HAL
open science

# Déterminants de l'allaitement maternel et place du médecin généraliste dans la promotion et la poursuite de l'allaitement

Stéphanie Gaisnon

## To cite this version:

Stéphanie Gaisnon. Déterminants de l'allaitement maternel et place du médecin généraliste dans la promotion et la poursuite de l'allaitement. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01598296

**HAL Id: dumas-01598296**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01598296v1**

Submitted on 29 Sep 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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2017

# THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Stéphanie GAISNON

née le 17 décembre 1987 à Mayenne

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19 SEPTEMBRE 2017

## DETERMINANTS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PROMOTION ET LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Hermil

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Deom

MEMBRES DU JURY : Madame le Professeur Merle

Madame le Docteur Castanet

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017**

**U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN**

**----------**

| | |
|---|---|
| DOYEN : | **Professeur Pierre FREGER** |
| ASSESSEURS : | **Professeur Michel GUERBET** |
| | **Professeur Benoit VEBER** |
| | **Professeur Pascal JOLY** |
| | **Professeur Stéphane MARRET** |

## I - MEDECINE

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

| | | |
|---|---|---|
| Mr Frédéric **ANSELME** | HCN | Cardiologie |
| Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR** | HCN | Chirurgie plastique |
| Mr Fabrice **BAUER** | HCN | Cardiologie |
| Mme Soumeya **BEKRI** | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Ygal **BENHAMOU** | HCN | Médecine interne |
| Mr Jacques **BENICHOU** | HCN | Bio statistiques et informatique médicale |
| Mme Bouchra **LAMIA** | Havre | Pneumologie |
| Mr Olivier **BOYER** | UFR | Immunologie |
| Mr François **CARON** | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Philippe **CHASSAGNE** *(détachement)* | HCN | Médecine interne (gériatrie) – Détachement |
| Mr Vincent **COMPERE** | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mr Jean-Nicolas **CORNU** | HCN | Urologie |
| Mr Antoine **CUVELIER** | HB | Pneumologie |
| Mr Pierre **CZERNICHOW** *(surnombre)* | HCH | Epidémiologie, économie de la santé |
| Mr Jean-Nicolas **DACHER** | HCN | Radiologie et imagerie médicale |
| Mr Stéfan **DARMONI** | HCN | Informatique médicale et techniques de communication |
| Mr Pierre **DECHELOTTE** | HCN | Nutrition |
| Mr Stéphane **DERREY** | HCN | Neurochirurgie |
| Mr Frédéric **DI FIORE** | CB | Cancérologie |

| | | |
|---|---|---|
| Mr Fabien **DOGUET** | HCN | Chirurgie Cardio Vasculaire |
| Mr Jean **DOUCET** | SJ | Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie |
| Mr Bernard **DUBRAY** | CB | Radiothérapie |
| Mr Philippe **DUCROTTE** | HCN | Hépato-gastro-entérologie |
| Mr Frank **DUJARDIN** | HCN | Chirurgie orthopédique - Traumatologique |
| Mr Fabrice **DUPARC** | HCN | Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mr Eric **DURAND** | HCN | Cardiologie |
| Mr Bertrand **DUREUIL** | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mme Hélène **ELTCHANINOFF** | HCN | Cardiologie |
| Mr Thierry **FREBOURG** | UFR | Génétique |
| Mr Pierre **FREGER** | HCN | Anatomie - Neurochirurgie |
| Mr Jean François **GEHANNO** | HCN | Médecine et santé au travail |
| Mr Emmanuel **GERARDIN** | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Priscille **GERARDIN** | HCN | Pédopsychiatrie |
| Mr Michel **GODIN** *(surnombre)* | HB | Néphrologie |
| M. Guillaume **GOURCEROL** | HCN | Physiologie |
| Mr Dominique **GUERROT** | HCN | Néphrologie |
| Mr Olivier **GUILLIN** | HCN | Psychiatrie Adultes |
| Mr Didier **HANNEQUIN** | HCN | Neurologie |
| Mr Fabrice **JARDIN** | CB | Hématologie |
| Mr Luc-Marie **JOLY** | HCN | Médecine d'urgence |
| Mr Pascal **JOLY** | HCN | Dermato - Vénéréologie |
| Mme Annie **LAQUERRIERE** | HCN | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mr Vincent **LAUDENBACH** | HCN | Anesthésie et réanimation chirurgicale |
| Mr Joël **LECHEVALLIER** | HCN | Chirurgie infantile |
| Mr Hervé **LEFEBVRE** | HB | Endocrinologie et maladies métaboliques |
| Mr Thierry **LEQUERRE** | HB | Rhumatologie |
| Mme Anne-Marie **LEROI** | HCN | Physiologie |
| Mr Hervé **LEVESQUE** | HB | Médecine interne |
| Mme Agnès **LIARD-ZMUDA** | HCN | Chirurgie Infantile |
| Mr Pierre Yves **LITZLER** | HCN | Chirurgie cardiaque |
| Mr Bertrand **MACE** | HCN | Histologie, embryologie, cytogénétique |
| M. David **MALTETE** | HCN | Neurologie |
| Mr Christophe **MARGUET** | HCN | Pédiatrie |
| Mme Isabelle **MARIE** | HB | Médecine interne |
| Mr Jean-Paul **MARIE** | HCN | Oto-rhino-laryngologie |

| | | |
|---|---|---|
| Mr Loïc **MARPEAU** | HCN | Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Stéphane **MARRET** | HCN | Pédiatrie |
| Mme Véronique **MERLE** | HCN | Epidémiologie |
| Mr Pierre **MICHEL** | HCN | Hépato-gastro-entérologie |
| M. Benoit **MISSET** | HCN | Réanimation Médicale |
| Mr Jean-François **MUIR** *(surnombre)* | HB | Pneumologie |
| Mr Marc **MURAINE** | HCN | Ophtalmologie |
| Mr Philippe **MUSETTE** | HCN | Dermatologie - Vénéréologie |
| Mr Christophe **PEILLON** | HCN | Chirurgie générale |
| Mr Christian **PFISTER** | HCN | Urologie |
| Mr Jean-Christophe **PLANTIER** | HCN | Bactériologie - Virologie |
| Mr Didier **PLISSONNIER** | HCN | Chirurgie vasculaire |
| Mr Gaëtan **PREVOST** | HCN | Endocrinologie |
| Mr Bernard **PROUST** | HCN | Médecine légale |
| Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)* | HCN | Réanimation médicale - Médecine d'urgence |
| Mr Vincent **RICHARD** | UFR | Pharmacologie |
| Mme Nathalie **RIVES** | HCN | Biologie du développement et de la reproduction |
| Mr Horace **ROMAN** | HCN | Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Jean-Christophe **SABOURIN** | HCN | Anatomie - Pathologie |
| Mr Guillaume **SAVOYE** | HCN | Hépato-gastrologie |
| Mme Céline **SAVOYE–COLLET** | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Pascale **SCHNEIDER** | HCN | Pédiatrie |
| Mr Michel **SCOTTE** | HCN | Chirurgie digestive |
| Mme Fabienne **TAMION** | HCN | Thérapeutique |
| Mr Luc **THIBERVILLE** | HCN | Pneumologie |
| Mr Christian **THUILLEZ** *(surnombre)* | HB | Pharmacologie |
| Mr Hervé **TILLY** | CB | Hématologie et transfusion |
| M. Gilles **TOURNEL** | HCN | Médecine Légale |
| Mr Olivier **TROST** | HCN | Chirurgie Maxillo-Faciale |
| Mr Jean-Jacques **TUECH** | HCN | Chirurgie digestive |
| Mr Jean-Pierre **VANNIER** *(surnombre)* | HCN | Pédiatrie génétique |
| Mr Benoît **VEBER** | HCN | Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale |
| Mr Pierre **VERA** | CB | Biophysique et traitement de l'image |
| Mr Eric **VERIN** | HB | Service Santé Réadaptation |
| Mr Eric **VERSPYCK** | HCN | Gynécologie obstétrique |
| Mr Olivier **VITTECOQ** | HB | Rhumatologie |

| | | |
|---|---|---|
| Mr Jacques **WEBER** | HCN | Physiologie |

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

| | | |
|---|---|---|
| Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG** | HCN | Bactériologie – Virologie |
| Mme Carole **BRASSE LAGNEL** | HCN | Biochimie |
| Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS** | HCN | Chirurgie Vasculaire |
| Mr Gérard **BUCHONNET** | HCN | Hématologie |
| Mme Mireille **CASTANET** | HCN | Pédiatrie |
| Mme Nathalie **CHASTAN** | HCN | Neurophysiologie |
| Mme Sophie **CLAEYSSENS** | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Moïse **COEFFIER** | HCN | Nutrition |
| Mr Manuel **ETIENNE** | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Serge **JACQUOT** | UFR | Immunologie |
| Mr Joël **LADNER** | HCN | Epidémiologie, économie de la santé |
| Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE** | UFR | Biologie cellulaire |
| Mr Thomas **MOUREZ** | HCN | Virologie |
| Mme Muriel **QUILLARD** | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme Laëtitia **ROLLIN** | HCN | Médecine du Travail |
| Mr Mathieu **SALAUN** | HCN | Pneumologie |
| Mme Pascale **SAUGIER-VEBER** | HCN | Génétique |
| Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN** | HCN | Anatomie |
| Mr David **WALLON** | HCN | Neurologie |

**PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE**

| | | |
|---|---|---|
| Mme Dominique **LANIEZ** | UFR | Anglais – retraite 01/10/2016 |
| Mr Thierry **WABLE** | UFR | Communication |

## II - PHARMACIE

**PROFESSEURS**

| | |
|---|---|
| Mr Thierry **BESSON** | Chimie Thérapeutique |
| Mr Jean-Jacques **BONNET** | Pharmacologie |
| Mr Roland **CAPRON** (PU-PH) | Biophysique |
| Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite) | Pharmacologie |
| Mme Isabelle **DUBUS** | Biochimie |
| Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH) | Parasitologie |
| Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite) | Toxicologie |
| Mr Michel **GUERBET** | Toxicologie |
| Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET** | Physiologie |
| Mme Christelle **MONTEIL** | Toxicologie |
| Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH) | Microbiologie |
| Mme Elisabeth **SEGUIN** | Pharmacognosie |
| Mr Rémi **VARIN** (PU-PH) | Pharmacie clinique |
| Mr Jean-Marie **VAUGEOIS** | Pharmacologie |
| Mr Philippe **VERITE** | Chimie analytique |

**MAITRES DE CONFERENCES**

| | |
|---|---|
| Mme Cécile **BARBOT** | Chimie Générale et Minérale |
| Mr Jérémy **BELLIEN** (MCU-PH) | Pharmacologie |
| Mr Frédéric **BOUNOURE** | Pharmacie Galénique |
| Mr Abdeslam **CHAGRAOUI** | Physiologie |
| Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)** | Statistiques |
| Mme Elizabeth **CHOSSON** | Botanique |
| Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB** | Législation pharmaceutique et économie de la santé |
| Mme Cécile **CORBIERE** | Biochimie |
| Mr Eric **DITTMAR** | Biophysique |
| Mme Nathalie **DOURMAP** | Pharmacologie |
| Mme Isabelle **DUBUC** | Pharmacologie |

| | |
|---|---|
| Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER** | Pharmacologie |
| Mr Abdelhakim **ELOMRI** | Pharmacognosie |
| Mr François **ESTOUR** | Chimie Organique |
| Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH) | Parasitologie |
| Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA** | Chimie analytique |
| Mme Marie-Laure **GROULT** | Botanique |
| Mr Hervé **HUE** | Biophysique et mathématiques |
| Mme Laetitia **LE GOFF** | Parasitologie – Immunologie |
| Mme Hong **LU** | Biologie |
| Mme Marine **MALLETER** | Toxicologie |
| Mme Sabine **MENAGER** | Chimie organique |
| Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT** | Chimie analytique |
| Mr Mohamed **SKIBA** | Pharmacie galénique |
| Mme Malika **SKIBA** | Pharmacie galénique |
| Mme Christine **THARASSE** | Chimie thérapeutique |
| Mr Frédéric **ZIEGLER** | Biochimie |

**PROFESSEURS ASSOCIES**

| | |
|---|---|
| Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ** | Pharmacie officinale |
| Mr Jean-François **HOUIVET** | Pharmacie officinale |

**PROFESSEUR CERTIFIE**

| | |
|---|---|
| Mme Mathilde **GUERIN** | Anglais |

**ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**

| | |
|---|---|
| Mme Sandrine **DAHYOT** | Bactériologie |

**ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

| | |
|---|---|
| Mr Souleymane **ABDOUL-AZIZE** | Biochimie |
| Mme Hanane **GASMI** | Galénique |
| Mme Caroline **LAUGEL** | Chimie organique |
| Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE** | Parasitologie |

**LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

| | |
|---|---|
| Mme Cécile **BARBOT** | Chimie Générale et minérale |
| Mr Thierry **BESSON** | Chimie thérapeutique |
| Mr Roland **CAPRON** | Biophysique |
| Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB** | Législation et économie de la santé |
| Mme Elisabeth **CHOSSON** | Botanique |
| Mr Jean-Jacques **BONNET** | Pharmacodynamie |
| Mme Isabelle **DUBUS** | Biochimie |
| Mr Loïc **FAVENNEC** | Parasitologie |
| Mr Michel **GUERBET** | Toxicologie |
| Mr François **ESTOUR** | Chimie organique |
| Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET** | Physiologie |
| Mme Martine **PESTEL-CARON** | Microbiologie |
| Mme Elisabeth **SEGUIN** | Pharmacognosie |
| Mr Mohamed **SKIBA** | Pharmacie galénique |
| Mr Rémi **VARIN** | Pharmacie clinique |
| Mr Philippe **VERITE** | Chimie analytique |

## III – MEDECINE GENERALE

**PROFESSEUR**

| | | |
|---|---|---|
| Mr Jean-Loup **HERMIL** | UFR | Médecine générale |

**PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS**

| | | |
|---|---|---|
| Mr Emmanuel **LEFEBVRE** | UFR | Médecine Générale |
| Mme Elisabeth **MAUVIARD** | UFR | Médecine générale |
| Mr Philippe **NGUYEN THANH** | UFR | Médecine générale |

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS**

| | | |
|---|---|---|
| Mr Pascal **BOULET** | UFR | Médecine générale |
| Mr Emmanuel **HAZARD** | UFR | Médecine Générale |
| Mme Lucile **PELLERIN** | UFR | Médecine générale |
| Mme Yveline **SEVRIN** | UFR | Médecine générale |
| Mme Marie Thérèse **THUEUX** | UFR | Médecine générale |

**ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS**

**PROFESSEURS**

| | |
|---|---|
| Mr Serguei **FETISSOV** (med) | Physiologie (ADEN) |
| Mr Paul **MULDER** (phar) | Sciences du Médicament |
| Mme Su **RUAN** (med) | Génie Informatique |

**MAITRES DE CONFERENCES**

| | |
|---|---|
| Mr Sahil **ADRIOUCH** (med) | Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905) |
| Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med) | Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)** |
| Mme Carine **CLEREN** (med) | Neurosciences (Néovasc) |
| M. Sylvain **FRAINEAU** (phar) | Physiologie (Inserm U 1096) |
| Mme Pascaline **GAILDRAT** (med) | Génétique moléculaire humaine (UMR 1079) |
| Mr Nicolas **GUEROUT** (med) | Chirurgie Expérimentale |
| Mme Rachel **LETELLIER** (med) | Physiologie |
| Mme Christine **RONDANINO** (med) | Physiologie de la reproduction |
| Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med) | Physiologie (Unité Inserm 1076) |
| Mr Frédéric **PASQUET** | Sciences du langage, orthophonie |
| Mme Isabelle **TOURNIER** (med) | Biochimie (UMR 1079) |

**CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS** : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle* *HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel* *CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation* *SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

# Remerciements

**A Monsieur le Professeur Jean Loup Hermil, Président du jury :**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury.

Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

**A Madame le Professeur Véronique Merle :**

Pour avoir accepté de juger ce travail,

Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et mon profond respect.

**A Madame le Docteur Mireille Castanet :**

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre du jury de cette thèse.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude.

**A Monsieur le Docteur Jean Paul Déom :**

Je vous remercie d'avoir accepté de superviser mon travail et des conseils que vous m'avez apportés. Je vous remercie également de m'avoir fait confiance lorsque j'étais votre interne, ce stage d'autonomie a permis de confirmer la passion que j'ai pour la médecine générale.

**A mes parents**, je vous remercie d'avoir toujours été à mes côtés et de m'avoir soutenue à chaque étape de ma vie. Vous m'avez transmis les valeurs les plus importantes, sans vous je n'en serais pas là aujourd'hui. Ce travail vous est dédié. Vous êtes des parents formidables.

**A ma sœur Laure**, sans qui le passage de la P1 n'aurait jamais été possible. En suivant ton exemple, j'ai pu me surpasser et décrocher le précieux sésame. Ces années de coloc' ont été décisives ! Sans oublier ta petite tribu : **Benoit, Léa et Tom**, vous formez une famille magnifique !

**A mon frère Sébastien,** tu as toujours été là en cas de besoin, merci pour ton soutien. Petite dernière que je suis, tu as toujours su me remettre sur le droit chemin.

**A ma sœur Mélanie**, c'est en t'accompagnant à ces nombreux rendez-vous médicaux quand tu étais petite que j'ai voulu faire ce métier. Tu es un bel exemple de réussite, tu as pu surmonter toutes les difficultés et devenir une adulte autonome et accomplie. Bienvenue à Nicolas dans la famille ;)

**A Azad,** je te remercie pour tes encouragements, ta patience et ton aide pour terminer ce travail, il n'y aura plus de « Et ta thèse, ça avance ? » !!
Tu es la plus belle chose qui me soit arrivée ☺ je suis fière de toi et de ce que nous avons accompli. Je t'aime.

**A Anne-Laure et Lucie,** mes plus vieilles amies de Châtillon, après toutes ces années nous sommes toujours aussi proches même si nous nous voyons trop rarement maintenant. Vous serez toujours dans mon cœur !

**Aux copains depuis la terminale à l'Immac'**, Anne et Julien, Marie, Céline, Pauline, Anne C, Régis, Nico (et les +1 qui se sont greffés depuis !). Nous passons toujours de merveilleux moments lorsque nous nous retrouvons☺. L'année à venir va être riche en émotions !!

**A Maud**, le temps a passé depuis notre rencontre en 6ème, nous avons fait toutes nos études ensemble et aujourd'hui nous passons notre thèse à quelques heures d'écart ! J'aurais aimé être là pour te soutenir. L'avenir s'annonce des plus radieux avec l'arrivée prochaine de votre petit bout. Félicitations !

**A Oriane**, nous avons traversé les débuts de l'internat ensemble ça n'a pas été toujours très facile mais nous avons toujours su nous soutenir mutuellement! Merci à toi et Alex de m'avoir accueilli chez vous. Toutes mes félicitations pour l'arrivée de votre petite Axelle !

**A Fanny et Jerem**, merci pour votre soutien et votre joie de vivre, pour tous les bons moments passés ensemble ! Cette semaine de « vacances » passée chez vous a été décisive pour moi ;)

**A Anne et Fx,** ces semestres passés ensemble n'auraient pas été les mêmes sans vous ! Merci pour tous ces fous rires et votre gentillesse.

**A Hélène**, je n'oublierai jamais ce fameux soleil ;) j'espère te revoir bientôt !

**A Berge**, je te remercie du fond du cœur pour ton aide sur l'élaboration des stat et tes explications. Sans toi, ce travail n'aurait pas été le même !

**A tous les maîtres de stage** qui m'ont formés durant ces années.

# Table des matières

**INTRODUCTION** ..... **17**

*Première partie : Généralités sur l'allaitement*

**1. DEFINITION ET DESCRIPTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL** ..... **18**

**2. ETAT DES LIEUX DE L'ALLAITEMENT EN FRANCE ET DANS LE MONDE** ..... **19**

*1. L'allaitement maternel en France* ..... *19*

*2. L'allaitement maternel dans le monde* ..... *21*

**4. LES DETERMINANTS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL** ..... **22**

*1. Les facteurs ayant une association positive avec l'initiation et/ou la durée de l'allaitement maternel* ..... *22*

*2. Les facteurs ayant une association négative avec l'initiation et/ou la durée de l'allaitement maternel* ..... *23*

*Deuxième partie: l'enquête*

**1. OBJECTIFS DE L'ETUDE** ..... **24**

**2. MATERIEL ET METHODES** ..... **24**

*1. Schéma de l'étude* ..... *24*

*2. Lieu et période de l'étude* ..... *25*

*3. Population étudiée* ..... *25*

*4. Réalisation de l'étude* ..... *26*

*5. Les questionnaires* ..... *27*

*6. Analyse statistique* ..... *28*

**3. RESULTATS** ..... **28**

Analyses descriptives ..... 28

*1. Première partie de l'étude : questionnaire à la maternité* ..... *28*

*2. Questionnaire téléphonique à 6 mois* ..... *43*

Analyses analytiques ..... 46

**4. DISCUSSION** ..... **47**

*1. Limites et biais de l'étude* ..... *47*

*2. Population étudiée* ..... *49*

*3. Taux d'allaitement à la maternité et durée médiane d'allaitement* ..... *49*

*4. Les déterminants de l'allaitement maternel* ..... *51*

*5. Place du médecin généraliste* ..... *54*

5. **CONCLUSION** ..... **61**

**ANNEXES** ..... **64**

**BIBIOGRAPHIE** ..... **81**

LISTES DES ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

ELFE : Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

AM : Allaitement Maternel

AA : Allaitement Artificiel

SA : Semaines d'Aménorrhée

OR : Odds Ratio

GHH : Groupe Hospitalier du Havre

vs : versus

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

CoFAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel

UNICEF : United Nations Children's Fund (Fonds des Nations unies pour l'enfance)

# Introduction

Il est maintenant largement reconnu et prouvé que l'allaitement maternel exclusif présente un réel bénéfice pour la santé et le développement de l'enfant ainsi que de nombreux avantages pour la maman(1). L'OMS a recommandé en 2001 l'alimentation au sein exclusive pendant 6 mois puis l'introduction d'aliments complémentaires et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans voire d'avantage. Cependant, même de courte durée, l'allaitement maternel reste toujours recommandé.

La promotion de l'allaitement maternel fait parti d'un des objectifs de santé publique du PNNS lancé en 2001 où l'on constatait un retard de la France par rapport aux autres pays européens dans la pratique de l'allaitement maternel. Le plan d'action se base désormais sur la communication, l'information et la sensibilisation des mères sur les modes d'alimentation du nouveau-né, en intégrant un regard objectif sur l'allaitement maternel pour permettre un véritable choix éclairé(2). Ceci implique que tous les professionnels de santé rencontrés au cours de la grossesse et en post-partum doivent pouvoir fournir une information claire et détaillée sur l'allaitement.

Le médecin généraliste est un acteur privilégié des soins de santé primaires, il a parmi ses rôles ceux d'informer, de prévenir, d'écouter et également orienter ses patients. Par ailleurs, il est de plus en plus sollicité par les femmes pour suivre leur grossesse(3). En ce qui concerne le mode d'allaitement, il doit donc être en mesure d'informer et de conseiller ses patientes.

Au cours de mes deux stages chez le praticien, je me suis rendue compte que la question de l'alimentation du futur enfant à naître était peu abordée lors des suivis de grossesse. Cependant, lorsqu'elle était évoquée, un échange souvent très enrichissant s'établissait entre la future mère et le médecin généraliste. Ce dernier intervient presque toujours à un moment de la grossesse, même s'il n'en n'assure pas le suivi. J'ai donc voulu savoir si, parmi les déterminants de l'allaitement maternel, le médecin généraliste tenait un rôle pendant la grossesse, en particulier si son intervention pouvait avoir une influence sur la décision d'allaiter ou non. De même, j'ai cherché à savoir si ce rôle se poursuivait après l'accouchement.

# Première partie : Généralités sur l'allaitement

## 1. Définition et description de l'allaitement maternel (4)(5)

Le terme *allaitement maternel* est réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère.

L'allaitement est *exclusif* lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau ;

L'allaitement est *prédominant* lorsque l'enfant reçoit du lait maternel comme source alimentaire principale, d'autres liquides (eau, eau sucrée, tisane, jus de fruits) étant donnés. Les autres aliments sont exclus en particulier les préparations pour nourrissons du commerce ou les liquides à base d'aliments, type bouillie de céréales délayées.

L'allaitement est *partiel ou mixte* lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture. En cas d'allaitement partiel, celui-ci est majoritaire si la quantité de lait maternel consommé assure plus de 80 % des besoins de l'enfant ; moyen si elle assure 20 à 80 % de ses besoins et faible si elle en assure moins de 20 % ;

La réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

## 2. Etat des lieux de l'allaitement en France et dans le monde

### 1. *L'allaitement maternel en France*

Délaissé par toute une génération qui a vécu l'utilisation du biberon comme une véritable libération de la femme, l'allaitement maternel a du mal à se faire une place dans la culture française. Mais depuis quelques années, à force de campagne de communication, il revient dans les mœurs et on voit aujourd'hui une augmentation de la fréquence de choix de l'allaitement maternel à la naissance. Les résultats des enquêtes nationales périnatales ont montré une augmentation du taux d'initiation de l'allaitement maternel à la maternité passant de 36% en 1972 à 55% en 2005, 70% en 2010 jusqu'à atteindre aujourd'hui 74%(2). Cependant la médiane d'allaitement exclusif reste encore très basse étant estimée à trois semaines et demie (4).

On retrouve des variations très importantes selon les régions (figure 1), les taux les plus bas sont observés en Picardie, Pays de Loire, Auvergne et Nord Pas de Calais alors que les taux les plus élevés sont retrouvés en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Paris, Petite Couronne parisienne et Rhône-Alpes.

Malgré une progression du taux d'allaitement maternel, la France reste dans les dernières places des pays industrialisés et des pays européens.

**Figure 1: Taux d'allaitement en France en 2013 (6)**

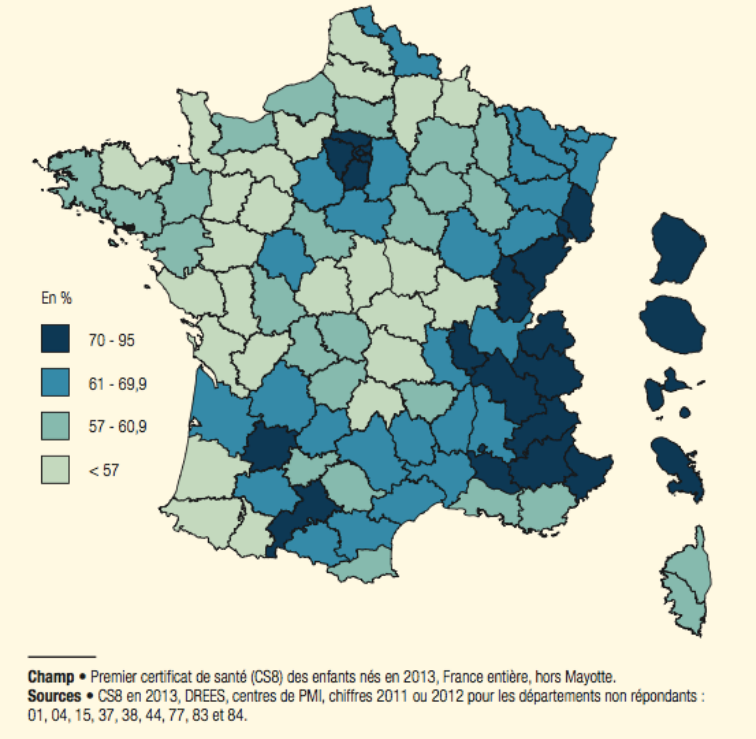
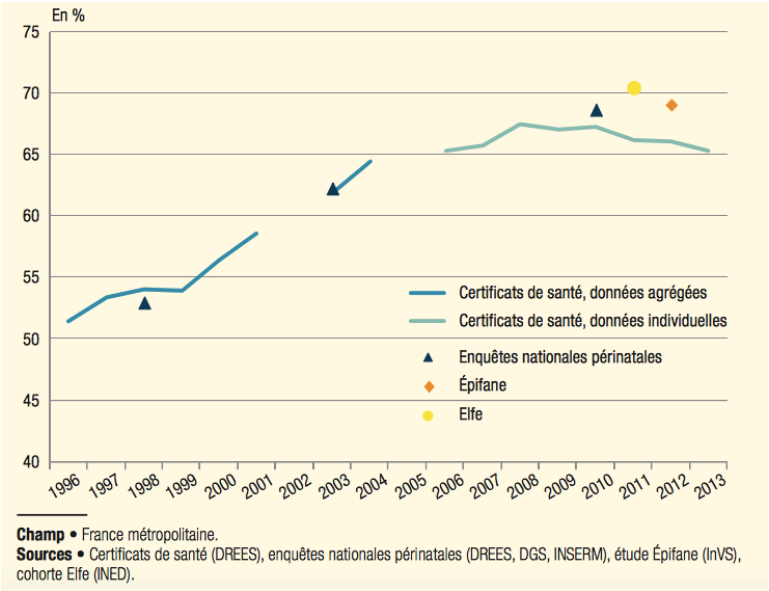
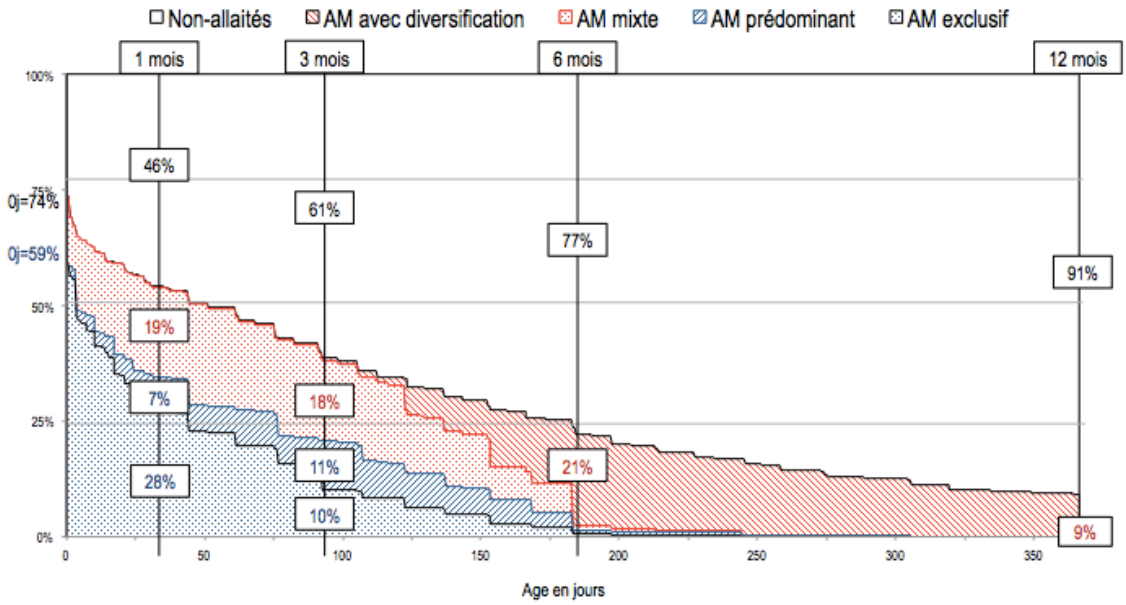


**Figure 2: Evolution du taux d'initiation à l'allaitement(6)**




Selon les différentes enquêtes, le taux d'allaitement à la maternité varie entre 68,7% pour l'enquête périnatale de 2010, 70,5% pour l'étude Elfe en 2011(7) et 69,1% pour l'étude Epifane en 2012 (figures 2 et 3). Le taux d'allaitement final retenu pour l'enquête Epifane est de 74% car dans le premier rapport de l'enquête, les femmes qui n'allaitaient pas au moment du recueil des données mais qui avait tout de même essayé d'allaiter n'avaient pas été prises en compte.

**Figure 3: Evolution des taux d'allaitement maternel de la naissance à 12 mois (4)**



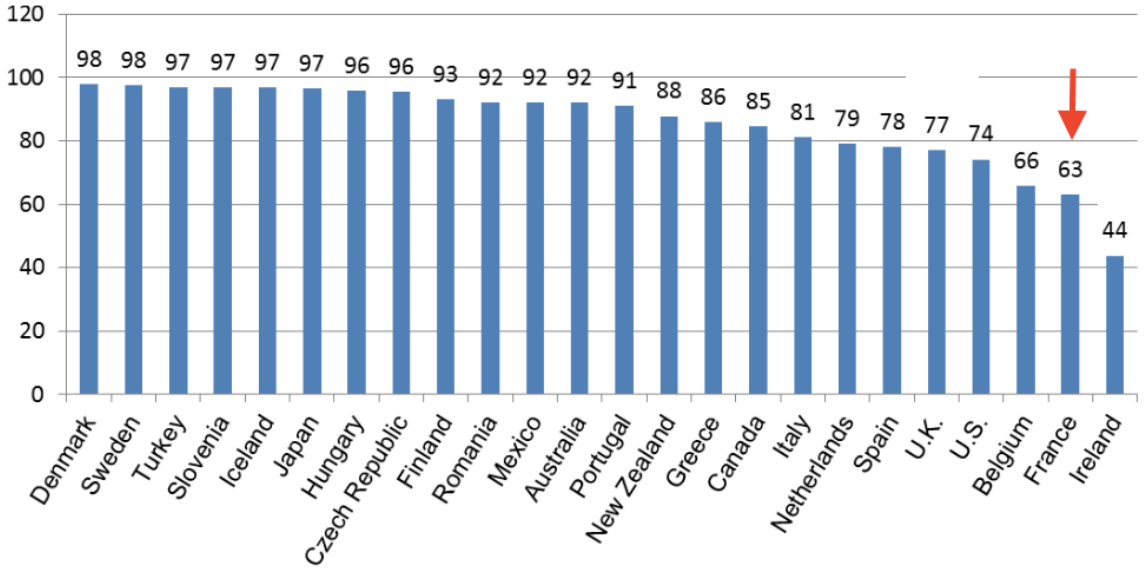
La durée médiane de l'allaitement total en France a été estimée à 17 semaines (8) selon l'enquête Elfe et 15 semaines dans l'enquête Epifane.

A l'âge de 6 mois, selon ces mêmes enquêtes, seuls 19% des enfants recevaient encore du lait maternel dans Elfe et 25% selon l'enquête Epifane.

Ces chiffres montrent que la France reste très loin des objectifs fixés par l'OMS, qui recommande un allaitement exclusif jusqu'à 6 mois.

## 2. *L'allaitement maternel dans le monde*

**<u>Figure 4 : Proportion des bébés allaités à la maternité</u> (Chiffres de l'OCDE, 2005) (9)**




Comme le montre l'exemple des pays présentés (figure 4), le taux d'initiation de l'allaitement variait de 44% en Irlande à plus de 95% dans les pays scandinaves. Les pays scandinaves ont connu une forte augmentation du nombre de mères allaitantes au cours des 40 dernières années. Ils sont à l'heure actuelle le parfait exemple de la réussite d'une politique favorisant l'allaitement. Par exemple, la Suède qui affichait dans les années soixante-dix un taux d'allaitement à 2 mois de 30% seulement, atteint actuellement des taux supérieurs à 90% à l'image de ses voisins (10).

Le taux d'allaitement progresse dans la plupart des pays principalement grâce aux campagnes de promotion de l'allaitement. Par exemple, une étude récente réalisé au Royaume-Uni a montré une augmentation de 5% du taux d'allaitement initial passant de 76% en 2005 à 81% en 2010 (11).

Ces progressions sont la preuve qu'une action à l'origine initiée par un important mouvement d'associations actives relayée par une volonté politique forte peut rapidement aboutir à l'augmentation des taux d'allaitement maternel. Elles peuvent ainsi bénéficier d'un congé maternité permettant un allaitement exclusif prolongé puisqu'il peut aller jusqu'à 10 mois avec salaire intégral et 1 an avec 80% du salaire en Norvège. A cela s'ajoute une interdiction de la publicité pour les préparations pour nourrissons et une forte acceptabilité sociale de l'allaitement dans les lieux publics.

## 3. Les déterminants de l'allaitement maternel (12)

Les nombreuses études réalisées sur l'allaitement maternel ont retrouvé certains facteurs ayant une association positive ou négative avec l'initiation et la durée de l'allaitement maternel. La connaissance de ces facteurs est importante car elle permet d'envisager les actions pour augmenter le taux et la durée de l'allaitement en France.

### 1. *Les facteurs ayant une association positive*

| | |
|---|---|
| **Facteurs liés à la mère** | - Mère plus âgée, mariée, primipare, d'un niveau de scolarité supérieur, socio-économiquement plus favorisée<br>- Avoir été allaitée, avoir vu allaiter, expérience positive d'allaitement<br>- Grossesse planifiée, désir et intention prénatale d'allaiter, décision précoce, perception de facilité<br>- Participation à des cours de préparation à la naissance<br>- Confiance en soi, sentiment d'auto-efficacité<br>- Absence de difficultés d'allaitement<br>- Cohabitation mère-enfant 24 h/24 h à la maternité |
| **Facteurs liés à l'enfant et à son état de santé** | - Technique de succion correcte |
| **Facteurs liés à l'entourage** | - Soutien du partenaire, partenaire favorable à l'allaitement<br>- Soutien émotionnel de l'entourage<br>- Soutien téléphonique des paires (autres femmes allaitantes ou ayant allaité) |
| **Facteurs liés aux pratiques de soins et au système de santé** | - Mise au sein précoce, tétées fréquentes, à la demande<br>- Soutien de professionnels de santé formés |
| **Facteurs liés aux politiques de santé** | - Accès à un congé de maternité rémunéré prolongé<br>- Initiative « Hôpital ami des bébés » |

## 2. *Les facteurs ayant une association négative*

| | |
|---|---|
| **Facteurs liés à la mère** | - Mère très jeune, seule, de plus faible statut socio-économique, récemment immigrée, ayant déménagé en raison de la naissance de l'enfant<br>- Expérience antérieure d'allaitement négative<br>- Ambivalence dans le désir d'allaiter, décision tardive<br>- Manque d'informations sur la durée optimale de l'allaitement<br>- Perception d'une insuffisance de lait, incertitude concernant la quantité de lait prise<br>- Manque de confiance en soi, gêne d'allaiter en public, dépression du *post-partum*<br>- Expérience initiale négative, difficultés d'allaitement<br>- Obésité, tabagisme<br>- Environnement au travail défavorable à l'allaitement |
| **Facteurs liés à l'enfant et à son état de santé** | - Faible prise de poids de l'enfant<br>- Problème de succion |
| **Facteurs liés à l'entourage** | - Absence de soutien du partenaire, perception négative de l'allaitement de la part de celui-ci |
| **Facteurs liés aux pratiques de soins et au système de santé** | - Mise au sein différée, allaitement à horaires fixes<br>- Recours aux compléments non médicalement indiqués en maternité et après<br>- Distribution d'échantillons de lait artificiel à la maternité<br>- Défaut de formation et manque de soutien des professionnels de santé |
| **Facteurs liés aux politiques de santé** | - Congé de maternité court et peu rémunéré |

# Deuxième partie : l'enquête

## 1. Objectifs de l'étude

### 1. Objectif principal

L'objectif principal de l'étude était d'identifier les déterminants de l'allaitement maternel chez les femmes ayant accouché à la maternité de l'hôpital Jacques Monod du Havre.

### 2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient :

- d'évaluer la place du médecin généraliste dans la promotion de l'allaitement pendant la grossesse
- d'évaluer le taux d'initiation à l'allaitement à la maternité Jacques Monod du Havre
- d'explorer la durée d'allaitement 6 mois après l'accouchement
- de déterminer le rôle du médecin généraliste en post-partum dans l'accompagnement de la femme qui allaite

## 2. Matériel et Méthodes

### 1. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une enquête observationnelle monocentrique descriptive et analytique :

- La première partie reposait sur un questionnaire distribué à la maternité à toutes les patientes volontaires qu'elles allaitaient ou non.

- La deuxième partie incluait les mères allaitantes, pour lesquelles un appel téléphonique était proposé 6 mois plus tard, reposant également sur un questionnaire.

## 2. Lieu et période de l'étude

La première partie de l'enquête a été réalisée à la maternité Jacques Monod du Havre, dans le service de suites de couches sur une période de quatre mois de fin septembre 2015 à fin janvier 2016.

*La maternité de l'hôpital Jacques Monod du Havre est une maternité de niveau 3 réalisant environ 3000 accouchements par an. Elle est composée de 14 gynécologues- obstétriciens et 77 sages-femmes, dont trois professionnels spécialisés dans l'allaitement.*
*La maternité est entrée dans la démarche « Ami des Bébés », label attestant la qualité de l'accompagnement des nouveau-nés et de leurs parents. (Annexe 3)*

La deuxième partie a été réalisée par contact téléphonique de fin mars 2016 à fin juillet 2016.

## 3. Population étudiée

Les patientes ont été sélectionnées dans les deux services de suites de couches de la maternité. Les feuilles de transmission des sages femmes étaient utilisées pour sélectionner les patientes répondant aux critères d'inclusion. Les patientes étaient interrogées entre le premier et le cinquième jour après leur accouchement.

*Critères d'inclusion* :

- grossesse normale
- accouchement après 37 semaines d'aménorrhées
- nouveau-né en bonne santé

- patientes aptes à donner leur consentement

*Critères d'exclusion :*

- grossesse pathologique
- grossesse gémellaire
- nouveau né hospitalisé en réanimation ou en soins intensifs
- survenue de complications graves médicales ou chirurgicales lors de l'accouchement et durant le séjour en suites de couches
- patientes ne comprenant pas le français

### 4. Réalisation de l'étude

Il y a eu au total quatorze passages dans le service, principalement des jeudis et samedis matins.

Une dizaine de questionnaires tests a été remplie avec les patientes pour vérifier la bonne compréhension et l'enchainement des questions. Ceux-ci n'ont pas été pris en compte dans l'interprétation des résultats pour éviter un biais d'information.

Les questionnaires ont été dans un premier temps distribués dans le service après présentation orale systématique de l'étude et demande de consentement oral auprès de chaque patiente. Ils devaient être remis au personnel présent et récupérés lors du prochain passage dans le service. Devant le faible retour de questionnaires, ceux-ci ont ensuite été distribués et récupérés le jour même.

Au total, 207 questionnaires ont pu être récupérés.

En ce qui concerne la deuxième partie de l'étude, les patientes qui avaient acceptées d'être appelées l'ont été six mois environ après leur accouchement, principalement les mercredis et samedis après midi. En cas de non réponse, un message vocal était laissé sur le répondeur et

elles étaient rappelées le mercredi ou le samedi suivant. Après deux appels infructueux, elles étaient considérées comme étant perdues de vue.

Au total, 75 questionnaires ont pu être remplis.

## 5. Les questionnaires

### 5.1. Le questionnaire « maternité » (annexe 1)

Le questionnaire a été standardisé pour toutes les patientes, qu'elles allaitaient ou non. Il y avait au total 33 questions :

-18 à choix simple

-5 à choix multiple

-8 questions demandaient des réponses chiffrées (poids de naissance, terme d'accouchement, fratrie, âge, durée envisagée d'allaitement, nombre et durée des enfants allaités, durée de suivi de grossesse)

-3 questions étaient ouvertes (profession, commune d'exercice du généraliste, raison(s) du non suivi par le généraliste), les réponses ont été retranscrites en données chiffrées pour les décrire sous forme de pourcentage.

### 5.2. Le questionnaire téléphonique à 6 mois (annexe 2)

Le questionnaire téléphonique à 6 mois comportait 9 questions principales :

- 2 questions étaient ouvertes : la survenue de difficultés au cours de l'allaitement et les raisons de l'arrêt de l'allaitement
- 4 questions à choix simple (poursuite de allaitement maternel ou non, reprise du travail, consultation chez le médecin généraliste, suivi de l'enfant)
- 1 question demandait une réponse chiffrée (durée d'allaitement)
- une partie du questionnaire était destinée aux patientes qui avaient consulté leur médecin traitant (avec 5 sous-questions) et l'autre pour celles qui ne l'avaient pas consulté.

### 6. Analyse statistique

Le travail d'analyses descriptives des résultats a été effectué en utilisant le logiciel Excel. Les tests comparatifs ont été effectués avec le logiciel R.

- *Analyse descriptive*

Une analyse descriptive de toutes les questions a été réalisée. Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectifs et pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites par des moyennes, médianes et écarts-types.

- *Tests statistiques*

Pour la comparaison, les tests ont été effectués avec un seuil de décision de $p < 0.05$. La comparaison de deux variables qualitatives entre-elles a été effectuée avec le test de Chi- 2 de Pearson. Les moyennes ont été comparées par le test t de Student.

# 3. Résultats

## STATISTIQUES DESCRIPTIVES

### 1. Première partie de l'étude : questionnaire à la maternité

#### 1.1. Mode d'allaitement à la maternité

Sur les 207 patientes incluses dans l'étude, 128 patientes (62%) avaient choisi l'allaitement maternel et 79 (38%) l'allaitement artificiel.

Pour la suite de l'exposition des résultats, nous appellerons le groupe des femmes qui allaitent le « groupe AM » et celui qui des femmes qui n'allaitent pas le « groupe AA ».

## 1.2. Caractéristiques générales de la population

### 1. Age

L'âge moyen des femmes de l'étude était de 29,4 ans (médiane 29 ans, écart-type de + /-5,1 ans, âge minimal 18 ans et âge maximal 44 ans).

Dans le groupe AM, l'âge moyen était de 30,2 ans (médiane 30 ans, écart-type de + /- 5,4 ans, âge minimum 18 ans et maximum 44 ans).

Dans le groupe AA, l'âge moyen était de 28,1 ans (médiane 28 ans, écart-type de + /- 4,4 ans, minimum 19 ans et maximum 39 ans).

Les figures 8 et 9 montrent la répartition des âges des mères dans chaque groupe.

**Figure 8: Répartition des âges des mères dans le groupe AA**

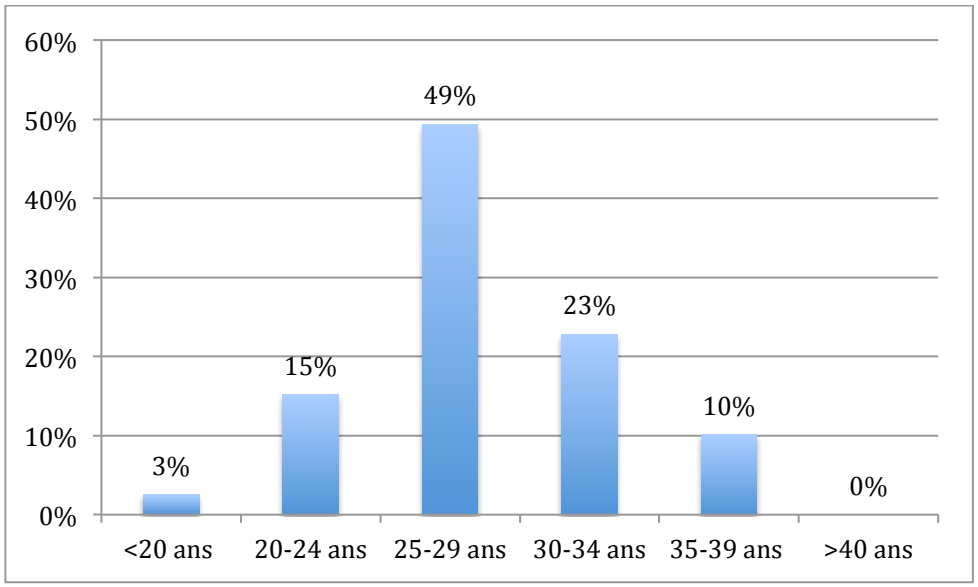
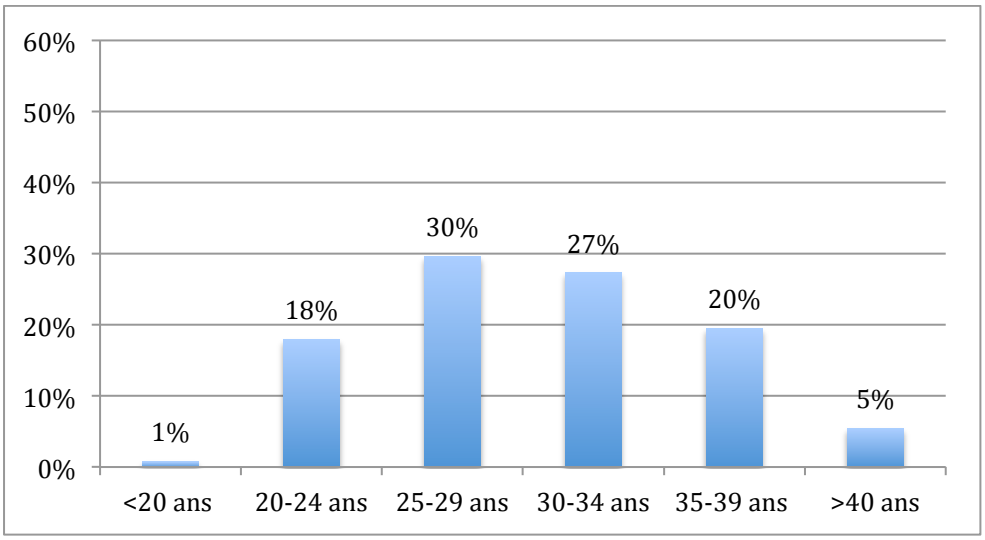


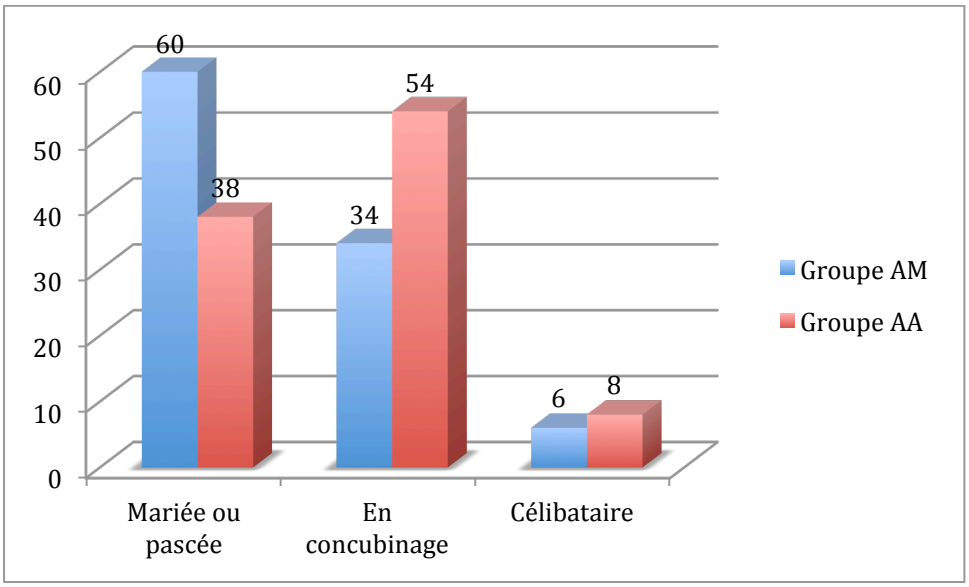
**Figure 9 : Répartition des âges des mères dans le groupe AM**




## 2. *Statut marital*

Il a été demandé aux femmes leur statut marital, se répartissant en 3 items : mariées ou pacsées, en concubinage ou célibataire. La figure 10 résume les réponses données.

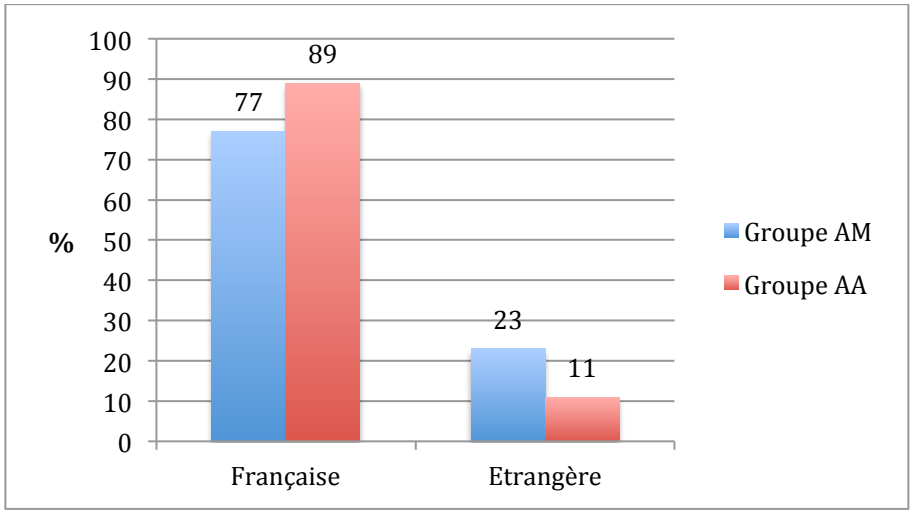
**Figure 10 : Statut marital des femmes interrogées dans les deux groupes**



### 3. Origine

L'origine française ou étrangère a été demandée (figure 11), sans autre précision en cas d'origine étrangère.

**Figure 11: Origine des mères dans les deux groupes**




Le taux d'initiation de l'allaitement chez les femmes d'origine étrangère est de 77% et 58% chez les femmes d'origine française.

### 4. Catégories socioprofessionnelles

La répartition de la profession des mères en les répertoriant selon leur catégorie socio professionnelle est illustrée dans la figure 12.1 et 12.2.

**Figure 12.1: Catégories socioprofessionnelles des mères**

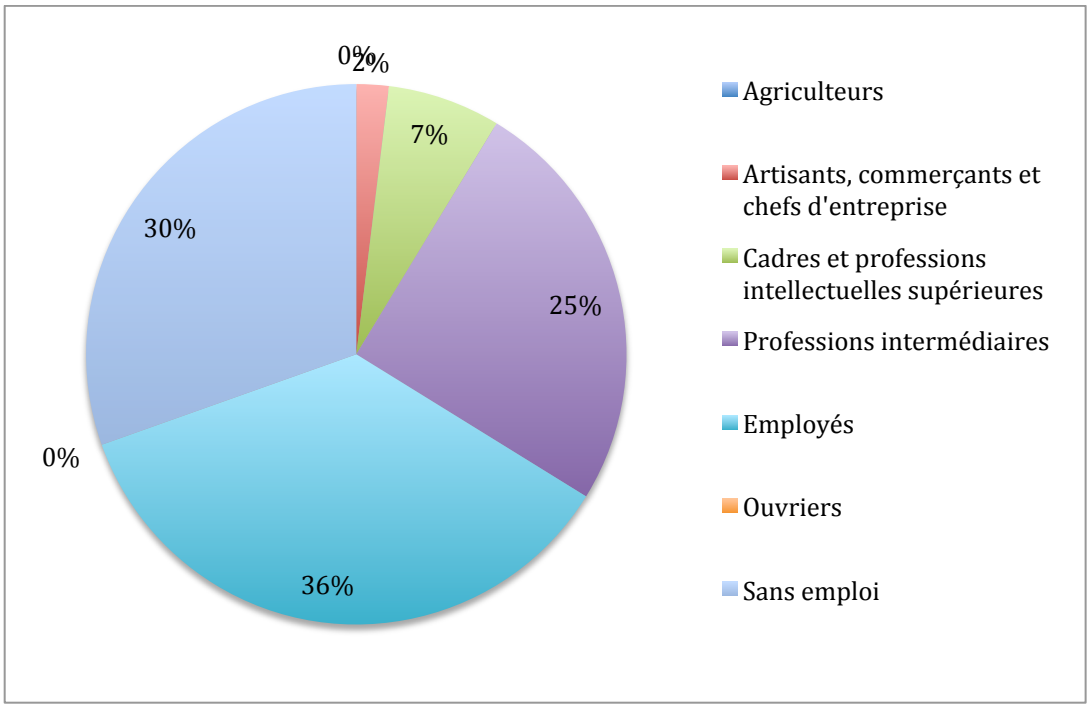
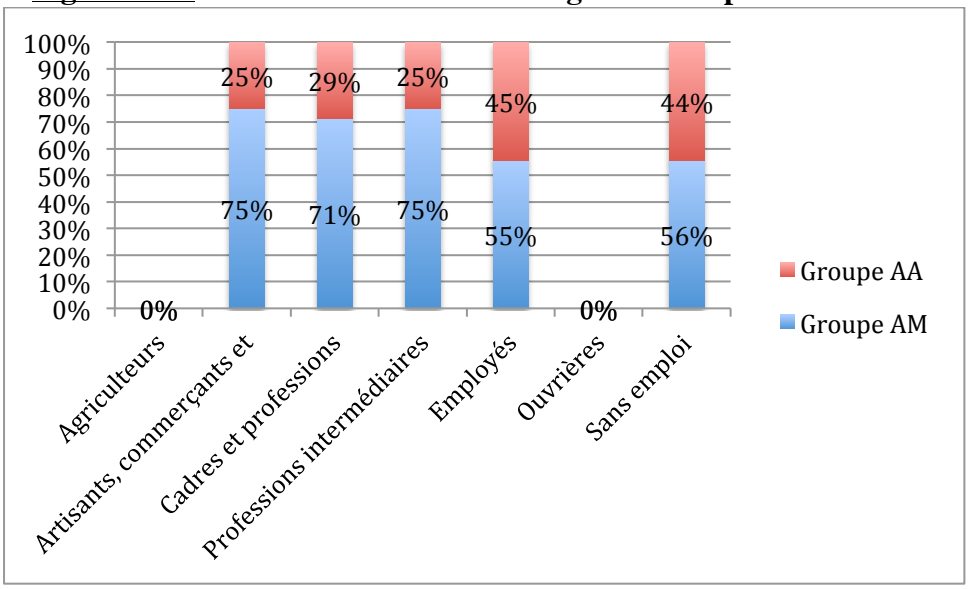



**Figure 12.2 : Allaitement selon des catégories socioprofessionnelles**



### 1.3. Caractéristiques de l'accouchement

Les principales caractéristiques de l'accouchement sont répertoriées dans le tableau 1 (mode d'accouchement, utilisation de matériels d'extraction, sexe de l'enfant, poids de naissance, terme de grossesse).

**Tableau 1 : Caractéristiques de l'accouchement**

| | Population totale | Groupe AM | Groupe AA |
|---|---|---|---|
| **-Forceps % (n=)**<br>**-Ventouse %(n=)** | 11,6 (19)<br>2,4 (4) | 11,8 (12)<br>2,9 (3) | 11,2 (7)<br>1,6 (1) |
| **Césarienne % (n=)** | 21,2 (44) | 21 (27) | 21,5 (17) |
| **Sexe fille/garçon % (n=)** | 54,1 / 45,9 (112/95) | 49,2/50,8 (63/65) | 62/38 (49/29) |
| **Poids de naissance moyen (grammes) (min - max)** | 3351 +/- 456g (2020-4500) | 3387 +/- 465g (2020-4500) | 3293 +/-440 (2320-4320) |
| **Terme médian (SA) (min – max)** | 39,5 (37 – 41,4) | 39,6 (37 - 41,4) | 39,5 (37 – 41,2) |

### 1.4. Parité

Dans la population totale, 41,5% des femmes étaient primipares, 34,8% avaient déjà un enfant, 16,9% avaient deux enfants, 6,8% avaient trois enfants ou plus.

**Dans le groupe AM**, 43 % des femmes étaient primipares, 32% avaient déjà un enfant, 16,4% avaient deux enfants, 8,6% avaient trois enfants ou plus.

**Dans le groupe AA**, 39,3% des femmes étaient primipares, 39,2% avaient déjà un enfant, 17,7% avaient deux enfants, 3,8% avaient trois enfants ou plus.

### 1.5. Allaitement antérieur

**Dans le groupe AM**, 51,5% des femmes (n=66) avaient déjà connu une expérience d'allaitement.

87,8% des femmes qui avaient un enfant avaient allaité l'ainé.
La durée médiane du premier enfant allaité était de 16 semaines (exclusif + mixte).

Parmi les femmes qui avaient deux enfants, 76,2% d'entre elles avaient allaité les deux ainés. La durée médiane du deuxième enfant allaité était de 24 semaines.

Parmi les femmes qui avaient trois enfants, 63,6% avaient allaité les trois ainés. La durée médiane du troisième allaité était de 24 semaines.

Aucune femme n'avait allaité plus de trois enfants dans ce groupe.

**Dans le groupe AA**, 25,3% des femmes (n=20) avaient déjà connu une expérience d'allaitement.

22,8% des femmes qui avaient un enfant avaient allaité l'ainé. La durée médiane du premier enfant allaité était de 2 semaines.
Parmi les femmes qui avaient deux enfants, 22,2% avaient allaité les deux ainés. La durée médiane du deuxième enfant allaité était de 4 semaines.

Aucune femme n'avait allaité plus de deux enfants dans ce groupe.

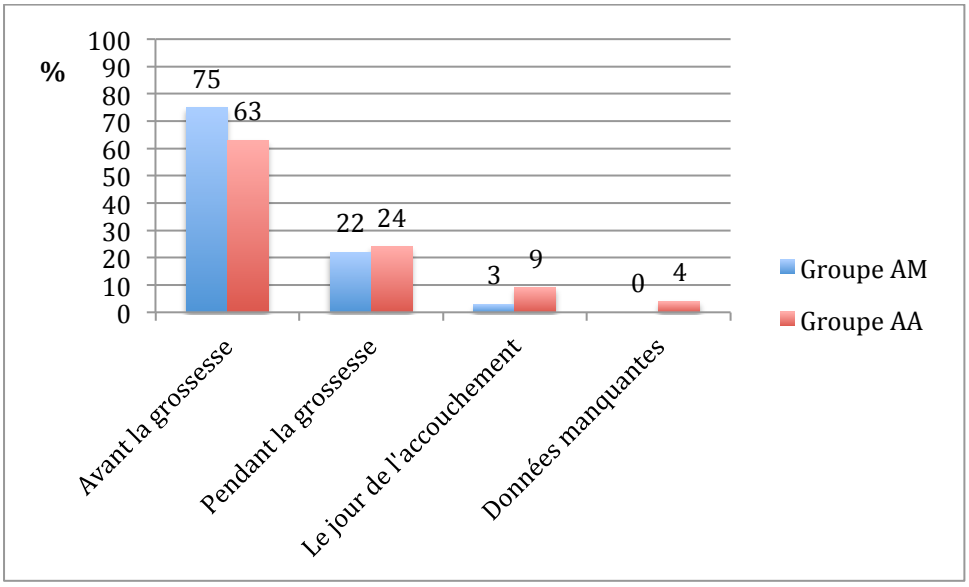
### 1.6. Difficultés en cas d'allaitement antérieur

Dans le groupe AM, 32 femmes (48,4%) avaient rencontré des difficultés lors d'un allaitement antérieur et 14 femmes (70%) dans le groupe AA.

### 1.7. Moment du choix d'allaitement

Il a été demandé aux femmes à quel moment elles avaient pris leur décision d'allaiter ou non, la figure 13 montre les différences entre les deux groupes.

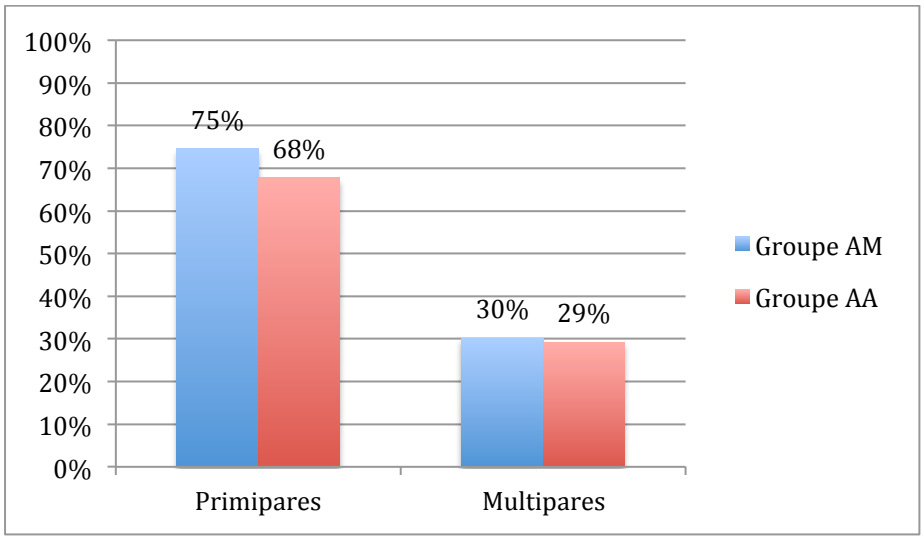
**Figure 13 : Moment du choix du mode d'allaitement dans les deux groupes**




### 1.8. Cours de préparation à l'accouchement

La figure 14 montre la participation aux cours de préparation à l'accouchement dans chaque groupe selon qu'elles étaient primipares ou multipares.

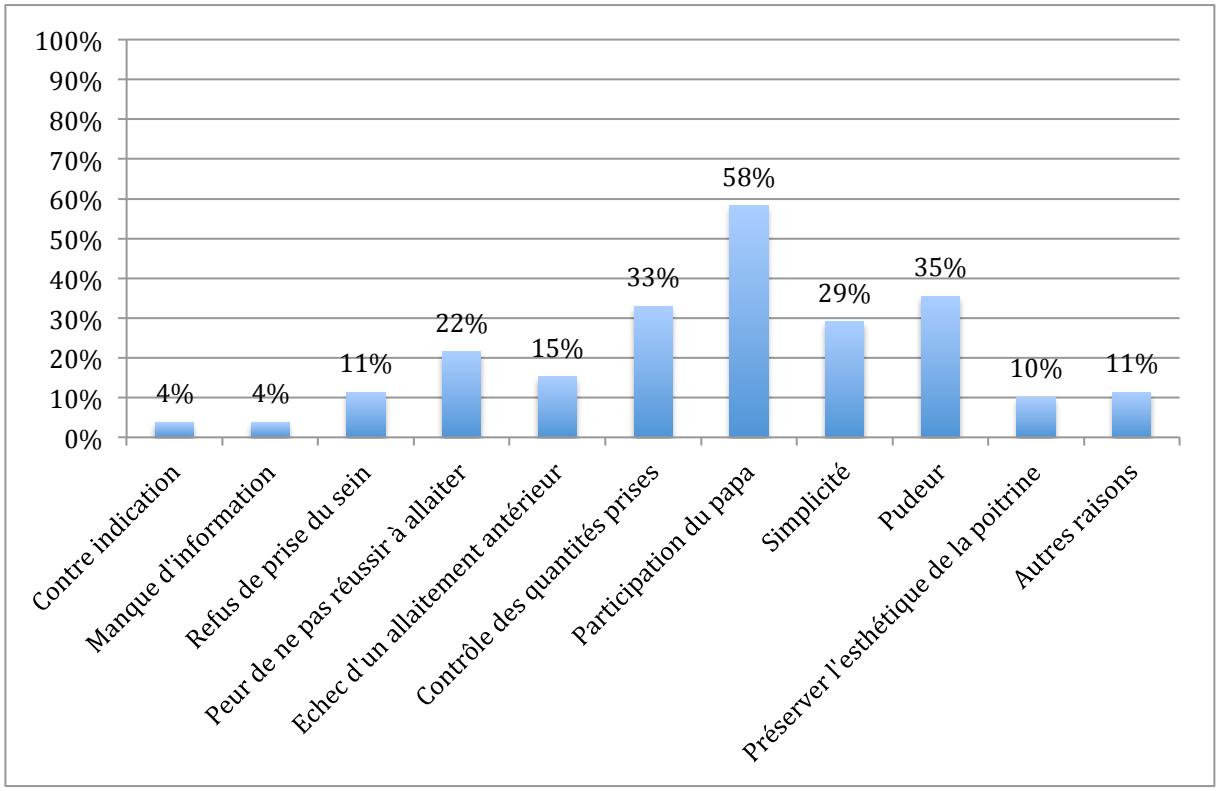
**Figure 14: Participation aux cours de préparation à l'accouchement dans les deux groupes**



### 1.9. Les raisons de non allaitement maternel

Pour les mères non allaitantes, nous leur avons demandé pour quelle(s) raison(s) elles avaient décidé de ne pas allaiter. Les réponses ont été reportées dans la figure 15.

**Figure 15 : Principales raisons de non allaitement maternel**




Parmi les contres indications citées par 3 patientes, on retrouvait la prise de médicaments : antiépileptique, anti-inflammatoire, bétabloquant.

Dans les « autres raisons », 6 patientes évoquaient un désintérêt pour l'allaitement, l'une d'entres elles citait même un blocage psychologique. Une autre patiente redoutait la transition du sein au biberon. Deux patientes ont cité le tabac comme principal frein à l'allaitement.

### 1.10. Caractéristiques des médecins généralistes et suivi de grossesse

Les principales informations concernant les médecins généralistes des patientes sont rapportées dans les figures 16,17, 18 et le tableau 2.

La durée médiane de suivi par le médecin généraliste était de 7 mois dans les deux groupes (minimum 3 mois, maximum 9 mois).

Dans le groupe AM, la proportion de médecin de chaque sexe était équivalente tandis que le groupe AA a été majoritairement suivi par des médecins hommes (figure 19).

Le suivi des grossesses s'est réparti entre le médecin généraliste, le gynécologue et la sage-femme. Le tableau 3 rapporte la répartition des suivis de grossesse pour chaque groupe selon les professionnels.

**Figure 16 : Répartition des médecins généralistes dans le groupe AM**

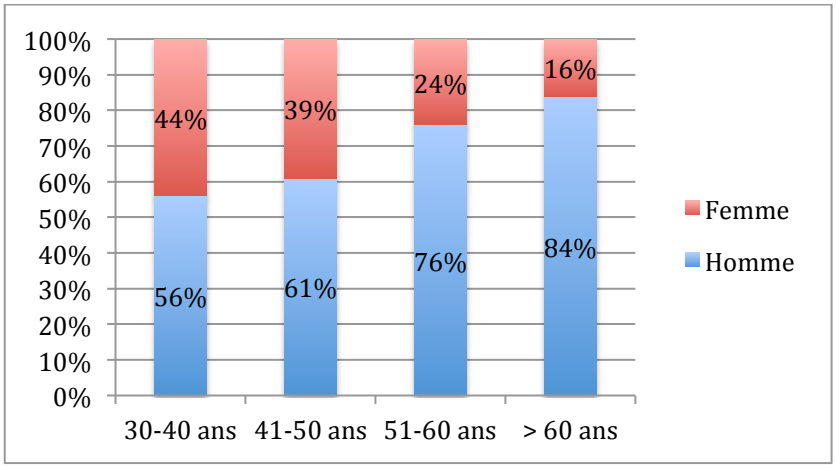



**Figure 17: Répartition des médecins généralistes dans le groupe AA**

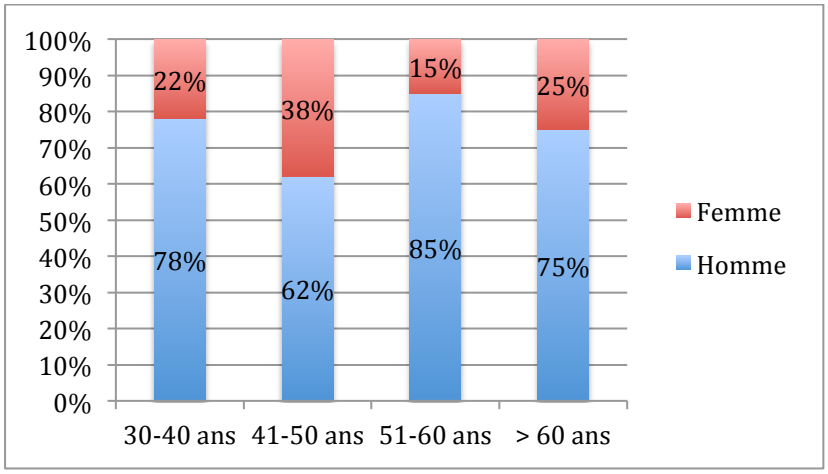


**Figure 18 : Comparaison du sexe du médecin généraliste pour chaque groupe**

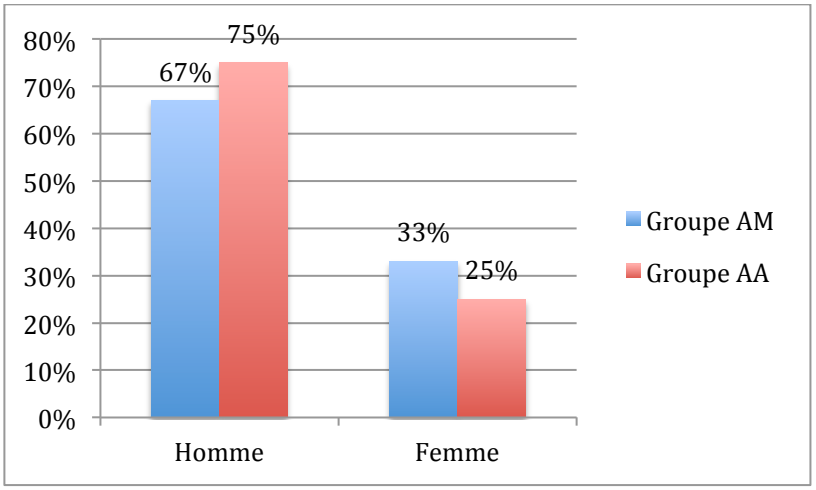



**Tableau 2 : Secteur d'activité des médecins généralistes***

| | Secteur urbain | Secteur semi urbain | Secteur rural | Total |
|---|---|---|---|---|
| **Groupe AM** | 85 (66,4) | 28 (21,8) | 15 (11,8) | 128 (100) |
| **Groupe AA** | 45 (57) | 15 (19) | 19 (24) | 79 (100) |

*Les données sont des effectifs (avec pourcentage)

**Figure 19 : Suivi de grossesse par le médecin généraliste en fonction de leur sexe**

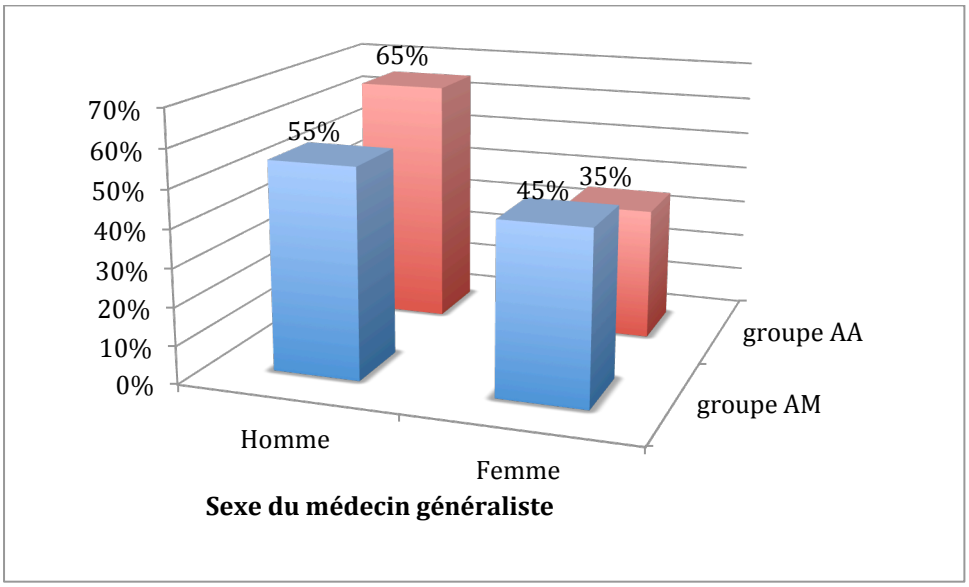


**Tableau 3 : Professionnel ayant assuré le suivi de grossesse***

| | Groupe AM<br>n=128 | Groupe AA<br>n= 79 |
|---|---|---|
| **Médecin généraliste** | 51 (39,8) | 40 (50,6) |
| **Gynécologue** | 40 (31,3) | 12 (15,3) |
| **Sage-femme** | 34 (26,6) | 22 (27,8) |
| **Données manquantes** | 3 (2,3) | 5 (6,3) |

*Les données sont des effectifs (avec pourcentage)

### 1.11. Question de l'allaitement évoquée au cours d'une consultation de routine avec le médecin généraliste

Dans le groupe AM, 27 femmes (soit 21%) ont évoqué la question de l'allaitement avec leur médecin généraliste et 22 femmes (soit 43%) dont la grossesse a été suivie par le médecin généraliste.

Dans le groupe AA, 23 femmes (soit 24%) ont évoqué la question de l'allaitement avec leur médecin généraliste et 17 femmes (soit 42%) dont la grossesse a été suivie par le médecin généraliste.

Le tableau 4 rapporte à quel moment les patientes ont abordé la question de l'allaitement avec leur médecin généraliste, plusieurs réponses pouvaient être données. On remarque que cette question a majoritairement été abordée aux premier et deuxième trimestres.

**<u>Tableau 4 :</u> Moment où la question de l'allaitement a été abordée avec le médecin généraliste**

| | **Question de l'allaitement abordée** % (n=) | **Avant la grossesse** % (n=) | **Premier trimestre** % (n=) | **Deuxième trimestre** % (n=) | **Troisième trimestre** % (n=) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Groupe AM** | | | | | |
| Population totale | 21 (27) | 11 (3) | 48 (13) | 40 (11) | 18,5 (5) |
| Suivi grossesse par MG | 43 (22) | 9 (2) | 41 (9) | 50 (11) | 18 (4) |
| **Groupe AA** | | | | | |
| Population totale | 24 (23) | 8,6 (2) | 48 (11) | 35 (8) | 13 (3) |
| Suivi grossesse par MG | 42 (17) | 0 (0) | 59 (10) | 35 (6) | 28,5 (2) |

Le type d'informations données par le médecin généraliste était des informations orales dans 86% des cas et des informations mixtes (orales et écrites) dans 14% des cas.

Deux femmes soit 4% ont déclaré que leur choix a été influencé par le médecin généraliste.

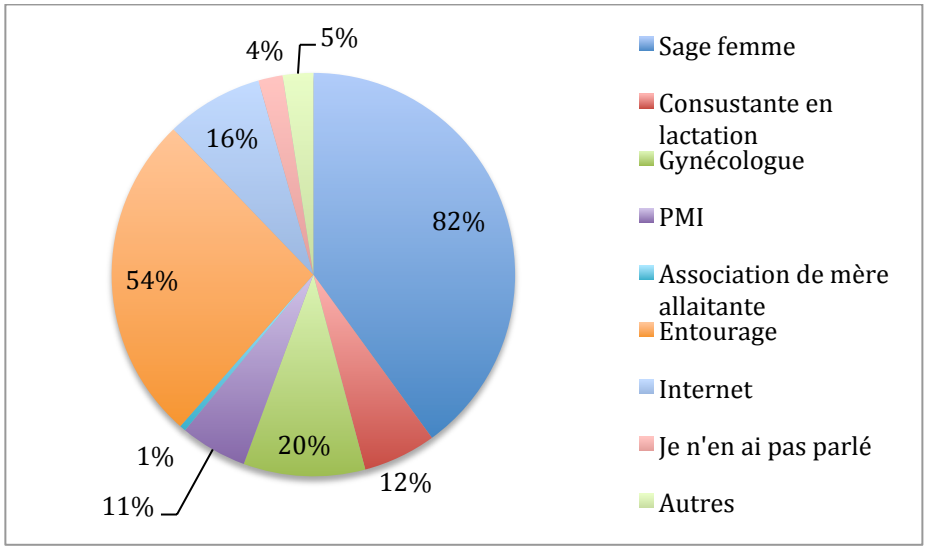
### 1.12. Femmes orientées vers un spécialiste en allaitement par le médecin généraliste

Sur les 50 femmes qui ont parlé d'allaitement maternel avec leur médecin généraliste, 4 ont été orienté vers des spécialistes en lactation : 2 vers des consultantes en lactation et 2 vers une association de soutien à l'allaitement (Solidarilait).

### 1.13. Autres sources d'informations sur l'allaitement

Les sources d'informations sur l'allaitement sont nombreuses, nous avons sélectionné les principales d'entres elles et demandé aux femmes où elles avaient cherché des informations sur l'allaitement (figure 20 et 22). La source d'information principale dans les deux groupes s'avérait être la sage-femme, suivaient ensuite l'entourage et le gynécologue. Les figures 21 et 23 montrent à quel moment elles ont abordé la question de l'allaitement dans chaque avec les différentes sources.

**Figure 20 : Sources d'informations sur l'allaitement autre que le médecin généraliste pour le groupe AM**




Autres : livres, brochures, pédiatre

**Figure 21: Moment où la question de l'allaitement a été abordée dans le groupe AM**

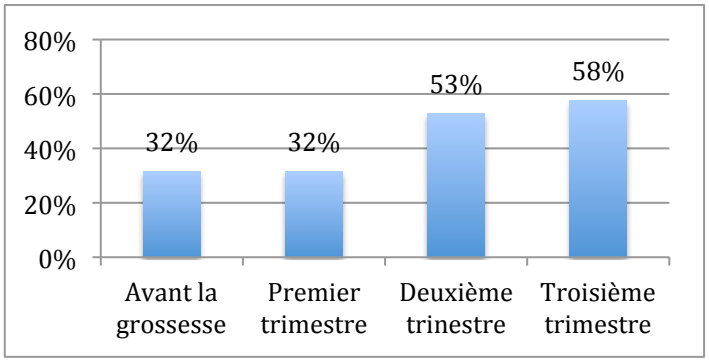
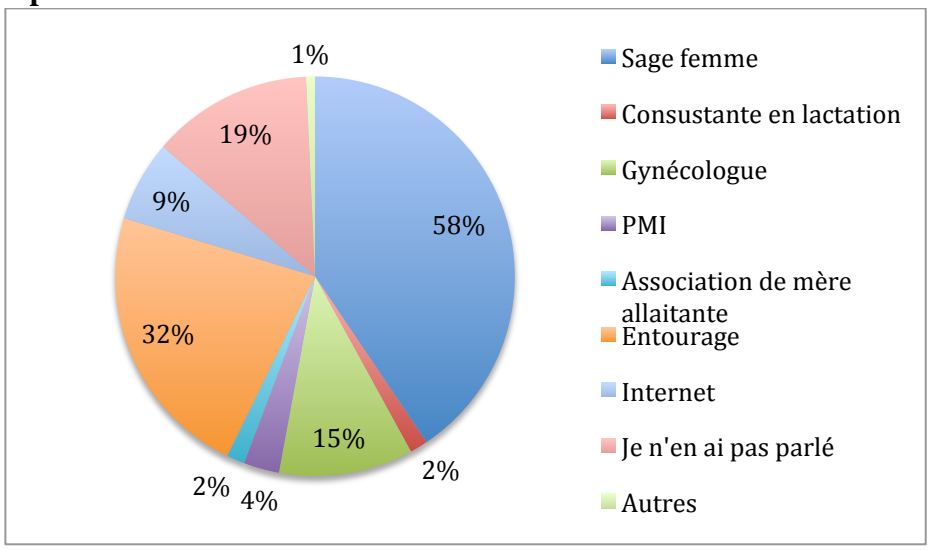
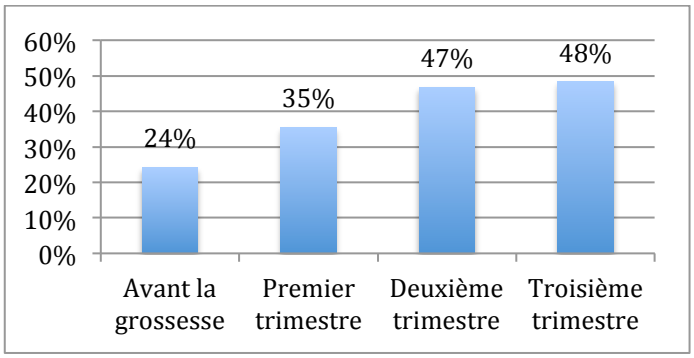


**Figure 22 : Sources d'informations sur l'allaitement autre que le médecin généraliste dans le groupe AA**




Autres : pédiatre (1 réponse)

**Figure 23 : Moments où la question de l'allaitement a été abordée dans le groupe AA**




A la question « Auriez vous aimé parler de l'allaitement avec votre généraliste le cas échéant ? », 33% des femmes du groupe AM qui n'ont pas évoqué la question de l'allaitement avec leur médecin traitant ont répondu « oui » et 22% du groupe AA.

### 1.14. Rôle du médecin généraliste

Pour 64% des femmes, le médecin généraliste devrait aborder la question du mode d'alimentation du futur nouveau né au cours de la grossesse.

### 1.15. Qualification du médecin

65% des femmes interrogées pensent que le médecin généraliste est qualifié pour répondre aux questions sur l'allaitement, 31% le pense non qualifié et 4% ont répondu qu'elles ne savaient pas.

## 2. Questionnaire téléphonique à 6 mois

Sur les 128 mères qui allaitaient incluses au début de l'étude, 97 avaient accepté d'être rappelées.

Au total, 75 mères ont pu être jointes à 6 mois, 22 n'ont pas pu être contactées (soit 22,7% de perdues de vue).

### 2.1. Taux d'allaitement à 6 mois

A 6 mois, 25 mères allaitaient toujours soit 33,3%. Elles avaient pris la décision d'allaiter avant la grossesse pour la plupart (22 mères, soit 88%).

Parmi elles, 20 femmes (80%) étaient d'origine française et 5 femmes (20%) d'origine étrangère.

Sur les 75 femmes contactées, 50 avaient donc arrêté l'allaitement. La durée médiane de l'allaitement total (exclusif et mixte) était de 12 semaines.

La durée médiane d'allaitement exclusif était de 4 semaines.

### 2.2. Reprise du travail

Le travail avait été repris pour 53 femmes soit 70,5 % des femmes.

Parmi les femmes qui allaitaient toujours, 17 avaient repris le travail, soit 68%.

### 2.3. Les raisons d'arrêt de l'allaitement

La question sur les raisons d'arrêt de l'allaitement était ouverte, 6 raisons principales ont été données au total et ensuite comptabilisées (tableau 5).

**Tableau 5 : Principales causes d'arrêt de l'allaitement***

| | **Patientes (n=50)** |
|---|---|
| **Reprise du travail** | 15 (30) |
| **Difficultés à l'allaitement** | 24 (48) |
| **Fatigue** | 16 (32) |
| **Gestion du temps** | 4 (8) |
| **Problème de santé de l'enfant** | 10 (20) |
| **Choix personnel** | 10 (20) |

*Les données sont des effectifs (avec pourcentage)

### 2.4. Difficultés rencontrées lors de l'allaitement

Sur les 75 femmes contactées, 49 ont déclaré avoir rencontré des difficultés lors de l'allaitement, soit 65% (tableau 6).

**Tableau 6 : Difficultés rencontrées lors de l'allaitement***

| | **Patientes n=75** |
|---|---|
| **Douleurs** | |
| **- crevasses** | 13 (17,3) |
| **- engorgement** | 9 (9,3) |
| **- mastite** | 2 (2,6) |
| **Fatigue** | 32 (42,6) |
| **Perte de poids de l'enfant** | 12 (16) |
| **Baisse de production de lait** | 13 (17,3) |
| **Prise du sein difficile** | 15 (20) |
| **Tétées trop fréquentes** | 17 (22,6) |
| **Reprise du travail** | 19 (25,3) |
| **Discours des professionnels contradictoires** | 6 (8) |
| **Pas de référent disponible** | 4 (5,3) |

*Les données sont des effectifs (avec pourcentage)

### 2.5. Consultations chez le médecin généraliste

Au cours de leur allaitement, 24 femmes soit 32% ont consulté leur médecin généraliste spécifiquement pour des questions sur l'allaitement (tableau 7).

**Tableau 7: Motifs de consultation chez le médecin généraliste***

| **Motif de consultation** | **Patientes n=24** |
|---|---|
| **Difficultés à l'allaitement** | 16 (66,6) |
| **Conseils divers ou sevrage** | 6 (25) |
| **Reprise du travail** | 2 (8,3) |
| **Prise de médicaments** | 1 (4,1 |
| **Conseils sur la diversification** | 1 (4,1) |

*Les données sont des effectifs (avec pourcentage)

Les patientes ont pour la plupart senti leur médecin généraliste à l'aise avec les questions sur l'allaitement, 17 patientes ont répondu « oui » à cette question (soit 70,8%).

Parmi les 16 patientes qui ont consultées pour difficultés ou complications à l'allaitement, le médecin généraliste a encouragé sa patiente à poursuivre l'allaitement et proposé une solution pour 6 d'entres elles (soit 37,5% des cas). Il a conseillé d'arrêter l'allaitement pour 5 patientes (soit 31,25%) et conseillé de passer à un allaitement mixte pour 5 patientes (soit 31,25%). La majorité d'entres elles se sont dites satisfaites des réponses apportées (tableau 8).

**Tableau 8: Satisfaction des patientes concernant les réponses apportées par le médecin généraliste**

| | **Patientes*** **N=24** |
|---|---|
| **Très satisfaisantes** | 5 (20,8) |
| **Satisfaisantes** | 9 (37,5) |
| **Moyennement satisfaisantes** | 7 (29,2) |
| **Décevantes** | 3 (12,5) |

*Les données sont des effectifs (avec pourcentage)

Six patientes ont été orientées vers un spécialiste en lactation par le médecin généraliste. Quatre patientes ont été adressées à une consultante en lactation et deux à la PMI.

### 2.6. Les patientes n'ayant pas consulté le médecin généraliste

Parmi les 75 patientes jointes à 6 mois, 51 n'ont pas consulté le médecin généraliste :

- 35,3% (18 patientes) n'avaient pas de question spécifique à l'allaitement ;
- 15,7% (8 patientes) l'ont consulté pour une autre raison n'ayant pas de rapport avec l'allaitement ;
- 7,8% (4 patientes) pensaient que le généraliste n'avait pas les qualifications nécessaires pour répondre aux questions sur l'allaitement ;
- 45% (23 patientes) avaient un autre référent disponible :
    - 10 patientes (43,5%) se sont orientées vers une consultante en lactation,
    - 3 patientes (13%) se sont orientées vers le pédiatre,
    - 6 patientes (26%) se sont orientées vers la PMI ;
    - 4 patientes (17,4) se sont orientées vers la sage-femme.

- 11,7% (6 patientes) n'ont consulté aucun professionnel de santé.

### 2.7. Suivi de l'enfant

Près de la moitié des enfants ont été suivi par le médecin généraliste, vient ensuite le pédiatre puis en faible proportion la PMI (tableau 9).

**Tableau 9 : Suivi d'enfant***

| | **Enfants n= 75** |
|---|---|
| **Médecin généraliste** | 40 (53,4) |
| **Pédiatre** | 29 (38,6) |
| **PMI** | 6 (8) |

*Les données sont des effectifs (avec pourcentage)

Durée d'allaitement et suivi du bébé

La durée moyenne d'allaitement des patientes qui ont fait suivre leur enfant par le médecin généraliste était de 11,75 semaines et 9,12 semaines quand il a été suivi par d'autres professionnels.

## STATISTIQUES ANALYTIQUES

Des tests de comparaison en fonction du critère de jugement principal (allaitement ou non allaitement) a été effectué entre les deux groupes (tableau 10, 11 et 12).

**Tableau 10 : Comparaison des critères liés à la femme**

| | p | OR | minimum | maximum |
|---|---|---|---|---|
| **Profession** | 0,1253 | | | |
| **Statut marital** | 0,0074* | | | |
| **Origine** | 0,0432* | 2,37 | 1,06 | 5,48 |
| **Cours de préparation à l'accouchement** | 0,5669 | 1,22 | 0,69 | 2,19 |
| **Mode d'accouchement** | 1 | 1,03 | 0,5 | 2,09 |
| **Sexe de l'enfant** | 0,0854 | 1,68 | 0,94 | 2,99 |
| **Age** | 0,0022* | | | |
| **Parité** | 0,8379 | | | |
| **Nombre d'enfants allaités** | 0,0011* | | | |
| **Moment du choix d'allaitement** | 0,1247 | | | |
| **Allaitement antérieur** | 3,00E-04* | 3,12 | 1,65 | 5,97 |
| **Difficultés lors des allaitements antérieurs** | 0,3243 | | | |

**Tableau 11: Comparaison des données concernant le médecin généraliste**

| | p | OR | minimum | maximum |
|---|---|---|---|---|
| **Sexe généraliste** | 0,2773 | 0,7 | 0,36 | 1,31 |
| **Age du généraliste** | | | | |
| **30-40 ans** | 1 | 1,11 | 0,44 | 2,82 |
| **41-50 ans** | 0,4727 | 1,25 | 0,7 | 2,3 |
| **51-60 ans** | 0,3824 | 0,77 | 0,42 | 1,41 |
| **>60 ans** | 1 | 0,92 | 0,24 | 3,59 |
| **Secteur d'activité** | | | | |
| **urbaine** | 0,1853 | 1,49 | 0,81 | 2,75 |
| **semi rurale** | 0,725 | 1,19 | 0,57 | 2,42 |
| **rurale** | 0,0324* | 0,42 | 0,19 | 0,93 |
| **Professionnel qui a suivi la grossesse** (médecin généraliste, gynécologue, sage femme) | 0,0403* | | | |
| **Grossesse suivie par le généraliste** | 0,1501 | 0,65 | 0,36 | 1,16 |
| **Durée du suivi par le généraliste** | 0,3025 | | | |
| **Question de l'allaitement évoquée au cours d'une consultation** | 0,2418 | 0,65 | 0,34 | 1,27 |
| **Durée d'allaitement** | 0,6 | | | |
| **Suivi du bébé et durée d'allaitement** | 0,12 | | | |

**Tableau 12: Comparaison des données sur les sources d'information sur l'allaitement**

| | p | OR | minimum | maximum |
|---|---|---|---|---|
| **Sage femme** | 0,0845 | 1,87 | 0,93 | 3,78 |
| **Consultante en lactation** | 0,0195* | 5,08 | 1,16 | 31,92 |
| **Gynécologue** | 1 | 1,04 | 0,49 | 2,12 |
| **PMI** | 0,2047 | 2,29 | 0,75 | 7,84 |
| **Association de mères allaitantes** | 0,5593 | 0,3 | 0,01 | 3,95 |
| **Entourage** | 0,0457* | 1,81 | 1,01 | 3,23 |
| **Internet** | 0,4196 | 1,44 | 0,62 | 3,51 |
| **N'en a pas parlé** | 1,00E-04* | | | |

# 4. Discussion

Cette étude a permis de mettre en évidence certains facteurs déterminants de l'allaitement maternel à la maternité du GHH ainsi que l'impact du suivi par le médecin traitant pendant la grossesse et après l'accouchement.

## 1. Limites et biais de l'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique portant sur un faible échantillon de patientes : 128 patientes dans le groupe AM, 79 dans le groupe AA dans la première partie de l'étude et 75 dans la deuxième partie. Ceci accroît le risque de non représentativité de la population étudiée par rapport à la population générale et le risque d'erreur dans les calculs statistiques.

Le premier questionnaire relevait des informations concernant la grossesse : il existe probablement un biais de mémoire dans la mesure où les femmes qui avaient vu leur médecin généraliste à plusieurs reprises ou eu leur grossesse suivie par ce dernier se souviennent plus précisément si la question de l'allaitement a été évoquée au cours d'une consultation. De la même manière, les femmes qui allaitaient avaient probablement plus de facilité à se souvenir si elles avaient parlé d'allaitement maternel (à quel moment et avec qui) car elles avaient pour la majorité (75%) pris leur décision avant la grossesse.

L'abondance et la diversité des facteurs pouvant influencer l'allaitement maternel n'ont pas tous été pris en compte (facteurs liés à l'entourage, aux pratiques de soins et au système de santé notamment).
Une autre limite importante dans ce travail est l'absence de précision concernant le suivi prédominant ou non de la grossesse par le généraliste. En effet, les résultats montrent que sur les 94 grossesses suivies par le généraliste, 70 patientes ont également vu une sage-femme. Il aurait été intéressant de savoir à quel moment précis et à quelle fréquence les patientes ont vu le médecin généraliste, ainsi que la sage-femme ou le gynécologue. D'autre part, la durée de suivi par le généraliste a probablement été surestimée pour beaucoup de femmes, 39 femmes ayant répondu que le généraliste avait suivi leur grossesse jusqu'au huitième ou neuvième mois.

La question sur les informations données par le médecin généraliste sur l'allaitement s'est limitée à la seule nature des informations (orales ou écrites), il aurait été intéressant de savoir si ces informations avaient été en qualité et en quantité satisfaisantes pour les patientes.

Concernant la deuxième partie de l'étude, il aurait été préférable d'assurer un suivi téléphonique plus régulier des patientes afin de limiter le nombre de perdues de vue, mais nous avons choisi de restreindre le suivi à un appel téléphonique à 6 mois de l'accouchement (durée recommandée de l'allaitement par l'OMS) afin de faciliter l'interprétation des données.

Un biais de mémoire concernant le recueil des données sur les difficultés à l'allaitement au cours des 6 mois est important à préciser. En effet, nous avons constaté qu'il avait été parfois difficile de se souvenir pour certaines patientes de toutes les difficultés qu'elles avaient pu rencontrer au cours de l'allaitement. Nous savons que les difficultés rencontrées peuvent évoluer au cours de l'allaitement, ce travail ne permet pas de le préciser.

## 2. Population étudiée

*Age des mères*

L'âge moyen des femmes dans notre étude était de 29,4 ans, comparable aux chiffres de la région Normandie où l'âge moyen des mères était de 29,8 ans en 2014 (13). Dans le groupe AM, l'âge moyen des femmes était de 30,2 ans, plus élevé que dans le groupe AA dont l'âge moyen était de 28,1 ans. La répartition des âges des femmes qui allaitent est superposable aux données d'une enquête récente : 30% des 25-29 ans dans notre étude *vs* 33% et 27% des 30-34 ans *vs* 30,7 ans(4).

*Catégories socioprofessionnelles*

La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée dans la population totale était celle des employés (36%). Dans le groupe AM, les catégories les plus représentées étaient celles des employées et professions intermédiaires (respectivement 32% et 31%). Dans le groupe AA, la catégorie employée était largement prédominante (42%). Aucune femme ne faisait partie de la catégorie « ouvrières », nous n'avons pas d'explication à cela. Enfin, 30% de l'effectif total était sans emploi (35% dans le groupe AA et 27% dans le groupe AM). Ce chiffre très important s'explique par le fait qu'il n'a pas été fait de différence entre les personnes inactives, au chômage et les étudiantes.

### 3. Taux d'allaitement à la maternité et durée médiane d'allaitement

*Taux d'initiation de l'allaitement maternel*

Cette étude a permis d'évaluer le taux d'allaitement à la maternité Jacques Monod du Havre sur la période de septembre 2015 à janvier 2016. Il était dans notre étude à 62%, restant identique depuis une étude réalisée en 2005 portant sur un échantillon de 841 naissances où il était de 61,7% (14). Il est étonnant de constater que ce taux n'ait pas progressé depuis dix ans alors que l'hôpital s'est inscrit dans la démarche « Hôpital Ami des Bébés » et que les taux d'allaitement ont évolué dans toutes les régions de France. Cela peut s'expliquer par le faible échantillon de patientes de l'étude mais aussi par le fait que la proportion des femmes en âges de procréer en Normandie est en forte baisse depuis 2000 (-13%)(13).

Il existe de fortes disparités régionales à prendre en compte, la Seine Maritime affichait en 2013 des taux d'allaitement entre 57 et 60,9% (6). Le taux dans notre étude s'approche sensiblement des taux constatés en 2013 mais reste inférieur à ceux constatés à l'échelle nationale, le taux d'allaitement à la maternité variant entre 68,7% et 70,5%(4)(3)(8). L'impression est que les durées augmentent progressivement au fur et à mesure des années mais restent toujours très inégales selon les régions et insuffisantes par rapport aux recommandations de l'ANAES et à certains pays européens. Une revue sur l'allaitement maternel dans les pays industrialisés publiée en 2012 a relevé les taux d'initiation de l'allaitement (quel que soit le degré d'exclusivité), la prévalence était la plus faible au Royaume-Uni, aux États-Unis et en France avec respectivement 70, 69,5 et 62,6% (15).

*Durée médiane de l'allaitement maternel*

La durée médiane d'allaitement dans notre étude était de 12 semaines. La dernière étude réalisée en Seine Maritime portant sur un grand effectif date de 1991, la durée médiane de l'allaitement était alors de 10 semaines (16). A l'échelle nationale, le taux d'allaitement total était estimé à 17 semaines en 2011(8). On peut donc constater une augmentation de la durée de l'allaitement ces deux dernières décennies, cette progression de deux semaines n'est pas négligeable mais la durée de l'allaitement reste tout de même très inférieure aux recommandations de l'OMS qui recommande un allaitement exclusif de 6 mois(5). La durée médiane de l'allaitement exclusif étant quant à elle de 4 semaines dans notre étude,

sensiblement identique aux dernières données disponibles en France (3 semaines et demie dans l'étude Epifane, 2012).

A 6 mois, le taux d'allaitement était de 33,3% dans notre étude. Ce taux est très largement supérieur aux taux observés dans les enquêtes Epifane (25%) et Elfe (19%). Le faible nombre de patientes jointes à 6 mois (75 patientes) explique probablement l'origine de la surestimation du taux. Aux Pays-Bas, en 2000-2003, une étude rapportait des taux d'allaitement maternel de 33% à 6 mois[17]. En 2006-2007, en Norvège, où près de 98% des enfants étaient allaités à la naissance, le taux d'allaitement maternel à 6 était de 82% [18]. Nous pouvons constater des différences importantes selon les pays mais les définitions précises du degré d'exclusivité de l'allaitement maternel rendent cependant les comparaisons difficiles avec la plupart des données internationales.

## 4. Les déterminants de l'allaitement maternel

Les facteurs positifs et négatifs influençant l'allaitement maternel sont aujourd'hui bien connus par l'intermédiaire des nombreuses études qui ont été réalisées dans divers pays occidentaux. Certains facteurs semblent constants selon les divers pays. Deux revues de littérature (15)(19) sur des études conduites dans des pays industrialisés entre 1999 et 2009 ont montré que l'impact des divers facteurs peut varier sensiblement entre les études ou les pays mais toujours dans le même sens.

*Age*

Cette étude a montré une différence significative sur l'initiation de l'allaitement maternel selon l'âge des mères (p=0,0022). Ceci tend à souligner que plus les mères sont jeunes plus l'initiation de l'allaitement est faible. Ce facteur est retrouvé dans la plupart des études notamment dans l'étude Epifane qui a montré que l'âge est le déterminant le plus discriminant pour l'initiation à l'allaitement exclusif ou mixte.

*Catégories socioprofessionnelles*

Nous n'avons pas relevé les informations concernant le niveau d'étude et le revenu des mères, facteurs déterminants bien de connu de l'initiation de l'allaitement (4) (8)(18) (20)(21) mais nous avons choisi de comparer les catégories socioprofessionnelles entre les deux groupes.

Les études menées dans les pays développés montrent que les femmes de niveau social élevé allaitent plus souvent à la naissance, de façon exclusive et pendant plus longtemps. Ces femmes auraient plus d'accès à l'information sur l'allaitement, notamment sur les bénéfices de l'allaitement et sauraient mieux chercher de l'aide en cas de difficultés. La situation professionnelle de la mère est déterminante avec une tendance beaucoup plus forte chez les femmes cadres, agricultrices ou inactives.

En 2013, 74 % des femmes cadres allaitaient leur enfant à la naissance, 61 % des employées, 69 % parmi les professions intermédiaires et 64% des femmes inactives(6). Nous retrouvons des chiffres à peu près similaires dans notre étude puisque 71% des femmes cadres allaitaient leur enfant, 55% des employées, 75% des professions intermédiaires et 56% des inactives. Cependant, notre travail n'a pas permis de montrer de différence sur l'initiation de l'allaitement entre les deux groupes (p=0,12) probablement en raison de la sous représentation de certaines catégories notamment parmi les catégories socioprofessionnelles supérieures.

*Statut marital*

La configuration des familles semble avoir un impact sur l'initiation à l'allaitement. Dans notre étude, 60% des femmes qui avaient choisi l'allaitement maternel étaient mariées ou pacsées. En revanche, celles qui avaient choisi l'allaitement artificiel étaient majoritairement en concubinage (54%). Les résultats montrent que le statut marital était associé significativement à l'initiation de l'allaitement maternel (p=0,007). Le fait d'être une mère de famille monoparentale, de se déclarer seule est un facteur contribuant à un moindre taux d'initiation à l'allaitement. Une étude australienne a montré que les femmes seules, comparées aux femmes mariées avaient une probabilité plus élevée de ne pas initier l'allaitement (22). En France, l'importance du statut marital sur l'allaitement se retrouve aussi dans une étude plus récente (4) : pour les femmes, le fait de ne pas être mariées est corrélé avec la non initiation de l'allaitement.

*Cours de préparation à l'accouchement*

La participation au cours de préparation à l'accouchement ne s'est pas révélé comme étant un facteur déterminant (p=0,56). Une séance sur l'allaitement est proposée lors de ces cours, donnant les principales informations sur l'allaitement (montée de lait, positions d'allaitement, les difficultés possibles au démarrage). Il a été prouvé que les séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité augmentent le taux d'initiation et la durée de l'allaitement(4)(23). Dans notre étude, la connaissance du nombre de séances de préparation à l'accouchement, dont notamment la participation à celle dédiée à l'allaitement aurait probablement abouti à un résultat significatif.

*Origine des mères*

Plusieurs études menées en France ont montré que les mères d'origine étrangère initiaient plus fréquemment l'allaitement que les femmes d'origine française. Une étude réalisée en 1995 montrait que les femmes de nationalité étrangère étaient plus nombreuses à allaiter que les françaises (76% contre 49%)(24). Une autre étude a montré que les femmes originaires du nord de l'Afrique avaient une tendance à initier plus fréquemment l'allaitement maternel(20). Plus récemment, l'enquête Epifane a montré que les femmes d'origine étrangère initiaient l'allaitement dans 92,8% des cas contre 70,6% des femmes françaises. Cette tendance se retrouve également dans notre étude (77% des femmes d'origine étrangère avaient initié l'allaitement contre seulement 58% des femmes d'origine française, p=0,04).

*Allaitement antérieur et difficultés*

Nous avons supposé que l'expérience d'un allaitement antérieur difficile diminuerait les chances d'allaiter à nouveau (70% des femmes non allaitantes avaient rencontré des difficultés contre 50% des femmes qui allaitaient) mais ce lien n'a pas été mis en évidence (p=0,32). La variabilité et l'intensité des difficultés rencontrées ainsi que le ressenti de chaque femme par rapport à son expérience personnelle ne laissent ainsi pas présager d'une nouvelle expérience d'allaitement. Elles n'ont été d'ailleurs que 15% à déclarer ne pas renouveler l'expérience à cause d'un échec antérieur. En toute logique, le fait d'avoir déjà allaité et le

nombre d'enfants allaités augmentaient les chances d'allaiter à nouveau (respectivement p=0,0004 et p=0,001).

La rencontre de difficultés est très fréquente surtout lors du premier mois, cause de nombreux abondons précoces. Parmi les femmes contactées à 6 mois, 65% des femmes disaient avoir rencontré une ou plusieurs difficultés. Les difficultés les plus fréquemment citées étaient la fatigue (42%), la reprise du travail (25%), les douleurs (32%), des tétées trop fréquentes (22%), la prise difficile du sein (20%), la baisse de production du lait (17%) ou encore la perte de poids de l'enfant (16%). Une étude pilote réalisée sur la recherche des facteurs de risque de difficulté de mise en place de l'allaitement maternel a montré une corrélation significative entre la perte de poids excessive du nouveau né et un comportement non optimal d'un nouveau né au sein, entre le retard de montée de lait et la perte de poids excessive et entre un comportement non optimal entre le premier et le troisième jour (25). Cela qui montre l'importance de repérer les couples mères-enfants à risque afin de limiter les abondons précoces. Avec de l'information, du soutien, une femme déterminée devrait pouvoir mener à bien son projet d'allaitement.

*Moment du choix du mode d'alimentation*

Le moment du choix du mode d'alimentation semble se situer avant la grossesse dans la très grande majorité des cas. Une étude a montré qu'il se situait avant la grossesse pour 2/3 des femmes qui allaitent et pour plus des 3/4 des femmes qui avaient choisi l'allaitement au biberon (5). On notait un abandon plus rapide de l'allaitement lorsque ce choix avait été pris au cours de la grossesse ou au moment de l'accouchement, un lien existe donc entre la précocité du choix d'allaitement et la durée de l'allaitement.

Dans notre étude, ce choix a été pris majoritairement avant la grossesse dans les deux groupes (groupe AM : 75%, groupe AA : 63%). Les femmes qui allaitaient toujours à 6 mois avaient majoritairement pris leur choix avant la grossesse (88%), la répartition de ces femmes en fonction de leur origine restait la même par rapport à l'inclusion à la maternité (80% d'origine française et 20% d'origine étrangère). On ne retrouve donc pas de lien entre la durée d'allaitement et l'origine des femmes dans notre étude.

## 5. Place du médecin généraliste

*Suivi de grossesse par le médecin généraliste*

Parmi les 207 patientes incluses dans notre étude, 91 patientes (soit 44%) ont déclaré que leur grossesse avait été suivie par le médecin généraliste (51 grossesses soit près de 40% dans le groupe AM et 40 grossesses dans le groupe AA soit près de 50%).

Le taux de suivi de grossesse par le médecin généraliste est très largement supérieur aux dernières données disponibles en France qui rapportaient un suivi de grossesse dans 23,8% des cas par le médecin généraliste(3). Comme nous l'avons cité plus haut, il semble que la mesure du suivi et sa médiane aient été surestimées ne sachant pas s'il avait été prédominant ou non par le médecin généraliste. En effet, il est très probable que certaines femmes aient répondu avoir été suivies par leur généraliste alors qu'elles l'avaient en fait vu pour d'autres raisons indépendantes de la grossesse.

L'impact du suivi par le généraliste sur l'initiation de l'allaitement n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes (p=0,12). La durée du suivi n'était également pas significative (p=0,3). En d'autres termes, le fait d'avoir été suivi par le généraliste et l'intensité du suivi n'ont pas augmenté ni diminué le taux d'initiation de l'allaitement.

*Caractéristiques des médecins généralistes*

Les données concernant l'âge et le sexe des médecins généralistes sont comparables à celles de la région(26). Lorsque l'on compare la répartition des médecins de chaque sexe pour les deux groupes, on remarque que les femmes qui allaitent sont plus majoritairement suivies par des médecins femmes (33% vs 25% des mères non allaitantes). On pourrait donc supposer qu'une future mère se tournerait plus aisément vers son généraliste si elle est une femme pour le suivi de grossesse, et ce d'autant plus qu'elle a choisi d'allaiter. Cependant les comparaisons selon le sexe et l'âge du médecin généraliste n'ont pas montré de différence significative.

En ce qui concerne le secteur d'activité, il n'y pas de différence selon que le médecin exerce en zone urbaine ou semi-urbaine, en revanche le fait d'exercer en campagne semble avoir une influence négative sur le taux d'initiation de l'allaitement (p=0,03). Nous savons

que les médecins généralistes sont actuellement surchargés de travail compte tenu de la démographie médicale actuelle en Normandie, cette surcharge de travail étant encore plus marquée en campagne. Les médecins qui exercent en campagnes devant avoir moins de temps à consacrer aux suivis de grossesse et par extension à la question de l'allaitement. Ce résultat peut également s'expliquer par le manque d'homogénéité de notre échantillon (seulement 34 patientes sur les 207 avaient un médecin généraliste exerçant en campagne).

*Suivi par les autres spécialistes*

Les autres grossesses avaient été suivies majoritairement par le gynécologue dans le groupe AM (31%) contre seulement 12% dans le groupe AA. En ce qui concerne le suivi par la sage-femme il y peu de différence entre les deux groupes (26,6 % vs 27,8%).

Lorsque l'on prend en compte tous les professionnels ayant assuré le suivi de grossesse (généraliste, gynécologue ou sage-femme), on retrouve une différence significative (p=0,004). En effet, plus de femmes ont initié l'allaitement lorsqu'elles étaient suivies par le gynécologue. Mais comment interpréter ce résultat ? Est-ce le gynécologue qui incite plus ses patientes à allaiter ou les patientes qui préfèrent faire suivre leur grossesse par le gynécologue parce qu'elles ont choisi d'allaiter (car comme nous l'avons cité plus haut, la décision d'allaiter est dans la majorité des cas prise avant la grossesse).

*Les médecins généralistes parlent-ils de l'allaitement avec leurs patientes ?*

La question de l'allaitement a globalement peu été abordée lorsque le suivi de grossesse était assuré par le généraliste, on retrouve cette tendance identique dans les deux groupes (21% dans le groupe AM vs 24% dans le groupe AA). Dans la majorité des cas, il s'agissait d'informations orales (86%). Ceci semble montrer un désintérêt du médecin généraliste quant à la question de l'allaitement. Mais est-ce un réel désintérêt ou un manque de sensibilisation et d'information sur l'allaitement ? La HAS a publié en 2006 des recommandations sur les informations à donner aux femmes enceintes, ainsi que leurs conditions de délivrance. Ces recommandations concernent tous les professionnels impliqués en périnatalité, notamment les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues et

les obstétriciens ainsi que les puéricultrices et infirmières. Elles permettent notamment d'harmoniser les pratiques entre les professionnels au sein du réseau de périnatalité et d'améliorer les pratiques concernant chaque étape du processus de soutien de l'allaitement (27).

Plus récemment dans son dernier rapport, le PNNS basait son plan d'action sur la communication, l'information et la sensibilisation des mères sur les modes d'alimentation du nouveau-né, en intégrant un regard objectif sur l'allaitement maternel pour permettre un véritable choix éclairé(28).

*A quel moment parler de l'allaitement ?*

En ce qui concerne l'information à donner pendant la grossesse, il est recommandé que toute rencontre avec une femme enceinte doit être l'occasion d'aborder le mode d'alimentation du nouveau-né et en particulier l'allaitement maternel. Les professionnels doivent chercher à s'informer sur les représentations maternelles et ses connaissances sur l'allaitement (26).

Le médecin généraliste est la plupart du temps le premier professionnel vers lequel les femmes se tournent lorsqu'elles apprennent leur grossesse. Cette consultation de début de grossesse pourrait déjà être l'occasion d'aborder la question du mode d'alimentation du futur nouveau-né. Il s'agit d'une consultation délivrant un grand nombre d'informations sur la grossesse, ainsi l'information sur l'allaitement sans être forcément exhaustive pourrait déjà induire un début de questionnement chez la patiente. Le médecin pourrait accompagner son propos en remettant le guide de l'allaitement maternel établi par l'Inpes(29). Cela montrerait de plus à la patiente que le médecin est intéressé par la question et qu'elle pourra se tourner vers lui en cas de questionnement.

Cette question pourrait aussi être abordée au moment de la déclaration de grossesse, le généraliste faisant la déclaration pour près d'une femme sur quatre, il s'agit d'autant plus de patientes qui pourraient être sensibilisées à l'allaitement dès le début de grossesse.

Les consultations de suivi de l'enfant par le médecin généraliste peuvent également être l'occasion d'interroger les femmes sur le vécu de leur allaitement et les difficultés

rencontrées. Les femmes contactées à 6 mois ont fait suivre leur enfant par le médecin généraliste dans 53% des cas. Une tendance à des allaitements plus prolongés a été mise en évidence lorsque l'enfant était suivi par le médecin généraliste, mais la faible puissance de l'étude n'a pas permis prouver ce lien (p=0,12).

*Le rôle du généraliste après l'accouchement*

En ce qui concerne la position du médecin généraliste en post-partum, celui-ci semble peu sollicité par les femmes. En effet, seulement 32% des femmes contactées se sont tournées vers leur généraliste pour leurs interrogations sur l'allaitement. On remarque des attitudes diverses du médecin généraliste face aux complications ou difficultés de l'allaitement. A proportion à peu près égales, il conseillait soit d'arrêter l'allaitement maternel, soit de passer à un allaitement mixte, soit proposait une solution et encourageait la mère à poursuivre l'allaitement. On remarque également que les femmes se sont peu tournées vers le généraliste pour des conseils divers sur l'allaitement notamment le sevrage (6 patientes) ou demander son aide pour continuer d'allaiter après la reprise du travail (2 patientes).

Ceci se retrouve dans d'autres études. En effet, de nombreux travaux ont été réalisés sur l'évaluation de la place du médecin généraliste dans la poursuite de l'allaitement maternel ces 20 dernières années. Dans une thèse de médecine datant de 1998, il a été montré que le médecin généraliste n'avait pas acquis assez de savoir pour faire face à certaines situations concernant l'allaitement maternel et qu'il ne semblait pas en mesure de proposer des solutions conservatrices de l'allaitement aux mères qui venaient le consulter (30). D'autres travaux ont montré que le médecin généraliste était toujours très peu sollicité en matière d'allaitement et que son intervention n'avait pas d'influence sur la durée de l'allaitement (31)(32).

Dans notre étude, les femmes ont été globalement plutôt satisfaites des propositions du médecin, néanmoins ceci montre que encore aujourd'hui il n'est pas le référent privilégié des femmes en ce qui concerne les questions sur l'allaitement.

*Un manque de formation des médecins*

En ce qui concerne la formation du médecin généraliste, les études sont prévues pour qu'il ait les connaissances nécessaires dans l'ensemble des domaines médicaux. L'allaitement est inclus dans deux spécialités, la gynécologie et la pédiatrie, qui sont au cœur de la pratique de la médecine générale. L'enseignement porte principalement sur les bénéfices de l'allaitement et ses complications les plus fréquentes pendant l'externat. Il n'y a pas d'enseignement sur la pratique de l'allaitement (notamment les bonnes positions d'allaitement ou les critères d'une tétée efficace) et les conseils à donner à une femme qui allaite en cas de difficultés.

Ce manque de formation se reflète dans la pratique et chez les femmes interrogées. En effet, les femmes rencontrées dans notre étude ne placent pas le médecin généraliste au rang de réfèrent pour l'allaitement, seulement 65% d'entres elles le pensaient qualifier pour répondre aux questions sur l'allaitement. De plus, celles qui n'avaient pas abordé la question de l'allaitement avec leur généraliste semblaient peu enclines à en parler (33% des femmes du groupe AM et 22% du groupe AA).

Il semble donc nécessaire de mieux former les professionnels de santé afin d'harmoniser les connaissances, les pratiques et les messages délivrés, car on le sait, beaucoup de patientes sont confrontées à des discours contradictoires de la part des professionnels de santé.

Nous savons que les médecins généralistes ont une formation insuffisante sur l'allaitement, et que malgré les nombreux documents mis à disposition par les institutions gouvernementales et l'organisation de FMC sur le sujet, il est dommage de toujours constater l'absence de soutien des médecins généralistes auprès des femmes qui allaitent. Il ne faut pas que l'incertitude quant à la conduite à tenir du médecin face a telle ou telle difficulté se transforme en un arrêt injustifié ou prématuré de l'allaitement. Il est donc important que tout médecin qui se trouve en situation de difficultés face à des problèmes d'allaitement oriente sa patiente vers des professionnels mieux formés tels que les consultantes en lactation ou les associations de soutien. Dans notre étude, trop peu de patientes ont été orientées vers un spécialiste en lactation en cas de difficultés à l'allaitement.

En 2010, dans son rapport, le Professeur Turck proposait la création d'un comité de national de l'allaitement qui aurait pour mission de l'élaboration d'un standard minimal de

connaissances sur l'allaitement destiné aux étudiants en médecine, dont l'enseignement pourrait être organisé sous la forme de séminaire d'une demi-journée avec un renforcement sur un mode pratique pendant la formation des internes de médecines générales. Il proposait également la mise en place d'une consultation dédiée à l'allaitement (avec la création d'une cotation spécifique et remboursée à 100%)(12).

Par ailleurs, des « Journées Régionales Allaitement » de sensibilisation ont été organisées par la CoFAM depuis 2005 pour les professionnels de santé. Elles avaient pour objectif de sensibiliser les professionnels, de les informer sur les données les plus récentes, afin de renforcer le développement d'attitudes professionnelles de qualité et de susciter des demandes de formation.

Des études ont montré l'impact positif de l'intervention de professionnels de santé sur la durée de l'allaitement. Dans une revue de la littérature datant de 2007, les auteurs se sont intéressés à l'influence de la nature des aides apportées aux mères allaitantes sur le maintien de l'allaitement. Ils remarquaient que toute forme de soutien supplémentaire permettait d'augmenter la durée d'allaitement, notamment la durée de l'allaitement exclusif (33). Dans notre étude, le fait d'avoir vu son généraliste en post-partum n'a pas montré de différence sur les durées d'allaitement par rapport aux autres femmes (durée médiane de 11 semaines).

*Les autres référents et sources disponibles d'informations sur l'allaitement*

Une très grande majorité de femmes a abordé la question de l'allaitement avec la sage-femme, en proportion similaire dans les deux groupes (82% dans le groupe AM et 58% dans le groupe AA). Celle-ci apparaît être le premier soutien et avoir un rôle privilégié auprès des femmes. Son intervention n'a pas montré de différence sur l'initiation de l'allaitement entre les deux groupes mais de part la nature même de son travail quasiment spécifique à la grossesse et à ce qui l'entoure, elle doit évoquer la question de l'allaitement avec la plupart de ses patientes.

Nous avons constaté que le fait d'avoir parlé de l'allaitement avec une consultante en lactation (p=0,01) et l'entourage (p=0,04) avait un impact positif sur l'initiation de l'allaitement. Les femmes ayant souvent fait leur choix avant la grossesse ou assez tôt

pendant la grossesse vont incontestablement être plus enclines à parler de l'allaitement avec leur entourage. Il en est de même avec la rencontre d'une consultante en lactation pendant la grossesse, il est très peu probable qu'une femme qui a décidé de ne pas allaiter consulte un spécialiste en lactation.

**Comment améliorer la promotion de l'allaitement en France et sa poursuite après l'accouchement ?**

Dans une note de 2012, l'OMS se fixait pour objectif de porter en 2025 un taux d'allaitement exclusif au sein au cours des 6 premiers mois à au moins 50% (34). La route semble encore bien longue pour arriver à ce taux en France et l'objectif ne pourra pas être atteint en l'absence de politique visant à promouvoir l'allaitement. Des actions ont certes déjà été observées : l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés (annexe 3), les dispositions du code du travail relatives à l'allaitement (annexe 6) ou encore la création de réseaux de périnatalité.

L'OMS recommande :

- d'intégrer la promotion et le soutien de l'allaitement tout au long des soins maternels et infantiles, surtout pendant la période prénatale et le postpartum. Cela suppose une formation spécifique de tous les professionnels de santé s'articulant autour de la petite enfance.
- de fournir des stratégies communautaires appuyant l'allaitement exclusif, notamment en menant des campagnes de communication adaptées au contexte local.
- de limiter de manière significative la commercialisation des substituts du lait maternel
- donner aux femmes les moyens de pratiquer l'allaitement exclusif en prévoyant des congés maternité rémunérés obligatoires de 6 mois et des politiques encourageant l'allaitement sur le lieu de travail et en public.

## 5. Conclusion

Au cours des dernières décennies, de plus en plus de preuves ont été réunies sur les avantages de l'allaitement maternel pour la santé, tant pour l'enfant que pour la mère. Si la pratique de l'allaitement a beaucoup progressé depuis les années 90, elle semble stagner actuellement et se situe à un niveau bien inferieur à celle de nos pays voisins.

En dépit des actions menées pour augmenter le choix de l'allaitement maternel, citons notamment au niveau international, celles de l'OMS et de l'UNICEF sur la loi sur la commercialisation des substituts de lait maternel en 1981, la déclaration d'Innocenti de 1990 et enfin l'initiative « Hôpitaux Amis des Bébés » initiée en 1992 (annexes 3,4 et 5), le taux d'initiation de l'allaitement maternel et sa durée en France reste toujours en deçà des objectifs fixés.

Notre étude, réalisée au sein du service maternité de niveau 3 du Groupe Hospitalier du Havre, a permis d'estimer le taux d'initiation et la durée de l'allaitement maternel. Le choix de l'allaitement maternel avait été pris pour 62% des femmes interrogées, sa durée médiane a quant à elle été de 12 semaines. Nous nous sommes attachés à déterminer quels avaient été les facteurs ayant contribués au choix de l'allaitement maternel en y incluant le médecin généraliste.

Les résultats ont confirmé que le choix de l'allaitement maternel était plus fréquent chez les femmes plus âgées, mariées, d'origine étrangère et celles qui avaient déjà une expérience d'allaitement. D'autres facteurs connus pour être déterminants n'ont pas pu être mis en évidence (catégorie socioprofessionnelle, participation au cours de préparation à l'accouchement, choix précoce de la décision d'allaiter).

Notre avons montré que le médecin généraliste restait encore trop peu impliqué dans la promotion de l'allaitement maternel et le suivi des femmes qui allaitent. Il peut être difficile pour une future mère de prendre une décision quant au choix du mode d'alimentation de son enfant. Ce choix est intime, pris personnellement ou en couple mais peut être influencé par des intervenants extérieurs. Le médecin généraliste, en raison de sa relation particulière de confiance avec ses patientes, sa proximité géographique, sa disponibilité, devrait être un intervenant privilégié pour informer les femmes sur l'allaitement et les encourager ensuite à le poursuivre.

De part sa méthodologie, cette étude n'a pas permis de démontrer l'impact du médecin généraliste sur la pratique de l'allaitement mais une étude de plus grande envergure, prospective et précisant davantage les éléments de suivi et le contenu des consultations permettrait ainsi de mieux déterminer son rôle.

# Annexe 1 : Questionnaire « maternité »

Bonjour,

Toutes mes félicitations pour la naissance de votre enfant !

Je suis interne en 9ème année de médecine générale et j'effectue ma thèse de fin d'étude sur l'allaitement maternel, plus précisément sur la place du médecin généraliste dans la promotion et la poursuite de l'allaitement maternel.

Mon étude se fera en 1 ou 2 temps:

- ce questionnaire que vous remplissez aujourd'hui
- un contact téléphonique dans 6 mois afin de vous poser quelques questions sur votre allaitement si vous avez décidé d'allaiter

Si vous n'allaitez pas, votre participation à ce questionnaire m'intéresse également !

Les données récoltées seront bien sûr anonymes, aucune identité ne sera communiquée dans la thèse.

Pour la plupart des questions, il suffit de cocher une ou plusieurs cases.

Je vous remercie encore pour votre participation !

Stéphanie Gaisnon

Date de naissance de l'enfant : ___/___ /_____
Mode d'accouchement : voie basse / césarienne - utilisation : ventouse / forceps ?
Sexe : masculin / féminin
Poids de naissance : _____
Terme : _____ SA
Nombre de frères/soeurs de l'enfant ? _____
Votre âge :_____
Votre profession :_____
Etes-vous : mariée/pacsée – en concubinage - célibataire
Etes-vous : d'origine française ? étrangère ?

Allaitez-vous votre enfant ?
oui □
non □

Combien de temps souhaitez-vous allaiter?
□ ____ mois
□ non concernée

Votre choix d'allaiter ou de ne pas allaiter a été pris :
□ avant la grossesse
□ au cours de la grossesse
□ le jour de l'accouchement

Avez-vous déjà allaité ?
oui □
non □

Si oui :
nombre d'enfants allaités ? ____
durée de l'allaitement total (exclusif+mixte) pour chacun :
Premier enfant :____mois
deuxième enfant :____mois
troisième enfant : ____mois

Avez-vous suivi des cours de préparation à l'accouchement ?
oui □
non □

Avez-vous rencontré des difficultés lors des allaitements antérieurs ?
oui □
non □
non concernée □

Si vous n'allaitez pas, pouvez-vous me donner la ou les raisons de votre choix ?
□ contre-indication médicale (laquelle?_____)
□ manque d'information sur l'allaitement maternel
□ refus de prise du sein
□ peur de ne pas réussir à allaiter
□ échec d'un allaitement antérieur

□ contrôle des quantités prises
□ participation du papa
□ simplicité
□ pudeur
□ préserver l'esthétique de votre poitrine
□autres :_____

Votre médecin généraliste est-il :
un homme □
une femme □

Tranche d'âge de votre médecin :
30-40 ans □
41-50 ans □
51-60 ans □
plus de 60 ans □

Commune d'exercice : _____

A-t-il suivi votre grossesse ?
oui □
non □

Si oui, jusqu'à quel mois de grossesse ? ____ème mois

Si non, pour quelle(s) raison(s) n'a-t-il pas suivi votre grossesse ?

Avez-vous abordé la question de l'allaitement au cours d'une consultation de routine avec votre médecin traitant?
oui □
non □

**Si oui**, à quel moment ?
avant la grossesse □
premier trimestre □
deuxième trimestre □
troisième trimestre □

**Si oui**, était-ce des informations :
seulement orales □
écrites (type brochures) □
les deux □

Vous a-t-il orienté vers des spécialistes en allaitement (associations, consultantes en lactation) ?
Oui □ Lesquels ?_____
Non □

Avec quel autre intervenant avez-vous pu en parler ?

sage femme □
consultante en lactation □
gynécologue □
PMI □
association de mère allaitante □
entourage □
internet □
je n'en ai pas parlé □
autres :_____

=> à quel moment ?

avant la grossesse □
premier trimestre □
deuxième trimestre □
troisième trimestre □

Auriez-vous aimé parler de l'allaitement avec votre généraliste le cas échéant?

oui □
non □

Votre choix a-t-il été influencé par votre médecin généraliste ?

oui □
non □

Selon vous, est-ce son rôle d'aborder la question de l'allaitement ?

oui □
non □

Pensez-vous que les médecins généralistes sont qualifiés pour répondre aux questions sur l'allaitement?

oui □
non □

Si vous allaitez :

Acceptez -vous d'être recontactée par téléphone dans 6 mois ? oui □ non □
Si oui, pouvez-vous me laisser vos coordonnées téléphoniques ?___ /___/___/___/___
Nom et prénom.....

Commentaires libres :

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !!

# Annexe 2 : Questionnaire téléphonique à 6 mois

1. Est-ce que vous allaitez toujours votre enfant ? Oui non
2. Combien de temps l'avez vous allaité ?_____semaines (exclusif ?____ mixte ?____)
3. Avez-vous repris le travail ? oui non
4. Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter ?

5. Avez vous rencontré des difficultés pendant votre allaitement ? Lesquelles ?

6. Avez-vous consulté votre médecin traitant ces 6 derniers mois spécifiquement pour des questions concernant l'allaitement ? oui non
    1. Si oui, pour quelles raisons ?
        1. Difficultés ou complications de l'allaitement ?
        2. Conseils sur l'allaitement (dont sevrage)
        3. Reprise du travail et poursuite de l'allaitement
        4. Prise de médicaments
        5. Conseils sur la diversification alimentaire et poursuite de l'allaitement ?
        6. Autres_____
    2. L'avez-vous senti à l'aise avec les questions sur l'allaitement ?oui non
    3. Les réponses apportées vous ont elles satisfaite ?
        1. Très satisfaite
        2. Satisfaite
        3. Moyennement satisfaite
        4. Déçue
    4. En cas de difficultés ou complications liées à l'allaitement, vous a-t-il :
        1. Encouragé à la poursuivre l'allaitement et proposé une solution
        2. Conseillé d'arrêter?
        3. De passer à un allaitement mixte?
        4. Autres
    5. Vous a-t-il réorientée vers un référent en allaitement ?oui non
        1. Si oui, lequel ?_____

7. Si non, pourquoi ?
    1. Pas de question spécifique à l'allaitement
    2. Je l'ai consulté pour une autre raison
    3. Je ne pense pas qu'il s'agisse de son domaine de compétence
    4. Autre référent disponible, lequel ?_____-
    5. Autre réponse :_____

8. L'avez vous vu pour le suivi de votre bébé ? oui non

# Annexe 3 : Les dix recommandations de l'OMS

Déclaration conjointe de l'OMS/UNICEF (1989) : "Protection encouragement et soutien de l'allaitement maternel - Le rôle spécial des services liés à la maternité".

Pour être reconnue **« Ami des Bébés »** par l'UNICEF et l'OMS, une maternité doit satisfaire aux dix conditions suivantes :

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants
2. Donner à tous les personnels soignants la formation et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique
4. Mettre les nouveau-nés en contact peau-à-peau avec leur mère immédiatement à la naissance et pendant au moins une heure, encourager les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter, et offrir de l'aide si nécessaire
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale (privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire)
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 h sur 24 (favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin pour les bébés malades ou prématurés)
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande l'enfant (aux signes d'éveil) et de la mère
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Ainsi que :

- Accompagner et respecter les besoins des mères pendant le travail et l'accouchement.
- Protéger les familles de toute promotion commerciale en respectant le Code international de Commercialisation des Substituts du lait maternel.
- Aider les mères qui nourrissent leur bébé autrement qu'au lait maternel à choisir une alimentation de substitution adéquate et à la préparer sans risque.

La France compte désormais 30 services (publics ou privés) « Amis des Bébés ce qui représente environ 6 % des naissances en France.

**Carte des établissements labellisés en France en décembre 2016 (source : IHAB France)**

# Annexe 4 : DECLARATION D'INNOCENTI sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel

Reconnaissant que :

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

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

et de récentes recherches

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

NOUS DÉCLARONS PAR CONSÉQUENT que :

Dans le but d'assurer une santé et une nutrition optimales aux mères et aux enfants dans le monde entier, il faudrait que chaque femme ait la possibilité de nourrir son enfant au sein exclusivement et que chaque nourrisson soit nourri exclusivement au lait maternel de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois. Par la suite, il faudrait que les enfants continuent d'être nourris au sein, tout en recevant une alimentation de complément appropriée et adéquate, jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà. Pour atteindre cet idéal en ce qui concerne l'alimentation des enfants, il faudrait sensibiliser le public de manière à créer un climat de soutien approprié afin que les femmes nourrissent leurs enfants de cette manière.

La réalisation de cet objectif nécessite, dans de nombreux pays, le renforcement d'une "civilisation de l'allaitement maternel", énergiquement défendue contre l'incursion d'une "civilisation du biberon". Ceci suppose un engagement et un plaidoyer en faveur de la mobilisation sociale, tirant parti au maximum du prestige et de l'autorité des dirigeants reconnus à tous les niveaux de la société.

Il faudrait s'efforcer de donner aux femmes plus de confiance dans leur aptitude à pratiquer l'allaitement maternel. Ceci suppose l'élimination des contraintes et des influences qui agissent sur les idées et les attitudes vis-à-vis de l'allaitement maternel, souvent par des moyens subtils et indirects. Il faut pour cela faire preuve de sensibilité et d'une vigilance continue et appliquer une stratégie globale et adaptée de communication faisant intervenir tous les médias et s'adressant à tous les niveaux de la société. De plus, il faut supprimer les obstacles à l'allaitement maternel au niveau des services de santé, du lieu de travail et de la collectivité.

Des mesures devraient être prises pour faire en sorte que les femmes soient nourries de façon adéquate dans l'intérêt de leur santé et de la santé de leur famille. De plus, il faudrait veiller également à ce que toutes les femmes aient accès à des informations et à des services en matière de planification de la famille afin de pouvoir pratiquer l'allaitement maternel et éviter les grossesses trop rapprochées qui risquent de compromettre leur santé et leur état nutritionnel ainsi que la santé de leurs enfants.

Tous les gouvernements devraient élaborer des politiques nationales en matière d'allaitement maternel et fixer des objectifs nationaux appropriés pour les années 90. Ils devraient mettre en place un système national permettant de contrôler la réalisation des objectifs fixés, et définir des indicateurs tels que le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein à la sortie de la maternité et le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein à l'âge de 4 mois.

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

## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS:

Il faudrait que d'ici 1995 chaque gouvernement ait : désigné un coordonnateur national doté de pouvoirs appropriés et créé un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel, composé de représentants des services gouvernementaux compétents, d'organisations non gouvernementales et d'associations professionnelles dans le domaine de la santé;
Fait en sorte que chaque établissement assurant les prestations de maternité respecte pleinement les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel énoncées dans la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF intitulée "Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: le rôle spécial des services liés à la maternité";

Pris des mesures pour mettre en œuvre intégralement les principes et l'objectif de tous les articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la santé; et

Promulgué des lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant et adopté des mesures pour assurer leur application.

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

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

Donnent leur appui à la réalisation d'analyses et d'études sur la situation au niveau des pays et à la définition d'objectifs nationaux et de buts pour l'action;

Encouragent et appuient les activités des autorités nationales intéressant la planification, l'exécution, le suivi et l'évaluation de leurs politiques en matière d'allaitement maternel.

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

# **Annexe 5 :** Le Code International sur la commercialisation des substituts du lait maternel

Objectifs du code :

Le Code a pour objectif d'encourager l'allaitement maternel, et de le protéger en restreignant les pratiques commerciales agressives utilisées pour vendre des produits destinés à l'alimentation artificielle.

Ce Code est une recommandation faite aux gouvernements, invités à l'appliquer en prenant des mesures législatives ou réglementaires propres à leur situation nationale. C'est une exigence minimale, à l'origine de nombreuses autres actions concernant l'allaitement maternel.

Les produits concernés :
Le Code s'applique à tous les aliments présentés comme pouvant remplacer totalement ou partiellement le lait maternel. Rappelons que d'après les recommandations de l'OMS, les bébés doivent être allaités exclusivement les 6 premiers mois environ, puis allaités tout en recevant des aliments de complément jusqu'à 2 ans ou plus.
Sont concernés par le Code : les préparations pour nourrissons (0 à 4 mois), les laits "2ème âge" ou "de suite" (5 mois à 1 an) et les laits "de croissance". Mais également les jus de fruit, tisanes et autres aliments, surtout quand leur mode d'administration est le biberon.
Le Code s'applique aussi aux tétines et biberons.

Résumé du Code :

*1. Interdiction de la promotion au grand public.*
*2. Interdiction de donner des échantillons gratuits.*
*3. Interdiction de toute promotion de produits dans le système de soins de santé, incluant la distribution d'aliments gratuits ou à bas prix.*
*4. Interdiction d'utiliser du personnel payé par les fabricants pour contacter ou donner des conseils aux mères.*
*5. Pas de cadeaux personnels ou d'échantillons gratuits aux agents de santé. Si les agents de santé reçoivent de tels produits, ils ne doivent pas les donner aux mères.*
*6. Pas de phrase ou d'image idéalisant l'alimentation au lait industriel - y compris des images de bébés sur l'étiquette des produits.*
*7. Les informations fournies par les fabricants et les distributeurs aux professionnels de la santé doivent être scientifiques et se borner aux faits.*
*8. Chaque emballage ou étiquette doit clairement mentionner la supériorité de l'allaitement au sein et comporter une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.*
*9. Pas de promotion du lait condensé sucré, ou d'autres produits inappropriés comme aliments pour nourrissons.*
*10. Fabricants et distributeurs doivent suivre les dispositions du Code, même si les pays n'ont pas adopté de mesures législatives adéquates.*

# Annexe 6 : Allaitement et travail, que dit la loi ?

Les dispositions relatives à l'allaitement dans le code du travail datent de 1917. Elles ont été revues en 2007 et le décret d'application est paru en mars 2008.

Voici **les articles du code du travail** relatifs à l'allaitement :

Article L1225-30
Pendant une année à compter du jour de la naissance, la salariée allaitant son enfant dispose à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail.
Article L1225-31
La salariée peut allaiter son enfant dans l'établissement.
Article L1225-32
Tout employeur employant plus de cent salariées peut être mis en demeure d'installer dans son établissement ou à proximité des locaux dédiés à l'allaitement.
Article R1225-5
L'heure prévue à l'article L. 1225-30 dont dispose la salariée pour allaiter son enfant est répartie en deux périodes de trente minutes, l'une pendant le travail du matin, l'autre pendant l'après-midi.
La période où le travail est arrêté pour l'allaitement est déterminée par accord entre la salariée et l'employeur.
A défaut d'accord, cette période est placée au milieu de chaque demi-journée de travail.
Article R1225-6
La période de trente minutes est réduite à vingt minutes lorsque l'employeur met à la disposition des salariées, à l'intérieur ou à proximité des locaux affectés au travail, un local dédié à l'allaitement.
Article R4152-13
Le local dédié à l'allaitement prévu à l'article L. 1225-32 est :
1-Séparé de tout local de travail ;
2-Aéré et muni de fenêtres ou autres ouvrants à châssis mobiles donnant directement sur l'extérieur
3-Pourvu d'un mode de renouvellement d'air continu ;
4-Convenablement éclairé ;
5-Pourvu d'eau en quantité suffisante ou à proximité d'un lavabo ;
6-Pourvu de sièges convenables pour l'allaitement ;
7-Tenu en état constant de propreté. Le nettoyage est quotidien et réalisé hors de la présence des enfants ;
8-Maintenu à une température convenable dans les conditions hygiéniques.
Article R4152-1
Les femmes enceintes ainsi que les mères dans les six mois qui suivent leur accouchement et pendant la durée de leur allaitement bénéficient, conformément à l'article R. 4624-19, d'une surveillance médicale renforcée.
Article R4152-2
Indépendamment des dispositions relatives à l'allaitement prévues par les articles L. 1225-31etR. 4152-13 et suivants, les femmes enceintes ou allaitant doivent pouvoir se reposer en position allongée, dans des conditions appropriées.
Article R4152-14
Dans les établissements soumis à des dispositions particulières en matière de santé et sécurité au travail, le local dédié à l'allaitement est séparé de tout local affecté à des travaux pour lesquels ont été édictées ces dispositions particulières.
Cette séparation est telle que le local est protégé contre les risques qui ont motivé ces dispositions.
Article R4152-15
Les enfants ne peuvent séjourner dans le local dédié à l'allaitement que pendant le temps nécessaire à l'allaitement.
Aucun enfant atteint ou paraissant atteint d'une maladie contagieuse ne doit être admis dans ce local.
Des mesures sont prises contre tout risque de contamination.
L'enfant qui, après admission, paraît atteint d'une maladie contagieuse ne doit pas être maintenu dans le local.

Article R4152-16
Le local dédié à l'allaitement a une surface suffisante pour pouvoir abriter un nombre d'enfants de moins d'un an, compte tenu du nombre de femmes employées dans l'établissement.
Article R4152-17
Le local dédié à l'allaitement a une hauteur de trois mètres au moins sous plafond. Il a au moins, par enfant, une superficie de trois mètres carrés.
Un même local ne peut pas contenir plus de douze berceaux. Toutefois, lorsque le nombre des enfants vient à dépasser ce maximum, le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle peut en autoriser provisoirement le dépassement.
Lorsqu'il y a plusieurs salles, celles-ci sont desservies par un vestibule.
Article R4152-18
Le local dédié à l'allaitement ne comporte pas de communication directe avec des cabinets d'aisance, égouts, puisards.
Il est maintenu à l'abri de toute émanation nuisible.
Article R4152-19
Les revêtements des sols et des parois du local dédié à l'allaitement permettent un entretien efficace et sont refaits chaque fois que la propreté l'exige.
Article R4152-20
L'employeur fournit pour chaque enfant un berceau et un matériel de literie.
Il fournit également du linge en quantité suffisante pour que les enfants puissent être changés aussi souvent que nécessaire.
Le matériel et les effets sont tenus constamment en bon état d'entretien et de propreté.
Pendant la nuit, tous les objets dont se compose la literie sont disposés de manière à être aérés.
Article R4152-21
Le local dédié à l'allaitement est tenu exclusivement par du personnel qualifié en nombre suffisant.
Ce personnel se tient dans un état de propreté rigoureuse.
Article R4152-22
Il est tenu :
1-Un registre sur lequel sont inscrits les nom, prénoms et la date de naissance de chaque enfant, les nom, adresse et profession de la mère, la date de l'admission, la constatation des vaccinations, l'état de l'enfant au moment de l'admission et, s'il y a lieu, au moment des réadmissions ;
2-Un registre sur lequel sont mentionnés nominativement les enfants présents chaque jour.
Article R4152-2
Le local dédié à l'allaitement est surveillé par un médecin désigné par l'employeur.
Ce dernier fait connaître à l'inspecteur du travail le nom et l'adresse de ce médecin.
Le médecin visite le local au moins une fois par semaine. Il consigne ses observations sur le registre prévu au 2Â° de l'article R. 4152-22.
Un règlement intérieur signé par le médecin est affiché à l'entrée du local.
Article R4152-24
Le local dédié à l'allaitement est équipé de moyens de réchauffer les aliments. Ces derniers sont conformes aux prescriptions réglementaires prévues pour les établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans.
Article R4152-25
Des mesures sont prises pour qu'aucune personne pouvant constituer une cause de contamination n'ait accès au local dédié à l'allaitement.
Article R4152-26
Personne ne doit passer la nuit dans le local dédié à l'allaitement où les enfants passent la journée.
Article R4152-27
L'eau du local dédié à l'allaitement est à température réglable. Des moyens de nettoyage et de séchage appropriés sont mis à disposition.
Le matériel et les effets sont tenus constamment en bon état d'entretien et de propreté.
Article R4152-28
La rémunération du médecin et du personnel du local dédié à l'allaitement ainsi que la fourniture et l'entretien du matériel et des effets énumérés aux articles R. 4152-20 et R. 4152-27 sont à la charge de l'employeur.
Aucune contribution ne peut être réclamée aux mères dont les enfants fréquentent le local.
Article L1142-3
Est nulle toute clause d'une convention ou d'un accord collectif de travail ou d'un contrat de travail qui réserve le bénéfice d'une mesure quelconque, à un ou des salariés, en considération du sexe.

Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables lorsque cette clause a pour objet l'application des dispositions relatives :
1-A la protection de la grossesse et de la maternité, prévues aux articles L. 1225-1 à L. 1225-28;
2-A l'interdiction d'emploi prénatal et postnatal, prévues à l'article L. 1225-29 ;
3-A l'allaitement, prévues aux articles L.1225-30 à L. 1225-33 ;
4-A la démission de la salariée en état de grossesse médicalement constaté, prévues à l'article L. 1225-34;
5-Au congé de paternité, prévues aux articles L. 1225-35 et L. 1225-36 ;
6-Au congé d'adoption, prévues aux articles L. 1225-37 à L.1225-45.

Article R4138-4

Le militaire féminin peut bénéficier, sur demande, des autorisations d'absence pour allaitement prévues à l'article L. 1225-30 du code du travail.

# Informations, ressources

Voici une liste non exhaustive de sites ou adresses permettant de retrouver diverses informations sur l'allaitement :

- *Informations nationales* :

AFPA (Association Française de Pédiatrie Ambulatoire)
www.afpa.org

AFSSA (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments)
www.afssa.fr

COFAM (Comité de Coordination Français de l'Allaitement Maternel)
www.coordination-allaitement.org

CERDAM (Centre de Ressources Documentaire pour l'Allaitement Maternel de l'IPA)
www.info-allaitement.org

HAS (Haute Autorité de Santé)
www.has-sante.fr

INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé)
www.inpes.sante.fr

IPA (Information pour l'Allaitement)
www.info-allaitement.org

-*Informations internationales :*

HMBANA (Human Milk Banking Association of North America)
www.hmbana.org

IBFAN (International Baby Food Action Network)
www.ibfan.org

IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébés)
www.coordination-allaitement.org

OMS (Organisation Mondiale de la Santé)
www.who.int

UNICEF (United Nation Children's Fund)
www.unicef.org

-*Se renseigner sur les médicaments :*

AFSSAPS (Agence Française de Sécurité des Produits de Santé)
www.afssaps.santé.fr

Centres Régionaux de Pharmacovigilance
www.centres-pharmacovigilance.net

CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes)
www.lecrat.org

- *Les consultantes en lactation :*

AFCL (Association Française des Consultantes en Lactation)
www.consultante-lactation.org

Prolact In' (Association des professionnels de la lactation indépendants)
www.consultanteenlactation.com

- *Personnes ressources pour l'accompagnement de l'allaitement*

Organisations départementales : PMI (Protection Maternelle et Infantile)

Associations :
-Lactarium de France www.allaitement_lactarium_adresse.html
-Fédération Jumeaux et Plus www.jumeaux-et-plus.fr
-Leche League www.lllfrance.org
-Solidarilait www.solidarilait.org

En Normandie :
- Maternité et Petite Enfance en Normandie www.123maman.fr
- SOS Allaitement 76 https://sosallaitement76blog.wordpress.com
- Réseau Normand pour l'Allaitement www.renoal.fr

# Allaitement maternel en Haute-Normandie : contacts

## Associations de soutien entre mères

**Permanences téléphoniques et rencontres**

1. **Allaitement N'Caux – région de Cany-Barville :** 06 60 45 24 14 - Rencontres : Maternité du CH de Lillebonne et CMS d'Yvetôt
2. **Allaiter Simplement - région de Dieppe et Pays de Bray:** 06 26 56 67 62 et 02 35 40 26 94 - Rencontres : Dieppe et Neufchâtel en Bray
3. **Andelle Allaitement - région de Louviers :** 06 03 66 76 05 - Rencontres : Fleury sur Andelle, Louviers, Pont de L'arche, Pont Saint Pierre
4. **La Leche League – région d'Évreux-Vernon :** 02 32 24 33 01 – Rencontres : Jouy sur Eure
5. **La Voix Lactée – région d'Evreux :** 02 32 37 65 36 - Rencontres : Angerville la Campagne
6. **Matern'& Lait – région du Havre :** 02 35 20 09 65 - Rencontres : St Romain de Colbosc
7. **Naître et Grandir – région de Vernon :** 06 77 00 57 95 – Rencontres : Relais des Assistantes Maternelles et Centre Social des Pénitents à Vernon
8. **Parentalement Vôtre - région de Bernay :** 06 76 21 93 93 - Rencontres : Cabinet de sage-femme libérale et Maternité du CH de Bernay
9. **Pause Tétée, Pause Café – région de Conches :** 06 06 62 62 85 - Rencontres : Conches en Ouche
10. **Solidarilait – région du Havre :** 02 35 21 48 55 - Rencontres : Maternité du GH du Havre (Monod) et Maison des Familles du Havre
11. **SOS Allaitement 76 – région de Rouen, Fécamp et Doudeville** : 02 35 75 42 42 - Rencontres : Maternités CH du Belvédère, Clinique Mathilde et CH de Fécamp, Maison St Sever, Canteleu et CMS de Doudeville
12. **Vexin Allaitement – région de Gisors :** 06 82 99 92 08 – Rencontres : CMS et RAM de Gisors

## Consultations d'allaitement

**Préparation à l'allaitement et Consultations de suivi**

- **Fécamp :** Sage-femme libérale 02 35 10 88 16
- **Le Havre** : 3 consultantes IBCLC
  - GH du Havre (Monod) : 02 32 73 33 15 (sage-femme) 02 32 73 41 30 (avis pédiatre DIU Lactation Humaine)
  - Maison des Familles : 02 35 43 41 49
  - Consultante libérale : 02 35 20 09 65
- **Lillebonne :** Hôpital-clinique 02 35 39 35 74 (médecin consultante IBCLC)
- **Rouen :**
  - CH du Belvédère : 02 35 15 63 51 (pédiatres DIU Lactation Humaine) soutien.allaitement@ch-belvedere.fr
  - CHU de Rouen (PME) : 02 32 88 82 44 (puéricultrices)

## Formation et documentation

- CFDAM: Informations médicales, documentation et formations cfdam@wanadoo.fr 06 80 40 44 43
- RP-HN : Réseau Périnatalité Régional 02 32 88 01 24 www.reseaux-perinat-hn.com

Rubrique pour les professionnels : Liens utiles, documents utiles « Allaitement »

Rubrique pour les parents : Conseils aux parents « Alimentation de l'enfant »

**Vous pouvez également contacter les Maternités, les Centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) des départements 27 et 76, et les Services Petite Enfance des Communes**

MUTUALITÉ FRANÇAISE NORMANDIE

*réalisé par le groupe «allaitement maternel» du Réseau Périnatalité en Haute-Normandie – version mai 2010 - Avec la participation de la Mutualité Française Normandie*

# Bibliographie


1. Société Française de Pédiatrie. Allaitement maternel- Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Les synthèses du PNNS, 2005.
2. PNNS 2006-2010http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2006-2010.pdf.
3. Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
4. Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013).
5. Allaitement maternel. Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant; Mai 2002. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf
6. Deux nouveaux-nés sur trois sont allaités à la naissance Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er958.pdf
7. Kersuzan c, gojard S, tichit c, thierry X, wagner S, nicklaus S. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques de sparents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'enquête Elfe Maternité, France métropolitaine. 2011;Bull epidémiol hebd. 2014;(27):440-9.
8. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011
9. Brastfeeding rates. Disponible sur: https://www.oecd.org/els/family/43136964.pdf
10. Hofvander Y., Siolin S., Kjellberg G. L'allaitement maternel en Suède. Dans: D'amour et de lait. Stock; 1980 p. 409.;
11. Breastfeeding Rates, Dr Lesley-Ann Black, 2011. Disponible sur: http://www.niassembly.gov.uk/globalassets/Documents/RaISe/Publications/2011/Health/14811.pdf
12. TURCK D. Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel [Internet]. 2010 Juin. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000420.pdf
13. Bilan démographique 2015 : En Normandie, toujours moins de naissances et plus de décès - Insee Analyses Normandie - 15. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2128966
14. Douville S. Enquête sur les arrêts précoces de l'allaitement à la maternité Flaubert du Havre. 2005.
15. Ibanez G, Martin N, Denantes M, Saurel-Cubizolles M-J, Ringa V, Magnier A-M. Prevalence of breastfeeding in industrialized countries. Rev Epidemiol Sante Publique. août 2012;60(4):305–20.
16. Lerebours B, Czernichow P, Pellerin AM, Froment L, Laroche T. [Infant feeding until the age of 4 months old in Seine-Maritime]. Arch Fr Pediatr. juill 1991;48(6):391–5.
17. Lanting CI, Van Wouwe JP, Reijneveld SA. Infant milk feeding practices in the Netherlands and associated factors. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. juill 2005;94(7):935–42.
18. Kristiansen AL, Lande B, Øverby NC, Andersen LF. Factors associated with exclusive breast-feeding and breast-feeding in Norway. Public Health Nutr. déc 2010;13(12):2087–96.
19. Callen J, Pinelli J. Incidence and duration of breastfeeding for term infants in Canada, United States, Europe, and Australia: a literature review. Birth Berkeley Calif. déc 2004;31(4):285–92.
20. Bonnet et coll. Exclusive and mixed breastfeeding in maternity unit: situation in France in 2003.

21. Laanterä S, Pölkki T, Ekström A, Pietilä A-M. Breastfeeding attitudes of Finnish parents during pregnancy. BMC Pregnancy Childbirth. 2 déc 2010;10:79.
22. Yeoh BH, Eastwood J, Phung H, Woolfenden S. Factors influencing breastfeeding rates in south-western Sydney. J Paediatr Child Health. 1 avr 2007;43(4):249‑55.
23. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
24. Crost M, Kaminski M. L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale. Arch Pédiatrie. 1 déc 1998;5(12):1316‑26.
25. Michel M-P, Gremmo-Féger G, Oger E, Sizun J. Étude pilote des difficultés de mise en place de l'allaitement maternel des nouveau-nés à terme, en maternité: incidence et facteurs de risque. Arch Pédiatrie. 1 mai 2007;14(5):454‑60.
26. Démographie médicale en Haute Normandie. Situation en 2015 Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_haute_normandie_2015.pdf
27. Favoriser l'allaitemment maternel, Processus - Évaluation Juin 2006. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doc.chem.al_22-11-07.pdf
28. Programme national nutrition santé. 2011.
29. Guide_allaitement_web.pdf Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/0910_allaitement/Guide_allaitement_web.pdf
30. MARCHAND-LUCAS L, LUCAS E. Le généraliste face aux déterminants de la conduite d'allaitement. Thèse pour le Doctorat de Médecine Générale, Paris. 1998.
31. Vécu du déroulement de l'allaitement maternel et place du médecin généraliste: Etude qualitative auprès de 26 femmes en Ile de France. Thèse pour le doctorat de médecine. 2016 Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/sitbon-THESE.pdf
32. Le rôle du médecin généraliste dans la durée de l'allaitement maternel: enquête prospective sur 6 mois. Thèse pour le doctorat en médecine. 2014 . Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01062963/document
33. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. Cochrane Database Syst Rev. 24 janv 2007;(1):CD001141.
34. Cible mondiale de nutrition 2025. Note d'orientation sur l'allaitement au sein. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255728/1/WHO_NMH_NHD_14.7_fre.pdf?ua=1

# Résumé

**Objectifs-**Déterminer les facteurs qui influencent le choix de l'allaitement maternel à la maternité du Groupe Hospitalier du Havre et évaluer le rôle du médecin généraliste dans la promotion et la poursuite de l'allaitement maternel après l'accouchement.

**Matériels et Méthodes-** Etude descriptive réalisée entre septembre 2015 et juillet 2016 incluant les couples mères-enfants nés à terme, en bonne santé à la maternité du Groupe Hospitalier du Havre. L'étude s'est déroulée dans un premier temps sur une période de quatre mois, par une enquête reposant sur un questionnaire remis aux patientes venant d'accoucher (entre J1 et J5) qu'elles allaitaient ou non. La deuxième partie de l'étude incluait les patientes qui allaitaient à la maternité, en leur proposant un entretien téléphonique 6 mois après leur accouchement.

**Résultats**- Au total 207 patientes ont pu êtres incluses : 128 dans le « groupe AM » (allaitement maternel) et 79 dans le « groupe AA » (allaitement artificiel). Parmi les 62% de mères ayant initié l'allaitement, la médiane de la durée d'allaitement était de 12 semaines et celle de l'allaitement exclusif était de 4 semaines. Le choix de l'allaitement maternel était plus fréquent chez les femmes d'âge plus élevé, mariées, d'origine étrangère et ayant eu une ou plusieurs expériences d'allaitement. Le médecin généraliste ne semble pas être assez impliqué dans la promotion de l'allaitement. En post-partum, il reste le premier professionnel vers lequel les femmes se tournent en cas de question sur l'allaitement.

**Conclusion-** La connaissance des facteurs déterminants le choix de l'allaitement maternel permet de mieux cibler les femmes « à risque » de ne pas allaiter ou de sevrage précoce. Le rôle du médecin généraliste doit être renforcé et des dispositions nécessaires à sa mise en œuvre prises afin d'améliorer la promotion de l'allaitement et le soutien des femmes qui allaitent.