



HAL
open science

Précarité et allaitement : les déterminants influençant le choix

Coralie Devaux

► **To cite this version:**

Coralie Devaux. Précarité et allaitement : les déterminants influençant le choix. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01076586

HAL Id: dumas-01076586

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01076586>

Submitted on 22 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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

ECOLE DE SAGES-FEMMES

PRECARITE ET ALLAITEMENT :
Les déterminants influençant le choix

Mémoire de fin d'études présenté par

DEVAUX Coralie

Née le 24 Janvier 1990

Sous la direction de Mme PICARD Anita, sage-femme

Première année du premier cycle des études médicales 2008/2010

PROMOTION Ecole de sages-femmes 2010/2014

REMERCIEMENTS

Je voulais tout d'abord remercier les personnes qui me sont les plus chères à savoir mes parents ainsi que mes sœurs de m'avoir soutenue dans les moments difficiles, d'avoir cru en moi et de m'avoir donnée de si bons conseils. Je n'en serais certainement pas là sans vous.

Je voulais également remercier Mme Picard, directrice de ce mémoire, d'avoir été aussi impliquée et de m'avoir accordée du temps malgré la charge de travail qu'elle avait à la PMI.

Je n'oublierais pas Mme Barandon qui a toujours été présente, qui m'a réconfortée lors de mes coups de blues et qui m'a soutenue et aidée pour la réalisation de ce mémoire.

Et bien sûr merci à Mathilde, Julie, Jessica, Camille, Sophie, Maria et Audrey mes amies les plus proches et à Romain sans qui ces 4 dernières années n'auraient pas été ce qu'elles sont. Merci d'avoir été là. Je ne vous oublierai jamais...

LISTE DES ABREVIATIONS

AA : Allaitement Artificiel

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AM : Allaitement Maternel

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CMU/ CMU-C: Couverture Maladie Universelle/ Complémentaire

CoFAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel

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

ENP : Enquête nationale périnatale

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les Centres d'Examens de Santé

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébé

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PNNS2 : Deuxième Programme National Nutrition et Santé

PRALLL : Programme Relais Allaitement de la Leche League

PRENAP : Projet Régional Expérimental Nutrition et Allaitement chez les femmes Précaires

RSA : Revenu de Solidarité Active

UNICEF : The United Nations Children's Fund

SOMMAIRE

Introduction.....	7
Première partie.....	9
1. La précarité.....	9
1.1 Définition.....	9
1.2 Etat des lieux.....	9
1.3 Mesure de la précarité, identification des populations précaires.....	11
2. Précarité et issues périnatales.....	13
3. L'allaitement maternel.....	14
3.1 Définition.....	14
3.2 Quelques chiffres.....	15
3.3 Promotion de l'allaitement maternel.....	16
3.4 Les facteurs influençant le choix.....	17
4. Précarité et allaitement maternel.....	17
4.1 Le constat.....	17
4.2 Promotion et soutien de l'allaitement maternel auprès des personnes en situation de précarité.....	18
5. Intérêt de la promotion et du soutien de l'allaitement maternel.....	20
5.1 Bénéfices de l'allaitement maternel pour la santé.....	20
5.2 Lien mère-enfant.....	21
Deuxième partie : Matériel et méthode.....	22
1. Type d'étude.....	22
2. Objectifs de l'étude.....	22
2.1 Objectif principal.....	22
2.2 Objectif secondaire.....	22
3. Population de l'étude.....	22
3.1 Critères d'inclusion.....	22
3.2 Critères d'exclusion.....	23
4. Méthode.....	23
4.1 Outils et recueil de données.....	23

4.2	Identification des groupes d'inclusion.....	24
4.3	Contenu du questionnaire	25
4.4	Analyse des résultats.....	25
Troisième partie : Résultats		27
1.	Description de la population de l'étude.....	27
1.1	Caractéristiques socio-démographiques	27
1.2	Activité professionnelle	29
1.3	Ressources du ménage et couverture sociale.....	30
1.4	Qualité de vie	32
1.5	Suivi de grossesse	32
2.	Description des femmes en situation précaire selon le mode d'alimentation	34
2.1	Caractéristiques socio-démographiques	35
2.2	Activité professionnelle	37
2.3	Ressources du ménage et couverture sociale.....	37
2.4	Qualité de vie	38
2.5	Suivi de grossesse	39
2.6	Informations reçues sur l'allaitement maternel.....	41
2.7	Représentation maternelle de l'allaitement maternel.....	42
2.8	Expérience maternelle.....	43
2.9	Place de l'entourage.....	44
3.	Comparaison « Précaires »/ « Non précaires » qui allaitent.....	47
3.1	Suivi de grossesse (Annexe 3 tableau 1).....	47
3.2	Informations reçues sur l'allaitement maternel (Annexe 3 tableau 2).....	48
3.3	Représentation maternelle de l'allaitement.....	49
3.4	Raisons du choix d'allaiter	49
3.5	Expérience maternelle (Annexe 3 tableau 3).....	50
3.6	Place de l'entourage.....	51
4.	Comparaison « Précaires »/ « Non précaires » non allaitantes.....	52
4.1	Qualité de vie (Annexe 4 tableau 1)	52
4.2	Suivi de grossesse (Annexe 4 tableau 2).....	52
4.3	Informations reçues sur l'allaitement maternel (Annexe 4 tableau 3).....	53
4.4	Représentation maternelle de l'allaitement.....	53

4.5	Raisons du choix de ne pas allaiter	53
4.6	Expérience maternelle (Annexe 4 tableau 4)	54
4.7	Place de l'entourage	54
5.	Evaluation du taux d'allaitement maternel	55
Quatrième partie : Discussion		56
1.	Analyse des résultats	56
1.1	Caractéristiques de la population étudiée	56
1.2	Suivi de grossesse	59
1.3	Cours de préparation à la naissance et à la parentalité.....	59
1.4	Entretien prénatal précoce (EPP)	60
1.5	Informations reçues sur l'allaitement maternel.....	60
1.6	Représentation de l'allaitement maternel.....	61
1.7	Les raisons du choix	62
1.8	Expérience maternelle.....	63
1.9	Entourage familial et amical	64
1.10	Evaluation du taux d'allaitement maternel	66
2.	Limites de notre étude	67
3.	Propositions	68
Cinquième partie : Conclusion		71
Bibliographie		72
Annexes		77
Annexe 1 : Le score EPICES		77
Annexe 2 : Questionnaire distribué aux patientes		78
Annexe 3 : Comparaison « précaires »/ « non précaires » allaitantes		87
Annexe 4 : Comparaison « précaires »/ « non précaires » non allaitantes		91

Introduction

La problématique de la précarité et sa progression dans la société française et plus particulièrement dans la population féminine en fait un sujet d'actualité. En effet, selon le rapport gouvernemental sur la pauvreté en France de décembre 2012, en 2010, 14.1% de la population vivait sous le seuil de pauvreté (60% du niveau de vie médian de la population soit 964€ mensuels); ce chiffre était de 13.5% en 2009 dont 4.4 millions de femmes (1).

Nous verrons que cette précarité touche également les femmes enceintes et les jeunes mères, ce qui en fait un public particulièrement vulnérable.

Il nous a semblé intéressant d'étudier le lien entre « précarité » et « allaitement maternel ». En effet il a été constaté que le taux d'allaitement maternel est plus bas chez les femmes en situation de précarité. Le Professeur Turck écrit en 2010 dans le rapport « Plan d'action : allaitement maternel » rédigé à l'occasion du deuxième Programme National Nutrition et Santé (PNNS2) : « *l'allaitement maternel ne convainc pas les femmes en situation de précarité, souvent très jeunes, isolées, peu diplômées et sans emploi* » (2). Ce constat est fait également au niveau mondial (Irlande, Etats-Unis ou Royaume-Uni) (3–6).

Selon les recommandations de santé et plus particulièrement celles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le lait maternel, de par sa composition, est l'aliment idéal pour favoriser le développement et la croissance des nouveau-nés et nourrissons (7).

De plus, choisir de nourrir son bébé avec un substitut de lait maternel a un coût non négligeable. En effet, évalué à partir des prix relevés en 2003, six mois d'allaitement artificiel nécessitent une dépense minimale de 438 à 517 euros en lait et accessoires (8). Une autre étude réalisée en 1997 évaluait le coût semestriel de l'allaitement artificiel à 650 euros (coût du lait, équipement et consommables compris) contre 137.5 euros pour l'allaitement maternel ce qui représentait pour une femme seule bénéficiaire du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) une part de 14.2% du revenu familial contre 3% pour

l'allaitement maternel (9). Le lait maternel étant gratuit, le coût des substituts de lait n'est pas un bon argument pour ces femmes en situation de précarité.

L'allaitement artificiel a également un coût pour la santé du fait de l'augmentation de la morbidité infantile liée à sa pratique (augmentation des infections respiratoires, digestives...) (8).

De ces évidences, on peut dégager plusieurs pistes de réflexion : pourquoi les femmes en situations de précarité allaitent moins ? Quels sont les déterminants qui influencent le choix du mode d'alimentation chez ces femmes ?

Apporter un éclairage sur ces problématiques nous permettra de mieux comprendre les raisons et les mécanismes sous-jacents au choix d'allaiter ou non. Nous pourrions ainsi proposer un meilleur accompagnement à ces femmes afin de leur permettre de choisir en toute connaissance de cause le mode d'alimentation de leur bébé.

La sage-femme possède un rôle prépondérant car c'est un acteur phare pendant et après la grossesse, lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ou lors de l'accouchement. Toutes ces périodes représentent des moments privilégiés où le thème de l'allaitement peut être abordé.

Première partie

1. La précarité

1.1 Définition

Devant la multiplicité des définitions du terme « précarité », nous avons retenu celle qui nous semble être la plus complète. Cette définition est celle donnée par Joseph Wresinski, fondateur d'ATD Quart Monde, en 1987 à l'occasion du Conseil économique et social français : « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux* » (10).

La précarité a donc un caractère multidimensionnel (économique, social ou affectif). Elle peut se manifester dans plusieurs domaines tels que l'emploi, la santé, le logement, les diplômes, la protection sociale, la famille ou les loisirs (11,12). Selon le Haut Comité de la Santé Publique : « *la précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale* » (11). Il faut entendre le terme de précarité au sens d'une dynamique s'inscrivant dans un parcours de vie et aboutissant à une « précarisation » de ce parcours. Il est donc difficile d'appréhender les personnes concernées par cette situation.

On s'est également intéressé au terme « pauvre » (qui manque de, de peu de valeur, de peu d'importance; insignifiant, faible) car les liens entre précarité et pauvreté restent très étroits et ces deux termes sont souvent employés indifféremment « *sans doute parce que dans leur parcours de vie, les précaires sont aussi ceux qui sont pauvres* » (13).

1.2 Etat des lieux

1.2.1 Femmes et précarité

En France, en 2010, 4.7 millions de femmes vivaient sous le seuil de pauvreté estimé à 60% du revenu médian soit 964 euros mensuels pour une personne seule soit une augmentation de 300000 femmes en seulement un an (1).

Outre cet indicateur, plusieurs spécificités de la condition féminine en France accentuent la précarisation de ces femmes telles que les situations familiales fragilisantes ou la situation sur le marché du travail.

En effet, selon la délégation aux droits des femmes et à l'égalité (14), 70% des « travailleurs pauvres » sont des femmes et le risque de précarisation est aggravé par les familles monoparentales dont 33% ont un revenu inférieur au seuil de pauvreté. Les familles monoparentales sont dans 9 cas sur 10 des femmes ayant la charge principale de leur(s) enfant(s) et 52% des enfants en situation précaire sont membres d'une famille monoparentale. De nombreuses femmes seules et enceintes font appel au PHPR (Pôle d'Hébergement et de Réservation Hôtelière) du 115. Elles représentaient 6% des femmes hébergées en 2008 (15)

De plus, d'après l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), en 2012, en France, le chômage touchait 9.9% de la population soit 10.1% des femmes contre 9.8% des hommes (16). Or, dans la majorité des autres pays européens le taux de chômage chez les femmes était moins élevé que chez les hommes ; par exemple en Finlande, 7.8% de chômage soit 8.5% chez les hommes et 7.1% chez les femmes (16).

Cet état des lieux nous interroge sur la place de la femme dans notre société actuelle. Depuis longtemps le rapport inégalitaire homme/femme a été conforté par la place de la femme dans le monde du travail (inégalités de salaire à diplôme égal, contrats précaires dans le secteur des services). Il en va de même pour la possibilité de prendre un congé parental pour le père avec l'idée trop souvent admise que l'éducation des enfants est réservée à la femme (17).

1.2.2 Grossesse et précarité

La précarité n'épargne pas les femmes enceintes. B. Blondel écrit « *les conditions de vie des femmes pendant une grossesse sont en grande partie le reflet de la situation dans la population générale* » (18).

L'enquête nationale périnatale (ENP) de 2010 souligne l'état de précarité des femmes enceintes et son évolution : 7.2% des femmes n'avaient pas de logement personnel au troisième trimestre de la grossesse (5.4% en 1995), 12.1% des femmes étaient au chômage (10% en 2003) et 1% n'avaient pas de couverture sociale en début de grossesse (2.7% en 2003) (19). De 1995 à 2010 leur situation financière a semblé s'être détériorée.

De 2003 à 2010, la proportion de ménages ayant reçu des aides publiques comme le revenu de solidarité active (RSA) est passée de 18.7 à 22,9% et le pourcentage de femmes enceintes renonçant à consulter (soins dentaires compris) ou à faire des examens pour raison financière est passé de 2.3% en 2003 à 4.4% en 2010 (19).

Cette situation de précarité vécue par les mères impactera également leurs enfants.

1.3 Mesure de la précarité, identification des populations précaires

Nous avons choisi d'étudier deux moyens nous permettant d'identifier les personnes en situation de précarité.

1.3.1 Le score individuel de précarité : score EPICES (Annexe 1)

Le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les Centres d'Examens de Santé) est le score individuel de mesure de la précarité ou de fragilité sociale. Celui-ci a été élaboré en 1998 par des membres de centres d'examens de santé, du Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (Cetaf) et de l'Ecole de santé publique de Nancy (20).

Ce score prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité allant au-delà des indicateurs socio-administratifs couramment utilisés comme les personnes au chômage, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU)... Il se compose de 11 questions binaires avec des coefficients associés selon les réponses données. Un score par individu est donc calculé, permettant de mesurer le niveau de précarité de l'individu variant de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximale). Le seuil de précarité étant fixé à 30.17 (20).

Une étude comparant le score EPICES à la définition socio-administrative de la précarité (article 2 de l'arrêté ministériel du 20 juillet 1992) définissant comme critères socio-administratifs de repérage des personnes en situation de précarité : « *les personnes au chômage, bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (RMI), jeunes de 16 à 25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans un processus d'insertion professionnelle. Ont été rajoutées en 1998 les personnes en contrat emploi solidarité et celles sans domicile fixe et, en 2000, les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU/CMU-C)* » montre

que « *le score EPICES est plus fortement associé aux indicateurs de mode de vie et de santé que la définition administrative de la précarité* ». En effet, certains individus sont repérés comme « précaire » par ce score alors qu'ils ne le sont pas par les critères socio-administratifs de la définition ci-dessus (21).

1.3.2 Codage de la précarité : étude ATIH de 2008

Sous l'égide de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), du ministère en charge de la Santé et de la mission T2A, une étude sur la précarité dans les établissements de santé a été confiée à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) (22).

Cette étude, réalisée de novembre à décembre 2008, avait pour but de recueillir des éléments permettant de coder la précarité sous la forme de codes CIM 10 déjà existants pour toutes les administrations en hospitalisation complète en médecine, chirurgie et obstétrique. Tous les établissements participant à l'Etude Nationale de Coûts à méthodologie Commune (ENCC) étaient sollicités. Ce recueil permettrait de compléter le recueil du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) de l'ENCC.

Parmi ces codes CIM 10 existent des codes Z regroupés dans « Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psycho-sociales » (Z50-Z65). Ainsi, 11 indicateurs ou codes marqueurs de précarité ont été retenus et classés en quatre catégories : relations sociales, qualité du logement, niveau de revenu et accès aux droits.

Pour avoir accès à certaines données il fallait recourir aux dossiers administratifs et sociaux et faire appel à d'autres acteurs (assistante sociale et personnel administratif). Un questionnaire de 11 questions binaires a donc été élaboré facilitant le recueil des données et le codage de la précarité.

La finalité de cette étude étant de repérer les personnes en situation de précarité dès leur admission et ainsi leur apporter une prise en charge adaptée pour réduire les inégalités sociales de santé.

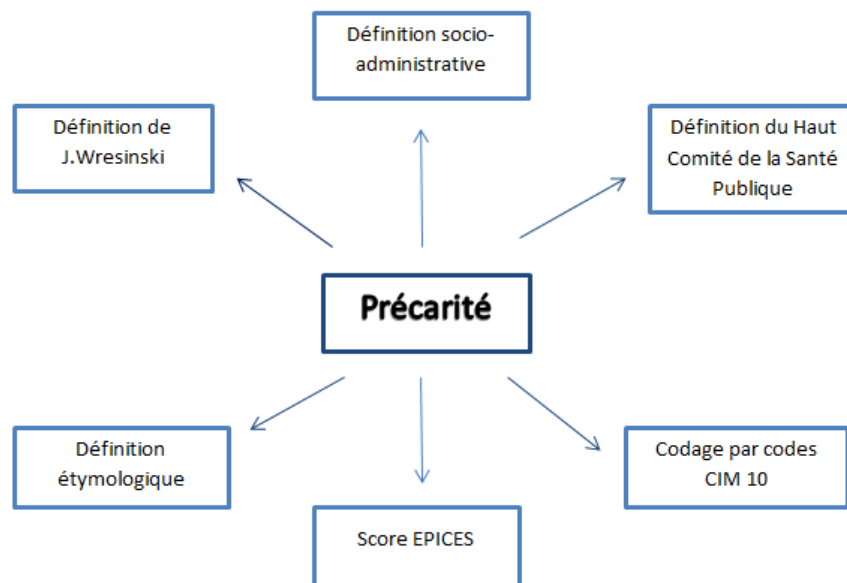


Figure 1 : schéma récapitulatif de la définition de la précarité

2. Précarité et issues périnatales

Les disparités sociales sont des facteurs pronostiques de la prématurité, de l'hypotrophie mais aussi du retard de croissance intra-utérin. Ce fait est observé depuis de nombreuses années déjà au cours de différentes études. Il a donc été fait état d'un gradient social de prématurité et d'hypotrophie en fonction du niveau d'études de la mère, de sa catégorie socio-professionnelle ou par le revenu (23) (24).

L'enquête nationale périnatale de 2003 a utilisé la variable « profession et catégorie sociale de la mère » pour appréhender ces disparités sociales de santé.

Concernant la prématurité, son taux est plus faible pour les nouveau-nés de mères appartenant aux catégories de cadres et professions intermédiaires (3.9%) que pour ceux de mères sans profession, ouvrières non qualifiées et salariées des services aux particuliers (8%) (24).

Concernant l'hypotrophie, le constat est similaire à celui fait ci-dessus « *les écarts étant même un peu plus importants* ». Les taux les plus faibles sont retrouvés chez les nouveau-nés de mère cadre (24).

L'enquête nationale périnatale de 2010 a mis en rapport les ressources des femmes et les taux de prématurité et d'hypotrophie. Ainsi on constate que le taux de prématurité chez les femmes ne possédant aucune ressource ou ayant des ressources provenant d'aides publiques était de 8.5% contre 6.3% chez celles ayant des ressources issues de l'activité professionnelle (19). Les taux d'hypotrophie étaient respectivement de 9.6% et 5.9% dans ces deux groupes (19).

Les deux enquêtes ont donc fait le même constat : les femmes en situation précaire ont plus souvent une issue défavorable de la grossesse pouvant être expliquée en partie par un suivi périnatal insuffisant plus fréquent (moins de 7 consultations) (19,23).

De plus on rencontre chez les femmes en situation de précarité une majoration des complications pendant la grossesse (infections urinaires, génitales, anémie ou autre), dans le post-partum (25).

De ce fait, on retrouve également un taux d'hospitalisation plus élevé (25.2% vs 17.9% pour les femmes « non précaires ») et une durée moyenne de séjour plus longue chez les femmes en situation de précarité (23).

De plus, à l'augmentation de la fragilité émotionnelle de la femme engendrée par la grossesse se rajoute celle engendrée par cette situation de précarité. Cela peut entraîner « *des troubles psychologiques plus ou moins importants, allant jusqu'aux épisodes psychiatriques et pouvant compromettre le développement du bébé et plus largement celui de la relation mère-enfant* » (15).

La précarité constitue donc un facteur de risque médical périnatal nécessitant un dépistage précoce permettant ainsi d'organiser une prise en charge adaptée afin de réduire ces inégalités sociales de santé représentant une priorité de santé publique (25).

3. L'allaitement maternel

3.1 Définition

D'après l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), remplacée en 2005 par la Haute Autorité de Santé (HAS), s'appuyant sur les travaux de l'OMS et de l'Inter Agency Group for Action on Breastfeeding (IGAB), le terme

« allaitement maternel » (AM) fait référence à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère (26).

On parle d'« allaitement maternel exclusif » lorsque l'enfant est nourri uniquement par le lait maternel excluant tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau (les vitamines et sels minéraux ne sont pas pris en compte) et d'« allaitement maternel mixte » lorsque le nouveau-né ou nourrisson est nourri par le lait maternel et par des substituts du lait maternel (26). Malheureusement, peu d'études utilisent de façon stricte la définition de l'OMS sur l'allaitement maternel exclusif.

On oppose au terme « allaitement maternel » celui d'« allaitement artificiel » (AA) ou d'alimentation artificielle réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par des substituts du lait maternel.

3.2 Quelques chiffres

L'allaitement maternel, son soutien et sa promotion sont des enjeux de santé publique au niveau de la France mais également au niveau mondial.

En France, le taux d'allaitement maternel est en progression. En effet, il était de 62.3% en 2003, de 68.7% en 2010 et de 69% en 2012 avec un taux d'allaitement maternel exclusif à 55.4% en 2003 et d'environ 60% en 2010 et 2012 (19,23,24,27). Mais ces chiffres sont loin de l'objectif fixé par le PNNS2 à 70% d'allaitement maternel exclusif en 2010 (28). A 1 mois seuls 35.4% des nourrissons étaient toujours allaités de façon exclusive (27).

Malgré sa progression, ce taux reste insuffisant comparé aux autres pays européens. En effet, la grande majorité affiche un taux d'allaitement maternel à la naissance supérieur à celui de la France. En 2003, quatorze pays dont la Norvège avec près de 100% d'allaitement maternel, le Danemark, l'Allemagne ou la Suède avaient un taux supérieur à 90% et cinq pays un taux entre 70 et 90% (29). Ainsi, sur 23 pays européens étudiés, seuls deux pays, Malte et l'Irlande, affichaient un taux inférieur à celui de la France (29).

De plus, la durée médiane de l'allaitement maternel en France est estimée à seulement 10 semaines alors que l'allaitement maternel est maintenu à 4 mois dans plus de 65% des cas en Suède et en Suisse et à 3 mois dans 97% des cas en Hongrie, par exemple (29,30). Or cette durée est insuffisante et ne répond pas aux recommandations de l'OMS

qui préconise une alimentation au sein exclusive pendant 6 mois et la poursuite de l'allaitement maternel pendant deux ans ou au-delà tout en diversifiant l'alimentation (7).

3.3 Promotion de l'allaitement maternel

L'allaitement maternel constitue, selon l'OMS et l'UNICEF (The United Nations Children's Fund), « *un moyen sans égal de nourrir l'enfant qui : assure aux nourrissons une alimentation idéale qui favorise leur croissance et leur bon développement* » (31). De plus, toutes les mères ont le droit d'allaiter (sauf rares contre-indications), c'est pourquoi la promotion de l'allaitement maternel devrait pouvoir s'adresser à toutes les femmes sans exclusion sociale et le soutien de celui-ci doit pouvoir être assuré une fois la décision prise.

De nombreuses initiatives ont été mises en place afin de promouvoir et soutenir l'allaitement maternel. En 1981, l'OMS publia le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel dans un but de protection et d'encouragement de l'allaitement maternel afin de procurer une alimentation sûre aux nourrissons et d'assurer une utilisation correcte des substituts de lait (32).

Dix ans après, en 1990, la déclaration Innocenti, élaborée et adoptée par l'OMS et l'UNICEF, proclame la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel (31). En 2005, à l'occasion de son 15^{ème} anniversaire, une deuxième déclaration a été émise pour souligner les progrès réalisés mais mettait en lumière la persistance de pratiques alimentaires inadéquates. De nouvelles recommandations ont donc été émises (33).

L'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB), initiée en 1991 par l'OMS et l'UNICEF, s'inscrit dans cette démarche. De nombreux établissements ont développé ou développent des moyens permettant d'améliorer la qualité de l'accompagnement des parents au sujet de l'allaitement maternel avant, pendant et après la naissance de leur enfant. Certains d'entre eux ont ainsi pu obtenir le label « Hôpital Ami des Bébé ». En France, fin 2013, on compte 20 services labellisés qui réalisent environ 25710 accouchements par an, soit 3.12% des naissances. Dans le monde, 20000 établissements ont obtenus l'appellation Ami des Bébé et 650 en Europe (34). Pour obtenir ce label, les établissements doivent mettre en œuvre les Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement

maternel énoncées par l'OMS et l'UNICEF en 1989 afin de répondre à leurs recommandations (35).

En Europe, un plan d'action a été élaboré en 2004 pour promouvoir l'allaitement maternel dans les pays européens intitulé « *Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Europe* » (36).

En France, de nombreux acteurs sont engagés dans la promotion et le soutien de l'allaitement maternel comme la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM) coordonnant les différents acteurs impliqués ainsi que de nombreuses associations de soutien telles la Leche League France (LLL France) ou Solidarilait.

3.4 Les facteurs influençant le choix

De nombreux facteurs influencent l'initiation ou non de l'allaitement maternel.

En 2010, le rapport du Professeur Turck (2) s'inscrivant dans le plan d'action pour le soutien de l'allaitement maternel classait ces facteurs en quatre catégories :

- Facteurs liés à la mère (facteurs sociodémographiques, psycho-sociaux et représentations)
- Facteurs liés à l'entourage (soutien, avis de l'entourage)
- Facteurs liés au système de santé (soutien des professionnels, formation)
- Facteurs liés aux politiques de santé (congé de maternité, IHAB)

4. Précarité et allaitement maternel

4.1 Le constat

Il a été constaté que les femmes en situation de précarité allaitent moins leur bébé que les femmes en situation de non précarité. Dans les différentes études on peut lire que : « *l'allaitement ne convainc pas les femmes en situation de précarité* » (2) et que « *le non-allaitement est généralisé dans les milieux défavorisés* » (37). Les écarts sociaux en matière d'allaitement ont déjà été observés notamment à l'occasion de l'enquête nationale périnatale française de 1995 de Crost et Kaminski (38).

La pratique de l'allaitement représente un des impacts des disparités sociales. Les chiffres d'une étude sur la situation de l'allaitement maternel en France en 2003 illustrent ce fait : 53.2% d'allaitement maternel exclusif chez les femmes au chômage contre 58%

chez celles exerçant une profession et 48.1% chez les femmes seules contre 54 à 59% chez celles vivant en couple (39).

Une enquête réalisée en 2001 auprès de 36 femmes en situation de précarité constatait un faible taux d'allaitement maternel à 23.5% (40).

Mais ce constat n'est pas seulement fait en France ; il l'est également à l'étranger : en Europe comme l'Irlande qui affiche l'un des taux les plus bas d'Europe avec 40% (population générale) (3) ou aux Etats-Unis avec un taux à 67.5% chez les femmes en situation de précarité contre 84.6% pour les « non précaires » (41) : « *breastfeeding rates are particularly low among lower-socio-economic status mothers* » (3) .

On note également que plus le taux de chômage est élevé dans un pays et plus le taux d'allaitement maternel est faible. En effet, en 2013, la France et l'Irlande où l'on retrouve un faible taux d'allaitement maternel ont des taux de chômage respectifs à 11% et 13.5% alors que les pays comme la Finlande, la Suède ou la Norvège où le taux d'allaitement est élevé ont des taux de chômage respectifs à 8%, 8% et 3.4% (42). Ceci est cependant à nuancer car d'autres facteurs interviennent, notamment la politique familiale des pays.

La précarité représente un facteur ayant une influence négative sur l'initiation de l'allaitement maternel mais aussi sur sa durée (2). Il a été constaté en France et à l'étranger une durée d'allaitement plus courte (27). En effet, une étude française réalisée en 2001 a calculé une durée moyenne de 5 semaines (40) et une étude américaine de 2012 mettait en évidence un taux d'allaitement maternel à 31% à 6 mois chez les femmes en situation de précarité contre 61% dans la population générale (43).

4.2 Promotion et soutien de l'allaitement maternel auprès des personnes en situation de précarité

En France, des programmes spécifiques ont été mis en place afin de promouvoir et soutenir l'allaitement maternel auprès des femmes en situation de précarité.

Parmi ces programmes, nous retrouvons le Programme Relais Allaitement de la Leche League (PRALLL) qui est une adaptation française du Peer Counsellor Program développé et conçu par la Leche League International. On retrouve ce programme relais dans plus de 30 pays sur la base de réseaux. Une dizaine de réseaux sont en activité en

France et d'autres sont en construction. Mis en place en 2008, il a pour but d'augmenter la prévalence de l'allaitement maternel « *pour les populations ayant un accès difficile aux informations et ressources disponibles et dans des situations de vulnérabilité comme la prématurité* ». Il s'agit d'échanges (lors de réunions, conseils téléphoniques) autour de l'allaitement maternel entre les familles et des mères bénévoles formées, elles-mêmes en situation de précarité (44,45).

Ce programme est fortement encouragé dans les propositions d'action pour la promotion de l'allaitement maternel du plan d'action rédigé par le Pr Turck s'inscrivant dans les objectifs du PNNS2. Ce dernier ainsi que les recommandations de l'ANAES en 2002 insistent sur l'importance de la promotion de l'allaitement maternel et son soutien chez les femmes en situation défavorisée qui, pour beaucoup, n'ont pas accès à toutes les informations concernant l'allaitement maternel (2,26).

De même, le Projet Régional Expérimental Nutrition et Allaitement chez les femmes Précaires (PRENAP), instauré en 2010 en Ile-de-France, a pour objectif en outre d'accompagner les femmes enceintes ainsi que leur bébé en situation de précarité sur tous les plans (nutritionnel, social et psychologique) et ainsi de promouvoir l'allaitement maternel auprès de ces femmes et de les soutenir dans leur choix d'allaiter. C'est un partenariat ville-hôpital en lien avec la maternité de Port-Royal et le Samu Social (46,47).

De même la CoFAM a créé un groupe d'étude « Allaitement maternel et précarité » constitué d'une équipe pluridisciplinaire : associations, professionnels de la santé et de la périnatalité, médecins de PMI et intervenants de réseaux comme le PRALLL ou PRENAP. Ce groupe a pour but de mener une réflexion à propos d'actions permettant une promotion et un soutien de l'allaitement maternel auprès des populations en situation de précarité (documents, affiches) (15).

Des programmes ayant la même finalité ont également vu le jour aux Etats-Unis dont le programme WIC appelé US Department of Agriculture's Special Supplementation Nutrition Program for Women, Infants and Children (4,26).

5. Intérêt de la promotion et du soutien de l'allaitement maternel

5.1 Bénéfices de l'allaitement maternel pour la santé

5.1.1 Du nourrisson

Le lait maternel favorise la croissance et le bon développement de l'enfant. Il procure des bienfaits immédiats (apport d'anticorps maternels participant à la défense immunitaire du nourrisson) mais également à long terme en fonction de sa durée et de son exclusivité (41,48,49).

En effet, l'allaitement maternel permet de réduire l'incidence mais également la gravité de nombreuses maladies infectieuses. Par exemple, un allaitement exclusif pendant plus de 4 mois, permet de réduire le risque d'hospitalisation pour une infection respiratoire basse de 72% et de 77% si l'enfant est allaité plus de 6 mois (41). Or, les infections sont plus fréquentes chez les populations précaires.

L'allaitement maternel entraîne une réduction de 36% du taux de mort subite du nourrisson. Ainsi, la morbidité et la mortalité infantile voient leur taux diminuer (41).

De nombreuses observations ont montré que la dégradation de l'alimentation et certains comportements alimentaires des populations en situation de précarité engendrent une autre forme d'inégalité relative à la santé. Il y a un risque de malnutrition et on observe que la prévalence de l'obésité est plus importante (50). Or le lait maternel apporte au nourrisson une alimentation suffisante et permet à long terme de réduire le taux de surpoids et d'obésité pendant l'enfance mais aussi à l'âge adulte. Chaque mois d'allaitement diminue le risque de 4% (41). Il permet également de réduire l'incidence des diabètes de type I (diminution du risque de 30% si allaitement exclusif supérieur ou égal à 3mois) et de type II (risque diminué de 40% quel que soit le type d'allaitement maternel) (41).

De plus, l'allaitement est très bénéfique pour les prématurés avec notamment un risque moins élevé d'entérocolite ulcéro-nécrosante ou un meilleur développement neurologique par rapport aux nourrissons allaités nés à terme (41).

5.1.2 De la mère

On retrouve les bienfaits de l'allaitement maternel à court terme comme la diminution de la dépression et de l'hémorragie du post-partum et à long terme comme la diminution du risque de développer un diabète de type II (41,51). En effet, chaque année d'allaitement diminuant le risque de 4 à 12% (41). Or, il a été constaté que la précarité constituait un facteur de risque du diabète (52).

Il diminue également le risque de cancer de l'ovaire et du sein et permet d'augmenter l'intervalle entre deux grossesses (méthode aménorrhée-galactorrhée) (41,51).

5.2 Lien mère-enfant

Outre l'aspect purement nutritionnel du lait maternel, celui-ci apporte également un lien privilégié entre la mère et son enfant. « *L'allaitement ne se limite pas au fait de nourrir, ce à quoi on le réduit habituellement ; l'allaitement est une situation au cours de laquelle la naissance est répétée, consolidée et développée jusqu'à acquérir une forme psychique stable* » (53).

Cette relation renforcée entre la mère et son enfant permet au bébé d'être plus facilement rassuré, apaisé. « *L'allaitement au sein représente une relation irremplaçable entre le nouveau-né et sa mère* » (54).

Les femmes en situation de précarité sont souvent isolées et manquent de confiance en elles. L'allaitement maternel pourrait les aider, par le biais d'une relation de parentage privilégiée, à nouer un lien fort avec leur enfant et à prendre plus confiance en elles et en leur capacité à allaiter.

Il nous a donc paru important de souligner l'intérêt et l'importance de la promotion et du soutien de l'allaitement maternel chez ces mères au vu des issues périnatales plus souvent impactées par la prématurité et l'hypotrophie, de possibles difficultés de la mise en place du lien mère-enfant renforcé par l'environnement socio-économique et relationnel défavorables.

Nous tenterons d'illustrer par le biais d'une enquête prospective comparative quels déterminants peuvent influencer le choix du mode d'alimentation chez ces femmes en situation de précarité.

Deuxième partie : Matériel et méthode

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective comparative uni centrique menée auprès d'accouchées au sein des unités de suites de couches d'une maternité d'un Centre Hospitalier Universitaire de type III d'Aquitaine. Nous avons fait le choix de cet établissement pour réaliser notre étude car celui-ci accueille un grand nombre de femmes enceintes de profils socio-démographiques variés. De plus, il comptabilise, en 2013, 5059 accouchements avec un taux d'allaitement maternel à la sortie de 70% en 2011 soit environ 10% de plus que la moyenne nationale. A noter que cette maternité ne fait pas parti des établissements labellisés « Hôpital Ami des Bébés ».

L'étude a été réalisée du 24/07/13 au 30/08/13 nous permettant de recueillir un nombre suffisant de questionnaires.

2. Objectifs de l'étude

2.1 Objectif principal

Notre étude vise à rechercher les déterminants qui influencent le choix du mode d'alimentation de l'enfant chez les femmes en situation de précarité.

2.2 Objectif secondaire

Secondairement, l'étude vise à évaluer le taux d'allaitement maternel chez les femmes en situation de précarité et chez les femmes en situation de non précarité.

3. Population de l'étude

Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été mis en place afin de définir la population de l'étude.

3.1 Critères d'inclusion

- Grossesse simple
- Accouchement voie basse ou par césarienne

- Accouchement à terme (entre 37 SA et 42 SA)
- Patientes primipares et multipares
- Patientes non allaitantes et allaitantes (seul l'allaitement maternel exclusif est retenu)
- Patientes acceptant de participer à l'étude

3.2 Critères d'exclusion

- Patientes mineures
- Patientes dont l'enfant est hospitalisé en service de réanimation néonatale ou de néonatalogie
- Patientes ne maîtrisant pas la langue française
- Patientes refusant de participer à l'étude

4. Méthode

4.1 Outils et recueil de données

L'étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire individuel et anonyme distribué, après consentement oral, aux accouchées répondant aux critères d'inclusion. Avant de lancer sa distribution nous avons réalisé une demande d'autorisation auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'informatique et des libertés). Cette dernière a été faite le 5/07/13 et nous avons eu leur accord le 23/07/13. Le recueil de données a pu être effectué via ce questionnaire (Annexe 2).

Le questionnaire a été donné aux mères lors de leur séjour à la maternité à partir du lendemain de leur accouchement. La plupart ont été vues au deuxième jour (46% des patientes) ou troisième jour (30.5% des patientes) de leur accouchement.

Nous avons décidé de distribuer nous-même les questionnaires afin de ne pas perturber l'organisation du personnel soignant et ainsi pouvoir répondre aux éventuelles questions des patientes. Le questionnaire était essentiellement récupéré le jour même de sa distribution afin d'éviter les pertes ou oublis. Pour certaines d'entre elles, nous étions présents et remplissions ensemble le questionnaire, sans interférer dans leur remplissage.

Ce questionnaire est composé en majorité de questions fermées facilitant l'analyse ultérieure car limitant le contenu des réponses.

4.2 Identification des groupes d'inclusion

Les femmes en situation de précarité et les femmes en situation de non précarité étant incluses dans l'étude, la distinction entre ces deux groupes a pu être réalisée via certaines questions posées au début du questionnaire.

En effet, il nous a fallu définir les critères de précarité nous permettant d'identifier la population en situation de précarité. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur l'étude ATIH faite en 2008 (cf 1.3.2 de la première partie) utilisant les codes CIM 10 existants en obstétrique dont les codes Z.

Nous avons sélectionné 9 marqueurs de précarité parmi les 11 retenus dans cette étude, leur permettant le repérage des patients en situation de précarité. Nous nous sommes également appuyés sur le questionnaire établi pour cette étude de 2008.

Ainsi, sont considérées comme étant en situation de précarité les femmes ayant un ou plusieurs des critères de précarité définis ci-dessous :

Relation sociale :

- Femme seule

Qualité du logement :

- Ayant pour logement : caravane ou mobile-home
- Hébergement provisoire chez un tiers
- Femme sans domicile fixe

Niveau de revenu :

- Femme bénéficiaire de la CMU-C
- Femme bénéficiaire de minima sociaux comme le RSA et/ou autre aide dont l'allocation de solidarité spécifique, allocation d'insertion, allocation aux adultes handicapés excluant les allocations familiales
- Femme au chômage depuis plus d'un an sans interruption

Accès aux droits :

- Femme bénéficiaire de l'aide médicale d'état
- Femme sans couverture sociale obligatoire

Quatre groupes ont donc pu être établis :

- Patientes « non précaires » allaitantes (Groupe NPAM)
- Patientes « non précaires » non allaitantes (Groupe NPAA)
- Patientes « précaires » allaitantes (Groupe PAM)
- Patientes « précaires » non allaitantes (Groupe PAA)

4.3 Contenu du questionnaire

Le questionnaire comprend 34 questions, 30 questions fermées et 4 questions ouvertes, et se décline en plusieurs parties.

La première partie traite des données générales de la mère : âge, pays de naissance, situation familiale, niveau d'études, profession et les questions se rapportant aux critères de précarité décrits ci-dessus.

La deuxième partie concerne la grossesse (particulièrement le suivi, la participation aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité) et l'allaitement (informations reçues, représentations, choix...).

La troisième et dernière partie porte sur la place de l'entourage dans le choix du mode d'alimentation et leur soutien (conjoint s'il est présent, mère, amies).

4.4 Analyse des résultats

Les données ont été saisies dans un tableur Excel et les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel R.

Les variables quantitatives ont été présentées sous forme de moyenne +/- écart type. La comparaison de ces variables a été réalisée par le test de Student pour des effectifs supérieurs à 30 ou si la loi normale était suivie par les variables. Un test non paramétrique

de Mann-Whitney a été utilisé si les effectifs étaient trop faibles ou si les variables ne suivaient pas la loi normale.

Concernant les variables qualitatives, elles ont été présentées sous forme de pourcentage. Leur comparaison a été effectuée par le test du Chi² lorsque les effectifs attendus étaient supérieurs à 5 ou par le test de Fisher si les effectifs théoriques étaient trop faibles.

Une p-value inférieure à 0.05 a été prise comme le seuil d'une différence significative.

Troisième partie : Résultats

Sur la période étudiée du 24 juillet 2013 au 30 août 2013, 444 patientes ont accouché à terme à la maternité. Nous avons pu rencontrer 203 patientes répondant aux critères d'inclusion. Deux questionnaires n'ont pas pu être récupérés, les patientes ayant quitté la maternité avant leur récupération, et une seule patiente éligible a refusé de participer à cette étude. Nous avons donc finalement recueilli 200 questionnaires.

Parmi ces 200 patientes, nous avons comptabilisé 67 femmes en situation de précarité (33.5%) formant un groupe appelé groupe P et 133 femmes « non précaires » (66.5%) formant le groupe appelé groupe NP.

1. Description de la population de l'étude

Nous avons décrit la population dans sa globalité puis avons comparé les mères des groupes P et NP.

1.1 Caractéristiques socio-démographiques

Concernant l'âge, nous avons trouvé une différence significative entre les deux groupes de femmes dont l'âge est compris entre 18 et 20 ans : en effet le taux de femmes ayant un âge compris entre 18 et 20 ans est plus élevé dans le groupe P (N=7, 10.4%) que dans le groupe NP (N=1, 0.8%) avec une p-value égale à 0.0021. Nous n'avons pas trouvé de différence significative concernant les autres tranches d'âge ($p > 0.05$) et la moyenne d'âge ($p = 0.1264$).

Concernant le pays de naissance, nous avons trouvé une différence significative en ce qui concerne la France et les pays d'Afrique hors Maghreb. En effet, le taux de femmes nées en France est plus élevé dans le groupe NP (N=110, 82.7%) que dans le groupe P (N=35, 52.2%) avec une p-value < 0.05 . Le taux de femmes nées dans les autres pays d'Afrique est plus élevé dans le groupe P (N=12, 17.9%) que dans le groupe NP (N=3, 2.3%) avec une p-value à 0.0002. Il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne le fait d'être née au Maghreb ($p=0.2283$) et dans les autres pays ($p=0.1092$).

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant la parité ($p=0.2215$).

Concernant la situation familiale, les femmes divorcées sont semblables dans les deux groupes ($p=0.2114$) de même que celles en couple ($p=0.8466$). Il y a une différence significative concernant le fait d'être mariée ou pacsée. En effet, les femmes mariées sont plus nombreuses dans le groupe NP ($N=61, 45.9\%$) que dans le groupe P ($N=14, 20.9\%$) avec un $p=0.0010$ et 100% des femmes pacsées sont dans le groupe NP ($N=19, 4.3\%$) d'où $p=0.00273$. En ce qui concerne le fait d'être seule, ce dernier étant un critère retenu de précarité, on ne retrouve pas de femmes seules dans le groupe NP ; 100% des femmes seules étant dans le groupe P ($N=26, 38.8\%$) avec un $p < 0,05$.

Concernant le logement, on ne retrouve pas de différence significative concernant le fait de vivre dans un appartement ($p=0.1919$), une caravane ($p=0.1111$) ou d'être sans domicile fixe ($p=0.335$). Il y a une différence significative concernant le fait de vivre dans une maison : on retrouve un taux de femmes vivant dans une maison plus élevé dans le groupe NP ($N=76, 57.1\%$) que dans le groupe P ($N=11, 16.4\%$) avec un $p=9,70*10^{-8}$. L'hébergement étant également un critère de précarité nous ne retrouvons des femmes hébergées que dans le groupe P ($N=17, 25.4\%$) et cette différence est significative avec un $p=1,841*10^{-9}$.

Enfin, concernant le niveau d'études, il n'y a pas de différence significative concernant le fait d'être au niveau « primaire » ($p=0.335$) ou au niveau « lycée ou bac » ($p=0.1032$). Mais il existe une différence significative concernant le fait d'être non scolarisée : le taux de femmes non scolarisées est nul dans le groupe NP et représente 6% du groupe P ($N=4$) avec un $p=0.0118$. De plus, les femmes de niveau « collègue » sont plus nombreuses dans le groupe P ($N=29, 43.3\%$) que dans le groupe NP ($N=15, 11.3\%$) et cette différence est significative avec un $p < 0.05$. Par contre, le taux de femmes du niveau « enseignement supérieur » est plus élevé dans le groupe NP ($N=94, 70.7\%$) que dans le groupe P ($N=14, 20.9\%$) avec un $p=7,182*10^{-11}$.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la femme et comparaison selon son caractère de précarité.

	Echantillon N=200	Groupe P N=67	Groupe NP N=133	P-value
Age de la femme				
Moyenne	30,1 +/- 5,33	29,21 +/-6,32	30,56 +/- 4,72	0,1264
18-20 ans	8 (4%)	7 (10,4%)	1 (0,8%)	0,0021**
21-24 ans	21 (10,5%)	10 (14,9%)	11 (8,3%)	0,2283*
25-29 ans	63 (31,5%)	17 (25,4%)	46 (34,6%)	0,245*
30-34 ans	67 (33,5%)	18 (26,9%)	49 (36,8%)	0,2105*
≥ 35 ans	41 (20,5%)	15 (22,4%)	26 (19,5%)	0,7765*
Pays de naissance				
France	145 (72,5%)	35 (52,2%)	110 (82,7%)	< 0,05*
Maghreb	21 (10,5%)	10 (14,9%)	11 (8,3%)	0,2283*
Autres pays d'Afrique	15 (7,5%)	12 (17,9%)	3 (2,3%)	0,0002*
Autres	19 (9,5%)	10 (14,9%)	9 (6,8%)	0,1092*
Parité				
1	111(55,5%)	38 (56,7%)	73 (53,4%)	0,9243*
2	53 (26,5%)	15(22,4%)	38 (28,6%)	0,444*
3	22 (11%)	6 (9%)	16 (12%)	0,677*
4	9 (4,5%)	4 (6%)	5 (3,8%)	0,126*
5	3 (1,5%)	2 (3%)	1 (0,8%)	0,2604**
6	2 (1%)	2 (3%)	0	0,1111**
Situation familiale				
Mariée	75 (37,5%)	14 (20,9%)	61 (45,9%)	0,0010*
Pacsée	19 (9,5%)	0	19 (14,3%)	0,0027**
Divorcée	2 (1%)	2(3%)	0	0,2114**
En couple	78 (39%)	25 (37,3%)	53 (39,8%)	0,8466*
Célibataire	26 (13%)	26 (38.8%)	0	7,46.10^{-14**}
Logement				
Maison	87 (43,5%)	11 (16,4%)	76 (57,1%)	9,70*10^{-8*}
Appartement	93(46,5%)	36 (53,7%)	57 (42,9%)	0,1919*
Caravane	2 (1%)	2 (3%)	0	0,1111**
Hébergement	17 (8,5%)	17(25,4%)	0	1,841*10⁻⁹
Sans domicile fixe	1 (0,5%)	1 (1,5%)	0	0,335**
Niveau d'études				
Non scolarisée	4 (2%)	4 (6%)	0	0,0118**
Primaire	1 (0,5%)	1 (1,5%)	0	0,335**
Collège, BEP,CAP	44 (22%)	29 (43,3%)	15 (11,3%)	6,479*10^{-7*}
Lycée, Bac	42 (21%)	19 (28,4%)	23 (17,3%)	0,1032*
Enseignement sup	108 (54%)	14 (20,9%)	94 (70,7%)	7,182*10^{-11*}

* : test du Chi ² ** : test de Fisher

1.2 Activité professionnelle

En ce qui concerne l'activité professionnelle de la femme, on retrouve une différence significative entre les deux groupes. En effet, les femmes ayant une activité professionnelle sont plus nombreuses dans le groupe NP (N=109, 82%) que dans le groupe P (N=10, 14.9%) avec un $p=2,2*10^{-16}$.

Concernant la catégorie socio-professionnelle on retrouve des différences significatives entre les deux groupes. En effet on retrouve un taux nul de « cadres et professions intellectuelles supérieures » dans le groupe P et égal à 16.5% dans le groupe

NP (N=18) avec un $p=0.0049$. De plus, le taux de femmes de catégorie « employés » est plus élevé dans le groupe P (N=8, 80%) que dans le groupe NP (N=54 (49.5%) et cette différence est significative avec un $p=0.0129$. On ne retrouve pas de différence significative dans les catégories « agriculteurs exploitants », « artisans, commerçants, chefs d'entreprises » ($p=0.5156$) et « ouvriers » ($p=1$).

Si l'on s'intéresse à l'activité professionnelle du conjoint on observe une différence significative entre les deux groupes. Le taux d'emploi chez les conjoints est plus élevé dans le groupe NP (N=128, 96.2%) que dans le groupe P (N=13, 33.3%) avec un $p<0.05$.

Tableau 2 : Activité professionnelle de la femme et de son conjoint et comparaison selon le caractère de précarité

	Echantillon N=200	Groupe P N=67	Groupe NP N=133	P-value
Activité professionnelle de la femme				
Oui	119 (59,5%)	10 (14,9%)	109 (82%)	2,2*10⁻¹⁶*
Non	81 (40,5%)	57 (85,1%)	24 (18%)	
Catégorie socio-professionnelle	N=119	N=10	N=109	
Agriculteurs exploitants	0	0	0	0,5156**
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	8 (6,7%)	1 (10%)	7 (6,4%)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	18 (15,1%)	0	18 (16,5%)	0,0049**
Professions intermédiaires	30 (25,2%)	1 (10%)	29 (26,6%)	0,4483**
Employés	62 (52,1%)	8 (80%)	54 (49,5%)	0,0129*
Ouvriers	1 (0,8%)	0	1 (0,9%)	1**
Activité professionnelle du conjoint	N=172	N=39	N=133	
Oui	154 (81,5%)	26 (66,7%)	128 (96,2%)	5,495*10⁻⁷*
Non	18 (10,5%)	13 (33,3%)	5 (3,8%)	5,495*10⁻⁷*

* : test du Chi ² ** : test de Fisher

1.3 Ressources du ménage et couverture sociale

L'étude des ressources du ménage montre que 50.7% (N=34) des femmes du groupe P et 99.2% (N=132) du groupe NP possèdent au moins un revenu du travail. Cette différence est significative avec un $p=2,2*10^{-16}$. Chez ces personnes, on a observé une différence significative concernant le revenu mensuel. En effet 98.5% des ménages du groupe NP (N=130) ont des revenus supérieurs au seuil de pauvreté contre 61.8% des ménages du groupe P (N=21) avec un $p=1,029*10^{-8}$. En ce qui concerne la durée du chômage supérieur à 1 an et sans interruption, le RSA et autres ressources leur taux est nul dans le groupe NP et respectivement à 19.4% (N=13), 52.2% (N=35) et 4.5% (N=3) dans

le groupe P. Ces différences sont toutes significatives avec un $p < 0.05$. 32.8% des femmes du groupe P (N=22) ne possède aucun revenu de travail et/ou un chômage indemnisé.

La totalité des femmes du groupe NP et 94% du groupe P possède une couverture sociale. Parmi ces personnes, on retrouve un pourcentage de femmes ayant le régime général plus important dans le groupe NP (N=132, 99.2%) que dans le groupe P (N=19, 28.4%), cette différence est significative avec un $p = 2,2 * 10^{-16}$. 0.8% des femmes du groupe NP (N=1) ont la CMU contre 58.2% du groupe P (N=39), cette différence est significative avec un $p = 2,2 * 10^{-16}$.

En ce qui concerne la CMU-C et l'AME, ces derniers étant des critères retenus de précarité, le taux de femmes possédant ces couvertures sociales est nul dans le groupe NP et est respectivement à 46.3% (N=31) et à 7.5% (N=5) dans le groupe P et cette différence est significative avec un p respectif à $2,2 * 10^{-16}$ et 0.0038. L'absence de couverture sociale n'est pas retrouvée dans le groupe NP et représente 6% des femmes du groupe P (N=4), cette différence significative avec un $p = 0.01$.

Tableau 3 : Ressources du ménage et couverture sociale de la femme, comparaison selon le caractère de précarité

	Echantillon N=200	Groupe P N=67	Groupe NP N=133	P-value
Ressources				
Au moins un revenu du travail				
Oui	166 (83%)	34 (50,7%)	132 (99,2%)	$2,2 * 10^{-16}$**
Non	34 (17%)	33 (49,3%)	1 (0,8%)	
Si oui : revenus supérieurs à 964€/mois	N=166	N=34	N=132	
Oui	151 (91%)	21 (61,8%)	130 (98,5%)	$1,029 * 10^{-8}$**
Non	15 (9%)	13 (38,2%)	2 (1,5%)	
Chômage depuis plus de 1 an sans interruption	13 (6,5%)	13 (9,4%)	0	$2,87 * 10^{-7}$**
Aucun revenu du travail et absence de chômage indemnisé	22 (11%)	22 (32,8%)	0	$2,41 * 10^{-11}$**
Revenu de solidarité active	35 (17,5%)	35 (52,2%)	0	$2,2 * 10^{-16}$**
Autres ressources*	3 (1,5%)	3 (4,5%)	0	0,0367**
Couverture sociale				
Oui	196 (98%)	63 (94%)	133 (100%)	
Régime général ou autre régime	151 (75,5%)	19 (28,4%)	132 (99,2%)	$2,2 * 10^{-16}$**
CMU	40 (20%)	39 (58,2%)	1 (0,8%)	
CMU-C	31 (15,5%)	31 (46,3%)	0	$2,2 * 10^{-16}$**
AME	5 (2,5%)	5 (7,5%)	0	0,0038**
Non	4 (2%)	4 (6%)	0	0,01**

* : test du Chi ² ** : test de Fisher

1.4 Qualité de vie

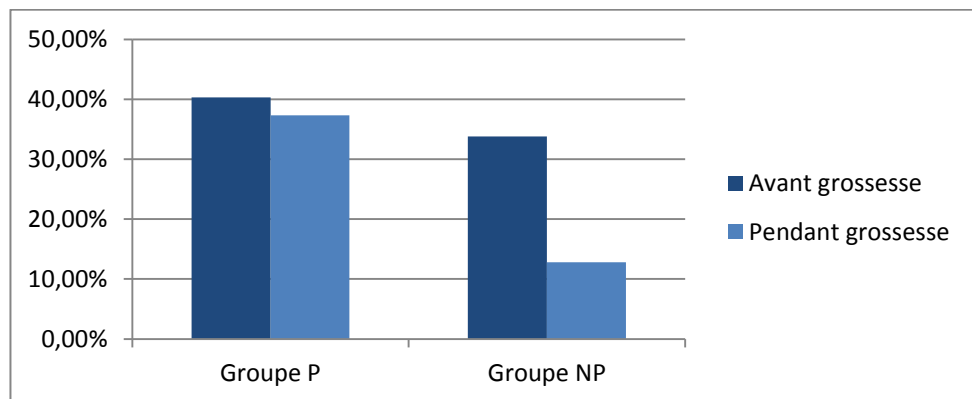
On ne retrouve pas de différence significative concernant la consommation de tabac avant la grossesse ($p=0.4576$). Par contre il existe une différence significative chez les femmes consommant du tabac pendant la grossesse. En effet, le taux de ces dernières est plus élevé dans le groupe P (N=25, 37.3%) que dans le groupe NP (N= 17,12.8%) avec un $p=0.0001$.

En ce qui concerne la consommation d'alcool pendant la grossesse, les deux groupes sont semblables avec un $p=0.945$. Les femmes ayant consommé des produits psychoactifs illicites pendant la grossesse sont toutes retrouvées dans le groupe P (N=5, 7.5%), absentes dans le groupe NP, cette différence est significative avec un $p=0.0038$.

Tableau 4 : Qualité de vie de la femme et comparaison selon le caractère de précarité

	Echantillon N=200	Groupe P N=67	Groupe NP N=133	P-value
Tabac				
Avant la grossesse	72 (36%)	27 (40,3%)	45 (33,8%)	0,4576*
Pendant la grossesse	42 (21%)	25(37,3%)	17 (12,8%)	0,0001*
Alcool pendant grossesse	19 (9,5%)	7 (10,4%)	12 (9%)	0,945*
Drogues pendant grossesse	5 (2,5%)	5 (7,5%)	0	0,0038**

* : test du Chi ² ** : test de Fisher



Graphique 1: Consommation de tabac des patientes avant et pendant la grossesse

1.5 Suivi de grossesse

Concernant le suivi de grossesse, 95.5% des femmes ont eu un suivi régulier : 91% des femmes du groupe P (N=61) et 97.7% du groupe NP (N=130), cette différence n'est pas significative ($p=0.0725$).

Concernant la catégorisation des professionnels assurant le suivi, les femmes des deux groupes ont été suivies en proportion semblable par une sage-femme ($p=0.3693$), un gynécologue-obstétricien hospitalier ($p=0.9276$) et/ou par un médecin traitant ($p=0.4777$). 63.2% des femmes du groupe NP et 35.8% de celles du groupe P ont été suivies par un gynécologue-obstétricien libéral, cette différence est significative avec un $p=0.0004$.

69.2% des femmes du groupe NP et 73.1% du groupe P ont également eu un suivi par un autre professionnel de périnatalité ou autre, ces deux groupes sont semblables ($p=0.6777$). Le taux de femmes suivies par une sage-femme libérale est plus élevé dans le groupe NP (N=88, 95.7%) que dans le groupe P (N=35, 71.4%), cette différence est significative avec un $p=0.0001$. 38.8% des femmes du groupe P ont été suivies par une sage-femme de PMI contre 7.6% du groupe NP, cette différence étant significative avec un $p=1,5787*10^{-5}$. Le taux de femmes suivies par un psychologue est plus élevé dans le groupe P (N=10, 20.4%) que dans le groupe NP (N=1, 1.1%), cette différence est significative avec un $p=0.0001$. Aucune femme du groupe NP n'a été suivie par une assistante sociale, 38.8% des femmes du groupe P, cette différence est significative avec un $p=1,193*10^{-10}$.

Concernant les cours de préparation à la naissance et à la parentalité, 35.8% des femmes du groupe P (N=24) et 65.4% du groupe NP (N=87) ont assisté à ces cours, cette différence étant significative avec un $p=0.0001$. Parmi celles n'ayant pas assisté à ceux-ci, on ne retrouve pas de différence significative concernant les raisons suivantes de cette non-participation : manque de temps ($p=0.6391$), non désir ($p=0.6617$), difficultés pour se déplacer ($p=0.4988$). On retrouve une différence significative concernant l'absence de connaissance de l'existence de cette préparation. En effet, 18.6% des femmes en situation de précarité n'avaient pas connaissance de ces cours versus 2.2% des femmes « non précaires » avec un $p=0.01311$. De même, 37% des femmes du groupe NP et 14% des femmes du groupe P n'y ont pas assisté car elles l'avaient déjà fait lors de leur précédente grossesse, $p=0.0254$.

En ce qui concerne l'entretien prénatal précoce (EPP), le taux de femmes en ayant bénéficié est plus élevé parmi les femmes du groupe NP (N=30, 22.6%) que celles du groupe P (N=3, 4.5%) et cette différence est significative avec un $p=0.0023$.

Tableau 5 : Suivi de la grossesse et comparaison selon le caractère de précarité

	Echantillon N=200	Groupe P N=67	Groupe NP N=133	P-value
Suivi de grossesse				
Au moins une consultation par mois	191 (95,5%)	61 (91%)	130 (97,7%)	0,0725*
Moins de 7 consultations	9 (4,5%)	6 (9%)	3 (2,3%)	
Professionnel assurant le suivi				
Sage-femme	103 (51,5%)	38 (56,7%)	65 (48,9%)	0,3693*
Gynécologue-Obstétricien hospitalier	77(38,5%)	25 (37,3%)	52 (39,1%)	0,9276*
Gynécologue-Obstétricien libéral	108 (54%)	24 (35,8%)	84 (63,2%)	0,0004*
Médecin traitant	24 (12 %)	6 (0,9%)	18 (13,5%)	04777*
Autres professionnels				
Oui	141 (70,5%)	49 (73,1%)	92 (69,2%)	0,6777*
Non	59 (29,5%)	18 (26,9%)	41 (30,8%)	
Si oui :				
Sage-femme libérale	123(87,2%)	35 (71,4%)	88 (95,7%)	0,0001*
Sage-femme de PMI	26 (18,4%)	19 (38,8%)	7 (7,6%)	1,5787*10^{-5*}
Psychologue	11 (7,8%)	10 (20,4%)	1 (1,1%)	0,0001**
Assistante sociale	19 (13,5%)	19 (38,8%)	0	1,193*10^{-10**}
Autre	8 (5,7%)	4 (8,2%)	4 (4,3%)	0,5821*
Cours de préparation à la naissance et à la parentalité				
Oui	111(55,5%)	24 (35,8%)	87 (65,4%)	0,0001*
Non	89 (44,5%)	43 (64,2%)	46 (34,6%)	
Si non :				
Manque de temps	13 (14,6%)	5 (11,6%)	8 (17,4%)	0,6391*
Absence de désir d'y participer	26 (29,2%)	14 (32,6%)	12 (26,1%)	0,6617*
Absence de connaissance de ces cours	9 (10,1%)	8 (18,6%)	1 (2,2%)	0,0131**
Difficultés pour se déplacer	21 (23,6%)	12 (27,9%)	9 (19,6%)	0,4988*
Expérience antérieure	23 (25,8%)	6 (14%)	17 (37%)	0,0254*
Autre	3 (3,4%)	1 (2,3%)	2 (4,3%)	1**
Entretien prénatal précoce				
Oui	33 (16,5%)	3 (4,5%)	30 (22,6%)	0,0023*
Non	167 (83,5%)	64 (95,5%)	103 (77,4%)	

* : test du Chi² ** : test de Fisher

2. Description des femmes en situation précaire selon le mode d'alimentation

Nous nous sommes intéressés ici à la population en situation de précarité et avons comparé les femmes du groupe P selon le mode d'alimentation qu'elles ont choisi pour leur enfant afin de rechercher les déterminants influençant ce choix. Nous distinguerons deux groupes : les femmes en situation de précarité qui allaitent (groupe PAM) et celles qui n'allaitent pas (groupe PAA). D'une façon générale, 73.1% des femmes en situation de précarité allaitent (N= 49) et 26.9% n'allaitent pas (N= 18).

2.1 Caractéristiques socio-démographiques

Concernant l'âge, nous avons trouvé une différence significative entre les deux groupes de femmes dont l'âge est compris entre 25 et 29 ans : en effet, le taux de femmes ayant un âge compris entre 25 et 29 ans est plus élevé dans le groupe PAM (N= 16, 32.7%) que dans le groupe PAA (N=5, 0.8%) avec un p à 0.0257. Nous n'avons pas trouvé de différence significative concernant les autres tranches d'âge ($p > 0.05$) et la moyenne d'âge ($p= 0.78$).

Concernant le pays de naissance, 20.4% des femmes du groupe PAM sont nées au Maghreb et aucune du groupe PAA, cette différence n'est pas significative ($p=0.0516$). Les femmes nées dans un autre pays représentent 16.3% du groupe PAM et 11.1% du groupe PAA, cette différence n'est pas significative ($p=0.7174$). Les femmes nées en France sont plus nombreuses dans le groupe PAA (N=16, 88.9%) que dans le groupe PAM (N=19, 38.8%) et cette différence est significative avec un $p=0.0002$. Concernant les autres pays d'Afrique, les femmes en situation de précarité nées dans ces pays sont retrouvées en totalité dans le groupe PAM (N=12, 24.5%), la différence entre les deux groupes étant significative avec un $p=0.0272$.

Concernant la situation familiale, 26.5% des femmes du groupe PAM et 5.6% du groupe PAA sont mariées, cette différence n'est pas significative ($p=0.09$). Les femmes « précaires » vivant en couple sont plus nombreuses dans le groupe PAA (N=11, 61.1%) que dans le groupe PAM (N=14, 28.6%), cette différence est significative avec un $p=0.0223$. Les femmes seules sont en majorité retrouvées dans le groupe PAM (N=21, 42.9%), dans le groupe PAA elles sont 27.8% (N=5), cette différence n'est pas significative ($p=0.3969$). Si l'on combine les variables « seule » et « pays d'origine », les 5 patientes seules du groupe PAA sont toutes d'origine française et sur les 21 femmes seules du groupe PAM, les femmes nées à l'étranger sont plus nombreuses (N=12, 57.1% dont 42.9% d'origine africaine) que celles nées en France (N=9, 42.9%). Et cette différence est significative avec un $p=0.04$.

Les deux groupes sont semblables sur le fait d'habiter dans une maison ($p=0.0583$), un appartement ($p=0.5172$) ou une caravane ($p=0.0692$). Les deux femmes vivant dans une caravane sont toutes dans le groupe PAA (N=2, 11.1%). Les femmes hébergées représentent 30.6% du groupe PAM (N=15) et 11.1% du groupe PAA (N=2), cette différence n'étant pas significative ($p=0.1257$).

On ne retrouve pas de différence significative concernant le fait d'être non scolarisée (p=0.2909), au niveau primaire (p=1) ou au niveau lycée, bac (p=1). 61.1% des femmes du niveau collège sont dans le groupe PAA (N=11) et 36.7% dans le groupe PAM (N=18) mais cette différence n'est pas significative (p=0.1318). Les femmes de niveau enseignement supérieur sont absentes dans le groupe PAA et représentent 28.6% du groupe PAM (N=14), cette différence est significative avec un p=0.0142.

Tableau 6 : caractéristiques socio-démographiques chez les femmes en situation de précarité selon le mode d'alimentation de l'enfant (* : test du Chi² ** : test de Fisher)

	Groupe PAM N=49	Groupe PAA N=18	P-value
Age de la femme			
Moyenne	29,12 +/- 6,14	29,44 +/- 6,99	0,78
18-20 ans	4 (8,2%)	3 (16,7%)	0,5768*
21-24 ans	7 (14,3%)	3 (16,7%)	1*
25-29 ans	16 (32,7%)	1 (5,6%)	0,0257**
30-34 ans	13 (26,5%)	5 (27,8%)	1*
≥ 35 ans	9 (18,4%)	6 (40%)	0,331*
Pays de naissance			
France	19 (38,8%)	16 (88,9%)	0,0002**
Maghreb	10 (20,4%)	0	0,0516**
Autres pays d'Afrique	12 (24,5%)	0	0,0272**
Autres	8 (16,3%)	2 (11,1%)	0,7174**
Parité			
1	28 (57,1%)	10 (55,6%)	1*
2	12 (24,5%)	3 (16,7%)	0,7422*
3	4 (8,2%)	2 (11,1%)	0,656**
4	3 (6,1%)	1 (5,6%)	1**
5	1 (2%)	1 (5,6%)	0,4681**
6	1 (2%)	1 (5,6%)	0,4681**
Situation familiale			
Mariée	13 (26,5%)	1 (5,6%)	0,09**
Pacsée	0	0	
Divorcée	1 (2%)	1 (5,6%)	0,4681**
En couple	14 (28,6%)	11 (61,1%)	0,0223*
Célibataire	21 (42,9%)	5 (27,8%)	0,3969*
Logement			
Maison	5 (10,2%)	6 (33,3%)	0,0583*
Appartement	28 (57,1%)	8 (44,4%)	0,5172*
Caravane	0	2(11,1%)	0,0692**
Hébergement	15 (30,6%)	2 (11,1%)	0,1257**
Sans domicile fixe	1(2%)	0	1**
Niveau d'études			
Non scolarisée	2 (4,1%)	2 (11,1%)	0,2909**
Primaire	1 (2%)	0	1**
Collège, BEP, CAP	18 (36,7%)	11 (61,1%)	0,1318*
Lycée, Bac	14 (28,6%)	5 (27,8%)	1*
Enseignement sup	14 (28,6%)	0	0,0142**

2.2 Activité professionnelle

On ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes concernant le fait d'avoir un emploi ou non ($p=0.5292$). Pour les femmes ayant une activité, les deux groupes sont semblables concernant la catégorie socio-professionnelle.

Les conjoints des femmes du groupe PAM ayant une activité professionnelle sont plus nombreux ($N=20$, 74.1%) que ceux des femmes du groupe PAA ($N=6$, 50%) mais cette différence n'est pas significative ($p=0.2696$).

Tableau 7 : Activité professionnelle de la femme et de son conjoint chez les femmes en situation de précarité selon le mode d'alimentation de l'enfant

	Groupe PAM N= 49	Groupe PAA N=18	P-value
Activité professionnelle de la femme			
Oui	6 (12,2%)	4 (22,2%)	0,5292*
Non	43 (87,8%)	14 (77,8%)	
Catégorie socio-professionnelle	N=6	N=4	
Agriculteurs exploitants	0	0	1**
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 (16,7%)	0	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	0	0	0,4**
Professions intermédiaires	0	1 (25%)	
Employés	5 (83,3%)	3 (75%)	
Ouvriers	0	0	1*
Activité professionnelle du conjoint			
Oui	20 (74,1%)	6 (50%)	0.2696
Non	7 (25,9%)	6 (50%)	

* : test du Chi² ** : test de Fisher

2.3 Ressources du ménage et couverture sociale

50% des ménages du groupe PAA ($N=9$) et 51% du groupe PAM ($N=25$) possèdent comme ressources au moins un revenu du travail, ces deux groupes sont semblables ($p=1$). Et 56% des ménages du groupe PAM et 77.8% du groupe PAA ont des revenus supérieurs à 964€/mois, cette différence n'est pas significative ($p=0.4267$).

Les deux groupes sont semblables concernant le fait d'être au chômage depuis plus d'un an sans interruption ($p=0.4879$), de n'avoir aucun revenu du travail et pas de chômage indemnisé ($p=0.7293$) ou d'avoir d'autres ressources ($p=0.1735$). Le taux de femmes ayant le RSA est plus élevé dans le groupe PAA ($N=13$, 72.2%) que dans le groupe PAM ($N=22$, 44.9%), cette différence n'étant pas significative ($p=0.0874$).

Seules 4 femmes en situation de précarité ne possèdent pas de couverture sociale. Ces dernières sont toutes dans le groupe PAM (N=4, 18.2%), aucune dans le groupe PAA, cette différence n'est pas significative (p=0.5673). Pour celles en ayant une, les deux groupes sont semblables concernant les différentes catégories (p> 0.05). Sur les 5 femmes ayant l'Aide Médicale d'Etat, les 5 sont dans le groupe PAM (10.2%), aucune dans le groupe PAA, cette différence n'est pas significative avec un p=0.3132. Sur ces 5 femmes 4 sont d'origine Africaine (80%) et 1 d'origine maghrébine (20%), cette différence étant significative avec un p=0.0001.

Tableau 8 : Ressources du ménage et couverture sociale chez les femmes en situation de précarité selon le mode d'alimentation de l'enfant

	Groupe PAM N=49	Groupe PAA N=18	P-value
Ressources			
Au moins un revenu du travail			
Oui	25 (51%)	9 (50%)	1*
Non	24 (49%)	9 (50%)	
Si oui : revenus supérieurs à 964€/mois			
Oui	14 (56%)	7 (77,8%)	0,4267**
Non	11 (44%)	2 (22,2%)	
Chômage depuis plus de 1 an sans interruption	11 (22,4%)	2 (11,1%)	0,4879**
Aucun revenu du travail et absence de chômage indemnisé	15 (30,6%)	7 (38,9%)	0,7293*
Revenu de solidarité active	22 (44,9%)	13 (72,2%)	0,0874*
Autres ressources*	1 (2%)	2 (11,1%)	0,1735*
Couverture sociale			
Oui			
Régime général ou autre régime	12 (24,5%)	7 (38,9%)	0,3935*
CMU	28 (57,1%)	11 (61,1%)	0,99*
CMU-C	21 (42,9%)	10 (55,6%)	0,5172*
AME	5 (10,2%)	0	0,3132**
Non	4 (18,2%)	0	0,5673**

* : test du Chi ² ** : test de Fisher

2.4 Qualité de vie

Le taux de femmes en situation de précarité ayant consommé du tabac avant la grossesse est plus élevé dans le groupe PAA (N=12, 66.7%) que dans le groupe PAM (N=15, 30.6%) et cette différence est significative avec un p=0.0170. Pour celles en ayant consommé pendant la grossesse, leur taux est plus élevé dans le groupe PAA (N=11,

61.1%) que dans le groupe PAM (N=14, 28.6%), cette différence est significative avec un $p=0.0310$.

Les deux groupes sont semblables quant au fait d'avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse ($p=0.6645$) ou des produits psychoactifs illicites ($p=0.6051$).

Tableau 9 : Qualité de vie des femmes en situation de précarité selon le mode d'alimentation de l'enfant

	Groupe PAM N=49	Groupe PAA N=18	P-value
Tabac			
Avant la grossesse	15 (30,6%)	12 (66,7%)	0,0170*
Pendant la grossesse	14 (28,6%)	11 (61,1%)	0,0310*
Alcool pendant grossesse	6 (12,2%)	1 (5,6%)	0,6645**
Drogues pendant grossesse	3 (6,1%)	2 (11,1%)	0,6051**

* : test du Chi ² ** : test de Fisher

2.5 Suivi de grossesse

Les deux groupes sont semblables concernant la régularité du suivi, 91.8% des femmes du groupe PAM et 81.9% des femmes du groupe PAA ont eu un suivi régulier de leur grossesse, $p=0.6516$.

Concernant les professionnels assurant le suivi, 61.1% des femmes du groupe PAA et 55.1% de celles du groupe PAM ont été suivies par une sage-femme, cette différence n'étant pas significative ($p=0.8714$). 55.6% des femmes du groupe PAA et 30.6% du groupe PAM ont été suivies par un gynécologue-obstétricien hospitalier et 22.2% des femmes du groupe PAA et 40.8% du groupe PAM par un gynécologue-obstétricien libéral, ces différences n'étant pas significatives (p égal à 0.1127 et à 0.2629). Les femmes des deux groupes ont été suivies en proportion semblable par un médecin traitant ($p=0.6561$).

77.6% des femmes qui allaitent et 61.1% des femmes qui n'allaitent pas ont été également suivies par un autre professionnel, cette différence n'est pas significative ($p=0.3008$). Les deux groupes sont comparables en ce qui concerne le fait d'être suivi ou non par une sage-femme libérale ($p=1$), une sage-femme de pmi ($p=1$), un psychologue ($p=0.8284$).

Concernant les cours de préparation à la naissance et à la parentalité, 11.9% des femmes du groupe PAM et 27.8% du groupe PAA ont assisté à ces cours, cette différence n'étant pas significative ($p=0.5859$). Parmi celles n'ayant pas assisté à ceux-ci on ne retrouve pas de différence significative concernant les raisons de cette non-participation ($p>0.05$).

En ce qui concerne l'entretien prénatal précoce (EPP), les deux groupes sont semblables ($p=1$) ; 4.1% des femmes du groupe PAM et 5.6% du groupe PAA ont bénéficié de cet EPP

Tableau 10 : Suivi de grossesse des femmes en situation de précarité selon le mode d'alimentation de l'enfant (* : test du Chi² ** : test de Fisher)

	Groupe PAM N= 49	Groupe PAA N= 18	P-value
Suivi de grossesse			
Au moins une consultation par mois	45 (91,8%)	16 (81,9%)	0,6516**
Moins de 7 consultations	4 (8,2%)	2 (11,1%)	
Professionnel assurant le suivi			
Sage-femme	27 (55,1%)	11 (61,1%)	0,8714*
Gynécologue-Obstétricien hospitalier	15 (30,6%)	10 (55,6%)	0,1127*
Gynécologue-Obstétricien libéral	20 (40,8%)	4 (22,2%)	0,2629*
Médecin traitant	4 (8,2%)	2 (11,1%)	0,6561**
Autres professionnels			
Oui	38 (77,6%)	11 (61,1%)	0,3008*
Non	11 (22,4%)	7 (38,9%)	
Si oui :			
Sage-femme libérale	27 (77,1%)	8 (72,7%)	1*
Sage-femme de PMI	15 (39,5%)	4 (36,4%)	1*
Psychologue	7 (18,4%)	3 (27,3%)	0,8284*
Assistante sociale	18 (47,4%)	1 (9,1%)	0,0335**
Autre	3 (7,9%)	1 (9,1%)	1**
Participation à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité			
Oui	19 (11,9%)	5 (27,8%)	0,5859*
Non	30 (61,2%)	13 (72,2%)	
Si non :			
Manque de temps	3 (10%)	2 (15,4%)	0,6299**
Absence de désir d'y participer	8 (26,7%)	6 (46,2%)	0,3691*
Absence de connaissance de ces cours	6 (20%)	2 (15,4%)	1**
Difficultés pour se déplacer	8 (26,7%)	4 (30,8%)	1*
Expérience antérieure	6 (20%)	0	0,155**
Entretien prénatal précoce			
Oui	2 (4,1%)	1 (5,6%)	1**
Non	47 (95,9%)	17 (94,4%)	

2.6 Informations reçues sur l'allaitement maternel

Le taux de femmes ayant eu des informations sur l'allaitement maternel durant leur grossesse est plus élevé dans le groupe PAM (N=36, 73.5%) que dans le groupe PAA (N=8, 44.4%) et cette différence est significative avec un $p=0.048$.

Parmi celle ayant eu ces informations, 37.5% des femmes du groupe PAA et 19.4% des femmes du groupe PAM ont été informées par la personne ayant assuré leur suivi, cette différence n'étant pas significative ($p=0.5248$). Elles ont été également informées à des taux comparables par une sage-femme à la maternité ($p=0.5661$), une sage-femme libérale ($p=1$), une sage-femme de PMI ($p=1$) ou par leurs proches ($p=1$).

41.7% des femmes du groupe PAM ont été informées au décours des cours de préparation à la naissance contre 12.5% des femmes du groupe PAA, cette différence n'est pas significative ($p=0.2241$). Les femmes des deux groupes ont été informées à des taux comparables de manière orale ($p=0.7666$), par documentation ($p=0.9148$), par internet ($p=0.2189$) ou par le biais de la télévision ($p=1$).

Ces informations ont influencées 33.3% (N=12) des femmes qui allaitent et 12.5% (N=1) des femmes qui n'allaitent pas, cette différence n'étant pas significative ($p=0.4018$).

Concernant les informations des relais possibles à domicile pour soutenir les deux modes d'allaitement, 69.4% des femmes allaitantes et 44.4% des femmes non allaitantes déclarent avoir eu ces informations, cette différence n'est pas significative ($p=0.1127$). Parmi celles les ayant reçues, 91.2% des femmes du groupe PAM et 87.5% des femmes du groupe PAA étaient informées du suivi possible par une sage-femme libérale et respectivement 67.6% et 75% concernant la possibilité d'une consultation en PMI (suivi sage-femme, puéricultrices...), ces différences n'étant pas significatives ($p=1$). Aucune des femmes n'allaitant pas n'était informée de l'existence des consultations spécialisées en lactation ou des associations de soutien à l'allaitement maternel contre respectivement 2.9% et 8.8% des femmes allaitantes, ces différences n'étant pas significatives ($p=1$).

Si l'on croise « informations relais reçues » avec « moment du séjour de la mère », on voit que chez les femmes à un jour de leur accouchement, 8.8% des femmes du groupe PAM et aucune du groupe PAA avaient reçu ces informations. Chez celles à J2, 44.1% des femmes du groupe PAM et 50% du groupe PAA avaient reçu les informations. Chez les femmes à J3, 29.4% des femmes du groupe PAM et 12.5% du groupe PAA avaient eu ces

informations. Chez celles après J3, 17.6% des femmes du groupe PAM et 37.5% du groupe PAA les avaient eues. On ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes quant au moment où ces informations ont été reçues ($p>0.05$).

Tableau 11 : Informations reçues sur l'allaitement maternel chez les femmes en situation de précarité selon le mode d'alimentation de l'enfant

	Groupe PAM N= 49	Groupe PAA N=18	P-value
Informations sur l'AM			
Oui	36 (73,5%)	8 (44,4%)	0,048*
Non	13 (26,5%)	10 (55,6%)	
Si oui, par qui :			
Personne assurant le suivi	7 (19,4%)	3 (37,5%)	0,5248*
Sage-femme à la maternité	3 (8,3%)	1 (12,5%)	0,5661**
Sage-femme libérale	16 (44,4%)	3 (37,5%)	1*
Sage-femme de PMI	5 (13,9%)	1 (12,5%)	1**
Proches	12 (33,3%)	3 (37,5%)	1*
Si oui, par quels moyens:			
En cours de préparation	15 (41,7%)	1 (12,5%)	0,2241**
Oralement	27 (75%)	7 (87,5%)	0,7666*
Documentation	19 (52,8%)	5 (62,5%)	0,9148*
Internet	3 (8,3%)	2 (25%)	0,2189**
TV	2 (5,6%)	0	1**
Influence des informations?			
Oui	12 (33,3%)	1 (12,5%)	0,4018**
Non	24 (66,7%)	7 (87,5%)	
Informations relais à domicile			
Oui	34 (69,4%)	8 (44,4%)	0,1127*
Non	15 (30,6%)	10 (55,6%)	
Si oui, lesquels :			
Suivi sage-femme libérale	31 (91,2%)	7 (87,5%)	1*
Consultation en PMI	23 (67,6%)	6 (75%)	1*
Consultation spécialisée en lactation	1 (2,9%)	0	1**
Associations de soutien à l'AM	3 (8,8%)	0	1**
Si oui, à quel moment :			
Pendant la grossesse	17 (50%)	3 (37,5%)	0,8076**
A la maternité	20 (58,8%)	7 (87,5%)	0,2225**
Informations relais à domicile			
J1	3 (8,8%)	0	1*
J2	15 (44,1%)	4 (50%)	1*
J3	10 (29,4%)	1 (12,5%)	0,6569**
>J3	6 (17,6%)	3 (37,5%)	0,4518*

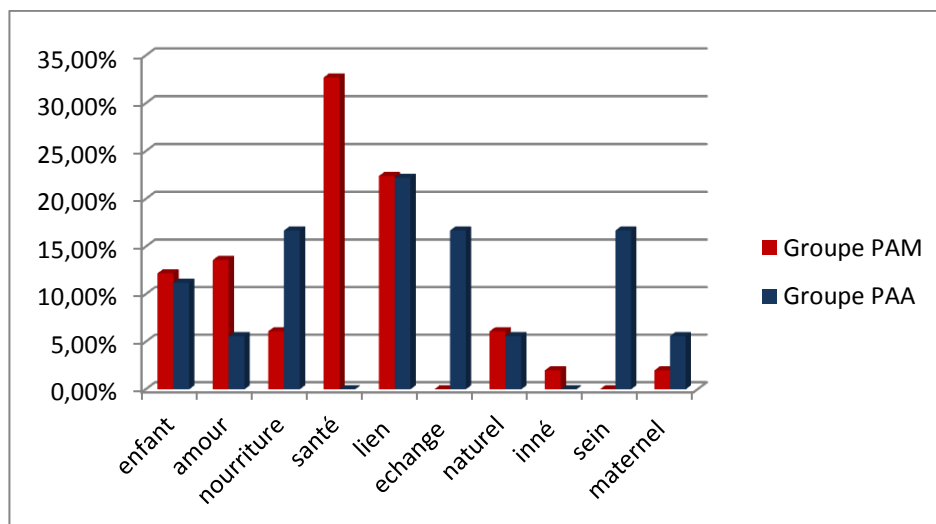
* : test du Chi ² ** : test de Fisher

2.7 Représentation maternelle de l'allaitement maternel

Nous avons demandé aux femmes ce que représentait pour elles l'allaitement maternel. Grâce aux champs lexicaux utilisés nous avons pu voir si leur représentation était positive ou non. Ainsi, le taux de femmes en situation de précarité ayant une représentation

positive de l'allaitement maternel est plus élevé chez les femmes allaitantes (N=49, 100%) que chez les non allaitantes (N=13, 72.2%) et cette différence est significative avec un $p=0.0008$.

En demandant aux femmes de choisir parmi une liste 3 mots clés étant pour elles représentatif de l'allaitement maternel et de les classer par ordre de priorité, on voit que chez les femmes allaitantes les mots clés les plus cités en premier choix sont « santé » (N=16, 32.7%), « lien mère-enfant » (N=15, 22.4%) et « amour » (N=8, 16.3%) ; viennent en 2^{ème} choix « santé » (N=13, 26.5%) et en 3^{ème} choix « naturel » (N=11, 22.4%). Chez les femmes non allaitantes, les mots clés les plus cités en premier choix sont « lien mère-enfant » (N=14, 22.2%), « nourriture », « échange » et « sein » (N=3, 16.7%) ; viennent en 2^{ème} choix « lien mère-enfant » (N=5, 27.8%) et en 3^{ème} choix «amour » (N=11, 22.4%).



Graphique 2 : Représentation de l'allaitement maternel des femmes en situation de précarité selon le mode d'alimentation de l'enfant (1^{er} choix)

2.8 Expérience maternelle

Le taux de femmes en situation de précarité ayant déjà allaité est plus élevé chez les femmes allaitantes (N=20, 95.2%) que chez les femmes non allaitantes (N=5, 50%), cette différence est significative avec un $p=0.01285$. Parmi ces femmes, la durée de leur allaitement était en moyenne de 252.8 +/- 205.6 jours chez les femmes allaitantes et de 120.5 +/- 129 jours chez les non allaitantes, cette différence n'étant pas significative ($p=0.214$). Chez 70% des femmes du groupe PAM et 100% des femmes du groupe PAA cet ou ces allaitement(s) était(ent) exclusif(s), les deux groupes sont comparables

(p=0.5392). 10% des femmes du groupe PAM (N=2) ont déclaré avoir eu des difficultés au cours de leur allaitement et 25% du groupe PAA (N=1), cette différence n'est pas significative (p=0.4368).

Le taux de femmes ayant été allaitées est plus élevé dans le groupe des femmes allaitantes (N=40, 81.6%) que dans celui des non allaitantes (N=6, 33.3%), cette différence est significative avec un p=0.0005.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les groupes concernant le fait d'avoir expérimenté des soins de puériculture (change, donner le biberon...) (p=0.1599).

Tableau 12 : Expérience des femmes en situation de précarité selon le mode d'alimentation

	Groupe PAM N= 49	Groupe PAA N= 18	p-value
Allaitement maternel antérieur			
Oui	20 (95,2%)	4 (50%)	0,01285*
Non	1 (4,8%)	4 (50%)	
Si oui, durée			
Moyenne (en jours)	252,8 +/- 205,06	120,5 +/- 129	0,214
Si oui, manière			
Exclusive	14 (70%)	4 (100%)	0,5392**
Mixte (sein et biberon)	6 (30%)		
Si oui, difficultés rencontrées			
Oui	2 (10%)	1 (25%)	0,4368**
Non	18 (90%)	3 (75%)	
Femme a été allaitée			
Oui	40 (81,6%)	6 (33,3%)	0,0005*
Non	9 (18,4%)	12 (66,7%)	
Soins de puériculture			
Oui	27 (55,1%)	14 (77,8%)	0,1599*
Non	22 (44,9%)	4 (22,2%)	

* : test du Chi ² ** : test de Fisher

2.9 Place de l'entourage

2.9.1 Conjoint

66.7% des femmes du groupe PAM et 50% des femmes du groupe PAA ont demandé l'avis de leur conjoint concernant l'alimentation de leur futur enfant, cette différence est non significative (p=0.5281). Parmi les conjoints sollicités, 94.4% du groupe PAM étaient favorables à l'allaitement maternel et aucun pour le groupe PAA, cette différence est significative avec un p=5,201*10⁻⁵. 50% des conjoints des femmes non allaitantes avaient une préférence pour la mise en place de biberon (substituts de lait

maternel), aucun des conjoints des femmes allaitantes, cette différence est significative avec un $p=0.0098$. 5.6% des conjoints des femmes du groupe PAM et 50% de ceux des femmes du groupe PAA n'avaient exprimé aucun avis ($p=0.0353$).

L'avis des conjoints, concernant l'alimentation de leur enfant, a influencé de façon comparable les femmes des deux groupes : 44.4% des femmes du groupe PAM et 33.3% du groupe PAA, avec un $p=1$.

Tableau 13 : Place du conjoint dans le choix du mode d'alimentation chez les femmes en situation de précarité

	Groupe PAM N= 27	Groupe PAA N= 12	P-value
Demande avis			
Oui	18 (66,7%)	6 (50%)	0,5281 *
Non	9 (33,3%)	6 (50%)	
Si oui, avis			
Allaitement maternel	17 (97,4%)	0	5,201 *10⁻⁵ **
Biberon	0	3 (50%)	0,0098**
Aucun avis	1 (5,6%)	3 (50%)	0,0353**
Influence de cet avis			
Oui	8 (44,4%)	2 (33,3%)	1**
Non	10 (55,6%)	4 (66,7%)	

* : test du Chi ² ** : test de Fisher

2.9.2 Mère de la femme

24.5% des femmes du groupe PAM et 5.6% des femmes du groupe PAA ont demandé l'avis de leur mère concernant le choix de l'alimentation de l'enfant, cette différence est non significative ($p=0.1599$). Parmi les mères sollicitées, 75% du groupe PAM (N=9) encourageaient l'allaitement maternel et 100% (N=1) du groupe PAA, cette différence est non significative ($p=1$). 16.7% des mères des femmes allaitantes préféraient la mise en place de substituts de lait maternel, aucune de celles des femmes non allaitantes, cette différence n'est pas significative ($p=1$). 8.3% des mères des femmes du groupe PAM et aucune de celles du groupe PAA n'avaient exprimé aucun avis ($p=1$).

L'avis des mères, concernant l'alimentation de leur futur petit enfant, a influencé 66.7% des femmes du groupe PAM et aucune des femmes du groupe PAA, mais cette différence n'est pas significative ($p=0.38$).

Tableau 14 : Place de la mère de la femme dans le choix du mode d'alimentation chez les femmes en situation de précarité

	Groupe PAM N= 49	Groupe PAA N= 18	P-value
Demande avis			
Oui	12 (24,5%)	1 (5,6%)	0,1599**
Non	37 (79,5%)	17 (94,4%)	
Si oui, avis			
Allaitement maternel	9 (75%)	1 (100%)	1**
Biberon	2 (16,7%)	0	1**
Aucun avis	1 (8,3%)	0	1**
Influence de cet avis			
Oui	8 (66,7%)	0	0,38**
Non	4 (33,3%)	1 (100%)	

* : test du Chi ² ** : test de Fisher

2.9.3 Amies

75.5% des femmes du groupe PAM et 61.1% des femmes du groupe PAA ont des amies qui allaitent, cette différence n'est pas significative ($p=0.3935$). Parmi ces dernières, le pourcentage d'amies conseillant d'allaiter est de 67.5% dans le groupe des femmes allaitantes ($N=25$) et de 45.5% dans le groupe de femmes non allaitantes ($N=5$), cette différence n'étant pas significative ($p=0.3294$). Le taux d'amies qui déconseillent l'allaitement maternel est de 36.4% dans le groupe des femmes non allaitantes ($N=4$), et de 10.8% dans celui des femmes allaitantes ($N=4$), cette différence n'étant pas significative ($p=0.1246$). Concernant l'absence d'avis, les groupes sont comparables : 27% des amies du groupe PAM et 45.5% du groupe PAA n'ont pas donné leur avis ($p=0.4312$).

Parmi les femmes ayant des amies leur conseillant d'allaiter, 52% du groupe PAM ont déclaré avoir été influencées et aucune du groupe PAA, cette différence est non significative ($p=0.0657$). Parmi celles ayant des amies leur déconseillant d'allaiter, 25% des femmes du groupe PAM et 50% des femmes du groupe PAA ont déclaré avoir été influencées, cette différence est non significative ($p=1$).

Tableau 15 : Place des amies dans le choix du mode d'alimentation chez les femmes en situation de précarité

	Groupe PAM N= 49	Groupe PAA N= 18	P-value
Amies qui allaitent			
Oui	37 (75,5%)	11 (61,1%)	0,3935*
Non	12 (24,5%)	7 (38,9%)	
Si oui, avis donné?			
Oui, elles le conseillent	25 (67,5%)	5 (45,5%)	0,3294*
Oui, elles ne le conseillent pas	4 (10,8%)	5(45,5%)	0,1246*
Non	10 (27%)	4 (36,4%)	0,4312*
Influence			
-Si elles le conseillent			
Oui	13 (52,2%)	0	0,0657**
Non	12 (48%)	5 (100%)	
-Si elles ne le conseillent pas			
Oui	1 (25%)	3 (60%)	1**
Non	3 (75%)	2 (40%)	

* : test du Chi² ** : test de Fisher

Après avoir comparé les femmes en situation de précarité selon le mode d'alimentation choisi et afin de nous éclairer d'avantage sur les déterminants, influençant le choix, propres aux femmes en situation de précarité de notre étude, nous avons choisi de comparer les femmes en situation de précarité et les femmes en situation de non précarité ayant choisi le même mode d'alimentation.

Nous commencerons par comparer les femmes en situation précaire qui ont choisi d'allaiter (appelé groupe PAM) et les femmes en situation non précaire qui ont choisi d'allaiter (appelé groupe NPAM) puis nous finirons par comparer les femmes en situation précaire n'allaitant pas (appelé groupe PAA) et les femmes en situation non précaire n'allaitant pas (appelé groupe NPAA).

3. Comparaison « Précaires » / « Non précaires » qui allaitent

3.1 Suivi de grossesse (Annexe 3 tableau 1)

Concernant le suivi de grossesse, 91.8% des femmes du groupe PAM (N=45) et 97.1% des femmes du groupe NPAM (N=130) ont eu un suivi régulier et cette différence n'est pas significative, p=0.0725.

Concernant les professionnels assurant le suivi, les femmes des deux groupes ont été suivies en proportion semblable par une sage-femme ($p=0.3585$), un gynécologue-obstétricien hospitalier ($p=0.5637$) et/ou par un médecin traitant ($p=0.9937$). Le taux de femmes suivies par un gynécologue-obstétricien libérale est plus élevé dans le groupe NPAM (N=66, 64.1%) que dans le groupe PAM (N=20, 40.8%), cette différence est significative avec un $p=0.0114$.

74.8% des femmes du groupe NPAM et 77.6% du groupe PAM ont également été suivies par un autre professionnel, ces deux groupes sont comparables ($p=0.8627$). Parmi ces professionnels, on retrouve les mêmes différences significatives que celles constatées lors de la comparaison des femmes en situation de précarité et les femmes « non précaires » dans leur globalité (cf 1.5 page 32).

Concernant les cours de préparation à la naissance et à la parentalité, le taux de femmes y ayant participé est plus élevé dans le groupe NPAM (N=74, 71.8%) que dans le groupe PAM (N=19, 38.8%), cette différence est significative avec un $p=0.0002$. Parmi celles n'ayant pas assisté à ceux-ci, on ne retrouve pas de différence significative concernant les différentes raisons de cette non-participation : manque de temps ($p=0.6658$), non désir ($p=1$), l'absence de connaissance de l'existence de ces cours ($p=0.1028$), difficultés pour se déplacer ($p=1$), expérience antérieure ($p=0.9448$).

En ce qui concerne l'entretien prénatal précoce (EPP), le taux de femmes ayant bénéficié de ce dernier est plus élevé parmi les femmes du groupe NPAM (N=26, 25.2%) que celles du groupe PAM (N=2, 4.1%) et cette différence est significative avec un $p=0.0013$.

3.2 Informations reçues sur l'allaitement maternel (Annexe 3 tableau 2)

Le taux de femmes allaitantes ayant reçu des informations sur l'allaitement maternel durant leur grossesse est de 84.7% dans le groupe NPAM et de 73.5% dans le groupe PAM, les deux groupes sont semblables ($p=0.0557$).

Parmi celles ayant reçu ces informations, 44.4% des femmes du groupe PAM (N=16) et 66.7% des femmes du groupe NPAM (N=60) ont été informées par une sage-femme libérale, cette différence étant significative ($p=0.0356$). Elles ont été informées à

des taux comparables par une sage-femme à la maternité ($p=0.5257$), la personne assurant leur suivi ($p=1$), une sage-femme de PMI ($p=0.0733$) ou par leurs proches ($p=0.7824$).

Plus de femmes du groupe NPAM ($N= 68$, 75.6%) que du groupe PAM ($N=15$, 41.7%) ont été informées au décours des cours de préparation à la naissance, cette différence est significative ($p=0.0006$). De même 75% des femmes du groupe PAM ont été informées oralement contre 93.3% des femmes du groupe NPAM cette différence est significative ($p=0.0103$). Les femmes des deux groupes ont été informées à des taux comparables par documentation ($p=0.6724$), par internet ($p=0.1169$) ou par le biais de la télévision ($p=0.7226$).

Ces informations ont influencées de façon semblable les deux groupes : 33.3% ($N=12$) des femmes en situation de précarité et 47.8% ($N=1$) des femmes en situation de non précarité ($p= 0.2012$).

Concernant les informations des relais possibles à domicile, 69.4% des femmes PAM et 82.5% des femmes NPAM déclarent avoir eu ces informations, cette différence n'est pas significative ($p=0.104$). Le taux de femmes ayant eu l'information concernant le suivi possible par une sage-femme libérale ($p=0.1401$) et la possibilité d'une consultation PMI ($p=0.3597$) est semblable dans les deux groupes. 2.9% des femmes en situation de précarité et 12.9% des femmes en situation de non précarité ont reçu l'information concernant la consultation spécialisée en lactation et respectivement 8.8% et 20% pour les associations de soutien.

Le taux de femmes ayant reçu ces informations pendant la grossesse est plus élevé dans le groupe NPAM ($N=65$, 76.5%) que dans le groupe PAM ($N=17$, 50%) et cette différence est significative $p=0.0093$.

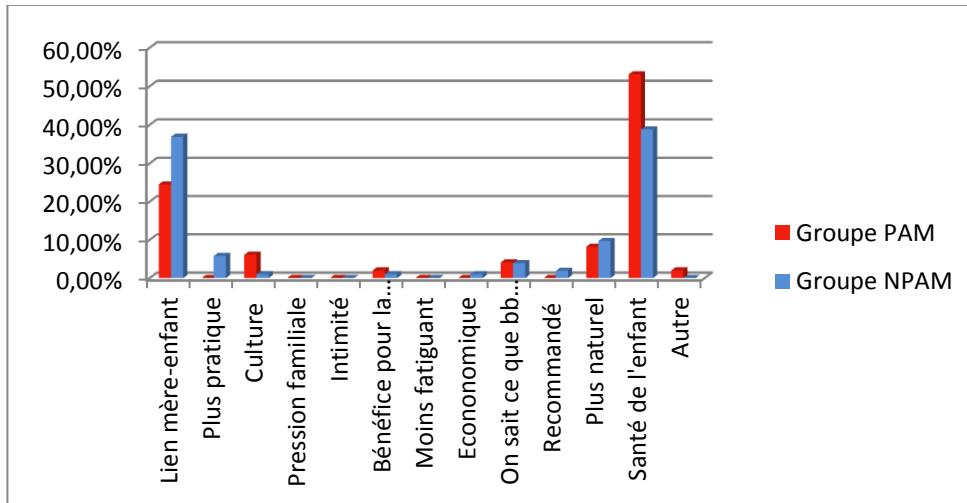
3.3 Représentation maternelle de l'allaitement

100% des femmes des deux groupes ont une représentation positive de l'allaitement maternel, ces deux groupes sont alors comparables ($p=1$).

3.4 Raisons du choix d'allaiter

On voit que chez les femmes en situation de précarité les raisons d'allaiter les plus citées en premier choix sont « santé de l'enfant » ($N=26$, 53.1%), « relation mère-enfant » ($N=12$, 24.5%) et « plus naturel » ($N=4$, 8.2%) ; viennent en second choix « plus naturel »

(N=11, 24%) et enfin « économique », « on sait ce que bébé prend » (N=5, 16.7%). Chez les femmes sans caractère de précarité, les raisons les plus citées en premier choix sont « santé de l'enfant » (N=40, 38.8%), « relation mère-enfant » (N=38, 36.9%), et « plus naturel » (N=10, 9.7%) ; viennent en second « plus naturel » (N=31, 33.3%) et enfin « plus naturel » (N=22, 33.3%).



Graphique 3 : Raisons d'allaiter chez les femmes selon le caractère de précarité (1^{er} choix)

3.5 Expérience maternelle (Annexe 3 tableau 3)

95.2% des femmes du groupe PAM et 88.4% du groupe NPAM ont déjà allaité, cette différence est non significative ($p=0.6543$). On ne retrouve pas de différence significative concernant la durée de ces allaitements ($p=0.3091$) de même si cet allaitement est exclusif ou non ($p=1$).

Le taux de femmes ayant eu des difficultés lors de leurs allaitements antérieurs est plus élevé dans le groupe NPAM (N=21,55.3%) que dans le groupe PAM (N=2,10%), cette différence est significative ($p=0.0076$).

On ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes concernant le fait d'avoir été allaitée ($p=0.2222$).

3.6 Place de l'entourage

3.6.1 Conjoint (Annexe 3 tableau 4)

66.7% des femmes du groupe PAM et 59.2% des femmes du groupe NPAM ont demandé l'avis de leur conjoint concernant l'alimentation de leur futur enfant, cette différence est non significative ($p=0.6286$). On ne retrouve pas de différence significative concernant l'avis du conjoint lorsque ce dernier est favorable à l'allaitement maternel ($p=0.4402$), aux substituts de lait maternel ($p=1$) ou l'absence d'avis ($p=0.6757$). Les femmes des deux groupes ont été influencées de façon semblable par l'avis de leur conjoint : 44.4% des femmes du groupe PAM et 50.8% du groupe NPAM, cette différence n'est pas significative ($p=0.8359$).

3.6.2 Mère de la femme (Annexe 3 tableau 5)

24.5% des femmes du groupe PAM et 18.4% des femmes du groupe NPAM ont demandé l'avis de leur mère concernant le choix de l'alimentation de l'enfant, cette différence est non significative ($p=0.5164$). Parmi les mères des accouchées sollicitées, 75% du groupe PAM ($N=9$) étaient favorables à l'allaitement maternel et 94.7% ($N=18$) du groupe NPAM, cette différence est non significative ($p=0.2718$). On ne retrouve pas de différence significative concernant l'avis de la mère lorsque ce dernier est la mise en place de substituts de lait maternel ($p=0.1419$) ou l'absence d'avis ($p=0.5435$).

L'influence de l'avis de la mère de la femme, concernant l'alimentation de son futur petit enfant, n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes ($p=1$).

3.6.3 Amies (Annexe 3 tableau 6)

75.5% des femmes du groupe PAM et 85.4% des femmes du groupe NPAM ont des amies qui allaitent, cette différence n'est pas significative ($p=0.2042$). Parmi ces dernières, le taux d'amies qui conseillent d'allaiter, le déconseillent ou qui n'ont pas donné leur avis est semblable dans les deux groupes (respectivement $p=1$, 0.866 et 1). Parmi les femmes ayant des amies leur conseillant d'allaiter, 52% du groupe PAM ont déclaré avoir été influencées et 32.8% du groupe NPAM, cette différence est non significative ($p=0.2803$). Parmi celles ayant des amies leur déconseillant d'allaiter, 25% des femmes du groupe PAM et aucune des femmes du groupe NPAM ont déclaré avoir été influencées, cette différence est non significative ($p=0.3636$).

4. Comparaison « Précaires »/ « Non précaires » non allaitantes

4.1 Qualité de vie (Annexe 4 tableau 1)

Le taux de femmes non allaitantes ayant consommé du tabac avant la grossesse est semblable dans les deux groupes ($p=0.5453$) : 66.7% dans le groupe PAA (N=12) et 53.3% dans le groupe NPAA (N=15). Chez celles en ayant consommé pendant la grossesse, leur taux est plus élevé dans le groupe PAA (N=11, 61.1%) que dans le groupe NPAA (N=8, 26.7%), cette différence est significative avec un $p=0.0396$.

Les deux groupes sont semblables quant au fait d'avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse ($p=0.375$) ou des produits psychoactifs illicites ($p=0.1356$) sachant qu'aucune des femmes dans le groupe NPAA n'a consommé ces produits.

4.2 Suivi de grossesse (Annexe 4 tableau 2)

Concernant le suivi de grossesse, 88.9% des femmes du groupe PAA (N=16) et 100% des femmes du groupe NPAA (N=30) ont eu un suivi régulier et cette différence n'est pas significative ($p=0.1356$).

Concernant les professionnels assurant le suivi, les femmes des deux groupes ont été suivies en proportion semblable par une sage-femme ($p=1$), un gynécologue-obstétricien hospitalier ($p=0.7656$) et/ou par un médecin traitant ($p=0.2816$). Le taux de femmes suivies par un gynécologue-obstétricien libéral est plus élevé dans le groupe NPAA (N=18, 60%) que dans le groupe PAA (N=4, 22.2%), cette différence est significative avec un $p=0.0248$.

61.1% des femmes du groupe PAA et 50% du groupe NPAA ont également été suivies par un autre professionnel, ces deux groupes sont semblables ($p=0.6536$). Parmi ces professionnels, on ne retrouve pas de différence significative entre les groupes ($p>0.05$).

Concernant les cours de préparation à la naissance et à la parentalité, les femmes des deux groupes y avaient participé à des taux semblables (27.8% du groupe PAA et 43.3% du groupe NPAA) ($p=0.4414$). Parmi celles n'ayant pas assisté à ceux-ci on ne retrouve pas de différence significative concernant les raisons suivantes de cette non-participation : manque de temps ($p=1$), non désir ($p=0.3619$). 15.4% des femmes du groupe PAA n'avait pas connaissance de ces cours et aucune dans le groupe NPAA, mais cette différence n'est pas significative ($p=0.1793$).

En ce qui concerne l'entretien prénatal précoce (EPP), on ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0.6372$).

4.3 Informations reçues sur l'allaitement maternel (Annexe 4 tableau 3)

Le taux de femmes non allaitantes ayant reçues des informations sur l'allaitement maternel durant leur grossesse est plus élevé dans le groupe NPAA ($N=24$, 80%) que dans le groupe PAA ($N=8$, 44.4%), cette différence est significative avec un $p=0.0268$.

Parmi celles ayant bénéficié de ces informations, les patientes ont été informées de façon semblable par les différents acteurs et par les différents moyens ($p>0.05$)

Ces informations ont influencées de façon semblable les femmes des deux groupes : 12.5% des femmes « précaires » et 20.8% des femmes « non précaires » ($p= 1$).

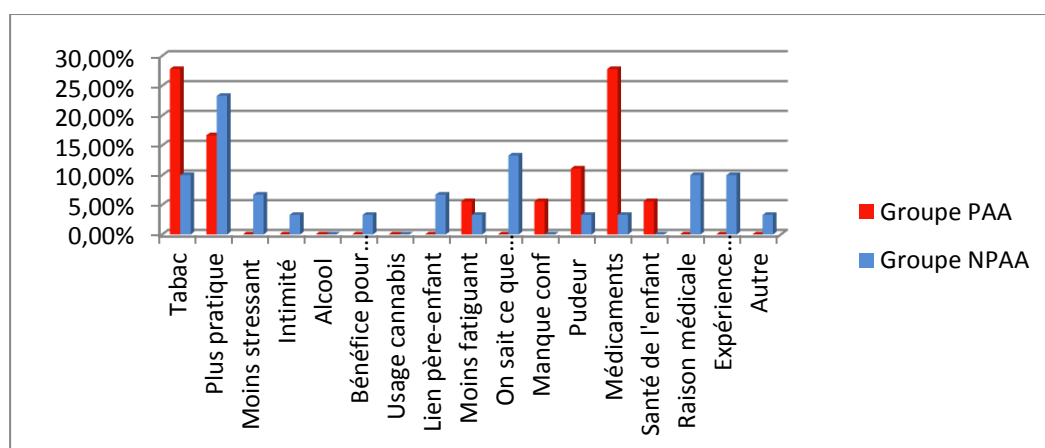
Concernant les informations des relais possibles à domicile, 44.4% des femmes PAA et 56.7% des femmes NPAA déclarent avoir reçu ces informations, cette différence n'est pas significative ($p=0.6015$). On ne retrouve pas de différence significative concernant les différents relais ($p>0.05$) et quant au moment où les informations ont été reçues ($p>0.05$).

4.4 Représentation maternelle de l'allaitement

72.2% des femmes du groupe PAA et 63.3% des femmes du groupe NPAA ont une représentation positive de l'allaitement maternel, ces deux groupes sont semblables ($p=0.7518$).

4.5 Raisons du choix de ne pas allaiter

On voit que chez les femmes en situation de précarité les raisons les plus citées en premier choix pour la mise en place de substituts de lait maternel sont : « usage de tabac » et « usage de médicaments » ($N=25$, 27.8%), et « plus pratique » ($N=3$, 16.7%) ; viennent en second « usage de tabac » ($N=4$, 22.2%) et enfin « pudeur, regard des autres » ($N=3$, 33.3%). Chez les femmes « non précaires », les raisons les plus citées en premier choix sont « plus pratique » ($N=7$, 23.3%), « on sait ce que bébé prend » ($N=4$, 13.3%), et « tabac », « raison médicale », « expérience antérieure négative » ($N=3$, 10%) ; viennent en second choix « lien père-enfant » ($N=5$, 22.7%) et enfin « moins stressant » ($N=4$, 23.5%).



Graphique 4 : Raisons de ne pas allaiter chez les femmes selon le caractère de précarité (1^{er} choix)

4.6 Expérience maternelle (Annexe 4 tableau 4)

50% des femmes du groupe PAA et 58.8% du groupe NPAA ont déjà allaité, cette différence est non significative ($p=1$). On ne retrouve pas de différence significative concernant la durée ($p=0.1767$). Le taux de femmes ayant eu des difficultés lors de leurs allaitements antérieurs est plus élevé dans le groupe NPAA ($N=10$, 100%) que dans le groupe PAA ($N=1$, 25%), cette différence est significative avec un $p=0.0101$.

On ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes concernant le fait d'avoir été allaitée ($p=0.4086$)

4.7 Place de l'entourage

4.7.1 Conjoint (Annexe 4 tableau 5)

50% des femmes du groupe PAA et 80% des femmes du groupe NPAA ont demandé l'avis de leur conjoint concernant l'alimentation de leur futur enfant, cette différence est non significative ($p=0.1173$). On ne retrouve pas de différence significative concernant l'avis du conjoint lorsqu'il est favorable à l'allaitement maternel ($p=0.5526$), le biberon ($p=1$) ou l'absence d'avis ($p=1$). Les femmes des deux groupes ont été influencées à des taux semblables par l'avis de leur conjoint : 33.3% des femmes du groupe PAA et 37.5% du groupe NPAA ($p=1$)

4.7.2 Mère de la femme (Annexe 4 tableau 6)

5.6% ($N=1$) des femmes du groupe PAA et 16.7% ($N=5$) des femmes du groupe NPAA ont demandé l'avis de leur mère concernant l'alimentation de l'enfant, cette

différence est non significative ($p=0.3883$). Parmi les mères sollicitées, 100% du groupe PAA ($N=1$) étaient favorables à l'allaitement maternel aucune du groupe NPAA, cette différence est non significative ($p=0.1667$). 80% des mères du groupe NPAA avaient une préférence pour la mise en place de substituts de lait maternel et 20% aucun avis, les groupes sont semblables concernant ces deux opinions (respectivement $p=0.3333$ et 1). L'influence de l'avis de la mère, concernant l'alimentation de son futur petit enfant, n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes ($p=1$).

4.7.3 Amies (Annexe 4 tableau 7)

61.1% des femmes du groupe PAA et 80% des femmes du groupe NPAA ont des amies qui allaitent, cette différence n'est pas significative ($p=0.2756$). Parmi ces dernières, le taux d'amies qui conseillent d'allaiter ou qui n'ont pas donné leur avis est semblable dans les deux groupes (respectivement $p=0.4136$ et $p=0.7549$). Le taux d'amies qui déconseillent l'allaitement maternel est plus élevé dans le groupe PAA ($N=5$, 45.5%) que dans le groupe NPAA ($N=2$, 8.3%), cette différence est significative avec un $p=0.0491$. Parmi les femmes ayant des amies leur conseillant d'allaiter, aucune femme du groupe PAA et 6.2% du groupe NPAA ont déclaré avoir été influencées, cette différence est non significative ($p=1$). Parmi celles ayant des amies leur déconseillant d'allaiter, 60% des femmes du groupe PAA et 50% des femmes du groupe NPAA ont déclaré avoir été influencées, cette différence est non significative ($p=1$).

5. Evaluation du taux d'allaitement maternel

Les deux groupes sont semblables en ce qui concerne le fait d'allaiter son enfant. En effet, 73.1% des femmes en situation de précarité et 77.4% des femmes en situation de non précarité allaitent ($p=0.6184$).

Tableau 16 : Mode d'alimentation de l'enfant selon le caractère de précarité

	Echantillon N=200	Groupe P N=67	Groupe NP N=133	P-value
Allaitement maternel				
Oui	152 (76%)	49 (73,1%)	103 (77,4%)	0,6184*
Non	48 (24%)	18(26,9%)	30 (22,6%)	

* : test du Chi² ** : test de Fisher

Quatrième partie : Discussion

1. Analyse des résultats

1.1 Caractéristiques de la population étudiée

Dans notre étude, nous avons estimé à 33.5% le taux de femmes en situation de précarité, taux plus important que le celui de 14.5% que l'on peut retrouver dans l'étude « *Femmes et précarité* » (14). Cette différence observée peut éventuellement être expliquée par le fait que nous avons choisi de prendre un large panel de critères pour sélectionner nos patientes en situation de précarité et que le taux de 14.5% ne concerne que la pauvreté monétaire (ici calculé à 9%). De même nous avons réalisé notre étude que dans un seul centre, hospitalo-universitaire, et qu'un biais de recrutement est possible.

1.1.1 Caractéristiques socio-démographiques

Nous avons voulu savoir si les caractéristiques socio-démographiques de la femme influencent sur le choix d'allaiter ou non son enfant.

Concernant l'âge, nous pouvons dire qu'en général les femmes en situation de précarité et celles en situation de non précarité ont une moyenne d'âge semblable (respectivement 29.21 ans et 30.56 ans) se rapprochant de la moyenne nationale de 29.7 ans (19). Cependant chez les femmes en situation de précarité, on retrouve une population plus jeune notamment une proportion plus élevée de femmes entre 18 et 20 ans (10.4% vs 0.8%) et 21-24ans (14.9 % vs 8.3%) ; fait retrouvé dans le rapport du Pr Turck décrivant les femmes en situation de précarité « *souvent très jeunes*» (2). Au sein des femmes en situation de précarité qui allaitent, on retrouve une part importante de femmes ayant entre 25 et 29 ans (32.7%) contrairement à celles n'allaitant pas (5.6%). Chez celles qui n'allaitent pas on retrouve une part plus importante de femmes jeunes (16.7% de 18-20 ans vs 8.2% chez celles qui allaitent) mais non significative de même qu'une part plus importante de femmes ayant 35 ans ou plus (40% vs 18.4%). La moyenne d'âge dans ces deux groupes est semblable (29.12 ans chez les PAM et 29.44 ans chez les PAA).

La taille de notre échantillon influence probablement les résultats de notre étude en ce qui concerne l'influence de l'âge des patientes sur le choix d'allaiter ou non chez les

femmes en situation de précarité a contrario d'autres études, notamment l'étude Epifane, pour qui l'âge < 24ans est un facteur ayant une association négative avec l'initiation d'un allaitement maternel (2,27).

Concernant le pays de naissance, 72.5% des femmes sont nées en France et 27.5% à l'étranger ; ces chiffres sont différents de ceux de l'ENP de 2010 avec des taux respectifs à 81.8% et 18.2% pouvant être expliqué par le fait que nous avons mené notre étude dans un CHU où l'on rencontre une grande diversité ethnique et aussi du fait que l'Aquitaine se situe, selon l'Insee, au 3^{ème} rang des territoires de migrations (sur 10 immigrés, 3 viennent d'Afrique) (55,56). De plus, on remarque que tous les groupes ne sont pas semblables. En effet, les femmes nées en France sont plus nombreuses dans le groupe « non précaire » (82.7%) que dans le groupe « précaire » (52.2%). Inversement les femmes nées en à l'étranger sont plus nombreuses dans le groupe des femmes « précaires » (47.8%) que dans celui des femmes « non précaires » (17.3%).

Lorsqu' on s'intéresse au taux d'allaitement maternel, celui-ci est plus élevé chez les femmes d'origine étrangère (92.7% vs 69.7%). On retrouve également cela dans l'étude nationale de 2003 ou dans l'étude Epifane de 2012 dont les chiffres étaient respectivement à 92.2% et 66.5% (23,27). **Dans notre étude, le pays de naissance autre que la France influence favorablement la mise en place de l'allaitement maternel** indépendamment du caractère de précarité ou non de la femme. A contrario, chez les femmes nées en France et se trouvant en situation de précarité le taux de non allaitement est de 88.9%. Ces différences rejoignent la conclusion de l' « état des lieux de l'aide alimentaire à destination des femmes enceintes ou jeunes mères en situation de précarité » commandité par la CoFAM pour le groupe d'étude « Allaitement maternel et précarité » de 2013 : « *au sein du groupe des femmes « précaires », les femmes migrantes conserveraient encore un taux d'allaitement plus élevé que l'ensemble* » (15).

Les femmes mariées sont plus nombreuses dans le groupe NP que le groupe P. Dans ce dernier groupe, les femmes seules représentent une part non négligeable des femmes allaitantes (N=21, 42.9%) dont 57% sont d'origine étrangère. Elles représentent 27.8% (N=5) des femmes non allaitantes ; les 5 étant d'origine française. Cependant, les études ont montré que le fait d'être seule était un déterminant négatif à l'initiation d'un AM or ici ce n'est pas le cas (2,27). L'origine étrangère des mères, étant un déterminant

favorisant l'allaitement dans notre étude, pourrait expliquer en partie la part importante de femmes seules parmi les femmes en situation précaire qui ont choisi d'allaiter leur enfant.

Dans notre étude, 88.2% des femmes hébergées allaitent et la seule femme sans domicile fixe également. Pour exemple, nous avons rencontré une femme incarcérée, celle-ci a choisi d'allaiter son enfant « pour son bien » malgré sa situation. Or, les études françaises où les femmes étudiées étaient principalement hébergées (sans domicile fixe, en foyers maternels, accueil de jour...) retrouvaient des taux d'AM plus bas (23% allaitaient contre 62% de l'ensemble des femmes) du fait de leur mobilité et la situation d'urgence dans laquelle elles se retrouvent les empêchant d'allaiter (15,57). Il semblerait que la situation de précarité extrême est celle qui explique ces résultats (58).

En ce qui concerne le niveau d'études, les femmes « précaires » ont en majorité un niveau collège (43.3%), plus bas que celui des « non précaires » qui ont en majorité un niveau enseignement supérieur (70.7%). Il est reconnu que les femmes en situation de précarité sont peu diplômées comparé au reste de la population (2,37). Dans le groupe P, 28.6% des femmes qui allaitent ont un niveau enseignement supérieur contrairement aux femmes n'allaitant pas où ce taux est nul. Ceci peut être expliqué en partie par le fait que les femmes migrantes « *sont beaucoup plus diplômées que celles qui restent* » car elles ont « *tout mis en œuvre pour vivre une autre vie et migrer* » (59). D'autre part, on retrouve ici le même gradient positif entre choix de l'AM et niveau d'études, conformément à d'autres études françaises (2,27). **Le niveau d'études constitue un déterminant influençant le choix.**

1.1.2 Qualité de vie

Dans notre étude, on retrouve une prévalence du tabagisme supérieure au sein des populations précaires, fait déjà observé (60). De plus, on s'aperçoit que chez les femmes « précaires » il y a une faible diminution du taux de consommation de tabac entre avant et pendant la grossesse (- 3%) comparé aux « non précaires » (- 21%). Les femmes en situation de précarité échapperaient-elles au sevrage tabagique ?

Au sein de la population précaire, le taux de femmes ayant consommé du tabac avant et pendant la grossesse est plus élevé chez les femmes non allaitantes que chez les allaitantes (61.1% vs 28.6%). Ce résultat est validé dans les études aussi bien françaises que canadiennes : « *les mères fumeuses allaitent moins et ont des conditions socio-économiques moins favorables que les mères non fumeuses* » (23,60–62).

Il ne semble pas y avoir de différence significative pour la consommation d'alcool pendant la grossesse en relation avec la situation de précarité mais ce résultat doit tenir compte de la sous déclaration de la consommation par les patientes.

Pour les femmes ayant consommé des drogues illicites, on retrouve un gradient positif corrélé à la situation de précarité, mais cette consommation n'influence pas la décision d'allaiter dans notre étude.

1.2 Suivi de grossesse

En grande majorité, les femmes ont eu un suivi obstétrical régulier, avec un lien néanmoins négatif entre situation de précarité et suivi (91% P vs 97.7% NP). Cette diminution de suivi régulier augmente avec la précarisation de l'hébergement : 23.5% des femmes hébergées n'ont pas eu un suivi régulier contre 2.7% des femmes non hébergées ($p=0.0008$). Ceci est en accord avec l'ENP de 2010 (19).

La majorité des femmes en situation de précarité ont été suivies par une sage-femme pendant leur grossesse. La sage-femme semble donc être un acteur prépondérant dans le suivi de la femme en situation de précarité.

1.3 Cours de préparation à la naissance et à la parentalité

Nous avons voulu savoir si la participation à ces cours avait un impact sur le choix d'allaiter ou non son enfant chez les femmes en situation de précarité.

En généralité, les femmes en situation de précarité participent moins à ces cours que le reste de la population de notre étude (35.8% vs 65.4%) ; résultat en accord avec un article de 2007 consacré à l'allaitement maternel chez les femmes en situation de précarité (37). Les raisons de cette non-participation chez les femmes en situation précaire les plus fréquemment retrouvées sont un non désir d'y participer, des difficultés pour se déplacer et l'absence de connaissance de ces cours.

Dans notre étude, l'initiation d'un allaitement maternel chez les femmes en situation de précarité ne semble pas être en relation avec la participation aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Le faible taux de participation des femmes en situation de précarité à ces cours peut expliquer en partie ces résultats. A contrario, dans de nombreuses études, la participation aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité est associée à un taux d'AM plus important.

1.4 Entretien prénatal précoce (EPP)

L'EPP a été mis en place afin de permettre aux femmes ou aux futurs parents d'exprimer leurs attentes, en outre dans le domaine de l'allaitement maternel et permettre également d'organiser une prise en charge adaptée en fonction de la vulnérabilité potentielle de la femme ou du couple.

Peu de femmes ont bénéficié de cet entretien dans notre étude (16.5%) et la situation de précarité accentue ce déficit (4.5% vs 22.6%). L'ENP de 2010 retrouvait un taux à 21.4% , les femmes ayant un profil socio-économique plutôt privilégié (19).

Dans notre étude, le fait d'avoir bénéficié ou non d'un EPP n'influence pas le choix du mode d'alimentation de l'enfant.

1.5 Informations reçues sur l'allaitement maternel

Les femmes « précaires » sont moins nombreuses à avoir reçu des informations concernant l'AM pendant la grossesse comparé aux « non précaires » et ce quel que soit le mode d'alimentation choisi. Cependant, chez les femmes précaires, celles qui allaitent sont plus nombreuses à avoir reçu ces informations que celles n'allaitant pas (73.5% vs 44.4%). Ainsi, dans notre étude, **le fait d'avoir reçu des informations sur l'AM pendant la grossesse favoriserait le choix d'allaiter son enfant chez les femmes en situation de précarité**. D'autres études tant françaises qu'étrangères ont également montré l'influence de l'information sur la mise en place d'un allaitement maternel quel que soit le public et le fait que les femmes en situation de précarité en bénéficieraient moins contribuant au fait qu'elles allaitent moins (3,5,6,37,63–65).

De plus selon les études irlandaise de Shortt et britannique de Mc Fadden et Toole, les femmes en situation de précarité seraient informées sur les bienfaits généraux de l'allaitement maternel mais auraient un manque d'informations concernant certains de ses aspects notamment sur sa pratique et ses bienfaits spécifiques (3,6).

Au sein des femmes « précaires », les informations ont été données pour la plupart par leur sage-femme libérale, la personne ayant suivi leur grossesse ou les proches. La sage-femme constitue ici encore un acteur important dans l'information à délivrer. Selon une étude toulousaine, cette information, lorsqu'elle est donnée par une sage-femme, influencerait significativement le choix vers un AM (63). Les informations ont été données de façon semblable dans ces deux groupes principalement oralement ou grâce à de la

documentation. Les cours de préparation arrivent en dernier chez les femmes n'allaitant pas ; peut-être car elles n'ont pas voulu assister au cours consacré à l'allaitement ?

Dans la majorité des cas, quel que soit le mode d'alimentation choisi, les informations ont eu peu d'influence sur la décision chez celles l'ayant déjà prise en amont.

En ce qui concerne les informations sur l'existence des différents relais à domicile pour le soutien de leur allaitement, le taux de femmes les ayant reçues est plus élevé chez les femmes ayant choisi d'allaiter mais cette différence n'est pas significative. D'autre part, les femmes allaitantes ont reçu ces informations surtout pendant la grossesse alors que celles n'allaitant pas à la maternité. Au sein de la population en situation de précarité, les deux groupes (PAM/PAA) étaient informés à des taux semblables concernant le suivi par une sage-femme libérale en post-partum et la consultation de PMI mais les femmes n'allaitant pas ne savaient pas qu'il existait des consultations spécialisées en lactation et des associations de soutien à l'AM contre seulement respectivement 2.9% et 8.8% chez les celles qui allaitent. Chez ces dernières, seules 50% avaient reçu ces informations pendant la grossesse contre 76.5% des femmes « non précaires » qui allaitent et 58.8% à la maternité.

Les femmes en général ne sont donc pas assez informées des soutiens existants après l'accouchement. On peut supposer que si elles étaient mises au courant plus tôt peut-être auraient elles décidé d'allaiter sachant qu'elles ne se retrouveraient pas « seules » une fois rentrées à domicile.

1.6 Représentation de l'allaitement maternel

Chez les femmes allaitantes, 100% ont une représentation positive de l'AM. Chez les femmes en situation de précarité, les femmes du groupe PAA sont 72.2% à avoir une représentation positive contre 100% du groupe PAM. **Le fait d'avoir une représentation positive de l'allaitement maternel favoriserait son choix.**

Quelques exemples de représentations de femmes « précaires » n'allaitant pas : « aide l'enfant à grandir et prendre du poids », « permet à l'enfant d'avoir un contact plus rapproché avec sa maman », « est peut-être la complicité avec la maman mais il met à l'écart le papa », « un rapprochement avec le bébé », « lait naturel, riche », « aujourd'hui cela représente une contrainte, comme ne pas fumer, avoir une bonne alimentation, le papa est exclu... », « geste naturel mais vis-à-vis de mon enfant je trouvais ça incestueux »

« *contraignant* ». Pour celles ayant une bonne représentation de l'allaitement ressortent les notions de rapprochement, contact, naturel. Certaines, bien que reconnaissant le fait que l'AM procure un lien privilégié entre la mère et l'enfant, son côté naturel, mettent en avant le fait que cela écarte le père de la relation, l'image érotique du sein et d'autres en ont qu'une représentation négative étant centrées sur les « contraintes » de l'AM.

Une jolie représentation d'une femme en situation de précarité résumant bien celles des autres : « *Tous les apports qu'il faut pour notre bébé et si la nature nous a donné la possibilité de faire un enfant, elle nous a donné aussi la possibilité de le nourrir et de préférence avec tout ce dont il a besoin* ».

Globalement, et également grâce aux mots clés, les mères en situation de précarité mettent en avant et ont connaissance des bienfaits du lait maternel sur la santé de l'enfant et le lien mère-enfant.

1.7 Les raisons du choix

Le choix d'allaiter leur enfant pour les femmes en situation de précarité est en relation avec les bienfaits du lait sur la santé de l'enfant, la relation mère-enfant et le côté plus naturel de l'allaitement maternel ce choix est aussi dicté par des raisons économiques (16.7%). Ces raisons sont retrouvées dans les études tant en France « *la raison d'allaiter est principalement liée aux bienfaits de l'allaitement pour la santé de l'enfant, suivi de la relation privilégiée mère-enfant* » (2) qu'à l'étranger (Stolzer) (4). De plus, la précarité est une pathologie du lien social, l'allaitement maternel peut-il être le moyen pour ces femmes de retrouver une place dans la société, allaiter serait-il un mode d'identification leur permettant de devenir comme les autres ?

Chez les femmes n'allaitent pas, les raisons principales de ne pas allaiter pour les femmes « précaires » sont **l'usage de tabac** et/ou de médicaments (27.8%) et le **côté pratique** de l'AA. Pour les « non précaires », la commodité ressort en premier et le fait que l'on peut quantifier les rations mais 10% d'entre elles n'allaitent pas pour raison médicale (et donc le fait qu'elles ne peuvent pas et non pas qu'elles ne veulent pas) ou à cause d'une expérience négative de l'AM. En raison secondaire pour les femmes n'allaitant pas on retrouve le lien père-enfant et pour les femmes en situation précaire **la pudeur, le regard des autres** (33%). De plus, l'expérience négative est reconnue comme ayant une association négative avec l'initiation d'un AM (2,63).

Le fait que les femmes en situation de précarité n'allaitent pas par pudeur et par gêne du regard des autres est très présent dans les différentes études notamment étrangères de Shortt (Irlande), Guttman et Stolzer (USA) ou Mc Fadden (Royaume-Uni) ayant étudié les raisons d'allaiter ou non chez ces femmes (3–6).

Dans notre étude **la consommation de tabac est un frein à l'initiation d'un AM**. Cependant le risque d'infections respiratoires basses (IRB) est majoré de 120% lorsque l'allaitement est artificiel et de courte période (0-6 mois) et si la mère fume comparé à un allaitement de longue durée sans tabac. Lorsque les femmes fument, elles augmentent le risque d'IRB chez les enfants allaités pendant moins de 6 mois (OR=1.7) mais lorsque cette période s'étend à plus de 6 mois, le risque devient non significatif (OR=1.1). L'allaitement maternel de longue durée pourrait donc constituer un médiateur entre le tabagisme passif de l'enfant et ses effets néfastes pour sa santé (sur les IRB mais aussi sur le développement cognitif de l'enfant) (62). Il est donc urgent d'informer les femmes sur ces risques surtout celles en situation de précarité où le tabagisme est plus élevé.

De même dans beaucoup d'articles ou études, et qui n'est pas observé dans notre étude, le fait que les femmes en situation de précarité et surtout en grande précarité n'allaitent pas est dû en partie à une image négative de leur corps et ne voulant pas donner leur lait soit disant « mauvais » et un manque de confiance en elle et donc en leur capacité d'allaiter. Cette vision est confortée par un désir d'intégration dans la société par l'achat d'objets valorisants tel le biberon (37,58,64).

1.8 Expérience maternelle

On s'aperçoit que les femmes du groupe PAA sont moins nombreuses à avoir une expérience personnelle d'allaitement que celles du groupe PAM (50% vs 95.2%). **Le fait d'avoir déjà allaité semble donc être un déterminant favorisant l'AM dans notre étude** comme le montrent différents articles ou études notamment celles de Stolzer et Fanello (4,63,64).

La durée a été plus courte chez les PAA que chez les PAM mais ce n'est pas significatif. Cela peut être expliqué en partie par le fait que les femmes d'origine étrangère allaitent plus longtemps que les femmes nées en France (261.6 jours vs 120.3 jours) avec un $p=0.003847$. Lorsque nous avons demandé à certaines femmes d'origine étrangère pourquoi avoir allaité longtemps (parfois plus d'un an) elles nous ont répondu « *c'est*

comme ça », « *c'est dans ma culture* ». On retrouve ici le modèle populaire décrit par la sociologue Mme Gojard dans lequel l'allaitement est une affaire de famille (66,67).

Les difficultés d'allaitements antérieurs mises en avant par les femmes en situation de précarité qui allaitent sont le stress (33%), la fièvre (33%), une mauvaise position du bébé (33%) et chez celles n'allaitant pas la douleur et les crevasses (50 %). Dans notre étude, et contrairement aux « non précaires », le fait d'avoir eu des difficultés ne semble pas influencer le choix des femmes en situation de précarité.

Nous avons également constaté que **le fait d'avoir été soi-même allaitée était un déterminant positif à l'initiation d'un allaitement maternel chez les femmes « précaires »**. En effet 81.6% des femmes qui allaitent ont été allaitées contre 33.3% des femmes n'allaitant pas. Cette différence significative ne se retrouve pas ici chez les femmes du groupe « non précaires » ($p=0.05649$). Mc Fadden et Toole retrouvent cela dans leur étude anglaise (6).

1.9 Entourage familial et amical

1.9.1 Conjoint

La majorité des femmes a demandé l'avis de leur conjoint concernant le mode d'alimentation de leur futur bébé (66.8% du groupe PAM et 50% du groupe PAA). Chez les femmes du groupe PAM, 94.4% des futurs pères avaient un avis favorable à l'AM et aucun chez celles du groupe PAA. Dans le groupe PAA, 50% des conjoints sollicités avaient une préférence pour la mise en place du biberon et aucun dans le groupe PAM. Seuls 5.6% des conjoints n'avaient pas d'avis chez les PAM contre 50% chez les AA. **Il semblerait que l'avis favorable du conjoint pour l'AM influence positivement le choix d'allaiter**. L'étude Epifane fait le même constat avec un taux d'AM à 74.9% lorsque le conjoint a une perception positive de l'allaitement vs 28.7% lorsque celle-ci est négative(27).

Cependant, son avis n'influence que la minorité des femmes (44.4% pour le groupe PAM et 33.3% pour le groupe PAA).

1.9.2 Mère de la femme

Nous avons constaté que toutes les femmes demandent moins l'avis à leur mère comparé à leur conjoint. Cependant, contrairement au futur père, l'influence de l'avis donné par la mère est plus importante chez les femmes allaitantes (66.7% vs 44.4% pour le père). On ne retrouve ce constat dans le groupe NP que chez les femmes allaitantes, l'influence étant équivalente chez les non allaitantes (37.5% pour le père et 40% pour la mère).

L'avis de la mère est beaucoup moins sollicité que celui du futur père mais quand celui-ci l'est, son avis compte plus que celui du père chez les femmes allaitantes. En effet, **le fait d'avoir des figures féminines approuver le fait d'allaiter inciterait les femmes en situation de précarité à choisir d'allaiter** (4,6).

1.9.3 Entourage amical

Nous avons constaté que beaucoup de patientes en situation de précarité avaient autour d'elles des amies qui allaitent ou qui ont allaité (75.5% des femmes du groupe PAM et 61.1% des femmes du groupe PAA). Cependant elles sont moins nombreuses que les femmes « non précaires ».

Au sein de la population « précaire », le taux d'amies conseillant d'allaiter est semblable dans les deux groupes. Le taux d'amies déconseillant d'allaiter est plus élevé dans le groupe PAA (45.5%) que celui du groupe PAM (10.8%). De plus, en général chez les femmes non allaitantes, les femmes « précaires » sont plus nombreuses à être dissuadées d'allaiter que les « non précaires » (45.5% vs 8.3%).

27% des amies du groupe PAM et 26.4% du groupe PAA n'ont pas donné leur avis. Les amies se sont moins exprimées concernant le mode d'alimentation de l'enfant que la mère ou le conjoint. Peut-être veulent-elles moins s'impliquer dans la décision ?

Chez les femmes pour qui leurs amies les ont conseillées d'allaiter, les femmes allaitantes ont été influencées de façon comparable (52% des PAM et 32.8% des NPAM).

Chez celles pour qui ont leur a déconseillées d'allaiter, 60% des femmes du groupe PAA ont été influencées contre 50% de celles du groupe NPAA et 25% des femmes du groupe PAM contre aucune du groupe NPAM. Même si ces différences ne sont pas significatives, une tendance ressort : celle que l'avis des amies compte plus dans le choix des femmes « précaires » et d'autant plus chez celles n'allaitant pas ; son influence

comptant même plus que celle du conjoint (60% vs 33.3%). L'avis des amies influence donc le choix de la femme en situation de précarité dans sa décision. On retrouve dans les études citées précédemment le fait que les amies ont une grande influence chez les femmes en situation de précarité et moins chez les « non précaires » et d'autant plus lorsqu'elles déconseillent l'allaitement influençant les femmes à ne pas allaiter (4,6,37,68).

L'entourage joue donc un rôle important dans la prise de décision. D'après un étude française de 2001 (Bittar), les femmes en situation de précarité « *baignent dans un environnement verbal et non verbal en faveur de l'allaitement artificiel, ce qui les influencent vers le choix du biberon* » (37,40).

1.10 Evaluation du taux d'allaitement maternel

On observe que le taux d'allaitement maternel dans notre étude est de 76% , chiffre plus important que la moyenne nationale de 60% (27). Ceci peut être expliqué par le fait que nous avons réalisé notre étude dans un seul centre, une maternité de type III d'Aquitaine, où le taux d'allaitement maternel à la sortie a progressé de 45.6% en 2000 à 70% en 2011 grâce à des changements de pratiques et à la mise en place d'actions visant à promouvoir et soutenir l'allaitement telles que les consultations d'allaitement (2004), une formation du personnel avec élaboration d'un référentiel destiné aux professionnels (Réseau Périnatal Aquitaine), pratiques favorisant l'allaitement à la maternité dont le peau à peau proposé dès la naissance, etc.

De plus les femmes accouchant dans une maternité de grande taille ou dans un CHU allaiteraient plus (2).

Dans notre étude nous avons estimé un taux d'AM à 73.1% chez les femmes en situation de précarité et 77.4% chez les femmes sans caractère de précarité. Avec une différence non significative, notre hypothèse de départ selon laquelle les femmes en situation de précarité allaitent moins n'est pas validée dans notre étude. En effet, des études françaises ont retrouvé un taux d'AM chez les femmes en situation de précarité à 23% versus 62% de l'ensemble des femmes (15).

Cette différence est probablement à mettre en rapport avec la politique de promotion de l'allaitement maternel de la maternité choisie pour notre étude mais aussi avec les critères de précarité des femmes différents en partie de ceux choisis dans d'autres

études, dans lesquelles la précarisation des femmes prise en compte est celle de la grande précarité: femmes recrutées dans des lieux d'aide alimentaire, foyers maternels, Samu social comme dans le projet PRENAP ou des centres d'hébergement, femmes en lien avec la PMI, expliquant le fait qu'elles allaitent beaucoup moins du fait de la situation d'urgence et d'isolement dans laquelle certaines d'entre elles sont.

D'autre part des sociologues sollicités par la CoFAM dans le cadre de son enquête expliquent « *qu'il n'y a pas moins d'appétence à l'allaitement maternel pour les femmes « précaires » et que les taux inférieurs sont la résultante de l'imbrication complexe de plusieurs facteurs liés aux conditions de vie et à l'environnement contraignant des femmes : rythme quotidien, manque de temps en intimité avec le bébé, fatigue et extrême mobilité (un nouveau lieu chaque jour).* » (15).

Dans le projet PRENAP , projet régional initié en Ile-de-France visant à promouvoir et soutenir l'allaitement auprès les femmes venues du Samu Social, on a constaté que après promotion de l'allaitement 79% de femmes enceintes ont un souhait d'allaitement et 12% sans souhait d'allaitement et que chez les jeunes mères, 85% allaitent et 15% n'allaitent pas (46).

2. Limites de notre étude

Dans notre étude, nous n'avons pas fait le choix d'entretiens semi-directifs qui nous aurait permis d'avoir la visée compréhensive de l'analyse qualitative qui aurait exploré les mécanismes du choix, le cheminement de ses femmes concernant l'allaitement. Ceci pouvant faire l'objet d'un autre travail.

D'autre part, pour cette étude, on retrouve des biais de sélection. Tout d'abord, les patientes n'ont pas été tirées au sort contrairement aux études nationales. Ensuite, les critères de précarité retenus ne sont pas identiques en tout point à ceux retenus par les autres études. Cependant cela peut être intéressant de ne pas s'être intéressé qu'aux extrêmes de la précarité.

La période relativement courte du recueil de données n'as pas permis d'inclure un nombre plus grand de patientes et d'être ainsi plus représentatif de la population générale.

Pour finir, notre étude n'a été réalisée que dans un seul centre entraînant un biais de recrutement de la population et l'absence de comparaisons possibles avec les différentes politiques de promotion et de soutien de l'allaitement d'autres maternités.

3. Propositions

Nous avons donc vu qu'il était difficile de définir les femmes en situation de précarité et que ces dernières, contrairement aux femmes en situation de non précarité, avaient un suivi moins régulier et un accès plus limité aux informations notamment celles concernant l'allaitement maternel. Il serait donc intéressant de commencer par réduire les inégalités sociales de santé et de trouver un moyen de « repérer » ces femmes dès leur première admission en prenant l'exemple de l'étude ATIH de 2008 avec le codage CIM 10.

De plus, il ne faut pas sous-estimer la place majeure de l'EPP dans le repérage de la précarité des femmes enceintes et donc insister sur l'importance de communiquer l'existence et le rôle de cet EPP aux patientes.

Le plan périnatalité de 2005-2007 (69), les propositions du PNNS de 2006-2010 (28), les actions et textes en faveur de la protection, de la promotion et du soutien de l'allaitement maternel en France, en Europe (Plan d'action européen pour le promotion de l'AM de 2004 (36)) et dans le monde (recommandations de l'OMS et de l'UNICEF (7,31,35)) offrent des outils à développer et à adapter auprès des femmes en situation de précarité. Voici quelques propositions.

Le repérage et l'accompagnement des femmes en situation de précarité doit se faire bien en amont du séjour à la maternité et permettre ainsi, en outre, un accompagnement optimal de l'allaitement maternel.

Ces moyens permettront ainsi d'anticiper et de permettre une prise en charge multidisciplinaire adaptée et un suivi personnalisé de grossesse basé sur un travail en réseau. Réseau d'acteurs travaillant en complémentarité auprès des femmes « précaires » : sage-femme et gynécologue-obstétricien, sage-femme libérale, sage-femme et médecin de PMI, assistante sociale, addictologue, éducateur mais aussi traductrice permettant aux patientes ne maîtrisant pas la langue d'exprimer leurs attentes. Tous ses acteurs devraient avoir une formation adéquate initiale et continue concernant l'allaitement et devraient

valoriser ces femmes dans leurs propres capacités à nourrir leur enfant, les informer sur les bienfaits et avantages de l'allaitement maternel, tout en ayant un discours modéré facilitant ainsi leur compréhension. La sage-femme comme nous l'avons vu est un acteur majeur dans le suivi et l'accompagnement de ces femmes.

Il faut renforcer la proposition systématique de l'EPP aux femmes.

L'expérience positive d'un allaitement et le fait d'avoir autour de soi des figures féminines allaitantes constituant des déterminants favorisant le choix de l'allaitement maternel, il faut ainsi continuer les actions du PRALLL, et étendre les réseaux de mères allaitantes au niveau national afin de permettre aux femmes en situation de précarité d'écouter et d'échanger autour d'expériences d'allaitement, de conseils, informations avec des femmes dans leur situation qui ont bénéficié d'une formation.

Informez toutes les femmes de l'existence de cours de préparation à la naissance et à la parentalité, leur rôle et le fait que ces derniers peuvent être menés par une sage-femme libérale et ainsi être personnalisés si ces derniers sont réalisés à domicile.

De plus, comme le propose Mme Hermange dans son rapport « Périnatalité et Parentalité » concernant les femmes étrangères, il faut développer d'avantage le dispositif de femmes relais, médiatrices entre les professionnels et les femmes afin de faciliter le dialogue entre eux, rompre leur isolement et éviter toute situation d'exclusion (70). C'est le principe du « peer to peer ».

Il serait intéressant d'informer de façon relativement précoce toutes les femmes sur les relais à domicile pour le soutien de leur allaitement car nous avons vu que peu de femmes étaient informées notamment concernant les consultations et les associations.

Nous avons également vu dans notre étude que la consommation du tabac était l'une des principales raisons de ne pas allaiter chez les femmes en situation de précarité. Il faudrait donc informer au mieux les femmes consommatrices, leur proposer un accompagnement vers un sevrage et soutenir l'instauration et le maintien de l'allaitement maternel.

La pudeur constituant également l'une des raisons de ne pas allaiter chez les femmes en situation de précarité, la mise en place de lieux dédiés à l'allaitement maternel dans les lieux publics les inciterait peut-être à changer d'avis.

De plus, nous avons vu l'importance de l'entourage familial et de proximité dans la prise de décision. Associer l'entourage autant que possible à l'information et la pratique de l'allaitement maternel permettrait d'accompagner au mieux les femmes dans leur parcours de parentalité et d'allaitement.

Mais nous ne pouvons pas enlever le fait que chacun a sa propre opinion, ses propres croyances et que toutes les femmes doivent être soutenues quel que soit leur choix.

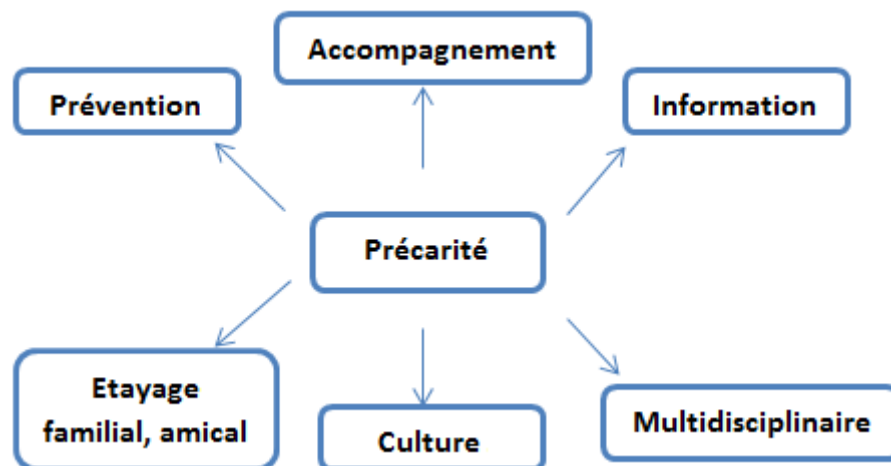


Figure 2: Différents leviers d'actions autour de la précarité

Cinquième partie : Conclusion

Ce mémoire portait sur la précarité et l'allaitement et plus particulièrement les déterminants qui influencent le choix du mode d'allaitement de l'enfant chez les femmes en situation de précarité. L'objectif principal de ce travail étant de les rechercher et ainsi de promouvoir et d'accompagner au mieux l'allaitement maternel. Nous avons comme objectif secondaire d'évaluer le taux d'allaitement maternel chez les femmes en situation de précarité et celles en situation de non précarité en partant du constat de départ que les femmes en situation de précarité allaitent moins que l'ensemble de la population.

Ainsi de nombreux déterminants influençant le choix chez ces femmes ont été observés.

L'origine étrangère de la mère favorise l'allaitement maternel de même que le fait d'avoir reçu des informations sur l'allaitement maternel. Les femmes allaitent pour les bienfaits du lait sur la santé de leur enfant, pour son côté naturel et le lien mère-enfant qu'il crée et ce qu'elle soit seule ou non, hébergée voire même incarcérée.

Pour celles n'ayant pas choisi d'allaiter, la consommation de tabac est pour une bonne partie d'entre elles la raison de ce choix d'où l'importance de les informer sur ce sujet. Le regard des autres est important pour ces femmes qui préfèrent ne pas allaiter en public et être bien vues par la société.

De plus, l'entourage familial et amical joue un rôle important dans la prise de décision.

Notre étude a mis en lumière d'autres résultats à savoir un taux semblable d'initiation d'allaitement maternel toute population confondue dont nous avons tenté d'analyser en partie les causes mais nous n'avons pas étudié le maintien de l'allaitement maternel. Ce maintien nécessite plus encore un travail d'accompagnement en réseau qui de l'anténatal au post-natal permettrait à la fois d'informer, de protéger et soutenir l'allaitement dans des situations de vie difficiles où la précarité, le manque de lien social, la perte de repères sont des obstacles à la mise en place du lien mère-enfant.

Bibliographie

1. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère délégué des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion. Rapport du gouvernement sur la pauvreté en France, 2012
2. Turck D. « Plan d'action : Allaitement maternel ». France, juin 2010. 40 p
3. Shortt E, McGorrian C, Kelleher C. A qualitative study of infant feeding decisions among low-income women in the Republic of Ireland. *Midwifery*. Irlande, mai 2013 ; 29 (5) : 453-460
4. Stolzer JM. Breastfeeding and WIC Participants: A Qualitative Analysis. *Journal of Poverty*. USA, 2010 ; 14 (4) : 423-442
5. Guttman N, Zimmerman DR. Low-income mothers' views on breastfeeding. *Social Science & Medicine*. USA, mai 2000 ; 50(10):1457-1473
6. McFadden A, Toole G. Exploring women's views of breastfeeding: a focus group study within an area with high levels of socio-economic deprivation. *Maternal and Child Nutrition*. Royaume-Uni, juillet 2006 ; 2 (3) : 156-168
7. Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant-Durée optimale de l'alimentation au sein exclusive. 2001. 5p
8. Laviolle G. Impact économique de l'allaitement artificiel. 2003. Disponible sur: http://www.santeallaitementmaternel.com/se_former/apprehender_enjeux/enjeux_generaux/allaitement_artificiel.php
9. Leclercq A. L'allaitement maternel : choix personnel, problème de santé publique ou question de finance publique? Mémoire DESS Economie Gestion Hospitalière Privée. 1997.
10. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. *Journal Officiel*. France, 1987. p6.
11. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Haut Comité de la Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. ENSP. 1998. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hc001043.pdf>
12. Cingolani P. Que sais-je? La précarité. Presses Universitaires de France. 2011. p 5-20.
13. Zaouche-Gaudron C, Sanchou P. Introduction. *Empan*. Février 2006; 60 (4) : 10-13.

14. Duhamel E, Joyeux H. Femmes et précarité. Etude du Conseil économique, social et environnemental. Journal officiel de la république française. Journaux officiels. Février 2013
15. Sarlat R. Allaitement et précarité. Les Dossiers de l'Obstétrique. oct 2013 ; 430.14 p.
16. Institut national de la statistique et des études économiques. Chômage dans l'Union européenne en 2012. France, 2012. Disponible sur: <http://www.insee.fr>
17. Toutain F. La position de la femme dans la société. Disponible sur: <http://www.cafes-citoyens.fr/comptes-rendus/8-la-position-de-la-femme-dans-la-societe>
18. Blondel B. Situation sociale et précarité en France au moment d'une naissance. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2010. Les Entretiens de Bichat. 2012; 29.
19. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM-U953 DREES. mai 2011. 132p.
20. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. Juin 2010 ; 547: 43-49.
21. Sass C, Guéguen R, Moulin J-J. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examen de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. Santé Publique. 1 déc 2006 ; 18(4) : 513-522.
22. Bréchat P, Lansac C, Hasni S, Huet C, Rochette D, Pahl E, et al. Étude de l'ATIH. Prise en charge de la précarité dans les établissements de santé. Gestions Hospitalières. 2009 ; 486 : 269-274.
23. Blondel B, Supernant K, De Mazaubrun C, Breart G. Enquête Nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998. Février 2005. 112p.
24. Vilain A, De Peretti C, Herbet J. Enquête Nationale périnatale 2003. Compléments de cadrage : les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources. Février 2005. 56 p
25. Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac L, Baron M, Maurel G, Rème J-M, Grandjean H. Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Février 2005 ; 34(1) : 23-32.
26. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. 2002. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr>
27. Institut de Veille Sanitaire. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épipane, France, 2012. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. Septembre 2012 ; 34 : 383-387.
28. Ministère de la santé et des solidarités. Deuxième Programme national nutrition santé 2006-2010. Actions et mesures. Septembre 2006 ; 38-42.

29. Coopération Française pour l'Allaitement Maternel. Allaitement maternel en France-CoFAM 2012. 2012. 40p
30. Allaitement et utilisation du lait humain : les recommandations de l'Académie Américaine de Pédiatrie. Les Dossiers de l'Allaitement. Juin 2013 ; 95 : 10-13.
31. Organisation Mondiale de la Santé, The United Nations Children's Fund. Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel. 1990. Disponible sur: http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24807.html
32. Organisation Mondiale de la Santé. Code international de commercialisation des substituts de lait. 1981. Disponible sur: <http://www.who.int>
33. DECLARATION INNOCENTI 2005 Sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Florence, Italie. Novembre 2005.
34. Organisation Mondiale de la santé, The United Nations Children's Fund. Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB). 1991; Disponible sur: <http://www.unicef.org> et <http://www.amis-des-bebes.fr>
35. Organisation Mondiale de la Santé, The United Nations Children's Fund. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel - Le rôle spécial des services liés à la maternité, Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF. Genève, 1989
36. Commission Européenne, Direction de la Santé Publique et de l'Evaluation des Risques. Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Europe. Luxembourg, 2004;
37. Allaitement maternel. Aliment Société Précarité CERIN. Octobre 2007; 39.
38. Crost M, Kaminski M. L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale. Archives de Pédiatrie. Décembre 1998 ; 5(12):1316-1326.
39. Bonnet M, Foix L'Hélias L, Blondel B. Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003. Archives de Pédiatrie. 2008; 15:1407-1415.
40. Bittar M, Marchand A, Dapony M, Vivier-Darrigol M, Degy G. Sein ou biberon pour le nouveau-né : que choisissent les femmes vivant dans la précarité ? Société Française de Médecine Périnatale. 2001.
41. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. Mars 2012 ; 129 (3) : e826-e842.
42. Taux de chômage par pays [Internet]. [cité 13 oct 2013]. Disponible sur: <http://www.statistiques-mondiales.com/chomage.htm>
43. Tenfelde SM, Finnegan L, Miller AM, Hill PD. Risk of breastfeeding cessation among low-income women, infants, and children: a discrete time survival analysis. Nurs Res. Avril 2012 ; 61(2) : 86-95.

44. Bruguières D. Allaitement : des femmes-relais pour soutenir les jeunes mères. Santé de l'Homme. 2007 ; 391 : 37-39.
45. Bruguières D. Les réseaux de soutien pour l'allaitement entre pairs (Peer Counsellor Program) en France. Colloq Infor-Allaitement. Novembre 2012. 10p
46. Boulinguez V, Martz N, Roux L. PRENAP- Projet Régional Expérimental Nutrition et Allaitement maternel chez les femmes Précaires. Les Dossiers de l'Obstétrique. Mai 2012 ; 415 : 20-21.
47. Boulinguez V, Martz N, Roux L. PRENAP un partenariat ville-hôpital en île de France. Les Dossiers de l'Obstétrique. Juillet 2012 ; 417 : 12-14.
48. Organisation Mondiale de la Santé. Bienfaits pour la santé des nourrissons. Faits et chiffres-L'allaitement maternel. Disponible sur <http://www.who.int>
49. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Société française de pédiatrie. Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Programme National Nutrition-Santé. 2005. 72p.
50. Poulain J-P, Tibère L. Alimentation et précarité. Considérer la pluralité des situations. Anthropology of Food. 2012; 6. Disponible sur: <http://aof.revues.org/4773?&id=4773>
51. Organisation Mondiale de la Santé. Avantages pour les mères. Faits et chiffres-L'allaitement maternel. Disponible sur: <http://www.who.int>
52. L Guize, et al. Diabète et la précarité: Étude d'une vaste population française. Diabetes & Metabolism. Mars 2010 ; 36, (1) : A18.
53. Delassus J-M. Naissance et allaitement. Psychanalyse de la naissance. Dunod. Paris, 2005. 180-193.
54. Hays M-A. L'observation de l'allaitement: une modalité de soutien à la relation primaire ? Spirale. Septembre 2003 ; 27(3) : 107-120.
55. Huart H, Institut national de la statistique et des études économiques. L'immigration récente en Aquitaine est teintée d'accent britannique. AQUITAINE e-publications. Octobre 2012 ; 17: 4p.
56. Guichard N, Institut national de la statistique et des études économiques. L'Aquitaine au 3e rang des territoires de migrations. AQUITAINE e-publications. Janvier 2007 ; 1 :5 p.
57. Allaitement Précarité enquête CoFAM.2013. Disponible sur: http://www.coordination-allaitement.org/FR/S_informer/Etudes_et_recherches/Allaitement_Precarite_enquete_CoFAM.html
58. Magnan G. Quand on n'a rien à manger, que peut-on donner? Profession Sage-Femme. 2012 ; 189 : 42-43.
59. La Cimade. Petit guide pour conjuguer la migration au féminin. Petits guides de La Cimade. Juin 2013. 20 p.

60. Perriot J. Tabagisme et précarité (Diaporama). 2012. Disponible sur http://www.iraat.fr/fileadmin/user_upload/fichiers_pdf/TABAGISME_ET_PRECARI TE__Mode_de_compatibilit%C3%A9_.pdf
61. Facteurs qui influencent la décision d'allaiter [Internet]. Le portail d'information prénatale. Disponible sur : infoprenatale.inspq.qc.ca
62. Nguyen D, Berlin I. Allaitement maternel chez les femmes fumeuses : connaissances actuelles. Société Française de Tabacologie.
63. Fanello S, Moreau-Gout I, Cotinat J., Descamps P. Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : une enquête auprès de 308 femmes. Archives de Pédiatrie. France, janvier 2003 ; 10(1) : 19-24.
64. Huot-Marchand M. Dossier Allaitement maternel. Allaitement maternel et familles vulnérables. Comment accompagner les mères? Une expérience à partager... Les Dossiers de l'Obstétrique. Avril 2011 ; 403 : 24-29.
65. Chabrol H, Walburg V, Teissedre F, Armitage J, Santrisse K. Influence of mother's perceptions on the choice to breastfeed or bottle-feed: perceptions and feeding choice. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2004 ; 22(3) : 189-198.
66. Gojard S. Alimentation du nourrisson et position sociale : quatre manières d'être mère. INRA Sciences Sociales. sept 2012;(2):4p.
67. Gojard S. L'allaitement, une norme sociale. Spirale. Septembre 2003 ; 27(3) : 133-137.
68. Barona-Vilar C, Escribá-Agüir V, Ferrero-Gandía R. A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. Midwifery. Avril 2009 ; 25(2) : 187-194.
69. Ministère de la santé. PLAN « périnatalité » 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité. Novembre 2004. 13-15.
70. Hermange M-T. Périnatalité et parentalité. La Documentation française. 2006. 45 p.

Annexes

Annexe 1 : Le score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	constante	75,14	

Figure: Calcul du score EPICES

Annexe 2 : Questionnaire distribué aux patientes

Etudiante sage-femme à l'école de Bordeaux, je réalise un mémoire de fin d'études sur le thème de l'allaitement et des déterminants influençant le choix d'alimentation de votre bébé.

Afin de mener cette étude, merci de bien vouloir prendre un peu de votre temps (quelques minutes) pour répondre à ce questionnaire.

Je m'engage à respecter votre **anonymat**. Merci de votre aide qui me sera très précieuse.

Cocher les réponses. Plusieurs réponses sont possibles.

Données générales :

1. Quel âge avez-vous ?

2. Quelle est votre pays de naissance ?

- France
- Autre :

3. Quelle est votre situation familiale ?

- Mariée
- Pacsée
- Divorcée
- En concubinage
- Célibataire

4. Quel type de logement avez-vous ?

- Maison
- Appartement
- Caravane
- Mobile home
- Hébergement provisoire chez un tiers
- Sans domicile fixe

5. Dans votre logement, avez-vous accès à l'eau courante ?

- Oui
- Non

6. Et au chauffage ?

- Oui
- Non

7. Quel est votre niveau d'études ?

- Non scolarisée
- Primaire
- Collège, BEP, CAP...
- Lycée, BAC
- Enseignement supérieur (> BAC)

8. Exercez-vous une profession ?

- Oui. Laquelle :
- Non

Si oui, quelle catégorie :

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers

9. Votre conjoint exerce-t-il une profession ?

- Oui. Laquelle :
- Non

10. Ressources du ménage :

- Au moins un revenu du travail. Si oui, vos revenus sont-ils supérieurs à 964€/mois ?
 - Oui**
 - Non
- Chômage depuis plus d'un an et SANS interruption
- Aucun revenu du travail et absence de chômage indemnisé
- RSA (Revenu de Solidarité Active)

- Autres telles que l'allocation de solidarité spécifique (ASS), l'allocation d'insertion (AI), l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Sont exclues les allocations familiales.

11. Couverture sociale. Vous êtes bénéficiaire :

- Du régime général
- De la Couverture Maladie Universelle (CMU)
- De la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC)
- De l'Aide Médicale d'Etat (AME)
- Absence de couverture sociale

12. Avez-vous consommé du tabac ?

- Oui, avant la grossesse
- Oui, pendant la grossesse
- Non

13. Avez-vous consommé des boissons alcoolisées ?

- Oui, avant la grossesse
- Oui, pendant la grossesse
- Non

14. Avez-vous consommé du cannabis ou autres substances ?

- Oui, avant la grossesse
- Oui, pendant la grossesse
- Non

Grossesse, Naissance et Allaitement :

15. Avez-vous été suivie régulièrement pendant la grossesse ?

- Oui (1 consultation par mois)
- Non

16. Par qui avez-vous été suivie ?

- Sage-femme
- Gynécologue-Obstétricien à l'hôpital
- Gynécologue-Obstétricien libéral
- Médecin traitant

17. Avez-vous également été accompagnée par un autre professionnel ?

- Oui
- Non

Si oui par :

- Sage-femme libérale
- Sage-femme de PMI
- Assistante sociale
- Psychologue
- Autre :

18. Avez-vous participé à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ?

- Par manque de temps
- Je ne désirais pas y assister
- Je n'avais pas connaissance de ces cours
- Difficultés pour se déplacer
- Autre :

19. Avez-vous eu un entretien prénatal précoce (EPP) pendant votre grossesse ?

- Oui
- Non

20. Avez-vous reçu des informations sur l'allaitement maternel ?

- Oui
- Non

- Si oui :

Par qui ?

- Par la personne qui vous a suivie
- Par une sage-femme à la maternité
- Par votre sage-femme libérale ou de PMI
- Par des proches
- Autre :

Par quels moyens ?

- En cours de préparation à la naissance et à la parentalité
- Oralement
- Documentation
- Internet
- Programmes télévisés
- Autre :

21. Ces informations vous ont-elles influencée pour prendre votre décision ?

- Oui, beaucoup
- Oui, un peu
- Non, pas du tout

Pourquoi ?

22. Et pour vous, que représente l'allaitement maternel en quelques lignes ?

23. Parmi ces mots-clés, choisissez-en 3 qui représentent pour vous le plus l'**allaitement**

maternel et les numéroté par ordre de priorité.

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfant | <input type="checkbox"/> Echange |
| <input type="checkbox"/> Amour | <input type="checkbox"/> Naturel |
| <input type="checkbox"/> Nourriture | <input type="checkbox"/> Inné |
| <input type="checkbox"/> Santé | <input type="checkbox"/> Sein |
| <input type="checkbox"/> Lien/relation mère-enfant | <input type="checkbox"/> Maternel |

24. Quel mode d'alimentation avez-vous choisi pour votre bébé ?

- Allaitement maternel (sein)
- Biberon

25. A quel moment avez-vous décidé d'allaiter ou non ?

- Avant la grossesse
- Pendant la grossesse
- A l'accouchement

26. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous fait ce choix ? Si plusieurs choix les classer en les numérotant par ordre de priorité.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Peur d'abîmer les seins | <input type="checkbox"/> Lien père-enfant |
| <input type="checkbox"/> Relation/ lien mère-enfant | <input type="checkbox"/> Moins fatiguant |
| <input type="checkbox"/> Usage de tabac | <input type="checkbox"/> Economique |
| <input type="checkbox"/> Plus pratique | <input type="checkbox"/> On sait ce que bébé prend |
| <input type="checkbox"/> Moins stressant | <input type="checkbox"/> S'est recommandé |
| <input type="checkbox"/> Culture | <input type="checkbox"/> Manque de confiance en soi |
| <input type="checkbox"/> Pression familiale | <input type="checkbox"/> Pudeur, regard des autres |
| <input type="checkbox"/> Intimité | <input type="checkbox"/> Plus naturel |
| <input type="checkbox"/> Usage de boissons alcoolisées | <input type="checkbox"/> Usage de médicaments |
| <input type="checkbox"/> Bénéfices pour la maman | <input type="checkbox"/> Santé de l'enfant |
| <input type="checkbox"/> Usage de cannabis | <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : |

27. Parlons un peu de votre expérience... Avez-vous d'autres enfants ?

Oui Nombre :

Non

- **Si oui**, les avez-vous allaités ?

Oui

Non

-**Si oui**, combien de temps ?

- **Si oui**, était-ce :

Un allaitement exclusif (que le sein)

Un allaitement mixte (sein + biberon)

- Avez-vous eu des difficultés lors de ce ou ces allaitement(s) ? Si oui lesquelles ?

- Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter ?

28. Avez-vous eu l'occasion dans votre vie de vous occuper de vos frères, sœurs ou autres enfants et de leurs faire des soins de puériculture (faire le change, donner le biberon...)?

Oui

Non

Entourage :

29. Si vous avez un conjoint, l'avez-vous consulté pour prendre votre décision concernant l'alimentation de votre bébé ?

- Oui
- Non

-Si oui, quel a été son avis ?

- Allaitement maternel
- Biberon
- Aucun avis

-Si oui, son avis a-t-il influencé votre choix ?

- Oui
- Non

30. Avez-vous été allaitée ?

- Oui
- Non

31. Avez-vous sollicité l'avis de votre mère pour prendre votre décision concernant l'alimentation de votre bébé ?

- Oui
- Non

- Si oui, quel a été son avis ?

- Allaitement maternel
- Biberon
- Absence d'avis
-

- **Si oui**, son avis a-t-il influencé votre choix ?

- Oui
- Non

32. Y'a-t-il autour de vous des amies qui allaitent ou ont allaité leur enfant ?

- Oui
- Non

33. Si oui, vous ont-elles donné leur avis sur l'allaitement ?

- Oui, elles vous le conseillent
- Oui, elles ne vous le conseillent pas
- Non, elles ne vous ont pas donné leur avis

-**Si oui**, cet avis a-t-il influencé votre choix ?

- Oui
- Non

Si non pourquoi ?

34. Pour le retour à la maison, avez-vous reçu des informations concernant les relais possibles à domicile pour le soutien de votre allaitement ?

- Oui
- Non

-**Si oui**, lesquels ?

- Suivi par une sage-femme libérale
- Consultation en PMI
- Consultation spécialisée en lactation
- Associations de soutien à l'allaitement maternel

-**Si oui**, à quel moment ?

- Pendant la grossesse
- A la maternité

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Annexe 3 : Comparaison « précaires »/ « non précaires » allaitantes

Tableau 1 : Suivi de grossesse chez les femmes allaitantes selon le caractère de précarité

	Groupe PAM N= 49	Groupe NPAM N= 103	P-value
Suivi de grossesse			
Au moins une consultation par mois	45 (91,8%)	100 (97,1%)	0,3032*
Moins de 7 consultations	4 (8,2 %)	3 (2,9%)	
Professionnel assurant le suivi			
Sage-femme	27 (55,1%)	47 (45,6%)	0,3585*
Gynécologue-Obstétricien hospitalier	15 (30,6%)	38 (36,9%)	0,5637*
Gynécologue-Obstétricien libéral	20 (40,8%)	66 (64,1%)	0,0114*
Médecin traitant	4 (8,2%)	10 (9,7%)	0,9937*
Autres professionnels			
Oui	38 (77,6%)	77 (74,8%)	0,8627*
Non	11 (22,4%)	26 (25,2%)	
Si oui :			
Sage-femme libérale	27 (77,1%)	76 (98,7%)	1,546*10^{-5*}
Sage-femme de PMI	15 (39,5%)	5 (6,5%)	3,668*10^{-5*}
Psychologue	7 (18,4%)	0	0,0002**
Assistante sociale	18 (47,4%)	0	7,07*10^{-11**}
Autre	3 (7,9%)	2 (2,6%)	0,3299**
Cours de préparation à la naissance et à la parentalité			
Oui	19 (11,9%)	74 (71,8%)	0,0002*
Non	30 (61,2%)	29 (28,2%)	
Si non :			
Manque de temps	3 (10%)	5 (17,2%)	0,6658*
Absence de désir d'y participer	8 (26,7%)	8 (27,6%)	1*
Absence de connaissance de ces cours	6 (20%)	1 (3,4%)	0,1028**
Difficultés pour se déplacer	8 (26,7%)	8 (27,6%)	0,9448
Expérience antérieure	6 (20%)	7 (24,1%)	0,9448*
Autre	0	1 (3%)	0,4915**
Entretien prénatal précoce			
Oui	2 (4,1%)	26 (25,2%)	0,0013**
Non	47 (95,9%)	77 (74,8%)	

* : test du Chi² ** : Test de Fisher

Tableau 2 : Informations reçues concernant l'AM chez les femmes allaitantes et comparaison selon le caractère de précarité

	Groupe PAM N= 49	Groupe NPAM N=103	P-value
Informations sur l'AM			
Oui	36 (73,5%)	90 (87,4%)	0,0577*
Non	13 (26,5%)	13 (12,6%)	
Si oui, par qui :			
Personne assurant le suivi	7 (19,4%)	19 (21,1%)	1*
Sage-femme à la maternité	3 (8,3%)	13 (14,4%)	0,5257*
Sage-femme libérale	16 (44,4%)	60 (66,7%)	0,0355*
Sage-femme de PMI	5 (13,9%)	3 (3,3%)	0,0733*
Proches	12 (33,3%)	36 (28,9%)	0,7824*
Si oui, par quels moyens:			
En cours de préparation	15 (41,7%)	68 (75,6%)	0,0006*
Oralement	27 (75%)	84 (93,3%)	0,0103*
Documentation	19 (52,8%)	42 (46,7%)	0,6724*
Internet	3 (8,3%)	20 (22,2%)	0,1169*
TV	2 (5,6%)	8 (9%)	0,7226**
Influence des informations?			
Oui	12 (33,3%)	43 (47,8%)	0,2012*
Non	24 (66,7%)	47 (52,2%)	
Informations relais à domicile			
Oui	34 (69,4%)	85 (82,5%)	0,104*
Non	15 (30,6%)	18 (17,5%)	
Si oui, lesquels :			
Suivi sage-femme libérale	31 (91,2%)	83 (97,6%)	0,1401**
Consultation en PMI	23 (67,6%)	48 (56,5%)	0,3597*
Consultation spécialisée en lactation	1 (2,9%)	11 (12,9%)	0,1754**
Associations de soutien à l'AM	3 (8,8%)	17 (20%)	0,2295*
Si oui, à quel moment :			
Pendant la grossesse	17 (50%)	65 (76,5%)	0,0093*
A la maternité	20 (58,8%)	43 (50,6%)	0,542*

* : test du Chi² ** : Test de Fisher

Tableau 3 : Expérience chez les femmes allaitantes selon le caractère de précarité

	Groupe PAM N= 49	Groupe NPAM N= 103	p-value
Allaitement maternel antérieur			
Oui	20 (95,2%)	38 (88,4%)	0,6543**
Non	1 (4,8%)	5 (11,6%)	
Si oui, durée			
Moyenne (en jours)	252,8 +/- 205,06	169,1 +/- 145	0,3091
Si oui, manière			
Exclusive	14 (70%)	26 (68,4%)	0,3091*
Mixte (sein et biberon)	6 (30%)	12 (31,6%)	
Si oui, difficultés rencontrées			
Oui	2 (10%)	21 (55,3%)	0,0076**
Non	18 (90%)	17 (44,7%)	
Femme a été allaitée			
Oui	40 (81,6%)		
Non	9 (18,4%)		
Soins de puériculture			
Oui	27 (55,1%)	60 (58,3%)	0,8481*
Non	22 (44,9%)	43 (41,7%)	

* : test du Chi² ** :Test de Fisher

* : test du Chi² ** :Test de Fisher

Tableau 4 : Place du conjoint dans le choix des femmes allaitantes selon le caractère de précarité

	Groupe PAM N= 27	Groupe NPAM N=103	p-value
Demande avis			
Oui	18 (66,7%)	61 (59,2%)	0,6286*
Non	9 (33,3%)	42 (40,8%)	
Si oui, avis			
Allaitement maternel	17 (97,4%)	52 (85,2%)	0,4402*
Biberon	0	1 (1,7%)	
Aucun avis	1 (5,6%)	8 (13,1%)	0,6757**
Influence de cet avis			
Oui	8 (44,4%)	31 (50,8%)	0,8359*
Non	10 (55,6%)	30 (49,2%)	

Tableau 5 : Place de la mère des femmes allaitantes selon le caractère de précarité

	Groupe PAM N= 49	Groupe NPAM N= 103	p-value
Demande avis			
Oui	12 (24,5%)	19 (18,4%)	0,5164*
Non	37 (79,5%)	84 (81,6%)	
Si oui, avis			
Allaitement maternel	9 (75%)	18 (94,7%)	0,2718**
Biberon	2 (16,7%)	0	0,1419**
Aucun avis	1 (8,3%)	1 (5,3%)	0,5435**
Influence de cet avis			
Oui	8 (66,7%)	12 (63,2%)	1**
Non	4 (33,3%)	7 (36,8%)	

* : test du Chi² ** :Test de Fisher

Tableau 6 : Place des amies dans le choix chez les femmes allaitantes selon le caractère de précarité

	Groupe PAM N= 49	Groupe NPAM N= 103	p-value
Amies qui allaitent			
Oui	37 (75,5%)	88 (85,4%)	0,2042*
Non	12 (24,5%)	-14,60%	
Si oui, avis donné?			
Oui, elles le conseillent	25 (67,5%)	61 (69,3%)	1*
Oui, elles ne le conseillent pas	4 (10,8%)	7 (8%)	0,866*
Non	27 (73%)	24 (27,3%)	1*
Influence			
-Si elles le conseillent			
Oui	13 (52,2%)	20 (32,8%)	0,2803*
Non	12 (48%)	41 (67,2%)	
-Si elles ne le conseillent pas			
Oui	1 (25%)	0	0,3636**
Non	3 (75%)	7(100%)	

* : test du Chi² ** :Test de Fisher

Annexe 4 : Comparaison « précaires »/ « non précaires » non allaitantes

Tableau 1 : Qualité de vie de la femme non allaitante selon le caractère de précarité

	Groupe PAA N= 18	Groupe NPAA N=2	P-value
Tabac			
Avant la grossesse	12 (66,7%)	16 (53,3%)	0,5453*
Pendant la grossesse	11 (61,1%)	8 (26,7%)	0,0396*
Alcool pendant grossesse	1 (5,6%)	0	0,375**
Drogues pendant grossesse	2 (11,1%)	0	0,1356

* : test du Chi² ** : Test de Fisher

Tableau 2 : Suivi de grossesse chez les femmes non allaitantes selon le caractère de précarité (* : test du Chi² ** : Test de Fisher)

	Groupe PAA N= 18	Groupe NPAA N= 30	P-value
Suivi de grossesse			
Au moins une consultation par mois	16 (81,9%)	30 (100%)	0,1356**
Moins de 7 consultations	2 (11,1%)	0	
Professionnel assurant le suivi			
Sage-femme	11 (61,1%)	18 (60%)	1*
Gynécologue-Obstétricien hospitalier	10 (55,6%)	14 (46,7%)	0,7656*
Gynécologue-Obstétricien libéral	4 (22,2%)	18 (60%)	0,0248*
Médecin traitant	2 (11,1%)	8 (26,7%)	0,2816**
Autres professionnels			
Oui	11 (61,1%)	15 (50%)	0,6536*
Non	7 (38,9 %)	15 (50%)	
Si oui :			
Sage-femme libérale	8 (72,7%)	12 (80%)	1*
Sage-femme de PMI	4 (36,4%)	2 (13,3%)	0,3478**
Psychologue	3 (27,3%)	1 (6,7%)	0,2789**
Assistante sociale	1 (9,1%)	0	0,4231**
Autre	1 (9,1%)	2 (13,3%)	1**
Participation à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité			
Oui	5 (27,8%)	13 (43,3%)	0,4414
Non	13 (72,2%)	17 (56,7%)	
Si non :			
Manque de temps	2 (15,4%)	3 (17,6%)	1**
Absence de désir d'y participer	6 (46,2%)	4 (23,5%)	0,3619*
Absence de connaissance de ces cours	2 (15,4%)	0	0,1793**
Difficultés pour se déplacer	4 (30,8%)	1 (5,9%)	0,1377**
Expérience antérieure	0	10 (58,8%)	0,0010**
Autre	1 (7,7%)	1 (5,9%)	1**
Entretien prénatal précoce			
Oui	1 (5,6%)	4 (13,3%)	0,6372**
Non	17 (94,4%)	26 (86,7%)	

Tableau 3 : Informations reçues concernant l'AM chez les femmes non allaitantes et comparaison selon le caractère de précarité

	Groupe PAA N= 18	Groupe NPAA N= 30	P-value
Informations sur l'AM			
Oui	8 (44,4%)	24 (80%)	0,0269*
Non	10 (55,6%)	6 (20%)	
Si oui, par qui :			
Personne assurant le suivi	3 (37,5%)	11 (45,8%)	1*
Sage-femme à la maternité	1 (12,5%)	3 (12,5%)	1**
Sage-femme libérale	3 (37,5%)	6 (25%)	0,8204*
Sage-femme de PMI	1 (12,5%)	0	0,25**
Proches	3 (37,5%)	6 (25%)	0,8205*
Si oui, par quels moyens:			
En cours de préparation	1 (12,5%)	8 (33,3%)	0,3858**
Oralement	7 (87,5%)	20 (83,3%)	1**
Documentation	5 (62,5%)	14 (58,3%)	1*
Internet	2 (25%)	1 (4,2%)	0,1468**
TV	0	2 (8,3%)	1**
Influence des informations?			
Oui	1 (12,5%)	5 (20,8%)	1**
Non	7 (87,5%)	19 (79,2%)	
Informations relais à domicile			
Oui	8 (44,4%)	17 (56,7%)	0,6015*
Non	10 (55,6%)	13 (43,3%)	
Si oui, lesquels :			
Suivi sage-femme libérale	7 (87,5%)	17 (100%)	0,32**
Consultation en PMI	6 (75%)	11 (64,7%)	1**
Consultation spécialisée en lactation	0	0	
Associations de soutien à l'AM	0	0	
Si oui, à quel moment :			
Pendant la grossesse	3 (37,5%)	13 (76,5%)	0,1479*
A la maternité	7 (87,5%)	9 (52,9%)	0,1822**

* : test du Chi² ** : Test de Fisher

Tableau 4 : Expérience chez les femmes non allaitantes selon le caractère de précarité

	Groupe PAA N= 18	Groupe NPAA N= 30	p-value
Allaitement maternel antérieur			
Oui	4 (50%)	10 (58,8%)	1*
Non	4 (50%)	7 (41,2%)	
Si oui, durée			
Moyenne (en jours)	120,5 +/- 129	37,10 +/- 40,33	0,1767
Si oui, manière			
Exclusive	4 (100%)	10 (100%)	
Mixte (sein et biberon)	0	0	
Si oui, difficultés rencontrées			
Oui	1 (25%)	10 (100%)	0,0109**
Non	3 (75%)		
Femme a été allaitée			
Oui	6 (33,3%)		
Non	12 (66,7%)		
Soins de puériculture			
Oui	14 (77,8%)	17 (56,7%)	0,2425*
Non	4 (22,2%)	13 (43,3%)	

* : test du Chi² ** : Test de Fisher

Tableau 5 : Place du conjoint dans le choix des femmes non allaitantes selon le caractère de précarité

	Groupe PAA N= 18	Groupe NPAA N= 30	p-value
Demande avis			
Oui	6 (50%)	24 (80%)	0,1173*
Non	6 (50%)	6 (20%)	
Si oui, avis			
Allaitement maternel	0	4 (16,7%)	0,5526**
Biberon	3 (50%)	12 (50%)	1*
Aucun avis	3 (50%)	8 (33,3%)	1*
Influence de cet avis			
Oui	2 (33,3%)	9 (37,5%)	1**
Non	4 (66,7%)	15 (62,5%)	

* : test du Chi² ** : Test de Fisher

Tableau 6 : Place de la mère de la femme non allaitante selon le caractère de précarité

	Groupe PAA N= 18	Groupe NPAA N= 30	p-value
Demande avis			
Oui	1 (5,6%)	5 (16,7%)	0,3883**
Non	17 (94,4%)	25 (83,3%)	
Si oui, avis			
Allaitement maternel	1 (100%)	0	0.1667**
Biberon	0	4 (80%)	0,3333**
Aucun avis	0	1 (20%)	1**
Influence de cet avis			
Oui	0	2 (40%)	1**
Non	1 (100%)	3 (60%)	

* : test du Chi² ** :Test de Fisher

Tableau 7 : Place des amies dans le choix chez les femmes non allaitantes selon le caractère de précarité

	Groupe PAA N= 18	Groupe NPAA N= 30	p-value
Amies qui allaitent			
Oui	11 (61,1%)	24 (80%)	0,2756
Non	7 (38,9%)	6 (20%)	
Si oui, avis donné?			
Oui, elles le conseillent	5 (45,5%)	16 (66,7%)	0,4136*
Oui, elles ne le conseillent pas	5 (45,5%)	2 (8,3%)	0,0491**
Non	4 (36,4%)	8 (33,3%)	0,7549*
Influence			
-Si elles le conseillent			
Oui	0	1 (6,2%)	1**
Non	5 (100%)	15 (93,8%)	
-Si elles ne le conseillent pas			
Oui	3 (60 %)	1 (50%)	1**
Non	2 (40%)	1 (50%)	

* : test du Chi² ** :Test de Fisher