



HAL
open science

Facteurs influençant la durée d'allaitement maternel : pistes pour augmenter la durée

Aline Grech

► **To cite this version:**

Aline Grech. Facteurs influençant la durée d'allaitement maternel : pistes pour augmenter la durée. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01075832

HAL Id: dumas-01075832

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01075832>

Submitted on 20 Oct 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.

THD 16.90

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2014

N° 90

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

Aline GRECH

Née le 14/07/1984 à Drancy

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 septembre 2014

à 17h30. Salle de Réunion
au 6ème Pédiatrie

FACTEURS INFLUENCANT LA DUREE D'ALLAITEMENT
MATERNEL, PISTES POUR AUGMENTER LA DUREE.

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur Eric MALLET

DIRECTEUR DE THESE : Madame le Docteur Elsa FAGOT-GRIFFIN

MEMBRES DU JURY : Madame le Professeur Véronique MERLE
Monsieur le Professeur Bertrand MACE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : Professeur Pierre **FREGER**

ASSESEURS : 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** -. **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** - M^{le} **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**



PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI Moléculaire	HCN	Biochimie et Biologie
M. Jacques BENICHOU médicale	HCN	Biostatistiques et informatique

M. Jean-Paul BESSOU vasculaire	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-
Mme Françoise BEURET-BLANQUART réadaptation	CRMPR	Médecine physique et de
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (Surnombre)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON tropicales	HCN	Maladies infectieuses et
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et réanimation
M. Alain CRIBIER (Surnombre)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW santé	HCH	Epidémiologie, économie de la
M. Jean - Nicolas DACHER Médicale	HCN	Radiologie et Imagerie
M. Stéfan DARMONI Médicale/Techniques de communication	HCN	Informatique
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET Interne - Gériatrie.	HB	Thérapeutique/Médecine –
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépat – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN Traumatologique	HCN	Chirurgie Orthopédique -
M. Fabrice DUPARC Orthopédique et Traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie
M. Bertrand DUREUIL chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et réanimation
Mlle 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. 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 métaboliques	HB	Endocrinologie et maladies
Mme Annie LAQUERRIERE pathologiques	HCN	Anatomie cytologie
M. Vincent LAUDENBACH chirurgicale	HCN	Anesthésie et réanimation
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE métaboliques	HB	Endocrinologie et maladies
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle 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 cytogénétique	HCN	Histologie, embryologie,
M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle 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 - Vénéréologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON maxillo-faciale	HCN	Stomatologie et chirurgie
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 et de la reprod.	HCN	Biologie et méd. du dévelop.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>) Médecine d'urgence	HCN	Réanimation Médicale,
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépat – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
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 (<i>Sumombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER chirurgicale	HCN	Anesthésiologie Réanimation
M. Pierre VERA l'image	C.B	Biophysique et traitement de
M. Eric VERIN réadaptation	CRMPR	Médecine physique et de
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 BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS moléculaire	HCN	Biochimie et biologie
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition

M. Manuel ETIENNE tropicales	HCN	Maladies infectieuses et
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER chirurgicale	HCN	Anesthésie - Réanimation
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER santé	HCN	Epidémiologie, économie de la
M. Jean-Baptiste LATOCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD moléculaire	HCN	Biochimie et Biologie
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL cytogénétique	HCN	Histologie, embryologie,
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

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	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M Jean-Marie VAUGEOIS	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 la santé	Législation pharmaceutique et économie de
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie

M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle 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. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR CONTRACTUEL

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

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim MEKAOUI	Chimie Analytique
Mlle Virginie OXARAN	Microbiologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

**III –
MEDECINE
GENERALE**

PROFESSEURS

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

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
-------------------------	-----	-------------------

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

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE 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

GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS

CHS - Centre Hospitalier

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile **BARBOT**
Minérale

Chimie Générale et

M. Thierry **BESSON**
thérapeutique

Chimie

M. Roland **CAPRON**

Biophysique

M Jean **CHASTANG**

Mathématiques

Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**
Economie de la Santé

Législation,

Mlle 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 Galénique	Pharmacie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH moléculaire	Biochimie et biologie
---	-----------------------

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**
moléculaire

(Unité Inserm 905)

Biochimie et biologie

(UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN**
(Néovasc)

Neurosciences

Mme Pascaline **GAILDRAT**
moléculaire humaine

Génétique

(UMR 1079)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**
Inserm 1076)

Physiologie (Unité

Mme Isabelle **TOURNIER**
1079)

Biochimie (UMR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei **FETISSOV**
ADEN)

Physiologie (Groupe

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 Eric MALLET

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail de thèse et de présider ce jury.
Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mon respect à votre égard.

A Madame le Professeur Véronique MERLE

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'évaluer mon travail.
Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Bertrand MACE

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'évaluer mon travail.
Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Elsa FAGOT GRIFFIN

D'avoir accepté de diriger mon travail.
Je te remercie pour ton soutien, tes conseils et ta disponibilité.

A mes 2 moitiés

Pour ton courage Maman, qui m'a porté jusqu'ici.
Et pour ton soutien ma petite sœur.

A Mr le chef d'entreprise Jean-Christophe LAGARDE

Pour sa contribution à la finalisation de mon travail !

A Matthieu

Pour ton soutien et ton aide précieuse lors de mes problèmes informatiques.

Table des matières

Introduction.....	18
Facteurs influençant la durée de l'allaitement.....	21
I / Facteurs liés à la mère	22
A/ facteurs non modifiables	22
1/ Age de la mère	22
2 / Obésité de la mère	23
3/ Chirurgie de réduction mammaire.....	23
4/ Parité.....	24
5/ Expérience d'allaitement de la mère	25
6/ Avoir été allaité ou pas	25
7/ Origine ethnique de la mère	26
8/ Niveau d'études de la mère	27
9/ Statut socioéconomique de la mère	27
10/ Mode d'accouchement	27
11/ Grossesse planifiée	28
B/ facteurs modifiables	28
1/ Tabagisme de la mère	28
2/ Ancienneté de la décision d'allaiter	30
3/ Durée d'allaitement envisagée	31
4/ Participation aux cours de préparation à l'accouchement	32
5/ Utilisation d'un tire lait	32
6/ Difficultés d'allaitement.....	33
7/ Dépression post natale	34
8/ Sensibilité maternelle	35
9/ Perception de l'allaitement.....	35
10/ Confiance en soi, sentiment d'auto efficacité	36
11/ Anxiété de la mère.....	36
II/ Facteurs liés à l'enfant	38
A/ Utilisation d'une tétine.....	38
B/ Perte de poids > 10%	38
C/ Age gestationnel extrême.....	39
D/ Poids de naissance < 2.500 kg	39
E/ Problèmes de succion	39
III/ Facteurs liés à l'entourage	39
A/ Soutien du partenaire.....	39
B/ Niveau d'études du père.....	40
C/ Statut marital.....	40
D/ Mode de garde	40
E/ Soutien émotionnel de l'entourage	41
IV/ Facteurs liés au système de santé.....	41
A/ Mise au sein précoce	41
B/ Proximité du bébé la nuit	41
C/ Allaitement à la demande.....	42

D/ Recours aux compléments	43
E/ Durée d'hospitalisation.....	43
F/ Soutien des professionnels	43
G/ Connaissance des associations de soutien.....	44
H/ Informations données sur l'allaitement maternel	44
I/ Congé maternité/reprise du travail	44
J/ Congé paternité.....	46
V/ Définition d'un groupe à risque de sevrage prématuré	46
Moyens testés pour améliorer la durée d'allaitement.....	47
I/ Séance d'information prénatale	48
II/ Intervention d'aide à l'arrêt du tabac pendant la grossesse.....	49
III/ Suivi en post partum	50
IV/ Groupes de pairs incluant femmes enceintes ou allaitantes, et soignants..	52
V/ Soutien téléphonique en post partum par des pairs	53
VI/ Utilisation du porte bébé durant le premier mois.....	53
VII/ Séance d'information aux pères à la naissance de l'enfant.....	54
VIII/ Programme d'information visant les professionnels de santé	54
IX/ Initiative hôpital ami des bébés (IHAB)	55
A/ Principes	55
B/ Historique	56
C/ Etat des lieux.....	56
X/ Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel : rapport du professeur Turck, 2010.....	58
A/ Organisation au niveau national, régional et local.....	58
B/ Formation des professionnels	59
C/ Organisation dans les maternités	59
D/ Au sujet du travail.....	59
E/ Information et suivi des femmes	59
F/ Information de l'entourage et du public.....	60
G/ Le cas des populations défavorisées	60
H/ Le cas des enfants prématurés et de petit poids de naissance.....	60
Situation dans les pays à fort taux d'allaitement	62
I/ Application des recommandations IHAB.....	63
II/ Suivi après la sortie de maternité.....	63
III/ Congé parental/ congé paternité	64
A/ En Suède	64
B/ En Norvège.....	64
C/ Au Danemark	64
IV/ Culture.....	65
V/ Modes de garde, exemple de la Suède	66
VI/ Allaitement et travail.....	67
Conclusion	69

Annexes	71
Bibliographie.....	86

Introduction

L'allaitement maternel a beaucoup d'avantages démontrés en comparaison à l'allaitement artificiel, notamment psychologique, immunologique et économique.

C'est un élément très positif de la relation entre la mère et le nouveau-né.

L'allaitement maternel diminue la fréquence de diarrhées aiguës, d'otites aiguës et d'infections respiratoires sévères. Une analyse de l'Inserm publiée en 2005 sur les infections à *rotavirus* estimait que si la proportion des enfants allaités en France était égale à celle de la Norvège, où plus de 40 % des enfants sont allaités à l'âge de 9 mois, on pourrait éviter 8000 cas de diarrhées à *rotavirus* et 1000 hospitalisations par an.

Sur les dépenses de santé, une étude réalisée en 2010 aux Etats Unis montre que si 80 ou 90% des nourrissons étaient allaités exclusivement jusqu'à 6 mois, les économies annuelles seraient respectivement de 10.5 ou 13 milliards de dollars.

Pour les familles, l'allaitement artificiel constitue un surcoût de 500 euros pour un nourrisson pendant ses 6 premiers mois.

Pour les employeurs, cela est aussi avantageux car les mères allaitant sont moins souvent absentes, leurs enfants étant 4 fois moins malades pendant la 1^{ère} année de vie. De plus les mères sont moins disponibles pour leur travail lorsqu'elles sont préoccupées par la santé de leur enfant malade.

Le paramètre le mieux connu en France est le taux d'initiation de l'allaitement maternel en maternité. Les enquêtes nationales périnatales, qui portent sur la totalité des naissances pendant une semaine, ont montré que le pourcentage d'enfants allaités au sein en maternité a augmenté de 37 % en 1972, à 63 % en 2003, dont la moitié seulement de façon exclusive.

En 2012 il atteint 69%. Selon l'étude Épifane réalisée entre le 16 janvier et le 5 avril 2012, qui porte sur un échantillon aléatoire de nourrissons nés dans 136 maternités tirées au sort sur tout le territoire de France métropolitaine, plus des deux-tiers des nourrissons (69%) reçoivent du lait maternel à la maternité (60% de façon exclusive, 9% en association avec des formules lactées). Dès l'âge de 1 mois, ils ne sont plus que la moitié (54%) à être allaités, et seulement 35% de façon exclusive.

Il existe d'importantes disparités régionales. Ainsi en Seine Maritime le taux d'initiation de l'allaitement maternel est de 57% en 2007 (d'après l'analyse des certificats du 8^{ème} jour), alors qu'à Paris et en Petite couronne il est supérieur à 70%. Dans les régions Est et Rhône Alpes il est estimé à 65%.

La durée d'allaitement en France est quant à elle mal connue et d'interprétation difficile en raison de l'imprécision des méthodes de calcul, de la variabilité des définitions de l'allaitement, et de l'hétérogénéité des maternités de naissance.

Une étude réalisée en région Rhône-Alpes en 2004-2006 faisait état d'un taux d'allaitement (exclusif ou partiel) de 28% à 3 mois, 15% à 6 mois. La durée médiane d'allaitement était de 16 semaines.

Malgré la progression du pourcentage d'enfants allaités au sein, ces données soulignent un retard par rapport à d'autres pays. En effet l'allaitement exclusif à l'âge de 4 mois est maintenu dans plus de 65 % des cas en Suède et en Suisse, 34 % au Canada, 27 % au Royaume-Uni.

Une commission d'experts a passé en revue à la fin des années 1990 les études portant sur la durée optimale d'allaitement exclusif (plus de 3000 références) et a conclu à une durée optimale de 6 mois.

Cela a donné naissance aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé sur l'allaitement maternel votées le 16 mai 2001.

Le faible taux d'enfants allaités au sein à 6 mois malgré ces recommandations, et par comparaison aux autres pays justifie la promotion de l'allaitement en France.

Un groupe de travail sur ce sujet a été mis en place fin 2008 dans le cadre du comité de pilotage du Plan National Nutrition Santé. Celui-ci a débouché en juin 2010 sur un rapport du professeur Dominique Turck proposant un plan d'actions pour promouvoir l'allaitement maternel. Enfin, l'Académie Nationale de Médecine a également souligné récemment le besoin d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel en France.

Afin de mieux promouvoir l'allaitement, nous avons cherché à savoir quels étaient les facteurs influençant la durée d'allaitement maternel. Nous avons limité notre recherche aux pays industrialisés dont le mode de vie et la culture se rapproche de celui des français.

Méthode de recherche et d'analyse

La recherche bibliographique a été effectuée sur les bases de données Pubmed, Refdoc, le SUDOC en utilisant plusieurs équations de recherche : durée et allaitement maternel, breastfeeding duration, facteurs et allaitement maternel, factors associated et breastfeeding duration.

Les critères de sélection des publications étaient : la date de parution à partir de 2000, les études menées dans des pays industrialisés, l'objectif doit être d'identifier les facteurs influençant la durée de l'allaitement ou d'évaluer l'efficacité d'une méthode pour augmenter la durée d'allaitement.

Les articles ont été choisis sur la base de leur résumé.

La recherche a été complétée par les derniers rapports disponibles sur le sujet et par l'intégration de certaines références bibliographiques citées dans les articles sélectionnés.

Au total la bibliographie comporte donc 12 études aux Etats-Unis, dont une à Porto Rico (état libre associé aux états unis), 8 en France, 7 en Australie, 4 en Suède et au Royaume Uni, 3 au Canada, en Italie et en Irlande, 2 en Grèce et en Autriche, une en Norvège, au Danemark, en Allemagne, en Espagne, et au Portugal.

Il y a également 2 revues de littératures :

Une revue de la littérature étudiant le lien entre obésité et réduction de la durée l'allaitement, elle contient 13 études : 8 aux Etats-Unis, 2 en Australie, une en Russie, Grèce, Danemark, France et Canada.

La deuxième revue étudie les effets de la chirurgie de réduction mammaire sur l'allaitement maternel, elle contient 26 études dont 12 parues après 2000 : 2 études à Porto Rico et en Suède, une en Italie, Belgique, Grèce, Pays Bas, Norvège, Brésil, Canada, Autriche.

Facteurs influençant la durée de l'allaitement

I / Facteurs liés à la mère

A/ facteurs non modifiables

1/ Age de la mère

Dans une étude prospective à Lille portant sur 425 mères allaitantes, un sevrage précoce (avant un mois et demi) est observé chez 46% des femmes de moins de 25 ans, soit en analyse multivariée, un ORa=3.04 [1.05-8.77], p=0.04. (1)

Une étude prospective sur 239 femmes allaitantes en pays de Loire montre également un risque significatif de durée d'allaitement courte chez les femmes âgées de moins de 30 ans en analyse multivariée (ORa=1,54 ; [1,08–2,19]) (2)

Dans une thèse faite à Grenoble en 2005, les femmes de moins de 25 ans ont allaité significativement moins longtemps que les femmes plus âgées mais les femmes plus âgées avaient un niveau socioéconomique plus élevé et étaient plus souvent multipares. (3)

Une étude prospective en Norvège montre une association positive entre un âge supérieur à 24ans et la durée de l'allaitement de 6 mois. (4)

Une étude rétrospective en Suède montre également un effet positif sur la durée de l'allaitement pour un âge supérieur à 24 ans en analyse multivariée. (5)

Une étude prospective en Irlande portant sur 491 femmes retrouve cette association pour un âge supérieur à 35 ans. (6)

Une étude prospective sur 1068 femmes australiennes montre que les enfants dont la mère est âgée de moins de 30 ans ont moins de chance d'être allaités jusqu'à 6 mois en analyse univariée mais non retrouvé en multivarié (7).

D'autres études montrent qu'un âge élevé augmente la durée d'allaitement sans notion d'âge limite. (8, 9, 10, 11)

Nous pouvons donc retenir un âge inférieur à 25 ans comme facteur de risque d'arrêt précoce de l'allaitement et un âge supérieur à 30 ans comme associé positivement à la durée d'allaitement.

2 / Obésité de la mère

Dans l'étude prospective portant sur 239 femmes allaitantes de 15 maternités différentes en pays de Loire, un IMC supérieur ou égal à 30 est un facteur de risque de sevrage significatif en analyse multivariée, ORa: 2.12 (1.18 ; 3.79). (2)

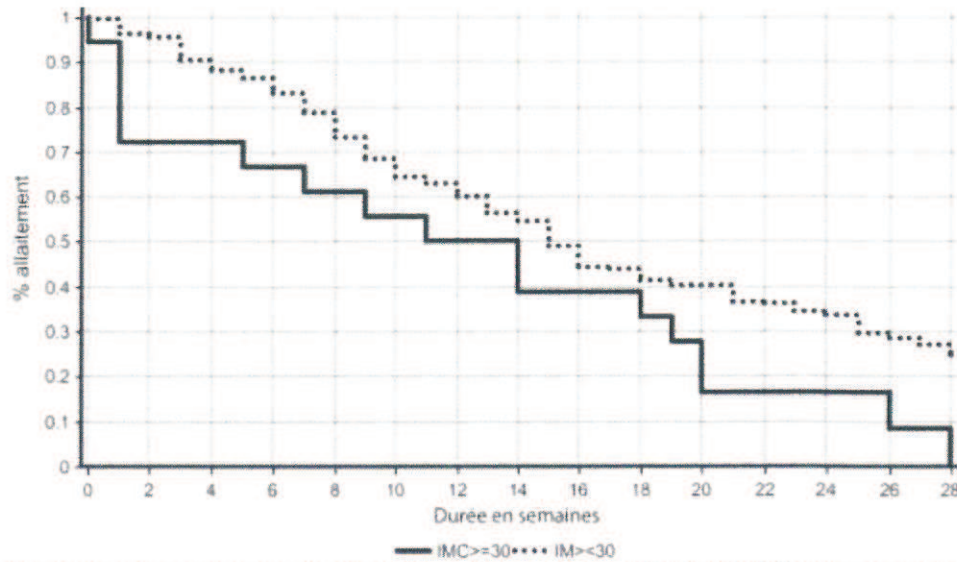


Figure 1. Durée d'allaitement maternel selon l'indice de masse corporelle (IMC) de la mère avant la grossesse : médianes de durée d'allaitement : 15 semaines pour les IMC supérieurs à 30 versus 11 semaines pour les IMC inférieurs à 30 ($p = 0,02$). Etude en Pays de Loire.

Une revue de la littérature publiée en 2011 contenant 13 études : 8 aux Etats-Unis, 2 en Australie, une en Russie, Grèce, Danemark, France et Canada, a étudié le lien entre obésité et réduction de la durée l'allaitement.

10 des 13 études montraient une association entre l'obésité maternelle ou le surpoids et une réduction de la durée d'allaitement (12)

Cette association peut s'expliquer par un problème hormonal, en effet la *prolactine* est la principale hormone qui va permettre la synthèse des constituants du lait. Sa sécrétion est pulsatile. On peut avoir 7 à 20 pics par jour, surajoutés au taux sérique de base pendant toute la durée de l'allaitement. Sa sécrétion est permise par la stimulation mécanique aréolo-mamelonnaire (suction).

Dans une étude de Rasmussen en 2004 la sécrétion de prolactine en réponse au mécanisme de suction était diminuée chez les femmes en surpoids pendant la première semaine du post-partum. Elle pourrait être à l'origine d'une lactogenèse retardée.

Des problèmes psychologiques comme la gêne d'allaiter en public à cause du surpoids, ou des problèmes mécaniques liés au positionnement de l'enfant au sein ont également été évoqués.

3/ Chirurgie de réduction mammaire

Plusieurs études ont évalué l'effet de la chirurgie de réduction mammaire sur la capacité à allaiter mais les durées d'allaitement utilisées pour définir un allaitement réussi étaient très variables d'une étude à l'autre, cette durée allant de 2 à 24 semaines. (13)

Certaines études ont considéré uniquement l'allaitement exclusif alors que d'autres prenaient en compte tous les types d'allaitement.

La plupart des études sont rétrospectives, quelques études ont comparé les taux d'allaitement avec un groupe contrôle, 2 études ont utilisé comme groupe contrôle des femmes ayant une hyperplasie mammaire.

L'étude la plus intéressante est celle de Souto, publiée en 2003 au Brésil qui considérait un allaitement réussi comme supérieur à 24 semaines. Les femmes qui avaient eu une réduction mammaire avaient une durée d'allaitement significativement plus courte que celle du groupe contrôle.

Une étude norvégienne réalisée par Hefter en 2003 sur 13 patientes montrait un taux d'allaitement exclusif à 8 semaines de 54%. L'absence de groupe contrôle ne nous permet pas de conclure cependant si on compare avec une étude norvégienne de 2006, La prévalence de l'allaitement exclusif à 2 mois dans la population générale était de 75% ce qui nous permet de penser que la chirurgie provoque une réduction du taux d'allaitement.

Une seule étude a montré une différence sur l'allaitement en fonction de la technique opératoire (Annexe 1) : Chiummariello et al en 2007 trouvait un taux d'allaitement significativement plus important avec la technique du pédicule supérieur par rapport aux autres techniques.

La quantité de tissu glandulaire réséqué ainsi que la sensibilité post chirurgicale du mamelon et de l'aréole ne semblent pas avoir d'effet sur l'allaitement.

En ce qui concerne les augmentations mammaires, Il n'y a aucune étude recherchant un effet sur la durée d'allaitement, on peut cependant préciser qu'elles ont un impact sur l'initiation de l'allaitement. Une étude parue en 2010 a comparé le succès de l'allaitement chez des femmes ayant des implants mammaires, et chez des femmes avec hypoplasie mammaire. L'allaitement était réussi pour 88% des femmes avec hypoplasie mammaire versus 63% dans le groupe des femmes avec implants. ($P < 0.05$) (14)

L'incision péri aréolaire est susceptible d'affecter négativement l'allaitement en diminuant la sensibilité de l'aréole, les autres types d'abord chirurgical n'ont théoriquement pas d'impact. Toutefois, l'implant peut comprimer la glande mammaire et induire une atrophie, surtout s'il est placé entre la glande et le pectoral, s'il est volumineux, et en cas de formation d'une coque fibreuse autour de l'implant. Enfin, la petite taille des seins qui a amené la femme à demander la pose d'implants peut être en rapport avec une agénésie ou une hypogénésie de la glande mammaire, responsable en soi d'une production lactée insuffisante.

4/ Parité

Dans une Étude prospective à Lille portant sur 425 mères allaitantes, les mères qui avaient interrompu leur allaitement étaient plus souvent primipares (64 % versus 42 %, $p < 10^{-2}$). Les primipares avaient environ deux fois plus de risques d'interrompre leur allaitement avant un mois et demi que les femmes ayant l'expérience de la maternité (OR = 2,1 [1,1–3,9]). (1)

L'étude effectuée à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère à Clamart montrait que les multipares avaient presque 3 fois plus de chances d'allaiter au sein leur enfant à 1 mois. (15)

Beaucoup d'autres études mettent en évidence cette association. (8, 4, 6)

Ceci peut s'expliquer par le fait que les multipares ayant une expérience d'allaitement antérieur, font plus facilement face aux difficultés.

Cependant des auteurs britanniques ont récemment apporté une explication d'ordre physiologique à cette constatation : après un second accouchement la quantité de lait a été retrouvée supérieure à celle produite lors de la première naissance. (15)

Dans une étude rétrospective en Suède n=488 la parité n'avait pas d'influence sur la durée d'allaitement en multivarié (5), ce résultat peut s'expliquer par le fait que le taux d'allaitement maternel dans ce pays est très élevé, la majorité des femmes allaitent ou ont allaité, les primipares sont donc beaucoup mieux entourées et informées. De plus cette étude est rétrospective et donc de puissance moindre.

5/ Expérience d'allaitement de la mère

L'absence d'expérience d'allaitement antérieure est associée négativement à la durée d'allaitement maternel. (9, 10, 16)

Selon une étude prospective espagnole, ne pas avoir allaité un enfant précédemment ou avoir allaité 4 mois ou moins était associé à un arrêt de l'allaitement avant 6 mois en multivarié, OR=2,62(1,56 ; 4,37). (17)

En effet les mères qui ont eu une expérience d'allaitement positive ont certainement un niveau plus élevé de confiance en soi et d'auto efficacité ainsi que des connaissances plus complètes sur l'allaitement.

6/ Avoir été allaité ou pas

Le fait d'avoir été allaité est associé positivement à la durée d'allaitement en analyse univariée dans une étude rétrospective (18), ainsi dans une étude prospective en multivarié (11).

L'expérience acquise par les aînés permet de faire face aux difficultés plus facilement. De plus il est probable que pour ces femmes le choix d'allaiter soit perçu comme une évidence, il en résulte une intention d'allaiter et une confiance plus forte.

7/ Origine ethnique de la mère

Les deux études menées en Grèce et publiées respectivement en 2007 et 2013 montrent une association négative entre l'origine grecque et la durée d'allaitement, l'origine grecque diminue la probabilité d'allaitement à 6 mois, $OR=0,15[0,04 ; 0,54]$. (19) (9)

Une étude rétrospective américaine montre que la race blanche était associée négativement à la durée d'allaitement après ajustement. (10)

Une étude prospective australienne montre que les mères nées en Asie ont plus de chance d'allaiter à 6 mois, $ORa=1.57 [1.57 ; 5.36]$. (11)

Une étude faite au Royaume Uni montre qu'après ajustement pour les facteurs démographiques, économiques, et psychosociaux, les Indiens, les Pakistanais, les Bangladeshi, les antillais, et les noirs africains avaient une probabilité plus élevée de continuer à allaiter à 3 mois comparés aux parents de race blanche. (20) Voir figure 3

Dans une autre étude au Royaume Uni, une différence significative est observée entre les différents groupes ethniques dans l'initiation de l'allaitement (race blanche 64.6%, Pakistanais 79.9%, Asiatiques 91.7%, autre origine ethnique 90.6%, $P < 0.001$). Une différence est également observée de manière significative pour l'allaitement non exclusif à 4 mois même après ajustement mais pas pour l'allaitement exclusif. (21)

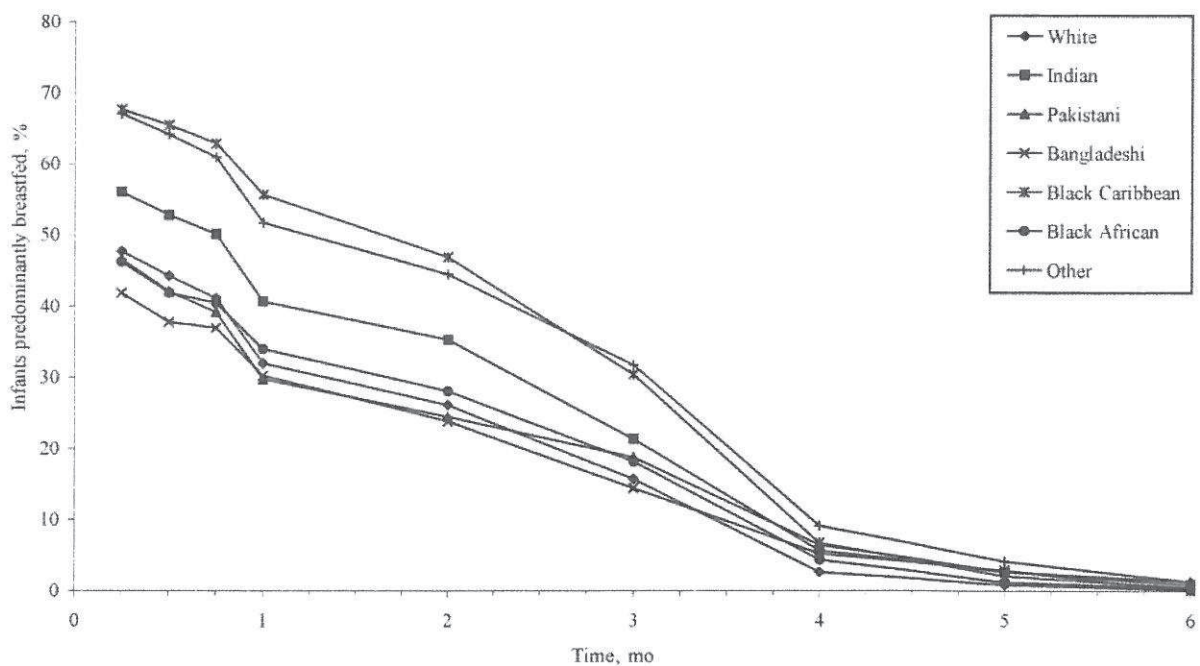


Figure 2. Proportion d'enfants allaités durant les six premiers mois en fonction du groupe ethnique. (20)-Kelly, Pediatrics 2006

8/ Niveau d'études de la mère

Dans l'étude Lilloise les mères qui n'avaient pas été au-delà du collège avaient 4 fois plus de risque de sevrer prématurément leur enfant en analyse multivariée (ORa=4.2 [2.2-8.3]), et celles qui s'étaient arrêtées au bac avaient deux fois et demi plus de risque (ORa=2.5 [1.2-5.2]). (1)

Une étude parisienne montrait que les femmes ayant fait des études avaient plus de chance d'allaiter leur enfant à 1 mois et à 6 mois. (15)

Dans une étude norvégienne, l'éducation maternelle (caractérisée par le fait d'avoir accompli des études supérieures) était la variable la plus stable significativement associée à un allaitement exclusif puisqu'elle intervenait de 1 à 5 mois. L'éducation était significativement associée à un allaitement exclusif à 4 mois en analyse multivariée, OR=2,13(1,07 ; 4,23). (4)

Une étude irlandaise aboutissait au même résultat puisque les mères avec un bon niveau d'études (études supérieures) allaitaient significativement plus à 6 semaines, OR=5,7(2,7 ; 12,2). (6)

D'autres études reliaient un bas niveau d'éducation maternelle à un arrêt précoce de l'allaitement. (8, 9, 17, 10, 16)

Les femmes ayant fait des études ont un accès plus facile à l'information, elles ont donc un niveau de connaissance plus élevé vis-à-vis de l'allaitement ce qui leur permet peut être d'être plus confiantes et d'avoir une volonté plus forte d'allaiter.

Dans l'Etude rétrospective réalisée en Suède l'éducation n'avait pas d'influence sur la durée d'allaitement en multivarié (5), en effet dans les milieux qui ont moins accès à l'information, les femmes sont tout de même conseillées par l'entourage car la majorité des femmes suédoises ont déjà allaité.

9/ Statut socioéconomique de la mère

Dans l'étude réalisée à Aix et Chambéry, en analyse multivariée, l'appartenance aux catégories socioprofessionnelles regroupant les agriculteurs, artisans et ouvriers, était associée de manière significative à un sevrage précoce par rapport aux employés de bureau. (22)

L'étude réalisée à Lille montrait que les femmes n'allaitant plus avaient en moyenne une profession moins qualifiée (artisans, employés, ouvriers). (1)

Une étude prospective sur 1049 mères en Grèce montrait que le chômage était un facteur associé à l'arrêt précoce avant 1 mois. (9)

Chômage et revenu bas étaient également associés à un arrêt de l'allaitement avant 6 mois dans une étude prospective en Suédoise (n=51671). (23)

Par contre, avoir un poste de manager, être autonome au travail étaient associés à une durée plus longue d'allaitement dans une étude prospective menée aux USA. (24)

Nous pouvons penser que le niveau social influe sur l'estime personnelle et la confiance en soi ainsi que dans la capacité à mener à bien l'allaitement.

10/ Mode d'accouchement

L'accouchement par césarienne est associé à une diminution de la durée d'allaitement comme le montre une Etude prospective sur 353 femmes ayant accouché dans les établissements d'Aix et Chambéry, la durée médiane d'allaitement y est significativement plus élevée pour les femmes accouchant par voie basse (14 semaines versus 12 semaines en cas de césarienne), p=0,03. (22)

Une étude prospective canadienne incluant 8542 femmes montre une augmentation de 25% de l'allaitement exclusif chez les femmes accouchant par voie basse comparé à celles ayant eu une césarienne. (8)

Deux études grecques aboutissent au même résultat. (19) (9)

Plusieurs choses peuvent expliquer cette association :

Les douleurs, l'inconfort, et une fatigue plus importante après césarienne pourraient décourager la mère dans son projet d'allaitement.

La première tétée au sein est souvent retardée, en effet d'après une étude prospective menée aux USA, les mères accouchant par voie basse ont plus de chance d'allaiter dans l'heure suivant la naissance. (25)

Le bébé a plus de difficultés à prendre correctement le sein et à téter efficacement

La « montée de lait » est retardée par diminution de la sécrétion d'ocytocine et de prolactine.

La sécrétion de l'ocytocine est pulsatile, on compte 4 à 10 pics par 10 minutes. La succion permet la synthèse de cette hormone.

Sa sécrétion est également dépendante de l'état émotionnel de la maman. Une situation de stress ou de contrariété maternelle peut entraîner une diminution voire une disparition de la synthèse et de la sécrétion d'ocytocine.

Dans une étude suédoise, le nombre de pics d'ocytocine au moment de la tétée était diminué significativement chez les femmes ayant accouché par césarienne, d'autre part il n'y avait pas d'augmentation significative du taux de prolactine à 30 minutes du début de la tétée (26).

11/ Grossesse planifiée

Une étude prospective allemande réalisée entre 2001 et 2002 montre que les enfants issus d'une grossesse planifiée avaient significativement plus de chance d'être allaités au-delà de 4 mois en analyse multivariée, $P=0,013$. (27)

Cependant les résultats sont à prendre avec précaution du fait de la faible taille de l'échantillon ($n=70$).

B/ facteurs modifiables

1/ Tabagisme de la mère

L'association entre le tabagisme maternel et la durée d'allaitement est décrite dans les études depuis 1950.

La plupart des études ont mesuré cette association sans préciser le moment du tabagisme (avant, pendant, ou après grossesse), ni la quantité fumée.

Auteur, pays, année	Type d'étude	Taille de l'échantillon <i>n</i>	Variable étudiée
7-Scott J-A, Australie, 2006	prospective	1068	Tabagisme pendant grossesse
8-Ban Al-Sahab, Canada, 2010	prospective	8542	Tabagisme pendant grossesse
4-Kristiansen AL, Norvège, 2010	prospective	1490	Non précisé
5-Ekström A, Suède, 2003	rétrospective	488	Non précisé
9-Ladomenou F, Grèce, 2007	prospective	1049	Non précisé
28-Giglia R, Australie, 2006	prospective	580	Tabagisme pendant grossesse
11-Della A Forster, Australie, 2006	prospective	889	Tabagisme>20cig/jour avant grossesse
29-Liu J, Etats unis, 2006	rétrospective	3047	Tabagisme>10cig/jour post partum
30-Letson G, Etats Unis, 2002	rétrospective	36324	Tabagisme pendant grossesse

Tableau 1. Études montrant un lien entre tabagisme maternel et durée d'allaitement

Dans l'étude australienne de Giglia et al, les femmes qui fument pendant la grossesse ont significativement moins de chance d'allaiter entre 2 et 6 mois, ORa=0.2 (0.1-0.4). La durée médiane d'allaitement est de 28 semaines pour les non fumeuses versus 11 semaines pour les mères fumeuses. Voir figure 3. (28)

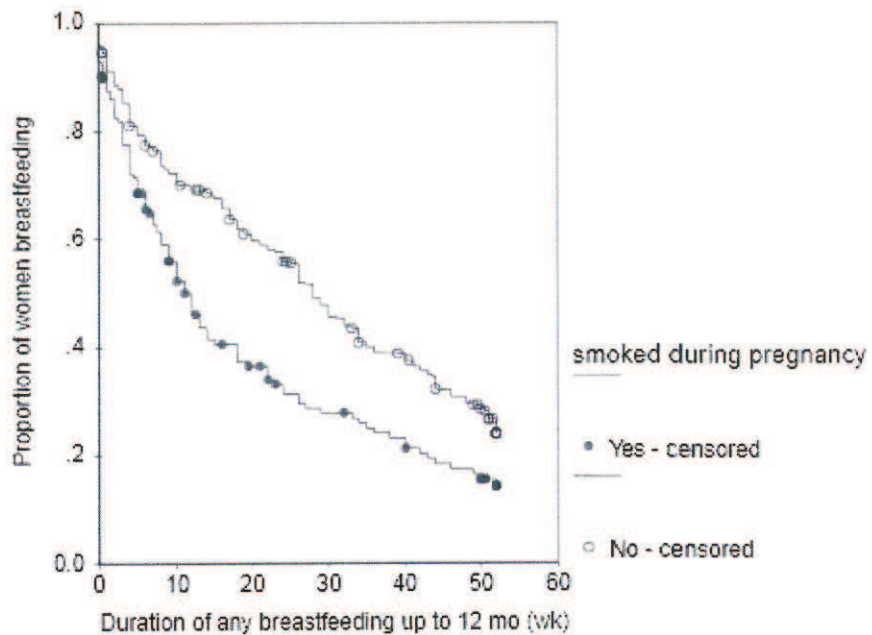


Figure 1. Duration of breastfeeding by smoking status at pregnancy.

Figure 3. Durée d'allaitement selon le statut fumeur ou non fumeur pendant la grossesse. 28-Giglia R, Australie, 2006

Les mères qui continuent à fumer pendant la grossesse et après la naissance ont environ 2 fois plus de risque que les non fumeuses de ne plus allaiter à 10 semaines. Le fait de fumer plus de 10 cigarettes par jour en post partum est également associé à un risque 2 fois plus élevé de ne plus allaiter à 10 semaines. (29)

En revanche les femmes qui arrêtent de fumer pendant la grossesse ont pratiquement 4 fois plus de chance d'allaiter jusque 6 mois. (31)

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer l'action négative du tabagisme maternel sur la durée d'allaitement.

La nicotine diminue la sécrétion lactée en inhibant la sécrétion de la prolactine, il en résulte une diminution du réflexe d'éjection et du volume de lait produit. (32)

Le lait des femmes fumeuses est moins nutritif à cause d'un taux moins élevé en lipides, ou aurait un goût différent le rendant moins appétissant (33).

Des pleurs excessifs et des coliques plus fréquentes ont été observés chez les enfants de mères fumeuses, cette irritabilité peut être interprétée par les mères comme de la faim et favoriser la supplémentation par un lait artificiel.

Il est probable qu'il existe également un impact psychologique et comportemental du tabagisme. Par exemple, les mères fumeuses qui stoppent l'allaitement prématurément pensent peut être que l'association tabac/allaitement est dangereuse pour le bébé, ou perçoivent une insuffisance de lait.

2/ Ancienneté de la décision d'allaiter

L'ancienneté de la décision d'allaiter était prédictive de la durée d'allaitement, en effet 43% des mères ayant pris leur décision tardivement avaient sevré précocement leur enfant, contre 23 % des mères ayant pris leur décision de manière plus précoce selon une étude prospective réalisée à Lille. (1)

Dans l'étude prospective incluant 15 maternités du pays de Loire, le moment de la décision pendant la grossesse ou après l'accouchement est associé de manière significative $OR=0,56$ (0,38–0,83) à une durée d'allaitement courte en analyse multivariée comme le montre la figure 4. (2) L'étude réalisée à Chambéry a des résultats similaires avec un RRa 1.70 (1.45-2.00). (22)

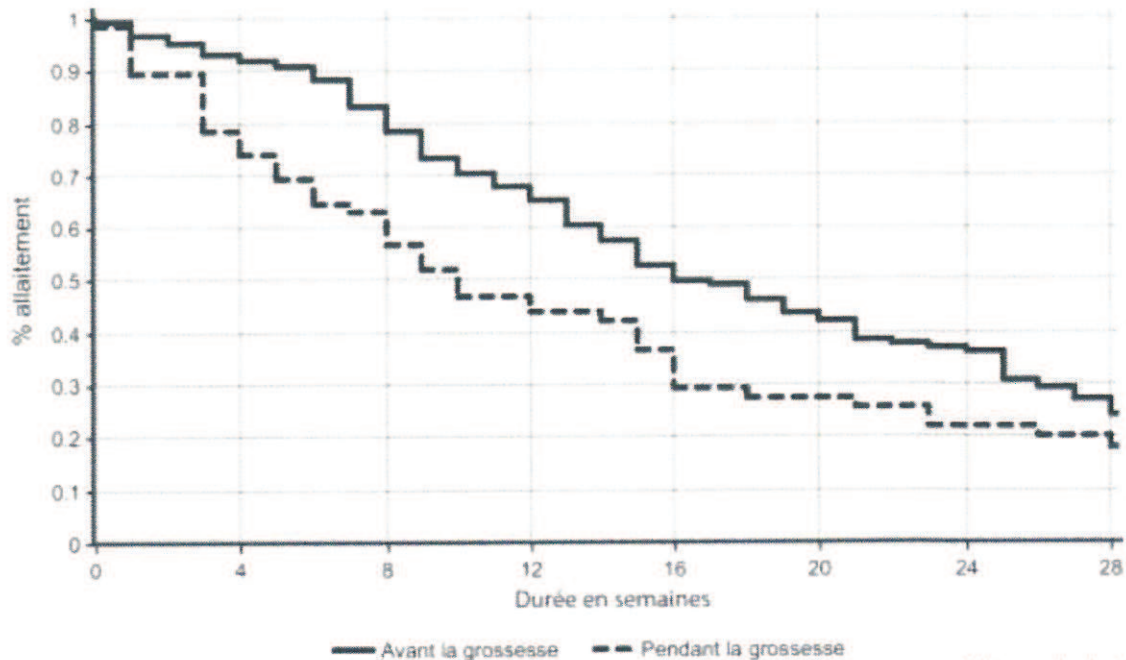


Figure 4. Durée d'allaitement maternel selon le moment de la décision d'allaitement : médianes de durée d'allaitement : 16 semaines pour le groupe ayant décidé avant la grossesse versus 10 semaines pour le groupe ayant décidé pendant la grossesse ($p = 0,014$). Etude en Pays de Loire.

Le fait d'avoir choisi le mode d'alimentation de l'enfant avant la grossesse, ou en tout cas le plus précocement possible augmente les chances d'allaiter à 6 mois. (15, 6, 18, 34)

On peut supposer que les femmes ayant pris leur décision de manière précoce sont plus sûres d'elles, et leur intention d'allaiter plus forte, cela leur donne la volonté de persévérer malgré les obstacles éventuels.

3/ Durée d'allaitement envisagée

Une étude française réalisée dans 15 maternités du pays de Loire montre qu'un temps d'allaitement prévu plutôt court est une variable de risque de sevrage significatif en analyse univariée ($RR=5,89$; $p<10^{-4}$), en effet la durée médiane d'allaitement est de 8 semaines pour les femmes qui ont choisi d'allaiter moins de 3 mois, passant à 19 semaines pour celles qui ont choisi d'allaiter plus de 3 mois (2)

Plusieurs études ont des résultats similaires en analyse multivariée. (19, 16, 11, 34)

Dans une étude australienne menée en 2005 les mères étaient 1,72 fois plus à risque de cesser l'allaitement exclusif prématurément si elles avaient prévu d'allaiter 6 mois ou moins de 6 mois. (47)

Une autre étude australienne montrait que les mères ayant l'intention d'allaiter moins de 6 mois étaient 2,4 fois plus à risque d'avoir arrêté d'allaiter à 4 mois comparé à celles ayant une intention d'allaiter plus de 12 mois. (35.7% vs 87.5%) (35)

Cette association entre durée prévue et durée réelle de l'allaitement est expliquée par la Théorie du Comportement Planifié (Icek Ajzen et Fishbein, 1991) qui postule que le comportement humain, pour être effectif, doit d'abord être décidé/planifié.

La décision est influencée par trois types de facteurs :

Des jugements sur la désirabilité du comportement et de ses conséquences (attitudes par rapport au comportement).

Des considérations sur l'influence et l'opinion des proches sur le comportement (les normes sociales).

Des croyances sur la capacité du sujet à réussir le comportement (auto-efficacité).

4/ Participation aux cours de préparation à l'accouchement

Dans une étude française réalisée dans les établissements d'Aix et Chambéry, l'assiduité aux séances de préparation à la naissance était associée à une réduction du risque de sevrage en analyse multivariée, RRA=0.8 [0.75-0.86]. (22)

Quatre études prospectives (19, 17, 11, 27) et une étude rétrospective (18) avaient des résultats identiques en analyse multivariée.

Ces séances permettent de renforcer la décision en faveur de l'allaitement ou de répondre aux interrogations des femmes qui n'ont pas encore fait leur choix.

5/ Utilisation d'un tire lait

Une Étude prospective Australienne menée sur 528 femmes allaitant entre 2002-2003 montre qu'après ajustement des facteurs confondants, les mères qui tiraient leur lait avaient moins de risque d'arrêter l'allaitement avant 6 mois. (36) voir figure 5

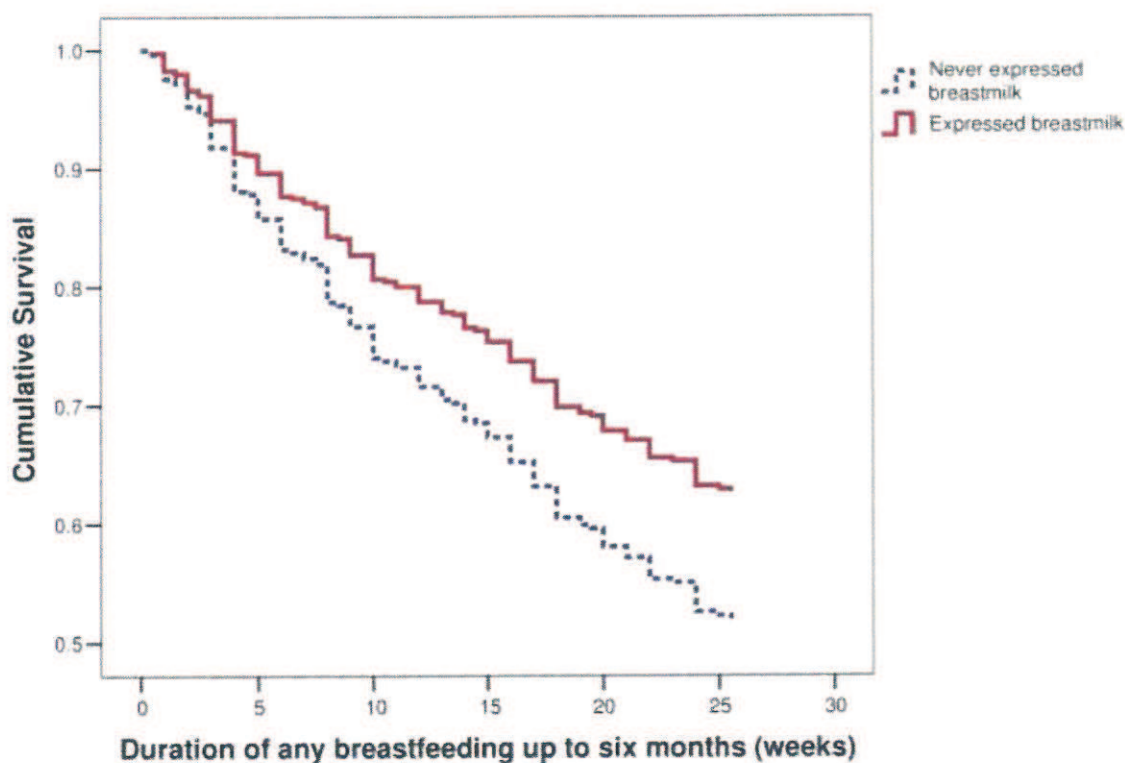


Figure 5. Durée d'allaitement chez les femmes qui ont tiré leur lait par rapport à celles qui n'ont jamais tiré leur lait. (36)-Win NN, *Int Breastfeed J.* 2006

Dans une Étude rétrospective aux états unis sur 2586 femmes, utiliser un tire lait est positivement associé à un allaitement de plus de 2 mois après ajustement. (10)

L'évolution dans la compréhension du mécanisme de la lactation a conduit à une amélioration des systèmes de tire-lait, ce qui rend plus facile pour les mères leur utilisation.

Le fait de tirer son lait permet à la femme d'avoir plus d'indépendance, et lui permet de reprendre son travail ou d'avoir d'autres activités sociales tout en continuant à allaiter.

6/ Difficultés d'allaitement

La réussite du démarrage de l'allaitement dépend de 2 éléments fondamentaux concernant chacun les 2 principaux acteurs impliqués.

Chez la mère, c'est l'obtention d'une sécrétion lactée suffisante, événement communément appelé « montée de lait », correspondant au stade II de la lactogénèse et survenant en moyenne 2 à 3 jours après l'accouchement [7]. Des études, notamment celle de Chapman et Perez-Escamilla [8], ont montré que la perception maternelle de cette étape est un indicateur fiable de sa survenue.

Chez l'enfant, un comportement adéquat associant état d'éveil optimal, bonne prise du sein et tétées efficaces sont déterminants pour l'efficacité du transfert de lait et l'entretien de la production lactée.

Si la lactation ne s'établit pas ou si le comportement de l'enfant n'est pas adapté, le transfert de lait risque d'être insuffisant. Cela peut entraîner une perte de poids excessive chez le nouveau-né. Plusieurs études ont mis en évidence l'association de ces difficultés et la survenue d'un sevrage précoce non désiré. (37) (15) (2) (38) (39) (10)
Difficulté de mise au sein et problème de quantité de lait diminuent la durée d'allaitement maternel (3)

Une étude portant sur 118 couples mère-enfant au chu de Brest a étudié l'incidence des marqueurs associés aux difficultés d'allaitement : retard de montée de lait, perte de poids supérieure à 10%, comportement non optimal au sein. (40)

Le comportement du bébé au sein a été évalué par l'Infant Breastfeeding Assessment Tool (IBFAT), cette échelle a été développée et testée par Matthews (1988), et repose sur une évaluation rapide des compétences du nouveau-né. (Annexe 2)

Le retard de montée de lait a été retrouvé chez 50 % des femmes dont 62,3 % de primipares.

33,9 % des enfants avaient un comportement non optimal au sein à J0 dont 62,5 % chez les primipares mais ce pourcentage diminuait à 7,6 % à J3 avec toujours une nette prédominance de primipares (88,9 %).

Une perte de poids excessive touchait 6,8 % de l'ensemble des enfants, essentiellement des enfants de primipares (87,5 %).

L'objectif secondaire était d'analyser les facteurs de risque liés à la mère, à l'enfant, à l'accouchement et aux pratiques professionnelles pouvant influencer ces marqueurs.

En analyse multivariée, les variables indépendantes significativement liées à une perte de poids excessive étaient le poids de naissance élevé (OR = 1,22) et l'administration de compléments supérieure à 60 ml (OR = 2,36). Le retard de montée de lait était significativement associé à l'absence d'expérience d'allaitement antérieure. Le comportement non optimal au sein à J0 était significativement lié au type de mamelon inhabituel (plat ou rétracté) (OR = 15).

L'étude n'intègre cependant pas de données sociales, psychologiques et environnementales.

7/ Dépression post natale

Il existe 3 types de troubles thymiques du post partum :

- le baby blues qui affecte jusqu'à 80% des femmes entre le 3^{ème} et le 10^{ème} jour après l'accouchement,
- les épisodes dépressifs majeurs du post partum_ou dépression post natale qui débutent entre le 10^{ème} jour et la fin du premier mois du post partum, leur prévalence est estimée entre 10 et 20%,
- la psychose puerpérale beaucoup moins fréquente (0.1 à 0.2%)

Les symptômes dépressifs sont mesurés avec l'échelle d'Edimbourg comportant 10 items. (Annexe 3)

Cette échelle est prévue pour le dépistage des dépressions du post partum et permet également de repérer les mères ayant un risque élevé de développer une dépression du post partum.

Le score peut varier entre 0 et 30.

Un résultat supérieur ou égal à 10 indique une intensité plus grande des symptômes dépressifs et nécessite une prise en charge médicale.

Plusieurs études montrent que les symptômes dépressifs sont un facteur prédictif de l'arrêt précoce de l'allaitement maternel. (37)(10)(41)(42)(43)(44)

Il est donc important de dépister tôt les mères à risque afin de pouvoir les accompagner et les traiter. Ceci peut se faire par la recherche des facteurs de risques tels que des antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, des antécédents à risque pour le fœtus ou la grossesse, des antécédents obstétricaux pathologiques, une notion d'infertilité, un contexte social, familial ou la notion de toxicomanie et toute pathologie sévère de la grossesse ; ainsi que par l'évaluation des symptômes dépressifs avec l'échelle d'Edimbourg.

8/ Sensibilité maternelle

L'établissement du lien mère/enfant est plus ou moins rapide en fonction des évènements néonataux mais aussi de la sensibilité maternelle.

La sensibilité maternelle est définie par la capacité maternelle à reconnaître les signaux émis par l'enfant, leur accorder la signification juste et offrir une réponse appropriée.

L'échelle de sensibilité maternelle validée en 2002 par Bell L. et ses collègues comprend cinq sous-échelles de Likert: la découverte de l'enfant, le contact affectif, l'engagement, le contact physique et la communication. (Annexe 4) Elle permet d'évaluer le degré de sensibilité de la mère dans la relation avec son enfant.

Dans une étude prospective québécoise portant sur 155 mères primipares en 2008-2009, les mères plus sensibles dans les composantes contact physique et découverte étaient moins susceptibles d'avoir cessé l'allaitement à 1 mois (37)

La plupart des approches utilisées jusqu'à présent pour soutenir l'allaitement sont d'ordre technique.

Il est donc important que les professionnels de santé soient formés à évaluer la qualité de la réponse parentale aux besoins de l'enfant. En effet, l'infirmière qui évalue avec justesse la sensibilité parentale est bien positionnée pour aider réellement les parents à développer leurs compétences à intervenir dans ces situations et à devenir plus sensibles.

9/ Perception de l'allaitement

Plusieurs études ont utilisé l'Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS), échelle validée en 1998 par de la Mora et al. Pour évaluer l'attitude des mères vis-à-vis de l'allaitement et des préparations artificielles.

Cette échelle contient 17 items qui abordent des thèmes variés tels que le coût de l'alimentation, l'intérêt nutritionnel, le lien mère/enfant, le confort et la facilité d'utilisation.

Chaque item comporte un score de 1 à 5, ces scores sont ensuite additionnés : un total élevé est associé à l'attitude maternelle en faveur de l'allaitement. (Annexe 5)

Une étude prospective australienne portant sur 1068 femmes montrait qu'un score IIFAS élevé (>65) était prédictif d'une durée d'allaitement plus longue. (7)

Une étude Irlandaise parue dans Midwifery en 2013 montrait qu'une attitude positive vis à vis de l'allaitement (mesurée par l'IIFAS-SF) était indépendamment associée à la durée d'allaitement. (45)

Une étude prospective italienne effectuée en 2009 sur 562 couples mère/enfant montre qu'un score IIFAS élevé (>67) est associé positivement à la durée d'allaitement pendant la première année de vie en analyse multivariée. (46)

D'autres études n'ont pas utilisé l'IIFAS :

Dans une étude prospective irlandaise les mères ayant la perception de l'allaitement comme naturel allaitaient significativement plus à 6 semaines. (6)

L'allaitement perçu comme une norme est associé positivement à la durée d'allaitement. (18) (10)

La perception « facile » de l'allaitement est aussi associée de manière positive à la durée d'allaitement (mais ce résultat est peu interprétable car l'étude est rétrospective). (18)

La confiance dans le lait maternel était significativement associée à la durée d'allaitement maternel dans une étude australienne. En effet la probabilité de continuer à être allaité de manière exclusive augmentait de 36% à chaque point supplémentaire dans le score de confiance. (47)

10/ Confiance en soi, sentiment d'auto efficacité

Une étude prospective québécoise montrait que les mères ayant cessé d'allaiter à 1et 3 mois étaient moins déterminées à 48h (37)

Cette association est également retrouvée dans une étude menée aux USA, une forte intention d'allaiter à 2 semaines post partum était significativement associée à l'allaitement à 6 mois. (48)

Le sentiment d'auto-efficacité par rapport à l'allaitement est significativement associé à la durée d'allaitement maternel (47, 48, 35)

En effet dans une étude danoise le taux d'arrêt pour les mères ayant un niveau d'auto-efficacité modéré à bas (confiance des mères dans leur capacité à mener à bien l'allaitement) était deux fois plus haut que le taux des mères avec un haut niveau d'auto-efficacité. (16)

Cette étude montrait également une association positive de la confiance vis-à-vis de l'allaitement (confiance dans le fait de ne pas connaître la quantité de lait apportée à l'enfant) sur la durée d'allaitement. ($p=0.012$) (16)(42)

La notion de manque de lait est fortement associée à l'incertitude par rapport à l'interprétation des signes de faim et de satiété du bébé. Wright (18) explique que les bébés allaités sont plus difficiles à comprendre car c'est le bébé qui contrôle la situation, et la quantité de lait qu'il prend à chaque tétée varie durant la journée.

Par conséquent, il est impératif pour la mère de pouvoir identifier les signaux de l'enfant afin de pouvoir être confiante dans sa capacité à allaiter.

11/ Anxiété de la mère

Une étude américaine a évalué l'anxiété maternelle à l'aide du State Trait Anxiety Inventory (STAI, annexe 6) et a étudié son association avec la durée d'allaitement. Un STAI positif, c'est-à-dire supérieur ou égal à 40, durant l'hospitalisation en maternité est associé de manière significative à une réduction de la durée d'allaitement dans les 6 premiers mois $p=0,003$. L'analyse stratifiée sur la parité et le mode d'accouchement retrouve cette association chez les primipares et les accouchées par voie basse mais pas chez les multipares et les femmes ayant eu une césarienne. (49) Cf figure 6

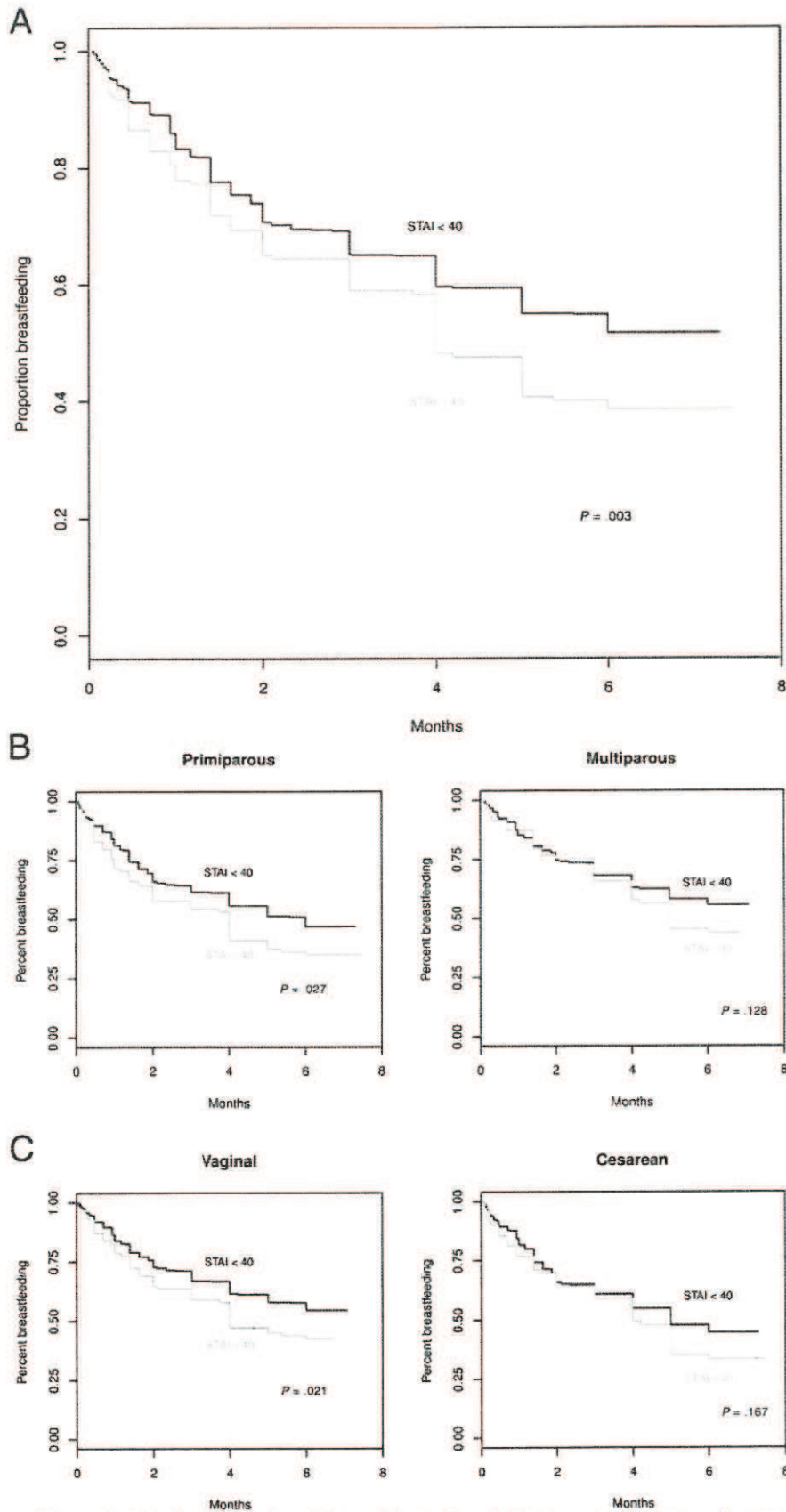


Figure 6: Courbe de Kaplan-Meier de la durée d'allaitement en fonction du score STAI pour: A, la cohorte entière; B, sous groupes stratifiés par la parité; et C, sous groupes stratifiés par le mode de délivrance.

II/ Facteurs liés à l'enfant

A/ Utilisation d'une tétine

L'utilisation d'une tétine était associée à un risque deux fois et demi plus élevé de sevrage prématuré dans une Étude prospective à Lille portant sur 425 mères allaitantes. (1)

Une Etude prospective sur 353 femmes ayant accouché dans les établissements d'Aix et Chambéry confirme que l'utilisation d'une tétine en maternité est associée de manière significative au sevrage prématuré en analyse multivariée. (22)

Une étude espagnole retrouve les mêmes résultats. (17)

Une étude australienne publiée dans *Pédiatrics* en 2006, précise que la tétine utilisée avant 10 semaines diminue la probabilité d'un allaitement exclusif à 6 mois, HR=1.85 (1.06 ; 3.22). (7)

Cette association entre l'utilisation d'une tétine et le risque de sevrage était retrouvée jusqu'à 3 mois mais n'était plus significative à partir de 6 mois. (46)

L'utilisation d'une tétine interfère avec le mécanisme physiologique de succion : il s'agit de la confusion sein/tétine.

Pour attraper le sein, le bébé doit ouvrir largement la bouche, afin d'avoir le mamelon au niveau du palais mou, sa langue vient s'appliquer sous le sein et presse vers le palais, aplatissant et allongeant l'aréole et le mamelon, la succion permanente maintient le sein dans sa bouche alors que pour attraper la tétine, le bébé n'a pas besoin d'ouvrir grand la bouche. La tétine y pénètre sans efforts, car elle est beaucoup plus dure, le bébé n'a pas besoin de faire fonctionner sa langue et ses mâchoires. La tétine est peu élastique et le bébé ne peut pas l'allonger avec sa langue, il pourra lâcher la tétine qui restera cependant dans sa bouche.

Il est à noter que le même problème peut se voir chez un bébé dont la mère utilise des bouts de sein ; le bébé s'habitue à ces derniers et refuse ensuite de prendre directement le sein. De plus, les bouts de sein ne permettent pas une stimulation nerveuse normale du sein et ils provoquent entre autres troubles, une diminution de la sécrétion lactée.

Cependant, il semblerait que l'utilisation d'une tétine soit aussi le témoin de facteurs psychologiques et comportementaux maternels (faible confiance en soi, comportement rigide) peu propices à l'allaitement maternel.

B/ Perte de poids > 10%

Selon une étude réalisée à Lille, la perte de poids initiale supérieure à 10 % a concerné 9 % des nouveau-nés et était très prédictive d'un sevrage prématuré puisqu'elle y était quatre fois plus fréquente que lorsque l'allaitement maternel était poursuivi. (1)

C/ Age gestationnel extrême

La grande majorité des études qui évaluaient les facteurs associés à la durée d'allaitement considéraient les âges gestationnels extrêmes, et en particulier la prématurité, comme étant des facteurs d'exclusion.

Cependant l'étude prospective réalisée dans les établissements d'Aix et Chambéry montrait que les âges gestationnels extrêmes (<37 ou >41 semaines) étaient associés au sevrage précoce. La durée médiane d'allaitement était de 10 semaines versus 14 semaines en analyse univariée. (22)

D/ Poids de naissance < 2.500 kg

Une étude norvégienne publiée en 2010 montrait que le poids de naissance inférieur à 2.500kg était significativement associé à l'arrêt de l'allaitement à 6 mois en analyse multivariée, OR=0,19 (0,11 ; 0,36). (4)

Cependant dans la plupart des études, le poids de naissance inférieur à 2,500kg était un critère d'exclusion.

Cette association peut tout de même s'expliquer par le fait que les bébés de petit poids de naissance sont plus faibles et ont donc plus de difficulté à téter efficacement, ce qui peut provoquer des complications de l'allaitement, nécessiter des compléments, et éprouver la volonté maternelle à allaiter.

E/ Problèmes de succion

Le besoin d'être stimulé pour téter et les difficultés à téter sont des variables de risque de sevrage significatif en analyse multivariée d'après une étude prospective réalisée dans 15 maternités du pays de Loire. (2)

III/ Facteurs liés à l'entourage

A/ Soutien du partenaire

L'adhésion du conjoint au projet d'allaitement était prédictive d'une durée d'allaitement prolongée (durée médiane de 14 semaines versus 10) en analyse univariée. (22)

L'étude australienne parue dans *Pediatrics* en 2006 confirme cette association en analyse multivariée, en effet les femmes dont le conjoint était favorable à l'allaitement avaient moins de risque d'arrêter l'allaitement exclusif à 6 mois, OR=0.71 (0.55 ; 0.91). (7)

Deux études irlandaises obtiennent le même résultat (39, 6), et une étude rétrospective anglaise (18).

B/ Niveau d'études du père

Une étude prospective en Grèce sur 145 mères publiée en 2013 montre que le niveau d'études élevé du père augmente la probabilité d'allaiter à 6 mois (19)

Une étude prospective en Suède comptant 51671 enfants, publiée en 2010, montre que les pères ayant un bas niveau d'éducation (inférieur au baccalauréat) avaient plus de risque que leur enfant soit sevré avant l'âge de 6 mois en analyse multivariée. (23)

Cette association peut être expliquée par le manque de connaissance par rapport aux bienfaits de l'allaitement.

Nous pouvons également supposer que le plus faible rang social qui en découle peut provoquer une estime personnelle basse et influencer la capacité à gérer les situations stressantes.

C/ Statut marital

Dans une étude menée en Norvège sur 1490 couples, 4% ne vivaient pas en concubinage et n'étaient pas mariés. Les enfants issus de cette catégorie avaient un risque plus élevé de ne pas être allaités à 6 mois. (4)

Une étude prospective allemande réalisée entre 2001 et 2002 montre que les enfants issus d'un couple marié avaient significativement plus de chance d'être allaités au-delà de 4 mois en analyse multivariée, P=0,048. (27)

Une étude norvégienne et une étude suédoise montraient une association négative entre le fait d'être mère célibataire et la durée d'allaitement. (Revue littérature)

D/ Mode de garde

Le fait d'être gardé par les parents durant la journée est significativement associé à l'allaitement entre 8 et 12 mois (4)

Dans cette étude norvégienne 70% des enfants étaient gardés par leurs parents à l'âge de 12 mois alors que 30% étaient gardés par les grands parents une assistante maternelle ou autre. Les enfants qui n'étaient pas gardés par leurs parents dans la journée avaient significativement moins de chance d'être allaités à 12 mois ORa=0,64 (0,50 ; 0,82).

Le mode de garde est certainement lié à la reprise du travail, cependant le rapport du professeur Turck en 2010 pointe le fait qu'un certain nombre de crèches et même de villes refusent que le lait maternel soit amené sur le lieu de garde de l'enfant. Cette interdiction arbitraire est très inégale selon les lieux de garde et sa prévalence réelle est inconnue, mais c'est un phénomène qui semble suffisamment fréquent pour avoir motivé le lancement d'une pétition en ligne ayant pour objet de permettre à toutes les femmes d'apporter leur lait à la crèche.

E/ Soutien émotionnel de l'entourage

Dans une étude rétrospective anglaise, le soutien de l'entourage ressenti par les mères était associé à une durée d'allaitement plus longue (18)

Une étude grecque montre au contraire que le soutien de l'entourage est lié à une durée d'allaitement courte (9)

L'intervention de tiers peut perturber le lien mère enfant et les croyances et représentations erronées des pairs et des grands-mères peuvent diminuer la confiance en soi des mères.

IV/ Facteurs liés au système de santé

A/ Mise au sein précoce

Dans une étude lilloise, la première mise au sein tardive (au-delà des deux premières heures) fait doubler le risque de sevrage prématuré en analyse multivariée, ORa=1.9 [1.01-3.56] (1)

De même une étude faite à Chambéry associait une mise au sein différée de plus d'une heure à une réduction de la durée d'allaitement. (22)

En revanche une première tétée précoce (< 1 heure) influençait positivement la durée d'allaitement en multivarié dans une étude suédoise (5) Une étude menée aux USA obtient des résultats similaires. (25)

B/ Proximité du bébé la nuit

En France il n'y a pas de consensus sur la pratique du cododo, les professionnels de santé ne le conseillent généralement pas du fait des risques pour l'enfant. Cependant la proximité du bébé la nuit augmente la durée de l'allaitement maternel (3)

Dans une étude menée aux Etats Unis, une durée plus longue de sommeil partagé (cododo) est associée à une augmentation de la durée d'allaitement non exclusif après ajustement, mais cette association n'est pas significative pour l'allaitement exclusif (50).

Une étude prospective Anglaise montre que le sommeil partagé qu'il soit pratiqué durant toute la petite enfance, uniquement avant un an, ou après un an, est relié significativement à l'allaitement à 12 mois (OR: 1.72 [1.36–2.18] après un an, OR: 2.36 [1.87–2.97] avant un an, OR: 5.29 [4.05–6.91] durant toute l'enfance) (51). Voir figure 7.

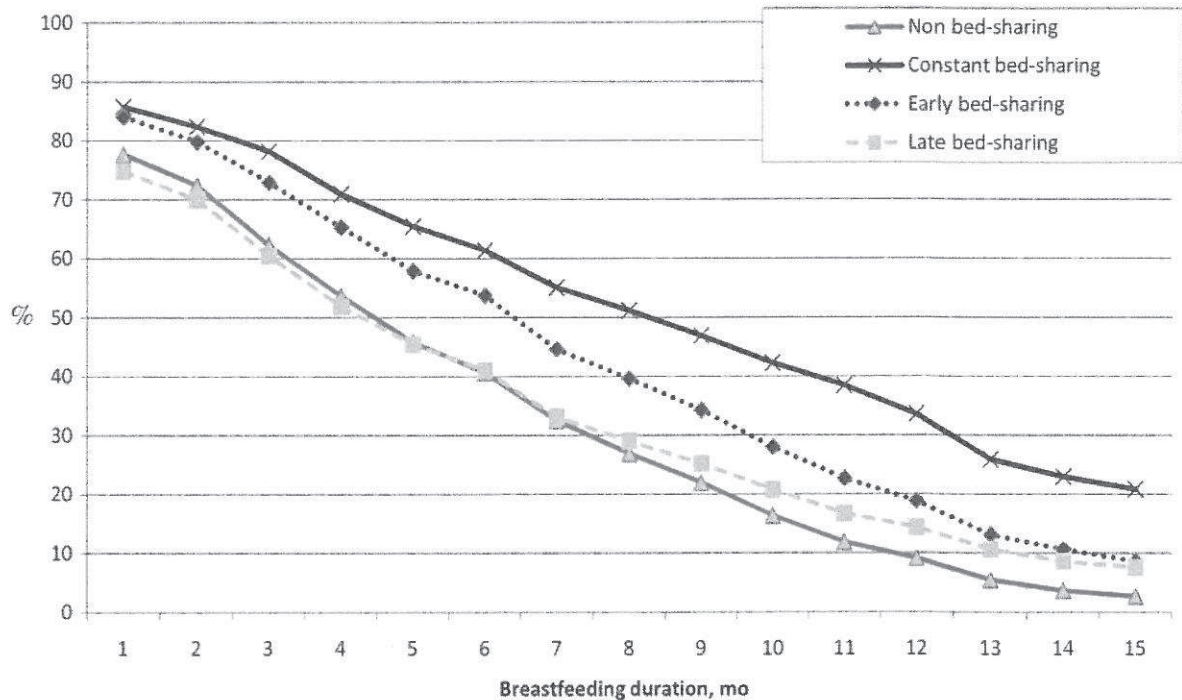


Figure 7. Durée d'allaitement selon la pratique du cododo. 51-Blair PS, Pediatrics. 2010

C/ Allaitement à la demande

Dans les maternités lilloises, le respect d'intervalles réguliers entre les tétées a été observé dans plus de 20 % des cas. Il multipliait par deux le risque de sevrage prématuré. (1)

L'étude incluant 15 maternités du Réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire montre que la pratique de l'allaitement à la demande est associée de manière significative OR=0,56 (0,39–0,82) à une augmentation de la durée d'allaitement en analyse multivariée. (2)

Dans les établissements d'Aix et Chambéry en analyse multivariée, les facteurs associés au sevrage étaient la pratique d'un allaitement à horaires fixes (22)

Dans une étude longitudinale réalisée en Suède chez 500 couples mère-enfant avec un recueil quotidien d'informations pendant 6 mois, Hörnell et al. ont montré la grande variabilité inter et intra individuelle du rythme et de la durée des tétées chez des enfants allaités exclusivement au sein à la demande.

D/ Recours aux compléments

Les résultats des études concernant l'utilisation de compléments en maternité sont contradictoires.

L'étude incluant 15 maternités du Réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire montre que l'utilisation de compléments est associée de manière significative $OR=2,51$ (1,62–3,89) à une durée d'allaitement courte en analyse multivariée. (2)

L'utilisation de compléments à l'hôpital est associée à un arrêt précoce de l'allaitement exclusif en multivarié dans une étude espagnole, $OR=1,66$ (1,24–2,23). (17)

Une étude rétrospective suédoise précise que l'usage de compléments sans raison médicale réduit significativement la durée d'allaitement tant chez les primipares que chez les multipares. Cependant l'usage justifié de compléments n'a pas d'influence sur la durée d'allaitement en analyse multivariée. (5)

Une étude lilloise ne trouvait pas de relation entre l'usage de compléments de lait artificiel ou de lactarium en maternité et le sevrage prématuré. Bien que cette pratique ait concerné environ 20 % des nouveau-nés alimentés au sein, ses indications étaient limitées aux enfants ayant des difficultés de succion ou une perte pondérale importante. Ces compléments étaient en règle donnés à la tasse ou au goulot pour éviter les inconvénients liés à l'utilisation d'une tétine pendant la mise en route d'un allaitement maternel. (1)

Dans une étude grecque l'introduction de compléments avant 3 mois est significativement associée à l'allaitement à 6 mois, le fait de ne pas avoir introduit de complément à 3 mois (allaitement mixte) augmente la probabilité d'allaiter à 6 mois de plus de 36 fois. (19)

E/ Durée d'hospitalisation

Une étude rétrospective suédoise montre que les primipares et les multipares qui sortent plus tard de l'hôpital allaitent significativement plus longtemps de manière exclusive mais cette association n'est plus significative en analyse multivariée (5)

Une autre étude prospective suédoise a des résultats similaires. (52)

La sortie précoce d'hospitalisation ne semble donc pas avoir d'effet négatif sur la durée d'allaitement.

F/ Soutien des professionnels

Une étude prospective en Irlande montre que le soutien à l'allaitement par une infirmière en santé publique était significativement associé à une durée d'allaitement supérieure à 6 semaines en analyse multivariée. (39)

Dans une étude rétrospective au Royaume Uni, l'avis prénatal et le soutien post natal des spécialistes étaient associés positivement à la durée d'allaitement. (18)

Dans une étude rétrospective aux états unis, après ajustement, une formation à l'allaitement faite par des groupes de soutien est associée positivement à un allaitement de plus de 2 mois. (10)

Dans une étude rétrospective autrichienne, un soutien considéré comme faible par les mères est associé à un taux élevé d'arrêt de l'allaitement avant 3 mois. (53)

G/ Connaissance des associations de soutien

La connaissance d'une association de soutien constituait une caractéristique de l'environnement maternel prédictive d'une durée d'allaitement prolongée, en effet la durée médiane d'allaitement était de 16 semaines dans le groupe des mères ayant connaissance d'une association de soutien contre 12 semaines dans le groupe n'en connaissant pas. (22)

H/ Informations données sur l'allaitement maternel

Dans une étude rétrospective autrichienne, les mères qui reçoivent des informations répétées allaitent plus longtemps. (53)

I/ Congé maternité/reprise du travail

En France, la durée du congé maternité est fonction de la situation de la femme enceinte. Dans le cas d'une première ou d'une seconde naissance, le congé débute 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine 10 semaines après. La salariée a le droit à des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale.

Le congé parental d'éducation permet à tout salarié homme ou femme d'interrompre son activité professionnelle afin d'élever cet enfant.

Deux modalités de congé parental existent :

- le congé total, durant lequel le contrat de travail est suspendu
- le travail à temps partiel, dont la durée doit être d'au moins 16 heures par semaine.

Le congé parental a une durée initiale d'un an au maximum et est prolongeable deux fois. La perte de salaire est compensée en partie par le complément de libre activité de la caisse d'allocations familiales. Pour un premier enfant, le complément de libre activité est limité à 6 mois. A partir du deuxième enfant, il se prolonge jusqu'au trois ans de l'enfant.

A l'issue de ce congé, le salarié est réintégré dans son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération équivalente.

Dans l'étude faite à Angers et publiée en 2003, toutes les femmes qui avaient une activité professionnelle ont arrêté l'allaitement avant trois mois et deux tiers des femmes bénéficiant d'un congé parental ont allaité au-delà de trois mois. (54)

Une étude grecque montre également que les femmes ayant repris leur travail peu après la naissance ont allaité moins de 3 mois. (9)

Selon une étude toulousaine, entre 3 et 6 mois : la majorité des interruptions est imputable à la reprise de travail. (38)

Les femmes qui retournent travailler avant 6 mois ont moins de chance d'allaiter exclusivement leur enfant à 6 mois comme le montrent une étude australienne et une étude canadienne. (7, 8)

Dans une étude menée aux Etats Unis, la reprise du travail et un congé maternité court étaient liés à un arrêt prématuré de l'allaitement. (24)

Une reprise du travail avant 6 semaines était fortement liée à un arrêt précoce de l'allaitement, une reprise du travail après 6 semaines était aussi liée à un arrêt précoce de l'allaitement, en comparaison avec les femmes qui ne reprenaient pas leur travail. (24) Cf figure 8

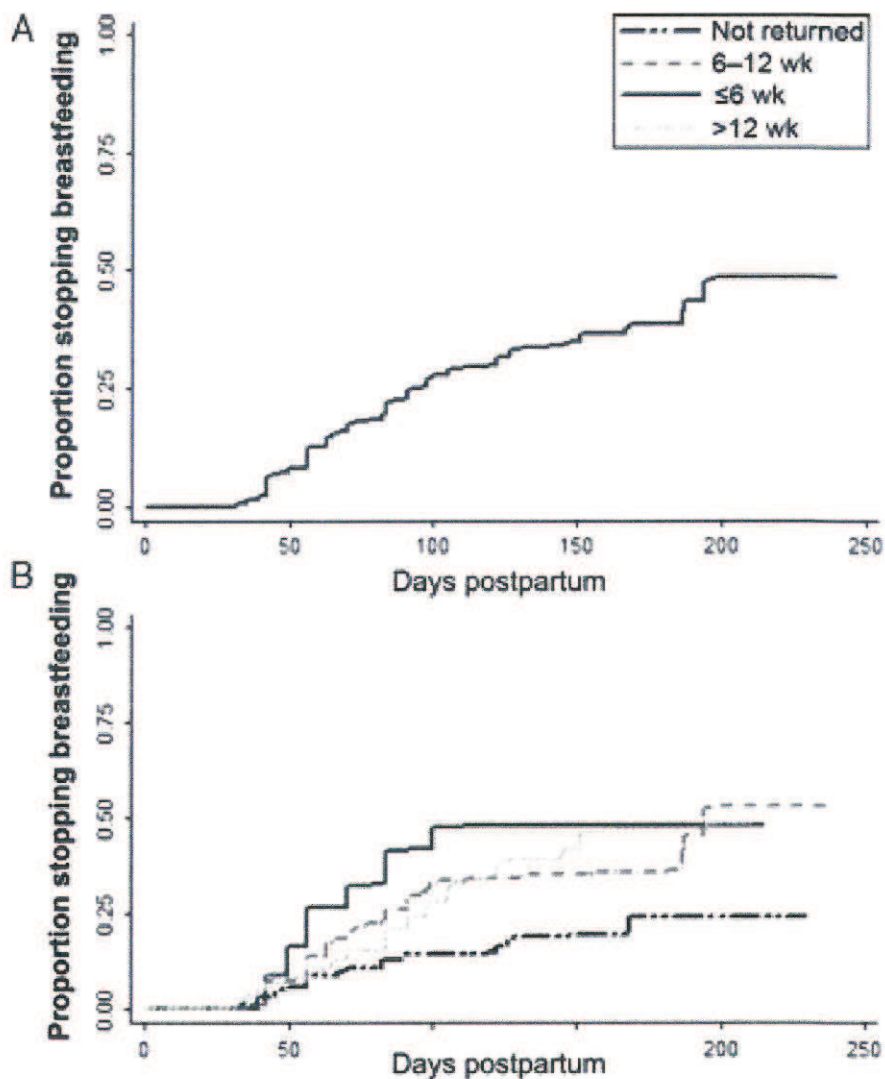


Figure 8. Proportion d'arrêt d'allaitement en fonction du temps. A, tous les participants; B, selon la durée du congé maternité. (24)- S. Guendelman, Pediatrics 2013.

J/ Congé paternité

Le congé de paternité en France dure 11 jours calendaires, c'est-à-dire samedis, dimanches et jours fériés compris en plus des 3 jours légaux de congé de naissance. Il doit débuter dans les quatre mois qui suivent la naissance et il est rémunéré de la même façon que le congé maternité.

Dans une étude prospective suédoise, les enfants dont le père n'avait pas pris de congé paternité durant la première année de vie avaient moins de chance d'être allaités à 2, 4, et 6 mois. (23)

V/ Définition d'un groupe à risque de sevrage prématuré

La connaissance des facteurs influençant la durée d'allaitement permet de définir un groupe à risque de sevrage prématuré qui comprend les femmes enceintes :

- de moins de 25 ans, d'origine caucasienne,
- obèses,
- fumeuses,
- primipares, ou n'ayant jamais allaité,
- de niveau d'étude et statut socioéconomique faible,
- ayant une faible estime d'elles même, ou des antécédents de dépression,
- dont l'entourage est peu présent (mère isolée, immigrante),
- dont la grossesse n'a pas été prévue, ou préparée (opinion vis-à-vis de l'allaitement, participation aux cours de préparation).

Les femmes appartenant à ce groupe à risque doivent avoir un suivi plus rapproché avec une information accrue sur l'allaitement et une réassurance de la part des professionnels de santé.

Moyens testés pour améliorer la durée d'allaitement

La connaissance de certains facteurs influençant la durée d'allaitement a permis d'étudier des moyens pouvant améliorer la durée d'allaitement. De nombreuses études ont ainsi été menées afin d'évaluer l'efficacité de différents moyens pour augmenter la durée d'allaitement.

Nous avons donc sélectionné les études ayant des résultats positifs sur la durée d'allaitement. Il s'agit essentiellement d'actions visant les parents : information prénatale, aide à l'arrêt du tabac, accompagnement post natal, mais également de formations visant les professionnels de santé.

I/ Séance d'information prénatale

Atelier prénatal de deux heures et demie sur l'allaitement (55)

Cent dix femmes enceintes primipares rattachées à un grand hôpital d'Ontario au Canada ont été sélectionnées de manière randomisée.

L'intervention vise à augmenter le sentiment d'auto efficacité maternel afin d'augmenter la durée d'allaitement. Elle a lieu après la 34^{ème} semaine de grossesse.

Elle utilise la théorie de Bandura (1977) qui propose quatre sources influençant le sentiment d'efficacité personnelle :

- La maîtrise personnelle : C'est la principale source, les succès construisent une solide croyance d'efficacité personnelle
- L'apprentissage social : autoévaluation par l'observation des pairs
- La persuasion par autrui : Il est plus facile à quelqu'un de maintenir un sentiment d'efficacité, particulièrement quand il est confronté à des difficultés, si d'autres individus significatifs lui expriment leur confiance dans ses capacités
- L'état physiologique et émotionnel : Les techniques qui permettent de réguler les réactions émotionnelles élèvent les croyances en l'efficacité de gestion du stress, et provoquent les améliorations correspondantes de performance

Ces quatre sources ont été travaillées à l'aide de mannequins, de vidéos et de discussions dans une ambiance agréable. Les ateliers ont tous été coordonnés par la même personne afin de limiter les biais.

Le sentiment d'auto efficacité des mères a été mesuré à l'aide du Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form. (Annexe 7)

Le score moyen d'auto efficacité a augmenté significativement plus chez les mères qui assistaient aux ateliers à 4 semaines post partum. Cet effet est encore détectable à 2 mois mais n'est plus significatif.

Le groupe ayant assisté aux ateliers avait significativement plus de chance d'allaiter exclusivement à 2 mois, OR = 3.2 [1.26, 7.94].

Séance d'information au cours du 7^{ème} mois de grossesse (56)

Une étude comparative réalisée à Toulouse et Carcassonne a évalué l'effet d'une intervention prénatale sur la durée d'allaitement.

Les thèmes abordés durant la séance étaient les bienfaits de l'allaitement, les difficultés éventuelles et leurs solutions ainsi que les idées reçues sur l'allaitement

Chaque réunion animée par une étudiante en DEA de psychopathologie ou en maîtrise de psychologie regroupait 2 à 4 femmes.

Les femmes ayant bénéficié de l'intervention étaient 59% à allaiter à 3 mois contre 37% dans le groupe contrôle

La différence n'était pas significative du fait d'un manque de puissance, mais dans le groupe d'étude 84.6% des femmes étaient primipares alors que dans le groupe contrôle 42.1% seulement étaient primipares. La primiparité étant un facteur de risque d'arrêt précoce de l'allaitement on aurait pu s'attendre à ce que la différence soit moins marquée entre les 2 groupes.

Les difficultés étaient plus fréquentes chez les femmes du groupe contrôle (83.3%) que chez celles ayant bénéficié d'une séance en prénatal (57.1%).

Pour 25% des femmes ayant bénéficié de la réunion, cela les a aidées à confirmer leur choix. Le soutien informatif qui est moins dispensé de nos jours par les générations précédentes (qui ont moins allaité) a permis de conforter les femmes dans leur choix.

45% des femmes ont trouvé les informations concernant les positions d'allaitement utiles, ce sont donc surtout les aspects pratiques de l'allaitement qui sont ressentis comme utiles.

II/ Intervention d'aide à l'arrêt du tabac pendant la grossesse

L'étude a eu lieu à Burlington aux Etats Unis sur 158 femmes enceintes fumeuses. (57)

Les femmes du groupe intervention gagnent des bons d'échange si elles sont abstinentes, l'abstinence est vérifiée par un test respiratoire et urinaire. Dans le groupe contrôle les femmes reçoivent des bons d'échange indépendamment de leur statut fumeur ou abstinente.

La valeur des bons d'échanges était en moyenne de 450\$ par femme (0 à 1180\$).

Dans les 2 groupes les femmes recevaient également les informations habituelles et le suivi nécessaire vis-à-vis du sevrage tabagique.

Ce programme d'incitation est mis en place jusqu'à 12 semaines post partum.

Une différence significative est observée entre les 2 groupes à partir de 8 semaines avec 41% de femmes continuant d'allaiter dans le groupe interventionnel versus 26% dans le groupe contrôle (OR=

2.7, IC 95% = 1.3 – 5.6, $p= 0.01$), et jusqu'à 12 semaines 35% des femmes du groupe interventionnel allaitent versus 17% dans le groupe contrôle OR= 3.4, IC 95% = 1.5 – 7.6, $p= 0.002$). cf Figure 9

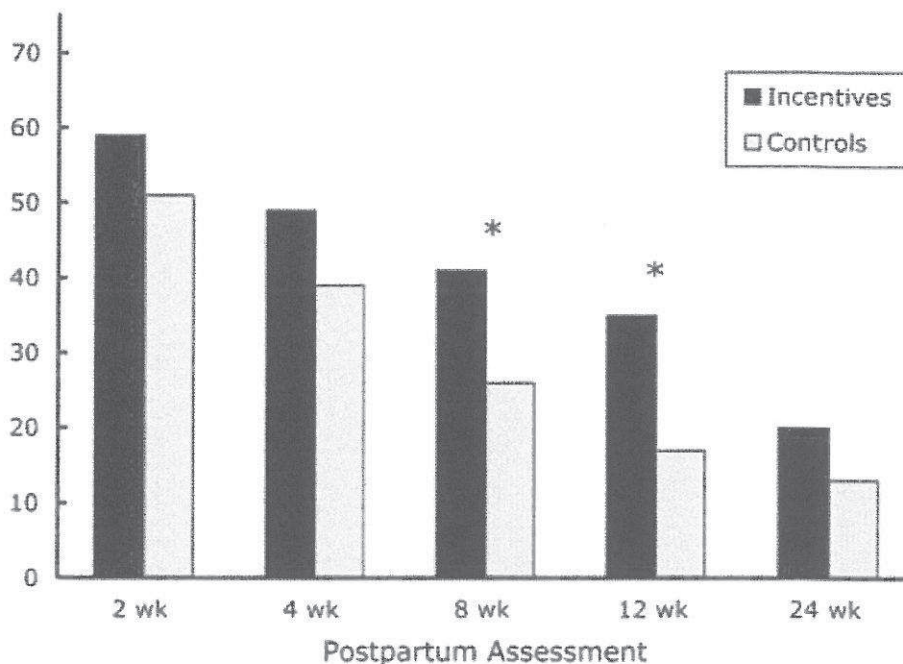


Figure 9 : taux d'allaitement chez les femmes du groupe interventionnel et du groupe contrôle

Une revue de littérature a étudié les résultats de 6 essais contrôlés sur l'efficacité des mesures financières incitatives chez les femmes de milieux sociaux défavorisés par rapport au taux d'abstinence vis-à-vis du tabac en ante partum et post partum. 3 des essais montraient également des résultats significatifs sur la durée d'allaitement. (58)

L'utilisation de mesures financières incitatives, particulièrement dans les populations défavorisées, pourrait donc être envisagée afin de promouvoir l'arrêt du tabac et ainsi augmenter la durée d'allaitement.

III/ Suivi en post partum

Intervention brève de soutien psychologique en postpartum (59)(60)

Une étude comparative réalisée à Toulouse a évalué l'effet d'une intervention de type comportementale et cognitive en postpartum sur le déroulement de l'allaitement.

Le 1^{er} entretien a lieu le lendemain de l'accouchement pour recueillir les données nécessaires à l'étude, identifier les problèmes et y répondre, remettre une feuille d'informations et de contacts.

Le 2^{ème} entretien a lieu juste avant la sortie, il permet de résoudre les éventuels problèmes et rassurer.

Le 3^{ème} entretien est fait par téléphone à 2 semaines postpartum, il a pour but de rassurer la mère, lui rappeler les soutiens disponibles. Si la mère exprime des inquiétudes elle est rappelée une semaine plus tard.

A 6 semaines et 3 mois postpartum un courrier est envoyé afin de connaître le déroulement de l'allaitement et d'évaluer l'EPDS (Edinburgh post partum depression scale).

A 3 mois du postpartum 50% des femmes du groupe traité allaitaient encore contre 9.5% dans le groupe contrôle, la différence est significative.

Les femmes du groupe contrôle ont montré plus de signes de dépression à 3 mois que les femmes du groupe traité (résultat statistiquement significatif)

On peut se demander si l'intervention a un effet direct sur la durée d'allaitement ou par le biais de son action sur les signes de dépression, la dépression étant elle-même un facteur de risque d'arrêt de l'allaitement.

Consultation spécialisée dans les 15 jours du postpartum (61)

Un essai randomisé réalisé à Chambéry montre que la durée médiane d'allaitement augmente de 5 semaines entre le groupe témoin et le groupe ayant bénéficié d'une consultation effectuée par des pédiatres ou des médecins généralistes formés (13 semaines versus 18)

La formation de 5 heures abordait la physiologie de l'allaitement, les positions d'allaitement, la gestion des problèmes fréquemment rencontrés au cours de l'allaitement, les traitements médicamenteux de la mère pendant l'allaitement, ainsi que des sources de soutien pouvant être proposées.

A la 4^{ème} semaine du postpartum, la prévalence de l'allaitement était de 89.3% dans le groupe consultation versus 81,6% dans le groupe témoin, la prévalence de l'allaitement exclusif était de 83.9% dans le groupe consultation versus 71,9% dans le groupe témoin.

Les difficultés étaient plus fréquentes dans le groupe témoin que dans le groupe consultation (73% versus 55%).

Visites post natales par des infirmières puéricultrices (62)

L'étude réalisée au Danemark incluait 1595 mères.

L'intervention avait pour but de renforcer le sentiment d'auto-efficacité maternel et la confiance vis-à-vis de l'allaitement. Elle consistait en 1 à 3 visites à domicile dans les 5 semaines post partum.

Le nombre de visites était adapté aux besoins, les primipares et les multipares avec allaitement précédent court étaient donc plus souvent revues.

Les sujets abordés étaient successivement :

- la technique pour un allaitement efficace, apprendre à connaître le bébé
- autorégulation de l'allaitement, interprétation des signaux de l'enfant
- apport de lait suffisant, interaction avec l'enfant

Les méthodes utilisées étaient la modélisation, entraînements avec pratique guidée, augmentation des connaissances pratiques, identification des situations à risque, planification de mécanismes d'adaptation, mobilisation du soutien social.

Le groupe contrôle recevait une visite ou plus d'une infirmière puéricultrice, selon l'usage habituel au Danemark.

Les mères du groupe interventionnel avaient un taux d'arrêt d'allaitement significativement plus bas que celles du groupe contrôle, HR=0,86 (0,75 ; 0,99). Cette différence était encore plus importante dans le sous-groupe des multipares avec allaitement précédent court.

Le nombre moyen de visites par famille était de 2,5 dans le groupe interventionnel contre 2,1 dans le groupe contrôle.

IV/ Groupes de pairs incluant femmes enceintes ou allaitantes, et soignants

L'étude a eu lieu dans une zone rurale incluant 4 régions du nord de l'Ecosse. (63)

Les objectifs étaient :

- Inviter les femmes enceintes et celles qui allaitent à se rencontrer en groupe ou par deux afin de se soutenir.
- Acquérir des compétences pratiques par le biais d'expériences vécues et de l'observation de l'allaitement.
- S'assurer que le groupe est centré sur les femmes.
- Disposer d'une infirmière puéricultrice ou d'une sage-femme pouvant donner des informations et une aide professionnelle si besoin.

Le recrutement a été effectué par les sages-femmes et les infirmières puéricultrices.

Les différents groupes étaient autorisés à décider seuls de l'organisation (contenu, lieu, horaires...), en fonction des avis des participantes.

La proportion de femmes allaitant (exclusif ou mixte) augmentait dans le groupe post intervention de la naissance à 8 mois, mais la différence était significative de la naissance à 2 semaines uniquement.

La taille et la fréquence de rencontre des groupes étaient variables selon les régions en fonction du taux de naissances, de la prévalence de l'allaitement, de la facilité d'accès, de la disponibilité de l'animateur, et du succès de recrutement.

Les groupes ayant obtenu les meilleurs résultats avaient une médiane plus élevée du nombre de présences par femme enceinte (2 présences versus 1)

Dans le groupe 4, qui n'avait pas obtenu de différence significative, on constate qu'il y avait plus de femmes enceintes que de femmes allaitantes participant au groupe et il n'y avait qu'un animateur qui était sage-femme.

V/ Soutien téléphonique en post partum par des pairs

L'étude a été réalisée au Canada, l'objectif était d'évaluer l'efficacité d'un soutien téléphonique par des pairs sur la durée d'allaitement. (64)

Ce soutien social inclue une aide informative, émotionnelle et une évaluation des attitudes.

Il est prodigué par des volontaires qui ne font pas partie de l'entourage de la femme allaitant.

Ces volontaires doivent avoir une expérience d'allaitement d'au moins 6 mois, une attitude positive vis-à-vis de l'allaitement, et effectué une formation spécifique portant sur les techniques de soutien, d'identification et résolution des problèmes, l'orientation des mères. Un livret résumant les différents points abordés en formation ainsi que les références des services ou orienter est remis aux volontaires.

Une association de volontaires existant depuis 1993 offrant aux mères un soutien pour l'allaitement basé sur la communication téléphonique entre mères, la Halton Breastfeeding Connections, a été invitée à participer à l'étude.

Dans le groupe intervention, les mères étaient significativement plus nombreuses à continuer d'allaiter à 3 mois (81.1% v. 66.9%, $p=0.01$)

La différence était significative également pour l'allaitement exclusif à 3 mois (56.8% v. 40.3%, $p=0.01$)

VI/ Utilisation du porte bébé durant le premier mois

Une étude comparative réalisée en Italie a évalué l'efficacité du contact rapproché mère-enfant dans l'allongement de la durée de l'allaitement maternel. (65)

Des porte bébés ont été distribués aux mères ainsi que des explications sur son utilisation et des informations sur l'allaitement, le groupe contrôle a reçu uniquement des informations sur l'allaitement.

Les mères ont été contactées par téléphone toutes les semaines le premier mois puis tous les mois jusqu'au 5^{ème} mois.

Le porte bébé devait être utilisé au moins une heure par jour.

Les taux d'allaitement étaient significativement plus élevés dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle à 2 mois et à 5 mois alors que les taux d'allaitement à la sortie de maternité étaient similaires dans les deux groupes.

VII/ Séance d'information aux pères à la naissance de l'enfant

Une étude comparative réalisée en Italie a évalué les effets d'une séance d'information prodiguée aux pères. (66)

La séance comportait un tête à tête de 40 minutes sur les difficultés liées à l'allaitement et les moyens de prévention et de traitement, les pères ont été aidés durant cette séance à reconnaître et accepter leur rôle unique et vital dans le succès de l'allaitement.

Un livret contenant les informations importantes abordées durant la séance a été remis aux pères.

La prévalence de l'allaitement exclusif à 6 mois était significativement plus élevée dans le groupe où les pères avaient été informés (25% versus 15%), celle de l'allaitement non exclusif était similaire dans les 2 groupes.

La perception d'un manque de lait était significativement plus fréquente dans le groupe contrôle (27% versus 8.6%), ainsi que la fatigue et l'anxiété (42% versus 20%) et les arrêts d'allaitement suite à des difficultés d'allaitement (18% versus 4%).

Les femmes dans le groupe intervention rapportaient significativement plus avoir reçu du soutien et de l'aide de leur conjoint pour l'alimentation de l'enfant (91% versus 34%).

Le but des séances est surtout d'accompagner les pères dans la reconnaissance de leur rôle dans le succès de l'allaitement, de tester leur capacité à augmenter le sentiment d'auto efficacité de la mère et de la soutenir et l'encourager à continuer l'allaitement même si des difficultés se présentent.

VIII/ Programme d'information visant les professionnels de santé

L'étude est faite en Suède et parue en 2012. (67)

Le programme d'enseignement est composé de lectures « evidence based » suivies de discussions collégiales sur la position des professionnels, les processus de réflexion, et de résolution des problèmes, les compétences pratiques nécessaires au soutien durant l'accouchement et l'allaitement. Il a lieu pendant 7 mois et s'adresse aux sages-femmes et aux infirmières puéricultrices travaillant dans les 5 municipalités attribuées au groupe interventionnel.

Les données sont recueillies avant intervention pour le groupe contrôle A, et après intervention pour le groupe interventionnel et le groupe contrôle B.

Les mères du groupe interventionnel avaient une durée d'allaitement exclusif significativement plus longue : 3.8 mois versus 2.3 mois ($p=0.01$) pour le groupe contrôle A, et versus 2 mois ($p=0.03$) pour le groupe contrôle B.

IX/ Initiative hôpital ami des bébés (IHAB)

A/ Principes

L'IHAB est une démarche destinée aux soignants des maternités, qui permet la mise en place de pratiques hospitalières respectant les besoins et les rythmes des nouveau-nés et favorisant l'accompagnement de l'allaitement maternel.

Elle repose sur un argumentaire scientifique précis et abondant publié par l'OMS. Il s'agit de la stratégie internationale ayant démontré le plus d'efficacité sur le taux d'initiation et la durée de l'allaitement, y compris dans les pays industrialisés.

Les Règles Mondiales représentent le standard de référence pour l'obtention du Label «Ami des Bébé». Elles donnent des critères explicites pour chaque étape ou condition. (cf annexe 8)

Les conditions 1 à 3 constituent les fondations de l'initiative et concernent :

- L'engagement affiché de l'établissement dans la démarche IHAB
- La formation des soignants, composante cruciale de la stratégie
- L'information prénatale

Les conditions 4 à 9 décrivent les règles de bonne pratique de soins (en maternité et en néonatalogie) :

- Peau à peau,
- Première tétée précoce,
- Proximité mère-bébé,
- Accompagnement des mères qu'elles allaitent ou non,
- Observation des tétées et repères de l'allaitement,
- Entretien de la lactation en cas de séparation,
- Indications justifiées des compléments.

La condition 10 vise à assurer le soutien après la sortie : identification et lien avec les soutiens extérieurs

La condition 11 demande de respecter le "Code International de commercialisation des substituts du lait maternel" afin de protéger l'allaitement maternel en assurant une utilisation correcte des préparations pour nourrissons quand elles sont nécessaires, ou bien souhaitées par les parents, grâce à une information adéquate, sans conflits d'intérêts, et grâce à une commercialisation et une distribution appropriées, sans faire de promotion auprès des familles.

Un 12ème critère sur « l'accompagnement des mères pendant le travail et l'accouchement » a été ajouté dans les nouveaux textes internationaux de 2006.

B/ Historique

L'IHAB est mis en place au niveau international en **1992**.

En **2000**, deux équipes, les maternités du CH Lons le Saunier (Jura) et de la Clinique St Jean à Roubaix (Nord) mettent en place les recommandations internationales. Un groupe de travail IHAB constitué au sein de la CoFAM (coordination française pour l'allaitement maternel), organise la première attribution du label en France.

En **2003**, la Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant rappelle l'importance de la mise en place de l'IHAB partout dans le monde (et des autres stratégies OMS/UNICEF) et établit des lignes directrices pour une alimentation adéquate du nourrisson et du jeune enfant.

En **2006**, les documents de 1992 sont révisés en prenant en compte les dernières données scientifiques et l'expérience acquise au niveau mondial. Après utilisation dans plusieurs pays, la version définitive paraît en 2009.

Depuis **2007**, le Comité Français de l'UNICEF soutient officiellement l'IHAB. La Haute Autorité de Santé (HAS) cite le Label IHAB dans les objectifs du chemin clinique sur l'allaitement (Favoriser l'allaitement maternel : Processus et Évaluation, Juin 2006). L'IHAB peut s'intégrer dans la structuration de la démarche de qualité nécessaire lors de la préparation à la certification V2010 de la HAS ; elle entre aussi dans le cadre des Évaluations de Pratiques Professionnelles (EPP). Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2011-2015 souligne l'utilité d'aider les maternités à former leur personnel pour mieux accompagner les parents dans le démarrage de l'allaitement maternel.

C/ Etat des lieux

En France, en **2012**, 18 services sont labellisés "Amis des Bébé" et réalisent environ 23.700 accouchements par an, cependant en 2011, en France, il y avait 535 maternités et 823 000 naissances. Cela représente donc seulement 2,87 % des naissances.

Actuellement, plusieurs services ont déclaré être dans la démarche IHAB, dont des équipes de CHU. Des Régions ont également exprimé le désir d'évoluer vers une Région Amie des Bébé, avec une implication des réseaux de périnatalogie.

Département	Nom de l'établissement	Niveau	Nb d'acc. /an	Année de labellisation
Jura	Pôle Mère-Enfant du Centre Hospitalier de Lons le Saunier	2 B	1400	2000 ; puis revalidé en 2004, 2008

Charente	Maternité du CH de Cognac	1	700	2003 ; puis revalidée en 2007, 2011
Sud Aveyron	Maternité du CH de Saint-Afrique	1	300	2006 ; puis revalidée en 2010
Landes	Maternité du CH de Mont de Marsan	2B	1500	2006 ; puis revalidée en 2010
Gironde	Maternité du CH d'Arcachon	1	950	2007 ; puis revalidée en 2011
Seine	Maternité des Bluets à Paris - 12ème	1	2500	2008
Alsace	Maternité de la Clinique Adassa à Strasbourg	1	1400	2008
Nord	Pôle Mère-Enfant du Centre Hospitalier de Roubaix	2B	2700	2009
Nord	Maternité du CH de Cambrai	1	600	2009
Loire-Atlantique	Maternité du CH d'Ancenis	1	750	2009
Loire-Atlantique	Maternité du CH de Saint-Nazaire	2B	2000	2010
Nord	Pôle Mère-Enfant du Centre Hospitalier de Tourcoing	2A	1800	2010
Nord	Maternité et service de Néonatalogie du Centre Hospitalier de Valenciennes	3	3200	2011
Indre-et-Loire	Maternité du CH du Chinonais à Saint Benoit la Forêt	1	500	2011
Bouches-du-Rhône	Maternité du CH de La Ciotat	1	720	2011
Morbihan	Maternité du CH du Pays de Ploërmel	1	840	2011
Vendée	Maternité du CH Côte de Lumière à Les Sables-d'Olonne	1	700	2011
Ile de la Réunion	Maternité du CH Gabriel Martin	2B	1700	2012

à Saint Paul				
Gironde	Maternité de la Maison de Santé Protestante Bordeaux Bagatelle	1	1700	2012

D'autres pays ont des taux d'implantation beaucoup plus élevés : 83% en Norvège, 63.9% en Suède, 50% au Danemark, 45% en Irlande, 30.8% au Royaume-Uni, 21.5% en Australie, 20% en Belgique.

Il faut toutefois remarquer que des études ont prouvé l'efficacité de l'IHAB sur l'augmentation des taux d'initiation de l'allaitement maternel mais pas sur la durée d'allaitement. Une grande étude prospective menée au Royaume Uni montre qu'il n'y a aucun bénéfice de l'accréditation IHAB sur l'allaitement à un mois après ajustement sur les facteurs sociaux (68).

X/ Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel : rapport du professeur Turck, 2010

Les propositions d'action résultent d'une analyse d'un groupe de travail réunissant des professionnels de santé. (69)

Ces propositions s'inscrivent dans les objectifs spécifiques à l'enfant du Programme National Nutrition Santé (PNNS) et ont été validées par le comité de pilotage du PNNS le 18 décembre 2009.

A/ Organisation au niveau national, régional et local

Ce rapport propose de mettre en place un coordinateur national de l'allaitement ainsi qu'un comité national de l'allaitement intégré à la commission nationale de la naissance, qui pourrait devenir « la commission nationale de la naissance et de l'allaitement ».

Il faudrait également mettre en place un référent pour l'allaitement dans chaque agence régionale de santé, chaque maternité, et chaque unité territoriale de PMI, ainsi qu'un système de surveillance épidémiologique national.

B/ Formation des professionnels

La formation des professionnels de santé doit être améliorée notamment en augmentant le volume horaire consacré à ce sujet dans la formation initiale, et en rendant obligatoire la formation continue sur l'allaitement pour les professionnels directement concernés.

C/ Organisation dans les maternités

Des standards de pratiques optimales (IHAB) doivent être mis en œuvre et intégrés dans les critères d'accréditation des maternités par la Haute autorité de santé.

Afin de valoriser l'organisation et l'initiation de l'allaitement, ces actes pourraient être intégrés à la tarification à l'activité (T2A).

D/ Au sujet du travail

Il est nécessaire d'informer les employeurs publics et privés des avantages, pour eux-mêmes et leurs employées, de la poursuite de l'allaitement après la reprise du travail et de faire respecter les droits des femmes qui allaitent après la reprise du travail.

En effet le Code français du travail, revu en 2007, avec décrets d'application en 2008, comporte plusieurs articles permettant de bénéficier du droit d'allaiter sur le lieu de travail. Les mères qui allaitent doivent pouvoir bénéficier pendant la 1^{ère} année de leur enfant d'une heure de pause non rémunérée par jour, habituellement coupée en 2 demi-heures pour assurer 2 tétées durant la journée, ou tirer leur lait, ou donner à leur enfant le lait qu'elles ont tiré au préalable. Le texte prévoit dans les entreprises de plus de 100 salariées des locaux spécialement adaptés mis à disposition par l'employeur pour cet allaitement.

Le groupe propose également d'allonger la durée du congé de maternité rémunéré dans sa période post-natale de 10 à 14 semaines.

E/ Information et suivi des femmes

L'entretien prénatal individuel du 4^{ème} mois, devrait devenir obligatoire et contenir une partie dédiée aux informations sur l'allaitement.

Il faut également développer l'offre de préparation à la naissance et à la parentalité, et notamment inciter les maternités à proposer des groupes de préparation à l'allaitement.

Le groupe propose de mettre en place pour chaque femme une consultation post natale d'allaitement par un professionnel de santé formé, entre J8 et J15, remboursée à 100%.

Rendre obligatoire dans les structures d'accueil de nourrissons et de jeunes enfants et chez les assistantes maternelles l'application des recommandations de l'Afssa sur le recueil, le transport et la conservation du lait maternel (Cf Annexe 9). En effet un certain nombre de crèches et même de villes refusent que le lait maternel soit amené sur le lieu de garde de l'enfant.

F/ Information de l'entourage et du public

Il est nécessaire de donner des informations et des conseils sur l'allaitement accessibles à l'entourage des femmes qui allaitent notamment le père, acteur de soutien principal, mais également les ascendants, descendants, et assistantes maternelles.

Créer et diffuser des documents d'informations sur l'allaitement clairs, appropriés et cohérents, sous la coordination du CNA, ainsi qu'un site Internet contenant les recommandations nationales, européennes et internationales.

Mettre en place une éducation scolaire primaire et secondaire, et des campagnes de communication sur l'allaitement afin de faire évoluer de manière positive les représentations de l'allaitement et les attitudes à l'égard des femmes allaitantes (allaitement en public).

G/ Le cas des populations défavorisées

Il faut réduire l'isolement des mères et leur donner confiance en elles par le biais des groupes de parole de mère à mère selon le modèle des groupes de pairs « Peer Counselors » développés avec succès dans plus de 30 pays dont le Royaume-Uni, les Etats-Unis, la Nouvelle-Zélande. En France le Programme Relais Allaitement de la Leche League » (PRALLL) crée des lieux d'information et de rencontre pour accueillir ces mères et leurs enfants, des accompagnantes issues du même milieu et parlant le même langage que les jeunes mères peuvent les épauler.

Une aide financière peut consister à prendre en charge à 100% les éventuels coûts inhérents à l'utilisation de tire-lait, dont les consommables.

H/ Le cas des enfants prématurés et de petit poids de naissance

L'alimentation au lait de femme (de la propre mère ou provenant d'un lactarium) a des effets bénéfiques sur la santé de l'enfant prématuré et la relation mère-enfant. Elle est donc recommandée pour l'alimentation des enfants prématurés. Par conséquent Il faut maintenir la proximité mère/enfant,

avec une aide pour le transport et le logement si l'enfant est hospitalisé loin du domicile, et soutenir les lactariums.

Situation dans les pays à fort taux d'allaitement

I/ Application des recommandations IHAB

Les pays nordiques ont des taux d'implantation beaucoup plus élevés : en Norvège 83%, en Suède 63.9%, au Danemark 50%.

La Norvège a été l'un des pays les plus rapides à adopter l'IHAB.

Durant la période 1993-1996, 36 des 56 maternités ont été désignées amies des bébés avec 77% des enfants norvégiens nés dans ces hôpitaux.

En 1999, un coordinateur national pour l'allaitement a été nommé, il est basé à l'université d'Oslo qui est appelé le National Breastfeeding Centre. Il est responsable de l'accréditation de l'IHAB.

Depuis 2005, l'IHAB a été étendue aux services néonataux et aux centres de santé infantile. Actuellement 19 des 21 services néonataux sont désignés amis des bébés. Il y a 1200 centres de santé et durant l'année 2009-2010 les 5 premiers centres ont été accrédités.

En juin 2010, 43 des 53 maternités ont l'accréditation et plus de 90% des bébés sont nés dans ces maternités.

II/ Suivi après la sortie de maternité

Au Danemark, après la sortie de maternité une infirmière puéricultrice fait des visites à domicile durant la première année. Elle peut aussi conseiller des groupes de mères. La première visite est effectuée une semaine après la sortie de maternité. Des rendez-vous pour les visites suivantes sont ensuite définis avec les parents, généralement chaque trimestre pour vérifier le développement de l'enfant. (70)

En Suède, l'infirmière ayant pris en charge l'enfant durant l'hospitalisation assure son suivi depuis la sortie de maternité jusqu'à ses 6 ans.

En France le suivi post natal est prodigué uniquement en cas de besoins particuliers décelés pendant la grossesse ou après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant, en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents. Il est constitué de séances individuelles, au cabinet ou au domicile. Pour chaque naissance, l'infirmière puéricultrice de PMI propose, après concertation, soit une visite à domicile avec rendez-vous fixé, soit elle envoie une mise à disposition, en fonction de critères d'intervention définis : parité (primipare ou grandes multipare), âge de la mère (moins de 18 ans, plus de 40 ans), grossesse multiple, césarienne ou accouchement difficile, pathologie maternelle ou infantile, prématurité, hypotrophie de l'enfant, contexte social (précarité, condition d'hébergement, chômage, famille en situation irrégulière), « familles à risque » : demande intervention service social ou aide sociale à l'enfance, demande intervention équipes médicales (H.A.D.)... (71)

III/ Congé parental/ congé paternité

La plupart des pays de l'Union européenne (UE) accordent un congé de paternité rémunéré, dont la durée varie de deux jours en Grèce ou aux Pays Bas à deux semaines en France et au Danemark.

A/ En Suède

La Suède est la première à se lancer dans l'aventure, et ce dès 1974. Le Premier ministre Olof Palme, impose un congé parental unique à se partager dans le couple. Aujourd'hui, sa durée est de 64 semaines, dont 8 semaines au moins doivent obligatoirement être prises par chacun des parents. Il est bien rémunéré : le père ou la mère touche 80% de son salaire pendant 390 jours (55 semaines).

Grâce à la grande flexibilité du système, l'homme peut prendre jusqu'à 60 semaines pour s'occuper du bébé. Ainsi en 2012, les pères ont pris 24% du congé parental soit environ 15 semaines. (72)

B/ En Norvège

En Norvège, le congé de maternité rémunéré a été introduit en 1956 avec 12 semaines de congé. Le congé parental qui englobe le congé maternité et le congé paternité est actuellement de 49 semaines pleinement rémunérées (ou 59 semaines à 80%). Sur ces 49 semaines, la part minimale du père, qui n'est pas transférable à la mère, est de 14 semaines. La part réservée à la mère est de 9 semaines (3 semaines avant la naissance et 6 semaines après).

La Norvège est le premier pays au monde à avoir instauré un congé de paternité. C'est aussi le pays le plus généreux en ce qui concerne l'octroi du congé de paternité.

Les deux tiers des femmes autorisées au congé parental optent pour le congé le plus long rémunéré à 80%. 3 pères sur 5 prennent 6 semaines ou plus de congé (Statistics Norway 2010).

C/ Au Danemark

Au Danemark, les parents ont droit à un congé parental rémunéré de 52 semaines. 18 semaines sont réservées à la mère (4 semaines avant la naissance et 14 semaines après); le père a le droit à 2 semaines après la naissance; et le temps restant peut être divisé selon les souhaits du couple.

Au total, La France a donc beaucoup de retard en ce qui concerne la durée du congé accordé aux parents à la naissance d'un enfant comme le montre la figure 10.

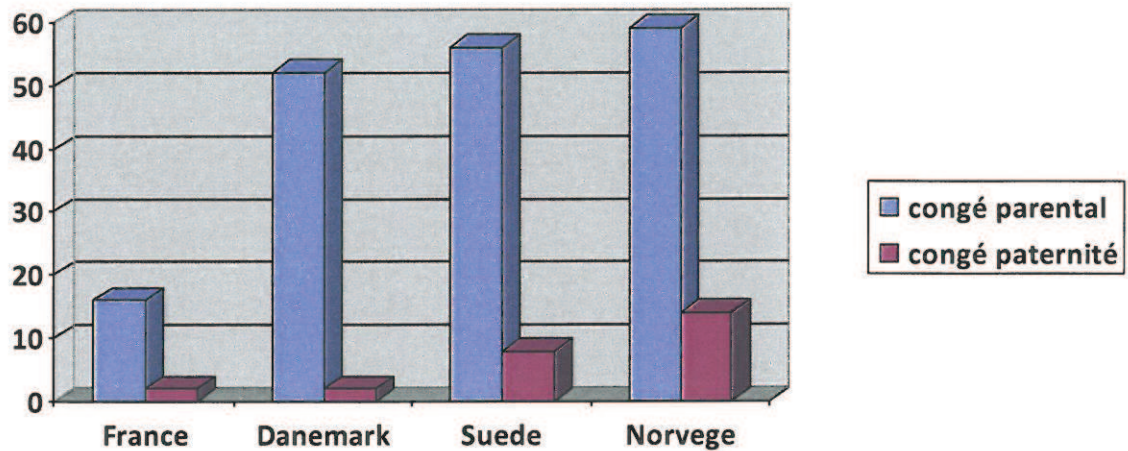


Figure 10 : nombre de semaines de congé parental et de paternité selon le pays

IV/ Culture

Au vu de la politique et des publications sociologiques en France, il apparaît que la société et les normes culturelles ont un large impact sur la pratique de l'allaitement. Les attitudes vis-à-vis de l'allaitement en France sont assez différentes de celles de leurs voisins Européens en dépit de leur système social similaire.

Une étude de cohorte comparative effectuée en 2007 souligne que les motivations à allaiter diffèrent considérablement entre les pays européens. Dans cette étude les femmes françaises considèrent l'utilisation du biberon comme pratique alors que les femmes allemandes trouvent plus pratique l'allaitement maternel. (73)

Il a également été mis en évidence que l'encouragement à allaiter est plutôt rare en France comparé à l'Allemagne. Les deux pays offrent la même durée de congé maternité mais ont des taux d'allaitement différents (France 63%, Allemagne 91%). (74)

Les résultats montrent des divergences importantes sur les représentations de l'alimentation du bébé, notamment au niveau des avantages physiologiques de l'allaitement maternel pour la mère et le bébé, ainsi qu'au niveau des éventuels inconvénients de l'allaitement pour la mère. Ces résultats soulignent des croyances erronées par rapport à l'allaitement, surtout chez les femmes françaises, qui pourraient être à l'origine d'un taux d'allaitement particulièrement bas.

Pour 25 % des Françaises, c'est la crainte d'exclure le père qui les dissuade d'allaiter. Cette crainte repose probablement sur l'idée erronée selon laquelle le seul moment d'échange entre un nouveau-né et son père est le moment du repas. (73)

L'allaitement en public en France est un sujet délicat (perçu comme négatif) et a constitué une barrière à l'initiation et à la continuation de l'allaitement. Pour encourager l'allaitement sans tenir compte du lieu, le gouvernement a l'intention d'utiliser diverses stratégies de communication (i.e. panneaux publicitaires, spots télévisés, etc.) montrant des représentations positives d'allaitement et d'attitudes envers les femmes allaitant. Il y a également l'effort d'éduquer les enfants durant leur cursus secondaire à propos du rôle positif de l'allaitement qui pourrait contribuer à la décision prise par les parents dans le futur.

Dans l'introduction d'un rapport sur l'allaitement en Norvège, l'affirmation suivante a été faite:

“Aujourd'hui il n'y a aucun problème à allaiter n'importe où à n'importe quel moment. Une mère peut subir un regard mauvais de temps en temps, mais les restaurants, les magasins, et même les bureaux gouvernementaux autorisent l'allaitement sans discussion.” (Grovslien & Gronn 2009)

V/ Modes de garde, exemple de la Suède

En Suède les crèches accueillent les enfants uniquement à partir d'un an jusqu'à 6 ans contrairement aux crèches françaises qui accueillent à partir de 2 mois jusqu'à 3 ans. En effet, grâce à la durée du congé parental, les mères suédoises peuvent rester avec leur enfant jusqu'à un an. Cela favorise la proximité mère/enfant nécessaire pour allaiter jusque 6 mois.

Les crèches suédoises n'ouvrent pas plus de 6 heures par jour (11 heures pour les crèches françaises), les mères travaillent donc majoritairement à temps partiel (en général à $\frac{3}{4}$ temps). De plus tous les parents d'un enfant de moins de huit ans ont le droit de réduire leur journée de travail de huit à six heures, sans compensation financière.

Une législation de 1995 garantit aux parents actifs le droit à une place dans le système public de prise en charge pour tout enfant de 1 à 12 ans, dans un délai maximal de 3 à 4 mois. La Suède propose ces services à tous les enfants entre 18 mois et 12 ans dont les parents travaillent ou étudient. Une loi, entrée en vigueur en juillet 2001, oblige les municipalités à offrir au moins 15 heures d'accueil par semaine aux enfants dont un des parents est au chômage. Cette loi a été étendue en 2002 aux enfants dont un des parents est en congé parental avec un enfant plus jeune.

Ainsi en Suède, l'accès à un service d'accueil préscolaire est un droit universel de l'enfant. En 2013, 84,6% des enfants d'âge préscolaire (1-5 ans) sont donc inscrits dans les services d'accueil préscolaires. Par comparaison, en France, d'après les statistiques de l'observatoire national de la petite enfance en 2011, 63% des moins de 3 ans sont gardés par leurs parents, 18% par des assistantes maternelles, 10% par des crèches, et plus de 84% des 2-5 ans sont scolarisés.

Des subventions publiques sont versées pour la garde des enfants, et 45% d'entre eux en bénéficient. La participation des parents, calculée sur leurs revenus, ne couvre que 19% des frais de garde. La politique de la Suède est que toutes les familles qui le désirent puissent bénéficier de subventions publiques pour la garde des enfants (bien que cela ne soit pas encore le cas). On ne peut refuser aux femmes de prendre du temps sur leurs heures de travail pour allaiter. (75)

En cas de maladie d'un enfant de moins de 12 ans, ses parents ont droit à une indemnité parentale maximale de 60 jours par enfant/an. En France chaque parent peut bénéficier d'un congé non rémunéré d'une durée de 3 jours par an, en général, ou 5 jours par an si l'enfant concerné a moins d'un an ou si le salarié assume la charge d'au moins 3 enfants de moins de 16 ans.

La Suède consacre environ 3,1 % du PIB dans les prestations financières pour les enfants et familles. Cela représente une des parts les plus élevées au sein de l'UE (la moyenne de l'UE est 2,2 % du PIB). La France, quant à elle, y consacre 0,5% du PIB.

En plus des prestations parentales, toute une gamme de mesures financières a été introduite afin de réduire le fardeau financier pour les parents qui élèvent des enfants. Ces mesures incluent :

- Des prestations de grossesse payables pendant un maximum de 50 jours, à 80% du revenu le plus récent de la mère pour les femmes enceintes qui ne peuvent pas travailler ;
- Une allocation parentale temporaire payée à 80% des revenus annuels pour un enfant malade de moins de 12 ans;
- Une allocation pour enfant à charge se montant à 1050 couronnes suédoises (environ €122) par mois et par enfant, avec des suppléments pour les familles nombreuses

VI/ Allaitement et travail

Dans tous les pays du Nord, les journées de travail permettent de faire une belle place à la famille. La plupart des entreprises ferment à seize heures, les magasins à 17 heures. A partir du mois de mai les banques et administrations passent aux horaires d'été et ferment à 15h30.

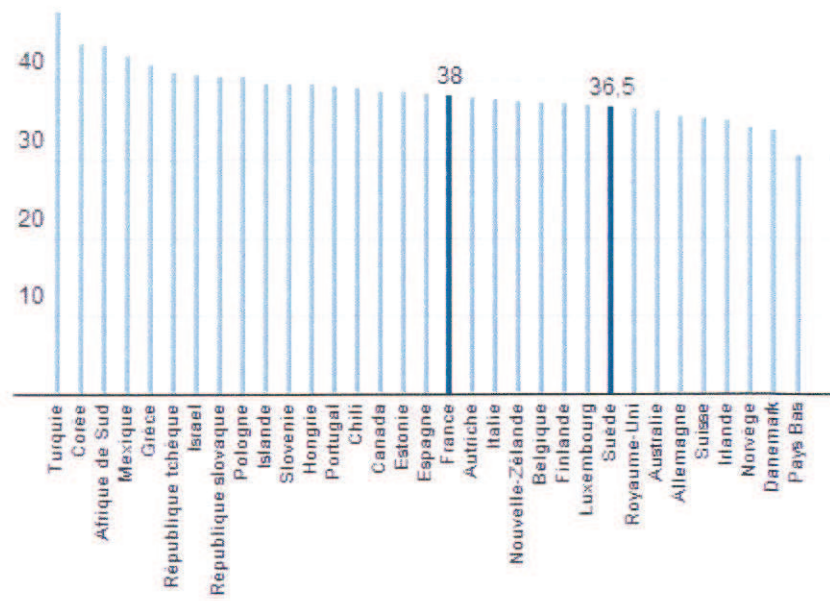
Actuellement, les Suédois travaillent en moyenne 36,5 heures par semaine (d'après les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques : OCDE de 2011). La Suède fait partie des pays de l'OCDE où les semaines de travail sont les plus courtes. Chez nous, malgré le régime officiel des 35 heures, un Français travaille en moyenne 38 heures par semaine.

Au Danemark, on travaille en moyenne 33,7 heures par semaine.

En Norvège, on travaille 33,9 heures par semaine. Ce sont les femmes qui travaillent en dehors du foyer et avec une éducation supérieure qui allaitent le plus et le plus longtemps; 2 heures de réduction horaire rétribuées par jour sont accordées aux femmes qui travaillent.

Nombre d'heures hebdomadaires travaillées

dans les pays de l'OCDE



Conclusion

De nombreuses études ont cherché à mettre en évidence les facteurs influençant la durée d'allaitement.

Il apparaît donc que la majorité de ces facteurs sont liés à la mère, certains étant modifiables, d'autres non modifiables.

La synthèse de ces facteurs maternels non modifiables permet d'établir un groupe de femmes à risque de sevrage prématuré de l'allaitement, vis-à-vis duquel les professionnels de santé doivent être plus vigilants et mettre en place des dispositifs de soutien à l'allaitement.

Les facteurs maternels modifiables ainsi que les facteurs liés à l'entourage et au système de santé sont l'objet de réflexions afin d'améliorer la durée d'allaitement.

Sur le plan médical, un des moyens de progresser serait le développement en France du nombre d'Hôpitaux Amis des Bébé, garants des meilleures conditions de promotion et de mise en place de l'allaitement. Parallèlement, Il faut améliorer la formation initiale et continue des professionnels concernés car ils sont un maillon indispensable au relais qui est à prendre au retour à domicile des mères et de leur enfant.

Sur le plan politique et administratif : la durée du congé maternité doit être augmentée, il faut également permettre aux femmes d'avoir des conditions de travail plus flexibles incluant davantage d'opportunités de travailler à temps partiel, de meilleures conditions au travail pour allaiter, la possibilité de bénéficier de pauses d'allaitement, selon l'exemple de la Suède.

La promotion de l'allaitement doit s'étendre à l'entourage, surtout aux pères qui sont le soutien principal. Il faut aussi agir en amont par des campagnes d'information dans les écoles et des spots publicitaires afin de faire changer les représentations sur l'allaitement et les attitudes à l'égard des femmes allaitantes dans une société où la sous culture du biberon est omniprésente.

Le soutien de l'allaitement par des groupes de parole ou du soutien téléphonique de mère à mère (groupes de pairs) pour informer et renforcer la confiance des mères, est une aide à développer dans les années à venir.

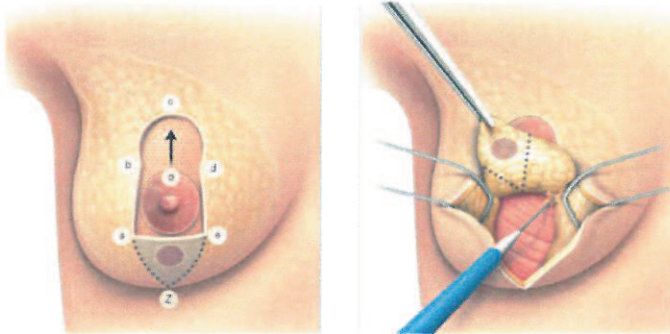
Annexes

Annexe 1 : Techniques chirurgicales de réduction mammaire

A - Techniques à pédicule dermoglandulaire :

1- Pédicule supérieur :

Les mammoplasties à pédicule supérieur sont actuellement parmi les plus utilisées en Europe. La résection cutanéoglandulaire se fait dans la partie inférieure du sein.



2- Pédicule inférieur :

McKissock a décrit une technique de réduction mammaire avec transposition de l'aréole sur un pédicule dermoglandulaire vertical.



*For the Inferior Pedicle
Technique tissue is removed from
the shaded area and the nipple
is moved upward into its
new position.*

3- Pédicules horizontaux :

Strombeck a révolutionné les techniques de réduction mammaire en proposant une technique de transfert de l'aréole sur un lambeau dermoglandulaire horizontal. Il utilise le patron de Wise et excise un cône cutanéoglandulaire susaréolaire permettant la remontée de l'aréole dans son nouveau site. La résection glandulaire se fait ensuite à la partie inférieure du sein jusqu'au plan de l'aponévrose pectorale en maintenant des piliers glandulaires internes et externes.

B - Techniques à pédicule glandulaire :

Les techniques de réduction mammaire basées sur ce type de pédicule sont les plus anciennes. Leur principe est de décoller l'ensemble de la peau mammaire sur la glande qui reste attachée au grand pectoral. Dans la méthode de Biesenberger, la résection se fait dans la partie externe et inférieure. L'enroulement de la glande restante, perfusée par les perforantes de la mammaire interne, donne la forme et le volume du nouveau cône glandulaire.

Annexe 2 : Infant Breastfeeding Assesment Tool

Score	3	2	1	0
Qualité de l'éveil au moment de la tétée	Bien éveillé, prêt à téter	A besoin d'être légèrement stimulé pour commencer à téter	A besoin de stimulations importantes pour se réveiller et commencer à téter	Ne peut pas être réveillé
Recherche du sein	Recherche activement le sein : se redresse, tourne la tête bouche grande ouverte	Besoin d'être stimulé pour chercher le sein	Faible recherche du sein même en étant stimulé	N'essaie pas de prendre le sein
Prise du sein	Commence à téter immédiatement	Commence à téter au bout de 3 à 10 minutes	Commence à téter après >10 minutes	Ne prend pas le sein
Type de succion	Bonne succion sur 1 ou 2 seins	Mouvements de succion alternant avec des pauses, a besoin d'être stimulé	Succin faible, brèves périodes de mouvements de succion avec pauses	Ne tète pas
<hr/>				
Total sur 12				
<hr/>				

Annexe 3 : Echelle d'Edimbourg

QUESTIONNAIRE EPDS D'EVALUATION D'UN ETAT DEPRESSIF

« EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE »

NOM :

PRENOM :

DATE :

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine

(C'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

Voici un exemple :

Je me suis sentie heureuse :

-oui tout le temps

-oui la plupart du temps

-non pas très souvent

-non pas du tout

Cela signifiera « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler ».

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER

1-J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

-Aussi souvent que d'habitude

-Pas tout à fait autant

-Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci

-Absolument pas

2-Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

-Autant que d'habitude

-Plutôt moins que d'habitude

-Vraiment moins que d'habitude

-Pratiquement pas

3-Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal

-Non, pas du tout

-Presque jamais

-Oui, parfois

-Oui, très souvent

4-Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs

-Non, pas du tout

-Presque jamais

-Oui, parfois

-Oui, très souvent

5-Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons

-Oui, vraiment souvent

-Oui, parfois

-Non, pas très souvent

-Non, pas du tout

6-J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

-Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations

-Oui, parfois, je me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude

-Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations

-Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7-Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

-Oui, la plupart du temps

-Oui, parfois

-Pas très souvent

-Non, pas du tout

8-Je me suis sentie triste ou peu heureuse

-Oui, la plupart du temps

-Oui, très souvent

-Pas très souvent

-Non, pas du tout

9-Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

-Oui, la plupart du temps

-Oui, très souvent

-Seulement de temps en temps

-Non, jamais

10-Il m'est arrivé de penser à me faire mal

-Oui, très souvent

-Parfois

-Presque jamais

-Jamais

Les items 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se cotent de 3 à 0.

Les items 1 et 2 se cotent de 0 à 3.

Pour la détermination d'un score-seuil, Nicole Guedeney évalue 3 caractéristiques :

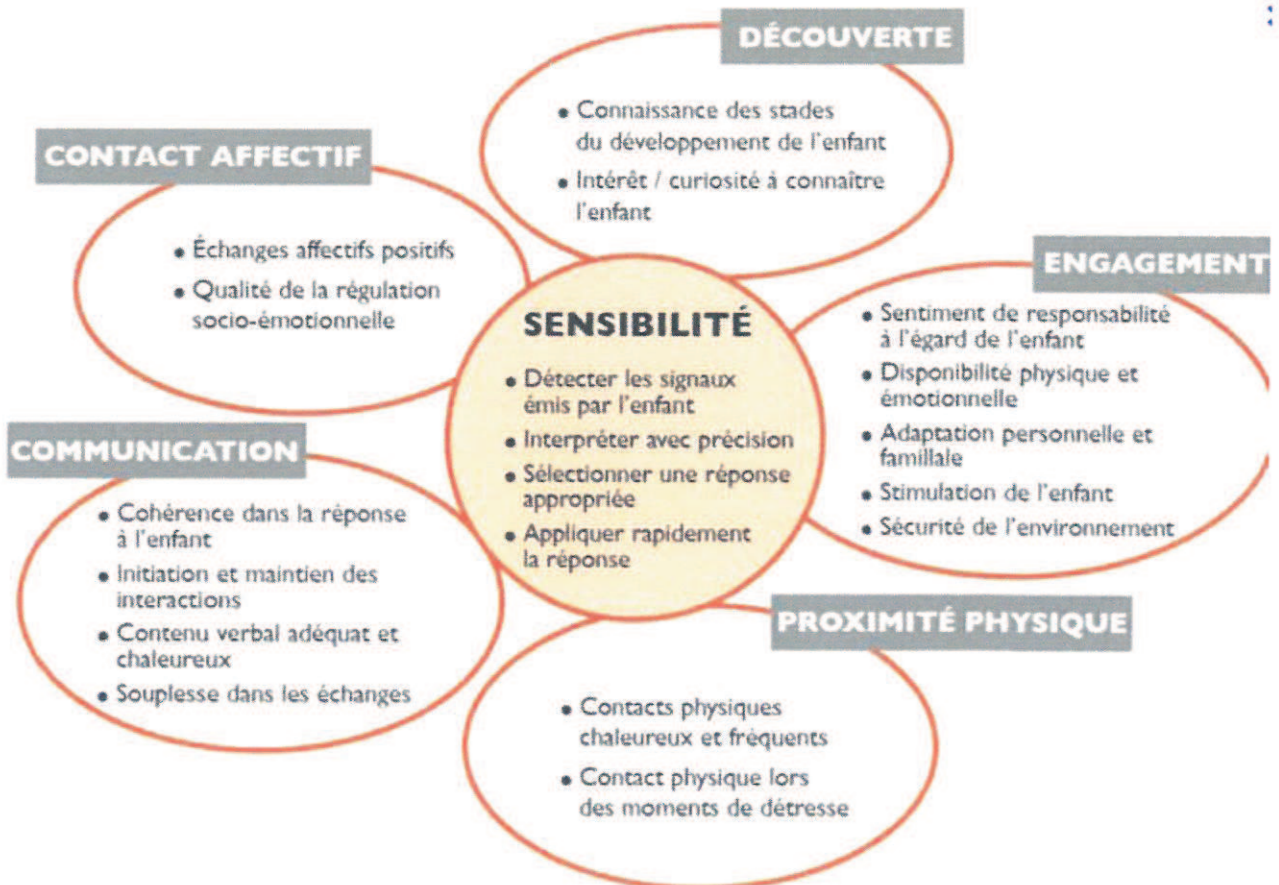
-la sensibilité qui est le reflet de la capacité de l'échelle à repérer les états dépressifs.

-la spécificité qui est la capacité de discrimination des sujets non déprimés.

-la valeur prédictive positive qui prédit, pour un sujet donné, le risque qu'avec un score supérieur à la note-seuil, ce sujet soit déprimé / la valeur prédictive négative qui prédit, pour un sujet donné, le risque qu'avec un score inférieur à la note-seuil, ce sujet ne soit pas déprimé.

L'étude de Nicole Guedeney définit le score-seuil à 11 (pour une logique clinique) avec une sensibilité égale à 0,80, une spécificité égale 0,92, une valeur prédictive positive à 0,92 et une valeur prédictive négative à 0,81. On considère une dépression post-natale avérée quand le score est supérieur ou égal à 11.

Annexe 4 : Echelle de sensibilité maternelle



Annexe 5: Infant Feeding Attitude Scale

- 1- Les bénéfices de l'allaitement durent aussi longtemps que l'enfant est allaité
- 2- L'alimentation artificielle est plus pratique que l'allaitement maternel
- 3- L'allaitement maternel augmente le lien mère-enfant
- 4- Le lait maternel manque de fer
- 5- Les enfants nourris grâce aux préparations artificielles sont plus facilement suralimentés que les enfants allaités
- 6- L'alimentation artificielle est un meilleur choix si la mère prévoit de reprendre son travail
- 7- Les mères qui choisissent l'alimentation artificielle manquent une des plus grandes joies de la maternité
- 8- Les femmes ne devraient pas allaiter dans les lieux publics tels que les restaurants
- 9- Les enfants allaités sont en meilleure santé que les enfants nourris par préparations artificielles
- 10- Les enfants allaités sont plus facilement suralimentés que les enfants nourris grâce aux préparations artificielles
- 11- Le père se sent mis à l'écart si la mère allaite
- 12- Le lait maternel est l'aliment idéal pour les nourrissons
- 13- Le lait maternel est plus facilement digéré que le lait artificiel
- 14- Le lait artificiel est aussi bon pour la santé que le lait maternel
- 15- L'allaitement est plus pratique que l'alimentation artificielle
- 16- Le lait maternel est moins coûteux que l'alimentation artificielle
- 17- Une mère qui boit occasionnellement de l'alcool ne devrait pas allaiter son enfant

Annexe 6: State Trait Anxiety Inventory (STAI)

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1	Je me sens calme.			
2	Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.			
3	Je me sens tendu(e), crispé(e).			
4	Je me sens surmené(e).			
5	Je me sens tranquille, bien dans ma peau.			
6	Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e).			
7	L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.			
8	Je me sens content(e).			
9	Je me sens effrayé(e).			
10	Je me sens à mon aise.			
11	Je sens que j'ai confiance en moi.			
12	Je me sens nerveux (nerveuse), irritable.			
13	J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).			
14	Je me sens indécis(e).			
15	Je suis décontracté(e), détendu(e).			
16	Je suis satisfait(e).			
17	Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).			
18	Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e).			
19	Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e).			
20	Je me sens de bonne humeur, aimable.			

* Spielberger CD, 1983. Traduction française Schweitzer MB et Paulhan I, 1990. D'après Guelfi JD (58)

Annexe 8 : Recommandations IHAB

1.

Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

2.

Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

3.

Informar toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique. Informer de manière spécifique les femmes enceintes présentant une menace d'accouchement prématuré.

4.

Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins 1 heure et encourager celle-ci à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.

Maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet. Ceci inclut la majorité des enfants nés dans un contexte de prématurité modérée, c'est-à-dire nés entre 34 et 37 semaines d'aménorrhée.

5.

Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation si elles se trouvent séparées de leur enfant. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur enfant.

Indiquer aux mères comment mettre en route et entretenir la lactation, alors que leur bébé ne peut pas téter et/ou qu'elles se trouvent séparées de lui.

6.

Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.

Privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire.

7.

Laisser le nouveau-né avec sa mère 24h sur 24.

Favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.

8.

Encourager l'alimentation à la demande de l'enfant.

Observer le comportement de l'enfant. Débuter les tétées au sein dès que l'enfant est stable (Pas de limitation liée au poids ou à l'âge gestationnel). Réfléchir aux stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome.

9.

Éviter l'utilisation des biberons et des sucettes (ou tétines) pour les enfants allaités.

Annexe 8 : Recommandations IHAB

1.

Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

2.

Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

3.

Informar toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique. Informer de manière spécifique les femmes enceintes présentant une menace d'accouchement prématuré.

4.

Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins 1 heure et encourager celle-ci à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.

Maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet. Ceci inclut la majorité des enfants nés dans un contexte de prématurité modérée, c'est-à-dire nés entre 34 et 37 semaines d'aménorrhée.

5.

Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation si elles se trouvent séparées de leur enfant. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur enfant.

Indiquer aux mères comment mettre en route et entretenir la lactation, alors que leur bébé ne peut pas téter et/ou qu'elles se trouvent séparées de lui.

6.

Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.

Privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire.

7.

Laisser le nouveau-né avec sa mère 24h sur 24.

Favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.

8.

Encourager l'alimentation à la demande de l'enfant.

Observer le comportement de l'enfant. Débuter les tétées au sein dès que l'enfant est stable (Pas de limitation liée au poids ou à l'âge gestationnel). Réfléchir aux stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome.

9.

Éviter l'utilisation des biberons et des sucettes (ou tétines) pour les enfants allaités.

Réserver l'usage des sucettes aux situations particulières (suction non nutritive...)

10.

Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés, et leur adresser les mères dès leur sortie. Travailler en réseau.

11.

Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

12.

Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.

Annexe 9 : Recommandations de l'AFSSA pour le recueil, la conservation et le transport du lait de mère au domicile (juillet 2005)

Recueil

- L'allaitement direct au sein doit être privilégié. En cas d'impossibilité d'allaitement direct, 2 méthodes de recueil du lait maternel sont possibles : expression manuelle, ou encore tire-lait manuel ou électrique (chaque marque propose des tire-lait avec biberons adaptés).
- Avant toute manipulation, un lavage soigneux des mains est indispensable. Outre cette étape indispensable, une douche quotidienne avec lavage des seins et des mamelons est recommandée.
- Si le volume souhaité de lait est recueilli en une seule fois, verser le lait recueilli dans le biberon de conservation, fermer le biberon (obturateur et capuchon) et placer le biberon directement dans une enceinte réfrigérée.
- Si le volume souhaité de lait n'est pas recueilli en une seule fois, verser le lait recueilli à chaque extraction dans le biberon de recueil, le refroidir puis verser le lait dans le biberon de conservation, fermer le biberon (obturateur et capuchon) et placer le biberon dans un réfrigérateur tant que le volume souhaité n'est pas atteint.

Conservation

- Avant toute conservation du lait maternel, noter le nom et le prénom de l'enfant, ainsi que la date et l'heure du recueil de lait sur le biberon.- Le lait doit être mis dans un réfrigérateur à une température inférieure ou égale à 4°C immédiatement après recueil et peut y être stocké pendant 48 heures après le recueil.
- En cas de conservation du lait maternel plus de 48 heures, il convient de le congeler. Veiller à ne remplir le biberon qu'aux trois-quarts. Le lait stocké peut être conservé pendant 4 mois au congélateur (-18°C), et ne doit pas être placé dans un freezer (bac à glaçons du réfrigérateur).
- Ne pas dépasser une durée de conservation du lait de femme de plus de 48 heures au réfrigérateur à une température inférieure ou égale à 4°C, et de plus de 4 mois au congélateur à - 18°C.
- Le lait décongelé ne doit pas être recongelé. Il ne faut pas ajouter de lait de femme fraîchement recueilli à un biberon de lait congelé.

Transport

Le lait maternel doit être transporté du domicile au lieu de consommation dans une glacière ou dans un sac isotherme avec pack eutectique (pack de glace, etc.)

Bibliographie

1. EGO ; DUBOS ; DJAVADZADEH-AMINI ; ... Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. Archives de pédiatrie (Paris) 2003, 10, 11 - 18
2. BRANGER ; DINOT-MARIAU ; LEMOINE ; ...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 (Paris) 2012
3. Champier A. Les facteurs influençant la durée d'allaitement maternel et la réussite du projet d'allaitement maternel des femmes, en particulier le rôle des associations de soutien à l'allaitement maternel. Thèse de Médecine Générale, Grenoble, 2005
4. Kristiansen AL, Lande B, Øverby NC, Andersen LF. Factors associated with exclusive breast-feeding and breast-feeding in Norway. Public Health Nutr. 2010
5. Ekström A, Widström AM, Nissen E. Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. J Hum Lact. 2003
6. Tarrant RC, Younger KM, Sheridan-Pereira M, White MJ, Kearney JM The prevalence and determinants of breast-feeding initiation and duration in a sample of women in Ireland.. Public Health Nutr. 2010
7. Scott J-A, Binns C.W, Oddy W.H, Graham K.I. Predictors factors of breastfeeding, evidence from a cohort study. Pediatrics, 2006 ; Vol 117, N°4 ; p 646-655
8. Ban Al-Sahab, Andrea Lanes, Mark Feldman and Hala Tamim. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. BMC Pediatrics 2010, 10:20
9. Ladomenou F, Kafatos A, Galanakis E. Risk factors related to intention to breastfeed, early weaning and suboptimal duration of breastfeeding. Acta Paediatr. 2007 Oct;96(10):1441-4. Epub 2007 Sep 10.
10. Chen PG, Johnson LW, Rosenthal MS. Sources of education about breastfeeding and breast pump use: what effect do they have on breastfeeding duration? An analysis of the Infant Feeding Practices Survey II. Matern Child Health J. 2012 Oct;16(7):1421-30
11. Forster DA, McLachlan HL, Lumley J. Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. Int Breastfeed J. 2006 Oct 12; 1:18.
12. Wojcicki JM. Maternal prepregnancy body mass index and initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. J Womens Health (Larchmt). 2011 Mar; 20(3):341-7.
13. Thibaudeau S, Sinno H, Williams B. The effects of breast reduction on successful breastfeeding: a systematic review. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2010 Oct; 63(10):1688-93.
14. Cruz NI, Korchin L. Breastfeeding after augmentation mammoplasty with saline implants. Ann Plast Surg. 2010 May; 64(5):530-3.

15. SIRET ; CASTEL ; BOILEAU ; ... Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart. *Archives de pédiatrie (Paris)* 2008, 15, 1167 – 1173
16. Kronborg H, Vaeth M. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scand J Public Health.* 2004; 32(3):210-6.
17. Roig AO, Martínez MR, García JC, Hoyos SP, Navidad GL, Alvarez JC, Pujalte Mdel M, De León González RG. Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2010 May-Jun;18(3):373-80.218.
18. Brown A, Raynor P, Lee M Young mothers who choose to breast feed: the importance of being part of a supportive breast-feeding community. *Midwifery.* 2011 Feb; 27(1):53-9.
19. Bouras G, Mexi-Bourna P, Bournas N, Christodoulou C, Daskalaki A, Tasiopoulou I, Poullos A. Mothers' expectations and other factors affecting breastfeeding at six months in Greece. *J Child Health Care.* 2013 May 27
20. Yvonne J. Kelly, Richard G. Watt, James Y. Nazroo Racial/Ethnic Differences in Breastfeeding Initiation and Continuation in the United Kingdom and Comparison With Findings in the United States. Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, United Kingdom
21. Santorelli G, Petherick E, Waiblinger D, Cabieses B, Fairley L. Ethnic differences in the initiation and duration of breast feeding--results from the born in Bradford Birth Cohort Study. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2013 Jul;27(4):388-92
22. Ekström A, Widström AM, Nissen E. Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. *J Hum Lact.* 2003 May; 19(2):172-8.
23. Flacking R, Dykes F, Ewald U. The influence of fathers' socioeconomic status and paternity leave on breastfeeding duration: a population-based cohort study. *Scand J Public Health.* 2010 Jun; 38(4):337-43.
24. Guendelman S1, Kosa JL, Pearl M, Graham S, Goodman J, Kharrazi M. Juggling work and breastfeeding: effects of maternity leave and occupational characteristics. *Pediatrics.* 2009 Jan; 123(1):e38-46.
25. Difrisco E, Goodman KE, Budin WC, Lilienthal MW, Kleinman A, Holmes B. Factors associated with exclusive breastfeeding 2 to 4 weeks following discharge from a large, urban, academic medical center striving for baby-friendly designation. *J Perinat Educ.* 2011 Winter; 20(1):28-35.
26. Nissen E, Uvnäs-Moberg K, Svensson K, Stock S, Widström AM, Winberg J. Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by caesarean section or by the vaginal route. *Early Hum Dev.* 1996 Jul 5; 45(1-2):103-18.
27. Peters E, Wehkamp KH, Felberbaum RE, Krüger D, Linder R. Breastfeeding duration is determined by only a few factors.. *Eur J Public Health.* 2006 Apr;16(2):162-7.

28. Giglia R, Binns CW, Alfonso H. Maternal cigarette smoking and breastfeeding duration. *Acta Paediatr.* 2006 Nov; 95(11):1370-4.
29. Liu J, Rosenberg KD, Sandoval AP. Breastfeeding duration and perinatal cigarette smoking in a population-based cohort. *Am J Public Health.* 2006 Feb; 96(2):309-14.
30. Letson G, Rosenberg K, WU L. Association between smoking during pregnancy and breastfeeding at about 2 weeks of age. *Journal of Human Lactation.* 2002;18(4):368–371
31. Giglia RC, Binns CW, Alfonso HS. Which women stop smoking during pregnancy and the effect on breastfeeding duration. *BMC Public Health.* 2006 Jul 26;6:195.
32. Bahadori B, Riediger ND, Farrell SM, Uitz E, Moghadasian MF Hypothesis: smoking decreases breast feeding duration by suppressing prolactin secretion. *Med Hypotheses.* 2013 Oct; 81(4):582-6.
33. Di Napoli A, Di Lallo D, Pezzotti P, Forastiere F, Porta D. Effects of parental smoking and level of education on initiation and duration of breastfeeding. *Acta Paediatr.* 2006 Jun; 95(6):678-85.
34. O'Brien M.L. & Fallon A.B. The effect of breastfeeding self-efficacy on breastfeeding duration. (2005) *Birth Issues* 14(4), 135–142
35. Blyth R.J., Creedy D.K., Dennis C.L., Moyle W., Pratt J., De Vries S.M. & Healy G.N. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. (2004) *Journal of Human Lactation* 20(1), 30–38
36. Win NN, Binns CW, Zhao Y, Scott JA, Oddy WH. Breastfeeding duration in mothers who express breast milk: a cohort study. *Int Breastfeed J.* 2006 Dec 22; 1:28.
37. BELL ; LACOMBE ; GALLAGHER ; ... Les facteurs impliqués dans l'arrêt précoce de l'allaitement maternel. *Soins. Pédiatrie, puériculture* 2012, 39 - 45
38. WALBURG ; CONQUET ; CALLAHAN ; ... Taux et durée d'allaitement de 126 femmes primipares. *Journal de pédiatrie et de puériculture* 2007, 20, 114 - 117
39. Tarrant RC, Younger KM, Sheridan-Pereira M, Kearney JM. Factors associated with duration of breastfeeding in Ireland: potential areas for improvement. *J Hum Lact.* 2011 Aug; 27(3):262-71.
40. M.-P. Michel, G. Gremmo-Féger, E. Oger, J. Sizun. Étude pilote des difficultés de mise en place de l'allaitement maternel des nouveau-nés à terme, en maternité : incidence et facteurs de risque. *Archives de Pédiatrie, Volume 14, Issue 5, May 2007, Pages 454-460*
41. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med.* 2013 Jul 3:1-10
42. Dunn S et al. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* (2006)

43. Hatton DC, Harrison-Hohner J, Coste S, Dorato V, Curet LB, McCarron DA. Symptoms of postpartum depression and breastfeeding. *J Hum Lact.* 2005 Nov; 21(4):444-9; quiz 450-4.
44. Pippins JR, Brawarsky P, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Haas JS. Association of breastfeeding with maternal depressive symptoms. *J Womens Health (Larchmt).* 2006 Jul-Aug;15(6):754-62
45. Leahy-Warren P, Mulcahy H, Phelan A, Corcoran P. Factors influencing initiation and duration of breast feeding in Ireland. *Midwifery.* 2013 Mar 6.
46. Bertino E, Varalda A, Magnetti F, Di Nicola P, Cester E, Occhi L, Perathoner C, Soldi A, Prandi G. Is breastfeeding duration influenced by maternal attitude and knowledge? A longitudinal study during the first year of life. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012 Oct;25 Suppl 3:32-6.
47. O'Brien M, Buikstra E, Hegney D. The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *J Adv Nurs.* 2008 Aug; 63(4):397-408.
48. Wilhelm SL, Rodehorst TK, Stepan MB, Hertzog M, Berens C. Influence of intention and self-efficacy levels on duration of breastfeeding for midwest rural mothers. *Appl Nurs Res.* 2008 Aug;21(3):123-30.
49. Paul IM, Downs DS, Schaefer EW, Beiler JS, Weisman CS. Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. *Pediatrics.* 2013 Apr;131(4):e1218-24
50. Huang Y, Hauck FR, Signore C, Yu A, Raju TN, Huang TT, Fein SB. Influence of bedsharing activity on breastfeeding duration among US mothers. *JAMA Pediatr.* 2013 Nov; 167(11):1038-44.
51. Blair PS, Heron J, Fleming PJ. Relationship between bed sharing and breastfeeding: longitudinal, population-based analysis. *Pediatrics.* 2010 Nov; 126(5):e1119-26.
52. Waldenström U1, Aarts C. Duration of breastfeeding and breastfeeding problems in relation to length of postpartum stay: a longitudinal cohort study of a national Swedish sample. *Acta Paediatr.* 2004 May; 93(5):669-76.
53. Dremsek PA1, Göpfrich H, Kurz H, Bock W, Benes K, Philipp K, Sacher M. Breast feeding support, incidence of breastfeeding and duration of breast feeding in a Vienna perinatal center. *Wien Med Wochenschr.* 2003; 153(11-12):264-8.
54. Fanello S, Moreau Gout I, Cotinat J-P, Descamps P. Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né, une enquête auprès de 308 femmes. *Arch. De Pédiatrie,* 2003, 10, p 19-24
55. Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B, Bassett V, Woodend AK. Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006 Sep-Oct;35(5):616-24.
56. WALBURG ; PIERRE ; CALLAHAN. Effet d'une intervention prénatale de soutien et d'information sur la durée et le vécu de l'allaitement maternel. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 2006, 16, 103 – 107

57. Stephen T. Higgins, Yukiko Washio, Sarah H. Heil, Laura J. Solomon, Diann E. Gaalema, Tara M. Higgins, and Ira M. Bernstein. Financial Incentives for Smoking Cessation Among Pregnant and Newly Postpartum Women. *Prev Med.* Nov 2012; 55(Suppl): S33–S40.
58. Higgins TM, Higgins ST, Heil SH, Badger GJ, Skelly JM, Bernstein IM, Solomon LJ, Washio Y, Preston AM. Effects of cigarette smoking cessation on breastfeeding duration. *Nicotine Tob Res.* 2010 May;12(5):483-8.
59. CALLAHAN ; DANIEL ; TEISSEYRE. La thérapie comportementale et cognitive appliquée à l'allaitement : Première partie : intérêt et élaboration d'une intervention post-partum. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 2003, 13, 128 - 132
60. CALLAHAN ; DANIEL ; TEISSEYRE. La thérapie comportementale et cognitive appliquée à l'allaitement : Deuxième partie : Résultats préliminaires d'une intervention auprès de femmes qui souhaitent allaiter. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 2003, 13, 133 – 137
61. GELBERT ; AYRAL ; SCHELSTRAETE. Efficacité d'une consultation spécialisée dans les quinze jours du postpartum sur la durée d'allaitement maternel : Allaitement maternel. *Médecine & enfance* 2006, 26
62. Kronborg H, Vaeth M, Kristensen I. The effect of early postpartum home visits by health visitors: a natural experiment. *Public Health Nurs.* 2012 Jul-Aug;29(4):289-301.
63. Hoddinott P, Lee AJ, Pill R. Effectiveness of a breastfeeding peer coaching intervention in rural Scotland. *Birth.* 2006 Mar; 33(1):27-36.
64. Dennis, C. L. , Hodnett , E. , Gallop , R. , & Chalmers , B . (2002). The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: A randomized controlled trial . *Canadian Medical Association Journal* , 166 , 21 - 28 .
65. Pisacane A, Continisio P, Filosa C, Tagliamonte V, Continisio GI. Use of baby carriers to increase breastfeeding duration among term infants: the effects of an educational intervention in Italy. *Acta Paediatr.* 2012 Oct; 101(10):e434-8
66. Maycock B, Binns CW, Dhaliwal S, Tohotoa J, Hauck Y, Burns S, Howat P. Education and support for fathers improves breastfeeding rates: a randomized controlled trial. *J Hum Lact.* 2013 Nov; 29(4):484-90.
67. Ekstrom A, Kylberg E, Nissen E. A Process Oriented Breastfeeding Training Program for Healthcare Professionals to Promote Breastfeeding: An Intervention Study. *Breastfeed Med.* 2012 Vol 7 (2): 85-92.
68. Bartington S, Griffiths Lucy J, Rosemary Tate A, Dezateux C, Are breastfeeding rates higher among mothers delivering in Baby Friendly accredited maternity units in the UK? *Int. J. Epidemiol.* (October 2006)35 (5): 1178-1186.
69. Turck D, Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Arch Pediatr* 2005; 12(Suppl. 3):145–65
70. Health care, pregnancy and birth, <http://denmark.angloinfo.com>

71. Exercice de la profession, Les compétences, Le suivi prénatal et postnatal, <http://ordre-sages-femmes.fr>
72. Health care in Sweden, <http://sweden.se>
73. WALBURG ; GOEHLICH ; CONQUET ; ... Étude comparative de mères françaises et allemandes primipares en matière d'allaitement maternel : motivation, choix et prise de décision. Journal de pédiatrie et de puériculture 2007, 20, 195 – 199
74. Walburg V, Goehlich M, et al. Breastfeeding initiation and duration : comparison of French and German mothers. Midwifery 2010, 26(1), 109-115
75. Morel N. Les services d'accueil préscolaire en Suède: entre dispositif de garde d'enfants et dispositif d'éducation. Nordiques, n°16, printemps-été 2008, pp.27-46

Résumé

L'allaitement maternel a beaucoup d'avantages démontrés en comparaison à l'allaitement artificiel, notamment psychologique, immunologique et économique. Une commission d'experts a passé en revue à la fin des années 1990 les études portant sur la durée optimale d'allaitement exclusif (plus de 3000 références) et a conclu à une durée optimale de 6 mois.

Malgré la progression du pourcentage d'enfants allaités au sein, La durée moyenne d'allaitement en France est d'environ 16 semaines. Ces données soulignent un retard par rapport à d'autres pays. En effet l'allaitement exclusif à l'âge de 4 mois est maintenu dans plus de 65 % des cas en Suède et en Suisse.

De nombreuses études ont cherché à mettre en évidence les facteurs influençant la durée d'allaitement. Il apparait donc que la majorité de ces facteurs sont liés à la mère, certains étant modifiables, d'autres non modifiables.

La synthèse de ces facteurs maternels non modifiables permet d'établir un groupe de femmes à risque de sevrage prématuré de l'allaitement, vis-à-vis duquel les professionnels de santé doivent être plus vigilants et mettre en place des dispositifs de soutien à l'allaitement.

Les facteurs maternels modifiables ainsi que les facteurs liés à l'entourage et au système de santé sont l'objet de réflexions afin d'améliorer la durée d'allaitement.

Sur le plan médical, un des moyens de progresser serait le développement en France du nombre d'Hôpitaux Amis des Bébé, garants des meilleures conditions de promotion et de mise en place de l'allaitement. Parallèlement, Il faut améliorer la formation initiale et continue des professionnels concernés car ils sont un maillon indispensable au relais qui est à prendre au retour à domicile des mères et de leur enfant.

Sur le plan politique et administratif : la durée du congé maternité doit être augmentée, il faut également permettre aux femmes d'avoir des conditions de travail plus flexibles incluant davantage d'opportunités de travailler à temps partiel, de meilleures conditions au travail pour allaiter, la possibilité de bénéficier de pauses d'allaitement, selon l'exemple de la Suède.

La promotion de l'allaitement doit s'étendre à l'entourage, surtout aux pères qui sont le soutien principal. Il faut aussi agir en amont par des campagnes d'information dans les écoles et des spots publicitaires afin de faire changer les représentations sur l'allaitement et les attitudes à l'égard des femmes allaitantes dans une société où la sous culture du biberon est omniprésente.

Le soutien de l'allaitement par des groupes de parole ou du soutien téléphonique de mère à mère (groupes de pairs) pour informer et renforcer la confiance des mères, est une aide à développer dans les années à venir.

Mots clés :

Facteurs, durée d'allaitement, moyens testés, pays nordiques