poids* » (réelle ou ressentie) a été responsable de près du tiers des sevrages et le motif « *manque de lait* » ou « *lait pas bon* » ont été les motifs de plainte prédominants pendant les six mois de suivi.

5.6. Allonger la période post-natale du congé maternité rémunéré de 10 à 14 semaines

Dans la plupart des études portant sur les bénéfiques de l'allaitement, il est précisé que les avantages sur la santé des nouveau-nés sont surtout perceptibles lorsque la durée d'allaitement a été supérieure à 3 mois. ^(4,9,12)

Or, on constate qu'entre 8 et 12 semaines survient un effondrement des taux d'allaitement lié à la reprise du travail.

C'est pourquoi, l'académie nationale de médecine en 2009 puis le Pr Türck (dans son rapport sur l'allaitement pour le P.N.N.S. 3) en 2010, préconisent un allongement du congé maternité rémunéré dans sa période post-natale de 10 à 14 semaines.

Ce congé maternité rémunéré est à différencier de la possibilité d'un congé parental de 6 mois (ou plus en fonction de la parité) qui n'est pas rémunéré. Le fait que le congé parental soit non rémunéré empêche les mères ayant un emploi précaire ou de faibles revenus d'en bénéficier.

5.7. Informer les mères sur leurs droits à poursuivre l'allaitement malgré la reprise du travail, et convaincre les employeurs que l'allaitement leur est également bénéfique

Même si des textes de loi vont dans le sens d'une plus grande équité homme-femme dans le monde professionnel, il est probable que dans la réalité, le fait pour une femme d'opter pour un temps partiel ou un congé parental risque de fragiliser la sécurité de son emploi ou de freiner l'évolution de sa carrière.

Une fois la reprise du travail effectuée, de nombreuses femmes ayant l'intention de poursuivre l'allaitement n'en ont pas la possibilité. Pourtant, le Code du travail français a été revu en 2007 pour l'harmoniser avec les exigences de l'O.I.T. et permettre aux femmes de bénéficier du droit d'allaiter sur le lieu de travail. (annexe 1)

Or, ces règles sont surtout valables pour les entreprises de plus de 100 salariés et même dans ce cas, ces dispositions réglementaires sont mal respectées.

L'« *heure de pause* » quotidienne dédiée à l'allaitement non rémunérée est, de même, un frein financier à l'allaitement non négligeable.

L'absence d'obligation pour les plus petites entreprises et l'absence de sanction réelle en cas de non-respect des lois, empêchent les femmes d'allaiter après 10 semaines ou dissuadent d'emblée les femmes d'allaiter leurs enfants.

A l'heure actuelle, face à cette impunité, la seule façon de faire progresser le droit des femmes à allaiter dans certaines entreprises les plus réticentes, semble résider dans l'information des employeurs vis à vis des économies qu'ils réaliseront en soutenant activement leurs employées à poursuivre l'allaitement.

Malheureusement, l'allaitement ne présentant pas d'enjeu industriel, les études sur les bénéfices économiques directs et indirects générés par l'allaitement prolongé après la reprise du travail ne sont pas assez nombreuses suite à l'absence de financements privés pour les réaliser.

5.8. Améliorer les connaissances des médecins généralistes en matière d'allaitement

Pour que les consultations de promotion et de soutien à l'allaitement soient efficaces, il a été démontré que l'ensemble des professionnels de santé devraient bénéficier d'une formation complémentaire.

La formation initiale concernant l'allaitement des futurs médecins généralistes consiste en un volume horaire très limité au cours du 2^{ème} cycle. Il s'avère en réalité que les informations données concernent principalement les complications de l'allaitement.

Lors du 3^{ème} cycle, l'enseignement n'est pas uniformisé entre les facultés, mais la plupart du temps, l'allaitement n'est que partiellement abordé lors de séminaires consacrés au post-partum ou à la prise en charge du nouveau-né.

Dans tous les cas, on constate qu'il s'agit de formation théorique et l'aspect pratique de l'allaitement n'est pas abordé.

Les différents stages de formation au cours des 2^{ème} et 3^{ème} cycle ne permettent pas en général de combler cette lacune.

La formation médicale continue de l'ensemble des médecins généralistes devrait permettre d'améliorer et d'actualiser leurs connaissances. ⁽¹⁶⁾

C'est ainsi que le Pr Türck insiste dans son rapport pour que le thème de l'allaitement soit inscrit dans les objectifs prioritaires de la formation médicale continue de l'ensemble des professionnels concernés. Cette formation continue devant être basée sur des cours étayés scientifiques et assurée par des professionnels reconnus pour leurs compétences dans ce domaine.

6. CONCLUSION

Les preuves scientifiques concernant les bénéfices de l'allaitement sur la santé de l'enfant et de sa mère, comme pour le système de soins français, sont de plus en plus probants.

Malgré cela, l'alimentation artificielle est devenue la norme depuis plusieurs générations et l'idée même que l'allaitement puisse permettre à un enfant de se développer normalement jusqu'à six mois soulève beaucoup de scepticisme chez les mères comme chez certains professionnels de santé.

Notre enquête a permis d'estimer la durée médiane d'allaitement maternel à 12 semaines dans les maternités d'Evreux et de Vernon. Les taux d'allaitement à 1, 2, 3, et 6 mois étaient respectivement de 75,6 %, 63,5 %, 50% et 33,7 %.

Ces résultats confirment depuis les deux dernières décennies, la tendance globale de l'allongement de la durée de l'allaitement en France malgré de nettes disparités régionales.

Si cette progression est encourageante, la France reste en retard par rapport à ses voisins européens et le chemin à parcourir est encore long pour atteindre les 6 mois d'allaitement exclusif actuellement recommandés par l'O.M.S.

Pour combattre cette méfiance de la société en général vis à vis de l'allaitement, les autorités l'ont incorporé dans les priorités nutritionnelles de différents programmes d'amélioration de la santé en France.

Depuis cette prise de conscience, de nombreuses campagnes d'information s'efforcent de convaincre la société française des bienfaits de l'allaitement maternel, et des actions de soutien sont mises en place pour l'encourager.

Dans notre étude, nous avons mis en évidence l'omniprésence de la médecine générale dans le suivi des femmes allaitantes, et cela, dès la sortie de la maternité jusqu'au sevrage. De par sa disponibilité et la confiance des jeunes mères en leur médecin « *de famille* », elle est de loin la spécialité la plus sollicitée au sujet de l'allaitement et de ses difficultés.

Le premier mois de démarrage de l'allaitement étant la période la plus pourvoyeuse de sevrage, l'une des récentes propositions de soutien consiste à proposer de façon systématique une consultation de suivi de l'allaitement entre J 8 et J 15.

Elle fait suite à plusieurs études ayant prouvé que toutes formes de soutien assurées par des professionnels formés sont bénéfiques pour allonger la durée de l'allaitement et cela d'autant plus que le soutien est précoce.

Or, il s'avère que dans notre investigation, les consultations précoces de soutien de l'allaitement assurées par des médecins généralistes qui n'ont pas été spécifiquement formés n'ont pas favorisé l'allongement de la durée de l'allaitement.

Une formation complémentaire des médecins généralistes spécifique de l'allaitement paraît donc essentielle pour leur permettre de participer efficacement à la promotion et au soutien de celui-ci.

Compte tenu des bénéfices attendus et de la place prépondérante qu'occupe la médecine générale dans son suivi, l'allaitement devrait faire partie des objectifs majeurs de la formation initiale des médecins généralistes, puis, faire l'objet d'une formation complémentaire.

C'est ainsi qu'à l'avenir, peu importe l'intérêt que chacun porte à l'allaitement, ce dernier deviendra automatiquement l'une des principales préoccupations de tout médecin ayant devant lui une jeune femme enceinte ou une mère accompagnée de son nouveau-né.

ANNEXES

Annexe 1 : Code du travail et allaitement maternel

Article L1225-30 (remplace Article L224-2) :

« Pendant une année à compter du jour de la naissance, la salariée allaitant son enfant dispose à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail. »

Article R1225-5 (remplace Article R224-1) (Créé par Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. (V))

« L'heure prévue à l'article L. 1225-30 dont dispose la salariée pour allaiter son enfant est répartie en deux périodes de trente minutes, l'une pendant le travail du matin, l'autre pendant l'après-midi. La période où le travail est arrêté pour l'allaitement est déterminée par accord entre la salariée et l'employeur. A défaut d'accord, cette période est placée au milieu de chaque demi-journée de travail. »

Article R1225-6 (Créé par Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. (V))

La période de trente minutes est réduite à vingt minutes lorsque l'employeur met à la disposition des salariées, à l'intérieur ou à proximité des locaux affectés au travail, un local dédié à l'allaitement.

Article L1225-31 (remplace Article L224-3)

La salariée peut allaiter son enfant dans l'établissement.

Article R4152-2 (Créé par Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. (V))

Indépendamment des dispositions relatives à l'allaitement prévues par les articles L. 1225-31 et R. 4152-13 et suivants, les femmes enceintes ou

allaitant doivent pouvoir se reposer en position allongée, dans des conditions appropriées.

Article L1225-32 (remplace Article L224-4)

Tout employeur employant plus de cent salariées peut être mis en demeure d'installer dans son établissement ou à proximité des locaux dédiés à l'allaitement.

Article R1225-7 (Créé par Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. (V))

Les caractéristiques du local dédié à l'allaitement, prévu à l'article L. 1225-32, figurent aux articles R. 4152-13 et suivants.

Article R4152-13 (remplace Article R224-2)(Créé par Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. (V))

Le local dédié à l'allaitement prévu à l'article L. 1225-32 est :

- 1° Séparé de tout local de travail;
- 2° Aéré et muni de fenêtres ou autres ouvrants à châssis mobiles donnant directement sur l'extérieur;
- 3° Pourvu d'un mode de renouvellement d'air continu;
- 4° Convenablement éclairé ;
- 5° Pourvu d'eau en quantité suffisante ou à proximité d'un lavabo;
- 6° Pourvu de sièges convenables pour l'allaitement;
- 7° Tenu en état constant de propreté. Le nettoyage est quotidien et réalisé hors de la présence des enfants;
- 8° Maintenu à une température convenable dans les conditions hygiéniques.

Article L1225-33 (remplace Article L224-5)

Un décret en Conseil d'Etat détermine, suivant l'importance et la nature des

établissements, les conditions d'application de la présente sous-section.

Article L1225-12 (remplace Article L122-25-1-2)

L'employeur propose à la salariée qui occupe un poste de travail l'exposant à des risques déterminés par voie réglementaire un autre emploi compatible avec son état :

1° Lorsqu'elle est en état de grossesse médicalement constaté;

2° Lorsqu'elle a accouché, compte tenu des répercussions sur sa santé ou sur l'allaitement, durant une période n'excédant pas un mois après son retour de congé postnatal.

<p style="text-align: center;">Annexe 2: Dix conditions pour le succès de l'allaitement définies par la Déclaration conjointe de l'O.M.S. et de l'U.N.I.C.E.F. (1989)</p>
--

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et de soins aux nouveau-nés devraient :

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les membres du personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique.
4. Placer le bébé en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins 1 heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24h par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Annexe 3 : Déclaration d’Innocenti 1990
1er août 1990 Florence (Italie)

RECONNAISSANT que :

L'allaitement maternel constitue un moyen sans égal de nourrir l'enfant qui :

- assure aux nourrissons une alimentation idéale qui favorise leur croissance et leur bon développement ;
- réduit l'incidence et la gravité des maladies infectieuses, faisant ainsi baisser la morbidité et la mortalité infantiles ;
- contribue à la santé des femmes en réduisant le risque de cancer du sein et de l'ovaire, et en augmentant l'intervalle entre les grossesses;
- apporte des avantages sociaux et économiques à la famille et à la nation;
- donne un profond sentiment de satisfaction à la plupart des femmes pour qui l'expérience est réussie;
- et que de récentes recherches ont prouvé que : ces avantages augmentent si les nourrissons sont exclusivement nourris au sein (1) pendant les six premiers mois de la vie, et si, par la suite, la mère continue de les allaiter tout en leur donnant une alimentation de complément; et que certaines interventions peuvent modifier de façon positive les attitudes vis-à-vis de l'allaitement maternel ;

NOUS DÉCLARONS PAR CONSÉQUENT que :

Dans le but d'assurer une santé et une nutrition optimales aux mères et aux enfants dans le monde entier, il faudrait que chaque femme ait la possibilité de nourrir son enfant au sein exclusivement et que chaque nourrisson soit nourri exclusivement au lait maternel de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois. Par la suite, il faudrait que les enfants continuent d'être nourris au sein, tout en recevant une alimentation de complément appropriée et adéquate,

jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà. Pour atteindre cet idéal en ce qui concerne l'alimentation des enfants, il faudrait sensibiliser le public de manière à créer un climat de soutien approprié afin que les femmes nourrissent leurs enfants de cette manière.

La réalisation de cet objectif nécessite, dans de nombreux pays, le renforcement d'une "civilisation de l'allaitement maternel", énergiquement défendue contre l'incursion d'une "civilisation du biberon". Ceci suppose un engagement et un plaidoyer en faveur de la mobilisation sociale, tirant parti au maximum du prestige et de l'autorité des dirigeants reconnus à tous les niveaux de la société.

Il faudrait s'efforcer de donner aux femmes plus de confiance dans leur aptitude à pratiquer l'allaitement au sein. Ceci suppose l'élimination des contraintes et des influences qui agissent sur les idées et les attitudes vis-à-vis de l'allaitement maternel, souvent par des moyens subtils et indirects. Il faut pour cela faire preuve de sensibilité et d'une vigilance continue et appliquer une stratégie globale et adaptée de communication faisant intervenir tous les médias et s'adressant à tous les niveaux de la société. De plus, il faut supprimer les obstacles à l'allaitement maternel au niveau des services de santé, du lieu de travail et de la collectivité.

Des mesures devraient être prises pour faire en sorte que les femmes soient nourries de façon adéquate dans l'intérêt de leur santé et de la santé de leur famille. De plus, il faudrait veiller également à ce que toutes les femmes aient accès à des informations et à des services en matière de planification de la famille afin de pouvoir pratiquer l'allaitement au sein et éviter les grossesses trop rapprochées qui risquent de compromettre leur santé et leur état nutritionnel ainsi que la santé de leurs enfants.

Tous les gouvernements devraient élaborer des politiques nationales en matière d'allaitement maternel et fixer des objectifs nationaux appropriés pour les années 90. Ils devraient mettre en place un système national permettant de contrôler la réalisation des objectifs fixés, et définir des indicateurs tels que le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein à la sortie de la maternité et le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein à l'âge de 4 mois.

Les autorités nationales sont en outre instamment invitées à intégrer leurs politiques en matière d'allaitement maternel à leur politique générale dans les domaines de la santé et du développement. Ce faisant, elles devraient renforcer toutes les activités de nature à protéger,

encourager et soutenir l'allaitement maternel dans le cadre des programmes complémentaires intéressant notamment les soins prénatals et périnatals, la nutrition, les services de planification de la famille et la prévention et le traitement des maladies les plus courantes chez les mères et les enfants. Tout le personnel de santé devrait recevoir la formation nécessaire pour pouvoir mettre en œuvre ces politiques en matière d'allaitement maternel.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS :

Il faudrait que d'ici 1995 chaque gouvernement ait:

- désigné un coordonnateur national doté de pouvoirs appropriés et créé un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel, composé de représentants des services gouvernementaux compétents, d'organisations non gouvernementales et d'associations professionnelles dans le domaine de la santé; fait en sorte que chaque établissement assurant les prestations de maternité respecte pleinement les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel énoncées dans la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF intitulée "Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: le rôle spécial des services liés à la maternité";
- pris des mesures pour mettre en œuvre intégralement les principes et l'objectif de tous les articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la santé;
- et promulgué des lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant et adopté des mesures pour assurer leur application.

Nous faisons également appel aux organisations internationales pour qu'elles:

- élaborent des stratégies d'action en vue de la protection, de l'encouragement et du soutien de l'allaitement maternel, y compris le suivi et l'évaluation, au niveau mondial, de leur application;
- donnent leur appui à la réalisation d'analyses et d'études sur la situation au niveau

des pays et à la définition d'objectifs nationaux et de buts pour l'action ;

- encouragent et appuient les activités des autorités nationales intéressant la planification, l'exécution, le suivi et l'évaluation de leurs politiques en matière d'allaitement maternel.

GOUVERNEMENTS PARTICIPANTS:

Dr. M. Q. K. Talukder, Bangladesh - Dr. Marcos Candau, Brésil - Dr; Patricio Silva Rojas, Chili - Dr. Wang Feng-Lan, Dr. Guan Yuan Zi, Chine - Dr. Daniel Arenas Reyes, Colombie - Dr. Plutarco Naranjo Vargas, Equateur - Colonel Dr. Getachew Tadesse, Ethiopie - Dr. Ruth de Arango, Guatemala - M. Teofilo Martel Cruz, Honduras - M. Jagdish C. Jetli, Mlle Mira Seth, Inde - Mme A. Sulasikin Murpratomo, Dr. Soepardan Soerjohoedjo, Dr. Widyasuti Wibisana, Dr. Su Haryono, Indonésie - Dr. Alireza Marandi, Iran - M. Ivo Butini, Italie -

Dr. Joseph Andoh, Côte d'Ivoire - Dr. Mamoun Maabreh, Dr. Samir Awamleh, Jordanie - Dr. Joseph S. Oliech, Kenya - Dr. Suzanne Bocoum, Mali - Dr. J. Ramphul, Ile Maurice - Dr. Yolanda Senties, Mexique - Dr. Olikoye Ransome-Kuti, Dr. Adenike Grange, Nigéria - M.S.A.H. Kazmi, Dr. Syed Tariq Sohail, Pakistan - M. Piotr Mierzewski , Pologne - Dr. Fanny Friedman, Dr. Qhing Qhing Dlamini, Swaziland - Dr. J. W. Temba, Tanzanie - Dr. Dhatchai Mungkandi, Thaïlande - Dr. Tomris Turmen, Turquie - Dr. Petronella Clark, Mlle Dora Henschel, Royaume Uni - Dr. Audrey Hart Nora, Etats-Unis d'Amérique - Dr. Ngandu-Kabeya Dibandala, Zaïre - Dr. Timothy Stamps, Zimbabwe

UNICEF : M. James P. Grant Dr. Nyi Nyi Dr. James Himes Dr. Urban Jonsson Dr. J. Peter Greaves Mme Margaret Kyenkya-Isabirye Mlle Agnes Aidoo

US A.I.D.: Dr. Nancy Pielemeier Dr. Mary Ann Anderson Dr. Nina Schlossman Dr. James Shelton Dr. Janet Tognetti Dr. Miriam Labbok

UNFP A: Dr. Nafis Sadik

PNUD: M. Aldo Ajello

COMITÉS NATIONAUX UNICEF Dr. Arnoldo Farina

OMS : Dr. Hu Ching-Li (au nom de Dr. Hiroshi Nakajima) Dr. Angèle Pétros-Barzavian Dr. Mark Belsey Dr. Elisabet Helsing Mme Randa Saadeh Dr. Djamil Benbouzid Dr. Jim Tulloch Dr. Marina Rea

SIDA: M. Nils Öström M. Ted Greiner M. Göran Sterky

UK ODA: Mlle Margaret Pollock

FAO: M. Paul Lunven

PAM : Mlle Judit Katona-Apte

BANQUE MONDIALE M. Alan Berg

<p style="text-align: center;">Annexe 4 : Conditions d'accès au label I.H.A.B. (Initiative hôpital ami des bébés) (Révision de 2009)</p>

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

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants la formation et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique.
4. Mettre les nouveau-nés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement à la naissance et pendant au moins une heure, encourager les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter, et offrir de l'aide si nécessaire.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

11. Accompagner et respecter les besoins des mères pendant le travail et l'accouchement.

12. Protéger les familles de toute promotion commerciale en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

13. Aider les mères qui nourrissent leur bébé autrement qu'au lait maternel à choisir une alimentation de substitution adéquate et à la préparer sans risque.

14. Respecter les règles éthiques suivantes sur les financements:

- Le Code de commercialisation des substituts du lait maternel n'interdit pas les dons de matériels et d'équipements pour les services ;
- Le Code n'interdit pas, pour les professionnels de santé, les financements d'études, de recherches, de formation et activités analogues, mais exige la transparence au niveau de l'institution dont dépendent ces professionnels ;
- Il est donc demandé aux professionnels de santé, dans le cas où ils recevraient des dons de matériels ou accepteraient des financements décrits ci-dessus, de diversifier leurs sources de financements, de fonctionner dans la transparence associative et de veiller à ce que cela ne les entraîne pas à faire de la publicité pour les produits visés par le Code.

Annexe 5 : Lettre aux médecins généralistes

Michaël WIMMER
432, Rue Pasteur
76520 FRANQUEVILLE SAINT PIERRE

Mon Cher Confrère,

Madame ----- a fait le choix d'allaiter son enfant et à ce titre, a accepté de participer à une étude concernant le rôle des médecins généralistes dans la durée de l'allaitement maternel.

Afin de mettre en évidence l'augmentation de la durée de l'allaitement maternel chez les femmes ayant bénéficié d'un entretien ciblé sur la promotion et le bon déroulement de l'allaitement maternel délivré par le médecin traitant, il est nécessaire, que vous receviez ----- en visite postnatale précoce, à savoir dans les trois semaines qui suivent la sortie de la maternité.

Compte tenu de la date de l'accouchement, à savoir le, je vous saurais gré de bien vouloir recevoir en visite post natale votre patiente avant l'expiration du délai de 3 semaines.

Madame ----- vous contactera prochainement par téléphone afin que vous puissiez établir d'un commun accord un rendez-vous à l'occasion duquel il serait souhaitable de s'assurer du bon déroulement de l'allaitement et de remettre à la patiente le résumé ci-joint.

Je reste naturellement à votre disposition pour toute information complémentaire,

Et vous prie de croire, Mon Cher Confrère, dans l'assurance de mes sentiments distingués.

Monsieur Michael WIMMER

Thèse : Rôle des médecins généralistes dans la durée de l'allaitement maternel : enquête prospective sur 6 mois

Coordonnées des personnes participant au projet :

Coordonnateur : Dr. Marc LEVY, M. Michaël WIMMER.

DUMG Faculté de Médecine et de Pharmacie, 22 Bd Gambetta 76000 Rouen

Tel 06.24.72.35.77 courriel : michaelwimmer76@gmail.com

Annexe 6 : Principaux points à aborder lors de la consultation de promotion et soutien à l'allaitement maternel

- **Recommandations O.M.S.**

Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois (Grade B)

- **Effets bénéfiques pour le nouveau-né :**

- ⇒ Diminution de l'incidence et de la gravité des diarrhées aiguës infectieuses et virales
- ⇒ Diminution de la l'incidence et gravité des infections respiratoires et O.R.L.
- ⇒ Croissance optimale du nouveau-né (grade B) ainsi qu'une probable prévention de l'obésité jusqu'à l'adolescence
- ⇒ Bénéfice sur le développement cognitif et ceci jusqu'à l'adolescence
- ⇒ Prévention de l'allergie alimentaire en cas d'antécédent familial

- **Effets bénéfiques pour la mère**

- ⇒ Perte de poids plus rapide
- ⇒ Diminution des cancers des seins et ovaires avant la ménopause
- ⇒ Diminution des risques infectieux en post partum
- ⇒ Avantage économique
- ⇒ Meilleure relation mère / nouveau-né, confiance mutuelle

=====

- **Vérifier la bonne position et le bon déroulement d'une tétée**
(Diminution des traumatismes des mamelons, Grade A)

- **Rassurer**

En cas d'une éventuelle impression de quantité insuffisante de lait, ou de lait pas assez nourrissant

- **C.I. à l'allaitement**

Très rares C.I. à l'allaitement liées à la mère ou au nouveau-né ainsi qu'aux médicaments (s'assurer des réelles C.I. à partir d'une source d'information plus précise que le Vidal).

Annexe 7 : Avis favorable du Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest 1

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES NORD-OUEST I

Hôpital Charles Nicolle – Pavillon de l'Aubette
1, rue de Germont – 76031 ROUEN cedex
☎ 02 32 88 84 46 – Fax : 02 32 88 80 53
E. mail : CPP.NordOuest1@chu-rouen.fr

Rouen, le 22 juillet 2013

Président : F. BAUER
Vice-présidente : B. GEFFROY
Secrétaire Général : Th. DELANGRE

Projet de recherche enregistré le :
24/06/2013 sous le n° **CPP-SC 07/2013**
N° **Enreg. ANSM : 2013-A00838-37**

Monsieur le Docteur LEVY
Faculté de Médecine/Pharmacie
22 Boulevard Gambetta
76000 ROUEN

Monsieur,

Le Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest I, agréé par arrêté ministériel en date du 31/05/2012, constitué selon l'arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Haute-Normandie en date du 28/06/2012, a été saisi le **18 mars 2013** d'une demande d'avis pour un protocole de recherche en soins courants, dont vous êtes le gestionnaire et le responsable scientifique Monsieur Michael WIMMER, Médecin remplaçant intitulé :

**« Rôle des médecin généralistes dans la durée de l'allaitement maternel :
Enquête prospective sur 6 mois »**

Ce protocole a été examiné en séance du : **jeudi 11 juillet 2013**

Les membres qui ont délibéré lors de cette dernière séance sont :

Collège I :

- ☞ Mrs BAUER(T), DELANGRE(T), SESBOÜÉ(S), Mme ETIENNE(S), qualifiés en matière de recherche biomédicale ;
- ☞ Mr LADNER(T), qualifié en matière de biostatistique ou d'épidémiologie ;
- ☞ Mme CASTANET(S), pédiatre ;
- ☞ Mmes LAQUERRIERE(T) POIRIER(S), infirmières ;

Collège II :

- ✧ Mme GEFFROY(T), éthique ;
- ✧ Mr YECORA(T), psychologue ;
- ✧ Mmes BIGOT(T), AVENEL(S), travailleurs sociaux ;
- ✧ Mr BISOT(T), Mme CHEMTOB-CONCE(S), juriste ;
- ✧ Mr SCHAPMAN (T), Mme NICOLE(S), représentant d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé.

- le Comité émet, lors de sa réunion du **jeudi 11 juillet 2013**, l'avis suivant : Avis favorable sous couvert de modifications mineures (**apportées le 22/07/2013**). Le Comité restreint, dans sa réunion du **lundi 22 juillet 2013** prenant en compte ces modifications et considérant que ce protocole est conforme avec les articles L.1121-1, L.1123-7, R.1121-3 et aux arrêtés du 09/03/2008 notifie l'avis suivant :

AVIS FAVORABLE

Cet avis rendu le **lundi 22 juillet 2013** est valable pour 1an, si la recherche n'a pas débutée durant cette période, il devient caduc (article R. 1123-28).

Documents examinés et approuvés :

- Courrier de demande d'avis daté et signé du 15/06/2013 ;
- Formulaire de demande d'avis daté et signé du 15/06/2013 ;
- Bordereau d'enregistrement RCB daté du 04/06/2013 ;
- Document permettant au CPP de s'assurer que le projet de recherche soumis porte sur l'évaluation des soins courants signé et daté du 15/06/2013 ;
- Protocole + résumé, version n° 1.2 du 22/07/2013 ;
- Formulaire d'information destinée au patient, version 1.2 du 22/07/2013 ;
- CV du Docteur LEVY ;
- CV de Mr Michaël WIMMER, médecin remplaçant.

Je vous prie de croire, Monsieur, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Professeur Fabrice BAUER
Président

Annexe 8 : Lettre d'information des personnes sollicitées pour une recherche visant l'évaluation des soins courants

Thèse : Le rôle des médecins généralistes dans la durée de l'allaitement maternel : enquête prospective sur 6 mois

Coordonnées des personnes participant au projet :

Coordonnateur : Dr. Marc LEVY, M. Michaël WIMMER. DUMG Faculté de Médecine et de Pharmacie, 22 Bd Gambetta 76000 Rouen

Tel 06.24.72.35.77 courriel : michaelwimmer76@gmail.com

Investigateur : M. Michaël WIMMER

NUMERO ID RCB : 2013-A00838-37

TYPE RCB : Recherche visant à l'évaluation des soins courants.

TYPE DE DOSSIER : Dossier initial.

Madame,

Les effets bénéfiques de l'allaitement maternel pour la mère et le nouveau-né sont connus et démontrés. Malgré cela, la durée de l'allaitement maternel en Normandie (et plus généralement en France) reste nettement inférieure aux recommandations officielles. Le médecin généraliste doit avoir un rôle important par ses interventions après l'accouchement pour promouvoir et allonger la durée de l'allaitement maternel.

A travers ma thèse, je souhaiterais mettre en évidence l'augmentation de la durée de l'allaitement maternel chez les femmes ayant bénéficié d'un entretien ciblé sur la promotion et le bon déroulement de l'allaitement délivré par le médecin traitant en visite post natale précoce. (Dans les trois semaines qui suivent la sortie de la maternité).

C'est à ce titre que je sollicite la participation des patientes en maternité en unité de soins de suites de couches physiologiques de l'Hôpital d'Evreux et de Vernon.

Il y aura une demande de rendez-vous auprès de votre médecin traitant référent pour qu'il puisse réaliser un entretien ciblé sur l'allaitement.

Une lettre résumant les principaux points positifs à aborder idéalement sera envoyée au cabinet puis vous sera remise en main propre à la suite du rendez-vous avec votre médecin.

Vous serez ensuite contactées par téléphone à 1, 2, 3 et 6 mois pour relever différentes informations, dont la durée totale de l'allaitement maternel en cas d'arrêt de celui-ci. Vos coordonnées et réponses seront rendues anonymes. Les réponses seront analysées ultérieurement.

L'objectif de ma thèse est d'évaluer les taux d'allaitement ainsi que d'étudier le rôle des professionnels de santé et plus particulièrement des médecins généralistes dans la poursuite ou non de l'allaitement maternel.

Les entretiens seront tous standardisés. Les données recueillies seront enregistrées dans des fichiers informatiques qui seront retranscrits de manière toujours anonyme. Aucune identité ne sera visible sur les documents au format texte. Les personnes qui auront accès aux données sont l'investigateur et le coordonnateur de l'étude.

Conformément à la Loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'opposition aux traitements des données à caractère personnel. En outre, titulaire d'un droit d'accès et de rectification relatif aux informations vous concernant, vous pouvez l'exercer auprès du Docteur Lévy.

Les « principales contraintes » de mon étude sont :

- La consultation de médecine générale ciblée sur le bon déroulement de l'allaitement du nouveau-né dans les 3 semaines suivant la sortie de la maternité ;
- Et votre acceptation de répondre aux questions lors des contacts téléphoniques à 1, 2, 3 et 6 mois maximum. (conversation téléphonique ne dépassant pas 5 minutes).

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans en donner les raisons et sans que le refus de participer ait une influence sur les soins et les relations avec l'équipe soignante.

Je vous informe également que mon étude ne comporte aucun risque prévisible pour vous ou votre nouveau-né. (**Avis favorable du Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest 1 en date du 11 juillet 2013**).

Michael WIMMER
Médecin remplaçant

Annexe 9 : Formulaire de recueil de consentement

Consentement de participation

- De Madame :
Nom :
Prénom :
Adresse :
Téléphone :

Monsieur Michaël WIMMER, médecin investigateur, m'a proposé de participer à une recherche organisée par ce dernier sur le rôle des médecins généralistes dans la durée de l'allaitement maternel : enquête prospective sur 6 mois.

Monsieur Michaël WIMMER m'a clairement précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche.

J'ai reçu une note d'information écrite précisant les modalités de déroulement de cette étude clinique exposant les éléments suivants :

- Le but de la recherche ;
- La méthodologie ;
- La durée ;
- Les bénéfices attendus ;
- Les contraintes ;
- Les risques prévisibles.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions qui me paraissaient utiles pour la bonne compréhension de la note d'information et de recevoir des réponses claires et précises.

J'ai disposé d'un délai suffisant de réflexion avant de prendre ma décision.

Par conséquent, **j'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche décrite dans les conditions ci-dessus** :

- Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leur responsabilité et je conserve tous mes droits garantis par la loi ;
- Je suis consciente que je peux arrêter à tout moment ma participation à cette recherche sans supporter aucune responsabilité et sans que cela porte atteinte à la qualité des

soins que me sont dispensés. J'en informerai alors Monsieur Michaël WIMMER qui me proposera, si j'ai le souhait, un autre traitement ;

- J'ai été informé que conformément à la réglementation sur les recherches en soins courants, le Comité de Protection des Personnes de Nord-Ouest I a rendu un AVIS FAVORABLE pour la réalisation de cette recherche, en date du 11 juillet 2013 ;
- J'ai pris connaissance de mon droit d'accès et de rectification des informations nominatives me concernant et qui sont traitées de manière automatisées ;
- Toutes les données et informations qui me concernent resteront STRICTEMENT CONFIDENTIELLES. Je n'autorise leur consultation que par des personnes désignées par Docteur Marc LEVY et éventuellement par un représentant des autorités de santé ;
- Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire à Monsieur Michaël WIMMER, médecin remplaçant dont le numéro de téléphone est : 06 24 72 35 77.

Fait à ROUEN

Le.....

Signature de Monsieur Michaël WIMMER

Signature de la patiente

**Annexe 10 : Questionnaires standardisés pour les informations
recueillies lors du séjour à la maternité ainsi que lors des contacts
téléphoniques à 1, 2, 3 et 6 mois**

Date :

Maternité :

Nom et adresse du médecin référent :

I. Informations recueillies lors du séjour en maternité

A. Informations générales

1. **Vos coordonnées** où l'on pourra vous joindre pendant l'enquête :

- Nom
- Téléphone fixe
- Téléphone portable

2. **Parents** (après vérification des clauses d'inclusion)

2.0 Origine de la mère :

- a) française
- b) étrangère.

2.1 Age de la mère :

- a) moins de 20 ans ;
- b) entre 20 ans et 24 ans ;
- c) entre 25 ans et 29 ans ;
- d) entre 30 ans et 34 ans ;
- e) entre 35 ans et 39 ans ;

f) plus de 40 ans.

2.2 Profession de la mère :

- a) sans profession ;
- b) agricultrice ;
- c) cadre, profession libérale ;
- d) profession intermédiaire ;
- e) ouvrière ;
- f) employée ;
- g) étudiante ;
- h) autre.

2.3 Profession du père :

- a) sans profession ;
- b) agriculteur ;
- c) cadre, profession libérale ;
- d) profession intermédiaire ;
- e) ouvrier ;
- f) employé ;
- g) étudiant ;
- h) autre.

2.4 Avez-vous été allaité personnellement ? (pour la mère)

- a) Oui,
- b) non.

2.5. Avez-vous été allaité personnellement ? (pour le père)

- a) oui,
- b) non.

2.6. Le nombre d'enfants du foyer :

- a) 1 enfant ;
- b) 2 enfants ;
- c) 3 enfants ;
- d) plus de 3 enfants.

2.7. Le nombre d'enfants allaités parmi les enfants du foyer :

- a) 1 enfant ;
- b) 2 enfants ;
- c) 3 enfants ;
- d) Plus de 3 enfants.

2.8. Votre décision concernant l'allaitement a été prise :

- a) avant la grossesse ;
- b) pendant la grossesse.

B. Informations concernant l'allaitement pendant le séjour à la maternité

1. Avez-vous eu **besoin d'aide pendant le séjour à la maternité** ?

- a. Un peu
- b. Souvent
- c. Non, l'allaitement se passait très bien

2. Vous diriez que l'**allaitement** est :

- a. Agréable ;
- b. Un peu difficile et contraignant ;
- c. Peu agréable et compliqué ;
- d. Une souffrance.

II. Informations recueillies par téléphone à 1 mois, 2 mois, 3 mois et 6 mois

A. Informations générales concernant le déroulement de l'allaitement

1. Date du contact téléphonique

- 1 mois
- 2 mois
- 3 mois
- 6 mois

2. A ce jour, allaitez-vous encore ?

- Oui
- Non (en ce cas voir également questions II, B)

3. Depuis le dernier entretien téléphonique avez-vous rencontré des difficultés pour allaiter ?

- a) oui ;
- b) non.

4. Si oui, lesquelles ?

- a) fatigue ;
- b) crevasse ;
- c) manque de lait ;
- d) trop de tétées dans la nuit ;

- e) trop de tétées dans la journée ;
- f) pathologies diverses ;
- g) père pas assez impliqué ;
- h) lait « pas bon » ;
- i) manque d'aide des professionnels ;
- j) dépression.
- k) Reprise du travail

5. **En cas des difficultés** concernant l'allaitement, **avez-vous** essayé de **contacter un professionnel de santé ?**

- a) oui ;
- b) non.

6. **Si oui**, lequel ?

- a) Médecin généraliste,
- b) Puéricultrice PMI,
- c) Pédiatre libéral,
- d) sage-femme libérale,
- e) médecin PMI,
- f) pédiatre hospitalier,
- g) puéricultrice,
- h) sage femme hospitalière,
- i) association,
- j) sage femme PMI,
- k) urgences,
- l) ostéopathe,
- m) pharmacien,
- n) kinésithérapeute,

o) gynécologue obstétricien

7. **Avez-vous obtenu une réponse satisfaisante ?**

➤ Oui

➤ non

B. Questions en cas d'arrêt de l'allaitement

1. **Quelle a été la durée totale d'allaitement exclusif ou mixte (en semaines)?**

2. **Avez-vous cherché à rencontrer un professionnel au moment de l'arrêt de l'allaitement ?**

a) oui,

b) non.

3. **Si oui, lequel ?**

a) Médecin généraliste,

b) Puéricultrice PMI,

c) Pédiatre libéral,

d) sage-femme libérale,

e) médecin PMI,

f) pédiatre hospitalier,

g) puéricultrice,

h) sage femme hospitalière,

i) association,

j) sage femme PMI,

- k) urgences,
- l) ostéopathe,
- m) pharmacien,
- n) kinésithérapeute,
- o) gynécologue obstétricien

4. Le professionnel a-t-il essayé de trouver une solution pour prolonger l'allaitement ?

- a) oui,
- b) non.

5. Quelle(s) raison(s) a/ont provoqué l'arrêt de l'allaitement ?

- a) état physique de la mère,
- b) reprise du travail,
- c) projet personnel de la mère,
- d) état physique de l'enfant,
- e) raisons invoquées par un professionnel
- f) relation avec l'enfant,
- g) conditions de travail,
- h) demande du père,
- i) autres raisons.

6. Malgré les difficultés rencontrées, envisagez-vous d'allaiter à nouveau en cas de nouvelle grossesse ?

- a) oui,
- b) non,
- c) peut-être.

III. Concernant le déroulement de la consultation précoce avec le médecin généraliste

1. Sexe du médecin généraliste

- a. Femme
- b. Homme

2. Le discours du médecin généraliste vous semblait :

- a. Clair et bénéfique pour vous,
- b. Inapproprié ou trop compliqué
- c. Laissait transparaître un manque de confiance
- d. Laissait transparaître un manque de connaissances
- e. N'a pas abordé le sujet

3. A la suite de l'entretien, envisagez-vous le suivi de l'allaitement et du nouveau-né avec votre médecin généraliste ?

- a) **oui,**
- b) **non.**

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute autorité de santé. Favoriser l'allaitement maternel : processus - évaluation. Juin 2006.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doc.chem.al_22-11-07.pdf;
2. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations pour la pratique clinique. Mai 2002.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf;
3. OMS. 54ème Assemblée mondiale de la Santé. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. WHA 54.2, 18 Mai 2001.
<http://www.lllfrance.org/Textes-officiels-et-legislatifs/Resolution-de-l-AMS-54.2.html>;
4. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, et Société française de pédiatrie. Allaitement maternel. Les bénéfiques pour la santé de l'enfant et de sa mère. Fascicule Programme National Nutrition Santé, 2005, 72 pages.
5. De Onis M, Garza C, Onyango AW, Rolland-Cachera MF; le Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Les standards de croissance de l'Organisation mondiale de la santé pour les nourrissons et les jeunes enfants. Arch Pediatr. 2009;16(1):47-53.
6. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Vanilovich I, Sevkovskaya Z et al. (2004). "Feeding effects on growth during infancy." J Pediatr 145(5): 600-5.
7. Kramer MS, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA 2001; 285: 413-20.
8. World Health Organization (2007) Evidence on the Long- term Effects of Breastfeeding: Systematic Review and Meta- analyses. Geneva: WHO.
9. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. AHRQ Publication N° 07-E007, April 2007, 524 pages.
10. Bartok CJ, Ventura AK (2009). "Mechanisms underlying the association between breastfeeding and obesity." Int J Pediatr Obes: 1-9.
11. Lucas A (2005). "Long-term programming effects of early nutrition -- implications for

- the preterm infant." J Perinatol 25 Suppl 2: S2-6.
12. Turck D (2005). "Allaitement maternel : les bénéfices pour la sante de l'enfant et de sa mere." Arch Pediatr 12S3: S145-S165.
 13. Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Ip S (2008). "Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force." Ann Intern Med 149(8): 565-82.
 14. Leclercq AM. L'allaitement maternel : choix personnel, problème de santé publique ou question de finance publique ? Mémoire DESS Economie Gestion Hospitalière Privée. Avril 1997.
 15. Melliez H, et al. Mortalité, morbidité et coût des infections à rotavirus en France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2005 ; 35 : 175-6.
 16. Turck D, Razanamahefa L, Dazelle C et al. Plan d'action : allaitement maternel. Med. Nutr. 2010; 46(3-4) :25-47.
 17. World Cancer Research Fund (WCRF). Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. American Institute for Cancer Research (AICR) 2007;
http://www.dietandcancerreport.org/expert_report/recommendations/recommendation_breastfeeding.php.
 18. Chouraqui JP, Dupont C, Bocquet A, Bresson JL, Briend A, Darmaun D, et al. Alimentation des premiers mois de vie et prévention de l'allergie. Arch Pediatr. 2008;15(4):431-42.
 19. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Inserm-U.953. Paris: Inserm ; Drees ; 2011. 132 p.
http://www.drees.sante.gouv.fr/les-naissances-en-2010-et-leur-evolution-en-2003_9625.html.
 20. De Launay C., Guerrisi C., Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épifane, France, 2012. BEH 34 / 18 septembre 2012.
 21. Béatrice Blondel, Karine Supernant, Christiane du Mazaubrun, Gérard Béart, « Situation en 2003 et évolution depuis 1998 », Rapport, Février 2005. Unité de Recherches Épidémiologiques en Santé Périnatale et Santé des Femmes, INSERM - U. 149.
 22. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and

support of breastfeeding in Europe: current situation. European Commission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2003.

23. Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Rhône-Alpes. Etude relative aux durées et aux facteurs qui influencent sur le déroulement de l'allaitement maternel en Rhône-Alpes en 2004-2006.
<http://www.bdsp.ehesp.fr/base/scripts/SearchA.bs?bqEquation=Motscles=%22Allaitement+maternel%22&Titre=Notices+index%E9es+au+descripteur+Allaitement+mater nel>.
24. Branger B, Dinot-Mariau L, Lemoine N, Godond E, Merot S, Brehu S, Winer N, Brossier JP. Les médecins et puéricultrices de la commission « allaitement maternel » du réseau « sécurité naissance-naître ensemble » des Pays de la Loire – Durée d'allaitement maternel et facteurs de risques d'arrêt d'allaitement : évaluation dans 15 maternités du Réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire. Archives de Pédiatrie 2012 (11) ; 19 : 1164-1176.
25. Cai et al.: Global trends in exclusive breastfeeding. International Breastfeeding Journal. 2012 7: 12.
26. Branger B, Ceburon M, Picherot G, De Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement chez 150 femmes. Arch Pédiatr 1998; 5:489-9 ;
27. 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 Pédiatr 2008; 15:1167-73 ;
28. Bonet M. L'allaitement maternel à la sortie de l'hôpital: évolution et facteurs associés. Thèse pour le doctorat de l'Université Paris-XI, Spécialité : Santé Publique, Option : Epidémiologie. 2009 ;
29. Scott J-A. , Binns C.W, Oddy W.H. and Graham K.I. Predictors factors of breastfeeding: evidence from a cohort study. Pediatrics, 2006; Vol 117, N°4; p:646-655 ;
30. Haute autorité de santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations professionnelles. Novembre 2005.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf;
31. Pénet S. Le congé maternité. DREES, Ministère de la Santé et des Solidarités, Etudes et Résultats 2006 ; 531 : 1-7.

32. Schelstraete C..Travailler et Allaiter aujourd'hui, pourquoi pas ? Médecine et Enfance, 2006, p : 565-567.
33. Gremmo-Freger G. L'allaitement de l'enfant prématuré. Allaiter Aujourd'hui, 2003. Institut Co Naitre.
34. OMS. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève, 1981, 24 pages.
http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf;
35. OMS & UNICEF. Déclaration conjointe d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien à l'allaitement maternel. Florence, Italie, 1990.
http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24807.html;
36. UNICEF & World Health Organization. Baby-Friendly hospital initiative, revised, updated and expanded for integrated care. Section 1: Background and implementation. 2009. Original BFHI Guidelines developed 1992.
http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html;
37. Merten S., Dravta J., Ackermann-Liebrich L., Do baby friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? Pediatrics, 2005; 116; p:702-708.
38. Karen A, et al. Randomized, Controlled Trial of a Prenatal and Postnatal Lactation Consultant Intervention on Duration and Intensity of Breastfeeding up to 12 Months. Pediatrics 2005 ;116 ;1413.
39. Programme National Nutrition Santé 3 (2011-2015)
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf;
40. Imdad et al.: Effect of breastfeeding promotion intervention on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. BMC Public Health 2011 11(suppl. 3): S24.
41. TAVERAS EM, CAPRA AM, BRAVERMAN PA, et al. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. Pediatrics 2003; 112:108-15.
42. International Lactation Consultant Association (ILCA). Guide clinique pour l'établissement d'un allaitement exclusif. Traduction lactitude. Juin 2005.

43. 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. *Med et Enf* 2006; 591-595.
44. LEREBOURS B, CZERNICHOW P, PELLERIN AM, FROMENT L, LAROCHE T. Infant feeding until the age of 4 months old in Seine-Maritime. *Arch Fr Pediatr*. 1991 Jun-Jul;48(6):391-5.
45. DOLE MJ et groupe regional allaitement maternel, Dossier Allaitement maternel du Réseau Périnatalité de Franche-Comté: Enquête comparative allaitement 2008/2012. <http://www.rpfc.fr/espacepro/?p=8196>.
46. LABARERE J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, Rivier A, Callec M, Polverelli JF, et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France). *Arch. Pediatr* 2001;8:807—15.

Le rôle des médecins généralistes dans la durée de l'allaitement maternel : enquête prospective sur 6 mois.

Résumé :

Les bénéfices de l'allaitement paraissent de plus en plus probants. De nombreuses campagnes d'information s'efforcent de convaincre la société française des bienfaits indéniables de l'allaitement, et des actions de soutien sont mises en place pour l'encourager.

Dans notre enquête, la durée médiane d'allaitement de 12 semaines (avec un taux d'allaitement à 6 mois de 33,7%) dans les maternités d'Evreux et de Vernon en 2013 confirme la tendance générale à l'amélioration même si l'on se trouve encore très loin de nos voisins européens et des 6 mois d'allaitement exclusif recommandés par l'O.M.S.

La médecine générale joue un rôle primordial puisqu'elle est la spécialité la plus sollicitée, dès la sortie de la maternité jusqu'au sevrage quant à l'allaitement et de ses difficultés.

Le premier mois étant la période où intervient le plus grand nombre de sevrages, les plans d'amélioration de l'allaitement les plus récents préconisent entre autres d'instaurer systématiquement une consultation de soutien entre J 8 et J 15 assurée par un professionnel de santé formé.

Si le suivi de l'allaitement par les médecins généralistes dans notre enquête n'est pas révélateur de durées plus courtes d'allaitement (par rapport aux suivis conjoints avec d'autres professionnels de santé), il s'avère que les consultations de soutien précoce n'ont pas aidé les femmes à allaiter plus longtemps.

Une formation complémentaire des médecins généralistes spécifique de l'allaitement semble être indispensable pour rendre leurs interventions plus efficaces.

MOTS-CLES : Allaitement maternel, médecins généralistes, promotion, soutien, formation.

AUTEUR : Michaël WIMMER

JURY : PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur HERMIL Jean-Loup

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Marc LEVY

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Docteur Alain MERCIER

Monsieur le Docteur Philippe NGUYEN THANH

DATE DE SOUTENANCE : 12 JUIN 2014