



**HAL**  
open science

**Arrêt prématuré de l'allaitement maternel exclusif chez les femmes du Médoc et du Langonais : quels en sont les déterminants ? Enquête sur la poursuite de l'allaitement maternel exclusif dans deux maternités d'Aquitaine, mise au point sur les connaissances actuelles et recherche d'amélioration dans la prise en charge par le praticien de premier recours pour une poursuite optimale**

Orianne Carrié Mismetti

► **To cite this version:**

Orianne Carrié Mismetti. Arrêt prématuré de l'allaitement maternel exclusif chez les femmes du Médoc et du Langonais : quels en sont les déterminants ? Enquête sur la poursuite de l'allaitement maternel exclusif dans deux maternités d'Aquitaine, mise au point sur les connaissances actuelles et recherche d'amélioration dans la prise en charge par le praticien de premier recours pour une poursuite optimale. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01263488

**HAL Id: dumas-01263488**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01263488>**

Submitted on 27 Jan 2016

**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.

**UNIVERSITÉ BORDEAUX**

Année 2015-2016

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 7 Janvier 2016 par  
**CARRIE MISMETTI Orianne**

Née le 25 mai 1987 à Montreuil

Titre :

**Arrêt prématuré de l'allaitement maternel exclusif chez les femmes du Médoc et du Langonais : quels en sont les déterminants ? Enquête sur la poursuite de l'allaitement maternel exclusif dans deux maternités d'Aquitaine, mise au point sur les connaissances actuelles et recherche d'amélioration dans la prise en charge par le praticien de premier recours pour une poursuite optimale.**

**JURY :**

**Président : Pr Bernard GAY**  
**Directeur de thèse : Dr Benoit DE SARCUS**  
**Rapporteur : Pr Jacques HOROVITZ**  
**Dr Mélanie AFONSO**  
**Dr Christophe ADAM**

**UNIVERSITÉ BORDEAUX**

Année 2015-2016

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 7 Janvier 2016 par  
**CARRIE MISMETTI Orianne**

Née le 25 mai 1987 à Montreuil

Titre :

**Arrêt prématuré de l'allaitement maternel exclusif chez les femmes du Médoc et du Langonais : quels en sont les déterminants ? Enquête sur la poursuite de l'allaitement maternel exclusif dans deux maternités d'Aquitaine, mise au point sur les connaissances actuelles et recherche d'amélioration dans la prise en charge par le praticien de premier recours pour une poursuite optimale.**

**JURY :**

**Président : Pr Bernard GAY**  
**Directeur de thèse : Dr Benoit DE SARCUS**  
**Rapporteur : Pr Jacques HOROVITZ**  
**Dr Mélanie AFONSO**  
**Dr Christophe ADAM**

## REMERCIEMENTS :

### Aux membres de mon jury,

**Au Pr Bernard GAY**, vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de mon jury, soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

**Au Dr Benoît DE SARCUS**, chef de service de gynécologie-obstétrique du CASH de Nanterre, qui m'a fait confiance dès le début et m'a guidée tout au long de l'élaboration de ma thèse. Vous m'avez donné goût à cette discipline, merci pour la formation que j'ai pu recevoir dans votre service durant ces six mois de stage ainsi que pour votre gentillesse et votre disponibilité. Je vous remercie aussi sur le plan personnel, vous ainsi que toute l'équipe, pour la prise en charge dont j'ai pu bénéficier dans votre service, et d'avoir accepté sans hésitation de vous déplacer malgré la distance pour ce jour important de soutenance, j'en resterai toujours très reconnaissante.

**Au Pr Jacques HOROVITZ**, vous vous êtes intéressé à ce travail et vous avez accepté de prendre du temps afin d'en être le rapporteur. Je vous prie de trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

**A Mme le Dr Mélanie AFONSO**, CCA de médecine générale, vous me faites l'honneur et le plaisir d'évaluer mon travail, je vous assure de ma reconnaissance et de mon profond respect.

**Au Dr Christophe ADAM**, qui a participé à la validation de mon portfolio pour le DES de médecine générale et que je remercie de sa gentillesse et de sa pédagogie lors des cours dont j'ai bénéficié lors de ma formation d'interne. Qu'il me soit permis de vous exprimer ici tous mes remerciements ainsi que l'expression de mon profond respect.

### A toute l'équipe de la maternité de Nanterre :

*-aux médecins : Dr GELLI, Dr BUI, Dr LAM, Dr BOUKHSIBI et le Dr BENTOLBA* qui m'ont formée pendant six mois et m'ont aussi donné envie d'approfondir mes connaissances dans ce domaine, et d'orienter une partie de mon exercice futur vers cette discipline.

*-conseillères en lactation, sages-femmes, auxiliaires de puériculture et aides-soignantes de l'hôpital de Nanterre* qui m'ont faite m'intéresser à l'allaitement maternel, qui me paraissait si abstrait avant vos explications et vos conseils, aussi bien lors de ma formation que lors de mon expérience personnelle durant laquelle vous m'avez guidée avec tant de bonne humeur et de sourires.

*-à Sylvie et Christine*, secrétaires de la maternité qui m'ont soutenue et aidée malgré les difficultés rencontrées.

*Aux sages-femmes et internes des maternités de la clinique de Lesparre-Médoc et de Langon*, qui ont contribué à la distribution et à la récupération de mes questionnaires en prenant sur leur temps, et ont répondu si volontairement à mes questions.

*A l'ISPED de Bordeaux et à Sébastien COSSIN (interne de Santé Publique)*, qui ont contribué à ce travail en participant à l'élaboration de la méthodologie et des analyses statistiques. Merci de leurs conseils et de leur temps.

*A Yoann*, mon conjoint, sans qui je n'en serais jamais arrivée là, grâce à son soutien infaillible, ses encouragements durant tout mon internat malgré des périodes difficiles, cette complicité et cette confiance mutuelle, et ce merveilleux cadeau que tu m'as récemment donné : notre fille Eléa. Merci pour tout, je suis comblée de bonheur grâce à toi.

*A ma famille*, que je remercie pour ses encouragements et sa patience durant ces longues études.

*A ma belle-famille*, qui m'a acceptée et intégrée si naturellement, et qui n'a pas manqué de m'encourager et de me soutenir jusqu'au bout. Un merci tout particulier à *Colette*, qui se donne tant de mal pour prendre soin de ma nouvelle petite famille.

*A mes amis* : Carole, Anaïs et Alicia, Claire, Romain, Sébastien, Kévin C., Marlène, Hélène, Laura, Elsa, Julien, Kévin P., avec qui je garde tant de bons souvenirs.

## LE SERMENT D'HIPPOCRATE :



Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

## SOMMAIRE

### 1. INTRODUCTION (p.7)

### 2. PREMIERE PARTIE : l'allaitement maternel. (p.9)

#### **Quelques définitions (p.9)**

#### **Histoire de l'AM (p.10)**

#### **Evolution des recommandations et promotion de l'AM (p.13)**

#### **Anatomie et physiologie du sein : rappels (p.16)**

-anatomie (p.16)

-physiologie : (p.18)

    la prolactine (p.18)

    l'ocytocine (p.19)

    le FIL (p.20)

#### **Bénéfices de l'AM : (p.20)**

-pour la mère (p.20)

-pour l'enfant (p.21)

#### **Durée optimale de l'AM (p.21)**

#### **Difficultés au démarrage, conseils (p.22)**

#### **Critères de contrôle d'un AM suffisant (p.26)**

#### **Méthodes de tirage du lait et conservation (p.28)**

#### **Complications liées à l'AM et prise en charge (p.30)**

-crevasses (p.30)

-candidose (p.31)

-cloque de lait (p.32)

-insuffisance en lait (p.32)

-engorgement (p.32)

-mastite/lymphangite (p.33)

-abcès (p.34)

#### **Médicaments et AM (p.34)**

#### **Compléments et substituts du lait maternel (p.38)**

-compléments alimentaires (p.38)

-substituts du lait maternel ou préparations pour nourrissons (p.40)

#### **Sevrage de l'AM, place des médicaments, reprise du travail (p.40)**

#### **Cas particuliers : prématurité, gémellité (p.42)**

#### **Contre-indications de l'AM (p.42)**

#### **Contraception du post-partum et allaitement maternel (p.44)**

### **3. DEUXIEME PARTIE : Etude dans deux maternités d'Aquitaine (p.45)**

#### **Introduction (p.45)**

#### **Objectif (p.45)**

#### **Matériel et méthodes (p.46)**

- type et lieu de l'étude (p.46)
- présentation des deux maternités et particularités (p.46)
- population (p.46)
- critères d'éligibilité (p.47)
- critères d'exclusion (p.47)
- facteurs étudiés (p.47)
- déroulement de l'étude (p.48)
- analyse statistique (p.48)

#### **Analyse générale descriptive (p.49)**

- situation socio-professionnelle (p.51)
- antécédents et expériences d'AM antérieurs (p.51)
- projet d'AM (p.51)
- accouchement et première mise au sein, accompagnement (p.51)
- retour à domicile (p.52)

#### **Facteurs déterminant un arrêt prématuré de l'AM exclusif avant six semaines (p.57)**

#### **Facteurs déterminant un arrêt prématuré de l'AM exclusif avant quatre mois (p.60)**

### **4. DISCUSSION (p.62)**

#### **Faiblesses de l'étude (p.62)**

#### **Résultats d'autres études (p.63)**

#### **Propositions d'amélioration (p.65)**

### **5. CONCLUSION (p.67)**

### **6. ANNEXES**

### **7. RESUME**



## LISTE DES ABRÉVIATIONS :

PMI : Protection Maternelle et Infantile

HAS : Haute Autorité de la Santé

AM : Allaitement maternel

Pn : Préparations pour nourrissons

SRO : Solutés de Réhydratation Oraux

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund  
(=Fond des nations unies pour l'enfance)

PNNS : Plan de Nutrition National Santé

FIL : Feedback Inhibitor of Lactation

ONG : Organisations Non Gouvernementales

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

CMV : cytomégalovirus

DIU/SIU : Dispositif Intra-Utérin

T1-2-3 : Trimestre 1-2-3

OR : Odd Ratio

IC : Indice de Confiance

N : Nombre de mères incluses

## **1. INTRODUCTION**

Peu de données sont disponibles en France sur le taux d'allaitement ces dernières années, seule l'étude Epifane de 2013 a permis de disposer de chiffres nationaux sur la durée de l'allaitement maternel de la naissance à douze mois, ainsi que plus récemment l'étude Elfe qui a débuté en 2011 (suivi de 20 000 enfants nés en 2011 sur 20 ans). Dans les deux conclusions, il apparaît que la moyenne française est en dessous de la moyenne européenne en ce qui concerne le taux de poursuite de l'allaitement maternel. Mais qu'en est-il de la région Aquitaine ? Plus particulièrement, comment se situent les taux des maternités isolées non labellisées de la région ?

J'ai aussi pu constater lors de mon cursus beaucoup de suspension pour un motif médical (voire même des arrêts) de l'allaitement maternel non réellement justifiés, et des femmes avec un allaitement parfois bref sans réelle explication de leur part. D'autres montraient très clairement des difficultés parfois liées à la reprise du travail, parfois à leurs conditions socio-économiques. Donc beaucoup de motifs divers et variés, d'où l'intérêt de refaire un point sur les recommandations actuelles et les conseils à donner aux patientes en cas de difficultés à allaiter.

De plus, avec le nombre de gynécologues diminuant au fur et à mesure et la fermeture progressive de nombreuses PMI et les diminutions d'effectifs, les praticiens de premier recours (médecins généralistes en particulier) ont un rôle primordial dans la prise en charge de la femme et du nourrisson dans le post-partum et dans la promotion de l'allaitement avec tous les bénéfices attendus. Voilà la raison pour laquelle il me paraît important de trouver des facteurs favorisant des arrêts précoces de l'allaitement maternel exclusif, de les identifier précocement et d'en rechercher des solutions éventuelles.

## **2. PREMIERE PARTIE : L'ALLAITEMENT MATERNEL.**

### **QUELQUES DEFINITIONS :**

Actuellement, l'absence de définition précise de l'allaitement dans les études déjà réalisées est frappante. Il peut s'agir d'une limite à la comparaison des stratégies d'incitation à l'allaitement, à l'évaluation de sa mise en œuvre, de ses modalités et de sa durée. Voilà pourquoi il m'a semblé important de clarifier certaines définitions avant d'approfondir le sujet. Pour cela, je me suis basée sur les définitions de l'HAS (1) comme référence :

#### **AM sans diversification :**

- ***AM exclusif*** : l'enfant reçoit du lait maternel, sans aucun apport d'autres liquides (eau, eau sucrée, tisane, jus de fruits), ni d'autres aliments. Seules les solutions de réhydratation orale (SRO), les médicaments ou vitamines et minéraux (sous forme de sirops, gouttes) sont autorisés ;
- ***AM prédominant*** : l'enfant reçoit du lait maternel comme source alimentaire principale, d'autres liquides (eau, eau sucrée, tisane, jus de fruits), les SRO, les médicaments ou vitamines et minéraux (sous forme de sirops, gouttes) étant donnés. Les autres aliments ou liquides sont exclus, en particulier les Pn du commerce ou les « liquides » à base d'aliments, types bouillis de céréales délayées.
- ***AM mixte*** : l'enfant reçoit du lait maternel et des Pn, éventuellement des liquides (eau, eau sucrée, tisane, jus de fruits). Les aliments semi-solides ou solides, le lait de vache, les laits d'autres animaux et les « laits végétaux » sont exclus.
- ***Aliment de complément*** : tout aliment, fabriqué industriellement ou confectionné sur le plan local, pouvant contenir comme complément du lait maternel ou des préparations pour nourrissons, quand le lait maternel ou les préparations ne suffisent plus pour satisfaire les besoins nutritionnels du nourrisson. Ces aliments sont aussi appelés « aliments de sevrage » ou « compléments du lait maternel ».
- ***Préparations pour nourrissons*** : substituts du lait maternel formulés industriellement, pour satisfaire les besoins nutritionnels normaux des nourrissons jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois et adaptés à leurs caractéristiques physiologiques.

En raison du manque de consensus dans la littérature, l'adjonction de vitamines ou de sels minéraux n'a pas été prise en compte dans les définitions.

### Am avec diversification :

L'enfant reçoit du lait maternel, quel que soit le degré d'exclusivité (*cf.* ci-dessus), avec ou sans Pn, et consomme régulièrement au moins un aliment semi- solide ou solide, du lait de vache, du lait d'autres animaux ou des « laits végétaux ». La notion de régularité, permettant de définir la diversification pour un groupe donné d'aliments, correspond à la consommation de l'un de ces aliments ne se limitant plus au simple fait d'avoir fait goûter ponctuellement cet aliment. Le groupe d'aliments est alors considéré comme étant introduit dans l'alimentation de l'enfant.

- **Alimentation artificielle :** mode d'alimentation où le nourrisson reçoit un lait étudié pour se rapprocher le plus possible de celui de la femme qui vient d'accoucher, sans recevoir de lait humain. Ainsi, le lait s'adapte aussi en fonction de l'âge : le lait premier âge est composé à 20 % de protéines issues du lait de vache, de glucides, d'acides gras essentiels (oméga-3 et 6), de minéraux et de vitamines (C et D notamment). Les 80 % restants sont représentés par l'eau. Les laits artificiels s'adaptent ensuite à l'âge de l'enfant. On trouve ainsi des laits premier et deuxième âge (respectivement de 0 à 6 mois et de 6 à 10 mois) puis des laits de croissance (jusqu'à trois ans).
- **La réception passive** (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.
- **Le sevrage** correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel. Le sevrage ne doit pas être confondu avec le début de la diversification alimentaire.

## HISTOIRE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL (2-3-4)

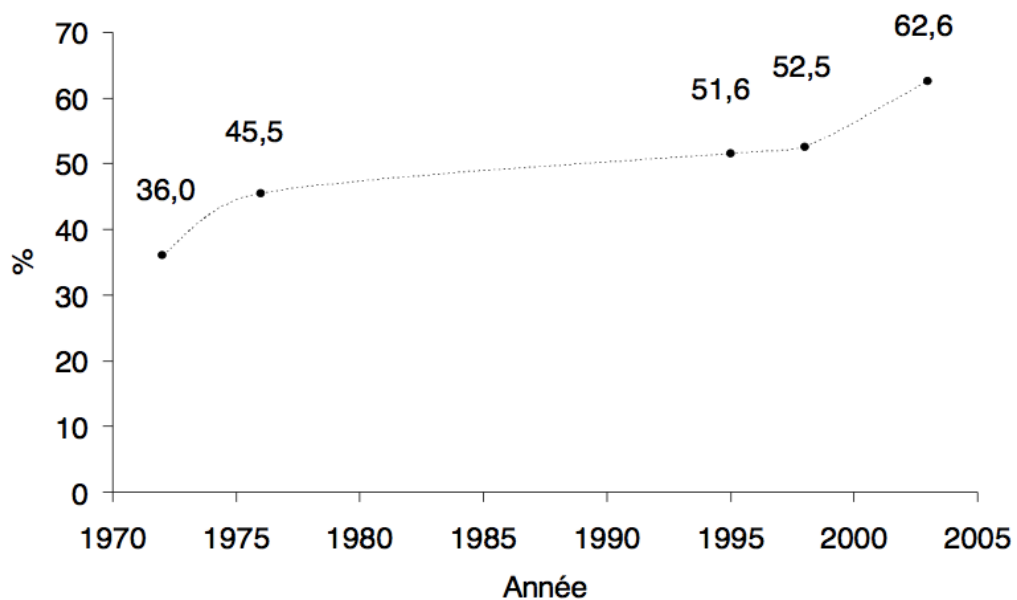
Durant les années 1970, il existe différents mouvements en France assez contradictoires : le mouvement de « retour à la nature », l'écologie, la recherche d'une nourriture plus saine, ainsi que la reconquête de leur corps par les femmes et une éducation « libertaire » des enfants qui rejette les règles et les contraintes. Tout cela permet à un certain nombre de femmes de vivre un allaitement plus heureux.

Mais c'est aussi le temps des féministes égalitaires qui, contrairement aux féministes du début du siècle voient dans la maternité, un esclavage dont les femmes doivent se libérer.

Après une remontée des taux d'allaitement dans ces années-là (36,6 % d'allaitement au 5e jour en 1972, 46 % en 1975), les années 80 et la première moitié des années 90 verront une stagnation persistante (43,8 % en 1986, 45,8 % en 1995) alors que dans le même temps, les organisations internationales (OMS, Unicef...) multiplient les initiatives visant à promouvoir et soutenir l'allaitement maternel avec le Code OMS de commercialisation des substituts du lait maternel, la Déclaration commune OMS/Unicef avec les « 10 conditions », Déclaration d'Innocenti, Initiative Hôpital Ami des Bébé, etc. (cf annexes)

C'est depuis 1996 environ qu'on assiste enfin en France à un « décollage » de l'allaitement. Au niveau des chiffres : 46,4 % en 1996, 48,8 % en 1997, 50,1 % en 1999, 52 % en 2000, puis 62,6% en 2003 (dont 56,3% d'allaitement exclusif d'après une étude se basant sur les certificats de santé du huitième jour).

**Figure 1.** Evolution de la prévalence de l'initiation de l'allaitement (exclusif et partiel) en maternité en France de 1972 à 2003



### Au niveau régional :

Par ailleurs, des différences régionales importantes ont été mises en évidence en France dès les années 1970, avec des taux d'initiation d'allaitement plus élevés dans l'Est que dans l'Ouest d'après les études ENP de l'époque.

L'ENP de 2003 montre encore des variations importantes des taux d'initiation d'allaitement entre les régions, avec des extrêmes de 43% en Picardie et 74 % en Région parisienne (Figure 2). Cette figure montre un groupe de régions (Picardie, Pays de Loire, Auvergne et Nord-Pas de Calais) avec les résultats les plus bas et un autre groupe de régions (Provence- Alpes-Côte d'Azur, Paris, Petite Couronne parisienne et Rhône-Alpes) avec les résultats les plus élevés.

*L'Aquitaine, à l'époque, était en situation intermédiaire avec un taux d'allaitement à la maternité d'environ 59%.*

Au niveau régional, une forte proportion de population urbaine, étrangère, de niveau d'études élevé, et une forte densité de sages-femmes ou d'obstétriciens sont associées à une prévalence plus élevée d'allaitement.

**Figure 2. Prévalence régionale de l'initiation de l'allaitement en France en 2003 selon l'ENP**



**Au niveau Européen :**

Au niveau de l'Europe, malgré l'augmentation récente, la prévalence de l'allaitement en France se situait parmi les plus faibles au début des années 2000.

Le taux d'initiation de l'allaitement maternel a également augmenté dans la plupart des pays européens au cours des dernières années : au Royaume-Uni, l'allaitement est passé de 62 % en 1990 à 70 % en 2005 ; en Italie, il est passé de 85 % en 1995 à 91 % en 1999. Aux Etats-

Unis, l'allaitement a augmenté de 57 % en 1993 à 68 % en 1998 et semblerait se maintenir à ce niveau.

## **EVOLUTION DES RECOMMANDATIONS ET PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL (1-4-6-7)**

Depuis la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, des substituts de lait humains ont été commercialisés, et leur utilisation massive vers 1950 fut à l'origine d'une augmentation de la mortalité infantile dans les pays en voie de développement, et d'une morbidité infantile accentuée dans les pays industrialisés. Des profits importants ont donc été réalisés par les industries au détriment de la santé des plus fragiles avec la promotion du lait artificiel.

En parallèle, les évolutions scientifiques avec la découverte des bénéfices de l'allaitement maternel ainsi que l'évolution des mentalités ont fait définir par les organisations internationales, l'allaitement maternel comme un enjeu de santé publique : celui-ci doit être alors protégé, soutenu et encouragé, et sa promotion doit être une priorité.

L'OMS en association avec l'UNICEF et des organisations non gouvernementales mirent en place alors plusieurs programmes et conventions :

### **CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT (1989) cf annexe 1**

Elle demande aux Etats de s'assurer de la correcte information des familles sur les avantages de l'allaitement maternel (article 24).

### **CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUS DE LAIT MATERNEL (1981) (6-7-9)**

Les ONG ont élaboré ce code afin de protéger l'allaitement maternel des politiques commerciales agressives de l'industrie alimentaire infantile. Ce code devrait être mis en place par les pouvoirs publics de chaque pays. Il doit être suivi par les industries concernées quelles que soient les mesures législatives nationales existante. (en 2006 72% des pays ont implanté une ou plusieurs mesures du code, voire la totalité)

En ce qui concerne la France, elle a ratifié ce code en 1981 mais n'en applique les dispositions qu'au lait premier âge. Cependant elle a adopté une règle en 2008 visant à mentionner dans l'étiquetage la nécessité d'un allaitement maternel exclusif les six premiers mois de l'enfant.

### **LES DIX CONDITIONS POUR LE SUCCES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL (1989)**

Adressée aux équipes médicales/paramédicales souhaitant promouvoir l'allaitement. Cette initiative est pilotée par l'UNICEF.

Les établissements hospitaliers peuvent demander à être évalués pour recevoir le label « Hôpital Amis des Bébé ».

Les dix conditions sont :

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

LA DECLARATION D'INNOCENTI (1<sup>er</sup> aout 1990) cf. annexe 2.

L'INITIATIVE DES HOPITAUX AMIS DES BEBES (1992) (8)

Cette déclaration est totalement consacrée à la promotion et à la défense de l'allaitement maternel, elle a été signée par plus de 30 gouvernements.

Elle définit des objectifs et les moyens pour y parvenir, et fait clairement la promotion d'un allaitement maternel exclusif pendant 6 mois. En effet, les études réalisées par l'OMS montrent que ces moyens, lorsqu'ils sont réunis au sein des maternités, permettent d'augmenter significativement les chiffres d'allaitement maternel à la sortie des établissements hospitaliers ainsi que les durées d'allaitement.

Pour obtenir le label « Ami des bébés » l'hôpital doit simplement respecter ces 10 conditions et tenir compte du Code OMS de Commercialisation des Substituts de lait maternel. Il s'agit d'une reconnaissance de leur implication dans la promotion de l'allaitement maternel pour

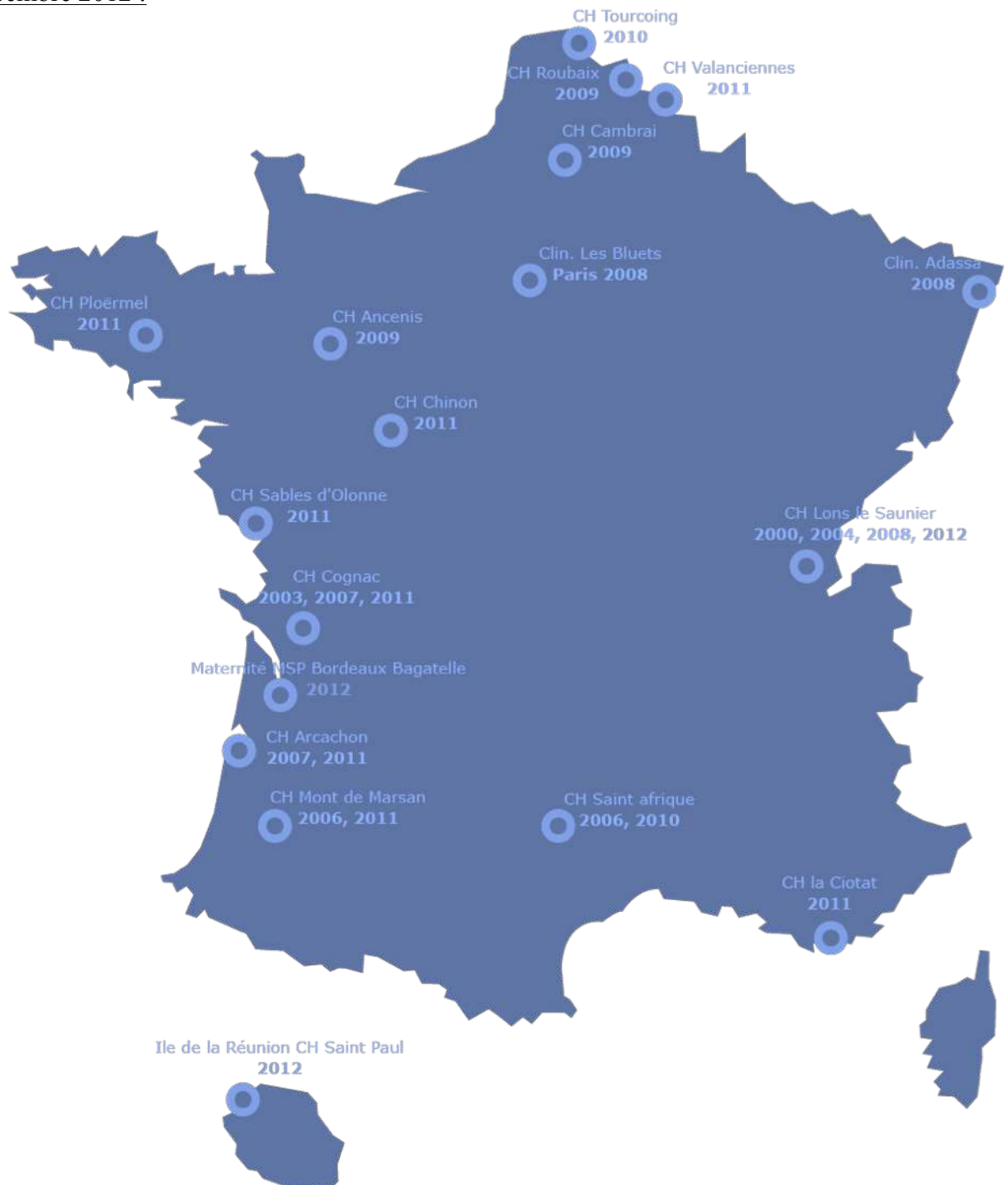


chaque service le recevant, mais ne permet pas d'obtenir de subvention par l'Etat : cela étant, la notoriété suscitée par ce label permet d'accroître le nombre d'accouchement dans la structure et ainsi d'augmenter les bénéfices.

Les hôpitaux avec ce label en Aquitaine comprennent (sur 24 maternités au niveau national en 2015):

- la maternité du centre hospitalier d'Arcachon,
- la maternité de la MSP de Bordeaux Bagatelle.

Carte de l'ensemble des établissements labellisés « Amis des Bébé » en France en décembre 2012 :



-

LA DECLARATION SUR LA NUTRITION DE LA CONFERENCE INTERNATIONALE DE LA NUTRITION DE ROME (1992)

LA CONVENTION SUR LA PROTECTION DE LA MATERNITE AU TRAVAIL (2000)

Celle-ci prévoit des temps de pause pour l'allaitement :

Les interventions les plus efficaces observées au niveau mondial associent des campagnes d'information avec des formations pour les professionnels, un recours à des consultants en lactation, des groupes de soutien aux mères allaitantes et un aménagement du monde du travail. (5-6-7)

L'OMS et l'UNICEF ont mis au point une formation de quarante heures pour les soignants afin d'assister et d'accompagner les mères allaitantes, ainsi qu'un guide d'alimentation de complément. (6)

Plus récemment (2001), le Plan National Nutrition Santé (PNNS) est intégré au plan de lutte contre l'augmentation de la prévalence de l'obésité infantile. (5)

## **ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE : RAPPELS.**

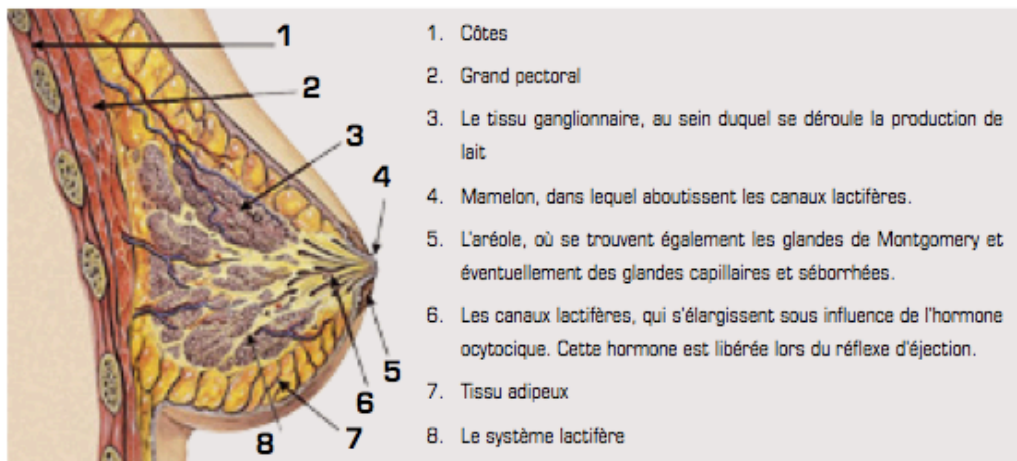
### **ANATOMIE (10)**

Commencé dès les premières semaines de la vie fœtale, le développement anatomique de la glande mammaire suit les étapes hormonales de la vie de la femme : puberté, grossesse, allaitement, sevrage, ménopause.

La structure anatomique fonctionnelle permettant la lactation n'est atteinte qu'au moment de la lactation.

L'état grévise entraîne une modification du sein. Il augmente de volume. Le mamelon devient saillant, l'aréole se pigmente. Cet aspect résulte de la saillie des tubercules de Morgagni, dénommés tubercules de Montgomery au cours de la grossesse et de la lactation.

Figure 1: L'anatomie du sein



Pour avoir un meilleur aperçu du fonctionnement du sein et comprendre la production de lait, il est essentiel d'avoir quelques notions de l'anatomie.

Le sein peut s'étendre vers le creux axillaire d'une part et vers la ligne médiane et le diaphragme d'autre part. Le sein lui-même est fixé au grand pectoral. Le grand pectoral se situe dans le tissu sous-jacent au sein. Le sein est un ganglion sécrétoire.

La forme et la taille du sein dépendent principalement de la présence de tissu adipeux (tissu gras). La taille du sein n'intervient donc pas dans la production de lait.

A l'intérieur du sein se trouve un fin réseau de voies sanguines et lymphatiques. Ces réseaux sont juxtaposés aux alvéoles ganglionnaires et sont responsables de la circulation à l'intérieur du sein. Ils permettent l'apport des produits nécessaires à la production du lait. Ils sont également responsables de l'évacuation des produits de déchets.

Un deuxième grand réseau est composé des tissus ganglionnaires et canaux lactifères. Chaque femme possède environ 15 à 20 lobes ganglionnaires par sein. Chaque lobe est à son tour composé de 20 à 40 lobules, ou petits canaux lactifères. Ces canaux sont accompagnés de petits îlots ganglionnaires, composés de 10 à 100 alvéoles.

La synthèse du lait se fait au sein de ces embranchements, les alvéoles. Cette production se fait sous influence hormonale. Le lait formé est transporté par un réseau qui débouche dans les grands canaux lactifères au sein de l'aréole. Tout autour des canaux lactifères se trouve des fibres myo-épithéliales. Ces fibres exercent une fonction musculaire. C'est à nouveau les hormones qui incitent les fibres à la contraction et permettent ainsi au lait d'être éjecté (réflexe d'éjection).

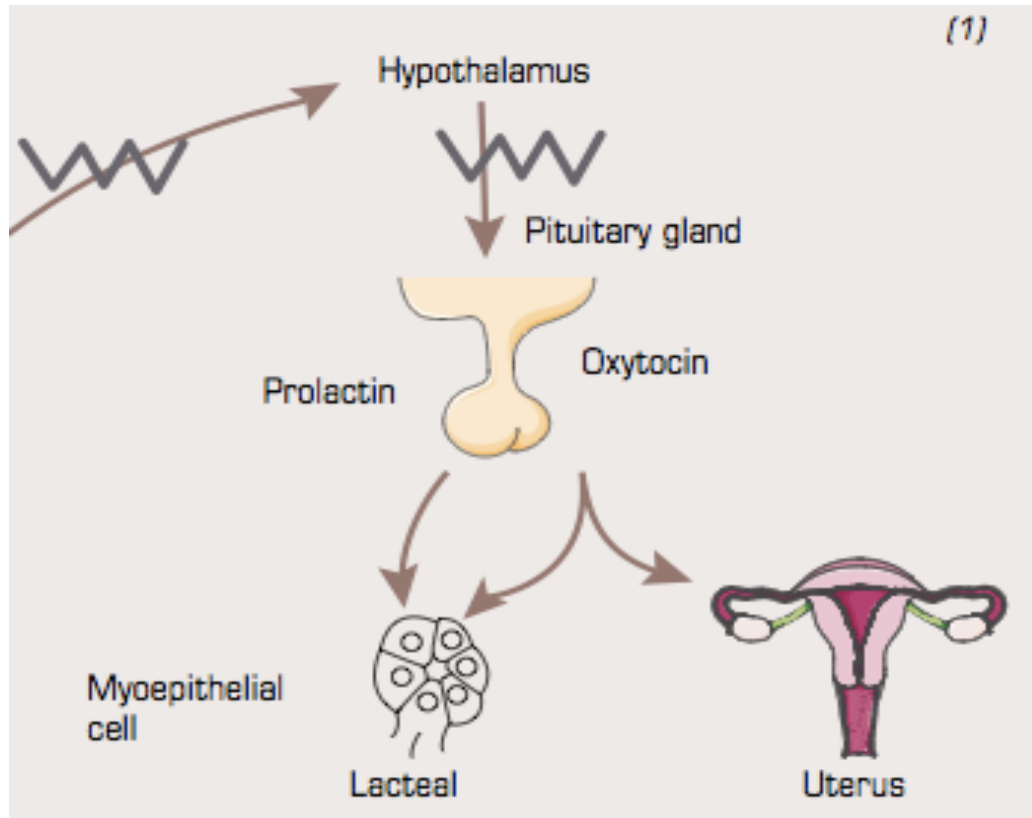
Le mamelon et l'aréole deviennent plus foncés pendant la grossesse. Parfois le mamelon et l'aréole augmentent en taille en période de gestation. Les glandes de Montgomery permettent la purification du mamelon et de l'aréole.

Les nerfs et les voies nerveuses déterminent la sensibilité du sein et permettent la transmission de stimuli démarrant du sein, de l'aréole ou du mamelon.

## PHYSIOLOGIE : LA FONCTION HORMONALE (10-11-12)

Pour obtenir une production de lait maternel, il est nécessaire d'avoir un stimulus hormonal. Deux hormones jouent un rôle essentiel, il s'agit de l'ocytocine et de la prolactine.

En ce qui concerne la régulation de la production du lait maternel, le « FIL » va jouer un rôle capital.



### LA PROLACTINE

La prolactine est libérée par le lobe antérieur de l'hypophyse. Elle survient quand on stimule le mamelon.

La prolactine agit au niveau des alvéoles ganglionnaires et des canaux lactifères. Elle permet la sécrétion de lait.

La prolactine circulante augmente progressivement durant la grossesse et le sein devient apte à la production de lait dès le deuxième trimestre de grossesse. La sécrétion de lait est inhibée par progestérone durant la grossesse.

Après la délivrance, la prolactine entre en jeu suite à la chute de la progestérone (levée de l'inhibition). Elle engendre le début de la lactation. Les taux sanguins de prolactine augmentent au fur et à mesure.

Lors d'une mise au sein régulière de l'enfant, les taux de prolactine atteignent leur maximum entre le troisième et le cinquième jour après l'accouchement.

Après deux jours, la situation se stabilise, on obtient un taux de base de prolactine dans le sang (le taux de progestérone est alors au plus bas). La quantité de prolactine varie tout au long de la journée et en fonction des mises au sein (pic après chaque tétée). La production de prolactine suit un rythme circadien : il y a un taux plus important de prolactine dans le sang la nuit (et pendant les autres périodes de sommeil).

Remarque : lors des premières tétées, le nourrisson reçoit du colostrum parfaitement adapté à ses besoins, autant en composition qu'en volume. (Nutriments, riche en hydrates de carbone, sels minéraux, anticorps...)

Puis l'ocytocine déclenche le réflexe d'éjection du lait par la contraction des fibres myoépithéliales péri-aréolaires.

## L'OCYTOCINE

L'ocytocine est sécrétée par la glande pituitaire (hypophyse) et est responsable des contractions utérines pendant et après l'accouchement. Pendant les tétées l'ocytocine agit sur les petites fibres musculaires qui entourent les alvéoles. L'ocytocine engendre, de part les contractions qu'elle suscite, des mouvements au niveau des canaux lactifères (éjection du lait). L'ocytocine stimule les vaisseaux sanguins (augmentation de la circulation).

Cette hormone est fortement influencée par les émotions : les émotions positives améliorent le réflexe d'éjection. Et par opposition les émotions négatives peuvent le gêner. Même sans stimulation par la succion de l'enfant le réflexe d'éjection peut se manifester. (ex. entendre un enfant pleurer, penser à son enfant, ...). Favoriser le transfert de lait, par l'intermédiaire de tétées fréquentes et efficaces, tout en assurant un climat émotionnel optimal chez la mère, est donc le garant d'un bon démarrage de l'allaitement.









NOM DE L'HORMONE	CONDITION D'APPARITION	STRUCTURE CIBLE	EFFETS
Ocytocine	 émotions et/ou  tétée la post-hypophyse libère une ou plusieurs fois de l'ocytocine	 fibre myo-épithéliale	contraction des fibres myo-épithéliales ↓ Mouvement dans l'arbre sécrétoire  progression et éjection du lait dans l'arbre vasculaire  augmentation de la circulation
Prolactine	 l'anté-hypophyse libère la prolactine pic de la promactinémie	 dans l'arbre sécrétoire, les acini	 sécrétion du lait, c'est-à-dire synthèse intracellulaire des différents éléments constitutifs du lait maternel : - lactoses - protéines - lipides

Figure 1 : Les hormones de la lactation (BAYOT I.)

## LE FIL

Le principal mécanisme régulateur du volume de lait produit est la quantité de lait extraite du sein. Quand le lait n'est pas extrait, un facteur inhibiteur s'accumule dans le lait et freine sa synthèse : le FIL (= feedback inhibitor of lactation), protéine sécrétée par les lactocytes. Il s'agit d'une régulation autocrine. En pratique, plus les alvéoles sont pleines de lait plus la fabrication ralentit, et à l'inverse plus le lait est éjecté, plus la production est rapide et importante.

L'autre mécanisme de régulation de la production de lait maternel est lié aux interactions entre les lactocytes et la membrane basale sur laquelle ils sont fixés. On suppose que leur volume se modifie au fur et à mesure que les seins se remplissent, ce qui désactive les récepteurs pour la prolactine, et abaisse la production lactée.

## BENEFICES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL (9-13-14-15)

### POUR LA MERE :

- Favorise les contractions entraînant l'involution utérine après l'accouchement
- Diminution du risque d'apparition de cancer du sein et de l'ovaire selon plusieurs études
- Favorise un contact intime entre la mère et l'enfant avec le contact peau à peau, créant un lien plus fort et permettant une transition de proximité physique après la grossesse entre la mère et l'enfant
- Diminue les tensions de la mère si l'allaitement se déroule dans de bonnes conditions
- Source de plaisir partagé, et de renforcement du sentiment de compétence pour la mère
- Diminuerait le risque d'ostéoporose
- Permet de réaliser des économies
- Lait toujours prêt à l'emploi, pas de préparation nécessaire
- Aide à espacer les naissances
- Peut aider à la perte de poids après l'accouchement

## POUR L'ENFANT :

- Permet un premier contact rassurant pour l'enfant avec le monde extérieur, avec mise en place d'une confiance mutuelle
- L'enfant reconnaîtra plus facilement l'odeur de sa mère et celle de son lait
- Favorise le développement sensoriel et cognitif du nourrisson
- Le lait maternel couvre tous les besoins du bébé, tant en quantité qu'en qualité (nutriments, vitamines, sucres, graisses, sels minéraux, oligoéléments, et protéines) et s'adapte au fur et à mesure à ceux-ci, il évolue constamment avec une augmentation progressive des graisses (fin de tétée, tétées rapprochées, et au cours de la journée et des mois qui suivent)
- Favorise la bonne digestion, diminue les gaz
- Assure la meilleure protection immunitaire qui existe grâce au passage d'anticorps, le bébé n'ayant pas de système de défense bien développé au début de sa vie
- Assure une protection vis-à-vis des allergies (asthme, allergies)
- Diminue le risque d'obésité pendant l'enfance et l'adolescence

## DUREE OPTIMALE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

La question de la durée optimale de l'allaitement maternel exclusif a fait l'objet de nombreux débats depuis les années 1980. (6-7-9)

En 1980, l'OMS recommandait un allaitement jusqu'à 4 à 6 mois, recommandation qui a été reprise par de nombreuses organisations et gouvernements internationaux.

En 1994, l'OMS préconise d'encourager un allaitement maternel jusqu'à 6 mois de vie. Cette recommandation a été reprise en 1999 par l'UNICEF avec une durée d'allaitement de deux ans ou plus, mais aucune consigne officielle ne fût alors

publiée devant le manque de publications scientifiques. Puis la durée fût réduite à un an au moins par certains comités nationaux de l'UNICEF.

L'Académie Américaine de pédiatrie recommande la même durée d'allaitement exclusif, mais ajoute qu'il devrait être prolongé chez les enfants présentant un risque de développer des allergies. (14)

D'après l'étude « Optimal duration of exclusive breastfeeding » publiée dans la Cochrane Library en aout 2012 (9) (reprenant les résultats de 21 études et 2 essais contrôlés), l'allaitement exclusif pendant 6 mois (comparé à un allaitement de 3 mois avec poursuite d'un allaitement mixte) réduirait les infections gastro-intestinales et aiderait la mère à perdre du poids tout en prévenant une nouvelle grossesse, mais n'aurait aucun impact sur le long terme sur les maladies allergiques, la croissance, l'obésité, la capacité cognitive, caries dentaires ou le comportement. De plus, l'allaitement maternel jusqu'à 6 mois ne présenterait aucun inconvénient pour la santé de l'enfant, il n'y a donc aucune raison valable pour l'arrêter à 4 mois.

La plupart des ONG recommandent elles aussi un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois de vie :

- Leche Ligue International (LLI)
- International Baby Food Action Network (IBFAN)
- International Lactation Consultant Association (ILCA)

## **DIFFICULTES AU DEMARRAGE, CONSEILS (1-7-11-12-13-16 à 23)**

Il n'y a pas de préparation particulière pour un bon allaitement maternel, l'application de crèmes ou l'utilisation de certains matériels type soutien à gorge d'allaitement, coques recueil de lait ou coussinets n'est pas contre-indiquée mais pas indispensable par ailleurs.

Pour bien démarrer, la premier réflexe à avoir consiste à pratiquer le contact peau à peau le plus précocement possible (théoriquement dès la naissance avant les soins) afin de favoriser le réflexe de fouissement du bébé et la relation maman-bébé (complicité et confiance). Si la première tétée est retardée, le personnel doit s'évertuer à apporter à ce couple mère-enfant une plus grande attention et aide.

Il faut éviter tout autre aliment ou boisson autre que le lait maternel sauf en cas d'indications médicales (ils sont inutiles et risquent de provoquer un sevrage plus précoce), et garder le bébé proche de soi pendant au moins 24h. Plus il va téter, plus le lait sera naturellement produit de façon importante (il est aussi parfois conseiller de stimuler l'aréole mammaire entre les tétées, car plus la stimulation est importante plus la production de lait augmentera). En moyenne un bébé tète entre 8 et 12 fois par jour mais chaque nourrisson est différent. Il faut l'observer et lui proposer dès les premiers



signes (ce que nécessite d'être très attentive à son comportement pour les reconnaître immédiatement), même avant l'apparition des pleurs.

Il est donc recommandé de proposer le sein dès les signes d'éveil, cela évite de plus l'engorgement.

Pendant les 48-72 premières heures, le premier lait est du colostrum qui est à donner sans restrictions.

Au moment de la montée de lait vers le troisième jour, le volume de lait augmente fortement pouvant provoquer un œdème du sein, entraînant parfois des difficultés pour le bébé à téter : dans ce cas, il peut s'avérer nécessaire d'extraire manuellement du lait afin d'en faciliter la prise par le nourrisson, il existe aussi certaines techniques manuelles afin de diminuer l'œdème situé sous l'aréole mammaire (plus celle-ci sera tendue, plus il sera difficile au nouveau-né de prendre le sein).

La durée de la tétée est variable selon l'efficacité de la prise : un nourrisson tète parfois vigoureusement, d'autres fois il peut faire des pauses ou avoir un simple réflexe de succion sans déglutition (il faut donc surveiller les déglutitions afin de ne pas poursuivre une tétée terminée depuis longtemps).

Si un allaitement maternel a mal commencé, le soignant se doit d'écouter les parents et surtout d'observer une séance d'allaitement afin de conseiller aux mieux :

-observer la position pour la tétée

- la technique (bouche du bébé, langue, mamelon, ..) : la mère doit être entraînée à reconnaître la succion caractéristique signifiant l'efficacité de la tétée.

A partir de cette observation, on peut alors guider et conseiller la maman (tant au niveau du positionnement que de la technique de succion). En cas d'échec, il faut rechercher un éventuel blocage émotionnel et en rechercher la cause, rechercher une aide potentielle à apporter.

Les positions d'allaitement sont multiples, mais il existe quelques principes fondamentaux permettant une succion efficace et indolore:

-bébé face à face, ventre contre la mère

-bouche grande ouverte : on peut l'aider en lui chatouillant le nez avec le mamelon, extraire quelques gouttes de lait pour le stimuler

-langue vers le bas

-bouche englobant l'aréole mammaire au maximum

-l'oreille du bébé ne touche pas l'épaule de la mère, et est alignée sur le même axe que l'épaule et la hanche du bébé

-tête du bébé légèrement inclinée en arrière pour qu'il avale bien

-position confortable de la mère, en utilisant si besoin des coussins.



Signes indiquant une bonne force de succion :

- Après quelques mouvements de succion rapides, le rythme ralentit et s'approfondit. Lors de la deuxième phase, la maman peut percevoir des déglutitions régulières au niveau de son enfant. On peut apercevoir un mouvement entre les oreilles et les tempes du bébé.

-Si l'allaitement procure une sensation de bien-être à la maman, elle peut en déduire que son enfant est bien positionné et tête correctement.

-Un nouveau-né qui boit bien, interrompra sa tétée quand il a terminé.

Si l'allaitement est douloureux, il faut réévaluer le positionnement.

Exemples de positions d'allaitement maternel :



**Position "classique"**



**Position "ballon de rugby" (utile si le bébé refuse le sein ou si vous avez mal au sein)**



**Position allongée (utile pour se reposer, pour allaiter la nuit)**

## **CRITERES DE CONTROLE D'UN ALLAITEMENT MATERNEL SUFFISANT**

Seul l'allaitement à la demande permet au nourrisson de réguler ses besoins nutritionnels, il s'agit de la clé de la réussite. La plupart des nourrissons allaités ont besoin de tétées fréquentes (8 à 12 par 24 heures sont préconisées, y compris la nuit), car le lait maternel est digéré en moyenne en 1h (contre 3h pour le lait artificiel). Aucun avantage n'a été démontré à réduire la fréquence ou la durée des tétées, ni à imposer un intervalle minimum entre deux.

Au contraire, la restriction des tétées serait associée à un arrêt plus précoce de l'allaitement maternel, ainsi qu'à une majoration des complications chez la mère : crevasses, engorgement, recours plus fréquent à des compléments substitués de lait.

Chaque nourrisson a son propre rythme de tétées, cela rend nécessaire la proximité de l'enfant avec sa mère en permanence, même la nuit. Il est donc important de favoriser les contacts physiques fréquents, de limiter les visites trop fréquentes en maternité (limitant les temps d'allaitement) et la séparation nocturne.

Pour évaluer l'efficacité d'un allaitement maternel, il existe plusieurs critères :

- une prise de poids correcte : en moyenne la prise de poids devrait être de 200 grammes par semaine, soit 20-30 g par jour, et ce durant les trois premiers mois. Il n'est pas recommandé de peser un enfant tous les jours, mais plutôt une fois par semaine chez un professionnel et toujours sur la même balance, à la même heure, nu ou en couche propre jusqu'à la reprise du poids de naissance (et l'amorce d'une bonne courbe de croissance). Celle-ci se fait aux alentours du 10<sup>ème</sup>-15<sup>ème</sup> jour. Il est nécessaire de distinguer une stagnation staturo-pondérale d'une prise de poids lente (cf tableau ci-dessous), cas plus rassurant, et de soutenir la mère qui dans ce cas peut être très ébranlée dans son rôle de mère et dans sa capacité à allaiter.

Remarque : il existe une perte de poids physiologique après la naissance, au cours des 2 à 4 premiers jours de vie, liée à une diminution du pourcentage d'eau corporelle (jusqu'à 10% de perte de poids).

*Différences entre une prise de poids lente et une stagnation staturo-pondérale : (Dr Laure Marchand-Lucas, consultante en lactation IBCLC)*

	Prise de poids lente	Stagnation staturo-pondérale
Aspect	Bébé en bonne santé, éveillé Bon aspect cutané, peau ferme, aspect rebondi Bon tonus	Bébé apathique, ou pleurs geignards, dort 24h/24 ou « jamais » Bébé maigre, voire d'aspect « vieux » Bébé hypo- ou hypertonique
Urines et selles	Mouille au moins 6 couches en tissu ou 3-4 changes complets par jour, urines pâles, diluées. Selles fréquentes, liquides, ou peu fréquentes mais abondantes et TOUJOURS molles. Au moins 3 selles par jour avant l'âge de 4 à 6 semaines.	Peu de couches mouillées (moins de 2 ou 3 changes complets par jour), urines concentrées, voire simples tâches à l'avant de la couche Selles rares, peu abondantes, sèches, parfois simples tâches à l'arrière de la couche.
Déroulement de l'AM	Au moins 8 tétées par jour Durée de la plupart des tétées égale à 15-20min, la mère entend de nombreux bruits de déglutition pendant la tétée Bon déroulement dans l'ensemble	Moins de 8 tétées par jour, ou au contraire bébé au sein en permanence Tétées courtes ou au contraire interminables (le bébé dort sur le sein) Peu de bruits de déglutition Parfois des incidents : engorgement, lymphangite, crevasses...
Poids	Courbe de poids inférieure à la normale mais harmonieuse, croissante	Courbe de poids cassée, irrégulière, très inférieure à la normale, avec fréquemment d'autres paramètres de la croissance anormaux

Remarque : les courbes de poids des bébés allaités au sein ne sont pas superposables à celles des carnets de santé, qui ont été élaborées vers 1960-1970, époque à laquelle la plupart des nourrissons étaient allaités artificiellement (cf le chapitre évolution de la promotion de l'allaitement maternel).

- Selles et urines : en moyenne une à 4 selles par jour, abondante et couleur jaune d'or, liquide, et 5 couches lourdes, durant 1 mois. (puis diminution avec selles parfois non quotidiennes)

- Lors des tétées : bébé réveillé, concentré, rythme ample et régulier (longues salves de succion entrecoupées de quelques pauses courtes), déglutition sonore à chaque mouvement de succion, calme après la tétée, rot non systématique (dépend de l'air avalé durant la tétée), respiration sans essoufflement, joues non creuses. Pour la mère : sensation de sein tété (picotement, chaleur, tension), écoulement du sein controlatéral, sensation de soif, sein souple en fin de tétée.

## METHODES DE TIRAGE DU LAIT ET CONSERVATION

Certains bébés peuvent ne pas avoir assez stimulé la production de lait de leur mère, et la prise de poids devient alors insuffisante.

Afin de restimuler cette production, il existe plusieurs conseils à donner :

- mettre le bébé plus souvent au sein (les deux)
- tisanes d'allaitement, homéopathie
- et la solution qui consiste à tirer son lait.

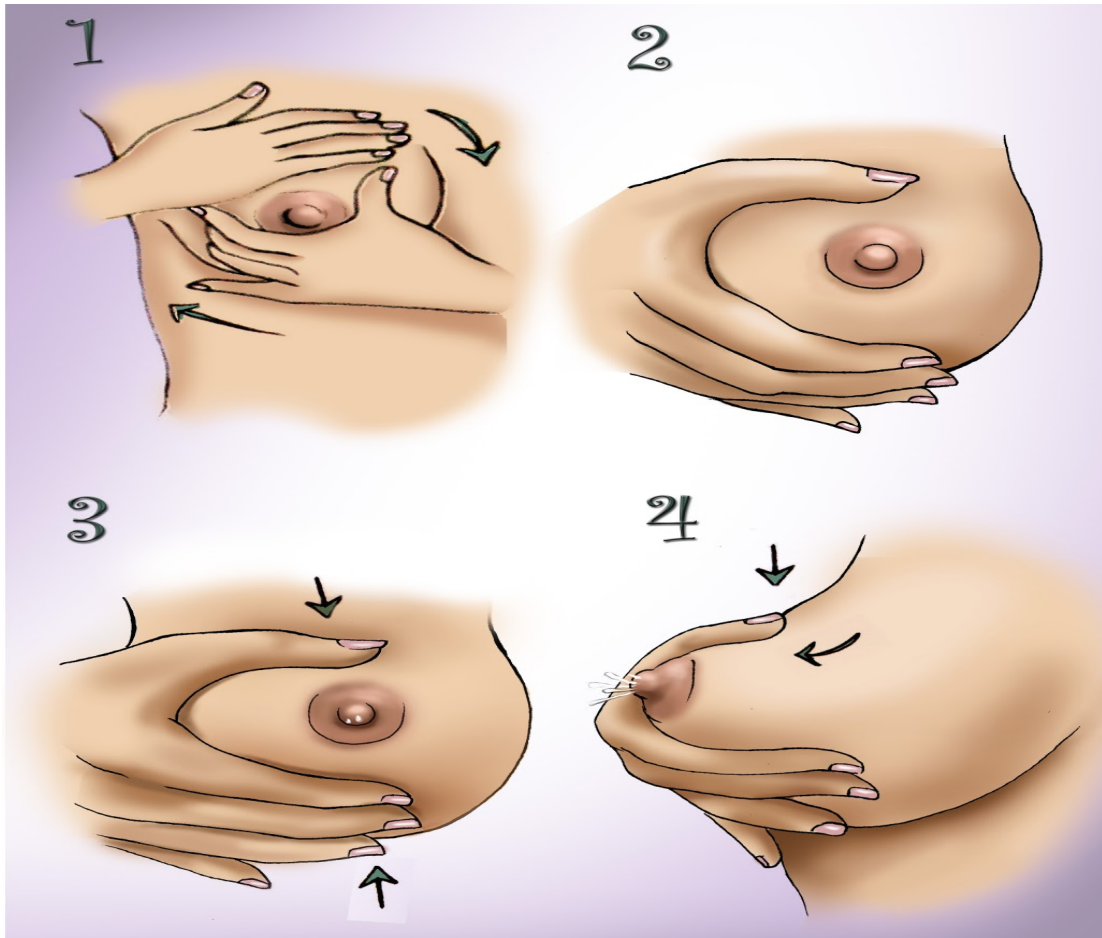
De même, la solution de tirer son lait peut s'avérer utile en cas de besoin (absence par exemple). Il existe pour cela plusieurs méthodes, mais certains principes sont incontournables :

-s'installer dans un endroit calme

-l'hygiène : bien se laver les mains et les seins au savon avant de manipuler la matériel et de tirer le lait, nettoyer les récipients (la stérilisation n'est pas obligatoire), noter la date et l'heure du recueil, remplir le récipient aux  $\frac{3}{4}$  pour éviter les gaspillages.

Il existe donc 2 possibilités :

- Le recueil manuel du lait par massage aréolaire : Il consiste à reproduire les mouvements de tétées. Avec 3 ou 4 doigts, il faut exercer des mouvements circulaires de l'extérieur du sein vers l'aréole. Puis avec les mains à plat, avancer progressivement de l'extérieur vers l'aréole tout autour du sein. Enfin pour exprimer le lait, placer le pouce et l'index avec le majeur de part et d'autre à environ 2-3 cm en arrière du mamelon en pressant doucement et en appuyant horizontalement vers la cage thoracique. Poursuivre jusqu'à arrêt de l'écoulement (qui peut ne débiter qu'après plusieurs minutes de massage) puis répéter l'opération tout autour du sein. Cela doit rester indolore.



- Le recueil avec un tire-lait : il est possible d'en louer avec ses accessoires sur ordonnance, avec remboursement. De nombreux modèles sont disponibles (manuel ou électrique). Le plus simple reste le tire-lait électrique double pompage au moins deux à trois fois par jour.

Remarque : l'utilisation d'un tire-lait nécessite l'introduction de biberons, celui-ci est donc à privilégier si possible avec trois semaines voire un mois d'allaitement au sein afin de ne pas diminuer la prise du sein par le bébé.

### LA CONSERVATION DU LAIT :

Si le lait est gardé à température ambiante, il peut être conservé au maximum 4 heures après le tirage.

Elle se fait au réfrigérateur pour une utilisation dans les 24-48 heures (à maximum +4°C), ou au congélateur (immédiatement après tirage) si le lait doit être conservé plusieurs mois (maximum 4 mois à -18°C, et pas de décongélation par micro-ondes !).

En ce qui concerne la décongélation, si le lait est chauffé au bain-marie, chauffe-biberon ou sous l'eau tiède, il doit être consommé dans la demi-heure, maximum 1 heure si décongélation à température ambiante. Il ne peut être recongelé, et on ne peut rajouter de lait fraîchement tiré au biberon.

Le transport doit se faire dans une glacière ou dans un sac isotherme avec pack de glace.

## COMPLICATIONS LIEES A L'ALLAITEMENT MATERNEL ET PRISE EN CHARGE (1-7-17-18-19-23-24)

### CREVASSES



#### Les symptômes :

- Douleur en début de tétée, voire durant toute la tétée
- Lésions étendues et de profondeur variable
- Présence parfois d'un suintement et/ou d'un saignement en cas de crevasse profonde

Ces douleurs et lésions sont avant tout causées par une mauvaise prise du sein entraînant une friction anormale entre le mamelon et la langue, gencives, lèvres ou le palais du bébé.

#### Le traitement est avant tout préventif, afin d'éviter l'aggravation des lésions :

- Revoir l'installation de la maman et du bébé
- Eviter le retrait brutal du sein de la bouche du bébé
- Eviter l'usage intempestif du tire-lait
- Eviter les manœuvres traumatisantes de décapage (lavages répétés, désinfection), d'assèchement (éosine, sèche-cheveux), de macération (coussinets, crèmes épaisses), les mycoses, en poursuivant une hygiène corporelle quotidienne.
- Eviter les tétées plaisir prolongées

#### Traitement :

- Sécher la plaie à l'air libre en cas de suintement ou de saignement, garder les seins au maximum à l'air libre
- Faire perler un peu de lait/colostrum en fin de tétée, et l'étaler sur le mamelon (stimule la cicatrisation)



- Crèmes cicatrisantes protectrices à base de lanoline après les tétées, ou sous forme de cataplasmes
- Homéopathie : teinture mère de calendula solution à appliquer 2 à 3 fois par jour pendant 10 jours
- Paracétamol si besoin
- Application d'un glaçon avant la tétée à visée antalgique
- Possibilité d'une utilisation transitoire de bouts de sein contact
- Utilisation possible d'un tire-lait pendant 24-48heures en cas d'échec en adaptant au mieux la taille de la téterelle à celle des seins.

En cas de récurrence des symptômes, il convient de rechercher un frein de la langue chez le bébé ou une mycose.

## CANDIDOSE



### Symptômes :

- Mamelon inflammatoire, parfois associée à une desquamation voire des points blanchâtres.

- Douleur localisée puis irradiant vers le creux axillaire, le dos, l'épaule, à type de brûlure ou picotement.
- Muguet intra-buccal chez le bébé, erythème du siège (si candidose digestive) avec stagnation pondérale voire perte de poids.

### **Traitement :**

- Traitement local par violet de gentiane, solution à 1% une fois par jour pendant 3-4 jours sur e sein et dans la bouche du bébé
- Mycostatine
- Mesures d'hygiène
- Bicarbonate de sodium
- Traitement général : Fluconazole, dose de charge de 200 à 400 mg puis dose d'entretien de 100mg deux fois par jour pendant trois semaines.

## **CLOQUE DE LAIT**



Il faut la percer si elle ne le fait pas spontanément en pressant dessus au moyen d'une compresse stérile.

## **INSUFFISANCE DE LAIT**

La peur du manque de lait est souvent une cause à l'introduction de compléments, voire à l'arrêt de l'allaitement maternel. Il existe parfois de réelles difficultés, auxquelles les professionnels doivent être attentifs, mais la réelle insuffisance de lait est très rare et se retrouve souvent être la conséquence d'une stimulation de la production insuffisante : absence d'allaitement à la demande, tétées inefficaces ou peu nombreuses.

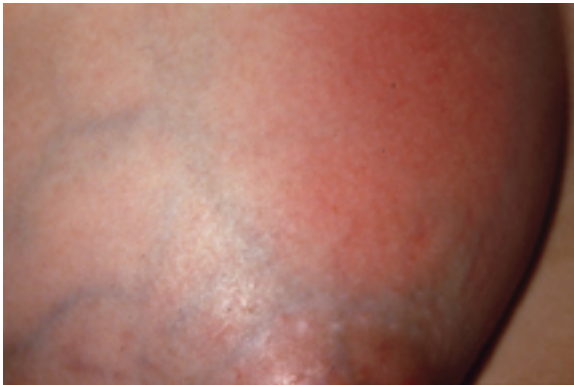
Il est capital en première intention d'évaluer les éventuels problèmes lors de l'allaitement, de les corriger, de conseiller et rassurer la mère en ses capacités, et d'évaluer la progression staturo-pondérale du nourrisson.

Il faut tout de même éliminer une prise médicamenteuse ou de toxiques pouvant éventuellement inhiber la production lactée, et surtout une rétention placentaire.

Afin d'améliorer la production du lait, les conseils à donner sont :

- augmenter la fréquence des tétées et leur durée,
- stimuler les seins et leur production de lait avec un tire-lait,
- on peut proposer de l'homéopathie parfois,
- proposer un soutien psychologique.

## ENGORGEMENT



Il est dû à une accumulation de lait dans la glande mammaire, ce qui entraîne une congestion du tissu et un œdème secondaire.

### Symptômes :

- Sein tendu, rouge, chaud, douloureux
- Réseau de Haller apparent
- asthénie
- hyperthermie possible

### Traitement :

- La prévention principalement : bonne fréquence des tétées, succion efficace avec vidange maximale du sein, expression du lait si tension importante.
- Application de froid entre les tétées, douche chaude avec massage du sein
- Antalgiques simples : paracétamol et/ ou AINS
- Eviter les soutien-gorge avec armatures ou les vêtements trop serrés.

## MASTITE / LYMPHANGITE



Complication de l'engorgement.

**Symptômes :**

- Idem à l'engorgement, rougeur localisée, prédominante au quadrant supéro-externe bien souvent.
- syndrome pseudo-grippal : fièvre, frissons, tachycardie, myalgie, asthénie.
- signe de Budin négatif.

**Traitement :**

- Repos au lit
- drainage du sein +++ : allaitement, expression manuelle ou au tire-lait
- Antalgie : AINS et/ou paracétamol
- Application de chaud ou de froid
- Antibiothérapie si :

mastite bilatérale

absence d'amélioration ou aggravation à 24-48heures

survenue durant les 10 premiers jours du post-partum

AEG importante

Récidive

Lésion du mamelon visible

Mastite infectieuse : bactéries  $> 10^3$  /ml de lait, leucocytes  $> 10^6$ /ml de lait

Remarque : antibiothérapie à visée anti-staphylococcique (Cloxacilline, Pristinamycine, ou éventuellement acide clavulanique-amoxicilline) puis adaptée à l'antibiogramme

**ABCES**



Il s'agit d'un phénomène infectieux qui correspond à une complication tardive d'une lymphangite mal traitée.

### **Symptômes :**

- Masse liquidienne visible en échographie,
- fièvre,
- Douleur intense très localisée avec zone inflammatoire rouge, chaude, arrondie ou ovale,
- signe de Budin positif,
- Fistulisation possible.

### **Traitement :**

- Interruption temporaire de l'allaitement du côté de l'abcès, le lait doit être tiré et jeté,
- Antibiothérapie systématique: à visée anti-staphylococcique,
- si abcès <2cm : tentative de traitement antibiotique seul,
- si abcès > 3cm : ponction lavage avec prélèvement cyto bactériologique,
- si >5cm : traitement chirurgical d'emblée avec drainage puis méchage,
- Contrôle échographique à 48 heures pour réévaluation, suivi clinique jusqu'à guérison.

## **MEDICAMENTS ET ALLAITEMENT (1-25)**

Au moindre doute avant une prescription lors de l'allaitement ou la grossesse, il faut penser à se renseigner auprès du CRAT, qui reste le site officiel de référence, ou bien auprès des centres de pharmacovigilance.

### **ANTIBIOTIQUES**

-Les pénicillines, les céphalosporines, les macrolides, les aminosides, le Bactrim® et le Monuril® peuvent être utilisés en période d'allaitement.

-Les tétracyclines sont à éviter et le chloramphénicol est contre-indiqué.

-Les quinolones de deuxième génération posent des problèmes en raison du risque d'atteinte du cartilage articulaire et du peu de données disponibles concernant leur passage lacté. La norfloxacine n'est pas détectée dans le lait après une prise unique de 200 mg ce qui rend son utilisation possible en dose unique pour le traitement de l'infection urinaire basse ; par contre, il faut éviter de prescrire les quinolones pour un traitement de longue durée.

-Le Flagyl®, le Zovirax® peuvent aussi être prescrits en période d'allaitement.

## **REGLES DE PRESCRIPTION :**

### **Réduire le nombre de médicaments :**

- Proscrire les médicaments non indispensables ou n'apportant pas de bénéfice démontré (n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité)
- Ne prescrire que les médicaments nécessaires en évitant les spécialités contenant une association de principes actifs.
- Mettre en garde contre l'automédication.

### **Tenir compte d'une éventuelle susceptibilité du nouveau-né au médicament:**

- Prématurité : les données publiées concernent le nouveau-né à terme.
- Déficit en vitamines (K...), anomalies génétiques (déficit en G6PD...)
- Interaction avec des médicaments pris par le nourrisson lui même.

### **Choisir l'alternative la moins risquée :**

Lorsque le choix entre plusieurs médicaments ou voies est possible.

- Médicaments passant moins dans le lait.
- Substance non transformée en métabolite actif
- Médicament de demi-vie courte ou ne s'accumulant pas
- Voies d'administration pour lesquelles le passage systémique est généralement moindre : locale ou inhalée...attention aux produits à usage local sur le sein qui sont ingérés en priorité par le nouveau-né : proscrire les désinfectants iodés.
- Pour un médicament à prise unique quotidienne, lorsque cela est compatible avec le traitement, prendre le médicament après la tétée du soir et éviter la tétée de la nuit.

- Pour un médicament à demi-vie très courte, on peut recommander de prendre le médicament juste après la tétée, afin que les concentrations dans le lait soient les plus basses possibles lors de la tétée suivante.
- se méfier si  $L/P > 1$  et si le rapport dose reçue par l'enfant (en mg/kg)/dose maternelle ingérée (en mg/kg) est supérieur à 1%.

**Pour un médicament « à risque » :**

Le bénéfice du traitement ou de l'allaitement doit largement dépasser le risque.  
Sinon :

- arrêt de l'allaitement (il est quelquefois possible d'interrompre l'allaitement provisoirement et d'entretenir la lactation à l'aide d'un tire-lait)
- ou différer le traitement si possible.

**Informez la mère de renforcer la surveillance du bébé :**

En vue de détecter un éventuel effet indésirable : ictère, diarrhée, refus d'alimentation, somnolence, hypotonie et mettre en garde la femme qui allaite contre l'automédication, les existants (café, tabac) et l'alcool.

*Exemples de médicaments : (selon le service de pharmacologie clinique du CHU de Toulouse)*

## Médicaments et allaitement : Les contre-indications étayées :

Médicament	Risque observé ou potentiel
Amiodarone	toxicité thyroïdienne
Anticancéreux (cyclophosphamide, méthotrexate, doxorubicine...)	Risque cytotoxique, immunosuppression, neutropénie...
Amphétamines	excitation, troubles du sommeil
Bromures	somnolence, hypotonie, éruption cutanée
Choramphénicol	“grey syndrome”
Dérivés de l’ergot de seigle (bromocriptine, ergotamine)	arrêt de la lactation
Drogues (cocaïne, phencyclidine...)	Toxicité chez l’enfant : hallucination...
Iode et iodures	Risque de goitre et d’hypothyroïdie
Lithium	Lithiémie voisine des taux maternels
Médicaments à visée endocrinologique (cyprotérone, , tamoxifène, danazol)	Modification de la sécrétion lactée. Effets indésirables endocriniens potentiels
Phenindione	Syndrome hémorragique
Phenylbutazone	aplasie médullaire
Rétinoïdes	risque d’accumulation
Sels d’or	toxicité rénale et hépatique



Médicaments de choix chez la mère allaitante (avec nécessité de surveillance du nouveau-né) :

<b>Classe Pharmacologique</b>	<b>Médicament</b>
Antalgiques /AINS :	paracetamol ibuprofène
Anticoagulants	héparine
Endocrinologie	insuline levothyroxine
Anti-infectieux	amoxicilline amoxicilline+acide clavulanique
corticoïdes	prednisone prednisolone
Laxatifs	mucilages
Antidiarrhéiques	argile charbon loperamide
Anti-hypertenseur	alphaméthylidopa

## COMPLEMENTS / SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL (1-7-8)

### COMPLEMENTS :

Lors du commencement de l'allaitement, il n'y a pas lieu de donner de compléments si l'allaitement maternel est exclusif. En effet, l'introduction de compléments perturbe le bon fonctionnement de l'allaitement maternel et entraîne un sevrage plus précoce car le mécanisme de succion n'est pas le même au biberon (risque de perturbation du nouveau-né, de même la tétine n'est pas conseillée) et risque de diminuer la production de lait.

Les indications de compléments sont mal définies, elles sont à discuter au cas par cas en concertation avec la mère.

Leur introduction entre 4 et 6 mois en plus d'un allaitement maternel conduit à une augmentation du risque de gastro-entérite et n'apporte aucun bénéfice à l'enfant.

La condition numéro 6 de l'IHAB recommande de ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale. Une enquête réalisée en 1999 en Suisse montrait que seuls 38% des nouveau-nés allaités exclusivement à la naissance ne recevaient pas de compléments alimentaires (variation allant de 8 à 85% selon les maternités).

Même si les compléments ne sont plus donnés de façon systématique, de nombreuses maternités continuent à y recourir pour diverses raisons. Voilà pourquoi il est important de refaire le point sur les réelles indications de ces compléments alimentaires, car leur introduction a été identifiée comme étant un facteur de risque d'échec de l'AM selon plusieurs études.

#### ▪ **Indications médicales de compléments**

Dans un petit nombre de situations il peut y avoir des indications à donner des compléments :

- Certaines sont liées à la mère : pathologie maternelle contre-indiquant l'allaitement (rares médicaments ou maladies infectieuses), insuffisance de lait documentée (anomalies anatomiques, chirurgie mammaire), retard à l'établissement de la lactation ou encore tétées extrêmement douloureuses ;
- Certaines sont liées à l'enfant : hypoglycémie sévère documentée, perte de poids associée à des signes de déshydratation et/ou un ictère.

Dans les situations suivantes *il n'y a au contraire pas d'indication médicale* à donner des compléments :

- Faible nombre de tétées au cours des 24-48 premières heures chez un nouveau-né à terme en bonne santé et sans facteur de risque ;
- Perte de poids > 7-10 % chez un nouveau-né ni déshydraté, ni ictérique, qui tète bien et dont la mère présente des signes d'établissement de la lactation ;
- Compléments *systématiques* chez les nouveau-nés à *risque* d'hypoglycémie ;
- Agitation, pleurs, tétées rapprochées chez un nouveau-né à terme en bonne santé qui s'apaise quand il tète.

Il est possible qu'une mère souhaite donner un complément même en l'absence de raison médicalement acceptable. Au préalable, les membres du personnel veilleront à ce que cette mère soit encouragée à allaiter exclusivement et qu'elle ait bien toutes les informations nécessaires à une prise de décision éclairée.

### ▪ **Comment limiter l'utilisation des compléments en maternité**

La limitation des dépenses d'énergie et le recueil de lait maternel permettent de restreindre le recours aux compléments de lait artificiel.

On peut éviter les pleurs, l'agitation et surtout l'hypothermie en encourageant la proximité physique et le contact en peau à peau dès la naissance, en limitant les soins (examens, bains) au strict nécessaire et en les programmant dans le respect du rythme des nouveau-nés.

Il est également souvent possible de recueillir du lait maternel et de le donner à l'enfant de préférence à un complément de lait industriel ; juste avant la montée de lait, le colostrum est souvent plus facile à recueillir par expression manuelle ; ce geste simple et très utile doit être enseigné aux mères avant la montée de lait quand le sein est encore souple.

## **SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL OU PREPARATIONS POUR NOURRISSONS :**

Ces aliments peuvent remplacer totalement (alimentation artificielle) ou partiellement (allaitement mixte) un allaitement maternel selon le choix de la mère. Ils apportent tous les nutriments permettant une bonne croissance.

Leur vente est réglementée (étiquetage mentionnant obligatoirement la supériorité de l'allaitement maternel) ainsi que leur publicité, le don est interdit.

Ce type de lait figure dans le Code International qui formule et harmonise les normes alimentaires et en assure l'application à l'échelle internationale.

Il reste tout de même capital de conseiller l'allaitement maternel sans juger les parents qui décident une autre solution, et de les accompagner dans leur choix.

## **SEVRAGE DE L'ALLAITEMENT, PLACE DES MEDICAMENTS, REPRISE DU TRAVAIL**

### **SEVRAGE (1-7-8-13-18-19-22)**

Le sevrage se déroule différemment selon l'âge du bébé, il vise à donner un lait infantile et/ou à introduire de nouveaux aliments, et à arrêter totalement ou à diminuer l'allaitement maternel.

Le moment du sevrage est une décision de couple, il dépend de beaucoup de facteurs. Avant d'aider le couple, il est nécessaire d'identifier les raisons de ce sevrage afin de pouvoir proposer une solution satisfaisante pour les parents et pour l'enfant (et éviter ainsi de mauvaises raisons de sevrage).

Il est bon de savoir que plus le sevrage est débuté tôt dans l'allaitement, plus le risque d'engorgement est important (taux de prolactine élevé).

Si le sevrage est temporaire, il est possible, mais compliqué, de le reprendre par la suite avec beaucoup de persévérance et de soutien.

Le meilleur conseil à donner en cas de début de sevrage, est de diminuer progressivement les tétées (en remplaçant par exemple au début une tétée tous les trois jours pour arriver à une puis zéro tétée) en s'y prenant 3 semaines voire un mois avant la date désirée.

## PLACE DES MEDICAMENTS : (1)

Depuis 2013, l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de la santé) rappelle que l'utilisation d'un médicament inhibant la lactation doit être réservée aux situations où l'inhibition de la lactation est souhaitée pour raison médicale. La prise systématique d'un médicament inhibant la lactation pour prévenir ou traiter l'inconfort ou l'engorgement pouvant survenir lors de la montée laiteuse n'est pas recommandée.

De plus, il n'y a pas de justification à utiliser des médicaments dans le sevrage de l'allaitement au-delà de un mois après l'accouchement. En effet, la glande mammaire devient progressivement autonome et le taux de prolactine retourne à son niveau de base. Les médicaments qui freinent la libération de prolactine n'ont donc plus d'utilité.

Lorsque l'inhibition médicamenteuse de la lactation est souhaitée, d'autres spécialités sont autorisées dans cette indication :

- Le lisuride (Arolac® 0,2 mg, comprimé sécable) : commencer le traitement aussitôt après l'accouchement, en tout cas dans les premières 24 heures, à raison de 2 comprimés par jour, pendant 14 jours. En cas d'effet rebond après l'interruption d'AROLAC, recommencer le traitement pendant une semaine.
- et la cabergoline (Cabergoline Sandoz® 0,5 mg, comprimé sécable) : La cabergoline doit être administrée dans les 24 premières heures de post-partum. La dose recommandée de cabergoline est de 1 mg en une seule prise.

Bien que ces deux médicaments soient également des agonistes dopaminergiques, les données de pharmacovigilance et de la littérature ne montrent pas d'effets indésirables graves cardiovasculaires ou neuropsychiatriques lors de leur utilisation après un accouchement ou une interruption de grossesse, contrairement à la bromocriptine.

Par ailleurs, la dihydroergocryptine (Vasobral®), utilisée hors AMM, n'est pas indiquée dans l'inhibition de la lactation et ne doit donc pas être utilisée. De même, l'utilisation des diurétiques est à proscrire.

Dans son avis du 29 mai 2013, la Commission de la transparence a considéré que le service médical rendu par PARLODEL 2,5 mg inhibition de la lactation, comprimé sécable, était insuffisant dans l'inhibition de la lactation et a donné un avis défavorable au maintien de l'inscription sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux et sur la liste des spécialités agréées à l'usage des collectivités dans l'indication « inhibition de la lactation » en raison de la survenue d'effets indésirables rares mais parfois graves, cardiovasculaires (notamment accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde et hypertension artérielle), neurologiques (principalement convulsions) et psychiatriques (hallucinations, confusion mentale).

Le bandage des seins n'est pas recommandé car l'inconfort engendré peut être plus important que celui lié à la montée laiteuse. Si la montée laiteuse occasionne un inconfort trop important, il est possible d'utiliser un antalgique comme le paracétamol. Lorsqu'un engorgement survient, il peut être traité par un anti-inflammatoire.

La COFAM recommande de sensibiliser les professionnels de santé à prescrire des méthodes alternatives complémentaires (phytothérapie, homéopathie, acupuncture) pour la douleur et l'inhibition de la montée laiteuse. Mais celles-ci doivent être évaluées pour gagner en efficacité et pouvoir être plus systématiquement proposées, car à l'heure actuelle, si elles peuvent soulager la douleur, aucune méthode alternative n'a une efficacité démontrée dans l'inhibition de la lactation.

### REPRISE DU TRAVAIL : (13-15-16-18)

La reprise du travail n'empêche pas la poursuite de l'allaitement. Il faut conseiller des tétées les plus fréquentes possibles et à la demande pour maintenir une lactation suffisante.

Le bébé peut être nourri en l'absence de sa mère par une cuillère, tasse, biberon.

De plus, **l'article L224.2** du code du travail permet aux mères allaitantes de bénéficier d'une heure de pause par jour non rémunérée pendant un an (sauf si cela est prévu par une convention collective) afin de tirer leur lait sur leur lieu de travail, ou si possibilité de rejoindre leur enfant pour l'allaiter.

**L'article L224.3** permet à la mère d'allaiter son enfant dans un local prévu par l'établissement, séparé du local de travail.

**L'article 222.4** dit que les entreprises employant plus de 100 femmes peuvent être mises en demeure d'installer des chambres d'allaitement.

### CAS PARTICULIERS : PREMATURE, GEMELLITE. (17-18)

#### PREMATURE :

Un allaitement est envisageable à tous les degrés de prématurité. Il s'agit d'une méthode de prévention vis-à-vis des complications habituelles de la prématurité (infections, entérocolites ulcéronécrosantes) et permet de pallier à l'immaturité digestive, hépatique rénale et du système immunitaire. Il est beaucoup mieux toléré que les autres laits.

Plusieurs méthodes sont possibles pour aider à l'allaitement maternel selon la prématurité :

- Le contact peau à peau

- La tétée « d'appropriation » : début de tétée active pour stimuler le réflexe de succion- déglutition-respiration
- La tétée alimentaire possible vers 34-35 semaines en stimulant l'éjection par la stimulation de l'aréole controlatérale.

Parfois le gavage par sonde peut s'avérer nécessaire (lait pasteurisé provenant de lactariums). Il reste indispensable de stimuler la lactation avec un tire-lait en attendant des tétées efficaces.

### GEMELLITE :

Cela ne pose théoriquement que des problèmes d'organisation, une mère peut allaiter un enfant à chaque sein en même temps. Il est conseillé d'orienter ces mères vers des associations de soutien et de les rassurer.

## CONTRE-INDICATIONS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL(1-18-20-25-26-27-28-29-30)

La poursuite de l'allaitement est conseillée dans la quasi-totalité des cas d'infection. En effet, la présence de germes dans le lait maternel ne signifie pas qu'ils soient infectieux. De plus, si l'allaitement est interrompu, l'enfant ne pourra bénéficier ni des anticorps spécifiques au germe infectant que la mère va excréter dans son lait, ni des autres facteurs anti-infectieux du lait maternel. Il est relativement conseillé de suspendre l'allaitement et de tirer et jeter son lait si la température est supérieure à 38.5°C.

La présence de bactéries dans le lait maternel est rarement un problème. Les infections parasitaires sont beaucoup plus rares, et ne sont pas considérées comme un problème en ce qui concerne l'allaitement. (Cependant, même si les parasites intacts ne passent pas dans le lait, certaines de leurs protéines peuvent s'y retrouver et induire des réactions allergiques chez l'enfant allaité.)

*Il n'existe pas de réel consensus quant à l'attitude à adopter face à une infection bactérienne avec fièvre face à un allaitement. La plupart des données de la littérature que j'ai pu trouver déconseillent toutefois l'allaitement en cas de fièvre vraie >38.5°C.*

Les rares vraies contre-indications (CI) à l'allaitement sont chez la mère une séropositivité HIV (le lait peut être donné s'il est pasteurisé), une chimiothérapie, la prise de toxiques, une radiothérapie (CI temporaire tant que l'isotope est présent dans l'organisme), une tuberculose active (dès la mise en route du traitement, le lait tiré peut être donné à l'enfant, tant que dure l'isolement de la mère), un herpès du sein, la phase aiguë de maladie de Chagas, galactosémie.

Les contre-indications abusives à l'allaitement sont une fièvre maternelle liée à une maladie bénigne, une hépatite B ou C, la prise d'alcool (limitée à un verre occasionnel), le tabagisme (déconseillé, attention au tabagisme passif), une infection à CMV. En effet, les cas où la mère

se voit le plus souvent recommander à tort l'arrêt de l'allaitement sont:

- la survenue d'une infection bactérienne, comme par exemple celles à Streptocoques du groupe B (nécessitant parfois une antibiothérapie prophylactique chez le nourrisson)
- les infections du sein : mastites, abcès (l'allaitement peut être poursuivi, si la mastite se complique en abcès un drainage chirurgical sera indispensable. L'enfant peut téter le sein atteint sauf si le drain se trouve à un endroit où il interfère avec la prise du sein), candidose.
- les infections virales comme l'hépatite B (injection de gammaglobulines et d'un vaccin dès la naissance), l'hépatite C ou une infection à CMV
- la découverte d'une réaction tuberculique intradermique positive : si la mère souffre d'une tuberculose pulmonaire active, elle devra être séparée de son enfant jusqu'à ce qu'elle cesse d'être contagieuse (le plus souvent après les 2 premières semaines de traitement anti tuberculeux), et tirer son lait pendant cette période (pour éviter un engorgement et entretenir sa sécrétion lactée).

Si la mère présente des lésions d'herpès ou de varicelle sur les mamelons, il faut suspendre l'allaitement. La mère devra tirer son lait et le jeter, et pourra reprendre l'allaitement après guérison des lésions locales. Cette suspension de l'allaitement est inutile si les lésions sont situées ailleurs que sur les mamelons (les couvrir soigneusement si elles sont situées à un endroit que l'enfant peut toucher facilement).

*Remarque* : dans les rares cas où il s'avérera réellement nécessaire de suspendre l'allaitement, il faut voir avec la patiente comment et pendant combien de temps tirer son lait afin d'entretenir sa sécrétion lactée et éviter les engorgements, et comment reprendre ensuite l'allaitement.

## **CONTRACEPTION DU POST-PARTUM ET ALLAITEMENT (1-18-19-20)**

Il faut proposer une méthode de contraception à chaque femme sortant de suites de couches, qui permettent de poursuivre un allaitement optimal si celui-ci a été choisi. Différentes méthodes sont à proposer :

- La méthode MAMA (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée) est une méthode naturelle mais peu fiable, qui impose un allaitement exclusif à la demande jour et nuit (avec surveillance d'une aménorrhée) et qui est peu compatible avec la vie actuelle.

Les conditions à appliquer sont :

- Allaitement maternel exclusif,
- absence de retour de couches,
- allaitement à la demande sans restrictions,
- intervalle inférieur à 4 heures entre chaque tétée, et 6 heures durant la nuit,
- aucun complément.

- Les oestro-progestatifs sont contre-indiqués car ils peuvent induire une diminution de la lactation.
- Les micro-progestatifs, implants et progestatifs injectables sont autorisés, mais ne doivent pas être introduits avant la montée laiteuse (prescription théoriquement au 21<sup>ème</sup> jour du post-partum, mais généralement utilisé dès la sortie du service de maternité).
- L'usage du DIU ou SIU est autorisé mais la pose ne peut s'effectuer avant 6 semaines de post-partum (temps de rétraction utérine), soit à la visite post-natale.
- Les préservatifs et spermicides peuvent être utilisés mais leur effet contraceptif est plus faible.



### **3. DEUXIEME PARTIE : Etude dans deux maternités d'Aquitaine.**

#### **INTRODUCTION :**

En France, comme dans la plupart des pays européens, les fréquences et durées d'AM rapportées dans la littérature sont donc faibles par rapport aux recommandations. Le PnnS recommande d'allaiter son enfant de façon exclusive au moins jusqu'à 4 mois.

J'ai décidé d'un commun accord avec le Dr De Sarcus d'étudier le taux de poursuite d'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité et de suivre les mamans allaitantes pendant 4 mois, car les résultats sont intéressants dans le but de les comparer aux résultats nationaux, de rechercher des facteurs prédisposant à un arrêt prématuré (en se basant sur les facteurs étudiés et/ou connus dans la littérature) et de proposer des solutions afin d'améliorer les résultats étant donnés tous les bénéfices attendus déjà connus.

L'hypothèse était que les taux seraient plus faibles que dans une maternité labélisée, ou que le taux national étant donné la situation géographique des deux maternités étudiées et le peu de structures environnantes pouvant accompagner les mamans allaitantes.

#### **OBJECTIF :**

L'objectif était donc d'identifier les facteurs pouvant déterminer un arrêt prématuré de l'allaitement maternel exclusif, de rechercher d'éventuelles pistes d'amélioration lors de leur prise en charge par le praticien de premier recours, et de comparer le taux de poursuite de l'allaitement maternel exclusif dans ces deux maternités isolées (comparaison aux taux nationaux de poursuite de l'allaitement).

#### **MATERIEL ET METHODES :**

##### **-Type et lieu de l'étude :**

Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, et longitudinale réalisée auprès d'une population de femmes allaitantes lors de leur retour à domicile et ayant accouchées dans l'une des deux maternités concernées : la maternité du CH Sud Gironde à Langon (33), et celle de la clinique mutualiste de Lesparre (Médoc, 33).

##### **-Présentation des deux maternités et particularités :**

La maternité de Lesparre-Médoc bénéficie d'une forme d'exception géographique, car elle est située au milieu d'un triangle océan-estuaire de la Gironde-nord de Bordeaux. Certaines communes du Médoc (Le Verdon, Soulac...) sont à près de deux heures de route du Chu Pellegrin à Bordeaux, la maternité publique la plus proche. Elle regroupe 11 lits d'hospitalisation, 2 salles d'accouchement et 2 blocs opératoires. Il s'agit d'une maternité de niveau 1 comptant environ 400 accouchements par an. Il n'existe à proximité qu'un centre de PMI dans la ville, unique centre du Médoc.

Une sage-femme "référente" en allaitement du CHU a été chargée des cours destinés aux sages-femmes du service (physiologie, position, législation, conseil pratique).

Les pédiatres ont aussi donné un cours dans le cadre de "l'alimentation du nourrisson".

La préparation à l'accouchement : elle est faite par des sages femmes libérales (une est dans la clinique, les trois autres dans le reste du secteur). Le thème de l'allaitement est abordé lors d'un cours spécialement dédié, et lors de l'entretien prénatal.

La clinique n'offre pas de livret « spécial allaitement », mais le "petit livre bleu" qui explique plein de choses sur la grossesse et les soins aux nourrissons, dont un paragraphe sur l'allaitement.

La maternité du CH Sud Gironde quant à elle, est une maternité de niveau 1 se situant à 35minutes de Bordeaux le long de l'autoroute A64. Elle comprend 18 lits et 4 blocs opératoires, et compte environ 775 accouchements par an. Des cours de préparation à l'accouchement et à l'allaitement sont proposés ainsi que des consultations d'allaitement qui sont organisées dans les semaines suivant la sortie de la maternité, et quelques sages-femmes ont pu bénéficier d'une formation de DU d'allaitement et y sensibilisent leurs collègues autant que possible.

L'homéopathie est très pratiquée dans le service afin de stimuler la lactation durant le séjour en suites de couches si besoin (seul traitement utilisé).

### **-Population :**

Cette étude s'est déroulée entre le 2 mai et le 17 juillet 2015 inclus dans les maternités suivantes :

- Centre hospitalier Sud Gironde à Langon,
- Clinique mutualiste de Lesparre-Médoc.

Toutes les mères ayant accouché durant cette période et ayant initié un allaitement maternel en suites de couches ont été interrogées via des questionnaires remis tout d'abord dans le service avant leur sortie par l'interne de médecine générale présent lors de cette période et ce après consentement écrit, puis recontactées par mail ou téléphone par mes soins.

### **-Critères d'éligibilité :**

Toutes les femmes majeures allaitantes en suites de couches, et ayant accouché dans les maternités concernées avec :

- accouchement à terme d'un enfant en bonne santé,
- parlant suffisamment français ou étant accompagnées par un interprète,

-et qui ont consenti à participer à l'étude lors de leur séjour et à être recontactées à 6 semaines et 4 mois de post-partum.

### **-Critères d'exclusion :**

- Refus de participation à l'étude,
- Incompréhension, problème de langue, mères mineures,
- Enfant avec santé précaire à la naissance, prématurité,
- Allaitement artificiel en suites de couches,
- Gémellité.

### **-Facteurs étudiés :**

Les variables étudiées sont celles qui ont déjà été décrites dans la littérature, à savoir :

- la situation socio-économique : âge, situation maritale, niveau d'études, origines,
- les antécédents et expériences d'allaitements antérieurs: présence ou non d'une maladie chronique, nombre d'enfants, antécédent d'allaitement maternel antérieur et durée, mère allaitée dans son enfance,
- le projet d'allaitement maternel : le moment de la prise de décision d'allaiter son enfant, le fait d'en avoir discuter avec un professionnel, d'avoir reçu de la documentation ou d'avoir bénéficier de cours de préparation à l'accouchement, le projet de durée d'allaitement maternel exclusif,
- l'accouchement et la première mise au sein/ accompagnement : le type d'accouchement, le vécu, le moment de la première mise au sein, la satisfaction vis-à-vis de la maternité, de l'information reçue et de la documentation transmise, la nécessité de prise de compléments alimentaires,
- le retour à domicile : la nécessité de consulter un professionnel après le retour au domicile, la satisfaction par rapport aux conseils obtenus,
- le vécu global de l'allaitement maternel.

### **-Déroulement de l'étude :**

Un premier questionnaire a été remis aux patientes avant la sortie de la maternité, uniquement chez les femmes allaitantes (qu'il s'agisse d'un allaitement exclusif ou mixte) par l'interne de médecine générale du service et a été récupéré après vérification de la présence des noms/prénoms/et numéro de téléphone ou mail nécessaires à la poursuite de l'étude.

Ces questionnaires étaient mis de côté dans une boîte et récupérés par mes soins régulièrement.

Un second questionnaire vers 6 semaines de post-partum a été transmis aux femmes recrutées en maternité via mail ou rempli par téléphone par moi même. En cas d'arrêt de l'allaitement maternel, l'étude s'arrêtait à cette étape.

Si l'allaitement avait été poursuivi, je recontactais la personne vers 4 mois de post-partum selon le moyen de communication choisi la fois précédente.

L'étude a été débutée après déclaration de conformité à une méthodologie de référence au Comité National Informatique et Liberté (CNIL), le numéro de déclaration est le 1886535 v 0.

### **-Analyse statistique :**

L'analyse des données sera descriptive dans un premier temps. Elle comportera ensuite une analyse statistique sur les points les plus importants de l'étude. Toute l'analyse statistique a été réalisée en coopération avec l'ISPED de Bordeaux.

Les variables qualitatives ont été décrites sous forme de pourcentage.

Pour rechercher les facteurs de risque de ne pas allaiter exclusivement à 6 semaines, le groupe d'allaitement maternel exclusif à 6 semaines a été comparé au groupe d'allaitement mixte ou artificiel à 6 semaines.

Pour rechercher les facteurs de risque de ne pas poursuivre un allaitement maternel exclusif entre 6 semaines et 4 mois, une deuxième analyse a été réalisée dans le groupe d'allaitement maternel exclusif à 6 semaines. Le groupe d'allaitement maternel exclusif à 4 mois a été comparé au groupe d'allaitement mixte ou artificiel à 4 mois.

Les variables qualitatives ont été comparées par un test de khi2 ou par un test exact de Fischer selon les effectifs.

Une régression logistique uni-variée a aussi été réalisée pour mesurer le rapport de côte d'une catégorie par rapport à la catégorie de référence. Pour chaque variable, la catégorie de référence choisie est celle ayant le plus grand effectif.

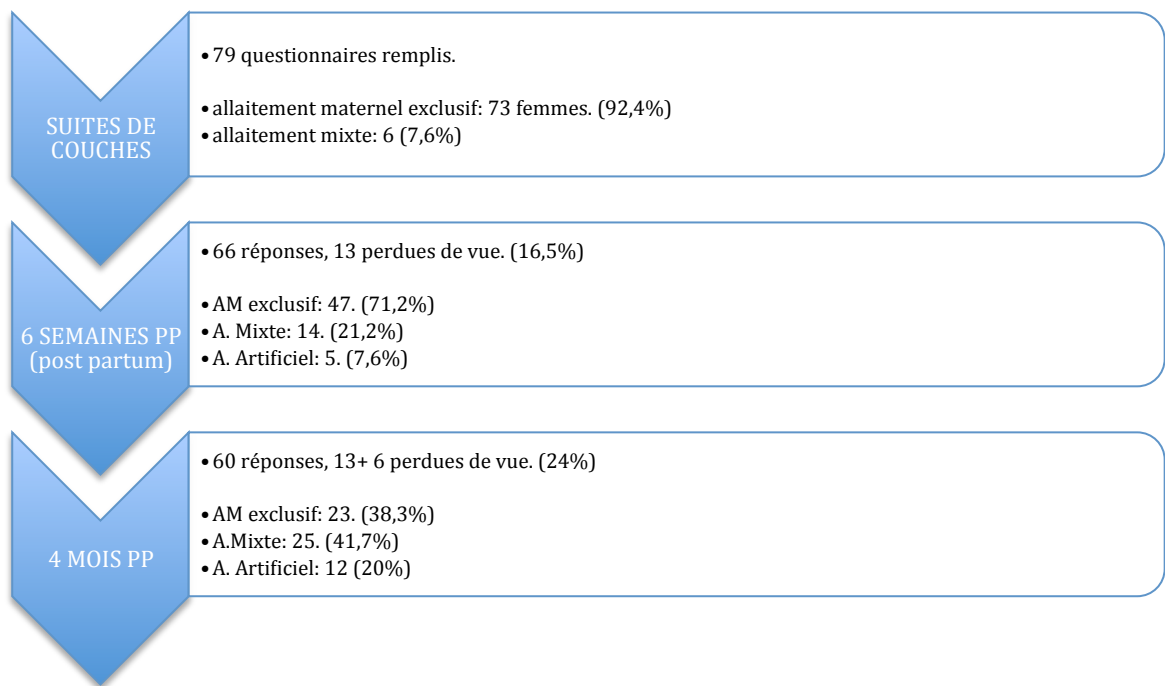
Le risque de première espèce a été fixé à 5%.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R version 3.0.2.

## **ANALYSE GENERALE DESCRIPTIVE :**

Au total, 150 questionnaires ont été distribués et 79 questionnaires ont été récoltés remplis et compréhensibles (et permettant une reprise de contact) dans les 2 maternités sur cette période :

- 55 questionnaires au CH Sud Gironde,
- 24 à la clinique mutualiste de Lesparre-Médoc.



Lors de la sortie de la maternité, 73 femmes allaitaient de façon exclusive (soit 92,4%), 6 ont eu recours à un allaitement mixte. A six semaines, le taux était à 71,2% (contre 21,2% d'allaitement mixte) puis seulement 38,3% à quatre mois de post-partum (allaitement mixte : 41,7%).

Au total, 19 femmes ont été perdues de vue au cours de l'étude (13 à six semaines, et 6 à quatre mois), soit 24% de l'effectif initial.

<b>Variables</b>	<b>catégories</b>	<b>N=</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Age</b>	+ 30 ans	40	50,6
	- 30 ans	39	49,4
<b>Situation maritale</b>	Mariée	43	54,4
	En couple	35	44,3
<b>Niveau d'études</b>	bac>2	44	55,7
	inférieur au bac	19	24,1
	bac à bac +2	16	20,3
<b>origine</b>	France	67	84,8
	Europe et autres	12	15,2
<b>Maladie chronique</b>	Non	72	91,1
	Oui	7	8,9
<b>Nombre d'enfant</b>	>1	44	55,7
	0	10	12,7
	1	25	31,6
<b>Antécédent d'allaitement maternel</b>			

Oui	49	71
non	20	29
<b>Durée d'allaitement maternel antérieur</b>		
<3mois	19	40,4
3-6 mois	8	17
+6 mois	20	42,6
<b>A été allaitée</b>		
Oui	48	61,5
Non	30	38,5
<b>Décision d'allaitement maternel</b>		
Avant Grossesse	53	67,1
T1	14	17,7
T2 et T3	12	15,2
<b>Discussion avec un professionnel</b>		
Oui	51	64,6
Non	28	35,4
<b>Documentation reçue</b>		
Non	74	93,7
Oui	5	6,3
<b>Cours de préparation à la naissance</b>		
Oui	39	49,4
Non	40	50,6
<b>Projet d'allaitement maternel</b>		
1-3 mois	28	35,4
3-6 mois	22	27,8
+6 mois	12	15,2
Ne sait pas	17	21,5
<b>Accouchement</b>		
Voies naturelles	65	82,3
Césarienne	14	17,7
<b>Vécu de l'accouchement</b>		
Bon	52	65,8
Moyen	14	17,7
Difficile	13	16,5
<b>Première mise au sein</b>		
Salle de naissance	66	83,5
Chambre	13	16,5
<b>Satisfaction vis-à-vis de la maternité</b>		
Oui	71	89,9
Non	8	10,1
<b>Information sur l'allaitement maternel reçue</b>		
Oui	60	75,9
Non	19	24,1
<b>Documents sur l'allaitement maternel reçus</b>		
Non	42	62,7
Oui	25	37,3
<b>Nécessité de compléments alimentaires</b>		
Non	51	64,6
Oui	28	35,4
<b>Consultation d'un professionnel</b>		
Non	39	59,1
Oui	27	40,9
<b>Satisfaction par rapport aux conseils reçus</b>		
Oui	23	85,2
Non	4	14,8
<b>Vécu global de l'allaitement maternel</b>		
Bon	52	78,8
Moyen et Difficile	14	21,2

### **Situation socio-professionnelle :**

Sur les 79 femmes recrutées, la répartition entre les plus et moins de 30 ans était approximativement similaire.

24,1% avaient un niveau d'études inférieur au bac (contre 76% au niveau bac dont 55,7% supérieur à bac +2), une grande majorité est d'origine française (84,8%), moins de 4% européenne, et 11% autre (Afrique, Asie).

Seule une femme était célibataire, 54,4% étaient mariées, et 44,3% en couple.

### **Antécédents et expériences d'allaitement antérieures :**

8,9% des femmes étaient atteintes d'une maladie chronique (épilepsie, HTA, SAS, asthme principalement).

Près de 87% étaient déjà multipares, avec un taux de 71% de femmes ayant déjà allaité (dont 42,5% ont allaité plus de 6 mois, 17% entre 3 et 6 mois, et 40,4% moins de 3 mois), et seulement 12,7% étaient des primipares.

61,5% des femmes déclarent avoir elles-mêmes été allaitées.

### **Projet d'allaitement maternel :**

Pour la majorité des femmes, la décision d'un allaitement maternel exclusif a été prise avant la grossesse (67,1%), 17,7% en début de grossesse, et enfin environ 15% en deuxième et troisième trimestre.

Le sujet a été abordé avec un professionnel avant la naissance pour 64,6% des femmes, et seules 6,3% ont reçu une documentation avant la naissance. 49,4% ont bénéficié de cours de préparation à la naissance.

Enfin, le projet d'allaitement maternel exclusif était variable selon les femmes interrogées : 15,2% désiraient allaiter plus de 6 mois, 27,8% de 3 à 6 mois, 35,4% de 1 à 3 mois. 21,5% n'avaient pas de durée envisagée.

### **Accouchement et première mise au sein/accompagnement :**

82,3% des femmes allaitantes en sortie de maternité ont accouché par voie basse, et 65,8% estiment avoir un bon vécu (16,5% d'accouchements ressentis comme difficiles).

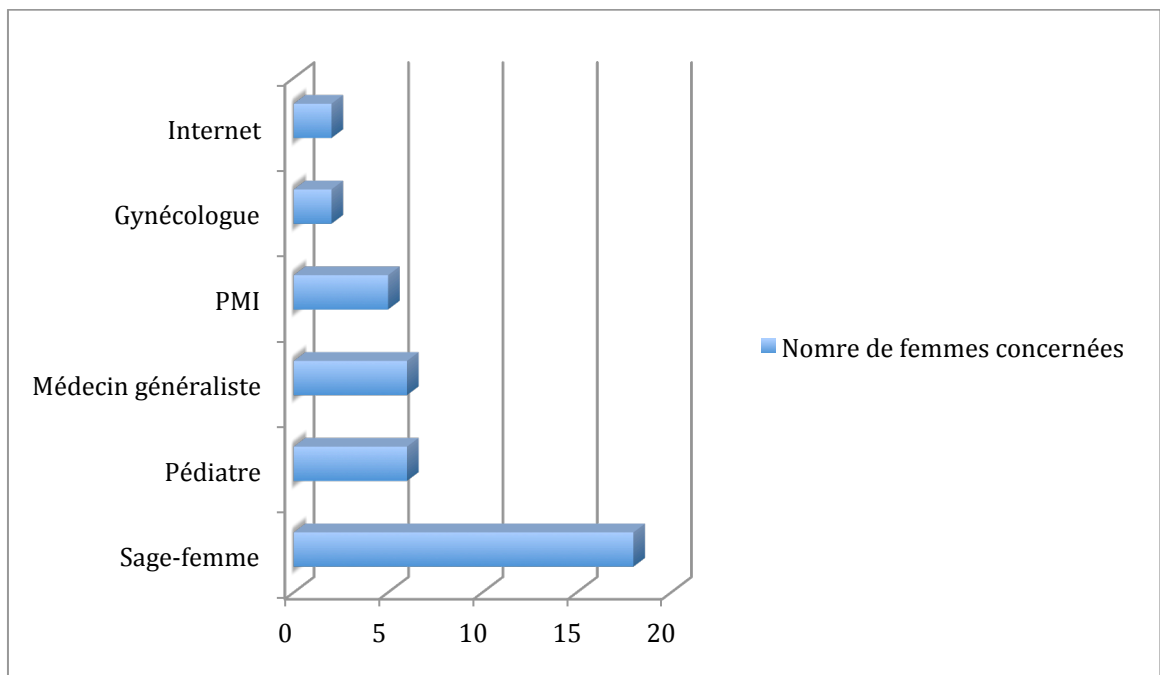
La première mise au sein a été réalisée dans 83,5% des cas en salle de naissance, contre 16,5% en chambre, la plupart du temps cela étant dû à une césarienne.

Une grande majorité des femmes questionnées s'estiment satisfaites de leur prise en charge en maternité, et 75,9% déclarent avoir bien été informée sur l'allaitement maternel. Uniquement 37,3% auraient reçu de la documentation avant leur retour à domicile, qu'il s'agisse d'un carnet d'adresse en cas de souci rencontré ou de livrets explicatifs concernant l'allaitement.

Enfin, 35,4% des bébés ont nécessités l'introduction de compléments alimentaires avant leur sortie de maternité.

### **Retour à domicile :**

Au cours des six premières semaines du post-partum, 40,9% des femmes suivies ont eu recours à une consultation chez un professionnel suite à un questionnement ou une complication de l'allaitement, 85,2% d'entre elles se sont estimées satisfaites des conseils obtenus.



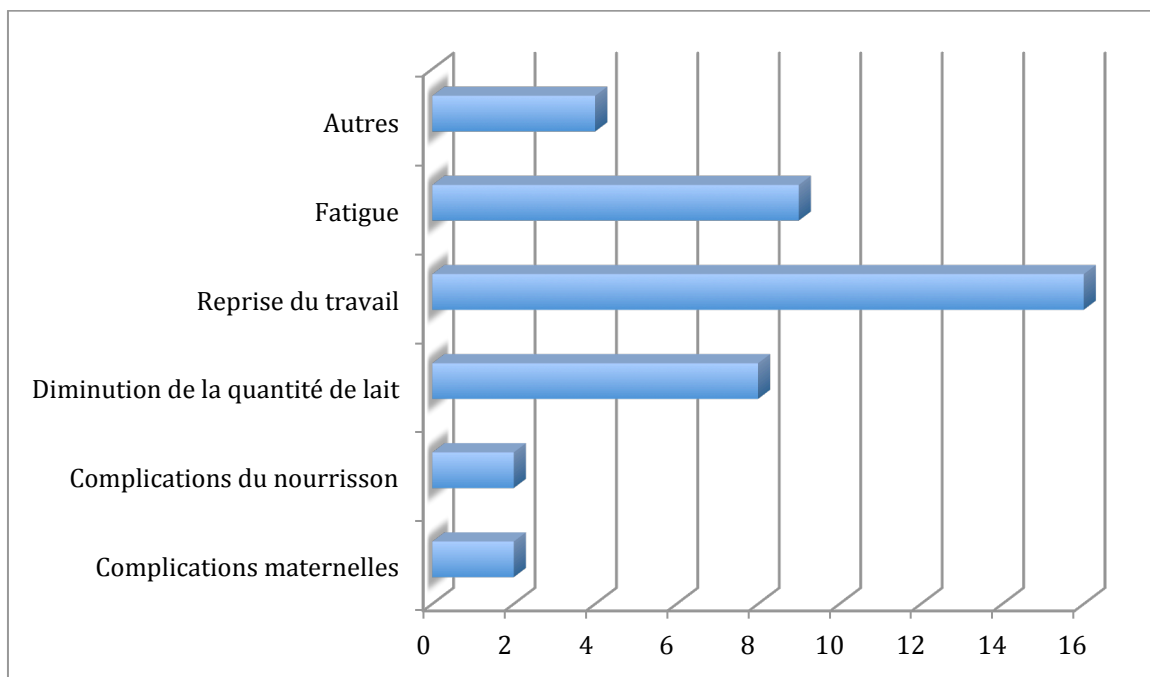
#### Consultation de professionnels :

Sur les réponses récoltées, la majorité des femmes ont consulté une sage-femme (18), les autres se sont orientées vers un pédiatre, le médecin généraliste ou la PMI à un taux équivalent, et une minorité a consulté un gynécologue ou des forums internet.

#### Les motifs de consultations retrouvés étaient :

- Complications maternelles (11 femmes)
- Diminution du lait (3 femmes)
- Fatigue (10)
- Complications bébé (6)
- Autres (8)

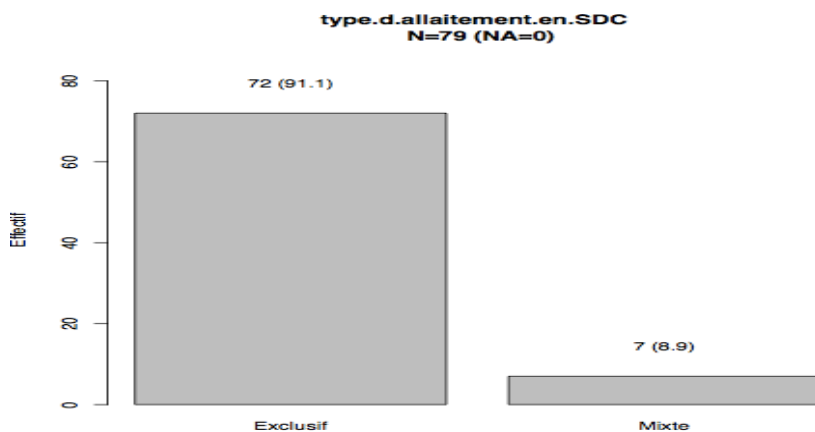




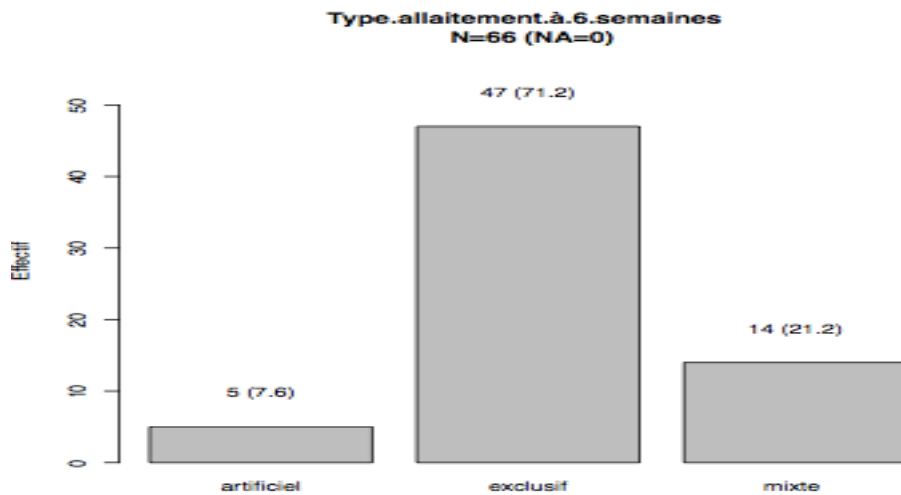
Causes d'introduction d'allaitement mixte ou artificiel : (41 réponses)

Dans les réponses récoltées, la reprise du travail semble être un obstacle prédominant à la poursuite de l'allaitement maternel exclusif/mixte.

Les autres causes les plus souvent évoquées sont ensuite dans l'ordre : la fatigue, la diminution de la quantité de lait, des causes autres (non précisées), puis des complications maternelles et concernant l'enfant.

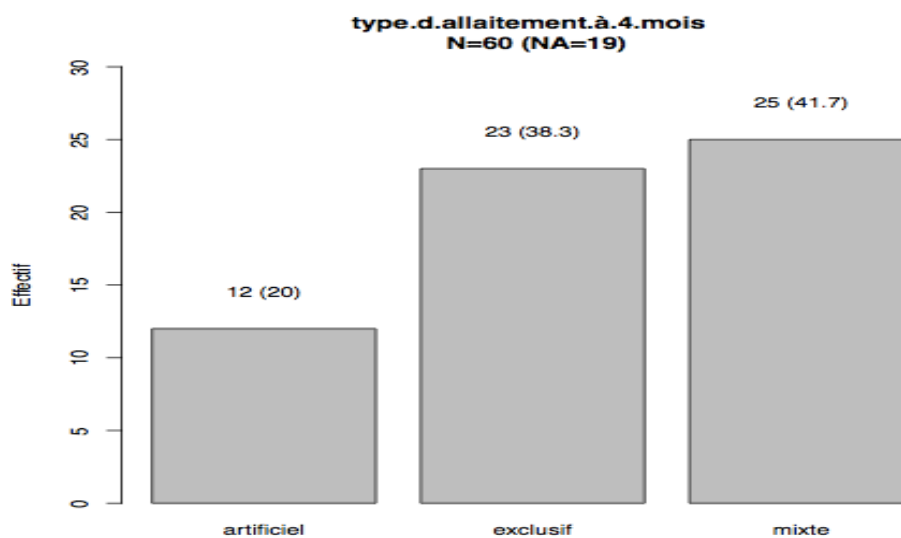


Sur les 79 femmes allaitantes en suites de couches, 91,1% (soit 72 femmes) ont désiré poursuivre avec un allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité.



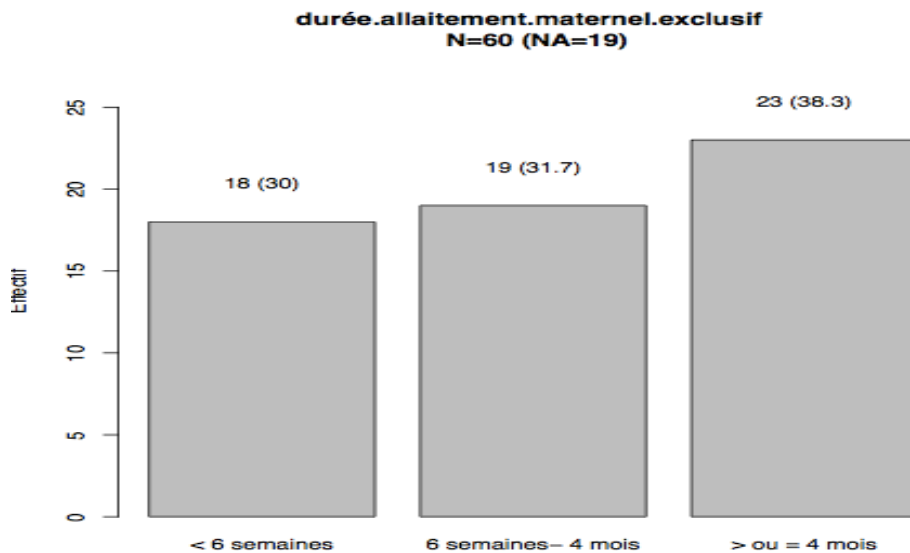
A 6 semaines de suivi :

- 71,2% des femmes recontactées ont poursuivi un allaitement maternel exclusif,
- 21,2% ont eu recours à un allaitement mixte,
- et 7,6% sont passées à un allaitement artificiel.



A 4 mois de suivi :

- 38,3% des femmes allaitantes en suites de couches ont poursuivi un allaitement maternel exclusif,
- 41,7% ont introduit un allaitement mixte,
- et 20% sont passées à l'allaitement artificiel.



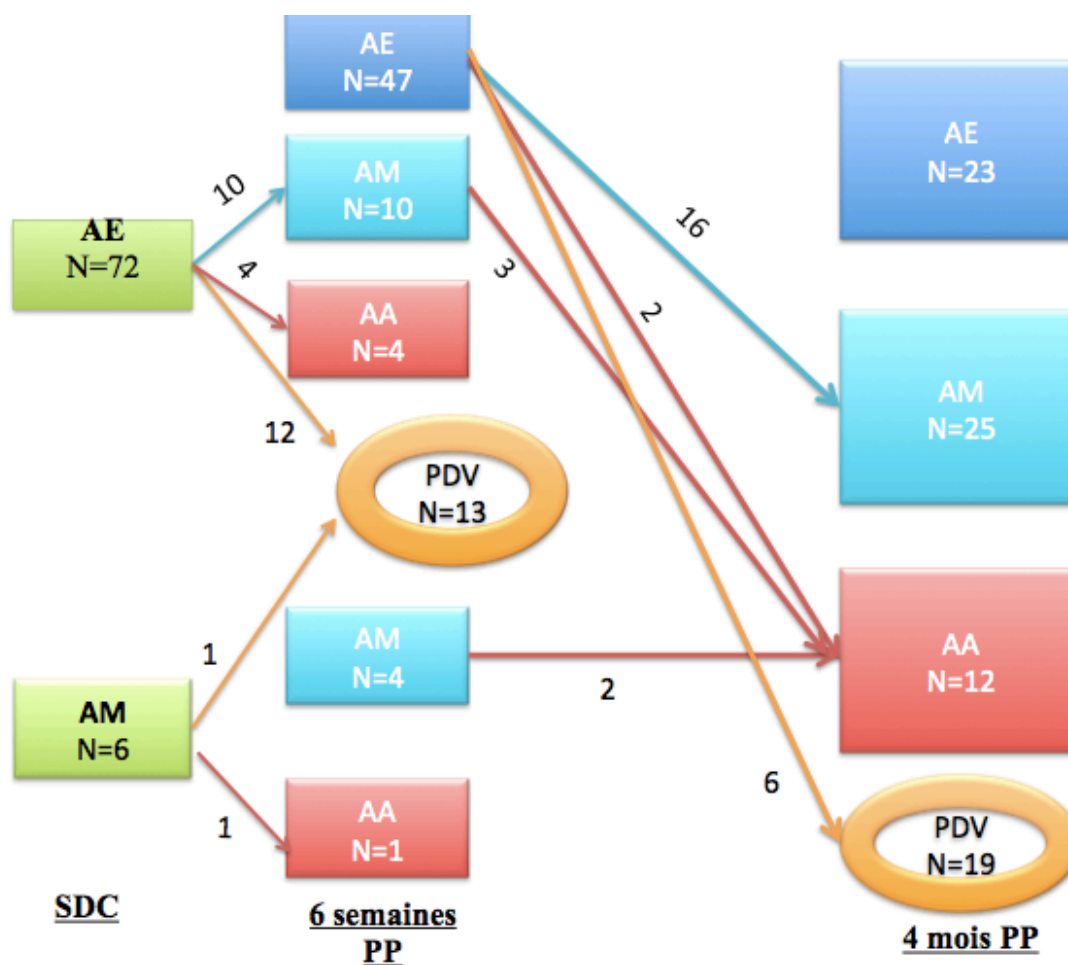
La durée totale de l'allaitement maternel exclusif des femmes incluses dans cette étude aura été de :

- au moins 4 mois pour 38,3% des femmes,
- 6 semaines à 4 mois pour 31,7%,
- et inférieure à 6 semaines pour 30%.

Enfin, globalement le vécu de l'allaitement maternel a été évalué comme :  
 -bon pour 78,8% des femmes,  
 -et plutôt difficile pour 21,2%.

Malheureusement, en cours d'étude 24% de l'effectif de départ à été perdu de vue (19 femmes).

Remarque : pour des raisons de manque d'effectifs dans certaines catégories (<10), les groupes ont été modifiés afin d'augmenter la puissance de l'étude : situation maritale (une femme célibataire non incluse), niveau d'études (<bac, bac à bac+2, et >bac+2), origines (patientes européennes et autres regroupées), durée d'allaitement maternel antérieur (<3 mois, 3 à 6 mois et plus de 6 mois), décision d'allaitement maternel (T2 et T3 fusionnés)



Parmi les 72 femmes allaitantes de manière exclusive à la sortie de la maternité, 10 sont passées à l'allaitement mixte à 6 semaines (dont 3 ont poursuivi avec un allaitement artificiel à 4 mois) et 4 à l'allaitement artificiel, 12 ont été perdues de vue lors du second questionnaire.

A quatre mois, parmi les 47 femmes ayant poursuivi l'allaitement maternel exclusif 16 sont passées à l'allaitement mixte et 2 à l'allaitement artificiel (6 perdues de vue).

Dans le groupe allaitement mixte en suites de couches (N=6), 1 femme a été perdue de vue à 6 semaines, et 1 est passée à l'allaitement artificiel. Dans le groupe poursuivant l'allaitement mixte, la moitié a continué ce type d'allaitement à 4 mois (allaitement artificiel pour les autres).

Au total, 13 femmes ont été perdues de vue à six semaines et 6 de plus à 4 mois, soit 19 femmes.

Seules 23 femmes ont poursuivi un allaitement maternel exclusif à 4 mois (25 en allaitement mixte et 12 en artificiel).

## FACTEURS DÉTERMINANTS UN ARRÊT PRÉMATURÉ DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF AVANT SIX SEMAINES :

L'analyse statistique n'a porté que sur les femmes qui ont pu être recontactées à six semaines (N=66), comprenant alors 47 femmes avec allaitement maternel exclusif, 14 avec un allaitement mixte et 5 avec un allaitement artificiel. Parmi celles-ci, 61 avaient un allaitement exclusif en suites de couches et 5 un allaitement mixte.

Etant donné les effectifs de femmes avec allaitement artificiel en suites de couches, il n'a pas été possible de faire un groupe « allaitement exclusif et mixte » VS « allaitement artificiel » car la puissance statistique aurait été trop faible, et les résultats non concluants. Il a donc été décidé de regrouper les femmes en allaitement mixte et artificiel et de les comparer aux femmes avec allaitement exclusif.

Variable	catégorie	OR	IC	p-values OR	allaitement exclusif	N=	pourcentage A. exclusif	P-value variable
<b>Age</b>								0,67
	+ 30 ans	-	-	-	25	34	53,2	
	- 30 ans	1.26	[0.43 - 3.67]	0.67	22	32	46,8	
<b>Situation maritale</b>								0,56
	Mariée	-	-	-	26	35	55,3	
	En couple	1.38	[0.47 - 4]	0.56	21	31	44,7	
<b>Niveau d'études</b>								<0,001
	bac>2	-	-	-	35	38	74,5	
	inférieur au bac	32.08	[6.2 - 165.92]	<0.001	4	15	8,5	
	bac à bac +2	7.29	[1.44 - 37.01]	0.02	8	13	17	
<b>origine</b>								0,21
	France	-	-	-	43	58	91,5	
	Europe et autres	2.87	[0.64 - 12.92]	0.17	4	8	8,5	
<b>Maladie chronique</b>								1
	Non	-	-	-	43	60	91,5	
	Oui	1.26	[0.21 - 7.56]	0.8	4	6	8,5	
<b>Nombre d'enfant</b>								0,53
	>1	-	-	-	26	34	55,3	
	0	2.17	[0.49 - 9.64]	0.31	6	10	12,8	
	1	1.52	[0.46 - 5.02]	0.5	15	22	31,9	
<b>Antécédent d'allaitement maternel</b>								0,72
	2	-	-	-	29	41	70,7	
	1	0.6	[0.14 - 2.53]	0.49	12	15	29,3	
<b>Durée d'allaitement maternel antérieur</b>								0,15
	<3mois	-	-	-	12	18	44,4	
	3-6 mois	2.67	[0.45 - 15.96]	0.28	3	7	11,1	
	+6 mois	0.33	[0.06 - 1.99]	0.23	12	14	44,4	
<b>A été allaitée</b>								0,12
	Oui	-	-	-	25	39	53,2	
	Non	0.41	[0.13 - 1.31]	0.13	22	27	46,8	
<b>Décision d'allaitement maternel</b>								0,007

Avant Grossesse	-	-	-	36	43	76,6	
T1	6	[1.54 - 23.33]	0.01	6	13	12,8	
T2 et T3	5.14	[1.17 - 22.61]	0.03	5	10	10,6	
<b>Discussion avec un professionnel</b>							0,08
Oui	-	-	-	35	45	74,5	
Non	2.62	[0.86 - 8]	0.09	12	21	25,5	
<b>Documentation reçue</b>							0,62
Non	-	-	-	44	61	93,6	
Oui	1.73	[0.26 - 11.25]	0.57	3	5	6,4	
<b>Cours de préparation à la naissance</b>							0,73
Oui	-	-	-	25	36	53,2	
Non	0.83	[0.28 - 2.42]	0.73	22	30	46,8	
<b>Projet d'allaitement maternel</b>							0,009
1-3 mois	-	-	-	12	23	25,5	
3-6 mois	0.55	[0.16 - 1.85]	0.33	14	21	29,8	
+6 mois	0	[0 - Inf]	0.99	10	10	21,3	
Ne sait pas	0.1	[0.01 - 0.9]	0.04	11	12	23,4	
<b>Accouchement</b>							0,6
Voies naturelles	-	-	-	39	53	83	
Césarienne	1.74	[0.49 - 6.22]	0.39	8	13	17	
<b>Vécu de l'accouchement</b>							0,11
Bon	-	-	-	34	44	72,3	
Moyen	4.08	[1.03 - 16.23]	0.05	5	11	10,6	
Difficile	1.28	[0.28 - 5.73]	0.75	8	11	17	
<b>Première mise au sein</b>							0,98
Salle de naissance	-	-	-	39	54	83	
Chambre	1.3	[0.34 - 4.96]	0.7	8	12	17	
<b>Satisfaction vis-à-vis de la maternité</b>							0,4
Oui	-	-	-	43	59	91,5	
Non	2.02	[0.41 - 10.02]	0.39	4	7	8,5	
<b>Information allaitement maternel reçue</b>							0,39
Oui	-	-	-	33	49	70,2	
Non	0.44	[0.11 - 1.76]	0.25	14	17	29,8	
<b>Documents allaitement maternel donnés</b>							0,91
Non	-	-	-	29	41	61,7	
Oui	0.94	[0.31 - 2.83]	0.91	18	25	38,3	
<b>Nécessité de compléments alimentaires</b>							<0,001
Non	-	-	-	35	40	74,5	
Oui	8.17	[2.43 - 27.48]	<0.001	12	26	25,5	
<b>Consultation d'un professionnel</b>							0,07
Non	-	-	-	31	39	66	
Oui	2.66	[0.89 - 7.94]	0.08	16	27	34	
<b>Satisfaction par rapport aux conseils</b>							1
Oui	-	-	-	14	23	87,5	
Non	1.56	[0.18 - 13.11]	0.68	2	4	12,5	
<b>Vécu global de l'allaitement maternel</b>							0,02
Bon	-	-	-	41	52	87,2	
Moyen et Difficile	4.97	[1.42 - 17.35]	0.01	6	14	12,8	

Les analyses statistiques retrouvent dans les facteurs prédictifs d'un arrêt prématuré de l'allaitement maternel avant six semaines quatre variables :

- le niveau d'études ( $p < 0,001$ ) : plus le niveau est faible, plus les femmes allaitantes ont tendance à arrêter l'allaitement maternel exclusif prématurément, ce résultat est significatif avec un OR  $> 32$  ( $p < 0,001$ ) en ce qui concerne un niveau inférieur au bac, et OR de 7 pour le niveau bac à bac +2 ( $p = 0,02$ ).
- Le moment de prise de décision d'allaiter exclusivement son enfant ( $p = 0,007$ ) : une décision prise durant la grossesse serait un facteur de risque par rapport aux femmes désirant allaiter avant la grossesse.
- La nécessité d'introduction de compléments alimentaires durant le séjour en maternité ( $p < 0,001$ ).
- Le vécu global de l'allaitement ( $p = 0,02$ ) : la difficulté ressentie par la mère allaitante serait un facteur de risque significatif d'arrêt prématuré de l'allaitement exclusif.

La variable « projet d'allaitement maternel » apparaît dans cette étude comme un facteur pouvant favoriser la poursuite d'un allaitement maternel exclusif à six semaines de post-partum chez les femmes n'ayant pas de projet établi jusqu'à la sortie de la maternité.

Les autres variables étudiées n'ont pas été établies comme facteurs significatifs pouvant déterminer un arrêt prématuré de l'allaitement maternel exclusif avant six semaines.

## FACTEURS DÉTERMINANTS UN ARRÊT PRÉMATURÉ DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF AVANT 4 MOIS :

L'analyse statistique n'a porté que sur les femmes qui ont pu être recontactées à quatre mois (N=60), comprenant alors 23 femmes avec allaitement maternel exclusif, 25 avec un allaitement mixte (dont 16 avaient un allaitement exclusif à six semaines) et 12 avec un allaitement artificiel (dont deux faisaient partie du groupe allaitement exclusif à six semaines et 5 du groupe allaitement mixte).

Six femmes ont été perdues de vue depuis le questionnaire à six semaines.

Variables	Catégories	OR	IC	p-values	N=	Allaitement exclusif	Pourcentage (%)
<b>Age</b>	+ 30 ans	-	-	-	21	11	47,8
	- 30 ans	0.73	[0.21 - 2.53]	0.62	20	12	52,2
<b>Situation maritale</b>	Mariée	-	-	-	24	11	47,8
	En couple	0.35	[0.09 - 1.32]	0.12	17	12	52,2
<b>Niveau d'études</b>	bac>2	-	-	-	31	17	73,9
	inférieur au bac	NA	[0 - Inf]	0.99	2	0	0
	bac à bac +2	0.4	[0.07 - 2.33]	0.31	8	6	26,1
<b>Origine</b>	France	-	-	-	37	21	91,3
	Europe et autres	1.31	[0.17 - 10.35]	0.8	4	2	8,7
<b>Maladie chronique</b>	Non	-	-	-	37	19	82,6
	Oui	0	[0 - Inf]	0.99	4	4	17,4
<b>Nombre d'enfant</b>	>1	-	-	-	24	12	52,2
	0	1	[0.12 - 8.31]	1	4	2	8,7
	1	0.44	[0.11 - 1.85]	0.26	13	9	39,1
<b>Antécédent d'allaitement maternel</b>	2	-	-	-	27	13	61,9
	1	0.23	[0.04 - 1.3]	0.1	10	8	38,1
<b>Durée d'allaitement maternel antérieur</b>	+6 mois	-	-	-	12	8	61,5
	<3mois	4	[0.73 - 21.84]	0.11	12	4	30,8
	3-6 mois	4	[0.27 - 58.56]	0.31	3	1	7,7
<b>A été allaitée</b>	Oui	-	-	-	21	13	56,5
	Non	1.62	[0.47 - 5.63]	0.44	20	10	43,5
<b>Décision d'allaitement maternel</b>							



Avant Grossesse	-	-	-	32	20	87
T1	NA	[0 - Inf]	0.99	4	0	0
T2 et T3	1.11	[0.16 - 7.63]	0.91	5	3	13
<b>Discussion avec un professionnel</b>						
Oui	-	[0.04 -	-	31	15	65,2
Non	0.23	1.29]	0.09	10	8	34,8
<b>Documentation reçue</b>						
Non	-	-	-	40	23	100
Oui	NA	[0 - Inf]	0.99	1	0	0
<b>Cours de préparation à la naissance</b>						
Oui	-	-	-	21	13	56,5
Non	1.62	[0.47 - 5.63]	0.44	20	10	43,5
<b>Projet d'allaitement maternel</b>						
3-6 mois	-	-	-	12	4	17,4
1-3 mois	1.17	[0.19 - 7.12]	0.87	10	3	13
+6 mois	0.13	[0.02 - 0.89]	0.04	10	8	34,8
Ne sait pas	0.06	[0.01 - 0.69]	0.02	9	8	34,8
<b>Accouchement</b>						
Voies naturelles	-	-	-	35	21	91,3
Césarienne	3	[0.48 - 18.65]	0.24	6	2	8,7
<b>Vécu de l'accouchement</b>						
Bon	-	-	-	30	18	78,3
Moyen	3	[0.24 - 36.88]	0.39	3	1	4,3
Difficile	1.5	[0.31 - 7.19]	0.61	8	4	17,4
<b>Première mise au sein</b>						
Salle de naissance	-	-	-	35	21	91,3
Chambre	3	[0.48 - 18.65]	0.24	6	2	8,7
<b>Satisfaction vis-à-vis de la maternité</b>						
Oui	-	-	-	37	22	95,7
Non	4.4	[0.42 - 46.43]	0.22	4	1	4,3
<b>Information sur l'allaitement maternel reçue</b>						
Oui	-	-	-	27	15	65,2
Non	0.94	[0.25 - 3.45]	0.92	14	8	34,8
<b>Documents sur l'allaitement maternel reçus</b>						
Non	-	-	-	25	16	69,6
Oui	2.29	[0.63 - 8.23]	0.21	16	7	30,4
<b>Nécessité de compléments alimentaires</b>						
Non	-	-	-	33	19	82,6
Oui	1.36	[0.29 - 6.38]	0.7	8	4	17,4
<b>Consultation d'un professionnel</b>						
Non	-	-	-	27	16	69,6
Oui	1.45	[0.4 - 5.33]	0.57	14	7	30,4
<b>Satisfaction par rapport aux conseils reçus</b>						

Oui	-	-	-	12	7	100
Non	NA	[0 - Inf]	0.99	2	0	0
<b>Vécu global de l'allaitement maternel</b>						
Bon	-	-	-	39	22	95,7
Moyen et Difficile	1.29	[0.08 - 22.22]	0.86	2	1	4,3

*NA=not available*

Contrairement aux résultats attendus d'après les différentes études réalisées ces dernières années, cette étude ne retrouve pas de facteurs prédictifs significatifs pouvant déterminer un arrêt précoce avant quatre mois de post-partum de l'allaitement maternel exclusif. (Parmi ceux étudiés ci-dessus)

Pareillement aux résultats retrouvés à six semaines, le fait de ne pas avoir de projet de durée d'allaitement avant la sortie de la maternité semble être un facteur pouvant favoriser une poursuite plus longue de l'allaitement maternel exclusif ( $p=0,02$ ), ainsi que cette fois-ci le fait de projeter une durée d'allaitement supérieure à six mois ( $p=0,04$ ).

Les facteurs significatifs retrouvés précédemment lors de l'analyse à six semaines ne sont pas identifiés comme tels pour la poursuite de l'allaitement maternel exclusif à quatre mois.

## 4. DISCUSSION

### FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

Par manque de moyens, l'étude n'a été réalisée que dans deux centres de recrutement, isolés par ailleurs. Par conséquent, il est impossible de généraliser ces résultats à l'ensemble des maternités d'Aquitaine ou au niveau national.

La taille de l'échantillon de femmes étudié reste trop faible pour pouvoir extrapoler les résultats. De plus, le choix du type d'étude (prospectif) a fini par desservir le nombre de perdues de vues, car 24% de l'effectif de départ a du être exclu de l'analyse à quatre mois ce qui réduit considérablement la puissance de l'étude (dont la taille d'échantillon était déjà faible au départ, le taux de femmes perdues de vue avait été estimé à 20% au maximum), et contribue probablement au manque de facteurs retrouvés significatifs à cette étape de l'analyse.

Il m'a malheureusement été impossible de déterminer le taux de refus de participation à l'étude dans chaque maternité et de la distinguer du taux d'allaitement maternel non exclusif ainsi que des patientes ne présentant pas les critères d'inclusion, cela étant du à des difficultés d'ordre organisationnel et technique dans chacune des maternités. Cela aurait été très intéressant de comparer les taux d'allaitement maternel exclusif en suites de couches aux études nationales récentes.

Il est impossible de savoir si le nombre de perdues de vue est liée au manque de volonté de poursuivre l'étude par une partie de l'échantillon, ou si ce taux est lié à un arrêt de l'allaitement et à une forme de culpabilité qu'auraient pu ressentir certaines mères du fait d'avoir arrêté l'allaitement maternel de leur enfant. Il a pu par ailleurs exister un biais du à l'information préalable : le contact établi par l'équipe médicale en maternité afin d'exposer le

but et le déroulement de l'étude a pu modifier le comportement d'une partie de l'échantillon étudié et influencer leurs pratiques vis-à-vis de l'allaitement maternel.

Nous avons essayé de faire une analyse multi-variée à 4 mois et 6 semaines afin d'ajuster l'effet d'un facteur de risque ajusté sur les autres, mais le modèle devenait trop instable à cause des petits effectifs. (Comme les variables ont souvent plusieurs catégories, les effectifs sont faibles par catégorie. Quand on ajoute une 2ème variable, les intervalles de confiance deviennent très larges ce qui montre une grande incertitude des valeurs.)

## **RESULTATS D'AUTRES ETUDES (ELFE, EPIFANE, thèse de D. Dejean en 2013, cohorte EDEN, ENP 2010)**

Peu de données sont disponibles, en France, au niveau national, sur la durée de l'AM. Des études anciennes (dans les années 1990) ou localisées ont établi la médiane de cette durée entre 8 et 15 semaines parmi les enfants ayant été allaités. Dans une étude réalisée en 2002 dans une maternité de la région parisienne, 33% des enfants allaités à la sortie de la maternité l'étaient toujours à 6 mois. Dans l'étude Eden, en 2003-2006, cela était le cas de 27% des enfants allaités. En Europe, les taux d'enfants allaités à 6 mois variaient de 33% aux Pays-Bas en 2003 à 82% en Norvège en 2007. Au Danemark, également en 2007, la durée médiane d'AM chez les enfants allaités était estimée à 18 semaines environ.

**L'étude ELFE** (31) dont les premiers résultats ont été publiés fin septembre 2015, porte sur plus de 18 000 nourrissons nés tout au long de l'année 2011 dans un échantillon aléatoire de maternités de France métropolitaine. Les données portant sur l'alimentation lactée ont été recueillies à la maternité par questionnaire remplis en face-à-face par le personnel médical.

Plus des deux-tiers des nourrissons (70,5%) recevaient du lait maternel à la maternité (59,0% de façon exclusive, 11,5% en association avec des préparations pour nourrissons). La médiane de temps d'allaitement maternel exclusif était de 7 semaines, 4 mois pour un allaitement maternel prédominant.

A 1 mois, le taux d'allaitement maternel chutait à 53,8% puis 19,2% dont 9,9% d'allaitement maternel prédominant à 6 mois.

Le taux d'allaitement maternel exclusif à 4 mois était quant à lui de 18,3% (38% exclusif et mixte). Si on rapporte cette évolution du taux d'allaitement exclusif à celle de l'étude ci-dessus, on peut comparer :

- Une chute de 69% du taux d'allaitement maternel exclusif entre la maternité et 4 mois de post-partum au niveau national, contre 48,1% au niveau des deux maternités étudiées dans cette étude.
- Une diminution de 45,1% du taux d'association allaitement exclusif et mixte durant la même période contre 38,5% dans cette étude.

Cette comparaison de résultats reste toutefois très discutable étant donné la différence de puissance d'étude et les différents biais possibles, mais l'évolution des taux d'allaitement

dans ces deux maternités serait donc plutôt au-dessus de la moyenne nationale.

Dans l'étude ELFE, ce taux moyen cachait des différences importantes selon le contexte de la naissance et les caractéristiques des parents. En effet, la prévalence de l'allaitement en maternité était plus faible lorsque la mère possédait un niveau d'études intermédiaire, ne participait pas ou peu aux séances de préparation à la naissance, fumait pendant la grossesse ainsi que lorsque les parents étaient jeunes, non mariés, nés en France, au chômage ou au foyer et lorsqu'ils occupaient une position peu élevée dans la hiérarchie sociale. Enfin, le fait de reprendre le travail avant 10 semaines de post-partum semblait diminuer le taux de poursuite de l'allaitement maternel.

*Remarque : Il aurait été intéressant de comparer les caractéristiques des femmes incluses dans cette étude à celles de l'étude ELFE, mais la possibilité d'un effet contextuel (éducation de la mère en maternité, etc..) aurait été trop importante, et cet effet n'aurait pas été mesurable étant donné que le recrutement n'a pu être réalisé que dans deux maternités par manque de moyens.*

**La thèse de Delphine Dejean de 2013** portant sur l'allaitement maternel à la maternité d'Arcachon labélisée Initiative Hôpitaux Amis des Bébé et son devenir à 6 mois (étude observationnelle), a étudié le suivi jusqu'à 6 mois des enfants nés à Arcachon durant le premier trimestre 2012 et a permis de décrire le taux d'allaitement maternel exclusif ainsi que les facteurs associés à la poursuite et donc à la réussite de cet allaitement.

Le taux d'initiation de l'allaitement maternel était de 61,6%, 15 mamans ont sevré au moins partiellement leur enfant avant la fin du séjour en maternité, soit 54,9% mamans allaitant de façon exclusive leur enfant en sortant de la maternité. Cent dix-huit mamans ont répondu au questionnaire intermédiaire à 2 mois (5 perdues de vue) ; 85 poursuivaient encore l'allaitement maternel exclusif (61,6% des mères ayant débuté l'allaitement, soit 37,9% de l'ensemble des mères ayant accouché à Arcachon sur cette période).

Le taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois est de 19,2% (43/224) sur l'ensemble de mamans mais 31,2% de celles qui ont choisi d'allaiter poursuivent encore (43/138).

L'aménagement de l'activité professionnelle (allongement du congé maternel post-natal ou aménagement des horaires lors de la reprise de l'activité) est donc le facteur le plus discriminant pour permettre la poursuite de l'allaitement maternel.

Les mamans de plus de 30 ans, multipares qui ont décidé avant leur grossesse d'allaiter surtout si elles ont elles-mêmes déjà une expérience d'allaitement sont les plus aptes à poursuivre plus de 6 mois l'alimentation au sein. A l'inverse, notre étude met en avant les difficultés lors des premiers jours d'allaitement qui, malgré les efforts du personnel soignant, se soldent souvent par un sevrage précoce.

### **L'Etude EPIFANE (2012-2013) : (33)**

Chez les mères ayant essayé d'allaiter à la maternité (n=2 427, 74%), la durée médiane d'AM établie par les probabilités d'AM, c'est-à-dire l'âge auquel la moitié des enfants étaient encore allaités, était de 105 jours, soit 15 semaines ; celle de l'AM exclusif ou prédominant était de 24 jours, soit un peu plus de 3 semaines. À 3 mois, 39% des enfants étaient allaités, 10% de façon exclusive, 11% de façon prédominante et 18% en association avec, principalement, des

PN (17%) ou d'autres aliments (1%) introduits de façon régulière dans le cadre de la diversification alimentaire. À 6 mois, 23% des enfants étaient encore allaités, dont seulement 1,5% de façon exclusive ou prédominante.

Le niveau d'études et le fait d'avoir été en contact peau à peau avec son bébé dans l'heure suivant l'accouchement étaient associés à l'AM de façon significative à la naissance, à 3 et 6 mois, mais ne l'étaient plus à 12 mois. L'accouchement par voie basse et le fait d'avoir bénéficié de cours de préparation à l'accouchement étaient associés à l'AM à la naissance et à 3 mois, mais ne l'était plus au-delà. Les mères dont l'indice de masse corporelle (IMC) avant leur grossesse se situait entre 18,5 et 25 allaitaient plus fréquemment leur enfant à la naissance, mais cette différence avec les mères des autres classes d'IMC n'était plus significative dès le 3<sup>e</sup> mois. Parmi les variables non associées à l'AM à la naissance, la parité et les grossesses multiples le sont devenues à 3, 6 et 12 mois, le poids de naissance et la prématurité n'étant quant à eux associés qu'au taux d'AM à 6 mois.

La prématurité et le petit poids de naissance, deux variables qui n'étaient pas liées au taux d'AM à 3 mois, étaient en revanche associées au caractère exclusif ou prédominant de l'AM. Enfin, tout en allaitant moins fréquemment leur enfant à la naissance, les mères nées en France, lorsqu'elles allaitaient, avaient tendance à allaiter plus fréquemment de façon exclusive ou prédominante (55%) que les mères nées à l'étranger (43%).

**La cohorte Eden (34)** a porté sur des naissances de la période 2003-2006. Les taux d'AM étaient de 71% à la maternité, 33% à 3 mois et 19% à 6 mois. Ces taux étaient légèrement inférieurs à ceux observés dans Épifane, mais l'évolution des taux sur la période entre les deux études reste difficile à interpréter en raison de la sélection particulière des participantes à l'étude Eden, avec un suivi prévu sur plusieurs années, et un recrutement limité à deux maternités (Poitiers et Nancy).

Enfin, l'étude la plus récente, réalisée dans les Pays de la Loire en 2007, estimait la durée d'AM à 15 semaines chez les enfants allaités, comme dans Épifane. (34)

## PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION :

Cette étude irait donc plutôt dans le sens d'un bon taux d'allaitement maternel dans ces deux maternités, mais ne disposant pas du taux réel d'allaitement exclusif, il est important de continuer de valoriser l'allaitement maternel afin de poursuivre cet objectif étant donné tous les avantages attendus connus.

Localement, la maternité de Langon dispose dès à présent d'une sage-femme référente avec un DU d'allaitement et de consultations dédiées à l'allaitement en pré et post-natal. D'après les questionnaires récoltés, il est tout de même important de noter que toutes les femmes n'ont pas bénéficié d'une documentation en sortie de maternité ou d'une fiche annuaire afin de joindre un professionnel ou une association spécialisée en cas de problème rencontré. Un guide de l'allaitement maternel (type « le guide bleu ») et une fiche de liens utiles seraient donc intéressants à distribuer en maternité (ou même en amont de l'accouchement) et à généraliser.

En ce qui concerne la maternité de Lesparre, les moyens mis en œuvre sont plus faibles. La même proposition de guide et liens utiles aurait tout son intérêt, à cela associée à une formation plus officielle du personnel vis-à-vis de l'allaitement maternel, ainsi que des consultations dédiées à l'allaitement maternel dans les semaines suivant l'accouchement.

L'étude récente de Guillaumon et Al. (35) met d'ailleurs en avant la consultation postnatale à proposer systématiquement aux femmes allaitant dans les 15 jours suivant le retour à domicile pour augmenter la durée de l'allaitement maternel, et donc éviter des sevrages précoces.

Dans les premières semaines, l'étude indique que le vécu global de l'allaitement maternel est important afin de prolonger celui-ci au maximum. C'est pourquoi une formation spécialisée, non seulement du personnel de la maternité mais aussi des praticiens de premiers recours (médecins généralistes, PMI, infirmières..), paraît indispensable afin de mieux accompagner et conseiller ces femmes allaitantes et d'éviter des suspensions ou arrêts injustifiés (entraînant par la suite une reprise plus difficile voire un arrêt prématuré de l'AM).

De plus le développement du label « HAB » permettrait par ailleurs un meilleur accompagnement et une majoration de l'information donnée dans les maternités (seules peu de maternités bénéficient actuellement de ce label). Il s'agit d'un pilier de la promotion de l'allaitement maternel en France et dans le monde qui se traduit par la mise en place de mesures simples et peu coûteuses (qui permettent un encouragement des femmes désirant allaiter et un changement global de l'état d'esprit national envers l'AM), en association avec la coopération des professionnels de santé et les familles. Mais cette initiative ne suffira certainement pas s'il n'y a pas de relais de la prise en charge des mères allaitantes en ambulatoire, où le médecin généraliste peut avoir un rôle primordial.

La diffusion des associations de promotion de l'AM et la mise en place de programmes nationaux en faveur de l'AM seraient aussi des facteurs pouvant favoriser un changement de mentalité global au niveau national.

Les autres facteurs retrouvés significatifs d'un arrêt prématuré de l'AM dans notre étude étaient :

- un niveau d'étude inférieur au bac/bac +2 : ce critère est donc à repérer dès la première consultation de grossesse voire pré-conceptionnelle dans le but de prévenir autant que possible un arrêt trop précoce de l'AM. Il est capital de proposer systématiquement des cours de préparation à la naissance avec un cours dédié à ce sujet, et d'en discuter le plus précocement possible avec la mère, d'autant plus que l'étude a montré un meilleur taux d'AM si la prise de décision d'allaiter se faisait en amont de la grossesse. L'accompagnement et l'information en maternité et en post-partum doivent alors être maximal.
- La nécessité d'introduction de compléments alimentaires en maternité : l'apport de compléments de lait artificiel est une pratique très courante en maternité, souvent sans réelle indication médicale et les professionnels de santé ne sont pas toujours conscients des conséquences négatives que ceux-ci peuvent avoir sur la poursuite de l'AM. Leur introduction a prouvé une association à des difficultés au démarrage de l'AM (or des difficultés au démarrage sont directement corrélées à un sevrage précoce) et une limitation de cette poursuite dans de nombreuses études, c'est la

raison pour laquelle il est nécessaire de limiter leur utilisation à des recommandations strictes (cf partie I), d'éduquer le personnel en maternité, et de rassurer les mères.

Enfin, la durée du congé maternité et la reprise du travail n'ont pas été explorés dans cette étude, mais cette réponse reste la plus évoquée pour justifier un passage à l'AM mixte ou artificiel. De plus, les études récentes ont prouvé que ce critère était un élément majeur dans la durée de l'AM. La dernière proposition serait donc logiquement une augmentation de la durée du congé maternité en pouvant conserver ses conditions socio-économiques, ou la création d'un congé « allaitement » mais cela paraît à ce jour peu probable malheureusement.

## 5. CONCLUSION :

Malgré les résultats des études récentes mettant en avant l'enjeu de santé publique qu'est la poursuite d'un allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois de vie chez l'enfant et le développement progressif du label « HAB » ces dernières années, on constate que le taux national d'AM exclusif reste encore faible par rapport à d'autres pays européens et qu'il a tendance à fortement chuter avant les quatre mois après la naissance (malgré les recommandations du PnnS).

L'étude réalisée dans ces deux maternités d'Aquitaine excentrées retrouve cette diminution importante dès six semaines et à quatre mois (même si on ne dispose pas du taux initial d'AM exclusif), avec mise en évidence de facteurs significatifs pouvant déterminer un arrêt prématuré de l'AM (en particulier avant six semaines) : un niveau d'études faible chez les mères, l'introduction de compléments alimentaires à la maternité, une prise de décision d'allaiter après le début de grossesse, et un vécu global de l'AM moyen à difficile. Le fait de ne pas avoir de projet de durée d'AM exclusif serait au contraire un facteur en faveur d'une poursuite plus longue de l'AM exclusif.

Les causes de sevrage sont multiples et complexes, probablement intriquées. Le rôle de l'information, et probablement de la qualité de l'information donnée sur l'allaitement maternel avant la naissance et même avant la grossesse, est un point important : une documentation (liens vers des associations, guides d'AM) ainsi que des explications (cours de préparation à la naissance, suivi post natal, consultations dédiées à l'allaitement) semblent indispensables ainsi qu'une prévention précoce toute particulière chez les femmes présentant des facteurs de risque identifiés. Le suivi à domicile ensuite reste fondamental, car beaucoup de femmes allaitantes ressentent le besoin d'avoir des conseils lors de leur retour à la maternité. Une meilleure formation des professionnels de santé sur l'allaitement maternel, en particulier les médecins généralistes dont la formation reste malheureusement peu importante en ce domaine, est d'ailleurs un maillon indispensable au relais qui est à prendre au retour à domicile des mères et de leur enfant, ainsi que dans l'information en amont et durant la grossesse.

Un des moyens de progresser serait aussi le développement en France du nombre d'Hôpitaux labellisés « Amis des Bébé », garants des meilleures conditions de promotion et de mise en place de l'allaitement, et ainsi d'une meilleure formation du personnel médical car les difficultés ressenties par les mères dès le début de la mise en place de l'AM sont à risque d'un sevrage précoce de celui-ci. Ce label est constitué de mesures simples, faciles à mettre en places et peu coûteuses, et le bénéfice qui est déjà reconnu au niveau national est très gratifiant et permet un changement d'état d'esprit dans la population française, encourageant et valorisant l'AM.

Enfin, l'allongement de la durée du congé de maternité à six mois dès le premier enfant ou un aménagement plus important des horaires de travail lors de la reprise d'activité semble l'unique solution sociale à la réalisation de ce projet bien que compliqué à instaurer pour le moment.



## 6. BIBLIOGRAPHIE :

- (1) Haute Autorité de Santé. Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Paris 2002. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf) (Page consultée le 25/05/2015)
- (2) Enquête périnatalité 2003, [en ligne]. In : Ministère de la santé, France. Site disponible sur : <http://www.santé.gouv.fr/htm/dossier/perinat.html> (Page consultée le 9/06/2015).
- (3) Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: Inserm-Drees-DGS; 2011. 132 p. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf) (Page consultée le 25/05/2015)
- (4) B. Blondel, et al. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2011, 41 ; 151- 166
- (5) Ministère de la Santé et des Solidarités. Deuxième Programme national nutrition santé – 2006-2010. Actions et mesures. Paris: Ministère de la Santé et des Solidarités; 2006. 51 p. <http://www.irbms.com/download/documents/programme-national-nutrition-sante-pnns-2006-2010.pdf> (Page consultée le 24/05/2015)
- (6) Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant – Durée optimale de l'alimentation au sein exclusive. Cinquante quatrième assemblée mondiale de la santé. Genève: OMS; 2001. 5 p. Disponible sur : [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA54/fa54id4.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/fa54id4.pdf?ua=1&ua=1) (Page consultée le 24/05/2015)
- (7) COFAM: coordination Française pour l'Allaitement Maternel <http://coordination-allaitement.org/cofam.htm>
- (8) Initiative Hôpital Ami des bébés. IHAB France. Disponible sur : <http://www.amis-des-bebes.fr>
- (9) Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. In: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cited 2015 Oct 14]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003517.pub2> (Page consultée le 12/06/2015)
- (10) Clinique de l'Europe. L'allaitement maternel (Internet) 2010. Available from : <http://www.cliniquesdeurope.be/d/page/5ad246965d7c8b3775fb1199fa758865949ca0df.pdf> (Page consultée le 25/05/2015)

- (11) Royal College of Midwives, traduction Marie-Noëlle Babel-Rémy et Nelly Bogossoglou. Pour un allaitement maternel réussi : physiologie de la lactation et soutien aux mères. Masson. Paris ; 2003. 99p.
- (12) G ; Gremmo-Feger. Allaitement maternel. La physiologie au service de pratiques optimales. Les dossiers de l'Obstétrique, 2011 ; 403 : 9-18
- (13) Thirion M .L'allaitement de la naissance au sevrage. Paris:Albin Michel;2004.256 p.
- (14) Société Française de Pédiatrie. Allaitement maternel, les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Programme national nutrition santé. Edition commune de la Société Française de Pédiatrie et du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. 2005.
- (15) INPES. Le guide de l'allaitement maternel (Internet). Programme National Nutrition Santé. 2009. Available from : [http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/0910\\_allaitement/Guide\\_allaitement\\_web.pdf](http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/0910_allaitement/Guide_allaitement_web.pdf) (Page consultée le 24/05/2015)
- (16) CoFam. Naissance et allaitement maternel : accompagner en s'adaptant à chaque enfant, à chaque famille. Journées Régionales Allaitement 2009-2011. Available from : [http://www.coordination-allaitement.org/images/publications/Livret\\_des\\_JRA2\\_2009-2011.pdf](http://www.coordination-allaitement.org/images/publications/Livret_des_JRA2_2009-2011.pdf) (Page consultée le 17/06/2015)
- (17) LA LIGUE LA LECHE INTERNATIONAL. L'art de l'allaitement maternel. Édition Ligue La Leche, 2005
- (18) La Leache Ligue (LLL). Petit guide de l'allaitement maternel 2011. Available from : [http://www.stillberatung.ch/downloads/stillwissen/faq/ratgeber\\_fr.pdf](http://www.stillberatung.ch/downloads/stillwissen/faq/ratgeber_fr.pdf)  
G. Gremmo-Feger. Les arrêts d'allaitement maternel sont-ils évitables en cas d' « insuffisance de lait » ? Archives de pédiatrie, 2009 ; 16 : 777
- (19) Infor-allaitement. Guide de l'allaitement maternel. Mise à jour 2015. Available from : <http://www.infor-allaitement.be/pages/professionnels.php> (Page consultée le 12/06/2015)
- (20) Zerbib Y,Erpeldinger S,Mas D. Je souhaite allaiter. La revue du praticien – Médecine Générale;2006;20(728/729):438-442.
- (21) Vinther T,Helsing E. Allaitement maternel : comment favoriser sa réussite. Un guide pratique pour les professionnels de santé. Lyon: IPA,2004.76p. Disponible sur : [http://www.rpfc.fr/espacepro/wp-content/pdf/Reussite\\_AM\\_OMS\\_2004.pdf](http://www.rpfc.fr/espacepro/wp-content/pdf/Reussite_AM_OMS_2004.pdf) (Page consultée le 12/06/2015)
- (22) SAM, Santé et Allaitement Maternel. Allaitement maternel et adaptation périnatale. Mise à jour 2013. Available from : <http://www.santeallaitementmaternel.com>. (Page consultée le 17/06/2015)
- (23) Feuilletts du Dr Jack Newman. Dr Jack Newman, MD, FRCPC © 2005. Available from : <http://www.illfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/feuilletts-du-dr-newman> (Page consultée le 24/05/2015)

- (24) Kauffmann-Huysmans K. Soins des crevasses du mamelon dans les débuts de l'allaitement par le colostrum et le lait maternel : une solution à portée de main. *Dossiers de l'allaitement* 2005 ; 62 : 5-7.
- (25) Gremmo-Feger G, Dobrzynski M, Collet M. Allaitement maternel et médicaments. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003 ; 32 : 466-47.
- (26) OMS. Communiqué de presse.VIH : nouvelles recommandations sur la prévention et le traitement. Journée mondiale du SIDA 2009. Genève. 2008 Nov 30 ; Disponible sur : [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/world\\_aids\\_20091130/fr/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/world_aids_20091130/fr/) (Page consultée le 24/06/2015)
- (27) Coovadia HM, Rollins NC, Bland RM, Little K, Coutsooudis A, Bennish ML, et al. Mother-to child transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life : an intervention cohort study. *Lancet*. 2007 Mar 31 ; 369(9567) :1107-16
- (28) Slater M, Stringer EM, Stringer JSA. Breastfeeding in HIV-positive women : What can be recommended ? *Paediatric drugs*. 2010 ;12(1) :1-9
- (29) Chen X, Chen J, Wen J, Xu C, Zhang S, Zhou Y-H, et al. Breastfeeding is not a risk factor for mother-to-child transmission of hepatitis B virus. *Plos One*. 2013 ; 8(1) : e55303
- (30) Mast EE. Mother-to-infant hepatitis C virus transmission and breastfeeding. *Advances in experimental medicine and biology*. 2004 ;554 :211-6.
- (31) Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Thierry X, Wagner S, Nicklaus S. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011. *Bull Epidémiol Hebd*. 2014;(27):440-9. [http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014\\_27\\_1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_1.html) (Page consultée le 23/09/2015)
- (32) Dejean Delphine, L'allaitement maternel à la maternité d'Arcachon labélisée Initiative Hôpitaux Amis des Bébé et son devenir à 6 mois ( étude observationnelle). *Human health and pathology*. 2013.
- (33) B. Salanave, C. de Launay, C. Guerrisi, K. Castelbon. Taux d'allaitement à la maternité et du premier mois de vie de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane, France, 2012. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 18 septembre 2012 ; 34 : 383-387
- (34) Bonet M, Marchand L, Kaminski M, Fohran A, Betoko A, Charles MA, *et al*; EDEN Mother-Child Cohort Study Group. Breastfeeding duration, social and occupational characteristics of mothers in the French 'EDEN mother-child' cohort. *Matern Child Health J*. 2013;17(4):714-22.
- (35) A. Guillaumon, B. Trombert-Paviot, J. Vallée, S. Weiss, H. Patural. Initiation of breastfeeding and early weaning: A prospective study of the health perinatal network "Loire-Nord Ardèche". 2012. Pubmed 21 février 2013. (Page consultée le 21/09/2015)

## **7. ANNEXES :**

### **ANNEXE 1 : Article 24 de la Convention Internationale des droits de l'Enfant (1989).**

#### **Article 24**

**1.** Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

**2.** Les Etats parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour :

**a)** Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants;

**b)** Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires;

**c)** Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre de soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel;

**d)** Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés;

**e)** Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information;

**f)** Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

**3.** Les Etats parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

**4.** Les Etats parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent article. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

---

## **ANNEXE 2 : Déclaration d'Innocenti 1990.**

Hôpital d'Innocenti – Florence (Italie)

1<sup>er</sup> Août 1990

### **Déclaration d'Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel**

#### **Reconnaissant que :**

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

- assure aux nourrissons une alimentation idéale qui favorise leur croissance et leur bon développement;
- réduit l'incidence et la gravité des maladies infectieuses, faisant ainsi baisser la morbidité et la mortalité infantiles;
- contribue à la santé des femmes en réduisant le risque de cancer du sein et des ovaires, et en augmentant l'intervalle entre les grossesses;
- apporte des avantages sociaux et économiques à la famille et à la nation;
- donne un profond sentiment de satisfaction à la plupart des femmes pour qui l'expérience est réussie;

##### **et de récentes recherches ont prouvé que :**

- ces avantages augmentent si les nourrissons sont exclusivement nourris au sein (1) pendant les six premiers mois de la vie, et si, par la suite, la mère continue de les allaiter tout en leur donnant une alimentation de complément;
- et que certaines interventions peuvent modifier de façon positive les attitudes vis-à-vis de l'allaitement maternel;

#### **NOUS DÉCLARONS PAR CONSÉQUENT que :**

- Dans le but d'assurer une santé et une nutrition optimales aux mères et aux enfants dans le monde entier, il faudrait que chaque femme ait la possibilité de nourrir son enfant au sein exclusivement et que chaque nourrisson soit nourri exclusivement au lait maternel de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois. Par la suite, il faudrait que les enfants continuent d'être nourris au sein, tout en recevant une alimentation de complément appropriée et adéquate, jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà. Pour atteindre cet idéal en ce qui concerne l'alimentation des enfants, il faudrait sensibiliser le public de manière à créer un climat de soutien approprié afin que les femmes nourrissent leurs enfants de cette manière.
- La réalisation de cet objectif nécessite, dans de nombreux pays, le renforcement d'une "civilisation de l'allaitement maternel", énergiquement défendue contre l'incursion d'une "civilisation du biberon". Ceci suppose un engagement et un plaidoyer en faveur de la mobilisation sociale, tirant parti au maximum du prestige et de l'autorité des dirigeants reconnus à tous les niveaux de la société.
- Il faudrait s'efforcer de donner aux femmes plus de confiance dans leur aptitude à pratiquer l'allaitement maternel. Ceci suppose l'élimination des contraintes et des influences qui agissent sur les idées et les attitudes vis-à-vis de l'allaitement maternel, souvent par des moyens subtils et indirects. Il faut pour cela faire preuve de sensibilité et d'une vigilance continue et appliquer une stratégie globale et adaptée de communication faisant intervenir tous les médias et s'adressant à tous les niveaux de la société. De plus, il faut supprimer les obstacles à l'allaitement maternel au niveau des services de santé, du lieu de travail et de la collectivité.

- Des mesures devraient être prises pour faire en sorte que les femmes soient nourries de façon adéquate dans l'intérêt de leur santé et de la santé de leur famille. De plus, il faudrait veiller également à ce que toutes les femmes aient accès à des informations et à des services en matière de planification de la famille afin de pouvoir pratiquer l'allaitement maternel et éviter les grossesses trop rapprochées qui risquent de compromettre leur santé et leur état nutritionnel ainsi que la santé de leurs enfants.
- Tous les gouvernements devraient élaborer des politiques nationales en matière d'allaitement maternel et fixer des objectifs nationaux appropriés pour les années 90. Ils devraient mettre en place un système national permettant de contrôler la réalisation des objectifs fixés, et définir des indicateurs tels que le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein à la sortie de la maternité et le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein à l'âge de 4 mois.

Les autorités nationales sont en outre instamment invitées à intégrer leurs politiques en matière d'allaitement maternel à leur politique générale dans les domaines de la santé et du développement. Ce faisant, elles devraient renforcer toutes les activités de nature à protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel dans le cadre des programmes complémentaires intéressant notamment les soins prénatals et périnatals, la nutrition, les services de planification de la famille et la prévention et le traitement des maladies les plus courantes chez les mères et les enfants. Tout le personnel de santé devrait recevoir la formation nécessaire pour pouvoir mettre en oeuvre ces politiques en matière d'allaitement maternel.

### **OBJECTIFS OPÉRATIONNELS :**

#### **Il faudrait que d'ici 1995 chaque gouvernement ait :**

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

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

- Élaborent des stratégies d'action en vue de la protection, de l'encouragement et du soutien de l'allaitement maternel, y compris le suivi et l'évaluation, au niveau mondial, de leur application;

- Donnent leur appui à la réalisation d'analyses et d'études sur la situation au niveau des pays et à la définition d'objectifs nationaux et de buts pour l'action;
- Encouragent et appuient les activités des autorités nationales intéressant la planification, l'exécution, le suivi et l'évaluation de leurs politiques en matière d'allaitement maternel.

*La Déclaration d'Innocenti a été élaborée et adoptée par les participants à la réunion OMS/UNICEF sur "L'allaitement maternel dans les années 90 : une initiative mondiale", coparrainée par l'Agence pour le développement international des États-Unis (A.I.D.) et l'Agence suédoise de développement international (SIDA), qui s'est tenue au Spedale Degli Innocenti, à Florence (Italie) du 30 juillet au 1er août 1990. La Déclaration reflète le contenu du document de base établi pour la réunion et les opinions exprimées pendant les sessions de groupe et les sessions plénières.*

GOUVERNEMENTS PARTICIPANTS:	
Dr. M. Q. K. Talukder, Bangladesh	UNICEF
Dr. Marcos Candau, Brésil	M. James P. Grant
Dr. Patricio Silva Rojas, Chili	Dr. Nyi Nyi
Dr. Wang Feng-Lan, Chine	Dr. James Himes
Dr. Guan Yuan Zi, Chine	Dr. Urban Jonsson
Dr. Daniel Arenas Reyes, Colombie	Dr. J. Peter Greaves
Dr. Plutarco Naranjo Vargas, Equateur	Mme Margaret Kyenkyia-Isabirye
Colonel Dr. Getachew Tadesse, Ethiopie	Mlle Agnes Aidoo
Dr. Ruth de Arango, Guatemala	US A.I.D.
M. Teofilo Martel Cruz, Honduras	Dr. Nancy Pielemeier
M. Jagdish C. Jetli, Inde	Dr. Mary Ann Anderson
Mlle Mira Seth, Inde	Dr. Nina Schlossman
Mme A. Sulastikin Murpratomo, Indonésie	Dr. James Shelton
Dr. Soepardan Soerjohoedjo, Indonésie	Dr. Janet Tognetti
Dr. Widiasuti Wibisana, Indonésie	Dr. Miriam Labbok
Dr. Su Haryono, Indonésie	UNFPA
Dr. Alireza Marandi, Iran	Dr. Nafis Sadik
M. Ivo Butini, Italie	PNUD
Dr. Joseph Andoh, Côte d'Ivoire	M. Aldo Ajello
Dr. Mamoun Maabreh, Jordanie	COMITES NATIONAUX UNICEF
Dr. Samir Awamleh, Jordanie	Dr. Arnaldo Farina
Dr. Joseph S. Oliech, Kenya	OMS
Dr. Suzanne Bocoum, Mali	Dr. Hu Ching-Li (au nom de Dr. Hiroshi Nakajima)
Dr. J. Ramphul, Ile Maurice	Dr. Angèle Pétrous-Barzavian
Dr. Yolanda Senties, Mexique	Dr. Mark Belsey
Dr. Olikoye Ransome-Kuti, Nigéria	Dr. Elisabet Helsing
Dr. Adenike Grange, Nigéria	Mme Randa Saadeh
M.S.A.H. Kazmi, Pakistan	Dr. Djamil Benbouzid
Dr. Syed Tariq Sohail, Pakistan	Dr. Jim Tulloch
M. Piotr Mierzewski, Pologne	Dr. Marina Rea
Dr. Fanny Friedman, Swaziland	SIDA
Dr. Qhing Qhing Dlamini, Swaziland	M. Nils Öström
Dr. J. W. Temba, Tanzanie	M. Ted Greiner
Dr. Dhatchai Mungkandi, Thaïlande	M. Göran Sterky
Dr. Tomris Turmen, Turquie	UK ODA
Dr. Petronella Clark, Royaume Uni	Mlle Margaret Pollock
Mlle Dora Henschel, Royaume Uni	FAO
Dr. Audrey Hart Nora, États-Unis d'Amérique	M. Paul Lunven
Dr. Ngandu-Kabeya Dibandala, Zaïre	PAM
Dr. Timothy Stamps, Zimbabwe	Mlle Judit Katona-Apte
	BANQUE MONDIALE
	M. Alan Berg

### ANNEXE 3 : Questionnaire en sortie de maternité.

#### QUESTIONNAIRE NUMERO 1 : suites de couches.

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale et j'effectue actuellement ma thèse sur les facteurs favorisant l'arrêt précoce de l'allaitement. Pour cela, l'équipe médicale va vous remettre, si vous l'acceptez, ce premier questionnaire puis un questionnaire lors de la visite post-natale. Enfin, je vous contacterai vers 4 mois par téléphone ou e-mail personnellement après la naissance de votre enfant, (uniquement si vous avez continué d'allaiter lors de la visite post-natale) pour faire un point rapide sur votre allaitement. Les résultats seront bien sûr *anonymes* et *vos coordonnées ne seront pas divulguées*.

Merci d'avance pour votre participation à cette étude qui permettra, je l'espère, d'améliorer l'accompagnement des femmes et de leur enfant au cours de l'allaitement.

CARRIE Orianne.

---

#### IDENTIFICATION :

**Nom et prénom :** .....

**Age :** .....

**Téléphone :** .....

**Email :** .....

**Date d'accouchement :** .....

**Lieu d'accouchement :** .....

---

#### SITUATION SOCIO PROFESSIONNELLE :

Statut marital :

- En couple
- Mariée
- Célibataire

Niveau d'études :

- Inférieur au bac
- Bac
- Bac + 2 à 5
- Bac >5

Profession : .....

- Origines :
- France
  - Europe
  - Afrique du Nord
  - Afrique /Antilles
  - Autres

#### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX-CHIRURGICAUX :



Maladie connue chronique : oui non  
Si oui, laquelle ? : .....

Traitements actuels : oui non  
si oui, lesquels : .....

Nombre d'enfants: .....

Nombre d'accouchements par voie basse : .....

Par césarienne : .....

### **EXPERIENCES D'ALLAITEMENT ANTÉRIEUR :**

- Avez vous vous-même été allaitée ?
  - oui
  - non
- Avez vous déjà allaité (allaitemnt mixte ou exclusif)?
  - oui non
- Précisez si mixte ou exclusif :
  - allaitemnt exclusif
  - mixte
- Si oui, pour combien d'enfants ? .....
- Durée de l'allaitement le plus long :
  - <1 mois
  - 1 à 3 mois
  - 3 à 6 mois
  - >6 mois
- Motif principal d'arrêt : .....

### **PROJET D'ALLAITEMENT ACTUEL :**

- Souhaitez vous allaiter avant la naissance de votre enfant :
    - oui non je ne savais pas
    - Si oui, quand avez vous pris cette décision ?
      - avant la grossesse
      - premier trimestre
      - deuxième trimestre
      - troisième trimestre
  - Avez vous abordé la question avec un professionnel de santé durant votre grossesse ?
    - oui non Si oui, lequel/lesquels ? .....
  - Comment le sujet a t-il été abordé :
    - entretien, consultation
    - documentation écrite
    - cours de préparation à l'accouchement
    - autre : .....
  - A quel moment a t-il été abordé ?
    - avant la grossesse
    - début de grossesse
    - fin de grossesse
    - après accouchement
- Dans l'idéal, combien de temps souhaiteriez-vous allaiter ?

- <1 mois
- 1 à 3 mois
- 3 à 6 mois
- >6 mois
- pas d'objectif défini

**VOTRE ACCOUCHEMENT :**

-A t-il eu lieu :

- par voies naturelles
- par césarienne

-Votre vécu :

- très bon
- bon
- moyen
- difficile

**MISE EN PLACE DE L'ALLAITEMENT ACTUEL :**

La première mise au sein a eu lieu :

- en salle de naissance
- en suites de couches

Avez vous été satisfaite de l'accompagnement par l'équipe soignante pour les premières tétées ?

- très satisfaite
- satisfaite
- moyennement satisfaite
- pas satisfaite

Même question en ce qui concerne l'accompagnement et les soins des complications de l'allaitement ? (crevasses, engorgements, douleurs, ..)

- très satisfaite
- satisfaite
- moyennement satisfaite
- pas satisfaite

Avez vous été informée sur les positions d'allaitement ?

- oui
- non

Avez vous été informée sur la fréquence et la durée des tétées ?

- oui
- non

Vous a t-on expliqué les critères d'un allaitement satisfaisant pour votre enfant ?

- oui
- non

Votre allaitement en sortie de maternité est actuellement :

- exclusif
- mixte

Votre enfant a t-il nécessité une prise de biberons en compléments ?

- oui
- non

Si oui, pourquoi ?.....

## ANNEXE 4 : Questionnaire à 6 semaines.

### QUESTIONNAIRE NUMERO 2 :

*Madame,*

*Merci d'avoir bien accepté de participer à mon étude. Je vous transmets comme précisé lors de votre séjour en maternité, le deuxième questionnaire qui sera rapide je vous l'assure (5 minutes au maximum).*

*Les questions suivantes concernent uniquement les évènements qui ont pu se produire depuis votre retour au domicile.*

*Je vous recontacterai une dernière fois aux environs de 4 mois après votre accouchement (par mail ou téléphone) pour recueillir vos impressions globales (en quelques mots) sur votre allaitement et de votre satisfaction par rapport l'accompagnement dont vous avez pu bénéficier pendant celui-ci.*

*Il vous suffit de noter un simple « X » devant chacune des réponses vous correspondant, de bien enregistrer le formulaire une fois le remplissage terminé, puis de me le renvoyer par mail. Merci beaucoup !*

**Votre NOM/Prénom :**

**Date d'accouchement :**

❖ Vous-a t-on remis un document pour vous orienter en cas de problème en sortie de maternité

- brochure:
- liste :
- autre :
- aucun :

❖ Poursuivez-vous actuellement l'allaitement de votre bébé :

- de manière exclusive (allaitement maternel uniquement) :
- en association avec des biberons de lait artificiel :

❖ Combien de temps avez-vous allaité de façon exclusive (*si arrêt*) ?

- moins de 2 semaines :
- moins d'un mois :
- plus d'un mois :

❖ Quelle est la raison principale d'introduction des biberons de lait artificiel/ ou de l'arrêt de l'allaitement maternel ? (*si concernée*)

- complications liées à l'allaitement (crevasse, douleur, abcès...):
- diminution de la quantité de votre lait :
- reprise du travail :
- fatigue :
- complications liées au bébé (refus du sein, perte de poids, allergie, ...):
- problèmes organisationnels :
- autre :

❖ Avez-vous eu recours aux conseils d'un professionnel/aide extérieure suite à un problème d'allaitement ? (*si non, allez directement à la dernière question*)

- oui :
- non :

❖ Si oui, quel type de professionnel /aide?

- PMI :
- sage-femme :
- gynécologue :
- pédiatre :
- médecin généraliste :
- conseillère en lactation :
- association pour l'allaitement :
- réseau d'allaitement :
- autre (famille, entourage, forums, internet...) :

❖ Pour quel motif ?

- complications liées à l'allaitement (crevasse, douleur, abcès...) :
- diminution de la quantité de votre lait :
- reprise du travail :
- fatigue :
- complications liées au bébé (refus du sein, perte de poids, allergie, ...) :
- autre :

❖ Avez-vous été satisfaite des conseils obtenus ?

- oui :
- partiellement :
- pas du tout :

❖ Comment avez vous vécu votre allaitement jusqu'à ce jour ?

- très bien :
- bien :
- un peu difficile :
- très difficile :

**Par quel moyen désirez vous être contactée pour la prochaine (et dernière) fois ? (précisez votre numéro et/ou adresse mail SVP)**

- **téléphone :**
- **e-mail :**

**Merci de votre participation !**

## ANNEXE 5 : Dernier questionnaire.

### DERNIER QUESTIONNAIRE : ALLAITEMENT MATERNEL.

**Allaitez vous toujours votre enfant ?**

Oui :

Non :

**Si oui, allaitement maternel exclusif ou mixte ? .....**

**Si non, au bout de combien de temps avez vous arrêté ?  
.....**

**Si tel est le cas, quelle est la principale raison de l'introduction du lait artificiel ?**

Complications liées à l'allaitement :

Tarissement du lait :

Reprise du travail :

Complications liées au bébé :

Fatigue :

Autre :

**Avez-vous eu recours à un professionnel depuis le dernier questionnaire ?**

**Si oui, lequel (s) ?**

Non : .....

Oui : .....

Cause : .....

Avez-vous été satisfaite des conseils obtenus ? .....

**Globalement, quel aura été votre ressenti vis-à-vis de votre allaitement maternel ? (n'hésitez pas à détailler votre réponse si vous avez rencontré des difficultés)**

**Mon enquête est maintenant terminée ! Merci encore de votre participation et du temps que cela vous aura demandé, j'en suis très reconnaissante et j'espère que cela pourra faire avancer l'accompagnement des femmes allaitantes par la suite.**

**Avec toute ma gratitude, en vous souhaitant beaucoup de bonheur dans cette poursuite de maternité.**

**ANNEXE 6 : répartition des femmes selon les facteurs étudiés et le type d'allaitement au cours des différents temps étudiés.**

**TABLEAU 1 : situation socio-professionnelle.**

	SCD (n=79)			6 semaines (n=66)			4mois (n=60)		
	AE	AM	AA	AE	AM	AA	AE	AM	AA
<b>Age :</b>									
< ou = 30 ans	35(44,3)	4(5)	0	22(33,3)	8(12,1)	2(3)	12(20)	12(20)	6(10)
>30ans	38(48,1)	2(2,5)	0	25(37,9)	6(9)	3(4,5)	11(18)	13(22)	6(6)
<b>Niveau d'études :</b>									
< ou= bac	28(35,4)	6(7,6)	0	13(19,7)	10(15,1)	4(6)	6(10)	12(20)	7(12)
>bac	45(57)	0	0	34(51,5)	4(6)	1(1,5)	17(28)	13(22)	5(8)
<b>Origines :</b>									
France	61(77,2)	4(5)	0	41(62,1)	10(15,1)	5(7,6)	21(35)	19(32)	12(20)
Europe	3(3,8)	0	0	0	2(3)	0	0	2(3)	0
Autres	9(11,4)	2(2,5)	0	6(9)	2(3)	0	2(3)	4(7)	0
<b>Statut marital :</b>									
Célibataire	0	1(1,3)	0	0	0	0	0	0	0
En couple	33(41,8)	2(2,5)	0	21(31,8)	7(10,6)	3(4,5)	12(20)	7(12)	8(13)
mariée	40(50,6)	3(3,8)	0	26(39,4)	7(10,6)	2(3)	11(18)	18(30)	4(7)

**TABLEAU 2 : antécédents et expériences d'allaitement maternel antérieures.**

	SDC (n=79)			6 semaines (n=66)			4 mois (n=60)		
	AE	AM	AA	AE	AM	AA	AE	AM	AA
<b>Maladie chronique :</b>									
Présence	14(18)	0	0	10(15)	2(3)	0	6(10)	4(7)	0
Absence	59(75)	6(8)	0	37(56)	12(18)	5(8)	17(28)	21(35)	12(20)
<b>Nombre d'enfants :</b>									
0	5(6)	0	0	2(3)	3(5)	0	0	2(3)	1(2)
1	25(32)	2(3)	0	18(27)	6(9)	0	10(17)	8(13)	4(7)
>1	43(54)	4(5)	0	27(41)	5(8)	5(8)	13(25)	15(25)	7(12)

<b>ATCD AM :</b>									
A déjà allaité	47(59)	3(4)	0	30(45)	7(11)	5(8)	14(23)	19(32)	7(12)
Pas d'ATCD	26(33)	3(4)	0	17(26)	7(11)	0	9(15)	6(10)	5(8)
<b>Durée AM antérieur :</b>									
<1mois	2(3)	1(1)	0	0	2(3)	1(2)	0	2(3)	1(2)
1-3mois	16(20)	0	0	12(18)	3(5)	0	4(7)	9(15)	2(3)
3-6mois	8(10)	0	0	4(6)	1(2)	2(3)	2(3)	2(3)	3(5)
>6mois	18(23)	2(3)	0	12(18)	2(3)	0	8(13)	6(10)	0
<b>ATCD AM personnel :</b>									
A été allaitée	46(58)	6(8)	0	29(44)	12(18)	2(3)	15(25)	19(32)	5(8)
non	27(34)	0	0	18(27)	2(3)	3(5)	8(13)	6(10)	7(12)

TABLEAU 3 : projet d'allaitement maternel.

	SCD (n=79)			6 semaines (n=66)			4 mois (n=60)		
	AE	AM	AA	AE	AM	AA	AE	AM	AA
<b>Décision d'AM :</b>									
Avant grossesse	51(65)	2(3)	0	37(56)	4(6)	2(3)	20(33)	15(25)	4(7)
T1	12(15)	2(3)	0	5(8)	7(11)	1(2)	0	6(10)	5(8)
T2	6(8)	0	0	2(3)	2(3)	1(2)	2(3)	2(3)	1(2)
T3	4(5)	2(3)	0	3(5)	1(2)	1(2)	1(2)	2(3)	2(3)
<b>Discussion avec professionnel :</b>									
Oui	48(61)	4(5)	0	35(53)	6(9)	5(8)	15(25)	19(32)	10(17)
Non	25(32)	2(3)	0	12(18)	8(12)	0	8(13)	6(10)	2(3)
<b>Documentation reçue :</b>									
Oui	5(6)	0	0	2(3)	3(5)	0	0	3(5)	0
Non	68(86)	6(8)	0	45(68)	11(17)	5(8)	23(38)	22(37)	12(20)

<b>Cours de préparation à la naissance :</b>									
Oui	39(49)	3(4)	0	27(41)	7(11)	5(8)	12(20)	14(23)	8(13)
Non	34(43)	3(4)	0	20(30)	7(11)	0	11(18)	11(18)	4(7)
<b>Projet AM :</b>									
<1 mois	3(4)	0	0	3(5)	0	0	1(2)	2(3)	0
1-3 mois	22(28)	3(4)	0	8(12)	11(17)	1(2)	2(3)	10(17)	6(10)
3-6 mois	21(27)	3(4)	0	16(24)	5(8)	2(3)	6(10)	10(17)	5(8)
>6 mois	9(11)	0	0	6(9)	0	0	6(10)	0	0
Ne sais pas	18(23)	0	0	13(20)	0	1(2)	8(13)	3(5)	1(2)

TABLEAU 4 : accouchement et première mise au sein/accompagnement.

	SDC (n=79)			6 semaines (n=66)			4 mois (n=60)		
	AE	AM	AA	AE	AM	AA	AE	AM	AA
<b>Accouchement :</b>									
Voies naturelles	63(80)	4(5)	0	39(59)	11(17)	5(8)	21(35)	20(33)	10(17)
Césarienne	10(13)	2(3)	0	8(12)	3(5)	0	2(3)	5(8)	2(3)
<b>Vécu :</b>									
Bon	51(65)	0	0	34(52)	6(9)	3(5)	18(30)	14(23)	7(12)
Moyen	9(11)	3(4)	0	5(8)	6(9)	0	1(2)	5(8)	3(5)
Difficile	13(16)	3(4)	0	8(12)	2(3)	2(3)	4(7)	6(10)	2(3)
<b>Première mise au sein :</b>									
Salle de naissance	60(76)	3(4)	0	39(59)	9(14)	4(6)	21(35)	19(32)	8(13)
En chambre	13(16)	3(4)	0	8(12)	5(8)	1(2)	2(3)	6(10)	4(7)
<b>Satisfaction/maternité :</b>									
Oui	64(81)	3(4)	0	45(68)	9(14)	2(3)	20(33)	23(38)	7(12)
Non	9(11)	3(4)	0	2(3)	5(8)	3(5)	3(5)	2(3)	5(8)



<b>Informations AM reçue:</b>									
Oui	57(72)	5(6)	0	35(53)	13(20)	4(6)	17(28)	21(35)	8(13)
non	16(20)	1(1)	0	12(18)	1(2)	1(2)	6(10)	4(7)	4(7)
<b>Documents AM donnés :</b>									
Oui	24(30)	3(4)	0	19(29)	5(8)	3(5)	9(15)	11(18)	5(8)
Non	49(62)	3(4)	0	28(42)	9(14)	2(3)	14(23)	14(23)	7(12)
<b>Nécessité compléments alimentaires :</b>									
Oui	22(28)	5(6)	0	11(17)	12(18)	2(3)	3(5)	13(22)	5(8)
non	51(65)	1(1)	0	36(55)	2(3)	3(5)	20(33)	12(20)	7(12)

50% première mise au sein en chambre = césarienne

TABLEAU 5 : le retour à domicile.

	SDC			6 semaines			4 mois		
	AE	AM	AA	AE	AM	AA	AE	AM	AA
<b>Consultation d'un professionnel :</b>									
Oui	30(38)	1(1)	0	20(30)	7(11)	4(6)	11(18)	13(22)	5(8)
Non	32(41)	4(5)	0	28(42)	7(11)	1(2)	15(25)	10(17)	7(12)
<b>Satisfaction/conseils :</b>									
Oui	25(32)	1(1)	0	15(23)	7(11)	4(6)	11(18)	9(15)	4(7)
Non	3(4)	0	0	2(3)	1(2)	0	0	2(3)	1(2)
<b>Vécu global AM :</b>									
Bon	50(63)	4(5)	0	32(48)	11(17)	1(2)	25(42)	22(37)	5(8)
Moyen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Difficile	10(13)	1(1)	0	5(8)	4(6)	2(3)	1(2)	1(2)	5(8)

<b>Causes introduction AM/AA :</b>									
Complication maternelle	0	1	0	0	6	0	0	2	1
Diminution lait	0	1	0	0	5	0	0	3	1
Reprise travail	0	0	0	0	0	0	0	8	1
Fatigue	0	0	0	0	6	5	0	2	3
Complication bébé	0	0	0	0	0	3	0	0	0
Pb organisation	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Autres	0	0	0	0	2	0	0	0	0

## **RESUME :**

**L'allaitement maternel (AM) exclusif augmente progressivement depuis quelques années, mais reste insuffisant malgré les bénéfices déjà connus. En faisant ce travail, nous avons recherché les facteurs pouvant favoriser un arrêt prématuré de l'AM exclusif avant 4 mois dans 2 maternités excentrées de la région Aquitaine, afin de trouver des pistes d'amélioration de prise en charge pour les praticiens de premier recours, et refait le point sur les recommandations actuelles. Nous avons réalisé, en incluant 79 femmes une étude prospective, observationnelle, et longitudinale réalisée auprès d'une population de femmes allaitantes en maternité avec 3 questionnaires (suites de couches, 6 semaines et 4 mois de post-partum).**

**Les résultats montrent un taux d'AM exclusif diminuant progressivement après l'accouchement (- 48,1% à 4 mois). Parmi les facteurs étudiés, les femmes présentant un niveau d'étude inférieur au bac+2 ( $p<0,02$ ), ayant un vécu de l'AM moyen ou difficile ( $p=0,02$ ), ayant décidé d'allaiter après le début de grossesse ( $p=0,007$ ) ou ayant nécessité l'introduction de compléments alimentaires pour leur enfant en maternité ( $p<0,001$ ) semblent plus à risque d'un arrêt prématuré de l'AM exclusif, en particulier avant 6 semaines. Au contraire, le fait de ne pas avoir de projet établi de durée d'AM exclusif semblerait être un facteur protecteur ( $p=0,04$ ).**

**La promotion et l'accompagnement des femmes désirant allaiter sont des facteurs cruciaux pour la poursuite de l'AM, pouvant être améliorés de manière simple et non coûteuse avec la coopération de tous les professionnels de santé dès le projet de grossesse établi (en particulier le médecin généraliste), en passant par le développement du label HAB, la formation des intervenants, des cours de préparation à la naissance et la distribution systématique d'une documentation et de fiches annuaires en cas de souci rencontré par ces femmes.**