



HAL
open science

Déroulement de l'allaitement maternel à La Réunion pendant les 3 premiers mois

Lucile Bourlot

► **To cite this version:**

Lucile Bourlot. Déroulement de l'allaitement maternel à La Réunion pendant les 3 premiers mois. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01566513

HAL Id: dumas-01566513

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01566513>

Submitted on 21 Jul 2017

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 de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

N° 48

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Par Lucile BOURLLOT

Née le 15 Septembre 1988 à Poitiers

Présentée et soutenue publiquement le 12 Avril 2017

Titre de la thèse

**Déroulement de l'allaitement maternel à La Réunion
pendant les 3 premiers mois**

Directeur de thèse

Pr Peter VON THEOBALD

Jury

Président : Pr Bernard GAY, *Professeur Émérite, Université de Bordeaux*

Membres : Dr Philippe DESMARCHELIER, *Maître de Conférence Associé, UFR La Réunion*

Dr Anna HOFMANN, *Praticien Hospitalier Pédiatre, Centre Hospitalier Gabriel Martin*

Pr Jean-Marc FRANCO, *Directeur Département Médecine Générale, UFR La Réunion*

Pr Peter VON THEOBALD, *Praticien Hospitalier Gynécologue-Obstétricien, Hôpital F. Guyon*

Remerciements

Merci au Pr Peter Von Theobald

pour votre disponibilité, vos nombreuses relectures, vos conseils avisés et séances de psychothérapies de soutien !

Merci au Pr Bernard Gay, Pr Jean-Marc Franco et Dr Philippe Desmarchelier

d'accepter d'évaluer mon travail.

Merci à Anna

de me suivre pour l'aboutissement de ma thèse. C'était un vrai plaisir de travailler avec toi.

Merci au Dr Patrick Gérardin

pour son travail statistique.

Merci à toutes les mamans

d'avoir accepté de participer.

Merci à ma famille que j'aime tellement,

Merci à Guillaume,

le soleil de ma vie, d'être toujours parfaitement là.
Merci pour ton amour, ton soutien, tes encouragements, ton aide au quotidien depuis le début, et tout le reste. Merci de m'avoir fait découvrir la chance d'être mère et comblée.

Merci à mon Paolino,

mon amour, qui fait briller mon cœur et m'emplit de bonheur.
Notre expérience d'allaitement était si intense qu'elle valait bien une thèse !

Un énorme merci à mes parents

pour m'avoir permis d'arriver jusqu'ici, avec tout votre amour, soutien, confiance et compréhension. C'est grâce à vous !

Merci à mes petits frères adorés,

Gaëtan pour ton aide précieuse sur la mise en page, Xavier pour tes relectures attentives.
Merci pour votre soutien incomparable.

Merci à mes grands-parents adorés, Huguette, Guerite et Lucien.

Merci à mon Papi chéri Michel, qui me manque chaque jour encore plus.

Merci à Jean-Pierre et Laurence

pour votre accueil, votre aide, vos corrections et tous les bons moments partagés au paradis.

Merci à ma belle famille, Caroline et Dominique, Raphaël et Benjamin, pour votre soutien,

Merci à tous mes cousins, cousines oncles et tantes adorés.

Merci à mes amis qui me manquent tant,

Merci à Marine pour ta joie de vivre, ton soutien infailible et tes conseils précieux depuis toujours. Sans toi, il n'y aurait toujours qu'une page blanche !

Merci à Elsa pour tes relectures, tes encouragements et ta présence toujours attentive.

Merci à mes inséparables Flavie, Mélanie pour les joies partagées.

Merci à Mylène, Sophie, Laura, Nico pour tous les moments de bonheur ensemble.

Merci à Josselin et Eléonore pour cette belle amitié d'enfance.

Merci à nos amis réunionnais pour cette escapade paradisiaque inoubliable, Yohan, Elfie, Matthias, Anne So, Cécile, Elise, Lise (merci pour votre participation!), Ben, Rudolph, Arthur, France.

Merci à mes meilleures co-internes, Marie, Clarisse, Lucie, Aurélie, Marion.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	10
CONTEXTE	11
1 – Physiologie de l'Allaitement Maternel.....	11
2 - Recommandations	14
3 - Épidémiologie en périnatalité sur l'île de La Réunion.....	15
3-1 Offre de soins	15
3-2 Indicateurs démographiques	16
3-3 Allaitement	17
4 - Revue de la littérature en métropole.....	20
4-1 Étude EPIFANE	20
4-2 Étude ELFE.....	23
ÉTUDE.....	26
1 - Problématique.....	26
2 - Objectifs de l'étude	28
3 - Population et méthode.....	30
3-1 Critères d'inclusion.....	30
3-2 Critères d'exclusion.....	30
3-3 Déroulement des entretiens.....	30
3-4 Définitions.....	31
3-5 Organisation de l'étude.....	31
4 - Analyse statistique.....	33
RÉSULTATS	34
1 - Description de la cohorte.....	34
2 - Parcours de soin initial de l'Allaitement.....	37
3 - Durée et modalités d'Allaitement.....	38

4 - Parcours de soin de l'Allaitement au domicile	41
5 - Analyse.....	43
5-1 Analyse des facteurs liés a la durée de l'allaitement.....	43
5-2 Identification des facteurs associés à l'allaitement au sein exclusif à trois mois	45
5-3 Identification des facteurs associés à l'allaitement maternel total à trois mois...	45
DISCUSSION	48
1 - Discussion de la méthode.....	48
2 - Discussion des résultats.....	50
3 - Comparaison avec la métropole.....	53
4 - Ouverture.....	55
5 - Impact en Médecine Générale.....	56
CONCLUSION.....	58
BIBLIOGRAPHIE	59
ANNEXES	62

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AREAM : Association Réunionnaise de Soutien à l'Allaitement Maternel

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

ARS : Agence Régionale de la Santé

BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

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

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

InVS : Institut de Veille Sanitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé à la Réunion

PMI : Protection Maternelle et Infantile

REPERE : Réseau Périnatal Réunion

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Carte des établissements sanitaires à la Réunion au 1er janvier 2016.	16
Figure 2 : Carte représentant la part des enfants allaités à la naissance en 2013.....	18
Figure 3 : Carte représentant la part des enfants allaités durant 10 semaines ou plus en 2013.....	19
Figure 4 : Évolution des taux d'allaitement maternel de la naissance à 12 mois et Type d'alimentation lactée à la naissance et à 3. 6 et 12 mois.....	21
Figure 5 : Évolution des taux d'alimentation lactée de la maternité à un mois.....	22
Figure 6 : Évolution des taux d'alimentation lactée de la maternité à un mois selon le niveau d'études.....	22
Figure 7 : Prévalence de l'allaitement de la naissance à 12 mois.....	23
Figure 8 : Mode d'alimentation lactée à la maternité selon le pays de naissance des parents.....	25
Figure 9 : Mode et durée d'allaitement selon le lieu de vie à La Réunion en 2016.....	39

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des femmes incluses dans l'étude.....	35
Tableau 2 : État des lieux de l'allaitement aux trois mois du bébé.....	38
Tableau 3 : Facteurs influençant potentiellement la durée moyenne d'allaitement maternel	44
Tableau 4 : Facteurs influençant potentiellement le taux d'allaitement maternel exclusif et maternel dont mixte à 3 mois	46

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Information et consentement destinés aux patientes.....	62
Annexe 2 : Questionnaire entretien post-partum immédiat.....	63
Annexe 3 : Questionnaire entretien téléphonique à 3 mois.....	66
Annexe 4 : Information aux équipes soignantes des maternités.....	69

INTRODUCTION

L'étude de l'alimentation du nourrisson est fondamentale afin d'optimiser le développement psychomoteur, la croissance et la santé de chaque enfant.

Les recommandations internationales et françaises de santé publique préconisent une alimentation du nourrisson composée de lait maternel, de façon exclusive pendant les six premiers mois de la vie, puis de lait maternel associé à une alimentation diversifiée jusqu'à l'âge de 2 ans.

Le bénéfice de l'application de ces recommandations a été scientifiquement démontré pour les nourrissons mais également pour la santé des femmes qui allaitent.

L'enjeu est donc majeur pour les professionnels de santé, qui jouent un rôle prépondérant dans l'aide et l'accompagnement des patients pour un bon déroulement de l'allaitement.

Il existe peu de données dans la littérature évaluant les pratiques de l'allaitement sur l'île de La Réunion. Cette étude a été réalisée dans le but de décrire, en 2016, les durées et modes d'allaitement à La Réunion, les facteurs associés à la pratique d'un allaitement exclusif ou mixte, l'environnement socio-économique, familial, professionnel, culturel encadrant l'alimentation au sein du nourrisson et les difficultés rencontrées par les patientes.

CONTEXTE

1 – Physiologie de l'Allaitement Maternel

Après avoir porté le fœtus pendant environ 9 mois, donné la vie, le rôle suivant de la maman est de nourrir son nouveau-né. En post-partum immédiat, le bébé va instinctivement ramper jusqu'au mamelon de sa maman, s'il y a accès. Celui-ci étant de couleur plutôt foncée, il est alors attractif pour le nouveau-né dont le développement de l'acuité visuelle n'est pas encore terminé. Une odeur particulière émane de l'aréole (glandes odoriférantes), reconnaissable par le bébé car ressemblant à l'odeur du liquide amniotique. Cherchant à retrouver l'environnement qu'il connaît, le nouveau-né va développer le réflexe de succion et se positionner sur le sein de sa mère pour la « première tétée ». La précocité de ce premier contact conditionne la réussite des tétées suivantes (dans l'idéal, moins d'une heure après la naissance).

Le liquide éjecté alors sera appelé le colostrum. La couleur jaune orangée et l'épaisseur du colostrum indiquent la teneur riche en protéines (Immunoglobulines A), en cellules immunitaires et oligosaccharides, même pour une quantité faible excrétée.

C'est l'étape initiale signifiant la mise en route de la lactation chez la mère.

Après tous ces efforts, le nouveau-né s'endort.

Développement mammaire pendant la grossesse :

Les hormones présentes lors de la grossesse déclenchent des modifications des glandes mammaires. Les canaux galactophoriques présents initialement vont s'allonger, se ramifier et se diviser en canalicules. A l'extrémité de chaque canalicule, vont proliférer des alvéoles (unités de cellules sécrétrices). Ces alvéoles sont entourées de cellules myo-épithéliales contractiles, permettant par la suite l'éjection du lait.

Le réseau veineux sanguin et lymphatique se majore en périphérie.

Bien que le colostrum commence à être fabriqué dans les glandes mammaires dès le 2^e trimestre de grossesse, la progestérone placentaire inhibe la fonction de lactation et d'éjection du lait jusqu'à la naissance. On peut donc observer des écoulements mammaires physiologiques pendant la grossesse.

A l'accouchement, le taux de progestérone s'effondre, entraînant la libération de la prolactine et le début de la lactogénèse. (1)

Montée laiteuse :

Habituellement autour du 3^e jour après l'accouchement, elle peut s'accompagner de signes fonctionnels tels que : fébricule, mastodynies, œdème, chaleur et gonflement mammaire (dont les glandes mammaires situées au niveau des creux axillaires), écoulement mamelonnaire.

Elle signe la modification de la composition du colostrum, devenant du lait maternel, ainsi que l'augmentation de la quantité produite.

L'entretien de la lactation est permis par les tétées répétées du nouveau-né lui-même. Au niveau de l'aréole et du mamelon, la stimulation provoque une sécrétion hormonale hypophysaire :

- un pic d'ocytocine favorise l'éjection du lait par la contraction des cellules myo-épithéliales
- puis un pic de prolactine (20 minutes après la tétée, de durée d'environ 2 h) permet la synthèse des composants du lait. (1)

Composition du lait :

Le lait maternel contient l'ensemble des ressources nutritives nécessaires au nouveau-né, jusqu'à l'âge de 6 mois. Il varie quantitativement et qualitativement, au cours d'une même tétée, ainsi qu'au fil de la croissance du nourrisson. Son aspect varie d'une femme à l'autre et ne ressemble en rien au lait vendu dans le commerce.

La teneur énergétique et les composants du lait maternel après la montée laiteuse ont été étudiés en 2004 et retrouvaient (pour 100mL) :

- 67 kcal
- 1 g protéines (40% caséine)
- 3.5 g lipides
- 7.5 g glucides (85% lactose)
- 210 mg sels minéraux (0.05 mg de fer, 16 mg de sodium, 33 mg de calcium) (2)

La composition du lait maternel s'adapte également en cas de prématurité. Par rapport au lait d'une mère ayant donné naissance à un enfant à terme, la teneur en protéines et électrolytes est plus élevée (du colostrum jusqu'au premier mois après la naissance de l'enfant prématuré). (2)

Évolution au cours de la tétée : De couleur plutôt transparente en début de tétée (signant la composition surtout aqueuse), le lait va progressivement s'enrichir en graisses. La quantité de lait produite par la mère est déterminée par la demande du nourrisson.

Évolution au cours de la croissance : Les besoins nutritionnels du nourrisson varient en même temps qu'il grandit, raison pour laquelle la composition et la quantité du lait vont se modifier en permanence.

La production moyenne de lait (en g/j) selon l'âge de l'enfant dans l'allaitement exclusif en pays industrialisés a été décrite en 1998 :

- de 0 à 2 mois : 710 g/j
- de 3 à 5 mois : 787 g/j
- de 6 à 8 mois : 803 g/j
- de 9 à 11 mois : 900 g/j (2)

Les bénéfices de l'allaitement maternel sont nombreux et largement démontrés. En voici quelques exemples :

- pour les nourrissons : la diminution de l'incidence et gravité des infections pour un allaitement exclusif et durant plus de trois mois, dont diarrhées aiguës, sphère ORL, respiratoires, la prévention de l'allergie, d'une obésité ultérieure, le développement de la flore intestinale, un développement cognitif légèrement supérieur persistant à l'âge adulte ... (2)

La protection conférée est dose dépendante. (1)

- ainsi que pour les mères : prévention des infections du post-partum, perte de poids plus rapide, diminution de l'incidence des cancers de l'ovaire et du sein avant la ménopause ... (2)

2 - Recommandations

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande depuis mai 2001 un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie, puis la poursuite de l'allaitement maternel associée à une autre alimentation jusqu'à l'âge de 2 ans voire au delà. (3)

DÉFINITIONS DE L'ALLAITEMENT selon l'OMS :

L'allaitement maternel exclusif est défini par l'OMS par un apport de lait maternel seul (pas d'autres liquides ni aliments associés).

L'OMS décrit également l'allaitement maternel prédominant par une alimentation principale de lait maternel, associée à d'autres liquides (eau, tisanes, jus de fruits), en excluant les autres aliments ou préparations pour nourrissons.

L'allaitement maternel mixte est constitué, toujours selon l'OMS, de l'association du lait maternel avec des préparations pour nourrissons, ainsi que d'autres liquides. (4)

Selon les recommandations de 2002 de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), la poursuite de l'allaitement exclusif pendant 6 mois par rapport à une durée de 3 à 4 mois permet un développement optimal des nourrissons et doit donc être encouragée (recommandation de grade B : niveau de preuve intermédiaire). (5)

Le Programme National Nutrition Santé 2011 – 2015 détaille les objectifs fixés en 2010 par le Haut Conseil de la Santé publique concernant la nutrition : la promotion de l'allaitement maternel fait partie des mesures principales à mettre en œuvre. (6)

3 - Épidémiologie en périnatalité sur l'île de La Réunion

3-1 Offre de soins

Concernant l'offre de soins sur l'île de la Réunion, selon l'Agence Régionale de la Santé (ARS), la répartition des professionnels de santé au 1er janvier 2015 est : (7)

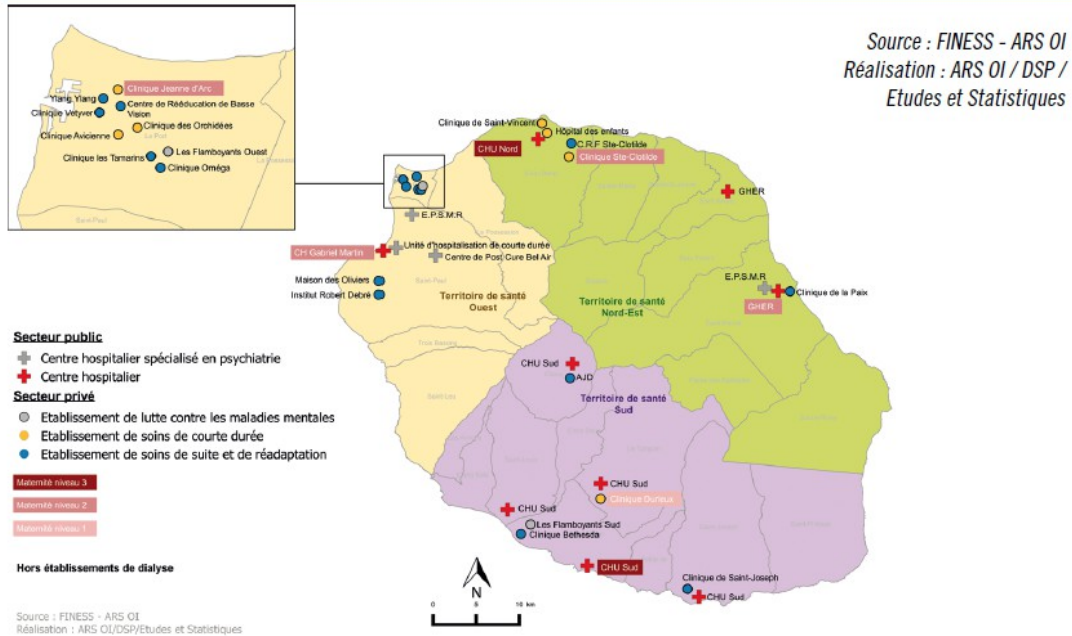
- Pour les médecins généralistes, l'effectif total est de 1 181 à la Réunion (99 669 en métropole).
Soit une densité pour 100 000 habitants de 141 médecins généralistes à la Réunion, plus faible qu'en métropole (156 médecins généralistes).
- Pour les sages-femmes, l'effectif total est de 380 à la Réunion (20 591 en métropole).
Soit une densité pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans de 178 sages-femmes à la Réunion, plus élevée qu'en métropole (146 sages-femmes).
- Pour les gynécologues-obstétriciens, l'effectif est de 79 à la Réunion (4 403 en métropole).
Soit une densité pour 100 000 femmes de 15 ans et plus de 24 gynécologues-obstétriciens à la Réunion, plus élevée qu'en métropole (16 gynécologues-obstétriciens).
- Pour les gynécologues médicaux, l'effectif est de 18 à la Réunion (3 257 en métropole).
Soit une densité pour 100 000 femmes de 15 ans et plus de 5 gynécologues médicaux à la Réunion, bien inférieure à celle de métropole (12 gynécologues médicaux).
- Pour les pédiatres, l'effectif est de 128 à la Réunion (7 598 en métropole).
Soit une densité pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, identique à la Réunion et en métropole, de 64 pédiatres.

Les établissements sanitaires accueillant les naissances sur l'île au 1er janvier 2016 sont répartis sur le territoire de la façon suivante : (7)

- Deux maternités de niveau III : CHU Nord et CHU Sud
- Quatre maternités de niveau II : Groupe Hospitalier Est Réunion à St Benoît (IIa), Centre Hospitalier Gabriel Martin dans l'Ouest à St Paul (IIb), Clinique Sainte Clotilde dans le Nord (IIa), Clinique Jeanne d'Arc du Port au Nord Ouest (IIa)
- Une maternité de niveau I : Clinique Durieux du Tampon dans le Sud



Les établissements sanitaires à La Réunion au 1^{er} janvier 2016



12

STATISS 2015

Figure 1 : Carte des établissements sanitaires à la Réunion au 1er janvier 2016.

Source : STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social), ARS, 2015.

Pour rappel : Définitions des niveaux de maternité : (8)

- Maternité de niveau 1 : dispose d'une unité d'obstétrique ; prise en charge des grossesses normales.
- Maternité de niveau 2A : dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie ; prise en charge des grossesses à risque modéré.
- Maternité de niveau 2B : dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie avec des lits de soins intensifs.
- Maternité de niveau 3 : dispose d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale ; prise en charge des grossesses à haut risque.

3-2 Indicateurs démographiques

Selon l'Agence Régionale de la Santé (ARS), les indicateurs démographiques sur les données de 2013 concernant la Réunion et la métropole en périnatalité sont : (7)

- un taux de natalité (naissances domiciliées pour 1000 habitants) de 16.6 pour la Réunion, et 12.2 pour la métropole
- un taux de fécondité (naissances pour 1000 femmes de 15 à 49 ans) de 65.3 pour la Réunion et 55.2 pour la métropole

Le nombre total d'accouchements en 2014 était à 14 017 à la Réunion (dont 2 815 césariennes, soit 20%), pour 769 004 en métropole (dont 155 702 césariennes, soit 20%)

également). (7)

Une enquête PERISTAT sur les données de l'année 2009 à la Réunion a été réalisée avec le concours du réseau REPERE (réseau périnatal réunion) et l'Observatoire Régional de la Santé à la Réunion (ORS). Voici quelques indicateurs qui sont présentés : (9)

- la proportion de femmes qui ont déclaré fumer au cours de la grossesse (d'une à plus de 10 cigarettes par jour) est de 12%. Cependant, ce pourcentage est probablement sous-estimé du fait de données manquantes car en effet seulement 49% des carnets de santé sont remplis à la visite obligatoire du 8ème jour.
- un âge moyen maternel à la naissance de 28.5 ans
28.8% des mères ont entre 18 et 24 ans à la naissance de leur enfant en 2009.

Les indicateurs Santé Social à la Réunion montrent 475 naissances chez des mineures en 2013, soit 3.4% des naissances sur l'île, selon l'état civil de l'INSEE Réunion (Institut national de la statistique et des études économiques). (10)

Concernant les accouchements à la Réunion en 2009 : (9)

- les modes d'accouchements sont : 71.5 % d'accouchements par voie basse non opératoire, 8.5 % d'accouchements par voie basse opératoire et 20 % de césariennes (y compris programmées et urgentes).
- les lieux d'accouchements sont dans 67.7 % des cas à l'hôpital et dans 31.9 % des cas en clinique (0.4 % des cas à domicile).

3-3 Allaitement

En 2009 à la Réunion, également selon l'enquête PERISTAT, 80 % des nouveaux nés sont allaités au sein à la première semaine de vie (sans précision de l'existence d'un allaitement mixte ou non). (9)

En 2010 en France de façon générale, l'enquête Nationale Périnatale retrouve un taux d'allaitement en progression constante avec :

- 60 % d'allaitement exclusif
- 9 % d'allaitement mixte (sein + biberon) (11)

Antérieurement, une Enquête Nationale Périnatale réalisée en 2003 a permis de proposer une comparaison des distributions de l'allaitement entre La Réunion et la métropole :

Le nombre d'enfants allaités au sein après la naissance était de 59 % à La Réunion, contre 56.5 % en métropole. (12)

L'allaitement mixte (sein + biberon) était en 2003 plus fréquent à La Réunion (13 %, contre 6 %), tandis que l'allaitement artificiel était plus souvent pratiqué en métropole (37 % contre 28 % à La Réunion). (13)

La DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) présente dans le périodique *Études et résultats* d'avril 2016 un article « Deux nouveaux-nés sur trois sont allaités à la naissance » : (14)

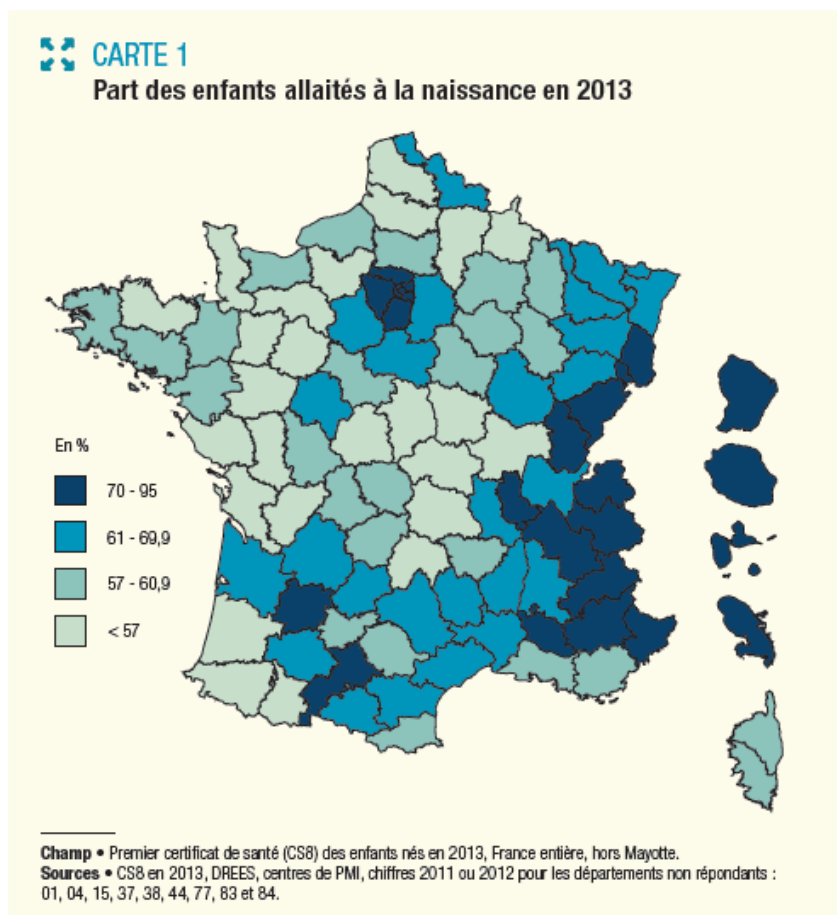


Figure 2 : Carte représentant la part des enfants allaités à la naissance en 2013.

Source : DREES, *Études et résultats*, avril 2016, « Deux nouveaux-nés sur trois sont allaités à la naissance ».



CARTE 2

Part des enfants allaités durant 10 semaines ou plus

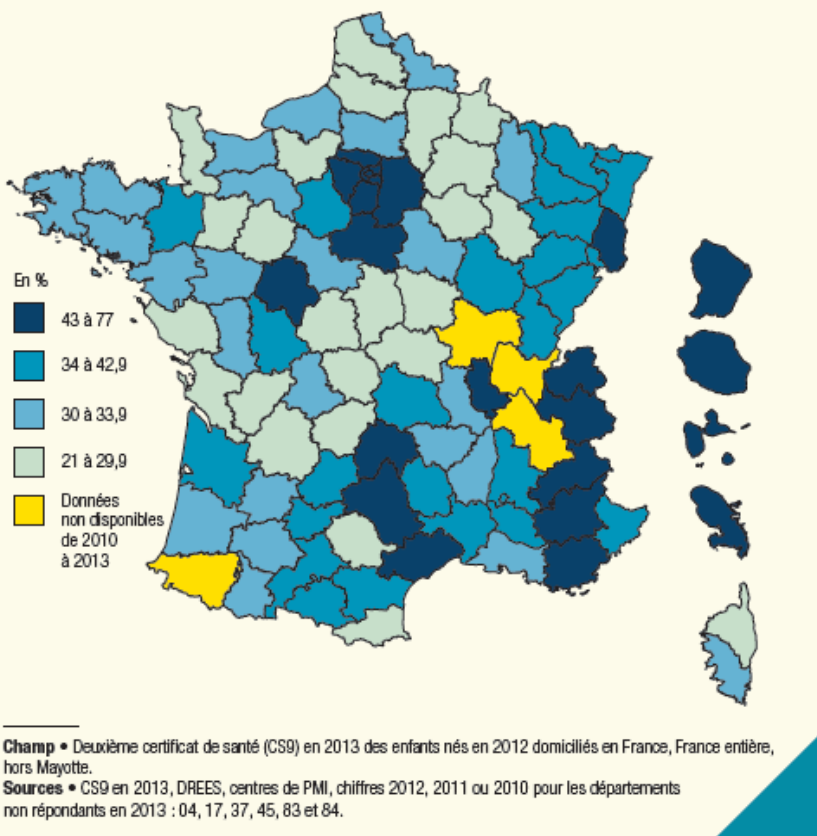


Figure 3 : Carte représentant la part des enfants allaités durant 10 semaines ou plus en 2013.

Source : DREES, *Études et résultats*, avril 2016, « Deux nouveaux-nés sur trois sont allaités à la naissance ».

4 - Revue de la littérature en métropole

4-1 Étude EPIFANE

Épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants, 2012-2013 :

Durée de l'allaitement maternel en France (Benoît Salanave, Catherine de Launay, Julie Boudet-Berquier, Katia Castetbon) (15)

Cette étude publiée en octobre 2014 dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) de l'InVS (institut de veille sanitaire) présente les données épidémiologiques concernant l'alimentation des enfants pendant la première année de vie en France.

Un échantillon aléatoire d'enfants nés en 2012 en France métropolitaine a été analysé par interrogatoire dans 136 maternités, puis à 1, 4, 8 et 12 mois. Ont été inclus 3365 enfants, dont 83% qui ont été suivis jusqu'à l'âge d'un an.

Les résultats ont montré : à la naissance, 74% d'enfants allaités, 39% d'enfants encore allaités à 3 mois (10% exclusivement, 11% de façon prédominante, 18% en allaitement mixte). Un enfant sur 4 (23%) restait allaité à l'âge de 6 mois (dont la moitié en mixte). A un an, seulement 9% des enfants bénéficiaient encore de l'allaitement maternel. La médiane de l'allaitement maternel exclusif a été estimée dans cette étude à l'âge de 3 semaines et demie, tandis que la durée médiane d'allaitement maternel était de 15 semaines.

Figure
Évolution des taux d'allaitement maternel (AM) de la naissance à 12 mois, Épifane 2012-2013, France

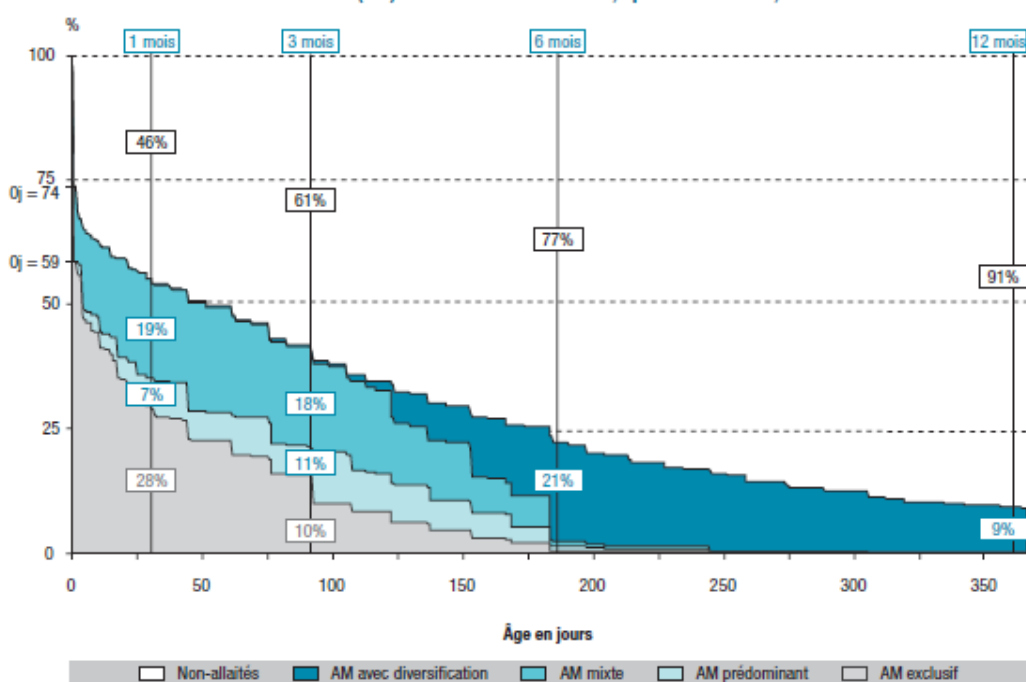


Tableau 1
Allaitement maternel* et préparations pour nourrissons du commerce à la naissance et à 3, 6 et 12 mois, Épifane 2012-2013, France

Type d'alimentation lactée (%)	Âge			
	Naissance n=3 365	3 mois n=3 223	6 mois n=3 194	12 mois n=2 817
Ni allaitement maternel, ni préparation pour nourrissons	0,0	0,0	0,5	6,9
Allaitement maternel sans préparation pour nourrissons	58,7	21,4	10,5	5,0
Préparations pour nourrissons et allaitement maternel	15,0	17,8	12,0	4,6
Préparations pour nourrissons sans allaitement maternel	26,3	60,8	77,0	83,5

*Allaitement maternel, quel que soit son degré d'exclusivité (exclusif, prédominant, mixte, ou avec diversification).

Figure 4 : Évolution des taux d'allaitement maternel de la naissance à 12 mois et Type d'alimentation lactée à la naissance et à 3, 6 et 12 mois.

Source : Durée de l'allaitement maternel en France, étude EPIFANE 2012-2013.

A partir des premières données de l'étude EPIFANE 2012, une analyse du taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant a été publiée en septembre 2012 dans le BEH de l'InVS (Benoît Salanave, Catherine de Launay, Caroline Guerrisi, Katia Castetbon). (16)

Les résultats ont démontré un taux d'allaitement maternel à 69% à la maternité (dont 60% exclusif, 9% mixte). A l'âge d'un mois, le taux d'allaitement maternel avait diminué à 54% (dont 35% exclusif, 19% mixte), avec un taux d'utilisation de formules lactées seules de 45%.

Figure 1 Évolution des taux d'alimentation lactée de la maternité à 1 mois, étude Épipane 2012, France / **Figure 1** Trends in breastfeeding rates from maternity units to 1 month, EPIFANE survey 2012, France

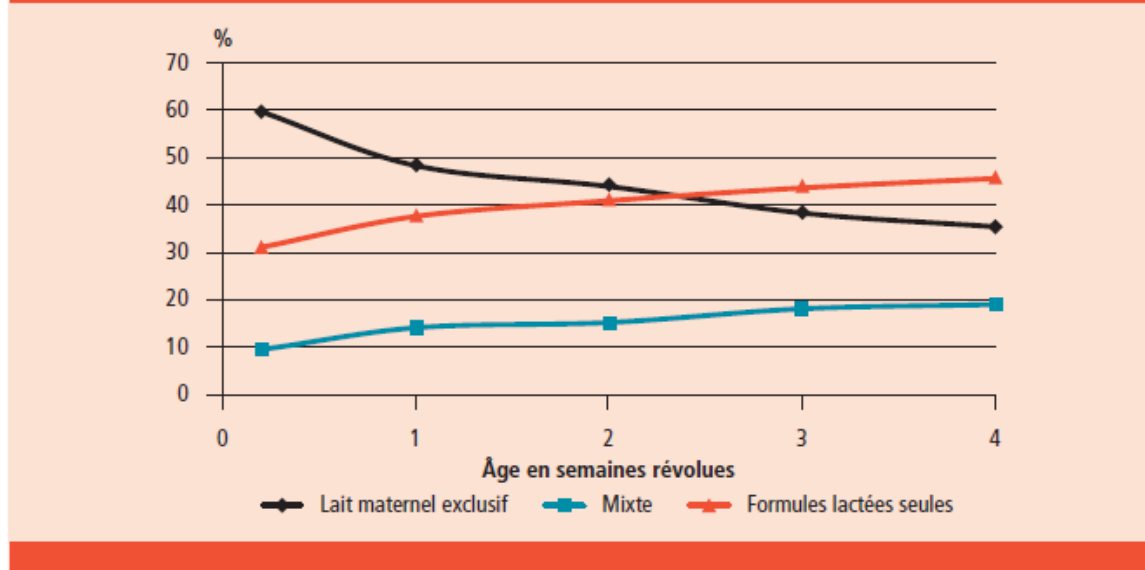


Figure 5 : Évolution des taux d'alimentation lactée de la maternité à un mois.

Source : Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant, résultats de l'étude EPIFANE, France, 2012.

La part d'allaitement maternel exclusif à la maternité était plus faible pour les mères jeunes, avec un niveau d'études inférieur, minces ou obèses et dans les cas d'absence de préparation à l'accouchement. Le taux d'allaitement exclusif baissait fortement pendant la première semaine de vie.

Les facteurs associés à un taux d'allaitement plus élevé étaient : un âge maternel plus avancé, un couple marié, un niveau d'études supérieur, naissance maternelle à l'étranger, l'absence de tabac pendant la grossesse, le suivi de cours de préparation à la naissance, un contact peau à peau précoce en post-partum, un conjoint avec une perception positive de l'allaitement maternel.

Figure 2 Évolution des taux d'alimentation lactée de la maternité à 1 mois selon le niveau d'études, étude Épipane 2012, France / **Figure 2** Trends in breastfeeding rates, from maternity units to 1 month, according to the educational level, EPIFANE survey 2012, France

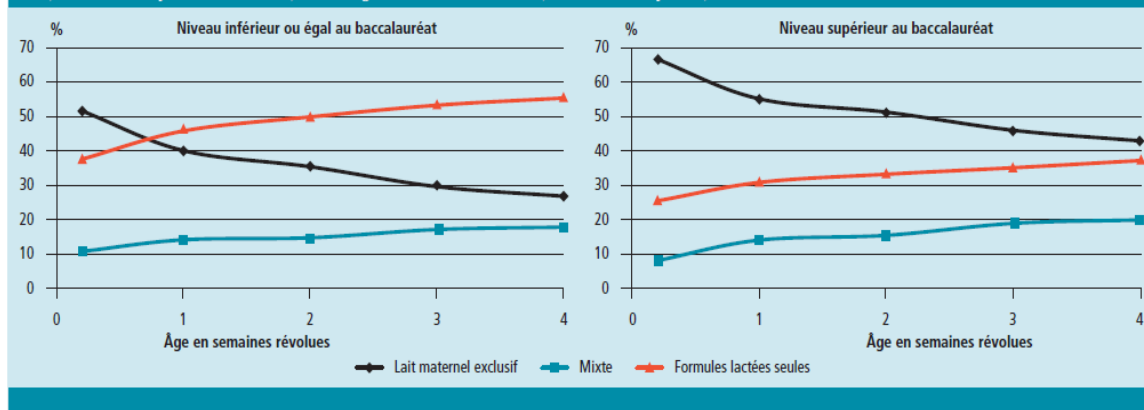


Figure 6 : Évolution des taux d'alimentation lactée de la maternité à un mois selon le niveau d'études.

Source : Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant, résultats de l'étude EPIFANE, France, 2012.

4-2 Étude ELFE

Durée de l'allaitement maternel en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance en 2011 (Sandra Wagner, Claire Kersuzan, Séverine Gojard, Christine Tichit, Sophie Nicklaus, Bertrand Geay, Pierig Humeau, Xavier Thierry, Marie-Aline Charles, Sandrine Lioret, Blandine de Lauzon-Guillain) (17)

Cette étude longitudinale française depuis l'enfance concerne une cohorte de naissance de grande envergure et a été publiée en mars 2015 dans le BEH. Elle décrit, en France métropolitaine en 2011, la durée totale de l'allaitement, ainsi que celle de l'allaitement prédominant et les facteurs socioculturels, démographiques et économiques associés à la durée de l'allaitement.

La population étudiée, recrutée aléatoirement, était composée de plus de 18000 enfants nés en 2011 dans 320 maternités en France métropolitaine. Les données ont été recueillies par entretien à la naissance, puis par téléphone à 2 mois et à un an, ainsi que par auto-questionnaires mensuels entre 3 et 10 mois.

Les résultats ont retrouvé : 70% d'initiation d'un allaitement, la médiane de la durée totale d'allaitement était de 17 semaines (15 semaines dans l'étude EPIFANE), et celle de l'allaitement prédominant de 7 semaines. A l'âge de 6 mois, 19% des enfants recevaient encore du lait maternel (contre 23% dans l'étude EPIFANE).

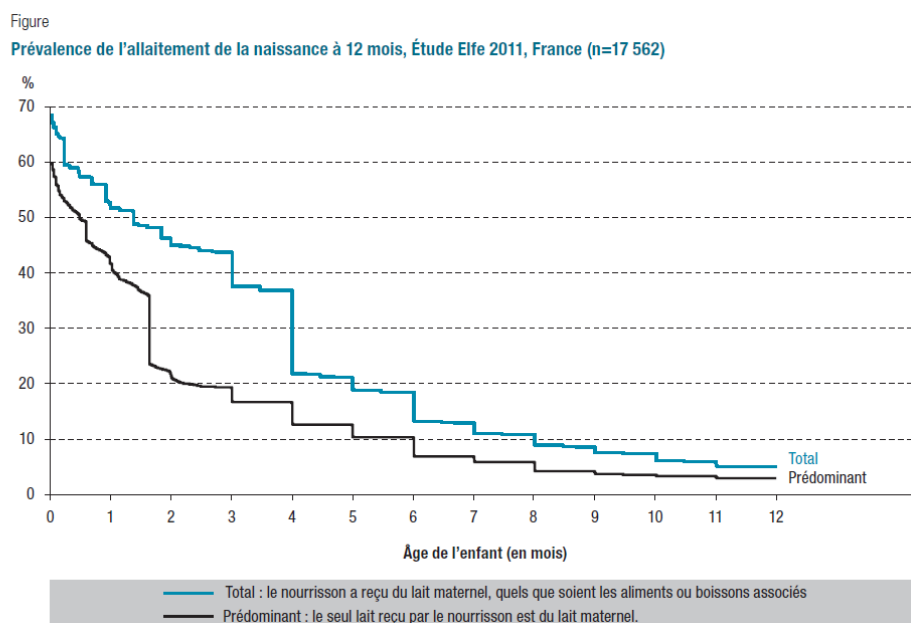


Figure 7 : Prévalence de l'allaitement de la naissance à 12 mois.

Source : Durée de l'allaitement maternel en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance, étude ELFE 2011

La durée totale d'allaitement diminuait chez les mères plus jeunes, ne vivant pas en couple, avec un niveau scolaire inférieur ou avec une reprise de l'activité professionnelle précoce (moins de 10 semaines en post-partum).

Les facteurs associés significativement à un allaitement plus long étaient : la profession de cadre (par rapport à celle d'employée), le congé parental, le suivi de préparation à la naissance ainsi que le conjoint ayant assisté à l'accouchement.

Selon l'étude ELFE 2011, les limites à l'allaitement prolongé sont liées à la situation familiale, l'emploi, aux facteurs éducationnels et à la culture.

A partir des données de l'étude ELFE 2011, la prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement a été décrite dans une publication au BEH en juin 2014 (Claire Kersuzan, Séverine Gojard, Christine Tichit, Xavier Thierry, Sandra Wagner, Sophie Nicklaus, Bertrand Geay, Marie-Aline Charles, Sandrine Lioret, Blandine de Lauzon-Guillain). (18)

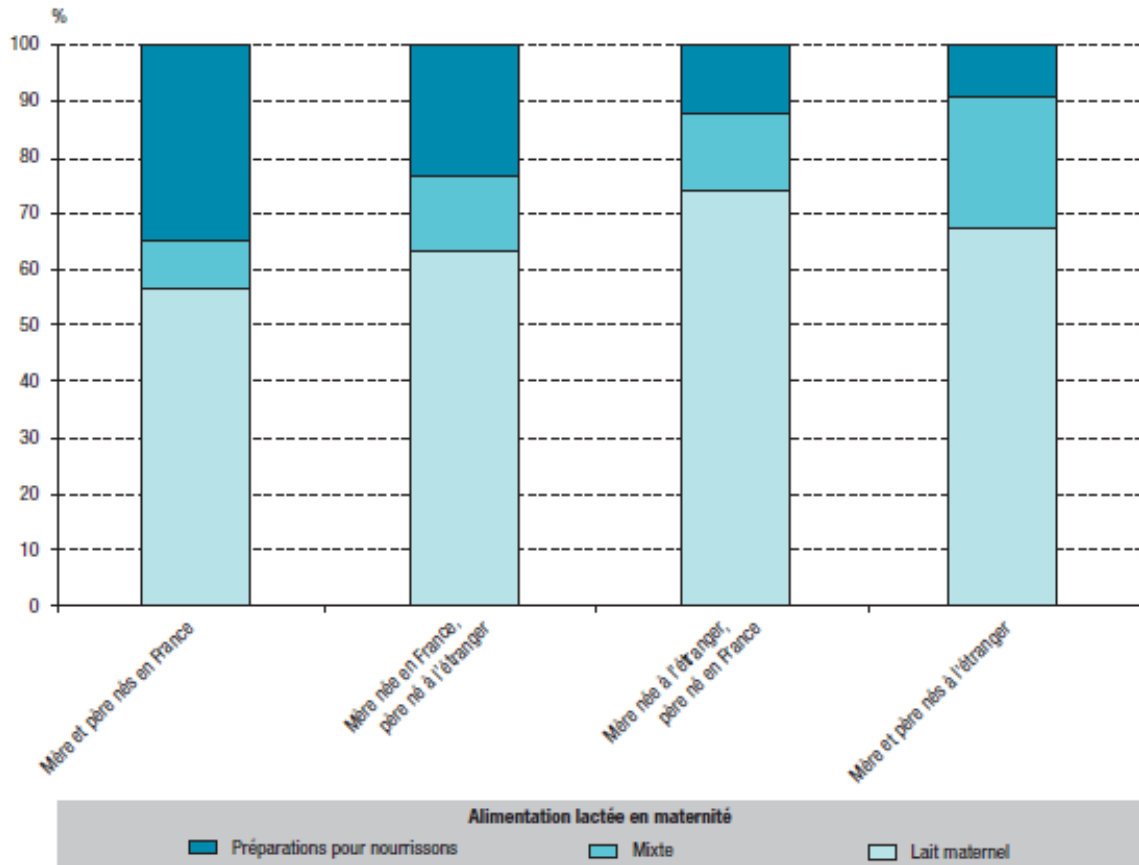
Les résultats ont montré à la maternité : 70.5% d'allaitement maternel total, dont 59% d'allaitement exclusif et 11.5% d'allaitement mixte (9% dans EPIFANE).

Les cas qui retrouvaient un taux d'allaitement plus faible étaient : existence de complications à la naissance, naissance des parents en France, professions ouvrières, employées ou sans profession, niveau d'études maternel intermédiaire, tabagisme maternel, absence de suivi de préparation à la naissance, poids faible ou élevé avant la grossesse.

Ces caractéristiques socio-culturelles et démographiques sont donc proposées par l'étude ELFE 2011 comme étant les cibles privilégiées des actions de promotion de l'allaitement.

Figure

Mode d'alimentation lactée à la maternité selon le pays de naissance des parents (en pourcentage), Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011



Significativité statistique du test des différences observées (Chi2) : $p < 0,0001$

Figure 8 : Mode d'alimentation lactée à la maternité selon le pays de naissance des parents.

Source : 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.

ÉTUDE

1 - Problématique

Les recommandations de l'OMS prônant un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de vie des nourrissons sont rarement atteintes en France.

Les données sur l'allaitement maternel à la Réunion sont peu nombreuses, avec peu de renseignements sur l'évolution des pratiques à quelques mois de vie des bébés.

En effet, il n'existe pas d'étude récente à la Réunion concernant le taux d'allaitement maternel, à la naissance puis à 3 mois.

La décision d'allaiter au sein ou non son bébé, ainsi que la poursuite de l'allaitement maternel au fil des mois, est personnelle, intime, liée à des facteurs socioculturels, familiaux, environnementaux et professionnels. De nombreux vecteurs entrant en jeu, il est difficile d'appréhender en globalité les pratiques d'une population.

Dans l'histoire de l'allaitement, chaque cas est particulier.

A la Réunion, les mesures mises en place d'aide à l'initiation et pour la promotion de l'allaitement sont nombreuses et variées, par exemple :

- un réseau REPERE (Réseau Périnatal Réunion) proposant des formations destinées aux professionnels de santé, réunions inter-professionnelles et événements publics,
- une maternité dotée du label IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébé), au Centre Hospitalier de St Paul,
- l'AREAM (Association Réunionnaise de Soutien à l'Allaitement Maternel) avec sa ligne téléphonique d'écoute, ses réunions d'informations destinées aux mamans, des formations pour les bénévoles et campagnes de sensibilisation au grand public,
- la présence de nombreuses consultantes en lactation libérales et hospitalières sur l'île (19),
- l'accessibilité à des cours de préparation à l'accouchement sur une grande partie du territoire réunionnais,
- des supports d'information en format papier (guide de l'allaitement (20)) disponibles dans de nombreuses structures libérales, hospitalières, PMI (Protection Maternelle et Infantile), ainsi que des liens internet diffusés sur les brochures,
- un suivi par une sage femme à domicile en post-partum très souvent proposé aux mamans ...

On peut se demander quel est leur impact sur la pratique de l'allaitement. Ces mesures sont-elles perçues par les mères ? Influencent-elles la pratique réelle selon les femmes ?

Quels sont les freins à la poursuite de l'allaitement de façon exclusive jusqu'aux 6 mois de vie du bébé ? Les recommandations à visée de santé publique diffèrent-elles du souhait des couples ?

Les récentes études réalisées en métropole montrent des facteurs associés à un taux d'allaitement plus élevé, tels qu'un âge maternel plus avancé, un couple marié, un niveau d'études supérieur, une naissance maternelle à l'étranger, l'absence de tabac pendant la grossesse, le suivi de cours de préparation à la naissance, un contact peau à peau précoce en post-partum, un conjoint avec une perception positive de l'allaitement maternel. (16)

Ces facteurs sont-ils comparables à la Réunion ? Existe-t-il des spécificités régionales ?

2 - Objectifs de l'étude

L'objectif initial est de détailler le parcours de soin des femmes désirant allaiter à La Réunion.

Pour cela, la question de recherche est : Quelle est, à La Réunion, la durée d'allaitement maternel (exclusif et mixte) en fonction de facteurs potentiellement influençant, dans les trois premiers mois ?

Les objectifs secondaires portent sur :

- les facteurs associés à l'allaitement exclusif et total,
- les problématiques rencontrées du point de vue des mamans,
- le ressenti des femmes concernant leur expérience d'allaitement,
- les motifs évoqués de sevrage du sein,
- le contexte socioculturel, professionnel, économique et familial encadrant cette expérience de l'allaitement.

Le projet de cette étude est d'évaluer le réseau et l'offre de soin autour de l'allaitement à La Réunion en terme de quantité, accessibilité, visibilité, adaptation aux besoins et qualité de la formation des professionnels consultés en premier lieu.

Je souhaite également essayer de développer des solutions adaptées aux problématiques effectivement rencontrées par les mamans, dans le but d'optimiser l'allaitement maternel à la Réunion, mais aussi la satisfaction du couple mère-bébé dans cette relation.

Enfin, il est intéressant de disposer de résultats permettant une comparaison de la pratique de l'allaitement avec la métropole.

Pour atteindre ces objectifs, il est primordial de s'intéresser à la description de la population étudiée (démographie et particularités médicales), à la durée de l'allaitement et son mode de pratique (exclusif, mixte), aux facteurs associés à la durée de l'allaitement et à ceux associés au sevrage du sein, ainsi qu'au ressenti des mamans vis à vis de leur expérience personnelle.

3 - Population et méthode

L'étude de type prospective, multicentrique, longitudinale, de cohorte a été réalisée entre février 2016 et juillet 2016, dans 3 maternités sur l'île de La Réunion : le Centre Hospitalier Universitaire La Réunion comprenant le CHU Félix Guyon à Saint Denis et le CHU Sud Réunion à Saint Pierre, ainsi que le Centre Hospitalier Gabriel Martin à Saint Paul.

La population étudiée était composée de patientes hospitalisées dans chaque maternité, à la fois en service de suites de couches physiologiques, pathologiques et "unité kangourou" (surveillance rapprochée du bébé), en post-partum immédiat d'un enfant né vivant. La taille de la cohorte a été déterminée a priori et arbitrairement avant le début du travail, incluant 20 femmes par centre, soit 60 patientes au total.

3-1 Critères d'inclusion

L'étude a été proposée à toutes les patientes, dans les maternités, allaitant au sein leur bébé aux dates d'inclusion, que ce soit un allaitement maternel exclusif ou mixte, avec éventuellement l'utilisation d'un tire-lait, après éviction des cas de critères d'exclusion, jusqu'à atteindre le nombre de sujets prévu. La voie d'accouchement n'a pas influencé la détermination des patientes participant à l'étude.

3-2 Critères d'exclusion

Ont été exclues de la cohorte les patientes effectuant en post-partum immédiat un allaitement artificiel strict, ainsi que les mères de bébés nés avec une grande prématurité (avant 32 SA). Les patientes refusant de participer à l'étude n'ont pas été incluses.

3-3 Déroulement des entretiens

Sur la base du volontariat, les patientes étaient informées par mes soins, à l'oral et par écrit, lors du premier contact, de l'objectif de l'étude, son déroulement et de l'anonymisation des données. (Annexe 1)

- La première étape consistait en un entretien direct dirigé en post-partum immédiat, réalisé à la maternité. Le questionnaire était rempli par mes soins pendant que j'interrogeais les mamans. (Annexe 2)

Celui-ci portait sur les antécédents médicaux, le déroulement et suivi de la grossesse, le contexte socioprofessionnel, familial et l'allaitement maternel (raisons du choix, déroulement de l'initiation, soutien, projet et ressenti initiaux).

- Dans un second temps, je leur proposais une étude à 3 mois de l'accouchement via une enquête téléphonique que je réalisais. Elle était descriptive du déroulement de l'allaitement, les problématiques éventuellement rencontrées, la participation du conjoint, les professionnels de santé consultés, les réponses obtenues et le ressenti global. (Annexe 3)

Le consentement de chaque patiente acceptant de participer a été recueilli par écrit, pour l'entretien initial ainsi que pour le rappel téléphonique à 3 mois. (Annexe 1)

La possibilité de se retirer à tout moment de l'étude sans justification était explicitée aux patientes.

3-4 Définitions

Les définitions utilisées dans l'étude sont :

- Allaitement exclusif : alimentation avec du lait maternel sans préparation pour nourrissons associée
- Allaitement mixte : association du lait maternel (qu'il soit donné au sein ou au biberon) à des préparations pour nourrissons
- Allaitement artificiel : alimentation composée de préparations pour nourrissons seulement

3-5 Organisation de l'étude

Je me suis déplacée dans les trois maternités sur rendez vous avec les chefs de service pour la présentation initiale du projet. Puis j'ai rencontré les cadres des services concernés pour informer les équipes soignantes (information orale et fiches écrites placées dans les services avant mes interventions). (Annexe 4)

Les dates de déroulement des premiers entretiens ont été choisies aléatoirement selon mes disponibilités, de février à avril 2016.

Un contact avec les sages-femmes en début de journée permettait de dresser les listes des mamans entrant dans les critères d'inclusion. Puis, je rencontrais chaque patiente individuellement lorsqu'elles étaient disponibles entre les soins. La durée moyenne des entretiens à la maternité était de 8 minutes. Le nombre de femmes interrogées par jour fluctuait selon les patientes hospitalisées.

Je recueillais dans le même temps leurs coordonnées téléphoniques ainsi que leurs disponibilités pour les rappels à 3 mois (jours et horaires). Les questionnaires papiers remplis lors des premiers entretiens étaient directement anonymisés par un numéro. Je conservais le tableau des correspondance noms- numéros afin de gérer correctement les rappels à 3 mois.

Pour l'étude à 3 mois, j'effectuais les rappels téléphoniques dans la mesure des disponibilités des patientes. Les résultats étaient transcrits directement sur questionnaire papier. Le délai de février à juillet 2016 comprend le temps nécessaire pour procéder à tous les entretiens, initiaux et secondaires.

Sur les 60 patientes incluses en post-partum immédiat, 8 n'ont pas pu être recontactées (ou incomplètement interrogées) : elles seront désignées ci après comme "perdus de vue", soit 13% de la totalité de la cohorte.

Les résultats ont ensuite été codés pour l'analyse statistique.

4 - Analyse statistique

Le codage des résultats a été réalisé sur Open Office Calc puis exploité par un logiciel d'analyse statistique. L'analyse a pu être effectuée avec l'aide du Dr Gérardin du Centre d'Investigation Clinique du CHU Sud Réunion.

La répartition des résultats de la population de cette étude concernant la durée d'allaitement ne suit pas une loi normale, il est donc préférable de comparer plutôt les médianes, interquartiles, minimales et maximales plutôt que les moyennes et écart types.

L'analyse descriptive univariée a permis d'obtenir des données concernant les variables qualitatives et quantitatives. Les moyennes, médianes, écarts types, quartiles, intervalle de confiance à 95% ont ensuite été calculés, à l'aide de tests de Student et d'analyse de variance (ANOVA).

La partie analytique contenait le croisement et la comparaison de facteurs par des tests statistiques (test du Chi² de Pearson (avec un seuil de signification fixé à 5%) et méthode de Fisher exact bilatéral).

L'analyse des facteurs liés à la durée de l'allaitement a permis de comparer des moyennes ou médianes de durée d'allaitement selon les facteurs catégoriels :

Le test de Mann-Whitney était utilisé quand deux modalités étaient comparées, celui de Kruskal-Wallis quand 3 modalités ou plus étaient comparées.

L'identification des facteurs associés à l'allaitement a été recherchée pour les catégories suivantes :

- l'allaitement au sein exclusif (y compris le lait maternel tiré et donné secondairement au biberon) versus l'allaitement artificiel strict (en excluant les allaitements mixtes)
- l'allaitement maternel total (comprenant l'exclusif et le mixte) versus l'allaitement artificiel strict.

Enfin, pour l'analyse des facteurs liés au ressenti à 3 mois de l'allaitement, les réponses des mères ont été catégorisées secondairement en deux variables (ressenti positif versus ressenti négatif). Les résultats étaient donnés sous forme de tableaux de valeurs et pourcentages. Il n'a pas été réalisé d'analyse multivariée du fait de la taille de l'échantillon trop restreinte.

Dans le but d'homogénéiser les sous groupes de la population de l'étude et du fait du petit échantillon, des regroupements ont été effectués entre certaines variables discrètes :

- les mineures et jeunes mères ont été associées (ce qui correspond à l'âge moyen de la primiparité en métropole)
- le pays d'origine : la catégorie "autre" regroupait Mayotte, Madagascar, Haïti, Belgique
- le foyer : les familles nombreuses incluaient les parents et 3 enfants ou plus
- les catégories socioprofessionnelles : dites "supérieures ou moyennes" incluaient les artisans, commerçants, chefs d'entreprises, cadres, professions intellectuelles supérieures et intermédiaires, celles dites "autres catégories" incluaient les employés et ouvriers.
- le niveau d'étude : le niveau collège et BEP/CAP ont été associés
- le tabagisme : la catégorie "présence" incluait le mode actif et/ou passif de la consommation.

RÉSULTATS

Pour cette étude, 60 entretiens en post-partum immédiat et 53 questionnaires (dont un est incomplet) à 3 mois de vie des bébés ont pu être analysés.

1 - Description de la cohorte

Les femmes ayant accepté de participer étaient globalement plus âgées par rapport aux indicateurs épidémiologiques, bien que la part des mineures soit respectée (3.3%). (21) (9) (8) (22)

La cohorte était constituée de 37% de primipares, 35% de femmes accouchant de leur deuxième enfant et 28% de multipares (3ème enfant ou plus).

Pour 27 femmes, il s'agissait d'une première expérience d'allaitement, que ce soit des primipares (22 femmes) ou multipares (5 femmes). La durée médiane d'allaitement antérieur était de 7 mois pour celles qui avaient déjà pratiqué un ou plusieurs allaitements (données de leur dernière grossesse).

Une majorité de patientes avaient été elle mêmes allaitées au sein.

Le contexte socio-économique et familial a été exploré lors du premier entretien.

Les lieux de résidence des femmes étaient relativement variés, à l'exclusion de la pointe Sud-Est de l'île (allant de de St Benoît à St Joseph) et des cirques. La densité de population dans ces régions du territoire réunionnais est néanmoins beaucoup plus faible. Les patientes avaient été en effet recrutées dans trois maternités assez distantes les unes des autres. Plus de la moitié d'entre elles vivent dans les hauts.

Les pratiques de l'allaitement différant beaucoup d'un pays à l'autre et La Réunion étant composée d'une population multiculturelle, il était primordial de s'intéresser au pays de naissance des femmes interrogées : 70% de Réunionnaises, 17% de patientes originaires de métropole, 7% de Malgaches, 3% de Mahoraises, 3% d'autre origine.

Sur le plan professionnel, les femmes étaient moins nombreuses à travailler : seulement 60% des mères de la cohorte avaient un emploi, pour 83% des pères (parmi les 52 couples interrogés).

Chez les femmes, les catégories socio-professionnelles dites "autres" (employées ou ouvrières) étaient majoritairement représentées (61%). La moitié des femmes de la cohorte avaient suivi des études supérieures.

Chez les hommes, à l'inverse, ce sont les professions dites "supérieures ou moyennes" qui étaient plus fréquemment rencontrées (55% d'artisans, commerçants, cadres ou professions intermédiaires). (23)

Sur le plan financier, la moitié de la population étudiée se trouvait dans une situation relativement aisée (comprenant deux salaires au domicile), tandis que 20% d'entre elle n'en percevait aucun.

Les familles nombreuses (3 enfants ou plus) représentaient 27% de la cohorte.

Concernant le suivi de la grossesse actuelle, une part importante des couples n'avait pas bénéficié des cours de préparation à la naissance (43%). Les raisons évoquées par les mamans étaient l'absence de besoin et/ou d'envie, un manque de temps, des difficultés d'ordre organisationnelles, ou, plus rarement, du fait du suivi par une sage femme à domicile. De ce fait, un tiers des femmes n'ont pas été informées sur l'allaitement maternel, que ce soit avant, pendant la grossesse ou à l'accouchement.

Au niveau de l'exposition du nouveau-né aux toxiques, 4 femmes ont déclaré avoir fumé pendant la grossesse et 23 femmes subissaient un tabagisme passif par l'entourage. En moyenne, l'exposition était estimée à 10 cigarettes par jour. Un cas de consommation d'alcool pendant la grossesse, à un rythme occasionnel, a été déclaré.

Tableau 1 : Caractéristiques des femmes incluses dans l'étude

		Nombre (n=60)	Pourcentage
Âge maternel (ans)	< 18	2	3.3
	18 - 24	8	13.3
	25 - 35	38	63.3
	> 35	12	20
Parité	1er bébé	22	37
	2ème	21	35
	3ème	8	13
	4ème et plus	9	15
Expérience personnelle antérieure d'allaitement	oui	33	55
	non	27	45
Nombre d'allaitements antérieurs n=33	1	23	70
	2	6	18
	3 et plus	4	12
Durée allaitements antérieurs n=33	Moins de 3 mois	8	24
	3 à 6 mois	8	24
	Plus de 6 mois	17	52
Mères elle mêmes allaitées	oui	39	65
	non	13	22
	Ne sait pas	8	13
Pays de naissance maternel	Réunion	42	70
	Métropole	10	16.7
	Madagascar	4	6.7
	Autre	4	6.6
Vie en couple	oui	52	87
	non	8	13
Personnes vivant au foyer	2 ou 3	22	36.7
	4	22	36.7
	5 et plus	16	26.6

		Nombre (n=60)	Pourcentage
Lieu de vie	bas	25	42
	hauts	35	58
Emploi mère avant la grossesse	oui	36	60
	non	24	40
Catégories socio - professionnelles mères n=36	Cadres sup et intermédiaires	10	27.8
	Employés, ouvriers	22	61.1
	Artisans commerçants	4	11.1
Emploi du conjoint n=52	oui	43	83
	non	9	17
Catégories socio - professionnelles conjoints n=43	Cadres sup et intermédiaires	20	46
	Employés, ouvriers	19	45
	Artisans commerçants	4	9
Salaires au domicile	0	12	20
	1	17	28
	2	31	52
Niveau d'études maternel	collège/BEP/CAP	15	25
	lycée	17	28
	Supérieur au bac	28	47
Prise de décision d'allaiter	Toujours	34	57
	Per gravidique	21	35
	À l'accouchement	5	8
Suivi préparation naissance	oui	34	57
	non	26	43
Information reçue sur l'allaitement (les réponses "pré ET per gravidique": réparties à égalité dans les 2 catégories)	Pré gravidique	8	13
	Per gravidique	30	50
	À l'accouchement	4	7
	Jamais	18	30
Tabac pendant grossesse (la réponse : "mère + entourage": incluse dans "mère")	mère	4	7
	entourage	23	38
	non	33	55
Exposition nouveau - né au tabac (nombre de cigarettes /j) n=26	Moins de 5	6	23
	Entre 5 et 10	12	46
	Plus de 10	8	31

2 - Parcours de soin initial de l'Allaitement

60 questionnaires remplis à la maternité en post-partum immédiat

Lorsque l'on s'intéresse aux raisons motivant les mères à allaiter, se mélangent à la fois les croyances personnelles et notions théoriques suite à l'information perçue.

Le "bénéfice pour la santé du bébé" est avancé par 25 mères, la "diminution du risque d'infections" par 16 d'entre elles, "pour la relation maman bébé" par 16 mères également, le caractère "économique" est quant à lui peu retrouvé (dans 5 cas).

Parmi les raisons "autres", plus intimes, décrites par les patientes, on trouve : "c'est le mieux pour le bébé" (8 fois), "c'est pratique" (5 fois), "pour essayer la sensation" (4 fois), "le lait maternel est meilleur" (3 fois), "pour le plaisir" (3 fois), "pour la réassurance" (3 fois), "c'est le bon dieu qui l'a décidé ainsi, s'il nous a donné des seins, c'est pour allaiter", "c'est dans notre culture", "pour garder le lien après la grossesse", "pour bien faire", "pour éviter le cancer du sein", "c'est sympa", "pour qu'il ait la quantité qu'il veut", "pour sa prématurité", "pour la prise de poids du bébé", "comme pour les autres bébés", etc.

A la maternité, plus de la moitié des femmes considéraient que l'initiation de leur allaitement se déroulait "plutôt bien". 51 femmes se sentaient soutenues, tandis que 21 femmes déclaraient un "début plutôt difficile". Les personnes ressources évoquées étaient d'abord l'équipe de la maternité (34 fois), puis le conjoint (22 fois) mais aussi la famille (20 fois).

La constitution d'un réseau de soutien à domicile avant la sortie était claire pour la quasi totalité des patientes. Elles envisageaient de se tourner si besoin vers une sage femme en très large majorité (41 fois). Ensuite, les autres référents évoqués étaient : la PMI (10 fois), l'entourage (10 fois), une consultante en lactation (9 fois), le médecin généraliste (8 fois), un pédiatre (5 fois).

Pour le suivi futur du bébé, les mamans pensaient s'adresser plus fréquemment vers un pédiatre (25 fois), puis un médecin généraliste (18 fois), une sage femme (17 fois), et enfin plus rarement vers la PMI.

58% des femmes interrogées ne connaissaient pas l'existence de consultations dédiées à l'allaitement. Parmi les femmes qui avaient un emploi, 32% n'étaient pas informées de la possibilité d'obtenir une heure journalière pour l'aide à la poursuite de l'allaitement au travail.

Enfin, le ressenti global des patientes en début d'allaitement était plutôt positif puisqu'elles étaient confiantes (35 fois), motivées (10 fois), convaincues (8 fois), mais aussi parfois inquiètes (10 fois).

3 - Durée et modalités d'Allaitement

Questionnaires à 3 mois

Le projet initial d'allaitement décrit par les mamans semble suivre les recommandations actuelles de l'OMS puisque la durée médiane de poursuite d'allaitement envisagée au moment de la naissance était de 6 mois.

Parmi les patientes ayant une activité professionnelle prévue ou envisagée après la naissance, 71% pensaient poursuivre l'allaitement à la reprise du travail.

Cependant, il n'a pas été retrouvé de corrélation entre le projet initial d'allaitement et la durée effective d'allaitement, selon l'analyse à 3 mois.

L'analyse à 3 mois de la durée effective d'allaitement maternel exclusif (que ce soit un allaitement uniquement au sein ou du lait maternel tiré puis donné au biberon) était en moyenne de **2 mois** (IC 95% [-0.46 ; 4.46]). Pour l'allaitement maternel mixte (lait maternel associé à du lait artificiel), la durée moyenne à 3 mois était de **5 semaines** (soit 1.25 mois, IC 95% [-0.69 ; 3.19]).

[IC 95%] : intervalle de confiance à 95% = moyenne -2DS ; moyenne +2DS ;

La répartition des modes d'allaitement à 3 mois de vie du bébé est présentée dans le tableau 2.

Tableau 2 : État des lieux de l'allaitement aux trois mois du bébé		
	nombre	pourcentage
Artificiel strict	21	39.6
Maternel exclusif au sein	14	26.4
Maternel exclusif (biberon de lait tiré)	2	3.8
Mixte (lait maternel et lait artificiel)	16	30.2
TOTAL	53	100.0

La distribution des résultats ne suivant pas une loi normale, les médianes doivent être préférentiellement analysées. Concernant la durée d'allaitement exclusif pratiquée par les patientes (au total 47 patientes), qu'elles aient stoppé leur allaitement ou non, ou bien qu'elles soient ensuite passées sur un mode mixte : la durée médiane d'allaitement exclusif réalisé était de **2 mois**. L'étendue allait de 3 jours à 3 mois, le quartile inférieur (Q1) était 1 mois, le quartile supérieur (Q3) était 3 mois, pour un écart interquartile (Q3-Q1, donc 50% des résultats) de 2 mois.

Concernant les 26 patientes ayant pratiqué un allaitement mixte, que ce soit en relais du sein exclusif ou d'emblée sur un mode mixte : la durée médiane d'allaitement mixte réalisé était d'**un mois et demi**. L'étendue allait de 7 jours à 3 mois, le quartile inférieur était 22 jours (0.75 mois), le quartile supérieur était 2 mois et demi, pour un écart interquartile de 1.75 mois (53 jours).

Concernant l'allaitement maternel total (qui englobe la pratique exclusive et mixte, soit un total de 53 patientes) : la durée médiane d'allaitement maternel réalisé était de **3 mois**. L'étendue allait de 4 jours à 3 mois, le quartile inférieur était 2 mois, le quartile supérieur était 3 mois, pour un écart interquartile d'1 mois.

La figure 9 présente le mode et la durée d'allaitement des femmes interrogées selon leur lieu de vie. Les catégories choisies pour la description sont : allaitement maternel exclusif pendant moins d'un mois, exclusif entre 1 et 2 mois, exclusif pendant plus de 2 mois, mixte pendant moins d'un mois, mixte entre 1 et 2 mois, mixte pendant plus de 2 mois.

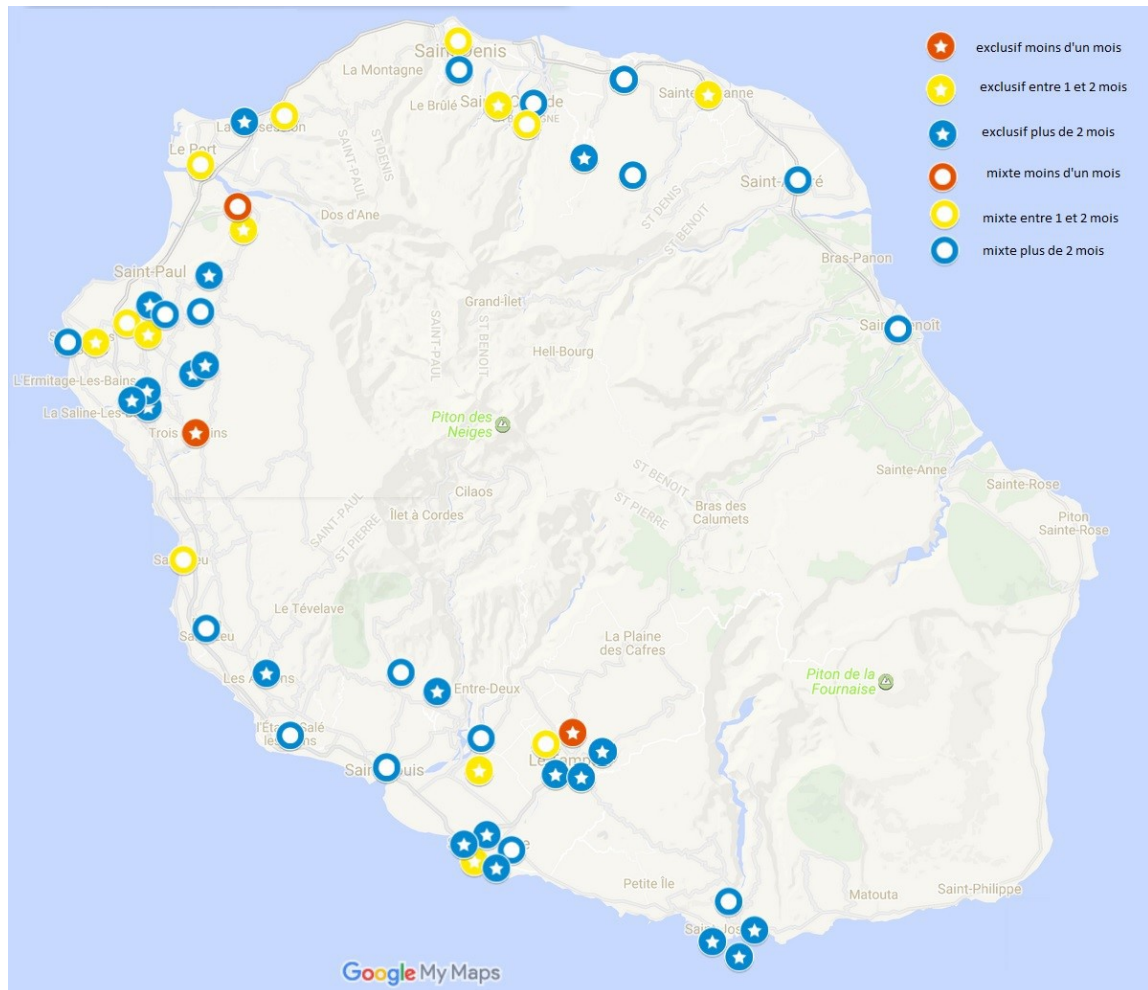


Figure 9 : Mode et durée d'allaitement selon le lieu de vie à La Réunion en 2016

ALLAITEMENT MIXTE

Dans la cohorte de 53 femmes, 16 pratiquaient toujours un allaitement mixte à 3 mois. Le lait artificiel avait été introduit de façon prépondérante à moins de 15 jours de vie du nourrisson, puis entre 1 mois et 1 mois et demi, et à l'âge de 2 mois et demi.

Les motifs évoqués pour l'introduction du lait artificiel étaient : "une insuffisance de lait maternel" (11 fois), la reprise du travail (7 fois), l'insuffisance de prise de poids du bébé (5 fois), la fatigue (4 fois), une pathologie maternelle (3 fois), suite à des conseils reçus (3 fois), "pour caler bébé" (3 fois), des pleurs, les jumeaux, la douleur, ...

ALLAITEMENT ARTIFICIEL

21 mères sur 53 interrogées ne donnaient plus de lait maternel à 3 mois. Majoritairement, le sevrage avait eu lieu à l'âge d'un mois, puis de façon moins fréquente à 2 mois et 2 mois et demi.

Les motifs évoqués pour l'introduction du lait artificiel et l'arrêt de l'allaitement au sein étaient : "une insuffisance de lait maternel" (6 fois), la reprise du travail (4 fois), la fatigue (4 fois), une pathologie maternelle (4 fois), l'insuffisance de prise de poids du bébé (3 fois), un manque de temps (3 fois), suite à des conseils reçus (2 fois), le refus du bébé (2 fois), ...

4 - Parcours de soin de l'Allaitement au domicile

Questionnaires à 3 mois

Lors de l'enquête téléphonique à 3 mois, 75% des femmes ont déclaré avoir rencontré des difficultés lors de la pratique de leur allaitement (qu'elles allaitent toujours ou non) : une sensation d'insuffisance de lait (17 fois), des crevasses (14 fois), une fatigue (13 fois), des douleurs (10 fois), l'insuffisance de prise de poids du bébé (7 fois), des difficultés pour la mise au sein (6 fois), des engorgements (5 fois), des difficultés liées à la reprise du travail (2 fois), des traitements incompatibles avec l'allaitement (2 fois), ...

Concernant la prise déclarée de produits au cours de l'allaitement, 9 femmes consommaient des médicaments (antalgiques, anti inflammatoires, fer, contraception orale, implant progestatif, analogue prostaglandine, anti-émétique), 3 femmes fumaient du tabac et 2 femmes buvaient de l'alcool occasionnellement.

Le ressenti des mamans sur le bénéfice apporté par leur allaitement a été analysé à 3 mois : pour 87% des mamans il est positif pour le bébé, tandis que 7.6% pensent que leur bébé ne tire pas de bénéfice à être allaité au sein et 5.7% n'ont pas d'avis.

Pour elles-mêmes, 74% ressentent un bénéfice à allaiter au sein, 15% non et 11% n'ont pas d'avis.

Les bénéfices retrouvés par les mamans le cas échéant sont : une complicité mère-bébé (26 fois), une bonne prise de poids du bébé (21 fois), l'absence d'infections (13 fois) l'aspect pratique (12 fois), un bien-être (9 fois), l'aspect économique (8 fois), la perte de poids maternel (5 fois), un bon développement du bébé, des atouts sur le plan digestif, une réassurance, une réussite psychologique, une certaine robustesse du bébé, ...

Quand les mamans ne trouvent pas d'intérêt à l'allaitement, elles décrivent : une insuffisance de lait, du stress, l'impression d'effectuer une corvée, l'aspect chronophage, des douleurs, une sensation d'échec maternel, une mauvaise prise pondérale du bébé, ...

Le rôle du conjoint dans l'allaitement a été étudié à 3 mois selon le ressenti de la maman : 83% des conjoints soutiennent les mères, 7% sont plutôt en retrait et 10% absents.

Selon les femmes, 35 pères pensent que l'allaitement au sein est bénéfique pour le bébé, tandis que 6 conjoints ne sont pas favorables à la poursuite de l'allaitement, 4 se sentent mis à l'écart et 3 non concernés.

Une partie des femmes ayant eu des difficultés dans la pratique de leur allaitement a consulté (72%), tandis que 17% d'entre elles n'ont pas demandé de conseils.

Les acteurs ayant joué un rôle en tout premier lieu dans le conseil en allaitement des patientes de la cohorte sont : les sages-femmes (pour 20 femmes), les pédiatres (4 femmes), l'entourage (4 femmes), les médecins généralistes (3 femmes), la PMI (2 femmes). Les gynécologues, les consultantes en lactation et les pharmaciens n'ont été sollicités que pour une patiente chacun.

En deuxième intention, les femmes se sont adressées à : un médecin généraliste (12 fois), un pédiatre (9 fois), la PMI (7 fois), l'entourage (7 fois), une sage femme (6 fois), une consultante en lactation (3 fois), un pharmacien (2 fois), sur internet (3 fois) et 1 livre à la maternité a été utile.

Selon le ressenti des mères, les conseils obtenus ne les ont pas aidé à prolonger l'allaitement dans 20% des cas. 6% n'ont pas d'avis. Dans 89% des cas, les conseils ont répondu aux attentes des femmes.

Parmi les 36 femmes (sur 52 interrogées, une perdue de vue) ayant stoppé complètement d'allaiter ou après l'introduction de lait artificiel en alimentation mixte, 17 ressentent une certaine culpabilité à 3 mois.

Le plaisir de l'allaitement a été retrouvé chez 90% des femmes interrogées.

Dans les difficultés mises en avant par les mères, a été évoqué le non respect du libre-choix des femmes à la maternité à passer à un allaitement artificiel lorsqu'elles en ressentaient le besoin. Certaines se sont senties forcées par des personnels "très pro-allaitement" et en ont souffert. Dans ce cas, le retour à la maison et la possibilité de faire ce qui leur semblait bon pour leur bébé a été un soulagement. D'autres ont ressenti un manque de soutien familial avec une certaine solitude, un manque de communication et une incompréhension de la part de leurs proches. D'autres encore se sont trouvées perdues entre des discours de professionnels de santé discordants sur les conseils de poursuite ou non et la toxicité ou non de certains médicaments. Certaines enfin se sont confrontées à des professionnels de santé qui n'abordaient pas du tout ce sujet.

Enfin, le ressenti global sur leur allaitement à 3 mois était plutôt positif : satisfaction (pour 30 femmes), épanouissement (pour 11 femmes), convaincues, fierté, mais aussi frustration (4 femmes), sensation d'échec, angoisse et fatigue (4 femmes).

A la question : "Pensez vous allaiter si vous avez d'autres enfants ?" 92% des femmes ont répondu par l'affirmative, 8% n'ont pas d'avis.

5 - Analyse

5-1 Analyse des facteurs liés a la durée de l'allaitement

Lorsque l'on analyse la durée d'allaitement selon la **parité** des patientes de l'étude (primipare, multipare, ou grande multipare ayant 5 enfants ou plus), on retrouve une durée moyenne d'allaitement plus importante (58 jours) pour les multipares ayant entre 2 et 4 enfants ($p=0.05$).

La **catégorie socioprofessionnelle** de la mère semble également jouer un rôle sur la durée de l'allaitement. En effet, les mères appartenant aux professions classées "Cadres et professions intellectuelles supérieures" ont pratiqué de façon significative un allaitement maternel en moyenne plus long (76 jours, soit 2 mois et demi, IC 95% [0.3 ; 4.78], $p=0.04$) que les autres catégories de professions (12 jours pour les artisans, commerçants et chefs d'entreprises, 58 jours pour les professions intermédiaires, 42 jours pour les employées, 1 mois pour les ouvriers).

L'origine métropolitaine des mères est associée de façon significative à une durée moyenne d'allaitement plus longue : 80 jours (2.64 mois, IC 95% [1.16 ; 4.12], $p=0.01$). Au contraire, les femmes d'origine réunionnaise ont poursuivi l'allaitement en moyenne pendant 1 mois et demi, et les femmes d'autres origines (Mayotte, Madagascar, Belgique, Haïti) pendant en moyenne un mois.

Les femmes déclarant avoir eu une **grossesse** qui s'était bien déroulée ont allaité plus longtemps, en moyenne 54 jours (1.77 mois, IC 95% [-0.63 ; 4.17], $p=0.03$).

Tableau 3 : Facteurs influençant potentiellement la durée moyenne d'allaitement maternel

		Durée moyenne (mois)	[IC 95%]	p
Âge maternel (ans)	< 18	2.5	[2.5 ; 2.5]	0.78
	18 - 24	2.02	[-0.74 ; 4.78]	
	25 - 35	1.57	[-0.91 ; 4.05]	
	> 35	1.59	[-0.93 ; 4.01]	
Parité	1er bébé	1.5	[-0.88 ; 3.88]	0.05
	2ème - 4ème	1.93	[-0.55 ; 4.41]	
	5ème et plus	0.72	[-1.18 ; 2.62]	
Pays de naissance (mère)	La Réunion	1.52	[-0.88 ; 3.92]	0.01*
	Métropole	2.64	[1.16 ; 4.12]	
	Autre	0.97	[-1.81 ; 3.75]	
Vie en couple	oui	1.74	[-0.72 ; 4.2]	0.24
	non	0.95	[-1.21 ; 3.11]	
Catégories socio - professionnelles mères	Artisans commerçants	0.4	[-1.06 ; 1.86]	0.04*
	Cadres et prof° intellectuelles sup	2.54	[0.3 ; 4.78]	
	Prof° intermédiaires	1.94	[0 ; 3.88]	
	Employés	1.4	[-0.9 ; 3.7]	
	Ouvriers	1	[1 ; 1]	
Suivi préparation naissance	oui	1.66	[-0.74 ; 4.06]	0.98
	non	1.64	[-0.98 ; 4.26]	
Information préalable allaitement	oui	1.5	[-0.94 ; 3.94]	0.16
	non	1.98	[-0.5 ; 4.46]	
Temporalité information	Pré gravidique	1.3	[-1.18 ; 3.78]	0.16
	Per gravidique	1.39	[-0.99 ; 3.77]	
	Avant et pendant la grossesse	3	[3 ; 3]	
	À l'accouchement	1.33	[-1.73 ; 4.39]	
Tabac pendant grossesse	Actif ou passif	1.9	[-0.62 ; 4.42]	0.18
	non	1.44	[-0.94 ; 3.82]	
Bon déroulement de la grossesse	oui	1.77	[-0.63 ; 4.17]	0.03*
	non	0.14	[-0.02 ; 0.3]	

p : Significativité statistique du test comparant les moyennes de durée d'allaitement selon les variables ; Le signe (*) marque la significativité statistique soit $p < 0.05$;
DS : déviation standard ;
[IC 95%] : intervalle de confiance à 95% = moyenne -2DS ; moyenne +2DS ;

5-2 Identification des facteurs associés à l'allaitement au sein exclusif à trois mois

De même, la multiparité est significativement associée à la poursuite de l'allaitement au sein exclusif à 3 mois : 60% des multipares (ayant entre 2 et 4 enfants) allaitent toujours au sein exclusivement à 3 mois ($p=0.046$).

Parmi les 16 femmes allaitant encore leur bébé au sein exclusif à 3 mois, 12 sont multipares, 4 primipares et il n'y a aucune grande multipare (ayant 5 enfants ou plus).

Le fait d'avoir été soi-même allaitée au sein favorise la pratique d'un allaitement au sein exclusif ($p=0.04$) : Sur 24 femmes allaitées dans l'enfance, 14 poursuivent un allaitement au sein exclusif aux 3 mois de leur bébé.

Au contraire, 89% des femmes qui n'avaient pas été allaitées elles-mêmes ont complètement stoppé l'allaitement maternel.

Parmi celles qui ne savent pas quel mode d'alimentation elles ont reçu dans l'enfance, 75% ont stoppé d'allaiter à 3 mois.

Concernant l'information reçue sur l'allaitement, elle semble au contraire jouer un rôle défavorable à la poursuite de l'allaitement exclusif. On retrouve en effet, parmi les femmes n'ayant pas été informées, 67% d'entre elles poursuivant un allaitement au sein exclusif à 3 mois ($p=0.046$). Tandis que 81% des femmes ayant stoppé l'allaitement maternel à 3 mois avaient été informées.

5-3 Identification des facteurs associés à l'allaitement maternel total à trois mois

Dans cette analyse, ont été regroupées les patientes déclarant donner encore du lait maternel à leur bébé à 3 mois (associé ou non à du lait artificiel).

La temporalité de l'information sur l'allaitement n'est pas associée à la poursuite de l'allaitement à 3 mois de façon significative ($p=0.055$) : toutes les patientes ayant été informées "avant ainsi que pendant la grossesse" et "à la maternité" continuent de donner du lait maternel à leur bébé à 3 mois.

80% des femmes informées avant la grossesse ont stoppé l'allaitement à 3 mois, tandis que 76% de celles qui n'allaitent plus avaient été informées pendant la grossesse.

Tableau 4 : Facteurs influençant potentiellement le taux d'allaitement maternel exclusif et maternel dont mixte à 3 mois

		% AM exclusif	p	% AM dont mixte	p
Âge maternel (ans)	< 18	0	0.52	0	0.6
	18 - 24	25		15.6	
	25 - 35	56		65.6	
	> 35	19		18.8	
Parité	1er bébé	25	0.046*	38	0.1
	2ème - 4ème	75		59	
	5ème et plus	0		3	
Pays de naissance (mère)	La Réunion	62.5	0.22	69	0.47
	Métropole	31.25		22	
	Autre	6.25		9	
Vie en couple	oui	93.75	0.84	84	0.22
	non	6.25		16	
Catégories socio - professionnelles mères	Artisans commerçants	0	0.1	11	0.21
	Cadres et prof° intellectuelles sup	44.4		27.8	
	Prof° intermédiaires	11.1		16.7	
	Employés	44.4		38.9	
	Ouvriers	0		5.6	
Mères elle mêmes allaitées	oui	87.5	0.038*	75	0.08
	non	6.25		12.5	
	Ne sait pas	6.25		12.5	
Suivi préparation naissance	oui	44	0.42	56	0.95
	non	56		44	
Information préalable allaitement	oui	50	0.046*	62.5	0.15
	non	50		37.5	
Temporalité information	Pré gravidique	12.5	0.19	5	0.055
	Per gravidique	62.5		65	
	Avant et pendant la grossesse	12.5		15	
	À l'accouchement	12.5		15	
Tabac pendant grossesse	Actif ou passif	62.5	0.14	50	0.39
	non	37.5		50	

AM : allaitement maternel ; p : Significativité statistique du test comparant les taux d'allaitement selon les variables ; Le signe (*) marque la significativité statistique soit $p < 0.05$; DS : déviation standard ; [IC 95%] : intervalle de confiance à 95% = moyenne -2DS ; moyenne +2DS.

Les facteurs suivants ont été analysés à la recherche d'une association au ressenti positif ou négatif des mères à 3 mois de l'allaitement : le soutien initial au démarrage de l'allaitement, la consultation en cas de difficultés, les personnes consultées, l'avis du conjoint concernant l'allaitement, l'accessibilité à des conseils et la disponibilité des professionnels de santé. Il n'a pas été mis en évidence de lien statistiquement significatif entre ces facteurs et le ressenti des mères vis-à-vis de leur allaitement.

DISCUSSION

1 - Discussion de la méthode

L'étude observationnelle prospective longitudinale de cohorte, fermée, permet d'avoir des résultats épidémiologiques descriptifs fiables, un suivi chronologique de l'évolution, d'évaluer les liens entre les facteurs d'exposition (environnementaux, démographiques, comportementaux, ...) et la pratique de l'allaitement. Cette méthode limite les biais d'information (renseignements enregistrés prospectivement par une seule personne) avec un recueil actif.

Le recrutement était basé sur une population choisie aléatoirement à une date t donnée. Le volontariat était nécessaire à la bonne compliance des patientes au suivi ultérieur à 3 mois. Il a probablement sélectionné les patientes intéressées par le sujet d'étude, d'où un biais de volontariat potentiel.

Concernant la population étudiée, il est intéressant d'observer la représentativité de la cohorte. Lorsque l'on compare l'âge des mères de la cohorte par rapport aux données des indicateurs du Tableau de bord "autour de la grossesse" de l'ORS de 2010, le taux de mères mineures est similaire. Il y a par contre dans notre cohorte moins de mères "jeunes" de 18 à 24 ans (13% versus 30%), plus de femmes entre 25 et 34 ans (63% versus 50%) et un peu plus de femmes de plus de 35 ans (20% versus 17%). (8)

Globalement, la population de l'étude est plus âgée que l'ensemble des parturientes à La Réunion.

En comparant la parité avec celle décrite dans PERISTAT 2009, le taux de primipares de l'étude est plus faible (37% versus 41%), ce qui correspond à un taux plus faible de mères "jeunes". Il y a plus de multipares 2ème enfant (35% versus 30%), par ailleurs les taux de multipares 3ème enfant (13% versus 16%) et 4ème enfant et plus (15% versus 13%) sont similaires. (9)

La population de l'étude n'est donc pas strictement représentative de la totalité des mères allaitant à La Réunion, ce qui implique possiblement un biais de sélection.

Concernant les "perdus de vue", 8 patientes sur les 60 interrogées initialement n'ont pas pu être recontactées pour l'entretien du 3ème mois (dont une partiellement interrogée à 3 mois). Soit un taux d'attrition de la cohorte à 13%. Il n'est pas possible de savoir si l'absence de réponse de ces patientes a un quelconque lien avec le déroulement de leur allaitement. La répartition de ces 8 patientes selon leur lieu d'accouchement est : une au CHU Sud, une au Centre Hospitalier Gabriel Martin (ouest) et six au CHU Nord. Le fait de ne disposer que du seul moyen téléphonique pour joindre les patientes était insuffisant (numéros non attribués, changements de numéros dans l'intervalle des 3 mois, indisponibilité des patientes ayant repris le travail, familles nombreuses, absence de ligne téléphonique fixe ...). Ce facteur aurait pu être limité en proposant plusieurs moyens pour être recontactée : courriel, adresse postale, coordonnées du médecin traitant, etc. Mais l'adhésion des patientes et leur disponibilité restent dans tous les cas primordiales.

La puissance de l'étude est diminuée par la taille de l'échantillon qui est faible au regard du nombre d'accouchements par an à La Réunion (14 000 en 2014).

Il peut exister un faible biais de classement, du fait de la subjectivité de l'enquêteur unique, de la subjectivité des femmes interrogées (biais de mémorisation, biais de minimisation). Mais la procédure des entretiens était standardisée pour toute la cohorte et la durée faible de suivi limite le risque de biais de rappel.

Contrainte géographique : La répartition territoriale des patientes incluses dans la cohorte est homogène sur la partie nord - ouest - sud de l'île. Cependant, il manque des données concernant la population de l'est, des plaines et cirques. De fait, quatre maternités n'ont pas été incluses (Groupe Hospitalier Est Réunion à St Benoît, Clinique Le Tampon, Clinique Le Port, Clinique Sainte Clotilde) pour des raisons pratiques de traitement de données. Cette forme de recrutement géographique, ainsi que l'absence de résultats concernant les pratiques au sein des cliniques peut être un biais dans l'analyse des résultats.

Contrainte temporelle : La durée de suivi de la cohorte (3 mois) semble malheureusement insuffisante car elle ne permet pas de comparer à la durée d'allaitement maternel préconisée dans les recommandations officielles (6 mois). De plus, il aurait été intéressant d'avoir un suivi de cohorte jusqu'à la fin de chaque allaitement, pour étudier la durée totale dans chaque situation. Dans ce cas, des rappels téléphoniques répétés à 6 mois, 9 mois, 1 an, etc (jusqu'au sevrage) auraient pu être effectués. En augmentant la durée du suivi, le risque est cependant une augmentation du nombre de patientes perdues de vue.

Contraintes de communication : J'ai rencontré lors d'un entretien une barrière de langage avec difficultés de compréhension entre les deux parties, facilement contournable en face à face avec explications simplifiées et reformulation adaptée immédiate permettant le bon déroulement de l'entretien. Cependant, cette barrière a été un handicap pour mon recueil téléphonique à trois mois, dans le cas d'une patiente particulièrement. Ces problématiques de communication auraient pu être évitées en réalisant le deuxième entretien à 3 mois en direct également, sur prise de rendez vous. Cela aurait par contre nécessité une organisation supplémentaire de mon côté (lieu d'accueil des patientes, disponibilité et temporalité pour effectuer les déplacements, ...), pour les patientes qui ont parfois des difficultés pour se déplacer, ainsi que le manque de temps lors de cette période de leur vie où elles sont déjà très demandées par le quotidien de bébé. Reste encore le risque de l'oubli du rendez vous pris trois mois à l'avance ...

2 - Discussion des résultats

Chaque parcours dans l'allaitement est une expérience individuelle unique, personnelle, variable selon les femmes et selon les grossesses d'une même femme.

Pour le décrire, tout commence d'abord par la sensibilisation de chacune à l'allaitement maternel. Le premier contact avec l'allaitement est celui que l'on a reçu lorsque l'on était soi-même enfant. Au-delà du souvenir, les échanges et communications existant ou non dans les familles ou l'environnement proche sur l'alimentation au sein fondent la représentation que peuvent se faire les mères de l'accueil d'un nouveau-né. Sur ce principe, les 8 patientes qui ne savaient pas si elles avaient elles-mêmes été allaitées ou non n'ont probablement pas de souvenir d'une quelconque transmission de pratique culturelle et familiale de l'allaitement. Par ailleurs, 39 patientes de la cohorte avaient été allaitées de façon certaine. Ce degré de sensibilisation fait partie des histoires de vie personnelles, sur lequel les soignants soutenant l'allaitement ne peuvent agir. L'analyse montre que le fait d'avoir été soi-même allaitée au sein favorise la pratique d'un allaitement au sein exclusif. Au contraire, 89% des femmes qui n'avaient pas été allaitées elles-mêmes ont complètement stoppé l'allaitement maternel à 3 mois. Parmi celles qui ne savent pas quel mode d'alimentation elles ont reçu dans l'enfance, 75% ont stoppé d'allaiter à 3 mois.

Après la base de connaissances qui a été transmise dans l'enfance, intervient la capacité d'agir avec la prise de décision. Celle-ci est personnelle, souvent éclairée par une information complémentaire et se justifie. Dans l'étude, 34 femmes ont déclaré avoir décidé d'allaiter leur enfant depuis "Toujours" ce qui semble être la suite logique du savoir qui leur a été transmis. Pour les 21 femmes qui ont décidé d'allaiter "en cours de grossesse", ainsi que les 5 femmes ayant pris cette décision "à la naissance", plusieurs facteurs peuvent avoir joué un rôle : l'intervention de personnes extérieures (informations de la part des soignants, environnement familial et amis), passage au statut de "future mère" pouvant avoir déclenché des réflexions et questionnements nouveaux, arrivée du nouveau-né, ...

Ce choix est souvent personnel, on retrouve en effet 75% de femmes ayant décidé seule d'allaiter leur enfant, tandis que pour 3% des femmes il est secondaire à l'action d'un professionnel de santé.

Également, l'expérience personnelle des femmes a influencé la représentation théorique qu'elles pouvaient avoir initialement. 33 femmes de l'étude connaissaient déjà leur propre pratique de l'allaitement, avec un autre enfant (23 cas) ou plusieurs autres enfants (10 cas). Elles partaient donc avec un a priori qu'il soit favorable ou non. Sur les 27 femmes n'ayant pas d'expérience antérieure, 5 d'entre elles avaient déjà eu un ou plusieurs enfants.

S'ajoutent ensuite les facteurs modifiables par les soignants. Le ressenti des patientes sur l'information qu'elles ont reçue sur l'allaitement est tel que 18 patientes de la cohorte ont déclaré ne pas en avoir été informées. Pour les autres, la période prépondérante était pendant la grossesse. Les sources principales d'information retrouvées sont : les sage-femmes, l'entourage, internet. L'analyse montre un taux important de femmes que l'on qualifiera de "convaincues", sur lesquelles l'information n'aura pas d'impact sur la pratique de l'allaitement (parmi les femmes n'ayant pas été informées, 67% d'entre elles poursuivant un allaitement au sein exclusif à 3 mois).

Peut se poser alors la question de la compréhension ou de l'intérêt des patientes pour le message délivré lorsque l'on voit que 81% des femmes ayant stoppé l'allaitement maternel à 3 mois avaient été informées.

En comparant le parcours initialement prévu par les femmes et celui effectivement réalisé, les patientes savaient vers qui se tourner en cas de difficultés, cependant un avis n'est pas toujours demandé. Les sages femmes ont très largement été sollicitées même si les mères les ont deux fois moins interpellées sur leurs difficultés que ce qu'elles pensaient faire en cas de besoin. Concernant la PMI et l'entourage proche, les femmes y ont fait appel assez fréquemment.

Les médecins généralistes ont été deux fois plus sollicités pour des problématiques d'allaitement que ce que les femmes avaient pensé faire et les pédiatres trois fois plus. Parmi les femmes ayant vu leur médecin généraliste pour l'allaitement, une seule a été redirigée vers un spécialiste (en l'occurrence une consultante en lactation). Dans les autres cas, cela n'avait pas été nécessaire.

Les consultantes en lactation ont été très peu rencontrées alors qu'elles font partie des professionnels avec des formations les plus développées dans le domaine de l'allaitement.

En pratique, les sage-femmes, puis les pédiatres et les médecins généralistes se trouvent donc en toute première ligne dans le conseil à l'allaitement. Ces derniers étant en théorie ceux disposant de la formation la moins approfondie sur le sujet, ils sont la cible des professionnels à aider et encourager dans la promotion de l'allaitement. Penser à questionner les patientes sur le déroulement de l'allaitement de façon systématique et répétée peut être un moyen d'engager le dialogue. Rappeler la disponibilité du médecin traitant sur ce sujet en cas de difficultés ou questionnements peut stimuler la demande de conseils de la part des patientes, qui ont souvent confiance en cette relation d'aide. Mettre à disposition des professionnels de santé un réseau de spécialistes en cas de besoin d'un accompagnement personnalisé.

La visibilité des consultantes en lactation et titulaires du Diplôme Universitaire Lactation à La Réunion paraît insuffisante et devrait être améliorée : 60% des femmes à la maternité ne connaissent pas l'existence des consultations dédiées à l'allaitement et très peu font appel à ces spécialistes en cas de besoin. Elles sont pourtant nombreuses et pratiquent des activités variées, avec une certaine facilité d'accès : hôpital, libéral, clinique, PMI, associations, crèches, ... Le secteur Est Réunion est par contre sous-doté. (19)

L'entourage (famille, amis), enfin, est très largement sollicité par les mères et serait très facilement accessible à des campagnes d'information "grand public", portant sur les grands principes et luttant contre les idées reçues.

Concernant la durée d'allaitement, seulement 30% des femmes allaitent encore exclusivement à 3 mois (60% si l'on inclue les allaitements mixtes). L'allaitement exclusif a été prolongé plus longtemps que le mixte. Il est difficile de prédire l'évolution dans les mois suivants mais l'on peut imaginer que ce taux aura probablement encore diminué à 6 mois. La pratique du tire allaitement (lait maternel tiré donné au biberon) a été très peu pratiquée dans la cohorte, sans que l'on puisse préciser si cela est dû à un défaut d'information ou au caractère contraignant.

L'allaitement mixte est autant utilisé par les mères que le sein exclusif à 3 mois. Parmi les motifs d'introduction du lait artificiel en complément, le plus fréquent est "une insuffisance de lait maternel" (11 fois), avec seulement 5 fois une insuffisance de prise de poids du bébé. Du point de vue médical, "l'insuffisance de lait maternel" n'est pas quantifiable. Ce "symptôme", qui est en fait un ressenti maternel subjectif, devrait être apaisé avec des discours rassurants, courbe staturo-pondérale et examen pédiatrique à l'appui. Peut être y a-t-il des symptômes sous-jacents (à rechercher donc) difficiles à vivre

pour les parents tels que des pleurs du bébé, un sentiment d'impuissance, résumés dans "Ce doit être car je n'ai pas assez de lait". Une faible prise pondérale du bébé peut en outre être due à d'autres étiologies, comme la façon de téter et non la quantité produite. La plupart du temps (sauf 3 cas), les mères avaient décidé d'introduire seules le lait artificiel en complément sans prendre de conseil médical ou paramédical auparavant. Un accompagnement individualisé aurait été nécessaire, mais n'entraîne pas forcément dans le souhait des couples.

40% des femmes ne donnent plus de lait maternel à 3 mois. Je me suis intéressée particulièrement aux 4 cas de sevrage suite à une pathologie maternelle. Ces patientes ont souffert : d'une rupture d'anévrisme, d'une sinusite, d'un curetage pour rétention placentaire et de mamelons ombiliqués. Selon le CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes) de l'Hôpital Armand Trousseau, l'utilisation en cours d'allaitement est possible pour les molécules suivantes : misoprostol, corticoïdes, et envisageable pour l'acide tranexamique per os. Pour deux d'entre elles, la décision de stopper l'allaitement (qui se déroulait bien et qu'elles souhaitaient prolonger) a été brutale, suite à des conseils reçus, mal-vécue du fait d'un sentiment d'incompréhension face à des discours discordants des soignants. Il paraît indispensable d'uniformiser les pratiques de tous les intervenants afin d'optimiser les prises en charge.

La carte de l'île de La Réunion montre une proportion d'allaitement plus long dans le sud et une pratique de l'allaitement mixte plus fréquente dans le nord. A noter que 6 patientes perdues de vue proviennent du CHU Nord. L'analyse statistique n'a pas montré de différence significative dans la durée d'allaitement en fonction du lieu de vie (catégorisé : basse altitude et haute altitude). Il n'a pas été réalisé de comparaison entre les différents lieux d'accouchement.

Les multipares (2ème – 4ème enfant) allaient plus longtemps que les primipares et grandes multipares, sans que le facteur "antécédent d'expérience personnelle d'allaitement antérieur" ne soit associé à un allaitement plus long.

Les patientes originaires de métropole (17% de la cohorte) allaient plus longtemps dans notre étude. A contrario, les données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2003 montraient un taux d'allaitement exclusif ou mixte plus élevé à La Réunion qu'en métropole. (12) Cette différence peut être due à l'analyse différée à trois mois dans notre étude par rapport aux données du post-partum immédiat, à l'évolution des pratiques depuis 2003, ou parce que ces patientes originaires de métropole vivant à La Réunion étaient incluses dans l'Enquête Nationale Périnatale de 2003 dans les chiffres de La Réunion.

En outre, il existe probablement des facteurs de confusion du fait de l'absence d'analyse multivariée, tels que l'association de l'origine à des classes socioprofessionnelles différentes, etc.

La durée d'allaitement croît avec le degré de catégorie socioprofessionnelle. Ce résultat est comparable aux données de la littérature actuelle. Entrent probablement en jeu le degré de connaissances théoriques et l'accessibilité à l'information.

Il paraît important pour la poursuite de l'allaitement dans de bonnes conditions et avec une satisfaction des mères que les actions de soutien menées dans l'entourage maternel soient perçues et acceptées. Nous avons essayé de voir dans quelle mesure ces facteurs pouvaient être associés au ressenti (positif ou négatif) des mamans. Il n'a pas été mis en évidence de lien statistiquement significatif pour l'absence ou non de soutien initial au démarrage de l'allaitement, la consultation en cas de difficultés, le type de personnes consultées, l'avis du conjoint concernant l'allaitement, l'accessibilité à des conseils, la disponibilité des professionnels de santé. Il existe probablement un biais méthodologique associé à une faible puissance de l'étude pour cette analyse.

3 - Comparaison avec la métropole

Comparaison avec l'étude EPIFANE 2012 (15)

Le taux d'enfants encore allaités à 3 mois est largement supérieur dans notre étude (60.4% versus 39%). A trois mois, le mode mixte est beaucoup plus pratiqué à la Réunion qu'en métropole (30.2% versus 18%), et le sein exclusif également plus fréquent (30.2% versus 21%, en considérant l'allaitement prédominant comme une pratique exclusive, comme cela a été défini dans notre étude). A la Réunion, les allaitements exclusifs sont aussi souvent utilisés que les mixtes alors qu'en métropole le choix du mixte est plus rare.

Il n'est pas possible de comparer les taux à 6 mois car nous ne disposons pas d'un suivi suffisamment long. Si l'on projette sur la courbe d'évolution des taux d'allaitement maternel de la naissance à 12 mois réalisée dans EPIFANE (Figure 4) et que l'on considère que la cinétique d'évolution des pratiques des cohortes aurait été similaire, le taux d'allaitement global à 6 mois de la population de notre étude aurait été entre 37 et 40% (versus 23% dans EPIFANE).

De fait, la durée médiane d'allaitement exclusif est plus longue à La Réunion (2 mois versus 3 semaines et demi). Par ailleurs, la durée médiane d'allaitement maternel global est similaire (3 mois) dans les deux études. La cohorte d'EPIFANE a été suivie pendant 1 an.

En comparaison avec l'étude ELFE 2011 : (17)

La durée médiane d'allaitement global est plus longue pour l'étude ELFE (3.7 mois, pour un suivi de la cohorte pendant 12 mois, versus 3 mois dans notre étude). A l'inverse, la durée médiane d'allaitement exclusif est plus longue à La Réunion (2 mois vs 1 mois et demi). Le taux d'enfants encore allaités à 3 mois est plus élevé dans notre étude par rapport à ELFE : 60.4% versus 42% pour l'allaitement total, et 30.2% versus 19% pour le sein exclusif.

De même, si l'on projette l'évolution sur la courbe de prévalence de l'allaitement de la naissance à 12 mois réalisée dans ELFE (Figure 10), le taux d'allaitement global à 6 mois de la population de notre étude aurait été d'environ 37% (versus 19% dans ELFE).

Facteurs associés au taux et à la durée d'allaitement maternel :

En métropole, si l'on somme les résultats des deux études ELFE et EPIFANE : Les facteurs associés à un taux d'allaitement plus élevé ou à une durée plus longue sont : un âge maternel plus avancé, un couple marié, un niveau d'études supérieur, une naissance maternelle à l'étranger, l'absence de tabac pendant la grossesse, le suivi de cours de préparation à la naissance, un contact peau à peau précoce en post-partum, un conjoint avec une perception positive de l'allaitement maternel, la profession de cadre (par rapport à celle d'employée), le congé parental, ainsi que le conjoint ayant assisté à l'accouchement.

A contrario, les facteurs associés à un taux d'allaitement plus faible ou de plus courte durée sont : les mères jeunes, avec un niveau d'études inférieur ou intermédiaire, minces ou obèses, ne vivant pas en couple, avec une reprise de l'activité professionnelle précoce, l'absence de préparation à l'accouchement, l'existence de complications à la naissance, la naissance des parents en France, les professions ouvrières, employées ou sans profession, le tabagisme maternel.

A La Réunion, si l'on compare ces mêmes variables, des différences sont observées.

Les facteurs associés à un taux d'allaitement plus élevé ou à une durée plus longue sont : un âge maternel moyen (25-35 ans), la vie en couple, un niveau d'études maternel moyen (lycée) et études supérieures, naissance de la mère en métropole (significatif), la présence de tabac pendant grossesse (actif ou passif), les cadres et professions intellectuelles supérieures, les mères ayant elle mêmes été allaitées (significatif), la multiparité (2ème – 4ème enfant, significatif).

Il n'y a pas d'impact secondaire au suivi ou non de cours de préparation à la naissance. Ces résultats ne sont néanmoins pas tous significatifs et sont à pondérer du fait de la faible puissance de l'étude.

De fait, la population à La Réunion est globalement plus jeune qu'en métropole (20% de la population a entre 16 et 29 ans, versus 17% en métropole) et la naissance du premier enfant plus précoce. Ces différences peuvent expliquer l'âge maternel plus bas des femmes qui allaitent par rapport à la métropole. (24)

La proportion de jeunes poursuivant des études est plus faible à la Réunion (36% des 16-29 ans versus 42% en métropole) : le niveau d'études des mères qui allaitent est donc plus bas qu'en métropole.

Concernant les femmes originaires de métropole vivant à La Réunion et allaitant leur bébé, il s'agit d'une population particulière pour laquelle il faudrait s'attacher à rechercher des facteurs de confusion autres associés à la pratique de l'allaitement.

4 - Ouverture

Il serait judicieux d'étendre cette étude à l'ensemble du territoire réunionnais, c'est à dire toutes les maternités et cliniques de l'île, afin de cibler les éventuelles différences de pratique au niveau géographique et augmenter la puissance de l'étude en incluant une cohorte plus conséquente. Ainsi, nous pourrions éventuellement confirmer l'hypothèse qu'ébauche cette étude, qui est que le taux d'allaitement des femmes à La Réunion est largement supérieur à celui de la métropole. L'analyse des facteurs associés à un taux plus élevé et une durée plus longue d'allaitement pourrait également être applicable à l'ensemble de la population réunionnaise si la puissance était suffisante.

Il aurait été préférable d'augmenter la durée de suivi des patientes, avec plusieurs rappels, dont un à 6 mois (âge clé concernant les recommandations de durée d'allaitement exclusif de l'OMS), jusqu'à atteindre la date de l'arrêt du sein pour chaque maman. La durée médiane d'allaitement serait alors interprétable et comparable aux données épidémiologiques métropolitaines.

Un autre axe d'étude possible était l'analyse de la pratique de l'allaitement du point de vue des médecins généralistes de l'île : quelles sont leurs habitudes, réseaux, interrogations ou problématiques rencontrées dans l'allaitement ?

Le médecin généraliste est effectivement très souvent sollicité pour des conseils à l'allaitement. Pour pouvoir proposer une aide adaptée aux praticiens pour la promotion de l'allaitement, il paraît indispensable de connaître leurs difficultés et besoins sur ce sujet. Une idée d'étude pourrait alors être : Questionner les médecins généralistes : « Vous appartenez aux professionnels de santé consultés en première ligne dans le conseil à l'allaitement, quels sont vos besoins en matière d'aide à la promotion allaitement ? » (Formations, plaquettes d'information et de conseils, accès facilité à un réseau de spécialistes, visibilité des associations de soutien, ...).

Ces données permettraient de confronter le parcours des patientes au suivi médical par leur médecin traitant.

5 - Impact en Médecine Générale

Le post-partum est une période clé dans les familles où le déroulement des événements est conditionné de façon importante par l'entourage, que ce soit la famille, les amis, mais aussi les soignants. Le médecin traitant qui connaît et suit l'ensemble de la famille sur le long terme devrait, selon cette logique, être le premier sollicité en cas de questionnement ou difficultés rencontrées.

Dans cette étude, seulement 15 mamans sur les 53 interrogées ont rencontré leur médecin généraliste en suite de couches à propos de l'allaitement.

En terme de santé publique et prévention, l'aide et l'encouragement à la poursuite de l'allaitement maternel devrait être un des objectifs de prise en charge des médecins généralistes, tout comme de l'ensemble des soignants intervenant en périnatalité.

Certes, pour les sages femmes libérales ayant suivi la maman au long de la grossesse, notamment avec des cours de préparations à l'accouchement, et se déplaçant souvent à domicile en post-partum immédiat, le lien avec le suivi de l'allaitement paraît évident et déjà pré-établi. Cependant, le médecin généraliste a également un rôle primordial à jouer, s'il l'investit, en se positionnant de façon claire et ce probablement avant même l'accouchement. Les mamans ont besoin d'être entourées, rassurées et savoir sur quels soignants elles peuvent s'appuyer en cas de difficultés.

Peut être est il important lorsque l'on voit en médecine générale des femmes enceintes de commencer à les informer sur l'allaitement, d'évaluer leur cheminement et/ou projet d'alimentation de l'enfant à venir, de répondre à leurs questions, afin d'anticiper et leur laisser le temps d'y réfléchir. En leur indiquant que leur médecin traitant est impliqué dans l'allaitement, qu'il y est formé, éventuellement favorable, qu'il reste disponible en cas de besoin, doute ou difficultés, les femmes peuvent y voir la possibilité d'un soutien. C'est le moment pour nous de cibler les patientes éventuellement "à risque" de rencontrer des difficultés d'allaitement maternel, d'adapter notre discours à la culture, croyances, situation économique, familiale et les capacités de compréhension individuelles. A La Réunion, il conviendra d'être vigilant en priorité avec les patientes présentant les caractéristiques suivantes : mères seules, originaires de La Réunion, Madagascar ou Mayotte, professions employées, ouvriers ou artisans, les mères n'ayant pas été allaitées, les primipares ou grandes multipares.

Une consultation dédiée à ce sujet peut être proposée puis prévue avec l'accord de la patiente, que ce soit avant ou après la naissance, afin de prendre le temps de répondre à toutes les questions et adapter le projet à la volonté des parents. Si ce lien est établi avant la naissance, il est probable qu'il sera plus aisé pour la maman qui allaite de se tourner vers son médecin généraliste en cas de besoin.

De même, à titre systématique, en consultation de suivi de la maman ou du bébé quelque soit le motif en post-partum, il apparaît nécessaire d'interroger les mamans sur leur pratique ou non de l'allaitement, le déroulement et les besoins éventuels. C'est de notre ressort de démontrer aux mamans que nous sommes disponibles et aptes à les aider sur ce sujet. Le suivi des sages femmes en libéral en post-partum va en outre être de courte durée.

En connaissant les raisons motivant les mères à introduire du lait artificiel, il est nécessaire de rechercher les signes précurseurs (“insuffisance de lait”, etc) afin de les corriger à temps.

Les mamans ne devraient pas se retrouver seules face à des questionnements et décisions majeures à prendre pour la nutrition de leur bébé.

Peut être est il judicieux de programmer également en accord avec les mamans, si aucun autre professionnel de santé ne l'a déjà fait, une consultation dite “de sevrage”.

Dès que les mamans souhaitent changer de mode d'alimentation (allaitement mixte ou artificiel strict), on peut leur conseiller de prendre un rendez-vous médical.

C'est en effet une période que l'on peut encadrer en aidant les mamans à trouver des solutions adaptées au mieux à leur situation. Leur proposer des alternatives auxquelles elles n'auront peut être pas pensé. Essayer de résoudre les problèmes qu'elles rencontrent actuellement et qui les poussent à se résoudre aux préparations pour nourrissons. Aider à la reprise de l'activité professionnelle. Réévaluer avec des données fiables validées et scientifiques les “conseils” entendus de toute part qui prônent un arrêt immédiat et brutal de l'allaitement pour des raisons à priori bien déterminées. Prendre le temps d'observer une tétée afin de conseiller au mieux.

Sur le plan professionnel, le soutien à l'allaitement requiert un minimum de formation, que ce soit par des lectures personnelles validées scientifiquement, organisée par des réseaux d'aide à la périnatalité ou associations de consultantes en lactation, de partages d'expériences interprofessionnelles, etc.

Un réseau d'aide pour le médecin généraliste est nécessaire, comportant si besoin : des sites internet pour l'étude des médicaments pendant l'allaitement et la grossesse (par exemple : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes, hôpital Armand Trousseau à Paris, www.lecrat.fr), listes des consultantes en lactation sur le territoire avec leurs coordonnées pour adresser les patientes en consultation spécialisée (19), brochures d'information disponibles au cabinet pour les patientes, liens avec spécialistes médicaux en cas de complications (gynécologues, pédiatres, ...), coordonnées des PMI (Protection Maternelle et Infantile) et des sage-femmes proches du domicile, etc.

Ces propositions d'axe de prise en charge sont personnelles et ne peuvent s'adapter à la pratique de chaque médecin. C'est plutôt un investissement qui dépend de la volonté de chaque soignant que l'on peut seulement proposer.

Il reste certain que l'alimentation des nouveaux-nés de notre patientèle doit faire partie intégrante de notre prise en charge de médecine générale.

CONCLUSION

L'analyse de l'allaitement des femmes à La Réunion a permis de montrer un taux d'allaitement de 60% à 3 mois (dont 30% exclusivement). La durée effective d'allaitement maternel est en moyenne de 2 mois pour la pratique exclusive et de 5 semaines pour la pratique mixte. Les facteurs associés à un allaitement plus long sont une multiparité (2^{ème} au 4^{ème} enfant), des femmes d'origine métropolitaine et des catégories socio-professionnelles plus élevées.

Bien que le projet initial d'allaitement des femmes soit en moyenne de 9.9 mois, la pratique de l'allaitement reste encore insuffisante pour atteindre en réalité les recommandations actuelles de santé publique.

En comparaison avec les études réalisées en métropole, le taux d'enfants encore allaités à 3 mois est supérieur à celui de la métropole, avec une pratique du mode d'allaitement mixte plus fréquente. Ces résultats sont encourageants et sont à confirmer par une étude de plus grande ampleur avec une durée de suivi plus longue.

Parmi les axes d'amélioration de prise en charge à La Réunion :

- favoriser la pratique de l'allaitement exclusif
- favoriser la visibilité des spécialistes en lactation (consultantes en lactation et titulaires du Diplôme Universitaire de lactation)
- aide et encouragement des médecins généralistes en matière de promotion d'allaitement (évaluation des besoins à réaliser)
- un accompagnement personnalisé pourrait être proposé pendant les périodes où le lait artificiel était introduit préférentiellement (15j, 1 mois et 2 mois et demi)
- une vigilance accrue devrait être portée aux femmes allaitant ne demandant pas de conseils particuliers (17% des femmes en difficultés ne sollicitent pas de professionnels de santé)
- cibler le grand public par des campagnes d'information avec des messages clés pour lutter contre les idées reçues transmises par l'entourage des femmes allaitantes
- réévaluer les techniques d'information des femmes sur l'allaitement ainsi que les cours de préparation à la naissance qui ne semblent pas avoir d'impact sur les pratiques de l'allaitement à La Réunion.

BIBLIOGRAPHIE

1. Courbière, Carcopino B Xavier. Gynécologie Obstétrique. 2011^e éd. Vernazobres-Grego; 2010. (Médecine KB).
2. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Société Française de Pédiatrie, PNNS Programme National Nutrition Santé Allaitement Couv - allaitement.pdf [Internet] février 2005. [cité 28 nov 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf>
3. Organisation mondiale de la Santé, Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, NHDglobalkids - 9242562211.pdf [Internet]. Genève 2003. [cité 4 déc 2016]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42680/1/9242562211.pdf?ua=1>
4. Organisation mondiale de la Santé, Recommandations de l'OMS en matière d'alimentation du nourrisson [Internet]. WHO. [cité 4 déc 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/fr/
5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Allaitement maternel, Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant, Recommandations Allaitement.doc - Allaitement_recos.pdf [Internet]. Mai 2002. [cité 4 déc 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf
6. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Programme national nutrition-santé 2011-2015 - pnns-2011-2015.pdf [Internet]. Juillet 2011. [cité 3 déc 2016]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/reperes_nutritionnels/pdf/pnns-2011-2015.pdf
7. Agence de Santé Océan Indien, Statistiques et indicateurs de la Santé et du Social, ARS_Statiss2015_V4_V09052016.pdf [Internet]. 23 juin 2016. [cité 17 nov 2016]. Disponible sur: https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/ARS_Statiss2015_V4_V09052016.pdf
8. Observatoire Régional de la Santé La Réunion, Agence de Santé Océan Indien, Tableau de bord, Indicateurs "autour de la grossesse" à La Réunion, TDB_Perinat_2012.pdf [Internet]. Novembre 2012. [cité 2 janv 2017]. Disponible sur: http://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/tableaux_bord/TDB_Perinat_2012.pdf
9. Observatoire Régional de la Santé La Réunion, Réseau Périnatal Réunion, Tableau de bord, Indicateurs PERISTAT données 2009 - Indicateurs PERISTAT 2009_2011.pdf [Internet]. Janvier 2011. [cité 17 nov 2016]. Disponible sur: http://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/tableaux_bord/Indicateurs%20PERISTAT%202009_2011.pdf
10. Observatoire Régional de la Santé La Réunion, Agence de Santé Océan Indien, Synthèse régionale, Indicateurs Santé-Social à La Réunion, ISS_synthese_reunion_2014.pdf [Internet]. Décembre 2014. [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: http://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/tableaux_bord/ISS_synthese_reunion_2014.pdf

11. DREES, Blondel B., Kermarrec M., U953 INSERM, La situation périnatale en France en 2010 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale – [Internet]. Octobre 2011. [cité 24 nov 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er775-2.pdf>
12. DRASS, Service Etudes et Statistiques, L'enquête nationale périnatale 2003 à La Réunion, Evolution et comparaison avec la métropole, [L_enquete_nationale_perinatale_2003_a_La_Reunion.pdf](#) [Internet]. Mars 2005. [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/L_enquete_nationale_perinatale_2003_a_La_Reunion.pdf
13. Observatoire Régional de la Santé La Réunion, Réseau Périnatal Réunion, Tableau de bord, Indicateurs PERISTAT données 2007-2008 complément - [indicateurs_PERISTAT_2007-2008_2010.pdf](#) [Internet]. Mars 2010. 2ème édition. [cité 17 nov 2016]. Disponible sur: http://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/tableaux_bord/indicateurs_PERISTAT_2007-2008_2010.pdf
14. DREES, Vilain Annick, Deux nouveau-nés sur trois sont allaités à la naissance, [er958.pdf](#) [Internet]. Avril 2016, numéro 0958. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er958.pdf>
15. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Castetbon K., Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013). Bull Epidémiol Hebd. 7 octobre 2014; (27):450-7. [Internet]. [cité 24 nov 2016]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2014/27/pdf/2014_27_2.pdf
16. Salanave B, de Launay C, Guerrisi C., Castetbon K., Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane, France, 2012. Bull Epidémiol Hebd. 18 septembre 2012; (34): 383. [Internet]. [cité 4 déc 2016]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/45487/201631/version/3/file/beh_34_2012.pdf
17. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Geay B, *et al.* Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. Bull Epidémiol Hebd. 2015; (29):522-32. [Internet]. 22 septembre 2015. [cité 4 déc 2016]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/29/pdf/2015_29_1.pdf
18. 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. [Internet]. 7 octobre 2014. [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2014/27/pdf/2014_27_1.pdf
19. AREAM Association Réunionnaise de Soutien à l'Allaitement Maternel, Liste des consultantes en lactation et D.U. Lactation, [Internet]. [cité 5 déc 2016]. Disponible sur: <https://areamblog.files.wordpress.com/2016/08/liste-des-consultantes-en-lactation-mise-acc80-jour-aout-2016-copie.xls>
20. INPES, Le guide de l'allaitement maternel - Brochure - [Guide_allaitement_web.pdf](#) [Internet]. Octobre 2009. [cité 28 nov 2016]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/0910_allaitement/Guide_allaitement_web.pdf

21. Robillard P-Y., et al, Rapport 2001-2014 du relevé épidémiologique périnatal Sud-Reunion. RAPPORT_Epidemio_2014_Sud-Reunion.pdf [Internet]. Mars 2015. [cité 2 janv 2017]. Disponible sur:
http://www.repere.re/fileadmin/user_upload/RAPPORT_Epidemio_2014_Sud-Reunion.pdf
22. Observatoire Régional de la Santé La Réunion, Tableau de bord, La périnatalité à La Réunion, TDB_Perinat_2013.pdf [Internet]. Décembre 2013. [cité 7 janv 2017]. Disponible sur: http://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/tableaux_bord/TDB_Perinat_2013.pdf
23. INSEE, Guide de la nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles, Guide_PCS-2003.pdf [Internet]. 2003. [cité 7 janv 2017]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2400059/Guide_PCS-2003.pdf
24. INSEE, Analyses La Réunion, Les jeunes réunionnais, Le diplôme, clé de l'accès à l'emploi des jeunes Réunionnais, re_ina_20.pdf [Internet]. Novembre 2016. numéro 20.[cité 22 janv 2017]. Disponible sur:
https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/2412290/re_ina_20.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Information et consentement destinés aux patientes

FICHE INFORMATION PATIENTES

ETUDE ALLAITEMENT MATERNEL A LA REUNION

Madame,

Une étude est en cours dans trois maternités de l'île concernant l'allaitement maternel à la Réunion. Cette étude est anonyme et consiste en un questionnaire rempli avec les mamans au moment de l'accouchement. Dans un second temps, il vous sera proposé, si vous l'acceptez, un entretien téléphonique aux 3 mois de votre bébé.

L'objectif de cette étude est de déterminer le parcours des mamans qui allaitent à la Réunion afin de proposer des aides adaptées aux besoins. Vos réponses ont un intérêt scientifique et seront utilisées pour rédiger ma thèse de médecine générale. Vous pouvez à tout moment vous retirer de l'étude sur simple demande, sans aucune justification.

Ci dessous le formulaire de consentement à signer si vous acceptez de faire partie de l'étude.

Je reste disponible pour toute question, par mail

Merci de votre aide.

BOURLLOT Lucile

CONSENTEMENT

Je soussignée Mme accepte de participer à l'étude me concernant sur le parcours de soins dans l'allaitement maternel.

J'accepte d'être appelée dans 3 mois pour répondre à des questions sur le déroulement de mon allaitement (durée entretien : moins de 10 minutes).

Mon numéro de téléphone est le :

Date, lieu et signature :

Annexe 2 : Questionnaire entretien post-partum immédiat

QUESTIONNAIRE PATIENTES POST PARTUM IMMEDIAT

Antécédents :

- 1. Quel est votre âge ? /__/ 1 = Moins de 18 ans, 2 = 18-24 ans, 3 = 25-35 ans, 4 = plus de 35 ans

- 2a. Habituellement, prenez vous un médicament tous les jours ? /__/ 1=Oui, 0=non
2b. Si oui, lequel ? /_____/ 1= pilule, 2= levothyrox, 9= autre
2c. Pourquoi ? /_____/

- 3. Est ce votre premier, deuxième, troisième ... bébé ? /__/ 1=1er, 2=2è, 3=3è, ...

- 4a. Avez vous déjà allaité ? /__/ 1=Oui allaitement exclusif, 2=oui allaitement mixte,
3= allaitement exclusif puis mixte, 0=non
4b. Si oui, combien de fois ? /__/ 1=1 fois, 2=2fois, 3=3fois, ...
4c. et combien de temps ? /__/ En mois, si plusieurs AM : données de la dernière grossesse
4d. Si non, pourquoi ? /_____/ Si pas d'AM ant : 1=pas envie,
2=pas le temps, 4=insuffisance lait, 8=autre

- 5. Avez vous vous-même été allaitée au sein ? /__/ 1=Oui, 0=non, 2=ne sait pas

- 6. Qui a suivi votre grossesse ? /__/ 1=Sage femme, 2=médecin généraliste,
4=gynécologue, 9=autre, 18= hôpital

- 7a. Avez vous suivi des cours de préparation à la naissance ? /__/ 1=Oui, 0=non
7b. Si non, pourquoi ? /_____/ 1=pas envie, 2=pas le temps,
4=pas besoin, 8=pb organisationnel,
16= suivi SF domicile, 32=autre

- 8. A quel moment avez vous décidé d'allaiter ? /__/ 1=Toujours, 2=Pendant la grossesse,
3=à la naissance

- 9a. Avez vous été informée sur l'allaitement maternel ? /__/ 1=Oui, 0=non
9b. Si oui, à quel moment ? /__/ 1=avant grossesse, 2=pendant grossesse avant l'accouchement,
4=à la maternité
9c. Si oui, par qui ? /__/ 1=Médecin généraliste, 2=sage femme, 4=gynécologue,
8=entourage, 16=internet, 32=autre

- 10a. Selon vous, la grossesse s'est elle bien passée ? /__/ 1=Oui, 0=non
10b. Si non, pourquoi ? /_____/ 1=prématurité et/ou MAP,
2=pathologie maternelle, 4=pathologie placentaire, 8=autre

- 11a. Selon vous, l'accouchement s'est il bien passé ? /__/ 1=Oui, 0=non
- 11b. Si non, pourquoi ? /__/ 1=Douleur, 2=saignements, 4=long, 8=césarienne, 16=autre, 32=ventouse

- 12. Qui va suivre votre bébé à la sortie de la maternité ? /__/ 1=Pédiatre, 2=sage femme 4=médecin généraliste, 8=PMI, 16=puéricultrice, 32=nsp ...

Données démographiques :

- 13a. Où habitez vous ? Code postal commune résidence /__//__//__//__//__//
- 13b. Bas / Hauts ? : /__/ 1=Bas, 2=hauts

- 14. Quel est votre pays de naissance ? /__/ 1=La Réunion, 2=France métropolitaine, 3=Mayotte, 4=Madagascar, 0=autre
- 15. Vivez vous en maison ou appartement ? /__/ 0=maison, 1=appartement
- 16. Êtes vous en couple ? /__/ 1=Oui, 0=non

- 17. Combien de personnes vivent avec vous ? /__/ (foyer y compris la maman)

- 18a. Avant votre grossesse, travailliez vous ? /__/ 1=Oui, 0=non
- 18b. Si oui, quel métier ? (catégories socioprof) /_____/
- 18b'. Classification CSP : /__/ 1=agriculteurs, 2=artisans commerçants et chefs d'entreprises, 3=cadres et professions intellectuelles sup, 4=professions intermédiaires, 5=employés, 6=ouvriers

- 18c. Si votre conjoint travaille, quel métier ? /_____/
- 18c'. Classification CSP : /__/ 1=agriculteurs, 2=artisans commerçants et chefs d'entreprises, 3=cadres et professions intellectuelles sup, 4=professions intermédiaires, 5=employés, 6=ouvriers

- 19. Quel est votre niveau d'études ? (patiente) /__/ 1=primaire, 2=collège, 3=lycée, 4=BEP/CAP, 5=études sup

- 20a. Tabac ? /__/ 1=Oui vous même, 2=oui l'entourage, 3=1+2, 0=non
- 20b. Si oui, combien de cigarettes par jour ? /__/

- 21a. En dehors de la grossesse, buvez vous de l'alcool ? /__/ 1=Oui, 0=non, 9=nsp
- 21b. Pensez vous avoir bu vous sachant enceinte ? /__/ 1=oui, 0=non, 9=nsp
- 21b'. Si oui, fréquence ? /__/ 1=régulière 1-2 verres/jour, 2= régulière > 2 verres/jour, 3=occasionnellement (soirée) > 4 verres

Le début de votre allaitement :

- 22. Avez vous choisi d'allaiter : /__/ 0=non, 1=seule, 2=en couple 4=avec un professionnel de santé, 9=autre

- 23. Pourriez vous me dire pourquoi vous avez choisi d'allaiter au sein votre bébé ?
/___/ 1=C'est bénéfique pour sa santé, 2=pour diminuer le risque d'infections, 4=c'est économique, 8=pour la relation maman - bébé, 16=pour perdre du poids, 32=c'est naturel, 64=autre ...
- 24a. Diriez vous que le début de votre allaitement se passe : /___/
1=plutôt bien, 2=plutôt difficile, 0=mal
- 24b. Pourquoi ? /_____/ 1=douleur, 2=position césarienne, 4=autre
- 25a. Vous sentez vous actuellement soutenue pour votre allaitement maternel ?
/___/ 1=Oui, 0=non, 9=nsp
- 25b. Si oui, par qui ? /___/ 1=Conjoint, 2=famille, 4=équipe maternité, 8=amis, 16=autre
- 26a. Savez vous à qui vous adresser si vous vous posez une question concernant l'allaitement maternel quand vous serez chez vous ? /___/ 1=Oui, 0=non
- 26b. Si oui, à qui ? /___/ 1=Pédiatre, 2=sage femme, 4=médecin généraliste, 8=PMI, 16=consultante en lactation, 32=entourage, 64=autre
- 27. Savez vous qu'il existe des consultations dédiées à l'allaitement maternel ? /___/ 1=Oui, 0=non
- 28. Combien de temps aimeriez vous poursuivre l'allaitement maternel ? /___/ (nb mois, 0=le + possible, x=nsp)

Pour les mamans qui travaillent :

- 29. Souhaitez vous poursuivre l'allaitement à la reprise du travail ? /___/ 1=Oui, 0=non, 9=nsp
- 30. Savez vous que la loi prévoit une heure par jour pour l'allaitement maternel ?
/___/ 1=oui, 0=non

Pour toutes :

- 31. Quel est votre sentiment à ce jour vis à vis de l'allaitement ? /___/ 1=Confiante, 2=motivée, 4=convaincue, 8=hésitante, 16=inquiète, 32=angoissée, 64=réticente, 128=autre ...

Annexe 3 : Questionnaire entretien téléphonique à 3 mois

QUESTIONNAIRE ENTRETIEN TELEPHONIQUE A 3 MOIS

- 1. Allaitiez vous toujours bébé au sein ? /__/
1=Oui au sein seulement, 2=oui maternel exclusif (sein + biberons),
3=oui avec lait artificiel (mixte), 0=non

1a. Allaitement au sein stoppé :

- 1a. Combien de temps avez vous allaité ? /__/
1= <15j, 2=entre 15j et 1 mois, 3= 1 mois
4=entre 1 et 2 mois, 5= 2 mois,
6= entre 2 et 3 mois, 7= >/= 3 mois
- 1a'. Pourquoi avez vous stoppé ? /__/
1=insuff prise poids bébé, 2=pathologie maternelle,
4=manque temps, 8=fatigue, 16=inclure papa,
32=suite conseils, 64=reprise W, 128=refus du bébé,
256=insuffisance de lait, 512=autre

1b. Allaitement mixte :

- 1b. pourquoi avez vous introduit du lait artificiel ? /__/
1=Insuffisance de prise de poids du bébé,
2=pathologie maternelle, 4=manque de temps,
8=fatigue, 16=inclure le papa, 32=suite à des conseils
reçus, 64=reprise W, 128=insuffisance de lait,
256= autre
 - 1b'. Quand ? /_____/
- 1= <15j, 2=entre 15j et 1 mois, 3= 1 mois,
4=entre 1 et 2 mois, 5= 2 mois, 6= entre 2 et 3 mois,
7= >/= 3 mois

Dans tous les cas,

- 2a. Avez vous rencontré des difficultés d'allaitement ? /_/
1=Oui, 0=non, 9=nsp
- 2b. Si oui, lesquelles : /____/

<ul style="list-style-type: none"> - 1=mise au sein - 2=fatigue - 4=sensation d'insuffisance de lait - 8=douleur - 16=crevasses 	<ul style="list-style-type: none"> - 32=engorgements - 64=difficultés liées à la reprise du travail - 128=insuffisance de prise de poids du bébé - 256=traitement incompatible avec l'AM - 512=autre
--	---

- 3a. Avez vous consommé des produits pendant l'allaitement ? /__/
1= oui, 0= non, 9= nsp
- 3b. Si oui, lesquels : /__/
1= Tabac, 2= alcool, 4= médicament, 8= zamal, 16= autre
- 3c. Si oui, à quelle fréquence : /__/
1= quotidien, 2= >3 fois/semaine,
3=occasionnellement

- 4a. Pensez vous que votre allaitement soit bénéfique pour le bébé ? /_/ /
1=Oui, 0=non, 9=nsp
- 4b. Pour vous ? /_/ / 1=Oui, 0=non, 9=nsp
- 4c. Quels sont les bénéfices rencontrés ? /___/
 - 1= complicité mère bébé, 2= pratique, 4= économique,
 - 8= prise de poids, 16= bien être, 32= perte poids maternel, 64= pas d'infections, 128= autre
- 4d. Si non, pourquoi ? /___/ 1= corvée, 2= mauvaise prise pondérale du bébé, 4= autre
- 5. Quel a été le rôle de votre conjoint ? /_/ / 1=soutien, 2=en retrait, 4=absent, 8=autre
- 6. Concernant votre conjoint, que pense-t-il de l'allaitement maternel ? /_/ /
 - 1=Bénéfique pour le bébé, 2=bénéfique pour la maman,
 - 4=se sent mis à l'écart, 8=ne se sent pas concerné,
 - 16=non favorable à la poursuite de l'allaitement, 32=autre
- 7a. Si vous avez rencontré un problème, en avez vous parlé à quelqu'un ? /_/ /
1=Oui, 0=non, 9= pas de souci
- 7b. Si oui, à qui en premier lieu ? /_/ /
- 7c. y a t il eu d'autres personnes à qui vous vous êtes adressée ? /_/ /
 - 1=Sage femme, 2=PMI, 4=médecin généraliste,
 - 8=gynécologue, 16=pédiatre, 32=consultante lactation ou association soutien AM, 64=entourage, 256=pharmacie, 512=autre...
- 8a. Si vous avez vu votre médecin généraliste, vous a-t-il réorientée vers un spécialiste ? /_/ / 1=Oui, 0=non
- 8b. Si oui, lequel ? /___/ 1=SF, 2=gynécologue, 4=pédiatre, 8=consultante en lactation ou asso soutien AM
- 8c. Si oui, pourquoi ? /___/ 1=échec 1er traitement, 2=avis diagnostique, 4=nécessité suivi, 9=autre ...
- 8d. Si non, pourquoi ? /_____ / 1= pas besoin, 2= autre
- 9. Les conseils obtenus ont-ils pu vous aider à prolonger votre allaitement ? /_/ /
1=Oui, 0=non, 9=nsp
- 10. Avez vous trouvé de l'aide facilement ? /_/ / 1=Oui, 0=non, 9=nsp

- 11. Trouvez vous que les personnes que vous avez consulté soient assez disponibles pour parler de l'allaitement ? /__/ 1=Oui, 0=non, 9=nsp

- 12a. Ont-ils répondu à vos attentes ? /__/ 1=Oui, 0=non, 9=nsp
- 12b. Si non, pourquoi ? /_____/

- 13. Si vous avez stoppé d'allaiter (ou introduit du lait artificiel pour mixte), ressentez vous une certaine culpabilité ? /__/ 1=Oui, 0=non, 9=nsp

- 14. Avez vous eu du plaisir à allaiter ? /__/ 1=oui, 0=non, 9=nsp

- 15. Quel est votre ressenti global sur l'allaitement ? /__/
1=satisfaite, 2=épanouie, 4=convaincue,
8=insatisfaite, 16=frustrée, 32=échec,
64=angoissée, 128=fatiguée, 256=autre

- 16. Pensez vous allaiter si vous avez d'autres enfants ? /__/ 1=Oui, 0=non, 9=nsp

Annexe 4 : Information aux équipes soignantes des maternités

INFORMATION EQUIPES MATERNITE CHD - CHGM - GHSR

ETUDE ALLAITEMENT MATERNEL A LA REUNION

Une étude est en cours dans trois maternités de l'île concernant l'allaitement maternel à la Réunion, en vue d'une thèse de médecine générale.

Elle consiste en un questionnaire rempli avec les mamans après l'accouchement lors d'un entretien dirigé. Dans un second temps, elles seront contactées pour un entretien téléphonique aux 3 mois du bébé.

Je passerai dans le service afin de distribuer des fiches d'information et consentement aux patientes, puis recueillir les résultats.

L'objectif de cette étude est de déterminer le parcours des mamans qui allaitent à la Réunion afin de proposer des aides adaptées aux besoins.

Je reste disponible pour toute question, par mail :

Merci de votre aide.

BOURLLOT Lucile

SERMENT MEDICAL

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.

Breastfeeding in Reunion during the first three months

ABSTRACT :

Objectives : Describe breastfeeding duration, its degree of exclusivity, the impact of socioeconomic, environmental factors and the difficulties met by the mothers. A comparison was possible with the metropolitan territory.

Methods : The prospective study of cohort concerns a random sample of women's having given birth in Reunion in 2016 in three maternities of the island. The data were collected by direct interviews during the maternity stay and 3 months later by phone conversation.

Results : Among the 60 patients breastfeeding at the maternity, 30 % pursued the exclusive breastfeeding at 3 months, 30 % associated complementary formula and 40 % had stopped any breastfeeding. The median duration of exclusive breastfeeding was 2 months and of mixed feeding was 1.5 months. Factors associated to a longer duration of breastfeeding were multiparity, high socio-professional groups, women of metropolitan origin.

Conclusion : It is necessary to encourage in the Reunion island the pursuit of breastfeeding, up to 6 months, exclusively. Actions to promote breastfeeding should particularly focus on "at risk" periods of introduction complementary formula, increase the visibility of lactation specialists, provide public information campaigns, adapt aid necessary for general practitioners to support breastfeeding, reassess women's information techniques on breastfeeding and the impact of delivery preparation courses.

Key words : *Breastfeeding, newborns, Reunion Island*

DISCIPLINE Médecine Générale

Université de Bordeaux,

Collège Sciences de la Santé, 146, rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX

Déroutement de l'allaitement maternel à La Réunion pendant les 3 premiers mois

RÉSUMÉ :

Objectifs : Décrire la durée d'allaitement au sein, le degré d'exclusivité, l'impact de facteurs socio-économiques, environnementaux et les difficultés rencontrées par les mères. Une comparaison a été possible avec la métropole.

Méthodes : L'étude prospective de cohorte porte sur un échantillon aléatoire de femmes ayant accouché à La Réunion en 2016 dans trois maternités de l'île. Les données ont été recueillies à la maternité par entretien direct et à 3 mois par entretien téléphonique.

Résultats : Parmi les 60 patientes allaitant au sein à la maternité, 30% ont poursuivi l'allaitement exclusif à 3 mois, 30% associaient du lait artificiel et 40% avaient stoppé tout allaitement. La durée médiane d'allaitement exclusif était de 2 mois et celle d'allaitement mixte d'1.5 mois. Les facteurs associés à une durée d'allaitement plus longue étaient la multiparité, les catégories socioprofessionnelles élevées, les femmes d'origine métropolitaine.

Conclusion : Il est nécessaire d'encourager à La Réunion la poursuite de l'allaitement, jusqu'à 6 mois, de façon exclusive. Les actions pour la promotion de l'allaitement maternel devraient s'intéresser particulièrement aux périodes « à risque » d'introduction du lait artificiel, augmenter la visibilité des spécialistes en lactation, prévoir des campagnes d'information du grand public, adapter l'aide nécessaire aux médecins généralistes pour l'accompagnement dans l'allaitement, réévaluer les techniques d'information des femmes sur l'allaitement maternel et l'impact des cours de préparation à la naissance.

Mots-clés : *Allaitement maternel, nourrisson, La Réunion.*