

Connaissances sur l'allaitement maternel des femmes allaitantes avant leur sortie de maternité au CHU Estaing de Clermont-Ferrand

Laure Sage

▶ **To cite this version:**

Laure Sage. Connaissances sur l'allaitement maternel des femmes allaitantes avant leur sortie de maternité au CHU Estaing de Clermont-Ferrand. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01095209

HAL Id: dumas-01095209

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01095209

Submitted on 15 Dec 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.

ECOLE DE SAGE-FEMME DE CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITE D'AUVERGNE-CLERMONT 1

CONNAISSANCES SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL DES FEMMES ALLAITANTES AVANT LEUR SORTIE DE MATERNITE AU CHU ESTAING DE CLERMONT-FERRAND

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Laure SAGE

Née le 3 mai 1990

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2014

UdA | Université d'Auvergne

MAÏEUTIQUE

ECOLE DE SAGE-FEMME DE CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITE D'AUVERGNE-CLERMONT 1

CONNAISSANCES SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL DES FEMMES ALLAITANTES AVANT LEUR SORTIE DE MATERNITE AU CHU ESTAING DE CLERMONT-FERRAND

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Laure SAGE

Née le 3 mai 1990

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2014

UdA | Université d'Auvergne

MAÏEUTIQUE

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

- Mme Baumont Monique, directrice de ce mémoire, sage-femme consultante en lactation (IBCLC)
- Mme Poumeyrol, sage-femme enseignante référente sur ce projet
- L'ensemble de l'équipe enseignante, le secrétariat de l'école, ainsi que tous ceux qui m'ont aidé à la réalisation de ce mémoire.

A Gwénolé, pour sa patience et son aide précieuse,

A mes parents pour leur soutien,

A Coralie,

Et à mes Grands-Parents

(Et un grand merci à Thibaud et Anaëlle pour leur participation de dernière minute !)

GLOSSAIRE

AM : Allaitement Maternel

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (actuellement HAS)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Intervalle de Confiance

IPA: Information Pour l'Allaitement (association)

IMC : Indice de Masse Corporelle

IHAB : Initiative Hôpital Amis des Bébés

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odd Ratio

PMI: Protection maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PRADO : Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

SOMMAIRE

INTRODUCTION **4**

1. REVUE DE LA LITTERATURE **2**

1.1. Situation de l'allaitement maternel : 3

1.2. Recommandations et place de la sage-femme dans l'accompagnement des femmes et la transmission des connaissances sur l'allaitement maternel 7

1.3. Les facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel 13

1.4. Différents facteurs influençant les connaissances sur l'allaitement maternel des femmes allaitantes 21

2. MATERIEL ET METHODE **23**

2.1. Type d'étude : 24

2.2. Population : 24

2.3. Objectifs de l'étude : 25

2.4. Recueil de données et questionnaire: 26

2.5. Traitement de données et analyse statistique : 28

3. RESULTATS **29**

3.1. Caractéristiques de la population : 30

3.2. Le taux de connaissances des femmes sur l'allaitement : 32

3.3. Supports d'information sur l'allaitement maternel : 46

3.4. Taux de connaissance en fonction de la durée du séjour : 48

3.5. Indice de confiance quant à la poursuite de l'allaitement maternel : 49

3.6. Projet d'allaitement des patientes : 53

4. DISCUSSION **54**

4.1. Introduction et rappel des objectifs : 55

4.2. Limites de l'étude : 55

4.3. Intérêt et points forts de l'étude : 56

4.4. La population : 56

4.5. Connaissances des femmes allaitantes sur l'allaitement : 57

4.6. Support d'information sur l'AM : 69

4.7. Influence de la durée du séjour sur les connaissances : 70

4.8. Confiance des femmes pour mener leur allaitement : 71

5. PROJET D'ACTION **73**

CONCLUSION **76**

REFERENCES **79**

ANNEXES **85**

INTRODUCTION

L'enquête Epifane a récemment livré les derniers résultats de l'allaitement maternel en France. Le taux d'initiation national est parmi les plus bas d'Europe et diminue de 69% à 54% durant le premier mois suivant la naissance de l'enfant [1].

L'allaitement maternel est pourtant unanimement reconnu comme étant le mode d'alimentation le plus adapté au nouveau-né, et les recommandations de l'OMS, reprises dans les recommandations françaises, préconisent un allaitement au sein exclusif de 6 mois [2] [3].

Les facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel retrouvés dans la littérature sont marqués par le manque de connaissances et le manque de confiance des femmes en leur allaitement [4][5].

A l'heure du numérique, les sources d'informations sur l'allaitement maternel se multiplient, allant des forums aux articles scientifiques.

Dans un premier temps, les connaissances sur l'allaitement maternel des mères allaitantes ont été décrites ainsi que leurs sources d'informations.

Dans un second temps, l'influence de la durée du séjour en maternité sur les connaissances des femmes allaitant leur enfant a été étudiée.

Enfin, l'état de confiance dans lequel se trouvait les femmes, quant à la poursuite de leur allaitement maternel alors qu'elles allaient quitter la maternité, a été décrit.

1.REVUE DE LA LITTERATURE

1.1. Situation de l'allaitement maternel :

1.1.1. Dans le monde

Selon l'UNICEF, 63% des enfants de moins de six mois ne seraient pas nourris au sein de façon adéquate. Le pourcentage de nourrissons de moins de six mois allaités exclusivement au sein entre 2000 et 2007 est estimé à 38% dans le monde, 31% en Afrique subsaharienne, 38% dans les pays en voie de développement, 37% dans les pays les moins avancés [6]. L'allaitement maternel exclusif dans les pays en voie de développement est actuellement en hausse, il est passé de 42% en 1989 à 46% en 1999. On peut cependant souligner que les enfants des milieux urbains sont moins allaités que dans les communautés rurales et sont sevrés plus tôt [7]. Ces faibles taux s'expliquent en partie par une méconnaissance de l'importance de cette pratique et par l'incapacité d'allaiter pour les femmes pauvres des milieux urbains travaillant à l'extérieur du foyer.

Aux Etats-Unis, le taux d'allaitement maternel augmente constamment depuis les années 2000. Il était de 74,6% à la sortie de la maternité en 2008 et l'on estimait à 44,4% le taux d'allaitement maternel à six mois [8]. L'évolution est sensiblement la même au Canada avec des taux d'allaitement supérieurs : 85% d'allaitement au sein à la naissance en 2003 [9] et moins de 20% à 6 mois [10].

1.1.2. En Europe

Il existe de grandes disparités au sein de l'Europe concernant l'allaitement maternel et les données collectées sont souvent incomplètes. Cependant, malgré les difficultés à interpréter les statistiques disponibles, il apparait que les taux de pratique de l'allaitement maternel sont loin d'atteindre les recommandations de l'OMS et l'UNICEF.

Les pays du sud de l'Europe ainsi que le Royaume-Uni ont des faibles incidences d'allaitement maternel. A l'inverse, les pays nordiques, présentent des taux d'allaitement particulièrement élevés en sortie de maternité et prolongés dans le temps [11].Par exemple en Norvège la quasi-totalité des mères (98%) qui accouchent initient l'allaitement dès la maternité et sont près de 96% à nourrir leur enfant au sein à l'âge d'un mois [12]. Elles sont

encore aux alentours de 50% à allaiter exclusivement à 4mois et près de 20% à 6 mois en 2006 [10].

A noter qu'en juin 2004, un **plan d'action** pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel en Europe a été élaboré. Actuellement, seuls 18 pays européens possèdent des politiques nationales et /ou régionales en matière d'alimentation infantile [13].

1.1.3. En France

1.1.3.1. Historique

Le taux d'allaitement maternel en France est parmi les plus bas en Europe. Il provient d'un héritage culturel et sociétal propre à la France.

Depuis plusieurs siècles, la France est un pays de séparation précoce avec l'enfant et de non-allaitement selon Marc Pilliot, pédiatre et président de la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel [14]. Historiquement la place accordée aux nourrices, bien que plus tardive par rapport aux autres pays d'Europe, a été utilisée en France de façon massive. Cela a créé ainsi une véritable industrie de nourrices et la durée d'allaitement avant la révolution industrielle était estimée de un à deux ans [15]. C'est donc le plus souvent aux femmes des campagnes que revient la charge d'allaiter les bébés jusqu'au début du XXème siècle [16]. Le biberon a finalement succédé aux nourrices avec un essort considérable dans l'ensemble des milieux sociaux. Par ailleurs, la seconde guerre mondiale marque l'arrivée en force des femmes sur le marché du travail. L'utilisation de substitut de lait maternel s'est alors répandue pour des raisons pratiques. Et bien que la majorité des femmes soient retournées au foyer après la guerre, l'alimentation au biberon était associée à la modernité et au progrès. Ce mode d'alimentation s'installant dans les mœurs, le savoir lié à l'allaitement maternel s'est progressivement perdu. Vers la fin des années 1960, la proportion de bébés allaités a atteint son plus bas niveau dans la plupart des sociétés industrialisées [9]. Cela correspond aussi à l'hospitalisation croissante des mères lors de l'accouchement, apparue dès les années 1950, avec la séparation du nouveau-né de sa mère [17].

La prise de conscience des ravages de l'alimentation artificielle des nourrissons dans les pays en voie de développement, associée aux pressions des femmes et de diverses institutions interpellées par la question, ont amené plusieurs grandes organisations dont **l'OMS et l'UNICEF** à intensifier leur travail pour faire de la **promotion et de la protection de l'allaitement maternel** un de leurs principaux objectifs à travers le monde.

Depuis le début des années 1970, on observe une importante remontée des taux d'allaitement au sein dans la plupart des pays [8]. En France, dans les années 1970, un peu plus d'un tiers des femmes allaitait et un peu plus de la moitié dans les années 1990 [18].

Le taux d'allaitement maternel a nettement augmenté entre 1998 et 2003 et a continué sa croissance dans tous les groupes sociaux grâce à une série de mesures prises depuis les années 90 au niveau national, régional et local. Cependant il existe d'importantes différences sociales et géographiques [19].

- On trouve notamment la mise en place des **Programme Nationaux Nutrition Santé (PNNS)** (2001-2005 pour le premier, 2006-2010 et 2011-2013) incluant la promotion de l'allaitement par l'éducation et l'information des femmes ainsi que des actions en direction des professionnels des secteurs sanitaires et sociaux (PMI, services de maternité, médecins généralistes…).

- Les **Plans Périnatalités**, notamment celui de 2005-2007, mis en œuvre par le Ministère de la santé, qui comportent un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins tout en développant une offre plus humaine et proche, notamment concernant l'allaitement maternel.

Ainsi, les Enquêtes nationales périnatales ont montré que le pourcentage d'enfants allaités au sein en maternité était passé de 53% en 1998 à 69% en 2010.

Cette série de mesures s'appuie sur des instruments internationaux :

- Parmi ceux-ci, se trouve le **Code international de commercialisation des substituts du lait maternel** de 1981 visant à encadrer la commercialisation et la sécurité (et non la production) des substituts de lait maternel. Une partie de celui-ci est d'ailleurs intégrée dans la législation française [20].

-La **déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF** de 1989 [21].

- La **Déclaration d'Innocenti** de 1990, organisée par l'OMS et l'UNICEF et coparrainée par l'Agence pour le développement International et l'Agence Suédoise de développement international. Elle demande aux états de désigner un coordinateur national, de créer un comité national pour la promotion de l'allaitement maternel, d'adopter des lois protégeant le droit d'allaiter pour les femmes travaillant [22].

- La **labélisation internationale « Baby-Friendly Hospital Inintiative »** (initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB)) de 1992 dont l'objectif est de faire en sorte que toutes les maternités deviennent des centres de soutien à l'allaitement maternel [23].

Tous ces instruments sont basés sur la physiologie de l'allaitement maternel et le développement des capacités du nouveau-né.

1.1.3.2. Situation actuelle

L'étude Epifane, portant sur l'alimentation et l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie, fait état de la situation actuelle de l'allaitement maternel en France. En 2012, 69% des nourrissons recevaient du lait maternel à la maternité (dont 60% de façon exclusive et 9% en association avec des formules lactées) et dès l'âge de un mois ils n'étaient plus que 54% à être allaités et seulement 35% de façon exclusive [1].

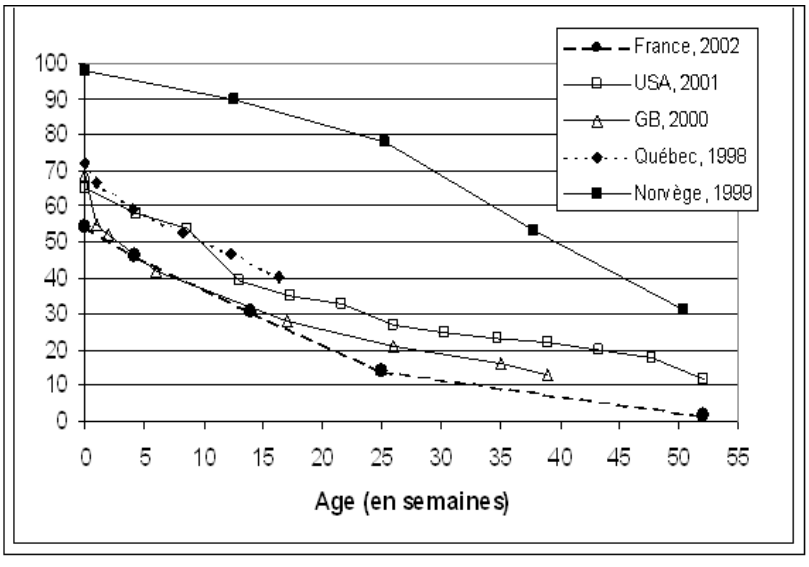


Figure 1 : Evolution de l'allaitement maternel en fonction de différents pays (source IPA) [24]

1.2. Recommandations et place de la sage-femme dans l'accompagnement des femmes et la transmission des connaissances sur l'allaitement maternel

1.2.1. Recommandation de l'OMS et de l'UNICEF

L'OMS et l'UNICEF préconisent une durée d'allaitement maternel exclusif de six mois de façon à garantir au nourrisson une croissance, un développement et une santé de qualité optimale [2][25]. Cette recommandation est basée sur l'analyse de nombreuses études scientifiques démontrant les bienfaits de l'allaitement au sein sur la prévention des allergies, des infections gastro-intestinales et respiratoires ainsi que sur le développement du lien mère-enfant. Elle a été confirmée en 2009 par une revue Cochrane effectuée par Kramer et Kakuma concernant la Durée optimale de l'alimentation au sein exclusive [26].

L'OMS et l'UNICEF ont proposé dès 1989 à Genève une déclaration conjointe portant sur **Dix Conditions pour le succès de l'allaitement maternel**. Celle-ci vise à protéger, encourager, et soutenir l'allaitement maternel. Elle constitue la base de la labélisation internationale « Baby-Friendly Hospital Inintiative », (Initiative Hôpital Amis des Bébés), lancée en 1992. Le rôle de cette dernière est d'offrir une reconnaissance aux hôpitaux dont les services de maternité ont mis en œuvre les dix conditions recommandées.

De plus, l'OMS a récemment établi un modèle normatif international de croissance et de développement pour les enfants nourris au sein, commun à tous les nourrissons, quelle que soient leur ethnie ou lieu de vie [27].

Dix conditions pour le succès de l'allaitement (OMS/UNICEF 1989/2006)

• Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

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

• Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.

• Placer les bébés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement après la naissance pendant au moins une heure, encourager les mères à allaiter quand le bébé est prêt, proposer de l'aide si besoin.

• Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.

• Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale.

• Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.

• Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant.

• Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.

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

1.2.2. Recommandations françaises

Elles ont d'abord été émises par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), actuellement HAS, dans le rapport sur la **mise en œuvre et poursuite de l'allaitement maternel dans les six premiers mois de vie de l'enfant** de 2002 [3]. En outre, la HAS a élaboré en juin 2006 un document pour favoriser l'allaitement maternel [28].

L'ANAES reprend les recommandations de l'OMS en encourageant la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de six mois dans son rapport de 2002. Ces recommandations sur la mise en œuvre et poursuite de l'allaitement maternel dans les six premiers mois de vie de l'enfant concernent tous les professionnels impliqués en périnatalité, qu'ils soient médecins généralistes, gynéco-obstétriciens, pédiatres, infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture ou sages-femmes.

L'ANAES encourage l'abord du mode d'alimentation du nouveau-né avec les femmes enceintes par tous les professionnels de santé rencontrés [3]. Elle recommande d'évaluer l'expérience de la future mère, ses connaissances, ses désirs, ses représentations et de lui donner des informations sur les modalités de mise en œuvre de l'allaitement. Cette information prénatale s'adresse également au futur père, celui-ci jouant un rôle de soutien de la mère.

L'ANAES encourage la mise en œuvre des « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel ». Cela rend nécessaire un profond changement des pratiques actuelles dans les maternités, et la participation de l'ensemble des professionnels impliqués.

Le contact en peau à peau, la tétée précoce et la cohabitation 24 heures sur 24 du nouveau-né avec sa mère doivent être favorisés afin de faciliter l'attachement mère-bébé ainsi que la mise en place de l'allaitement au sein [3]. Par ailleurs, une bonne position est un facteur déterminant de la mise en œuvre et de la poursuite de l'allaitement. La HAS encourage les professionnels de santé à vérifier la prise correcte du sein et l'efficacité de la succion lors des premières tétées. Ils doivent s'assurer que les mères soient entraînées à observer la succion caractéristique du nouveau-né signifiant l'efficacité de la tétée. De plus, seul l'allaitement à la demande est recommandé. La restriction des tétées étant associée à

un arrêt plus précoce de l'allaitement, à une fréquence plus élevée des douleurs des mamelons, des engorgements et des recours plus fréquents à des substituts de lait [3].

Pour l'ANAES, l'introduction de compléments n'est pas recommandée lors du commencement de l'allaitement. L'allaitement exclusif suffit à satisfaire les besoins nutritionnels et hydriques d'un nouveau-né sain à terme s'il tête de manière efficace et à la demande. Entre l'âge de 4 et 6 mois, l'introduction de compléments, en plus de la poursuite de l'allaitement, conduit à un excès de risque significatif de gastro-entérites [3]. Cela n'apporte aucun bénéfice pour la croissance et le développement de l'enfant [9].

Par ailleurs, l'ANAES encourage la prévention et le traitement rapide des difficultés de l'allaitement afin qu'elles n'entraînent pas un sevrage précoce systématique.

De plus, toutes formes de soutien proposées à la sortie de la maternité diminuent le risque d'arrêt de l'allaitement exclusif avant 6 mois. Lors de la reprise des activités, le recours à des professionnels de santé ou des bénévoles formés au suivi de l'allaitement ainsi que la recherche d'un soutien en cas de difficultés sont recommandés [28].

Concernant l'alimentation de la mère au cours de l'allaitement, aucune règle alimentaire spécifique n'est justifiée ni interdite, y compris pour la quantité d'eau bue quotidiennement, à l'exception de la caféine et de l'alcool. L'ANAES recommande d'appliquer les principes d'une nutrition saine, variée, équilibrée durant l'allaitement au sein, telle qu'elle est également recommandée durant la grossesse.

1.2.3. Contexte légal

Conformément à l'article L4151-1 du Code de la Santé Publique*, « l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant »* [29]. Les sages-femmes occupent une place privilégiée dans la mise en œuvre et l'accompagnement de l'allaitement maternel. Elles ont un rôle d'information sur l'allaitement au cours de la grossesse puis sont les intervenants

privilégiés dès les premiers jours à la maternité. Elles peuvent aussi assurer le suivi de l'allaitement maternel après la sortie de la maternité.

1.2.4. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) et allaitement maternel

La HAS a émis des recommandations en novembre 2005 concernant la préparation à la naissance et à la parentalité [30]. La PNP compte parmi ces objectifs généraux la transmission des connaissances essentielles à l'alimentation du nouveau-né, l'encouragement de l'allaitement maternel, ainsi que le développement des compétences des mères ou du couple à résoudre les difficultés de l'allaitement maternel.

Un des objectifs spécifiques de la préparation à la naissance et à la parentalité consiste à aider les parents à décider du mode d'alimentation de leur bébé. C'est l'occasion pour le professionnel de santé d'informer le couple sur les bénéfices de l'allaitement au sein, sur l'allaitement maternel à la demande, la cohabitation mère-enfant, etc…
Il est aussi conseillé d'aborder l'alimentation du nourrisson jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois et les avantages nutritionnels, immunologiques et relationnels de l'allaitement maternel.

La préparation à la naissance et à la parentalité doit permettre aux couples ou futures mères de **se préparer à faire face à des situations** telles que résoudre des difficultés d'allaitement. Cela peut se faire par l'abord de sujets tels que la position permettant une succion efficace du nouveau-né, l'identification d'une succion caractéristique signifiant l'efficacité de la tétée, une prise correcte du sein ou encore le recours à des associations de soutien ou autre professionnels de santé formés à l'AM (sages-femmes, PMI…)

Pour la HAS, les séances doivent également permettre le réajustement de son régime alimentaire à partir de conseils diététiques afin de favoriser l'équilibre alimentaire non seulement durant la grossesse mais aussi après l'accouchement et en cas d'allaitement.

Par ailleurs, la HAS prévoit des séances de préparation à la naissance et à la parentalité après la naissance de l'enfant. Ces **séances post-natales** permettent notamment de s'assurer du transfert des compétences développées durant les séances

prénatales et au cours du séjour à la maternité. Elles visent à améliorer la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel, ainsi que le bien-être des femmes [30].

La HAS propose des actions de soutien à la parentalité par la mise en place de dispositifs précoces durant la grossesse, en particulier en cas de situation de vulnérabilité. L'entretien précoce ou entretien du 4ème mois, permet d'impliquer la femme et le couple dans une démarche de prévention, d'éducation et d'orientation. Il vise à favoriser une meilleure coordination des professionnels autour de la femme enceinte afin de favoriser l'attachement mère-enfant, l'allaitement maternel, la **confiance en soi** et la sécurité mère-enfant.

Le fait d'avoir suivi des séances de PNP ou soins au bébé est associé à un allaitement maternel prolongé au-delà de 4 mois [31].

1.2.5. Suivi de l'allaitement après la sortie de la maternité

Il n'existe pas de suivi organisé au niveau national de l'allaitement maternel dans le post-partum. Le **Programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO)**, récemment mis en place par l'Assurance Maladie permet un contact à domicile avec une sage-femme libérale. Celle-ci peut donc accompagner la mère dans le suivi et le soutien de l'allaitement, qu'elle ait ou non suivi l'ensemble de la grossesse [32]. Si le retour à domicile se fait hors du PRADO ou sans le recours à une sage-femme libérale, aucun suivi de l'allaitement n'est systématiquement proposé. Pourtant, toute forme de soutien proposé à la sortie de la maternité diminue le risque d'arrêt précoce de l'allaitement exclusif avant six mois [3].

Les **recours possibles** pour le soutien de l'allaitement sont multiples : l'entourage (compagnon, famille, amies ayant l'expérience de l'allaitement maternel), les professionnels formés accessibles rapidement : PMI, sages-femmes, consultants en lactation, médecins formés, les associations de soutien de mère à mère formées à la conduite de l'allaitement référencées dans l'annuaire de la Coordination française pour l'allaitement maternel [33]. Dans certaines régions, des associations de soutien à l'allaitement se sont organisées sous la forme de réseaux par le biais de différentes

antennes implantées sur le territoire desservi [34][35]. Il n'existe cependant pas de réseau de professionnels répondant à cette demande à Clermont-Ferrand.

1.3. Les facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel

On peut classer les facteurs déterminant la durée de l'allaitement maternel en quatre grandes catégories : les facteurs liés à la mère, les facteurs liés au bébé et à son état de santé, les facteurs liés à l'entourage et les facteurs liés au système de santé et politique de santé [4].

1.3.1. Facteurs liés à la mère

1.3.1.1. Caractéristiques socio-démographiques :

L'âge, la parité, la santé physique et psychologique de la mère sont des facteurs déterminants de l'allaitement. Il existe une association positive entre être plus âgée, mariée, primipare, d'un niveau socio-économique plus favorisé et la durée de l'allaitement au-delà de trois mois [4].

A l'inverse les femmes plus jeunes, seules, et de faible niveau socioéconomique et les femmes récemment immigrées ou celles qui ont déménagé en raison de la naissance du bébé allaitent moins longtemps [4].

Par ailleurs, il a été montré à l'échelle européenne que le niveau d'études, l'emploi, la catégorie socio-professionnelle, l'origine ethnique et le secteur de résidence étaient des déterminants de l'allaitement maternel [13].

1.3.1.2. L'expérience :

Une expérience positive d'allaitement favorise la durée d'allaitement [4]. Les mères ayant bien vécu un premier allaitement ont généralement un niveau plus élevé de confiance en soi et d'auto-efficacité que les mères primipares.

A l'inverse, si les expériences précédentes ont été plutôt négatives, la confiance en leur capacité à allaiter peut être moindre.

1.3.1.3. Le projet d'allaitement :

Une grossesse planifiée, un désir et une intention prénatale d'allaiter sont positivement associés avec un allaitement maternel prolongé [36]. En revanche, une ambivalence ressentie par la mère durant la grossesse augmente la probabilité d'arrêter l'allaitement très tôt après la naissance. Il en est de même des choix tardifs du mode d'alimentation du bébé pris pendant la grossesse ou à la naissance.

1.3.1.4. Préparation à la naissance et à la parentalité :

Le fait d'avoir suivi des séances de préparation à la naissance ou de soins du bébé est associé à un allaitement maternel prolongé au-delà de quatre mois [31]. De même, la participation à des séances d'information prénatale sur l'allaitement est à l'origine d'un allaitement plus long et exclusif [30].

1.3.1.5. Les connaissances :

Les **connaissances** et la **confiance** dans la capacité à allaiter influencent l'allaitement maternel et sa durée [4]. Le niveau de connaissance des mères est positivement associé à une durée d'allaitement plus longue. Cependant cet effet dépend de la parité : un degré de connaissances élevées chez les mères primipares est associé à une durée d'allaitement prolongé mais cette association n'est pas retrouvée chez les mères multipares.

Un manque en informations sur la durée recommandée de l'allaitement maternel est associé à un sevrage plus précoce, tandis que la connaissance de la durée optimale d'allaitement exclusif de six mois est significativement associée à un allaitement maternel plus long (plus de quatre mois) [31].

1.3.1.6. Difficultés d'allaitement :

La perception d'une insuffisance de lait semble être la première raison amenant les mères à introduire du lait artificiel, et/ou à mettre fin à l'allaitement [3][31]. Or selon le rapport de l'ANAES [3], l'insuffisance de lait physiologique est très rare. Dans la majorité des cas, il s'agit soit de la perception d'une insuffisance de lait qui pourrait être liée à un

manque de confiance en soi, soit d'une insuffisance de lait secondaire à un allaitement mal géré.

L'absence de difficultés d'allaitement est positivement associée à la durée d'allaitement. Les femmes ayant vécu une expérience initiale négative d'allaitement poursuivent moins facilement l'allaitement malgré l'intention qu'elles pouvaient avoir avant la naissance [4].

La présence de difficultés durant les quatre premières semaines est fréquente. Elles se manifestent le plus souvent par des douleurs mammaires, crevasses, mastites, retard de la montée de lait, fatigue [37].

1.3.1.7. L'emploi de tétine en maternité :

L'emploi d'une tétine, tel qu'il est déconseillé dans les « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » est négativement associé à la durée d'allaitement au sein [4] [38]. L'utilisation précoce de tétines serait à l'origine de tétées moins fréquentes et plus courtes qui s'accompagneraient de problèmes d'allaitement plus fréquents.

1.3.1.8. La cohabitation mère-enfant :

La présence du bébé avec sa mère la nuit est associée à une durée d'allaitement plus longue [2].

1.3.1.9. Hygiène de vie maternelle :

L'état de santé et le mode de vie de la mère conditionnent la durée de l'allaitement maternel [38].

L'obésité définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 avant la grossesse est corrélé de manière négative à la durée de l'allaitement [39].

Le tabagisme maternel durant la période périnatale, défini comme le fait de fumer avant, pendant ou après la grossesse, est généralement associé à une plus faible initiation de l'allaitement et à un sevrage plus précoce [40]. Par ailleurs, les mères qui ont arrêté de fumer ou diminué leur consommation de cigarettes pendant la grossesse ont une durée moyenne d'allaitement plus longue que celles qui ne modifient pas leurs habitudes vis-à-vis du tabac.

1.3.1.10. Caractéristiques liées au mode d'accouchement et au séjour en maternité :

Le mode d'accouchement par voie vaginale pourrait avoir une influence positive sur le comportement d'allaitement [31]. En revanche, un accouchement par césarienne a été identifié comme un facteur significatif de sevrage avant quatre mois.
L'effet de la longueur du séjour en maternité n'est quant à lui pas clair [4].

1.3.1.11. Reprise du travail :

Malgré leur intention de continuer d'allaiter après le retour au travail pour de nombreuses femmes, l'emploi constitue un facteur significativement associé à un sevrage précoce [38]. L'environnement du travail joue un rôle important. Le manque de flexibilité horaire pour tirer son lait, ou le manque de soutien de l'employeur et des collègues sont autant de freins à l'allaitement au sein [4]. De plus, le nombre d'heures travaillées a également un impact sur la durée d'allaitement.

Ces facteurs liés à la mère influençant la durée de l'allaitement au sein ont récemment été confirmés par **l'enquête française Epifane** [1]. Cette dernière porte sur le taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de vie de l'enfant. Elle souligne l'influence de l'âge, du statut marital, du niveau d'étude, du lieu de naissance, de l'IMC et du tabac sur la durée de l'allaitement en France.

De plus, **selon l'INPES**, l'arrêt précoce de l'allaitement maternel est le plus souvent lié au manque de confiance en soi, de connaissances, d'information et de soutien [5].

*Synthèse des facteurs **influençant la durée de l'allaitement maternel** liés à la mère* [4] :

Association positive	Association négative
-être plus âgée, mariée, primipare, d'un niveau de scolarité supérieur, socio économiquement plus favorisée	-être plus jeune, seule, de plus faible statut socioéconomique, récemment immigré, avoir déménagé en raison de la naissance du bébé
-avoir été allaitée, avoir vu allaiter, expérience passée positive d'allaitement	-expérience passée négative d'allaitement
-grossesse planifiée, désir et intention prénatale d'allaiter, décision précoce, perception de facilité	-ambivalence ou non-désir d'allaiter, décision tardive
-participation à des séances de préparation à la naissance -bonnes connaissances	-manque d'informations sur la durée optimale d'allaitement au sein et sur la conduite optimale de l'allaitement
-confiance en soi, sentiment d'auto-efficacité	-perception d'insuffisance de lait, incertitudes concernant la quantité de lait prise -peu de confiance en soi, gêne pour allaiter en public
-absence de difficultés pour la mise en œuvre de l'allaitement	-expérience initiale négative, difficultés de mise en œuvre de l'allaitement
	-tétine donnée précocement au bébé
	-obésité, tabagisme
	-emploi de la mère : >20h par semaine
-cohabitation mère/enfant 24h/24 à la maternité	-séparation précoce du couple mère-enfant (séjour en nurserie ou service de néonatologie)

1.3.2. Facteurs liés au bébé et à son état de santé

Le poids de naissance, l'âge gestationnel, le mode d'accouchement, et l'état de santé de l'enfant sont des facteurs déterminant de l'allaitement.

Les faibles prises de poids du bébé rapportées par les mères durant la première semaine, ainsi qu'une perte de poids de plus de 10% en maternité sont associées à un sevrage précoce en raison du stress maternel.

Une technique de succion correcte est un préalable indispensable à la réussite de l'allaitement et à sa durée [4][13].

1.3.3. Facteurs liés à l'entourage

Le **soutien des pères** est essentiel au succès de l'allaitement maternel. De plus, ceux-ci ont un rôle influent dans la prise de décision des femmes d'allaiter leur enfant. Or dans les pays industrialisés les pères sont encore peu impliqués dans la préparation à la naissance et le manque d'information sur les bienfaits de l'allaitement, les problèmes et les difficultés qui peuvent survenir ne leur permettent pas toujours de soutenir la mère et de protéger l'allaitement au sein [4].

Les mères qui allaitent plus de neuf mois ont de meilleures relations et expriment une plus grande satisfaction à propos du soutien émotionnel reçu de la part de leur conjoint et de leur propre mère, que les mères qui sèvrent leur enfant plus rapidement [38].

Par ailleurs, le fait d'avoir vu allaiter des femmes dans leur entourage est positivement associé à la durée d'allaitement [4][42].

Les croyances et représentations de l'entourage au sujet de l'allaitement et notamment des grand-mères peuvent avoir une influence néfaste sur la confiance en elles des mères et sur la prolongation de l'allaitement au sein [4]. En évoquant une insuffisance de lait maternel suite à une stagnation pondérale du nourrisson, en préconisant une mise à distance du nouveau-né, l'entourage ayant eu une expérience d'allaitement dans les années 70 à 80 peut donner des conseils allant à l'encontre des recommandations actuelles.

Un soutien des pairs sous forme d'appui téléphonique permet d'améliorer la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel en augmentant la confiance en elles des mères [4]. C'est en partie le rôle des associations de soutien à l'allaitement.

1.3.4. Facteurs liés au système et politique de santé

1.3.4.1. Soutien de professionnels de santé :

Le soutien de professionnels de santé **formés** permet un allongement de la durée d'allaitement. L'ANAES encourage toutes formes de soutien à l'allaitement après la sortie de la maternité afin de diminuer le risque d'arrêt de l'allaitement exclusif avant six mois [3].

Cependant il existe parfois des méconnaissances et un manque de soutien des professionnels de santé concernés. Par exemple, la formation initiale des médecins est très peu orientée sur l'allaitement maternel.

De plus les messages du personnel soignant, parfois contradictoires et souvent basés sur leur propre expérience entrainent une multitude de questions chez les femmes quant à l'attitude à adopter. Cela peut les déstabiliser dans leur projet initial, voire les amener à revoir celui-ci à la baisse.

1.3.4.2. Facteurs liés aux politiques de santé publique :

Le respect de l'initiative hôpital amis des bébés (IHAB) de l'OMS et l'UNICEF améliore les taux d'allaitement à la sortie de la maternité et entraine une augmentation de la durée de l'allaitement exclusif. Un des meilleurs exemples est l'évolution de l'allaitement en Norvège. Suite à la mise en place de l'IHAB en 1993, le taux d'allaitement exclusif à 6 mois est passé de 36,7% à 40%, en trois ans [43]. De plus, on constate que le taux d'allaitement maternel partiel à 6 mois a augmenté de 32% à 36,7% entre 1993 et 1996. On a observé en parallèle de cette hausse une nette diminution du taux d'allaitement artificiel de 36,7% à 32,7%.

Le soutien financier des associations, groupes de soutien de mère à mère est aussi un facteur déterminant [4].

Les pays permettant aux mères d'avoir accès à un congé de maternité rémunéré prolongé (tels que la Suède qui prévoit 420 jours de congés rémunérés pour la femme ayant accouché [44]) montrent des taux d'allaitement supérieurs aux pays présentant des congés courts et peu rémunérés.

Il existe en effet une association négative entre le retour au travail précoce et la durée d'allaitement dans les pays industrialisés [38].

Par ailleurs, même si le Code international de commercialisation des substituts de lait maternel est loin d'être totalement appliqué en France, il existe une législation nationale permettant la protection de l'allaitement maternel [20][45]. En effet, une distribution d'échantillons de lait artificiel à la maternité est associée à une faible durée d'allaitement au sein.

1.3.5. Facteurs liés aux politiques sociales et culturelles :

La mise en images et les représentations de l'alimentation infantile et du maternage dans les médias jouent un rôle dans la politique d'allaitement d'un pays. Elles peuvent contribuer aux obstacles culturels à l'allaitement en public ou au contraire en donner une image positive [13].

Par ailleurs, le niveau de sensibilisation et les connaissances de la communauté ont un impact sur l'allaitement maternel dans la société [13].

1.4. Différents facteurs influençant les connaissances sur l'allaitement maternel des femmes allaitantes

Plusieurs études, recensées par Galipeau et al. (2007) soulignent le lien établi entre les **connaissances des femmes** au sujet de l'allaitement maternel, **leur attitude** envers ce mode d'alimentation et **leur comportement subséquent**. Les femmes qui connaissent les avantages de l'allaitement seraient plus susceptibles de choisir ce mode d'allaitement.

1.4.1. Le statut social

Le statut social, notamment influencé par le niveau d'études, conditionne les connaissances des femmes sur l'allaitement maternel. On peut distinguer deux modèles selon Marc Pilliot et la sociologue Séverine Gojard [14] [18].

Le premier, dit « modèle populaire » concerne les milieux sociaux populaires. Les femmes disposent d'un savoir-faire familial. Elles prennent conseils auprès de leur propre mère et le poids des habitudes de la famille est important.

Le second dit « modèle savant » répandu dans les milieux diplômés. Les mères recherchent les informations auprès des professionnels de santé et de la petite enfance, en insistant sur les bénéfices nutritionnels et affectifs de l'allaitement [14]. Les femmes les plus diplômées sont par ailleurs plus sensibles aux arguments de promotion de l'allaitement maternel qui reposent sur un socle de données scientifiques [18].

1.4.2. L'origine géographique

La culture joue un rôle dans les connaissances des femmes sur l'allaitement maternel. Il existe une transmission familiale des pratiques de puériculture favorable à l'allaitement maternel dans certaines communautés. C'est le cas chez les femmes originaires du Maghreb ou d'Afrique noire [18].

En revanche, malgré ce bagage culturel, certaines femmes issues de l'immigration préfèrent adopter le biberon comme un moyen d'insertion sociale.

1.4.3. Sources d'informations personnelles utilisées par les femmes allaitantes

Parmi les sources d'informations consultées par les femmes au sujet de l'allaitement, on distingue notamment l'entourage de la mère, différents types de médias et divers professionnels de santé [46]. Il existe peu d'aide sur le recours à des supports concernant l'allaitement maternel en France.

Une étude de 2007 menée dans trois cabinets pédiatriques dans la banlieue toulousaine décrit que les femmes allaitantes ont entre 2 et 3 sources d'information en moyenne [47]. Parmi les plus citées, on retrouve d'abord les séances de préparation à la naissance, puis les lectures et enfin les pédiatres et l'entourage. Les autres professionnels de santé n'arrivent qu'en dernière position. Cependant la population interrogée comprenait à la fois les femmes allaitantes et les femmes donnant le biberon à leur enfant.

Au Canada, une recherche conduite auprès de la patientèle du CHU Ste Justine au Québec, ainsi que l'étude étasunienne d'Ahora et al (2000) indique que la principale ressource en matière d'information sur l'allaitement durant la grossesse est le réseau familial [48]. Viennent ensuite les différentes sources médiatiques comprenant dans ces études les magazines, livres, vidéos, télévision et Internet. Enfin les professionnels de santé sont quant à eux les derniers recours.

Une autre étude menée à Hong Kong indique que les mères d'un premier enfant ont été influencées par le contenu médiatique traitant de l'allaitement maternel dans le choix du mode d'alimentation de leur bébé [49].

Par ailleurs, une étude menée en Estrie (Québec) auprès de mères de nourrissons montre que parmi les femmes déclarant s'être préparées à l'allaitement maternel durant la grossesse, 39% l'on fait par des lectures ou la consultation de sites Internet sur le sujet. La principale source d'information était la discussion avec les amis et le conjoint [50]

2.MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale à visée étiologique réalisée à la maternité du CHU Estaing de Clermont-Ferrand entre le 3 octobre 2013 et le 5 novembre 2013.

2.2. Population :

Cette étude visait à décrire les connaissances sur l'allaitement maternel des femmes allaitantes, le jour de la sortie de la maternité. La population concernée était l'ensemble des femmes allaitant encore leur enfant le jour de la sortie du service de suites de couches.
L'échantillon qui a été choisi pour répondre à cette étude était composé de patientes allaitantes hospitalisées dans les quatre services de suites de couches de la maternité de niveau III de Clermont-Ferrand.

- Critères d'inclusion dans la population de femmes allaitant leur enfant :

-les femmes ayant accouché à la maternité du CHU Estaing qui donnaient le sein à leur enfant de façon exclusive ou non exclusive.

- Critères d'exclusion dans la population de femmes allaitant leur enfant :

- Les femmes ayant un nouveau-né transféré dans le service de réanimation, soins intensifs ou service de néonatologie.
- Les femmes elles-mêmes hospitalisées en réanimation ou autre service que la maternité.
- Les femmes dont l'enfant présentait un handicap pouvant compromettre l'allaitement maternel.
- Les femmes souffrant d'une hypogalactie primaire (hypothyroïdie non supplémentée, chirurgie de réduction mammaire, hypoplasie mammaire…).
- Les mères dont les nouveau-nés avaient seulement reçu un don de colostrum.
- Les femmes ne parlant et/ou n'écrivant pas le français.
- Les mères ayant arrêté l'allaitement maternel avant la sortie de la maternité.

L'enquête a été proposée à 151 personnes, soit la totalité des patientes hospitalisées entre le 3 octobre et le 5 novembre à la maternité du CHU Estaing entrant dans les critères d'inclusion et d'exclusion.
Parmi celles-ci 3 ont refusé de participer, ce qui porte le nombre de questionnaires distribués à 148.

2.3. Objectifs de l'étude :

2.3.1. Objectif principal :

L'objectif principal était de décrire quelles étaient les connaissances sur l'allaitement maternel des femmes ayant choisi d'allaiter au sein en maternité de niveau trois.
Le critère de jugement principal était le taux de connaissance global des mères allaitant leur enfant à la veille de leur sortie de la maternité.
Celui-ci était défini par une note sur 58 points correspondant aux différentes réponses des femmes d'après les propositions faites sur l'allaitement maternel du questionnaire (QCM). La totalité des réponses justes correspond donc à un total de 58 points (cf la colonne barème dans les résultats).

2.3.2. Objectifs secondaires :

Le premier objectif secondaire consistait à savoir par quel(s) moyen(s) les femmes avaient obtenu leurs connaissances sur l'allaitement maternel.
Le critère de jugement était donc la prévalence des recours aux différentes sources d'informations sur l'allaitement maternel.
Les sources d'information proposées dans cette étude étaient les livres et les magazines, les sources médiatiques telles qu'Internet ou la télévision, le recours à des professionnels de santé ou le recours à l'entourage.
De plus, on s'est intéressé à la participation à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité et son apport d'information sur l'AM.

Le deuxième objectif secondaire consistait à décrire quelle était l'influence de la durée du séjour en maternité sur les connaissances en matière d'allaitement maternel.

Le critère de jugement était donc le taux de connaissances global des mères allaitantes en fonction de la durée du séjour en maternité.
Le taux de connaissance des femmes allaitantes correspondait donc à une note sur 58 points, ramenée sur 100 pour faciliter l'interprétation.
On a considéré qu'un séjour était court lorsqu'il était inférieur ou égal à 4 jours, le jour d'accouchement comptant comme un jour entier. On a défini un séjour comme étant long lorsqu'il était strictement supérieur à 4 jours.
Pour répondre à cet objectif, un test de comparaison de moyenne de Student a été utilisé.

Le dernier objectif secondaire consistait à décrire quel était le niveau de confiance dans lequel se trouvaient les femmes au jour de leur sortie concernant leur autonomie vis-à-vis de l'allaitement maternel.
Le critère de jugement était donc le niveau de confiance des femmes quant à leur autonomie après le séjour en maternité.
Le niveau de confiance concernant l'autonomie des femmes quant à la poursuite de l'AM était défini par un chiffre entier se situant sur une échelle numérique allant de 0 à 10.

2.4. Recueil de données et questionnaire:

Suite à l'obtention de l'autorisation du chef de pôle et de la sage-femme cadre supérieur, ainsi que l'accord des différentes sages-femmes cadres des services de suites de couches, un questionnaire auto-administré (ANNEXE II) était distribué à toutes les patientes éligibles la veille de la sortie de la maternité par un même enquêteur. Celui-ci était chargé d'expliquer le but de l'enquête et de recueillir le consentement des patientes.
La restitution après remplissage était faite à l'équipe soignante de suites de qui plaçait les documents dans des pochettes prévues à cet effet situées dans chacun des services de maternité.
Ce questionnaire comportait tout d'abord une lettre explicative (ANNEXE I) destinée aux patientes ayant donné leur accord afin d'expliquer les objectifs de cette étude et d'en rappeler l'anonymat. Il était ensuite divisé en quatre parties, majoritairement composé de questions fermées.

-Ont été recueillies des **données sociodémographiques**, des renseignements sur les précédents allaitements pour les multipares, et si des difficultés avaient été rencontrées pour le séjour en cours.

-La plus grande partie des questions portait sur des **connaissances théoriques et pratiques sur l'allaitement maternel**. Elles se présentaient sous la forme de questions à choix multiples incluant des propositions vraies et des propositions délibérément fausses.

On a donc cherché à savoir si les femmes connaissaient les facteurs favorisant la mise en place de l'allaitement, les signes d'efficacité de la tétée, les signes d'éveils du nouveau-né, les attitudes à adopter en terme de régimes alimentaires et repos. D'autres questions traitaient du retour à domicile et poursuite de l'AM, ainsi que sur les avantages de l'allaitement maternel.

- La troisième partie s'intéressait aux **supports d'informations et personnes sollicitées** par les mères afin de se documenter sur l'allaitement maternel.

-La dernière partie concernait le **retour à domicile et le projet d'allaitement de la patiente** tel qu'elle le percevait au jour de la sortie de la maternité (question ouverte).

Ce document a été testé sur 10 patientes entre le 3 octobre et le 7 octobre à la maternité du CHU de Clermont-Ferrand. Suite à l'absence de remarques et de questions de la part des patientes sollicitées, ainsi qu'un remplissage convenable du questionnaire, ces dix essais ont été intégrés au recueil.

Les questionnaires ont été distribués et relevés dans les pochettes tous les jours par l'enquêteur.

L'anonymat des patientes a été préservé par la numérotation des questionnaires qui ne contenait aucune donnée sur l'identité des patientes.

2.5. Traitement de données et analyse statistique :

La mesure des connaissances des patientes s'est effectuée en attribuant une note sur 58 points pour les questions de la partie II : Connaissances sur l'allaitement maternel. Chaque item allant de la question II.1 à II.8 puis II.11 à II.16, valait de 0,5 à 2 points selon l'importance de celui-ci. Les 20 propositions fausses qui portaient sur des pratiques délétères pour l'allaitement et sa mise en place, étaient sanctionnées d'un retrait de points allant de 0,5 à 2 points.

Pour les questions II.1, II.3, II.11 et II.13, chaque réponse juste valait 1 à 2 points selon son importance mais une réponse fausse n'entrainait pas de retrait de point.

La colonne barème dans la partie résultats reprend les notations des différents items.

Concernant la question II.15 portant sur les avantages de l'allaitement, l'ensemble des items était juste sauf le premier concernant la prise de poids de l'enfant. Chaque réponse juste valait 1 point, chaque réponse fausse entrainait un retrait de 0,5 point et le fait de ne pas répondre à la question ne valait aucun point.

Il s'agissait de savoir quelles connaissances théoriques et pratiques les femmes allaitantes possédaient sur les différents aspects de l'allaitement en se basant sur les recommandations nationales et de l'OMS.

Pour savoir à quelles sources d'informations les femmes ont eu recours, quatre catégories étaient proposées à la question III.1 (entourage, livres et magazines, sources médiatiques et professionnels de santé). Dans chacune d'elles les femmes avaient la possibilité de préciser à quels supports elles avaient eu recours. Cette question semi-ouverte a donc été traitée par méthode qualitative.

La saisie manuelle des données a été effectuée dans le logiciel Excel à partir des 111 questionnaires numérotés papiers correctement remplis. Son traitement et l'analyse statistique ont été réalisés à l'aide du logiciel R.

Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et la proportion. Les variables quantitatives par la moyenne et l'écart-type, ou la médiane et les quartiles.

Pour la comparaison de variables quantitatives suivant une loi normale ou ayant des effectifs supérieurs à 30, le test de Student a été effectué.

3.RESULTATS

Sur les 114 questionnaires qui ont été rendus, 3 n'étaient pas exploitables car un versant des quatre pages n'était pas rempli. Le taux de réponses était donc de 77% et les résultats ont porté sur 111 questionnaires.

3.1. Caractéristiques de la population :

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques de la population :

N=111	n	%
Age (dev standard)	30,7 (25,7-35,6)	
Profession		
Cadres, professions intellectuelles sup	26	23,42
Artisanes, chefs d'entreprise	1	0,9
Profession intermédiaire	9	8,11
Employées	46	**41,44**
Ouvrières	2	1,8
Etudiantes	6	5,41
Sans activité pro	21	18,92
Situation professionnelle		
Active	82	**73,87**
Chômage	5	4,5
Autre	24	21,62
Niveau d'étude		
Primaire, collège, CAP, BEP	19	17,12
Bac	15	13,51
Sup à bac	77	**69,37**
Statut matrimonial		
Mariée	48	**43,24**
Célibataire	8	7,21
Pacsée	29	26,13
Union libre	26	23,42
Nationalité		
Française	102	**91,89**
Etranger	9	8,11

L'étendue de l'âge maternel se situe entre 20 et 44 ans.

Parmi les femmes de nationalité étrangère, 4 étaient originaires du Maghreb, 2 d'Afrique sub-saharienne, 1 de Turquie, 1 du Cambodge et 1 de Slovaquie.

Tableau II : Caractéristiques obstétricales de la population :

Parité	n	%
Primipare	57	**51,35**
Multipare	54	48,65

Parmi les multipares, 32 étaient des deuxièmes pares, 15 des troisièmes pares, 4 des quatrièmes pares et 3 des cinquièmes pares.

Parmi les multipares, 94% (n=51) avaient déjà initié un allaitement suite à leur précédente(s) grossesse(s).

- La durée d'un premier allaitement maternel se situait entre 2 semaines et 3 ans avec une durée moyenne de 22 semaines.

- La durée moyenne du second allaitement était quant à elle de 29 semaines, soit des allaitements compris entre 1 semaine et 64 semaines.

- La durée moyenne du troisième allaitement était de 40 semaines, soit des allaitements compris entre 10 semaines et 72 semaines.

- Le quatrième allaitement ne concernait qu'une seule patiente et était de 2ans.

Soit une durée moyenne de 46 semaines d'allaitement tous rangs confondus.

3.2. Le taux de connaissances des femmes sur l'allaitement :

3.2.1. Pendant le séjour en maternité :

3.2.1.1. Mise en route de l'allaitement maternel:

Tableau III : Connaissances des patientes concernant les différents facteurs influençant la mise en route de l'allaitement maternel :

Influence du facteur sur la mise en route de l'allaitement	Barème BR / MR [1]	Bonne réponse % (n)	Mauvaise réponse % (n)	Pas de réponse % (n)
Peau à peau	**1pt / 0pt**	91,89 (102)	6,31 (7)	1,80 (2)
Tétée précoce	**1pt / 0pt**	90,99 (101)	5,41 (6)	3,60 (4)
Proximité avec l'enfant 24h /24	**1pt / 0pt**	83,78 (93)	13,51 (15)	2,70 (3)
Utilisation d'une sucette ou tétine	**1pt / 0pt**	49,55 (55)	44,14 (49)	6,31 (7)
Recours à des compléments	**1pt / 0pt**	40,54 (45)	53,15 (59)	6,31 (7)
Allaitement à la demande sans restriction de durée ni fréquence	**1pt / 0pt**	67,57 (75)	25,23 (28)	7,20 (8)
Fait de donner les 2 seins à chaque tétée	**1pt / 0pt**	73,87 (82)	20,27 (23)	5,41 (6)
Moyenne des pourcentages		71,17 (79)	24,00 (27)	4,76 (5)

[1] Bonne réponse / Mauvaise réponse

La note moyenne obtenue par l'ensemble des patientes à cette question est de 4,14 sur 7.

La majorité des femmes pensaient que le recours à des compléments de lait artificiel n'avait pas d'influence sur la mise en place de l'allaitement (n=34 soit 30,6%) ou avait une bonne influence sur la mise en route de l'allaitement maternel (n=25 soit 22,5%).

Concernant l'utilisation d'une sucette ou tétine, 43 patientes (38,74%) pensaient que cela n'avait pas d'influence sur la mise en place de l'allaitement maternel et 6 (5,41%) pensaient que cela y était favorable.

3.2.1.2. Signes d'une tétée efficace :

Tableau IV: Connaissances des patientes concernant les signes d'une succion caractéristique signifiant l'efficacité de la tétée :

Signes d'efficacité proposés	Barème BR / MR	Bonne réponse % (n)	Mauvaise réponse % (n)	Pas de réponse % (n)
Signes d'une succion caractéristique				
Bouche grande ouverte, lèvres retroussées	**1pt / 0pt**	88,29 (98)	10,81 (12)	0,90 (1)
Rythme de succion	**1pt / 0pt**	52,25 (58)	46,85 (52)	0,90 (1)
Amplitude et rythme de la tétée	**0pt / -1pt**	90,09 (100)	9,01 (10)	0,90 (1)
Alignement oreille/épaule/hanche	**1pt / 0pt**	55,86 (62)	43,24 (48)	0,90 (1)
Déglutition, forme des joues	**0pt / -1pt**	94,60 (105)	4,50 (5)	0,90 (1)
Eveil de l'enfant	**0pt / -1pt**	85,59 (95)	13,51 (15)	0,90 (1)
Aucune réponse juste	**0pt/-2pts**	97,30 (108)	1,80 (2)	0,90 (1)
Moyenne des pourcentages		80,18 (89)	18,92 (21)	0,90 (1)

La note moyenne obtenue à cette question par l'ensemble des patientes était de 1,63 point sur 3.

Tableau V: Connaissances des patientes sur les signes d'efficacité de la tétée :

Signes d'efficacité proposés	Barème BR / MR (1)	Bonne réponse % (n)	Mauvaise réponse % (n)	Pas de réponse % (n)
Couches mouillées à quasiment chaque tétée	**1pt/0pt**	58,56(65)	34,23(38)	7,21 (8)
Enfant calme après la tétée	**1pt/0pt**	91,89 (102)	5,41 (6)	2,70 (3)
Réveil toutes les 2h	**1pt/0pt**	46,85 (52)	45,04 (50)	8,11 (9)
Couleur des selles pdt toute la 1ère semaine d'AM	**1pt/0pt**	26,13 (29)	63,96 (71)	9,91 (11)
Tranchée pendant la tétée	**1pt/0pt**	72,07 (80)	20,72 (23)	7,21 (8)
Tension du sein après tétée	**1pt/0pt**	60,36 (67)	29,73 (33)	9,91 (11)
Douleur persistante au niveau du mamelon	**1pt/0pt**	50,46 (56)	42,34 (47)	7,20 (8)
Enfant somnolent pendant la tétée	**1pt/0pt**	33,33 (37)	58,56 (65)	8,11 (9)
Moyenne des pourcentages		52,25 (58)	40,54 (45)	7,21 (8)

La note moyenne obtenue par l'ensemble des patientes à cette question était de 2,59 points sur 8.

Pour 23,42% (n=26) des patientes la tétée était efficace même si les selles de leur enfant restaient méconiales pendant la première semaine d'allaitement. Pour 40,54% (n=45), la couleur des selles n'informait pas sur l'efficacité.

La majorité des femmes (n=40 soit 36,04%) pensaient que si l'enfant était somnolent pendant la tétée, alors celle-ci était inefficace. Pour les autres (n=25 soit 22,53%) la somnolence était signe d'efficacité.

3.2.1.3. Signes d'éveils :

L'ensemble des patientes a répondu la question II.4. La note moyenne obtenue était de 0,37 points sur 1.

Le moment où le bébé commençait à montrer des signes d'éveil (réponse juste) a été désigné à 68,47% (n=76) comme le moment idéal pour donner le sein. Les moments où le bébé pleurait ou dormait (réponses fausses) ont été à l'inverse désignés comme justes par 31,53% (35) des patientes.

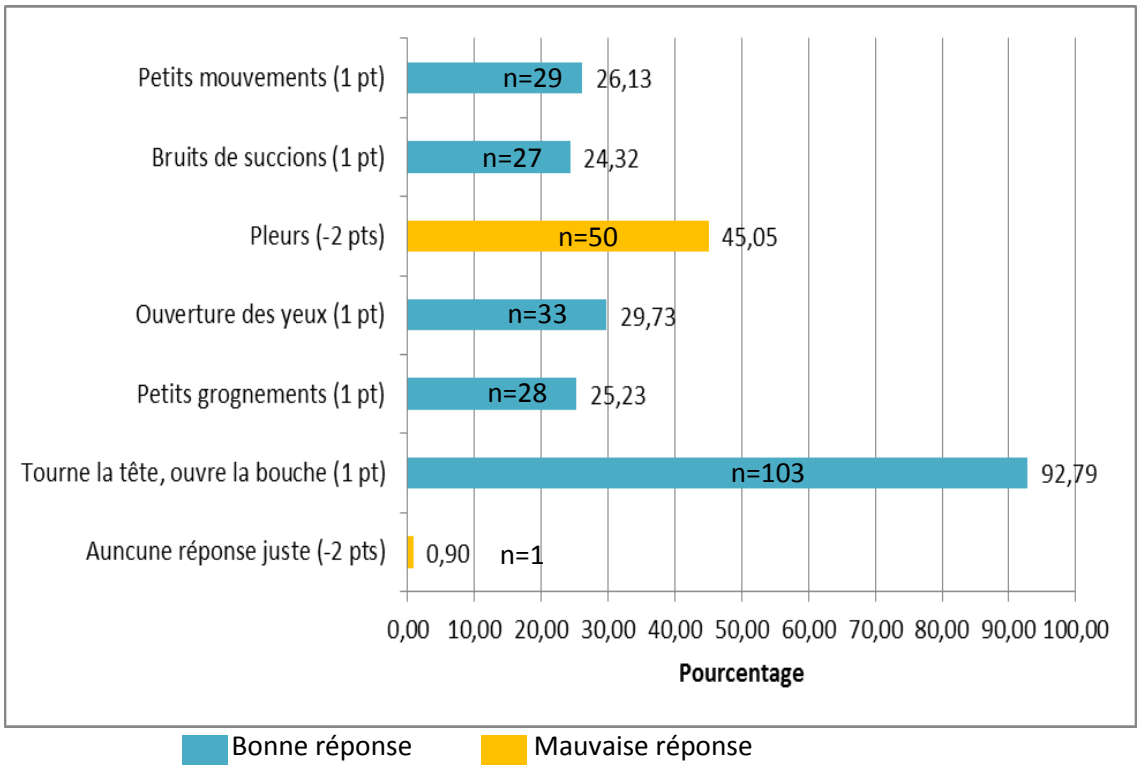


Figure 2: Connaissances des patientes sur les premiers signes d'éveil montrant que le nouveau-né est prêt à téter :

Une grande partie des patientes pensait que les pleurs faisaient partie des premiers signes d'éveil.

Seules 2 (1,80%) patientes ont cités l'ensemble des premiers signes d'éveils proposés, et 8 (7,2%) en ont proposé 4 sur les 5 disponibles. Le nombre de patientes à avoir désigné au moins deux signes d'éveil justes s'élève à 51 (45,95%). La note moyenne question II.5 était de 1,62 sur 5.

3.2.1.4. Montée de lait :

L'ensemble des patientes a répondu aux propositions concernant la lactogénèse II. La note moyenne était de 1,12 sur 3 points.

Tableau VI: Connaissances des patientes concernant la montée laiteuse :

Thèmes concernant la lactogénèse II	Barème BR/MR	Bonne réponse % (n)	Mauvaise réponse % (n)
Assouplissement du sein par tétées fréquentes	**1pt/0pt**	63,06 (70)	36,94 (41)
Application de froid pour soulager	**1pt/0pt**	67,57 (75)	32,43 (36)
Délais de survenue de la ML[(2)]	**0pts/-1pt**	81,98 (91)	18,02 (20)
Extraction manuelle de lait pour assouplir le sein	**1pt/0pt**	51,35 (57)	48,65 (54)
Changement de la composition du lait	**0pt/-0,5pt**	88,29 (98)	11,71 (13)
Satiété de l'enfant avant la ML[(2)]	**0pt/-1pt**	88,29 (98)	11,71 (13)
Aucune proposition juste	**0pts/-1pt**	92,79 (103)	7,21 (8)
Moyenne des pourcentages		76,58 (85)	23,42 (26)

[(2)]Montée de lait

La majorité des femmes possédait un bon taux de connaissance sur la montée de lait, avec un taux global de bonnes réponses de 76,58%.

La note à cette question était de 1,12 point sur 3.

Un peu moins de la moitié des femmes (41 soit 36,94%) ne savait pas qu'assouplir le sein par des tétées fréquentes permettrait de les soulager et la moitié (54 soit 48,65%) ne connaissent pas l'extraction manuelle du sein.

3.2.1.5. Fatigue et sommeil :

Tableau VII: *Connaissances des patientes concernant le repos pendant l'allaitement maternel :*

	Barème BR/MR	Bonne réponse % (n)	Mauvaise réponse % (n)
Longueur des nuits	**0pt/-1pt**	91,89 (102)	8,11 (9)
Micro-sommeils	**1pt/0pt**	77,48 (86)	22,52 (25)
Durée de sommeil	**0pts/-0,5pt**	91,89 (102)	8,11 (9)
Position d'AM allongée	**1pt/0pt**	81,08 (90)	18,92 (21)
Moyenne des pourcentages		85,59 (95)	14,41 (16)

La note moyenne obtenue à cette question était de 1,50 point sur 2.

Presque un quart des patientes (25 soit 22,52%) ne savait pas qu'il est conseillé d'effectuer des micro-sommeils tout au long de la journée pour se reposer.

La grande majorité (102 soit 91,89%) savait que faire des nuits complètes de sommeil n'était pas compatible avec la mise en route de l'allaitement.

3.2.1.6. Gerçures et crevasses :

Tableau VIII*: Connaissances des patientes concernant la gestion et la prévention des gerçures et crevasses :*

	Barème BR/MR	Bonne réponse % (n)	Mauvaise réponse % (n)
Tétée du côté douloureux	**0pt/-1pt**	97,30 (108)	2,70 (3)
Position du bébé	**1pt/0pt**	81,98 (91)	18,02 (20)
Protection du mamelon par le lait maternel	**1pt/0pt**	87,39 (97)	12,61 (14)
Bout de sein en silicone	**0pt/-1pt**	93,69 (104)	6,31 (7)
Prévention de l'apparition des gerçures et crevasses	**1pt/0pt**	36,94 (41)	63,06 (70)
Moyenne des pourcentages		79,28 (88)	20,72 (23)

La note moyenne obtenue à cette question est de 2,01 points sur 3 possibles.

Un peu plus de la moitié des femmes ne savait pas que varier systématiquement les positions d'allaitement permet d'éviter la survenue de crevasses ou gerçures.

La majorité des femmes (108 soit 97,30%) savait que continuer à donner le sein du côté douloureux lors de l'apparition de gerçures ou crevasses est préférable.

3.2.1.7. Durée d'allaitement recommandée :

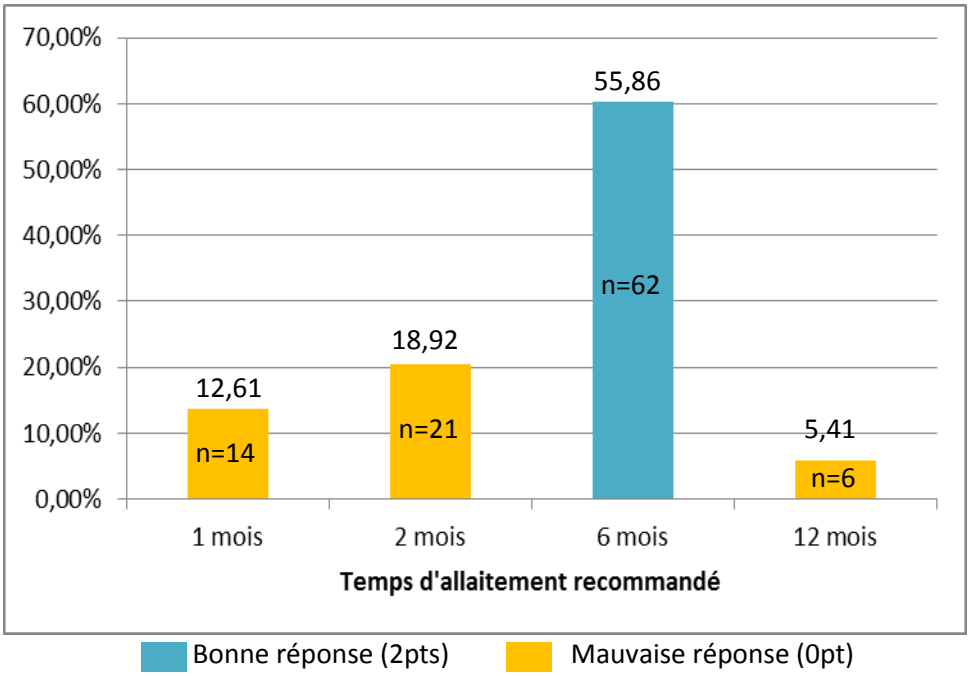


Figure 3: Connaissances des patientes sur la durée d'allaitement maternel recommandée :

Parmi les patientes, 7,20% (8) n'ont pas répondu à la question.

Parmi celles ayant répondu, 60,19% savaient que la durée d'allaitement maternel recommandée par l'OMS est de 6mois.

La note moyenne obtenue à cette question est de 1,12 point sur 2.

3.2.1.8. Rythme des tétées après le retour à la maison :

Tableau IX: Connaissances des patientes concernant le rythme des tétées après le retour à domicile :

	Barème BR/MR	Bonne réponse % (n)	Mauvaise réponse % (n)
Rythme propre au bébé	**1pt/0pt**	84,68(94)	15,32(17)
Rythme des tétées sur une journée	**1pt/0pt**	16,22(18)	83,78(93)
Tétée nocturne	**0pt/-1pt**	99,09(110)	0,91(1)
Evolution des besoins du bébé	**1pt/0pt**	50,45(56)	49,55(55)
Définition d'une poussée de croissance	**1pt/0pt**	45,95(51)	54,05(60)
Moyenne des pourcentages		81,98 (91)	18,02 (20)

La note moyenne obtenue à cette question était de 1,98 point sur 4.

Plus de la moitié des patientes ne savait ce qu'est une poussée de croissance (60 soit 54,05%) et une grande partie (55 soit 49,55%) ne savait pas à quels moments celles-ci peuvent survenir.

Le fait d'être multipare augmentait le nombre de chances de répondre correctement à cette question (note supérieure ou égale à 2/4) de 1,54 fois par rapport à une primipare (54,39% vs 64,81%). Cependant cette différence est non significative (p=0,35).

3.2.1.9. Prises médicamenteuses et maladies :

Pour cette question notée sur 2 points, la note moyenne était de 1,60.

De plus, 19,82% (n=22) des patientes pensaient que les maladies et les prises médicamenteuses nécessitaient un arrêt systématique et brutal de l'allaitement maternel (réponse fausse, 0 point).

3.2.1.10. Alimentation et allaitement maternel :

Tableau X: Connaissances des patientes concernant l'alimentation pendant l'allaitement maternel :

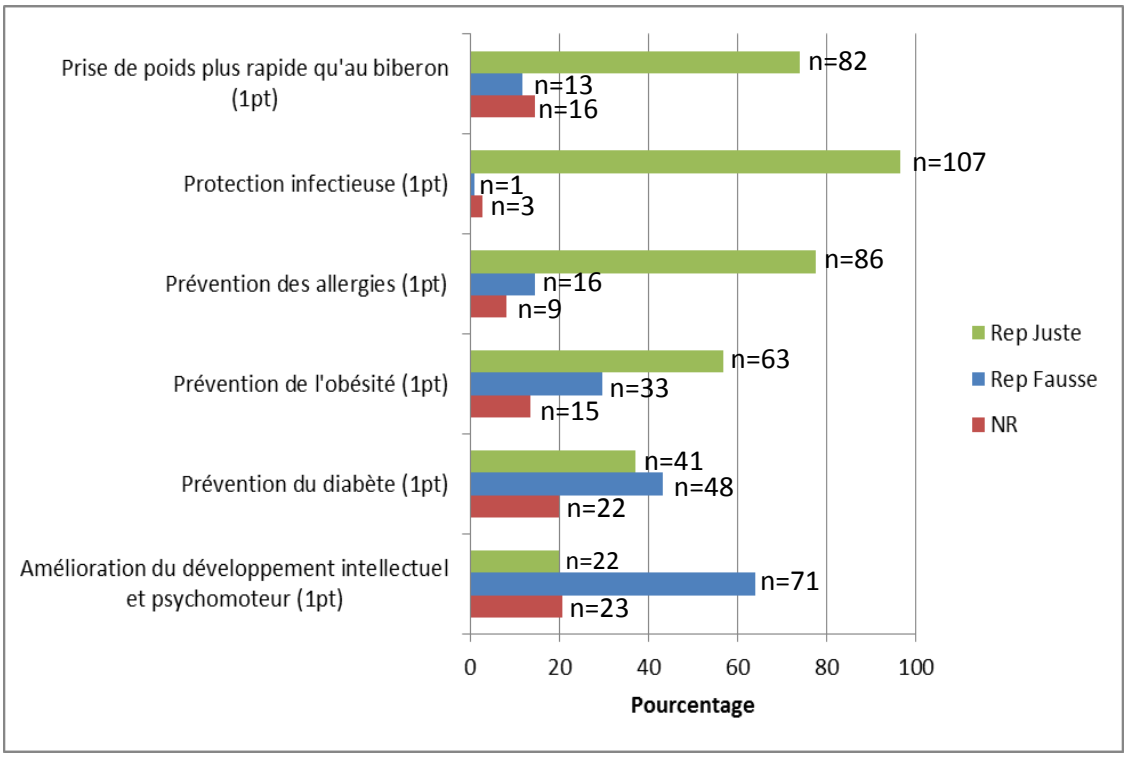
	Barème BR/MR	Bonne réponse % (n)	Mauvaise réponse % (n)
Régime alimentaire	**0pt/-0,5pt**	97,30(108)	2,70(3)
Possibilité de manger de tout	**1pt/0pt**	91,89(102)	8,11(9)
Consommation d'alcool	**0pt/-1pt**	94,59(105)	5,41(6)
Consommation excessive de café	**1pt/0pt**	73,87(82)	26,13(29)
Quantité de nourriture	**0pt/-1pt**	98,20(109)	1,80(2)
Retour au poids maternel initial	**1pt/0pt**	35,14(39)	64,86(72)
Moyenne des pourcentages		81,98 (91)	18,02 (20)

La majorité des femmes connaissait les conseils concernant l'alimentation au cours de l'allaitement.

De plus, 26,13% (soit n=29) ne savait pas que la consommation excessive de café est déconseillée pendant la grossesse.

La note moyenne obtenue à cette question était de 1,96 point sur 3.

3.2.1.11. Connaissances sur les bénéfices et avantages de l'allaitement maternel :



<u>Figure 4:</u> Connaissances des patientes sur les avantages de l'allaitement maternel pour l'enfant :

La note moyenne obtenue par l'ensemble de ces patientes à cette question était de 2,82 point sur 6.

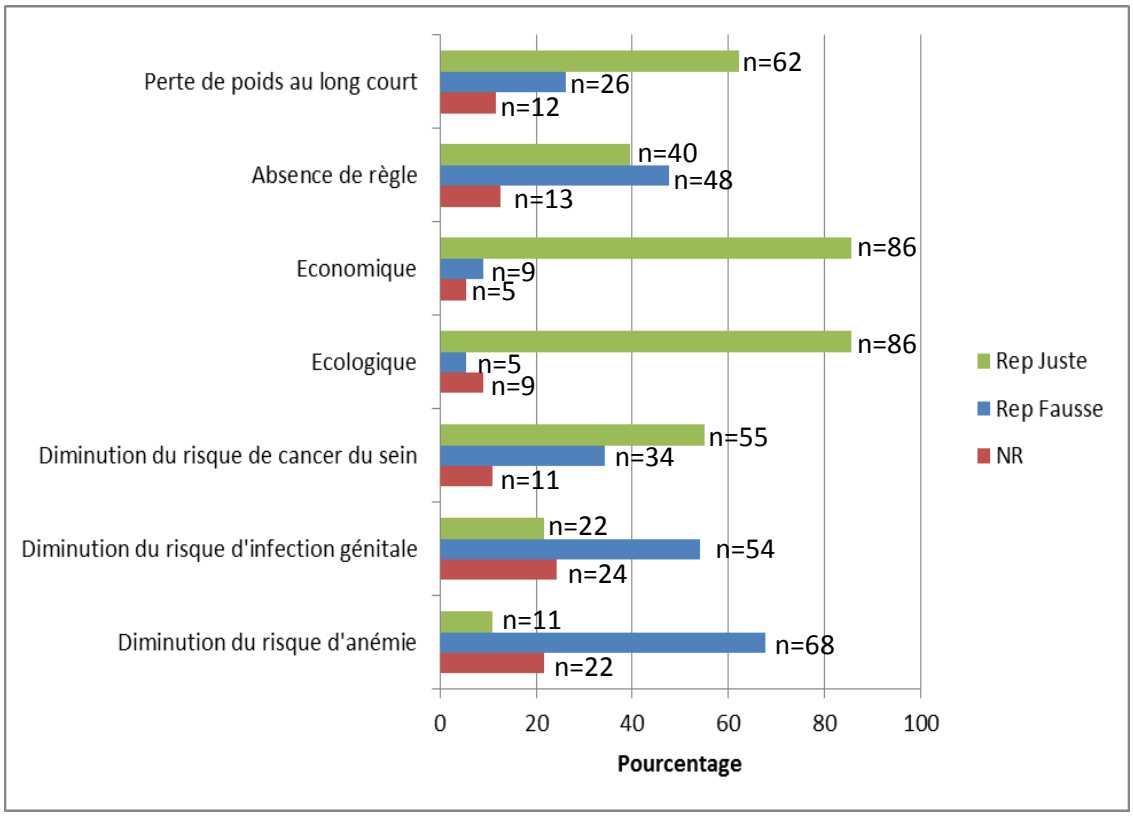


Figure 5: Connaissances des patientes sur les avantages de l'allaitement maternel pour elles-mêmes :

La note moyenne obtenue par l'ensemble de ces patientes à cette question était de 2,38 points sur 7.

Le score moyen pour l'ensemble des avantages de l'allaitement maternel (pour la mère et le nouveau-né) était de 5,20 points sur 13. Les femmes allaitantes semblaient mieux connaitre les bénéfices biologiques de l'allaitement pour leur enfant que pour elles-mêmes.

3.2.1.12. Richesse du lait maternel :

Parmi les 111 patientes ayant répondu, la majorité (92,79% soit n=103) pensait que leur lait est suffisamment riche pour nourrir leur bébé dans les premiers mois de la vie.

La note moyenne à cette proposition était de 1, 86 point sur 2.

3.2.2. Niveau de connaissance global :

Le taux de connaissances des patientes allaitantes sur l'allaitement maternel était situé entre 4,31% (2,5/58) et 81,90% (47,5/58). Le taux de connaissance moyen s'élevait à 46,44% (26,93/58) avec une médiane à 48,28% (28/58).

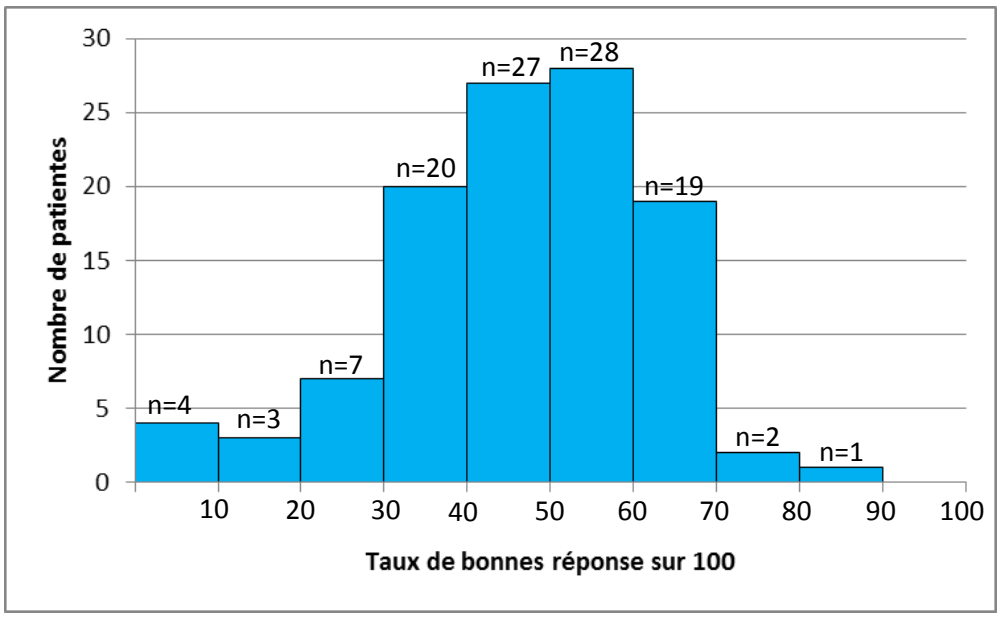


Figure 6 : Répartition du taux de bonnes réponses :

La moyenne totale du pourcentage de bonnes réponses (moyenne de tous les pourcentages de bonnes réponses à chaque item) était de 73,10% et celle du pourcentage de mauvaises réponses était de 26,90%. Le nombre moyen de participants aux questions sur les connaissances était de 107.

<u>Tableau XI:</u> Connaissances des patientes en fonction des facteurs obstétricaux et sociodémographiques :

	Niveau de connaissance global			
	note sur 58	note sur 100	p-value	IC
Selon la parité			0,256	[-9,04;2,43]
Primipares	26,00	44,83		
Multipares	27,92	48,13		
Selon la profession				
Cadres, professions intellectuelles supérieures	28,02	48,31		
Artisanes, chefs d'entreprise	15,50	26,72		
Professions intermédiaires	27,56	47,51		
Employées	28,89	49,81		
Ouvrières	25,25	43,53		
Etudiantes	25,67	44,25		
Sans activité professionnelle	22,10	38,1		
Selon la situation professionnelle			0,026	[-13,70;-0,87]
Actives	28,04	48,34		
Non actives	23,81	41,05		
Selon le niveau d'enseignement			0,029	[-12,93;-0,69]
Primaire et secondaire	24,19	41,71		
Supérieur	28,14	48,52		
Selon le statut matrimonial				
Mariées	26,54	45,76		
Célibataires	20,06	34,59		
Pacsées	28,90	49,82		
En union libre	26,24	45,24		
Selon la nationalité			0,104	[-1,80;19,06]
Française	27,34	47,13		
Etrangère	22,34	38,51		
Participation à des séances de PNP			0,044	[-12,15;-0,15]
Oui	28,27	48,74		
Non	24,71	42,60		

Le fait d'être mariée n'augmente pas significativement la note moyenne obtenue. A l'inverse, être célibataire est significativement associé à une note plus basse (p=0,02 et IC=[1,88.23,64]).

3.3. Supports d'information sur l'allaitement maternel :

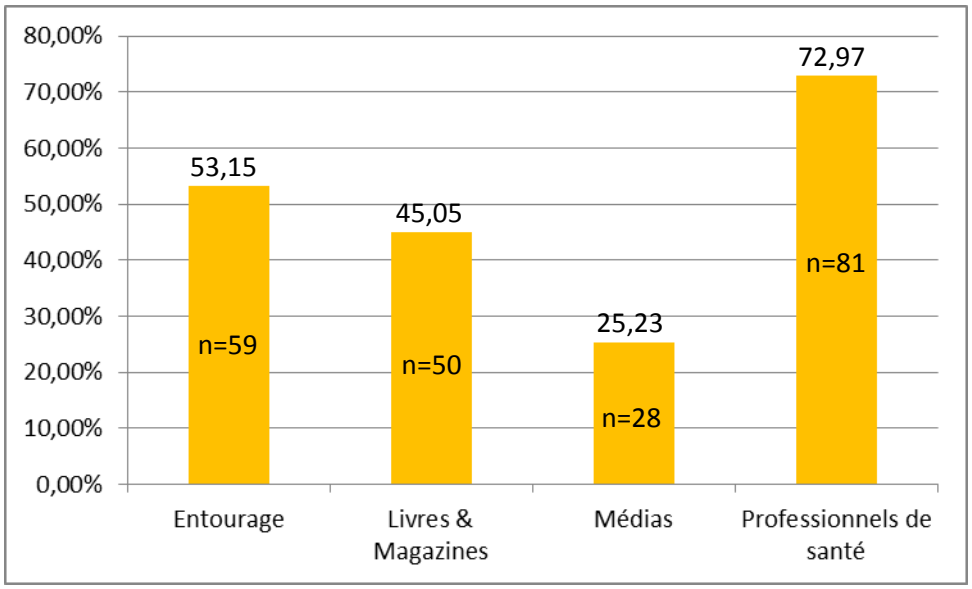


Figure 7: Support d'information et personnes auxquels les femmes allaitantes ont eu recours :

Les femmes interrogées avaient 2 sources d'informations en moyenne et la majorité avait recours à des **professionnels de santé** pour s'informer sur l'allaitement au cours de la grossesse. Parmi celles-ci, le plus grand nombre (n=66 soit 81,48%) avait sollicité des **sages-femmes**. Les autres professionnels cités étaient les infirmiers et puéricultrices (n=7 soit 8,64%), les auxiliaires de puériculture (n=3 soit 3, 70%), la PMI (n=3 soit 3, 70%), les médecins généralistes (n=1 soit 1,25%) et les gynécologues (n=1 soit 1,25%).

Parmi l'ensemble des patientes, 63,06% (n=70) avaient suivi des **séances de préparation** à la naissance et avaient obtenu à 57,65% (n=64) une information sur l'allaitement à cette occasion. Les 5,41% (n=4) n'ayant pas eu d'information à ce sujet n'avait pas souhaité pour la plupart (n=3) aborder ce sujet. Ces femmes étaient toutes des multipares.

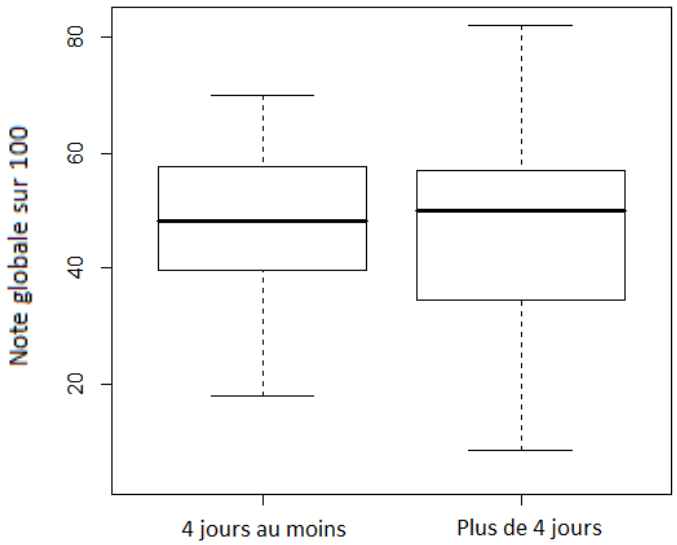
Plus de la moitié de l'échantillon (n=59 soit 53,15%) avait recours à l'entourage, que ce soit les amis ou la famille.

Les livres et magazines arrivaient en troisième position. Parmi ceux-ci, 32% (n=16) des ouvrages cités étaient des magazines mensuels (Parent, Familiy, 9 Mois…) et 14% (n=7) des livres (« L'allaitement » de M.Thirion, « J'attends mon enfant » Larousse de 0 à 3 mois…)

Les sources médiatiques (Internet et télévision) ne représentaient finalement que 25,23% (n=28) des supports d'information cités et la source la plus citée (17,86% soit n=5) était le site de la Leache league.

3.4. Taux de connaissance en fonction de la durée du séjour :

La durée moyenne du séjour était de 4,5 jours en comptant le jour d'accouchement.



<u>Figure 8:</u> Comparaison du taux de connaissance avec la durée du séjour en maternité :

<u>Tableau XII:</u> Influence de la durée du séjour sur le niveau de connaissance sur l'allaitement maternel :

	Longueur du séjour		p-value	IC
	Séjour court (n=66)	Séjour long (n=45)		
			0,9906	[-5,91;5,84]
note globale sur 58	26,92	26,95		
note globale sur 100	46,42	46,46		

Il n'existait pas de différence significative selon la longueur du séjour sur le taux de connaissances.

3.5. Indice de confiance quant à la poursuite de l'allaitement maternel :

4 patientes n'ont pas répondu à cette question.

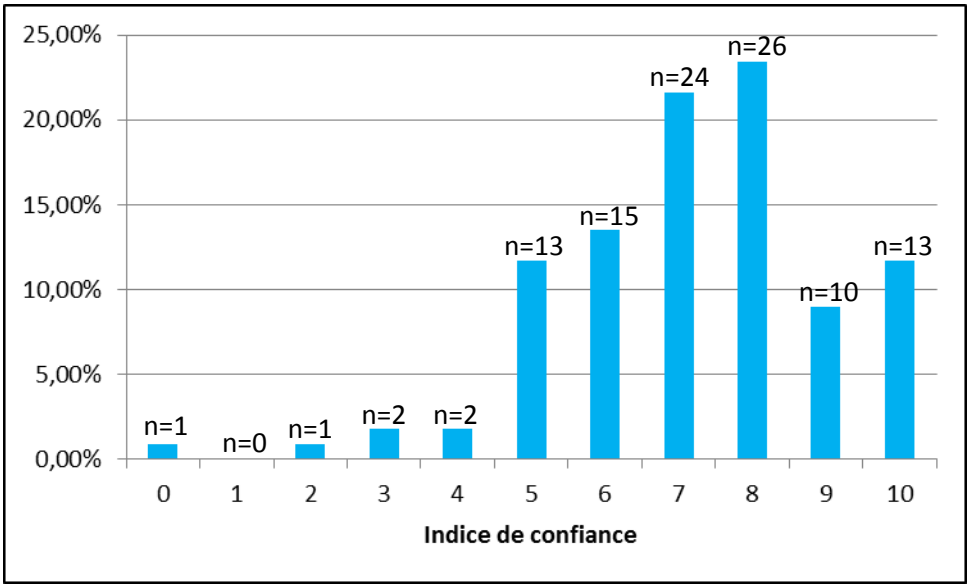


Figure 9: Répartition de l'indice de confiance des femmes quant à la poursuite de l'allaitement maternel :

La moyenne de l'indice de confiance de confiance était de 7,17/10 et la médiane était de 7.

3.5.1.1. Indice de confiance et taux de connaissance :

Tableau XIII: Taux de connaissances en fonction de l'indice de confiance quant à la poursuite de l'allaitement maternel :

	Indice de confiance			
	Inf ou égal à 5 (n=19)	Sup à 5 (n=88)	p-value	IC
			0,1798	[-12,76;2,42]
note globale sur 55	24,45	27,45		
note globale sur 100	42,15	47,32		

Il n'y avait pas de différence significative du taux de connaissances moyen en fonction de l'indice de confiance.

3.5.1.2. Indice de confiance et différents recours après la sortie de la maternité :

Seules 7 (soit 6,31%) patientes ne savaient pas à qui s'adresser pour des conseils ou en cas de problème d'allaitement maternel après la sortie de la maternité.
A l'inverse 99 (soit 89,19%) patientes ont cité au moins une personne. 5 patientes n'ont pas répondu à cette question.

Tableau XIV: Recours cités en cas de problème d'allaitement maternel après la sortie de la maternité :

Recours	n	%
Sage-femme	76	68,47
Association d'allaitement	21	18,92
Sans précision	7	6,31
Lact'écoute	9	8,11
Leche League	5	4,50
Entourage	10	9,01
Pédiatre	8	7,21
Médecin traitant	6	5,41
Puéricultrice	5	4,50
Gynécologue	1	0,90

Tableau XV: Moyenne de l'indice de confiance en fonction de la connaissance d'un recours en cas de problème d'allaitement après la sortie de la maternité :

	Sait vers qui se tourner après la sortie de la maternité			
	non (n=7)	oui (n=99)	p-value	IC
Indice de confiance	5,00	7,24	0,0079	[-3,89;-0,60]

Les femmes sachant vers qui se tourner après la sortie de la maternité était significativement plus confiantes que les patientes ne sachant pas à qui s'adresser.

3.5.1.3. Difficultés rencontrées en maternité :

Moins de la moitié des femmes (41 soit 39,94%) avait rencontré des difficultés d'allaitement à la maternité. 2 personnes n'ont pas répondu à cette question.

Tableau XVI: Difficultés d'allaitement rencontrées au cours du séjour à la maternité :

Difficultés rencontrées	n	%
Difficultés physiques et psychiques	**21**	**18,90**
Gerçures	10	9,00
Fatigue	5	4,50
Douleur sans gerçures	5	4,50
Appréhension	1	0,90
Difficultés d'installation	**14**	**12,60**
Positionner le bébé	5	4,50
ML tardive	3	2,70
Besoin de bouts de sein en silicone	3	2,70
Mauvaise prise du sein par le bébé	2	1,80
Besoin d'un tire-lait	1	0,90
Difficultés vis-à-vis des quantités de lait	**9**	**8,10**
Mauvaise courbe pondérale	4	3,60
Besoin de compléments avant la ML	3	2,70
Bébé non repu après la tétée	2	1,80
Difficulté de compréhension du bébé	**5**	**4,50**
Besoin de stimuler le bébé	4	3,60
Compréhension du rythme des tétées	1	0,90
Attitude des professionnels de santé	**1**	**0,90**
Discours discordant	1	0,90

<u>Tableau XVII:</u> Indice de confiance en fonction des difficultés d'allaitements rencontrés à la maternité :

	Difficultés d'allaitement à la maternité			
	non (n=68)	oui (n=41)	p-value	IC
Indice de confiance	7,53	6,59	0,012	[0,21;1,67]

L'indice de confiance des femmes ayant rencontré des difficultés d'allaitement à la maternité était en moyenne moins élevé que les femmes n'ayant pas eu de problème. Cette différence n'était pas significative.

<u>Tableau XVIII :</u> Influence du stress concernant le retour à domicile sur l'indice de confiance :

	Stress pour le retour à domicile			
	non (n=68)	oui (n=40)	p-value	IC
Indice de confiance	7,69	6,41	0,00045	[0,58;1,98]

Le stress quant au retour à domicile n'affectait pas significativement l'état de confiance dans lequel se trouvaient les femmes à la sortie de la maternité

3.6. Projet d'allaitement des patientes :

La majorité (102 soit 91,89%) des patientes a répondu à la question. La plupart ont exprimé la durée d'allaitement envisagée mais peu ont précisé la manière dont elles souhaitaient le faire (exclusif/mixte).

Tableau XIX: Moment de la décision d'allaiter au sein et durée d'allaitement envisagée par les femmes interrogées au moment de la sortie de la maternité :

Projet d'allaitement maternel	**n**	**%**
Moment de décision		
Avant la grossesse	70	43,06
Pendant la grossesse	36	32,43
A la naissance	3	2,70
Pendant le séjour	0	0,00
Durée d'allaitement envisagée		
Ne sait pas	8	7,21
"Le plus longtemps possible"	7	6,31
6 mois ou plus	32	28,83
Moins de 6 mois	55	49,60

Une grande partie des femmes (20 soit 18,02%) évoquait la reprise du travail lorsqu'on leur parlait de leur projet d'allaitement.

Une partie des patientes (16 soit 14,41%) envisageait l'usage d'un tire-lait afin de poursuivre leur allaitement maternel. Cet usage a été justifié par certaines patientes par des raisons d'organisation (afin de pouvoir mettre leur enfant à la crèche), pour faire participer le père ou encore pour permettre à la mère allaitante de « faire des sorties ».

4.DISCUSSION

4.1. Introduction et rappel des objectifs :

Les connaissances sur l'AM et le niveau de confiance des mères dans leur capacité à allaiter influencent positivement la durée d'allaitement [4]. Cependant le taux d'initiation de l'allaitement maternel en France est actuellement de 69% et chute à 54% à l'âge de 1 mois [1].

On a donc voulu décrire quelles étaient les connaissances sur l'allaitement maternel des femmes à la sortie de la maternité au centre hospitalier Estaing de Clermont-Ferrand.

Secondairement, les moyens de recours à l'information ont été étudiés ainsi que l'influence de la durée du séjour sur les connaissances des patientes.

On s'est ensuite intéressé au niveau de confiance dans lequel les femmes se trouvaient pour poursuivre leur allaitement maternel à la sortie de la maternité.

4.2. Limites de l'étude :

Une des limites de cette étude réside dans la **construction du questionnaire**. En effet, la plupart des questions ne proposaient pas, parmi ses items, la mention « ne sait pas ». Les patientes étaient donc obligées de se positionner vis-à-vis des différentes propositions, même si elles ne connaissaient pas la réponse à la question posée. Ceci peut expliquer le taux de non-réponses important retrouvé sur certaines questions : 7,20% à la question concernant l'allaitement à la demande ou 19,81% pour l'item portant sur la prévention du diabète.

Une autre faiblesse de l'étude réside dans l'établissement du **barème** ayant servi à établir une note des connaissances des patientes sur l'allaitement maternel. Les différents coefficients appliqués pour l'obtention d'une note globale gardent une part de subjectivité bien qu'ils aient été établis en fonction de l'importance des différentes propositions et à partir la littérature sur le sujet.

Par ailleurs, avaient été exclues de cette étude pour des raisons pratiques, **les femmes ayant arrêté l'AM avant la sortie de la maternité**. On ignore cependant si ces sevrages précoces étaient en rapport avec un manque d'informations préalables.

4.3. Intérêt et points forts de l'étude :

Le taux et la durée l'allaitement maternel sont une problématique d'actualité. L'Institut de Veille Sanitaire s'est récemment intéressé au taux d'allaitement initié en maternité et au nombre d'enfants encore allaités à un mois dans le cadre de l'enquête nationale Epifane réalisée au cours de l'année 2012. L'intérêt de cette étude était de **resituer ce problème à l'échelle locale** en s'interrogeant sur l'efficacité des informations transmises aux femmes pour favoriser la bonne mise en route de l'allaitement maternel et sur les connaissances pouvant être une des raisons du faible taux d'initiation de l'allaitement maternel ou du sevrage précoce.

Un des points forts de cette étude était le **bon taux de participation**. Il était de 77% et seules 3 patientes ont refusé de participer.

C'était aussi l'occasion de **sensibiliser à nouveau sur cette problématique le personnel de santé de suites de couches** qui participait à la collecte des questionnaires.

4.4. La population :

La moyenne d'âge de notre échantillon était de 30,7 ans, la majorité était mariée (43,24%) et avait fait des études supérieures.

Dans une étude relative aux durées et aux facteurs influençant le déroulement de l'allaitement maternel menée en Rhône-Alpes, l'âge moyen des patientes était de 30,8 ans [51]. Cela est très proche de notre étude. Le taux d'instruction était aussi sensiblement le même : 63% des patientes de l'étude précédente avaient fait des études supérieures, et 69,4% dans notre étude.

La représentation des catégories socio-professionnelles était semblable pour les deux études. Les employées étaient les plus représentées : 40% vs 41,5% dans notre étude. Les ouvrières, les agricultrices et les artisanes étaient aussi les moins nombreuses.

On peut également noter que le taux de femmes célibataires retrouvé dans notre échantillon (7,2%) était égal à celui retrouvé dans l'enquête nationale périnatale de 2010 regroupant l'ensemble des patientes ayant accouché (7,3%) [18]. Enfin, à l'instar de l'étude en Rhône-Alpes, la majorité des patientes composant notre échantillon vivait en couple [51].

Le taux de femmes étrangères de notre étude (8,1%) était cependant inférieur à celui décrit dans l'enquête périnatale de 2010 (13,4%) [18]. Cette différence peut s'expliquer par le fait qu'aient été exclues les patientes ne comprenant pas ou peu le français.

En outre, la répartition selon la parité était légèrement différente dans notre échantillon. Les primipares étaient légèrement surreprésentées (51,4%) par rapport aux multipares (48,65%) contrairement à la population de l'enquête périnatale de 2010. On retrouvait cette même différence dans une étude sur les bienfaits de l'allaitement faite à Clermont-Ferrand en 2006 (44,8% de primipares pour 55,3% de multipares) [53].

Les caractéristiques socio-économiques de notre étude étaient **cohérentes avec la littérature**. C'étaient les mères les plus âgées, mariées, primipares et d'un niveau de scolarité supérieur et socio-économiquement plus favorisées qui allaitaient le plus et le plus longtemps [1][3][4][51].

4.5. Connaissances des femmes allaitantes sur l'allaitement :

Il n'a pas été retrouvé d'études sur les connaissances des femmes allaitantes sur la mise en route de l'AM, les signes de succion caractéristiques du nouveau-né, les signes d'efficacité de la tétée, ainsi que sur la montée de lait et la prévention des gerçures.

A l'inverse de nombreuses études se sont intéressées aux connaissances qu'avaient les mères sur les avantages de l'AM [47][54][55].

4.5.1. Points forts et points faibles des connaissances des mères:

4.5.1.1. Mise en route de l'allaitement :

Concernant les facteurs traitant de la mise en route de l'allaitement, les femmes avaient des connaissances **très hétérogènes**. Malgré un taux moyen de bonnes réponses supérieur à la moyenne (4,14/7) sur ce sujet, certaines pratiques semblaient être peu claires pour les patientes et leurs applications pouvaient être délétères pour l'installation de l'allaitement et ainsi compromettre sa durée.

La grande majorité (91,9% et 91,0%) savait que le **contact en peau à peau** et la **tétée précoce** à la naissance favorisent la mise en route de l'allaitement.

A l'inverse 13,5% des patientes interrogées ne savaient pas que la **proximité 24h sur 24 avec le bébé** était essentielle et pourraient ainsi être tentées de laisser leur bébé au personnel soignant de suites de couches afin de se reposer.

De même, plus de la moitié des patientes pensait que le **recours à des compléments** de lait artificiel n'avait pas d'influence (30,6%) ou avait une bonne influence (22,5%) sur la mise en route de l'allaitement maternel. Or l'utilisation de compléments donne lieu à une moins bonne stimulation de la lactation.

Concernant **l'utilisation d'une sucette ou tétine**, 43 patientes (38,74%) pensaient que cela n'avait pas d'influence sur la mise en place de l'allaitement maternel et 6 (5,41%) pensaient que cela était favorable. La différence de mécanisme de succion entre le sein et la tétine ne devait donc pas être connue de ces patientes [33]. Elle est pourtant primordiale pour le nouveau-né, qui dans un contexte d'apprentissage a du mal à les différentier et à s'adapter convenablement. De plus, l'utilisation précoce de tétines serait à l'origine de tétées moins fréquentes et plus courtes qui s'accompagneraient de problèmes d'AM plus fréquents [4][38].

Par ailleurs, 20,27% des femmes interrogées la veille de la sortie de la maternité ne savaient pas que **donner les deux seins à chaque tétée au début de l'allaitement** permettait de favoriser la montée de lait. Cependant, le questionnaire ne permettant pas de savoir si les femmes interrogées n'avaient pas retenu cette information ou ne l'avait pas eu.

Il est donc possible que certaines aient eu des retards de montée de lait dus à leurs méconnaissances en raison d'un défaut d'information et d'accompagnement dans la mise en route de l'AM. Or cette période des premiers jours est cruciale pour démarrer un allaitement dans la sérénité et la confiance.

De même 25,23% ne savaient pas que **l'allaitement à la demande,** sans restriction de durée ni fréquence, avait une bonne influence sur la mise en route de l'allaitement.

Or, l'ANAES précisait en 2002 qu'il n'y avait aucun avantage démontré à réduire le nombre et la durée des tétées, ni à fixer un intervalle minimum entre deux tétées. En effet, la restriction des tétées est associée à un arrêt plus précoce de l'allaitement, à des fréquences plus élevées des engorgements, des douleurs des mamelons et au recours plus importants à des compléments de substituts de lait [3].

Contrairement aux hôpitaux IHAB, il semblerait que les principes des 10 conditions pour le succès de l'allaitement (ici le sixième, le huitième et le neuvième) ne soient pas diffusés à la maternité du centre hospitalier Estaing ou ne soient pas retenus par les femmes allaitantes.

D'autre part, une expérience initiale d'AM négative ou des difficultés d'AM au démarrage sont associés négativement à la durée d'AM [4]. Certaines « méconnaissances » des femmes peuvent donc compromettre ou compliquer l'AM.

La durée moyenne de séjour dans notre étude était de 4,5 jours après l'accouchement, cette valeur est en accord avec la durée de séjour nationale qui s'élève à 4,3 jours [32]. Néanmoins la tendance actuelle est à la réduction de la durée des séjours. Certains sont fréquemment allongés en raison de difficultés d'allaitement ou de non reprise de poids du nouveau-né. **On est donc en mesure de se demander si un meilleur accompagnement et une meilleure information des patientes sur l'AM ne permettrait pas de diminuer les complications dues à l'AM et par conséquent limiter le nombre de longs séjours en maternité pour les femmes présentant des problèmes d'AM.**

4.5.1.2. Signes d'une succion caractéristique et efficacité de la tétée :

Dans notre étude, il apparaît que les **signes d'efficacité de la tétée** étaient très mal connus des femmes allaitantes (moyenne=2,59/8). Il en était de même pour les signes de succion caractéristiques de la tétée malgré une note globalement supérieure à la moyenne (1,63/3).

Toutefois, la majorité des femmes savait reconnaître au moins **deux signes caractéristiques** d'une succion efficace (enfant la bouche grande ouverte et lèvres retroussées (88,29%), succion ample avec quelques pauses (90,09%). De même, 94,60% savaient lorsque l'enfant a les joues creusées et une déglutition silencieuse, la tétée n'est pas efficace.

Cependant, 36,04% des femmes interrogées pensaient que lorsque l'enfant est somnolent pendant la tétée, celle-ci est inefficace. De plus, pour près de la moitié des

mères, le rythme de succion ne devait pas être lent et régulier et pour 43,24% l'alignement oreille/épaule/hanche ne rendait pas particulièrement la tétée efficace.

Globalement le **comportement de l'enfant après la tétée** et la manifestation de **tranchées pendant les tétées** étaient bien connues de notre échantillon (91,89% et 72,07% de bonnes réponses). Par ailleurs, près de la moitié des mères savaient que le fait que leur enfant se réveille toutes les 2h n'était ni un signe inquiétant ni un signe d'efficacité de la tétée.

A l'inverse, la manifestation de l'efficacité des tétées par **la surveillance de l'élimination du nouveau-né** n'est pas assimilée (34,23% et 63,96% de mauvaises réponses).

Enfin, près de la moitié des femmes ne remettait pas en question l'efficacité de la tétée si une douleur était persistante ou si le sein était toujours tendu après la tétée.

La DRASS du Rhône-Alpes et B Branger, M Cebron et al ont fait apparaitre que la plupart des femmes étaient angoissées de ne pas avoir assez de lait ou de ne pas savoir quelle quantité de lait prend l'enfant lorsqu'il était au sein**.** Elles étaient près de 20% à sevrer leur enfant à l'âge de 1 mois pour **« manque de lait »** ou **« lait pas assez nourrissant »** [3][36][51].

Une bonne information pour savoir repérer les signes caractéristiques de succion de l'enfant et les signes d'efficacité de la tétée permettrait d'améliorer la confiance en elles des mères à la maternité du CHU Estaing et devrait contribuer à diminuer le nombre de sevrages précoces.

4.5.1.3. Signes d'éveil du nouveau-né :

Il était rassurant de voir que la majorité (68,47%) des femmes savaient que le meilleur moment pour donner le sein est lorsque le bébé commence à présenter des signes d'éveil.

Cependant 31,53% désignaient les moments où le bébé dort ou pleure comme le moment idéal pour donner le sein.

L'ensemble des signes d'éveil n'était connu que par très peu de patientes (1,80%), par contre presque la moitié des patientes savait désigner au moins deux signes d'éveil. Les signes les plus désignés étaient lorsque l'enfant ouvre la bouche et tourne la tête (cité par 92,79% des patientes).

A l'inverse elles méconnaissaient les autres signes tels que : l'ouverture des yeux, les bruits de succion, petits grognements et petits mouvements (seulement cités par un quart des patientes).

Il semblerait donc que certaines informations soient intégrées par les patientes. Malgré cela, **les pleurs étaient encore considérés par près de la moitié des mères comme un des premiers signes d'éveil montrant que le nouveau-né est prêt à téter.**

4.5.1.4. Montée de lait :

Globalement la majorité des **femmes ne possédait pas de bonnes connaissances** sur la montée de lait, la note moyenne n'étant que de 1,12 sur 3 points.

Certaines femmes ont pu se retrouver en difficulté au moment de la montée de lait : un tiers ne savait pas que des tétées fréquentes permettaient d'assouplir le sein, que l'application de froid permettait de soulager la douleur et presque la moitié des femmes ne connaissait pas la technique d'expression manuelle du sein.

Tout comme précédemment, on ne sait pas si elles ont utilisé ces techniques sans en connaître l'intérêt ou si elles n'en ont pas bénéficié.

4.5.1.5. Prévention des gerçures et crevasses :

L'ANAES recommandait dans son rapport de 2002 d'apprendre aux mères à prévenir et identifier les signes d'engorgement et de mastites et à y faire face afin d'éviter les complications [3]. Seules 37% des femmes dans notre échantillon savaient **que varier les positions d'AM** permettait de prévenir l'apparition de gerçures ou crevasses.

A l'inverse, 87% des patientes savaient qu'étaler une goutte de lait maternel sur le mamelon et l'aréole en prévenait l'apparition.

Si la femme présentait des crevasses, la grande majorité (97%) savait qu'il ne fallait pas arrêter de donner le sein du côté douloureux et 82% étaient conscientes qu'il fallait **revoir la position du bébé** lors des tétées.

Pour 6% des femmes interrogées, il fallait utiliser systématiquement des bouts de seins en silicone en cas de gerçures ou crevasses.

Globalement l'information concernant la prévention des gerçures et crevasses et l'attitude à adopter pour que cela ne s'aggrave pas semblait bien acquise pas la majorité

des femmes (2,01/3 en moyenne). Nous n'avons pas retrouvé d'étude pour comparer ces données.

4.5.1.6. Durée d'AM recommandée :

L'OMS recommande l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois pour un développement optimal de l'enfant [2].

Seulement un peu plus de la moitié des femmes interrogées savait que la durée d'allaitement recommandée était de 6 mois. Or **un manque d'information sur la durée optimale d'allaitement au sein est négativement associé à la durée d'AM [4] et à l'inverse la connaissance de la durée optimale d'allaitement exclusif de 6 mois est significativement associée à un AM plus long (plus de 4 mois) [31].**

Dans l'échantillon, bien que 55,86% connaissaient cette durée optimale, seulement 28,83% des mères souhaitaient allaiter jusqu'à 6 mois ou plus. Cette donnée était du même ordre que retrouvé par AC Le Founier-Chancerelle (30%) [54].

Dans notre étude, près de 20% des mères évoquaient en commentaire libre que la durée de leur AM serait conditionnée par leur reprise de travail, marquée pour certaines par des problématiques de tire-lait et pour d'autres de sevrage. Cela pose donc la question de la durée du **congé maternel en France** qui reste un frein à l'AM prolongé [44].

4.5.1.7. Rythme des tétés après la sortie de la maternité :

Concernant le rythme des tétées après le retour à domicile, on constate que les connaissances des femmes étaient médiocres (1,98/4 en moyenne). La moitié de celles–ci ne savait pas ce qu'est une poussée de croissance et à quels moments elle peut survenir. Il n'existait pas de différence significative entre les multipares ayant eu pour 94% une première expérience d'allaitement et les primipares. Or le taux d'allaitement national perd 15% de son effectif après la première poussée de croissance.

On peut donc s'interroger sur la préparation des femmes à faire face à cette évolution et si elles ont réellement reçu une information à ce sujet.

A l'inverse, il était rassurant de constater que la grande majorité des femmes était consciente du fait que chaque enfant a un rythme de tétée qui lui est propre et qu'il peut encore réclamer à téter la nuit après la sortie de la maternité.

Il est donc important de sensibiliser les professionnels de santé de suites de couches à l'importance de l'information concernant l'évolution de l'allaitement après le départ de la maternité.

4.5.1.8. Maladies et médications :

Près de 20% des patientes pensaient que les maladies et prises médicamenteuses nécessitaient un arrêt systématique et brutal de l'AM.

Or de nombreux médicaments peuvent être administrés sans risque à une femme qui allaite [3][33]. Ces préjugés peuvent être des raisons de **sevrage précoce.**

4.5.1.9. Alimentation pendant l'AM :

La majorité des femmes connaissait les conseils concernant l'alimentation au cours de l'AM (note moyenne de 1,96/3)

La grande majorité des patientes (97,30%) savait qu'elle n'a pas besoin de suivre de régime alimentaire spécifique et qu'il n'est pas nécessaire de « manger pour deux ».

Les femmes de notre échantillon semblaient mieux informées que celles interrogées dans la thèse de AC. Le Founier-Chancerelle, où 7% des femmes allaitantes pensaient qu'il fallait manger plus et 83,3% pensaient devoir changer leurs habitudes alimentaires [54].

Par ailleurs, **5,41% pensaient qu'il était possible de boire de l'alcool lors de l'AM**. Le questionnaire ne permettait pas de faire des commentaires à cet endroit, cependant il aurait pu être intéressant de savoir quelle était la justification des patientes à cet item. Cette valeur est supérieure à celle retrouvée à Nantes sur l'effectif de de AC Le Founier-Chancerelle (1,1%) [54].

De plus, un quart des femmes ignorait qu'une consommation excessive de café est déconseillée pendant l'allaitement.

Seules 35,14% des femmes estimaient qu'allaiter aide à perdre du poids plus rapidement dans les 6 premiers mois d'AM.

4.5.1.10. Sommeil pendant l'AM :

La plupart des mères connaissaient les conseils concernant le sommeil au cours de l'AM (note moyenne de 1,96/3 et de 1,50/3).

La majorité des femmes savait qu'il est rarement possible de faire des nuits complètes lorsque l'on a choisi d'allaiter son enfant et que faire des micros-sommeils est le meilleur moyen de se reposer.

La position d'allaitement allongée, largement utilisée pour allaiter la nuit était connue de 81% des patientes. A la veille de la sortie de la maternité, 20% n'avait cependant pas connaissance de cette position.

4.5.1.11. Avantages et bénéfices de l'allaitement maternel :

Concernant les bénéfices et avantages de l'allaitement maternel, ceux-ci **étaient mal connus** des femmes de notre étude (5,20/13 en moyenne). C'était aussi le cas dans l'étude A Barroso [52].

MC. Perrier et A. Barroso ont mis en évidence le bénéfice, pour la prévalence de l'AM, des connaissances des mères sur les bienfaits de l'AM pour la santé de leur enfant comme pour leur propre santé, favorisant ainsi l'allaitement au sein [52][53].

De plus, dans une étude réalisée en 1998 à Saint-Nazaire [36], 12% des femmes disaient avoir choisi l'allaitement maternel pour les avantages immunitaires qu'il présentait et 24% pour le côté « naturel ». Les choix étaient donc orientés par les bénéfices de l'AM.

Les connaissances sur les bienfaits de l'AM ont-ils réellement une influence sur leur choix ?

Par ailleurs, les femmes étaient mieux informées sur les bénéfices de l'AM pour leur enfant que pour elles-mêmes.

- Pour leur enfant :

La majorité des femmes **connaissait bien les bénéfices immunitaires et allergiques** de l'allaitement maternel (96,39% et 77,47%), largement mis en avant par les professionnels de santé. C'était aussi le cas dans les autres études [53] [54].

Pour 73,87%, la prise de poids d'un bébé allaité était moins rapide que celle d'un nouveau-né nourri au biberon.

D'autres part le rôle préventif de l'AM sur l'obésité (56,76% de réponse justes) était mieux connu que la prévention sur le diabète (36,94% de réponses justes). Ce taux est semblable à celui retrouvé dans l'échantillon d'A. Barroso à Clermont-Ferrand en 2006 [52] et cette même différence est observée dans l'étude effectuée d'AC Le Founier-Chancerelle [54].

- Pour la mère elle-même:

Le pourcentage de femmes qui savait que l'AM peut aider à retrouver son poids initial (55,86%) était sensiblement le même que celui retrouvé dans les autres études (59% dans l'étude de G. Guigui et 47% dans l'étude d'A. Barroso) [47][52].

Il en est de même pour l'aménorrhée pendant l'allaitement, 36,04% des femmes de notre échantillon connaissait cette particularité. Elles étaient 39,5% dans l'étude de MC Perrier à penser qu'allaiter pouvait retarder une nouvelle grossesse et seulement 7,6% dans l'étude d'A Barroso [52][53].

Plus des trois quarts des femmes allaitantes interrogées pensaient que l'AM était plus écologique et plus économique que l'allaitement artificiel. En effet, l'allaitement au sein exempte de tout achat de biberons, tétines, et substituts du lait maternel dont la fourchette de prix est très large.

Une étude réalisée au Québec en 2005 estimait qu'un AM de 6 mois permettait d'économiser de 532$ à 744$ sans compter les économies associées au coût de soins de santé [8].

C'était donc peut-être pour des raisons pratiques que ces femmes se sont orientées vers l'AM, même si elles en ignoraient les avantages biologiques.

Dans une étude réalisée à Saint Nazaire, 24% des patientes disaient avoir choisi l'allaitement pour le côté naturel et 5% pour la commodité de ce mode d'allaitement [36].

La corrélation entre l'AM et la **diminution du cancer** du sein avant la ménopause était connue de près de la moitié des patientes.

A l'inverse près de 50% d'entre elles méconnaissaient **sa protection vis-à-vis des infections génitales** et plus de la moitié (61,26%) pensait que l'AM ne diminuait pas le **risque d'anémie** dans le post-partum.

Les grands bénéfices de l'AM (protection infectieuse, prévention des allergies et de l'obésité) étaient donc globalement bien connus des mères allaitantes. Ces données semblent donc avoir peu évoluées depuis une vingtaine d'années [53].

A l'inverse la prévention du diabète et l'amélioration du développement psychomoteur et intellectuel semblaient peu perçues par notre échantillon. Les mères connaissaient finalement peu les bénéfices biologiques de l'AM, contrairement aux avantages pratiques qui étaient unanimes.

Par ailleurs, la majorité des patientes savait que leur lait était suffisamment riche pour nourrir leur bébé. Ce taux est conforme à l'étude de G. Guigui [47].

Notre population ne semble pas avoir totalement bénéficié de la troisième recommandation de l'OMS stipulant que toutes les femmes enceintes doivent être informées des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique. Or « toutes les interventions visant à changer les pratiques fondées sur tout ou en partie des dix conditions pour le succès de l'AM (…) améliorent le taux d'allaitement exclusif » [3].

Il est aussi possible que les patientes n'aient pas intégré ces informations. On peut donc se questionner sur la possibilité d'amélioration de la transmission de l'information vers ces femmes.

4.5.2. Facteurs influençant les connaissances :

Il n'existe pas de différence significative du taux de connaissances en fonction de la parité dans notre étude. La plupart des multipares de l'échantillon avait pourtant déjà allaité (94%). Il semblerait donc que l'expérience d'un premier allaitement ne soit pas en relation avec le taux connaissances.

A l'inverse, avoir fait des études supérieures et avoir un emploi augmentent significativement le taux de bonnes réponses (p=0,026 et 0,029 et IC=[-13,70;-0,87] et [-12,93;-0,69]. Dans la littérature, ces critères sont aussi positivement associés à une durée d'allaitement plus longue [4].

Par ailleurs, ce phénomène semble correspondre au « modèle savant » décrit par le pédiatre Marc Pilliot [13][17]. Ce sont les mères les plus diplômées, recherchant des informations auprès des professionnels de santé et de la petite enfance qui ont le plus de connaissances. Dans notre échantillon, la grande majorité des patientes (73% soit n=81) avait sollicité un professionnel de santé, majoritairement des sages-femmes (81,5%), afin de s'informer sur l'allaitement.

Le « modèle populaire » dans lequel les connaissances viennent d'un savoir-faire familial ne semble pas émerger de notre étude. On peut cependant noter que 53,2% (soit n=59) des femmes interrogeaient leur entourage afin de bénéficier d'information sur l'allaitement.

D'autres parts, le fait d'être mariée n'augmente pas significativement la note moyenne obtenue. A l'inverse, être célibataire est significativement associé à une note plus basse (p=0,02 et IC=[1,88.23,64]). Les femmes ayant ce statut sont certainement les plus isolées, peut-être aussi les moins soutenues par leur entourage.

Pour finir, le fait d'avoir suivi des séances de PNP augmente significativement le taux de bonnes réponses de notre étude (p=0,04 et IC=[-12,15 ;-0,15]). Il semblerait donc que ces femmes soient les mieux informées.

Par ailleurs, on sait que ce sont les femmes les plus socio-économiquement favorisées qui participent à la PNP et sont les plus sensibles aux arguments de promotion de l'AM reposant sur un socle de données scientifiques [17].

De plus, le fait d'avoir suivi des séances de PNP est associé à un AM prolongé au-delà de quatre mois [31].

Pour résumer, on constate que dans l'ensemble, les femmes allaitantes ont une mauvaise connaissance globale de l'allaitement maternel, en particulier en ce qui concerne l'AM après la sortie de la maternité.

Le taux de **connaissance moyen s'élevait à 46,44%.** La répartition des patientes en fonction des notes obtenues au questionnaire suivait une **distribution gaussienne** avec une valeur médiane à 48,28% (soit une note de 26,93 sur 58). Plus d'un tiers des patientes avait moins de 40% de réponses justes.

On peut donc s'interroger sur la transmission de l'information sur l'AM aux femmes allaitantes : n'ont-elles pas été informées ou n'ont-elles pas intégré ces informations ?

4.6. Support d'information sur l'AM :

Un de nos objectifs consistait à savoir par quels moyens les femmes avaient obtenu leurs connaissances sur l'allaitement maternel.

La source la plus citée était les professionnels de santé à 73,0%. Parmi ceux-ci les plus cités étaient les sages-femmes (81,5%) puis les infirmières et puéricultrices (8,64%), les auxiliaires de puéricultures (3,70%) et enfin la PMI (3,70%), les médecins généralistes (1,25%) et les gynécologues (1,25%).

Près des deux tiers d'entre elles avaient suivi des séances de PNP et ont bénéficié d'informations à cette occasion (57,65% d'entre elles).

Toutes les études sur ce sujet dressaient un tableau **très hétérogène de la hiérarchie des différentes sources d'information** : une étude menée au CHU de Sainte Justine au Québec [48] plaçait le réseau familial en premier recours d'informations, pour l'étude d'AC Le Founier-Chancerelle [54] les livres et les revues étaient les premiers consultés et pour l'étude de G Guigui [47] les séances de PNP étaient la source d'informations la plus citée (51% des patientes).

La seconde source d'informations était l'entourage (53,15%). Ce taux est similaire à celui retrouvé dans l'échantillon d'AC Le Founier-Chancerelle [54].

La troisième source la plus citée était la lecture de livres et magazines. Tout comme dans une étude menée par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales du Rhône-Alpes, les ouvrages le plus cités étaient les livres de M. Thirion.

La dernière source d'information citée était les médias. Contrairement à toutes attentes, le numérique n'occupe pas une part très importante dans l'information dispensée aux femmes. Seules un quart d'entre elles déclarait avoir cherché des informations sur Internet ou en regardant des émissions à la télévision. Ce chiffre est sensiblement le même que dans l'effectif d'AC Le Founier-Chancerelle [54].

Les femmes interrogées avaient en moyenne 2 sources d'informations. Cette valeur est légèrement inférieure à celle retrouvée dans l'étude menée par G Guigui (2,5) [47].

Les femmes allaitantes avaient toutes eu accès à des informations avant leur grossesse ou pendant celle-ci. Cependant la qualité des sources d'informations n'est pas

pour autant toujours fiable**. L'entourage, questionné par la moitié des patientes, bien que riche en expériences et parfois issu d'une tradition familiale d'AM peut être aussi une source d'idées reçues (« manque de lait », « lait peu nourrissant »..). De surcroît, la qualité scientifique du contenu de certains sites web peut être remise en cause.**

La majorité de notre échantillon avait cependant largement cité le site de la Leche League dont les articles sont souvent unanimement approuvés.

4.7. Influence de la durée du séjour sur les connaissances :

La durée moyenne de séjour pour notre échantillon était de 4,5 jours. Elle était donc conforme à la moyenne nationale (4,3 jours) [32].

Il n'existait **pas de différence significative** des connaissances maternelles en fonction de la longueur du séjour (p=0,99 et IC=[-5,91 ;5,84]) . La note globale pour les séjours considérés comme courts (inférieurs à quatre jours en comptant le jour d'accouchement) était de 46,42 sur 100. Elle était de 46,46 sur 100 pour les séjours de plus de quatre jours. Ceci semble corroborer la littérature [4] [55].

La majorité de leurs connaissances semblent donc avoir été acquises **avant la naissance.**

4.8. Confiance des femmes pour poursuivre leur allaitement :

La confiance en soi et le sentiment d'auto-efficacité sont des facteurs positivement associés à la durée d'allaitement [4].

La moyenne de l'indice de confiance sur l'échelle numérique allant de 0 à 10 était de 7,17. Seules 6 patientes (5,41%) avaient un indice de confiance entre 0 et 5, et il était supérieur à 8 pour près de la moitié d'entre elles (44,14%).

On constate que **près de 80% de notre effectif était confiant (indice supérieur ou égal à 6) quant à la poursuite de leur allaitement**.

En effet les femmes ne savaient pas qu'elles étaient mal informées, c'est pourquoi elles étaient confiantes. En effet, le taux de connaissance n'influait pas significativement sur le niveau de confiance (p=0,179 et IC=[-12,76 ;2,42]).

Elles vont cependant statistiquement rapidement abandonner l'AM [1]. Il faudrait donc **réévaluer l'indice de confiance** à quinze jours et/ou un mois après l'accouchement afin de percevoir son évolution.

Le stress généré par le retour à domicile ne fait pas baisser l'indice de confiance (p<0,01 et IC=[0,58 ;1,98]).

Environ 40% des femmes de notre effectif ont rencontré des difficultés au cours de l'allaitement à la maternité (gerçures, fatigue…). L'indice de confiance de ces femmes était en moyenne moins élevé que les femmes n'ayant pas eu de complications. Toutefois, cette différence n'était pas significative (p=0,01 et IC=[0,21 ;1,67]). De plus, le fait d'être confronté à des difficultés d'allaitement influence négativement la durée d'AM [4].

Il était rassurant de constater que la grande majorité des patientes savait à qui s'adresser en cas de besoin après la sortie de la maternité. Il existe cependant une diminution significative de l'indice de confiance de 7,24 à 5 lorsqu'une patiente ne sait pas vers qui se tourner à la sortie de la maternité (p<0,01 et IC=[-3,8;-0,60]).

Il est donc primordial d'informer les femmes sur les professionnels ou autres ressources pouvant les aider et les conseiller une fois de retour à domicile afin d'accroître leur confiance quant à la poursuite de l'AM (dixième recommandation des dix conditions pour le succès de l'AM de l'OMS). De plus, selon l'ANAES « toute forme de soutien proposé à la sortie de la maternité diminue le risque d'arrêt de l'AM exclusif avant 6 mois » [3].

5.Projet d’action

L'information des femmes passe avant tout par l'accompagnement de celles-ci tout au long de la grossesse et dans le post-partum.

Pour cela plusieurs actions prioritaires peuvent être mises en place :

5.1. Au cours des consultations de suivi de grossesse :

Proposer systématiquement **des brochures ou une bibliographie d'ouvrages au contenu fiable** à toutes les femmes souhaitant **allaiter.** Parmi ces brochures le livret (« L'allaitement maternel ») conçu par l'INPES apporte un contenu conforme aux dernières recommandations et répond aux questions les plus fréquentes des mères sur l'AM.

Le but étant de limiter la diffusion d'idées fausses pouvant compromettre fortement l'allaitement, que celles-ci viennent de sites internet, forums à caractère non scientifique mais également de l'entourage.

5.2. Au cours des séances de PNP :

Les séances de PNP sont un moment privilégiées pour informer sur la grossesse et l'AM. En effet, les informations données avant à la naissance sont d'une grande importance pour son initiation et sa mise en œuvre de l'AM [1][3]. Les mères sont à ce moment plus réceptives aux informations reçues.

Les femmes ayant l'intention d'allaiter peuvent y exprimer leurs questions et leurs inquiétudes.

Il est donc primordial **d'aborder l'ensemble des aspects de l'AM**, de sa mise en route (**reprise des 10 conditions pour le succès de l'AM de l'OMS**), jusqu'au retour à domicile.
Pour cela **une séance spécifique** traitant de l'AM (**2h si possible**) serait bénéfique.
Au vu de notre étude, certains points devraient être abordés en priorité (car mal connus des mères). Il semble important de s'attarder sur la gestion de la montée de lait, les signes d'éveil du nouveau-né, les signes d'efficacité de la tétée, les bonnes positions d'AM.

Un support vidéo peut être utilisé pour faciliter une meilleure intégration des informations.

De plus, proposer en cours de grossesse aux femmes, ne pouvant ou ne voulant pas assister à l'intégralité des séances de PNP, une **séance spécifique AM** abordant tous les

points essentiels, serait intéressant **pour toucher un plus grand nombre de femmes**. Idéalement, deux séances mensuelles pourraient contribuer à augmenter le taux d'initiation à l'AM au CHU Estaing.

5.3. Durant le séjour en maternité :

De plus, notre étude a montré qu'informer les femmes sur les différents recours en cas de questions ou de problèmes d'allaitement renforçait la confiance des mères quant à la poursuite de leur allaitement.

Cela pourrait aussi contribuer à lutter contre les sevrages précoces, découlant des nombreux doutes des mères sur la qualité de leur lait et la quantité prise par l'enfant [36][52].

Cette information devrait être dispensée à l'occasion de la **réunion sur le retour à domicile** animée par une auxiliaire de puériculture et une sage-femme. Celle-ci ayant lieu idéalement le jour ou la veille du départ, de préférence en début d'après-midi pour toucher un maximum des patientes.

En présence de mères allaitantes, il faudrait aborder **l'évolution de l'AM** au fil des mois (poussées de croissance, selles rares des bébés allaités au-delà de 6 semaines…)

Il faudrait donc **systématiquement informer les femmes à la sortie de la maternité de l'existence et des compétences des sages-femmes libérales, des consultants en lactation, de la PMI et de ses puéricultrices, ainsi que de l'existence des associations d'allaitement qu'elles soient nationale (Leche League) ou locale (Lact'écoute).**

Par ailleurs, il pourrait être intéressant de faire le point avec les sages-femmes de consultations, sages-femmes effectuant des séances d PNP et sages-femmes exerçant en suites de couches sur les résultats de cette étude afin de réfléchir comment améliorer la transmission de l'information auprès des femmes allaitantes. La constitution d'un groupe de réflexion sur ce thème au sein de l'hôpital pourrait être bénéfique pour les patientes.

CONCLUSION

Nos résultats ont montré que les femmes avaient des connaissances très hétérogènes, mais dans l'ensemble faibles sur l'allaitement maternel, malgré le recours à différents supports d'informations pour une grande partie d'entre elles. La grande majorité exprimait cependant un sentiment de confiance à la veille de la sortie de la maternité quant à la poursuite de leur AM, contrastant avec ce taux de connaissances.

Nous nous sommes aussi intéressés aux supports et recours d'informations dont les femmes avaient bénéficiés pendant leur grossesse. Toutes avaient consulté au moins une source d'informations. Les mères faisaient tout d'abord appel aux professionnels de santé, majoritairement les sages-femmes, que ce soit dans le cadre de la PNP ou non. La consultation de l'entourage représentait la deuxième source d'information la plus consultée, avant les lectures et la consultation de sites internet ou la télévision.

Il est donc du ressort des professionnels de santé intervenant au cours de la grossesse, en particulier les sages-femmes, de s'assurer de cette transmission des connaissances et de leur bonne intégration. Ceci dans le but de prévenir les difficultés d'AM, notamment après la sortie de la maternité.

La durée de séjour ne semblait pas influencer les connaissances des femmes.

Par ailleurs, nous avons montré qu'informer les femmes sur les professionnels à consulter en cas de questionnement ou de difficultés d'allaitement rendait celles-ci plus confiantes.

Il apparaît donc important de continuer à promouvoir l'allaitement maternel. Les sages-femmes ont une place prépondérante dans ce problème de santé publique. Elles occupent une place privilégiée auprès des mères, à la fois dans l'accompagnement et le soutien des femmes dans leur projet d'allaitement.

Par ailleurs, il pourrait être intéressant de faire une étude comparant les informations données par des professionnels de santé au cours du suivi de grossesse, des réunions d'allaitement ou séances de PNP, aux informations retenues par les patientes en fin de

grossesse et procéder si besoin à un rappel en vue de l'installation prochaine de l'allaitement maternel.

Il existe à ce jour 20 services portant le label Hôpital Amis des Bébés en France, soit 3% des naissances. La mise en œuvre des recommandations de l'OMS au niveau national pourrait permettre une meilleure information des femmes, la progression du taux d'AM et de sa durée en France.

REFERENCES

[1]Institut de Veille Sanitaire. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane, France, 2012. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2012 ; 34 :383-87.

[2] OMS. Alimentation au sein exclusive pendant 6 mois pour les nourrissons du monde entier. Déclaration du 15 janvier 2011. [en ligne] Disponible sur : http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/fr/ (consulté le 27/06/2013)

[3] ANAES. Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant, recommandations. Mai 2002.

[4] Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. Journal de pédiatrie et de puériculture 2009 ; 22, 112-120.

[5] INPES. Rapport sur la semaine mondiale de l'allaitement. 3 Septembre 2011. [en ligne] (consulté le 4/07/2013) Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2011/024.asp

[6] UNICEF. La situation des enfants dans le monde 2009 : la santé maternelle et néonatale. Décembre 2008. [en ligne] (consulté le 27/06/2013) Disponible sur : http://www.unicef.org/french/publications/index_47127.html

[7] UNICEF. La situation des enfants dans le monde: les enfants dans un monde urbain. 2012.

[8] Breastfeeding among U.S. children born 2000–2009, CDC National Immunization Survey. July 31, 2012. [en ligne] (consulté le 4/07/2013) Disponible sur http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/index.htm

[9] Beaudry M, Chiasson S, Lauzière J. Biologie de l'allaitement, le sein, le lait, le geste. Québec : Presse de l'université de Québec, 2006. P43

[10] OECD Family database. CO1.5 : Breastfeeding rates. 2009. [en ligne] (consulté le 27/03/2014) Disponible sur : http://www.oecd.org/els/family/43136964.pdf

[11] Roques N. Situation de la France, des Etats-unis, de la Grande-Bretagne et du Québec. In : ROQUES N. Allaitement maternel et proximité mère-bébé. Ramonville Saint-Ange : Edition Erès, 2003

[12] Cattaneo A, et al. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. Public Health Nutr 2005; 8: 39-46. [en ligne] (consulté le 4/07/2013) Disponible sur: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN8_01%2FS136898000500008Xa.pdf&code=b722f4a1b6e4d9221e3a1a9fe14560df

[13] EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe : a blueprint for action. Commission Européenne, Direction de la Santé Publique et de l'Évaluation des Risques, Luxembourg, 2004. [en ligne] (consulté le 27/06/2013) Disponible sur : http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm

[14] Pilliot M. La situation de l'allaitement maternel en France. La santé de l'homme. Juillet-aout 2010 ; n°408 p19-20

[15] Thirion M. Histoire de l'allaitement. Juillet 2010. In : FRYDMAN R, SZEJERM M. La Naissance, histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui. Paris : Edition Albin-Michel, octobre 2010.
[en ligne] (consulté le 27/06/2013) Disponible sur : santeallaitementmaternel.com

[16] IPA. L'allaitement : un comportement humain à travers le temps et l'espace. Info allaitement. [en ligne] (consulté le 27/06/2013) Disponible sur : http://www.info-allaitement.org/histoire.html

[17] Rollet C. Histoire de l'allaitement en France : pratiques et représentations. CoNaitre. Mai 2006. [en ligne] (consulté le 27/06/2013) Disponible sur : co-naitre.net (histoireallaitementCRmai2006.pdf)

[18] Gojard S. Approche sociologique de l'allaitement maternel en France. La santé de l'homme. Juillet-aout 2010 ; n°408 p17-18

[19] Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. Enquête périnatales 2010, les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Mai 2011. 132p

[20]République Française. Article L121-50 à Article L121-53 du Code de la consommation relatif à la publicité et pratiques commerciales concernant les préparations pour nourrissons. JO du 4 juin 1994. [en ligne] (consulté le 4/07/2013) Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=27FEF5F2F1DAA1AB8CCE046B7F796177.tpdjo14v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006161825&cidTexte=LEGITEXT000006069565&dateTexte=20100909

[21] OMS. Protection, Encouragement et soutien à l'allaitement maternel, le rôle spécial des services liés à la maternité. Genève, 1989. 32p

[22] OMS et UNICEF. Déclaration conjointe d'Innocenti sur la protection, encouragement et soutien à l'allaitement maternel. Florence, 1990. 4p

[23] Naylor AJ. Baby-friendly hospital initiative,protecting, promoting and supporting brestfeeding in the twenty-first century. Pediatr Clin North Am; 2001. 48(2) :475-483.

[24] Information pour l'Allaitement. Etude longitudinale. [en ligne] Disponible sur : http://www.info-allaitement.org/etude-longitudinale.html (consulté le 28/03/2014)

[25] UNICEF. Recommandations de l'OMS/l'ONUSIDA/l'UNICEF sur l'alimentation des nourrissons. [en ligne] (consulté le 27/06/2013) Disponible sur : http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24811.html

[26]Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [en ligne]. (consulté le 03/08/2013) Disponible sur: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003517/abstract

[27] OMS. Les courbes de croissance OMS pour les garçons et pour les filles de 0 à 2ans.2004. [en ligne] (consulté le 25/06/2013) Disponible sur : http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/Courbes-Poids-Taille-PC-nourrissons-allaites.pdf

[28] HAS. Favoriser l'allaitement maternel, processus-évaluation. Mission formation. Juin 2006. 55p.

[29] République Française. Article L4151-1 du Code de la santé publique relatif aux conditions d'exercices des sages femmes. JO du 8 juillet 2011, art 38, p11826.

[30] HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations professionnelles. Novembre 2005. 52p.

[31] Peters E, Wehkamp K-H, Felberbaum RE, Krüger D, Linder R. Breastfeeding duration is determined by only a few factors. Eur J Public Health. 4 janv 2006;16(2):162-167.

[32] L'Assurance Maladie. Prado : l'accompagnement des mamans. Janvier 2014. [en ligne] (consulté le 22/01/2014)Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/votre-caisse-var/en-ce-moment/prado-l-accompagnement-des-mamans_var.php

[33]HAS et Association française de pédiatrie ambulatoire. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en pédiatrie, allaitement maternel suivi par le pédiatre. Juillet 2005. 8p.

[34]Réseau normand pour l'allaitement, RENOAL. [en ligne] disponible sur : http://www.parents-toujours.info/Reseau-Normand-pour-l-Allaitement-RENOAL (consulté le 22/01/2013)

[35] ARS Haute Normandie. [en ligne] Disponible sur : http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/Allaitement-maternel.141960.0.html (consulté le 22/01/2013)

[36] Branger B, Cebron M, Picherot G, De Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. Arch Pédiatr 1998 ; 5;489-96. [en ligne] (consulté le 02/04/2014) Disponible sur: http://www.sciencedirect.com.sicd.clermontuniversite.fr/science/article/pii/S0929693X99803121

[37] Royal College of Midwifes. Pour un allaitement réussi, physiologie de la lactation et soutien aux mères. Paris : Masson, 1998. p44

[38] Scott JA, Binns CW, Oddy WH ,Graham KI. Predictors of Breastfeeding Duration: Evidence From a Cohort Study. Pediatrics 2006; 117. [en ligne] (consulté le 22/01/2014) Disponible sur: http://pediatrics.aappublications.org/content/117/4/e646.full

[39] Donath SM, Amir LH. Does maternal obesity adversely affect breastfeeding initiation and duration ? Breastfeed Rev; 2000 Nov; 8(3):29-33.

[40] Liu J, RosenbergKD, Sandoval AP. Breastfeeding Duration and Perinatal Cigarette Smoking in a Population-Based Cohort. J Public Health. 2006 Feb;96(2): 309-14. [en ligne] (consulté le 22/01/2014) Disponible sur: http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2004.060798

[41] Ekström A, Widstrom AM, Nissen E. Breastfeeding Support from Partners and Grandmothers: Perceptions of Swedish Women. Birth, Décembre 2003. [en ligne] (consulté le 22/01/2014) Disponible sur: http://onlinelibrary.wiley.com.sicd.clermont-universite.fr/doi/10.1046/j.1523-536X.2003.00256.x/full

[42] Hoddinott P, Kroll T, Raja A, Jane Lee A. Seeing other women breastfeed: how vicarious experience relates to breastfeeding intention and behaviour. Matern Child Nutr, 2010 Apr; 6(2): 134-46. [en ligne] (consulté le 10/04/2014) Disponible sur: http://onlinelibrary.wiley.com.sicd.clermont-universite.fr/doi/10.1111/j.1740-8709.2009.00189.x/full

[43] IPA. Information pour l'Allaitement. Pays scandinaves. [en ligne] (consulté le 22/01/2014)
Disponible sur: http://www.info-allaitement.org/europe-du-nord.html

[44] Sénat. Étude de législation comparée : Les congés liés à la naissance d'un enfant. Octobre 2009, n° 200. [en ligne] (consulté le 22/01/2014) Disponible sur: http://www.senat.fr/lc/lc200/lc200_mono.html#toc59

[45] IPA Information pour l'Allaitement. Protection de l'allaitement maternel en France. [en ligne] (consulté le 22/01/2014) Disponible sur : http://www.info-allaitement.org/protection-de-l-a-m.html

[46] Desrochers SL. Normes sociales et allaitement maternel : évolution du discours d'un quotidien francophone au Québec. Mémoire de maitrise en communication : Université de Québec : 2012.

[47] Guigui G. Connaissances et méconnaissances des mères sur l'allaitement. Devenir, 6 sept 2007;Vol. 19(3):261-297. [en ligne] (consulté le 22/01/2014) Disponible sur : http://www.cairn.info/revue-devenir-2007-3-page-261.htm

[48] Ahora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P.Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply. Pediatrics, 2000 Nov; 106(5):E67. [en ligne] (consulté le 22/01/2014) Disponible sur: http://pediatrics.aappublications.org/content/106/5/e67.long

[49] Kong SK, Lee DT. Factors influencing decision to breastfeed. JAN, May 2004 ;46(4):369-79. [en ligne] (consulté le 22/08/2013) Disponible sur : http://onlinelibrary.wiley.com.sicd.clermont-universite.fr/doi/10.1111/j.1365-2648.2004.03003.x/full

[50] Bell L. Allaitement maternel en Estrie : qu'en est-il 5 ans plus tard ? LLL de l'Estrie. Octobre 2006. 62p. [en ligne] (consulté le 22/08/2013) Disponible sur : http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:up4eX_lJTRMJ:www.santeestrie.qc.ca/sante_publique/direction/documents/pssp_2004-06_alaitement_maternel_en_estrie_5_ans_plus_tard.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr

[51] DRASS du Rhône-Alpes. Etude relative aux durées et aux facteurs qui influencent le déroulement de l'allaitement maternel en Rhône-Alpes en 2004/2006. Juillet 2008. 195p

[52] Barroso A. De l'évaluation des connaissances maternelles sur les bienfaits de l'allaitement maternel. Mémoire sage-femme : Med : Université de Clermont-Ferrand I. 2006.

[53] Perrier MC. De l'allaitement : évaluation de l'information, investigation auprès de 200 mères à Clermont-Ferrand en 1997. Thèse : Med : Université de Clermont-Ferrand I. 1997.

[54] Le Founier-Chancerelle AC. L'allaitement maternel : niveau de connaissances des mères et place du pharmacien d'officine dans sa poursuite en sortie de maternité. Thèse : Pharma : Université de Nantes.2009, n°10.

[55] Vautrin E, Fontaine A, Lanba P, Guérin V, Engelmann P. Durée du séjour en maternité après un accouchement normal : des points de vue divergents. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000 ; 29 :94-101. [en ligne] (consulté le 02/04/2014) Disponible sur: http://www.em-consulte.com/en/article/113922

ANNEXES

Annexe I : Lettre de présentation du questionnaire

SAGE Laure

Etudiante sage-femme 5ème année

Ecole de Sage-Femme de Clermont-Ferrand

28 Place Henri Dunant

63000 Clermont-Ferrand

Laure.Sage@etu.udamail.fr

0622343178

Madame,

Etudiante en cinquième année du cursus de sage-femme, j'effectue mon mémoire de fin d'étude sur l'allaitement maternel.

Ce questionnaire (recto-verso) anonyme vous est adressé si vous avez choisi d'allaiter votre enfant. Il doit être rempli la veille de la sortie de la maternité.

L'objectif de cette étude est de mieux connaitre les connaissances des mamans ayant choisi d'allaiter leur bébé et comment elles les ont obtenues. Elle s'intéresse aussi au niveau de confiance dans lequel se trouvent les jeunes mères quant à la poursuite de l'allaitement après la sortie de la maternité.

C'est pourquoi je vous sollicite pour répondre à ce questionnaire afin de contribuer à l'amélioration de l'accompagnement concernant l'allaitement maternel. Cela ne vous prendra que quelques minutes.

En vous remerciant par avance de votre participation. N'hésitez pas à me contacter en cas de questions ou pour tout renseignement supplémentaire.

Laure Sage

Annexe II : Questionnaire sur l'allaitement maternel

I. Renseignements généraux :

Date d'accouchement : ……

Date de remplissage du questionnaire : ……

Données sociodémographiques :

1- Quel âge avez-vous ? ……..ans

2- A quelle catégorie INSEE correspond votre profession ?

- ☐ Agriculteurs exploitants
- ☐ Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- ☐ Cadres, professions intellectuelles supérieures
- ☐ Professions intermédiaires
- ☐ Employés
- ☐ Ouvriers
- ☐ Etudiante
- ☐ Autres sans activité professionnelle

3- Quelle était votre situation professionnelle au début de la grossesse ?

- ☐ Actif
- ☐ Chômage
- ☐ Autre

4- Quel est votre niveau d'étude ?

- ☐ Primaire, collège, CAP, BEP
- ☐ BAC
- ☐ Supérieur à BAC

5- Statut marital

- ☐ Mariée
- ☐ Célibataire
- ☐ Pacsée
- ☐ Union libre
- ☐ Veuve

6- Origine géographique

- ☐ France
- ☐ Etranger : Précisez : ……..

7- Rang de naissance de l'enfant qui vient de naître :

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ >5

8- Avez-vous allaités vos autres enfants ?

- ☐ Non
- ☐ Oui

9- Si oui, avez-vous allaité :

☐ Exclusivement au sein

Pendant combien de temps ?.....

☐ Au sein et au biberon

Pendant combien de temps ?.....

Commentaire sur votre (vos) allaitement(s) :

……..

……

……

II. Connaissances sur l'allaitement maternel :

Pendant le séjour en maternité

1- *Influence sur la mise en route de l'allaitement maternel :* Classez les éléments suivants dans les 3 catégories s'ils ont selon vous une influence positive, négative ou pas d'influence du tout sur la mise en route de l'allaitement maternel.

	Influence positive	Influence négative	Aucune influence
Contact en peau à peau à la naissance			
Tétée précoce dans les heures suivant l'accouchement			
Proximité avec l'enfant 24 heures sur 24			
Utilisation d'une tétine ou sucette			
Recours à des compléments de lait artificiel pour la satiété de l'enfant			
Allaitement à la demande sans restriction de durée ni de fréquence			
Donner les deux seins à chaque tétée			

2- Selon vous, quels sont les signes d'une succion caractéristique signifiant l'efficacité de la tétée ?

☐ Bouche grande ouverte, lèvres retroussées

☐ Rythme de succion lent et régulier

☐ Succion ample et le bébé ne doit pas faire de pause

☐ Alignement oreille /épaule/hanche

☐ Déglutition silencieuse, joues creusées

☐ Enfant bien éveillé aux yeux ouverts

☐ Aucune réponse juste

3- *Signes d'efficacité de la tétée* : classez les différents éléments à l'aide d'une croix dans les catégories suivantes :

	Signe de tétée efficace	Signe de tétée inefficace	Aucun rapport avec l'efficacité de la tétée
Couches mouillées à quasiment chaque tétée			
Enfant calme après la tétée			
Réveil toutes les 2h			
Selles méconiales (noires) pendant toute la première semaine d'allaitement au sein			
Contractions pendant la tétée			
Sein tendu après la tétée			
Douleur persistant au niveau du mamelon			
Enfant somnolent pendant la tétée			

4- Selon vous, quel est le bon moment pour donner le sein à votre enfant ?

- ☐ Lorsqu'il pleure
- ☐ Lorsqu'il commence à montrer des signes d'éveil
- ☐ Lorsqu'il dort

Commentaires :……
……
……

5- Quels sont les premiers signes d'éveil montrant que votre bébé est prêt à téter?

- ☐ Petits mouvements
- ☐ Bruits de succion
- ☐ Pleurs
- ☐ Ouverture des yeux
- ☐ Petits grognements
- ☐ Tourne la tête, ouvre la bouche
- ☐ Aucune réponse juste

6- Selon vous, quelles sont les **réponses justes** concernant la « montée de lait » ?

- ☐ Il faut mettre l'enfant fréquemment au sein pour l'assouplir
- ☐ L'application de froid peut éventuellement procurer un soulagement
- ☐ Elle a souvent lieu 24h après la naissance
- ☐ Extraire du lait manuellement permet de rendre le sein plus souple
- ☐ C'est le seul moment où il existe un changement de la composition du lait

- ☐ Avant la montée de lait, mon bébé n'a pas suffisamment à manger
- ☐ Aucune de ces propositions n'est juste

7- Selon vous, quelles sont les propositions justes concernant la fatigue et votre sommeil au cours de l'allaitement ?
- ☐ Il faut essayer de faire des nuits complètes
- ☐ Il est conseillé d'effectuer des micro-sommeils tout au long de la journée
- ☐ Il est recommandé de dormir au moins pendant 4h de suite lorsque vous vous assoupissez
- ☐ Il est possible d'allaiter votre bébé en position allongée dans votre lit
- ☐ Aucune de ces propositions n'est juste

8- Selon vous, en cas de crevasse(s) ou gerçure(s), quelle est l'attitude à adopter ?
- ☐ Il faut arrêter de donner le sein du côté douloureux.
- ☐ Il est conseillé de revoir la position de votre bébé lors des tétées.
- ☐ Etaler une goutte de lait sur le mamelon à la fin de la tétée est efficace
- ☐ Il faut utiliser systématiquement des bouts de seins en silicone.
- ☐ Varier systématiquement les positions au sein prévient l'apparition des gerçures ou crevasses.

9- Avez-vous rencontré ces difficultés au cours du séjour en maternité ?
- ☐ Non
- ☐ Oui

10- Si oui, laquelle (lesquelles) ?

……
……

Après la sortie de la maternité

11- Selon vous quelle est la durée minimum recommandée de l'allaitement maternel pour votre bébé et vous-même ?
- ☐ 1mois
- ☐ 2mois
- ☐ 6mois
- ☐ 12 mois

12- *Rythme des tétées après le retour à la maison* : selon vous quelles sont les propositions justes ?
- ☐ Tous les bébés ont leur propre rythme de tétées.
- ☐ Souvent les tétées sont plus espacées le matin, et plus rapprochées en fin d'après-midi et en soirée.
- ☐ Il n'est pas normal qu'un bébé demande à téter la nuit à l'âge d'un mois.
- ☐ Les besoins d'un bébé augmentent vers 3, 6 semaines et 3 mois de vie, lors des poussées de croissances ou de développement.
- ☐ Lors d'une poussée de croissance, un bébé augmente soudain le nombre de tétées par jour.

13- Selon vous, la plupart des maladies ou prise de médicaments justifient-elles un arrêt brutal de l'allaitement au sein :

- ☐ Oui, précisez :……..
- ☐ Non

14- Concernant votre alimentation pendant l'allaitement, quelles sont les réponses vraies :

- ☐ Il faut suivre un régime spécial
- ☐ Il est possible de manger de tout
- ☐ La consommation d'alcool est possible
- ☐ La consommation excessive de café est déconseillée
- ☐ Il faut manger pour deux
- ☐ L'allaitement fait maigrir

Connaissances générales

15- Selon vous, quels sont les avantages de l'allaitement maternel pour vous et votre bébé ?

Pour votre bébé :

- Prise de poids plus rapide qu'au biberon…….□oui □non
- Protection infectieuse de votre enfant……. □oui □non
- Prévention contre les allergies…… □oui □non
- Prévention contre l'obésité ……..□oui □non
- Prévention contre le diabète ……..□oui □non
- Amélioration du développement intellectual et psychomoteur de l'enfant□oui □non

Pour vous :

- Perte de poids au long court……..□oui □non
- Absence de règles……..□oui □non
- Economique……..□oui □non
- Plus écologique que l'allaitement au biberon…….□oui □non
- Diminution du risque de cancer du sein…….□oui □non
- Diminution du risque d'infections génitales……..□oui □non
- Diminution du risque d'anémie (manque de fer dans le sang)……..□oui □non

16- Selon vous, votre lait est-il suffisamment riche pour nourrir votre bébé ?

- ☐ Oui
- ☐ Non : Précisez : ……

III. Supports d'information sur l'allaitement maternel

1- Par quels moyens avez-vous eu recours à des informations sur l'allaitement maternel ?

- ☐ Entourage.
- ☐ Livres, magazines. Lesquels ? : …….
- ☐ Source médiatique (internet, télévision, etc.) Lesquelles ? : …….
- ☐ Professionnels de santé. Quels sont-ils ? : ……

2- Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance et à la parentalité pour cette grossesse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

3- Si oui à la question 2, vous a-t-on donné des informations sur l'allaitement maternel à cette occasion ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

4- Si oui à la question 3, ces informations vous ont-elles suffisamment bien préparées à l'allaitement maternel ?

- ☐ oui
- ☐ non

5- Quand avez-vous pris la décision d'allaiter votre enfant ?

- ☐ Avant la grossesse
- ☐ Pendant la grossesse
- ☐ A la naissance de votre enfant
- ☐ A l'occasion de votre hospitalisation dans le service de suites de couche

IV. Votre sentiment quant à votre autonomie vis-à-vis de l'allaitement :

1- A combien coteriez-vous votre niveau de confiance quant à votre autonomie vis-à-vis de votre allaitement ?

(entre 0 et 10) ……..

0=vous n'êtes absolument pas confiante

10=vous êtes tout à fait confiante

2- Le retour à domicile constitue-t-il pour vous un facteur de stress vis-à-vis de l'allaitement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

3- Savez-vous vers qui vous tourner en cas de problèmes ou de questions à propos de votre allaitement une lorsque vous serez rentrée chez vous?

- ☐ Oui : précisez : ……
- ☐ Non

4- Combien de temps avez-vous l'intention d'allaiter votre enfant, et de quelle façon ?

……
……
……
……

Merci pour votre participation.

Les connaissances des femmes sur l'AM contribuent à en allonger la durée. L'enquête Epifane a montré que malgré les dernières stratégies de santé publique pour augmenter l'initiation et la durée de l'allaitement maternel en France, celui-ci reste inférieur aux taux des pays nordiques.
En premier lieu, les connaissances des mères allaitantes sur l'AM ont été étudiées la veille de la sortie de la maternité au CHU de Clermont-Ferrand.
Secondairement, ont été recherchés leurs moyens d'information, leur niveau de confiance quant à la pérennité, ainsi que l'influence de la durée de séjour sur leurs connaissances.
Une étude observationnelle transversale à visée étiologique a été menée au moyen d'un questionnaire.
111 questionnaires ont été analysés. La note moyenne obtenue a été de 46.44 sur 100.
Toutes les femmes ont eu accès à des informations. Les professionnels de santé (73%) ont été la source majoritaire, devant l'entourage (53%), les lectures (45%) et les médias (25%).
Il se dégage une amélioration significative de leur niveau de confiance (de 5 à 7,24/10) par une information des mères sur les différents recours possibles en cas de difficultés ou de questions.
Les sages-femmes ont un rôle prépondérant dans les informations influençant le taux d'initiation à l'allaitement maternel, son démarrage, et sa pérennité, qu'il convient donc de renforcer par l'amélioration des connaissances maternelles.

Mots clefs : **allaitement maternel, connaissances maternelles, support d'information, confiance maternelle**

Title : Lactating mothers' knowledge about breastfeeding before they leave the Clermont-ferrand's maternity.

Knowledge of women about breastfeeding contributes to extend its length. The Epifane Study showed that despite recent public health strategies aiming to increase the initiation and the length of breastfeeding in France, it still remains inferior to the Nordics countries.
In the first place, lactating mothers' knowledge about breastfeeding was studied on the eve of their departure from Clermont-Ferrand's hospital.
In the second place, we looked for their sources of information, their confidence level about continuing breastfeeding and the influence of the length of their hospitalization on their knowledge.
An observational study has been conducted thanks to a questionnaire given on the eve of their departure from the hospital.
111 questionnaires have been recovered. The average mark was 46.44 out of 100.
All women had access to a source of information, Health professionals (73%) were the main source, before the entourage (53%), reading books and magazines (45%) and the media (25%).
We highlighted the fact that confidence level of mothers significantly increased (from 5 to 7.24/10) when they knew how to get answers to questions or how to react in presence of difficulties.
Midwives have a key role in giving information that influences the rate of initiation to breastfeeding, its beginning and its sustainability. This role should therefore be strengthened through the improvement of maternal knowledge.

Keywords: **breastfeeding, mother's knowledge, information carriers, mother's confidence**