



**HAL**  
open science

# Comparaison des connaissances des primipares sur les bénéfices de l'allaitement maternel entre les femmes ayant choisi un allaitement maternel et les femmes ayant choisi un allaitement artificiel

Judith Boucly

## ► To cite this version:

Judith Boucly. Comparaison des connaissances des primipares sur les bénéfices de l'allaitement maternel entre les femmes ayant choisi un allaitement maternel et les femmes ayant choisi un allaitement artificiel. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02283819

**HAL Id: dumas-02283819**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02283819v1>

Submitted on 11 Sep 2019

**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.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4  
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

**DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

**COMPARAISON DES CONNAISSANCES DES PRIMIPARES SUR LES BENEFICES  
DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ENTRE LES FEMMES AYANT CHOISI UN  
ALLAITEMENT MATERNEL ET LES FEMMES AYANT  
CHOISI UN ALLAITEMENT ARTIFICIEL**

Par : BOUCLY Judith

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 3 septembre 2019

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2019



UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

**DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

**COMPARAISON DES CONNAISSANCES DES PRIMIPARES SUR LES BENEFICES  
DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ENTRE LES FEMMES AYANT CHOISI UN  
ALLAITEMENT MATERNEL ET LES FEMMES AYANT  
CHOISI UN ALLAITEMENT ARTIFICIEL**

Par : BOUCLY Judith

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 3 septembre 2019

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2019

## **RESUME**

**Objectif** : Comparer les connaissances des primipares sur les bénéfices de l'allaitement maternel (AM) entre les femmes ayant choisi un AM et les femmes ayant choisi un allaitement artificiel (AA).

**Matériel et méthode** : Nous avons réalisé une étude observationnelle analytique transversale unicentrique. Les données ont été recueillies à la maternité de Chambéry du 17 avril au 25 mai 2019 par entretien directif. Etaient incluses dans l'étude les primipares ayant accouché à terme, d'un enfant unique. Les patientes étaient réparties en deux groupes : les femmes ayant choisi un AM au moment de leur accouchement (groupe AM) versus les femmes ayant choisi un AA (groupe AA). Le critère de jugement principal était le score obtenu au questionnaire pour les femmes du groupe AM par rapport au groupe AA.

**Résultats** : 97 patientes ont été incluses dans l'étude : 15 patientes dans le groupe AA et 82 dans le groupe AM. Le groupe AM a eu un meilleur score au questionnaire (14/26 versus 9/26,  $p < 0,001$ ). Le groupe AM a obtenu un meilleur score sur la partie de connaissances générales (5/7 [4 ; 6] versus 4/7 [2,5 ; 5],  $p = 0,01$ ) et sur la partie concernant les bénéfices pour la femme (6/13 [3 ; 8] versus 2/13 [1 ; 4,5],  $p < 0,001$ ). Pour l'enfant, le bénéfice le moins connu était celui sur le développement cognitif. Pour la mère, le moins connu était celui sur la prévention de l'ostéoporose.

**Conclusion** : Les patientes ayant choisi un AA avaient globalement moins conscience des bénéfices de l'AM que les patientes ayant choisi un AM. Cette différence était d'autant plus marquée pour les bénéfices concernant la santé de la femme.

**Mots clés** : allaitement maternel, allaitement artificiel, bénéfices, connaissances, primipare, information.

## **ABSTRACT**

**Objectives:** To compare the knowledge of primiparous about breastfeeding benefits between women who chose breastfeeding (AM) and women who chose artificial feeding (AA).

**Material and method:** We conducted a unicentric cross-sectional observational study. The data were collected at the maternity ward of Chambéry from April 17 to May 25, 2019 by a directive interview. We included in the study the primiparous women who delivered at full term of a single child. Mothers were divided into two groups: women who chose AM at delivery (AM group) versus women who chose AA (AA group). The primary endpoint was the questionnaire score for women in AM group versus AA group.

**Results:** 97 patients were included in the study: 15 patients in AA group and 82 in AM group. AM group had a better questionnaire score (14/26 versus 9/26,  $p < 0.001$ ). AM group had a better score on the general knowledge part (5/7 [4; 6] versus 4/7 [2,5; 5],  $p = 0,01$ ) and on the part concerning the benefits for the women (6/13 [3; 8] versus 2/13 [1; 4,5],  $p < 0,001$ ). For the child, the least known benefit was the one about cognitive development. For the mother, it was the one about the prevention of osteoporosis.

**Conclusion:** Women who chose AA generally had less awareness of the benefits of AM than women who chose AM. This difference was even bigger for the benefits concerning women's health.

**Key words:** breastfeeding, artificial feeding, benefits, knowledge, primiparous, information.

## **REMERCIEMENTS**

### **Je remercie les membres du jury :**

- Mme Chantal SEGUIN, Sage-femme Directrice du Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Université Grenoble Alpes, Présidente du jury ;
- Dr Véronique EQUY, Praticien Hospitalier en Gynécologie Obstétrique à l'Hôpital Couple Enfant – CHU de Grenoble, Co-présidente du jury ;
- Dr Cécile DESBRUYERES, Chef du service de Réanimation Néonatale et Néonatalogie, Praticien Hospitalier en Pédiatrie au CH de Chambéry, Directrice de ce mémoire ;
- Mme Claire BAUDON, Sage-Femme Enseignante à l'Ecole de Sage-femme de Grenoble, Co-Directrice de ce mémoire ;
- Mme Delphine MACK LAURENT, Sage-femme cadre à l'Hôpital Couple Enfant – CHU de Grenoble, Membre invitée du Jury.

**Je remercie plus particulièrement :**

- Dr Cécile DESBRUYERES, Chef du service de Réanimation Néonatale et Néonatalogie, Pédiatre au CH de Chambéry, Directrice de ce mémoire,

*Pour sa disponibilité, ses conseils, ses encouragements et son implication dans ce mémoire.*

- Mme Claire BAUDON, Sage-Femme Enseignante à l'Ecole de Sage-femme de Grenoble, Co-Directrice de ce mémoire,

*Pour son aide précieuse, ses conseils et sa patience tout au long de ce travail.*

- Mr Lionel CURTO, Sage-Femme Enseignant à l'Ecole de Sage-femme de Grenoble,

*Pour son soutien au cours de ces années d'études.*

- Mme Chantal SEGUIN,

*Pour son encadrement au cours de ces années.*

- L'ensemble des professionnels de la maternité de l'hôpital de Chambéry,

*Pour leur accueil et leur disponibilité.*

## **TABLE DES MATIERES**

<b>ABREVIATIONS</b> .....	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>8</b>
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>11</b>
1. Type d'étude.....	11
2. Lieu et période d'étude.....	11
3. Population .....	11
4. Spécification des groupes comparés .....	12
5. Source des données .....	12
6. Établissement d'un score de connaissances .....	13
7. Critères de jugement.....	14
8. Analyse des données .....	14
<b>RESULTATS</b> .....	<b>15</b>
1. Caractéristiques de l'échantillon .....	16
2. Objectif principal : comparaison des connaissances .....	17
3. Objectif secondaire : bénéfices les moins connus .....	18
4. Objectif secondaire : moyens d'information.....	23
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>27</b>
1. Principaux résultats et confrontation avec la littérature.....	27
2. Limites et biais de l'étude.....	30
3. Axes d'amélioration et perspectives.....	32
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>35</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>36</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>42</b>

## **ABREVIATIONS**

AA : Allaitement Artificiel

AM : Allaitement Maternel

CH : Centre Hospitalier

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologique

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PP : Post-Partum

SA : Semaine d'Aménorrhée

## **INTRODUCTION**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2008, l'allaitement maternel exclusif est défini comme le fait d'alimenter un enfant uniquement avec du lait maternel, à l'exclusion de tout autre solide ou liquide (y compris de l'eau) (1).

L'allaitement est prédominant lorsque l'enfant reçoit majoritairement du lait maternel, complété par d'autres liquides (eau et boissons à base d'eau) (1).

L'OMS recommande actuellement un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de l'enfant (2). En France, les recommandations émises par la société française de pédiatrie en 2015 (3) préconisent un allaitement exclusif pendant 4 mois et le début d'une diversification alimentaire entre 4 et 6 mois. La société française de pédiatrie recommande également de continuer l'allaitement maternel pendant et après la diversification.

En France, le taux d'initiation d'un allaitement exclusif est de 59%. Si on englobe les allaitements non-exclusifs ce chiffre est de 74%. Ce taux est un des plus bas d'Europe, certains pays comme le Danemark ou la Suède ayant un taux d'initiation d'allaitement exclusif de 98% (4,5).

Par ailleurs, en France à 3 mois, le taux d'allaitement exclusif ou prédominant chute à 21% et à 6 mois, seuls 1,5% des enfants sont encore allaités de façon exclusive ou prédominante (4).

La médiane de l'allaitement exclusif ou prédominant elle, est à 3 semaines et demi (4).

De nombreuses études mettent en avant les bénéfices de l'allaitement à la fois pour l'enfant et pour la mère. Ainsi, l'allaitement exclusif améliore la croissance de l'enfant dans les premiers mois (6), permet une prévention contre une obésité éventuelle dans l'enfance et l'adolescence (7,8) et est associé à un effet préventif du risque d'infections respiratoires, ORL et digestives au moins durant toute la durée de l'allaitement (9,10).

Pour la santé de la femme l'allaitement est associé, entre autres, à une plus grande perte de poids dans la période du post-partum (PP) (11,12) à un effet protecteur contre le cancer du sein (13) et le cancer de l'ovaire (14), à une diminution de l'incidence d'ostéoporose après la ménopause (15) et à un effet protecteur contre la dépression du post-partum (16).

De nombreuses études se sont intéressées aux différents facteurs qui favorisent l'initiation et la poursuite de l'allaitement. Certaines mettent en avant le fait qu'une meilleure connaissance de l'allaitement et de ses bénéfices impactent positivement l'allaitement et sa durée (17–19).

Cependant, les bénéfices les plus souvent mis en avant sont ceux qui concernent l'enfant et on peut se demander si les bénéfices concernant la santé de la femme sont également connus des mères. En effet, une des raisons qui incitent les femmes à choisir un allaitement artificiel est le fait que l'allaitement est contraignant et moins pratique (20). Peut-être que si les femmes avaient une meilleure connaissance des bénéfices pour leur santé, elles seraient plus attirées par l'idée d'un allaitement.

Nous sommes partis de l'hypothèse que les femmes ayant choisi un allaitement maternel ont une meilleure connaissance des bénéfices de l'allaitement, que les femmes ayant fait le choix d'un allaitement artificiel. L'objectif principal de cette étude était donc de comparer les

connaissances des primipares sur les bénéfices de l'allaitement, entre les femmes ayant choisi un allaitement maternel et les femmes ayant choisi un allaitement artificiel.

Les objectifs secondaires étaient :

- Déterminer quels sont les bénéfices les moins connus des mères
- Déterminer par quels moyens les femmes ont accès aux informations sur l'allaitement

## **MATERIEL ET METHODE**

### 1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle analytique transversale unicentrique.

### 2. Lieu et période d'étude

Elle a été réalisée au Centre Hospitalier de Chambéry (maternité de type III), dans le service de suites de couches, sur la période du 17 avril au 25 mai 2019.

### 3. Population

Les femmes ont été recrutées lors de leur séjour en suites de couches.

Ont été incluses dans l'étude les femmes primipares hospitalisées en suites de couches, sur la période du 17 avril au 25 mai 2019.

Ont été exclues de l'étude les multipares, les femmes ayant eu une grossesse multiple, les femmes ayant accouché prématurément, les femmes dont le nouveau-né était décédé ou hospitalisé en néonatalogie, les femmes ayant une pathologie ou un traitement compromettant l'allaitement ou dont le nouveau-né avait une pathologie compromettant l'allaitement, les femmes ne parlant pas français, les mineures et les femmes refusant de participer à l'étude.

#### 4. Spécification des groupes comparés

Deux groupes ont été réalisés en fonction du mode d'allaitement choisi : un groupe de femmes ayant choisi un allaitement maternel (« groupe AM ») et un groupe de femmes ayant choisi un allaitement artificiel (« groupe AA »). Les femmes ayant décidé un allaitement mixte étaient comptées dans le groupe AM.

Les femmes ont été réparties dans les groupes en fonction de leur choix d'allaitement au moment de leur accouchement, c'est-à-dire en intention d'allaiter. La répartition a été faite afin de rendre compte du choix d'allaitement en fin de grossesse et de ne pas tenir compte des éventuels arrêts d'allaitements dans les premiers jours.

#### 5. Source des données

Le caractère éligible ou non des femmes était déterminé à partir d'une feuille de transmissions des sages-femmes qui comprenait les informations suivantes : le mode d'allaitement, la parité de la femme, ses éventuels traitements, le terme d'accouchement, la santé de la mère et du bébé et une éventuelle hospitalisation du nouveau-né.

Les femmes ont été interrogées au cours de leur séjour en suites de couches. Le recueil des données a été effectué par un entretien directif à l'aide d'un questionnaire (cf Annexe 1). Celui-ci était anonyme et comprenait des questions fermées à choix multiples ou uniques ainsi que des questions ouvertes. Le questionnaire proposé était le même pour les femmes allaitantes et pour celles n'allaitant pas.

Il portait sur les connaissances des mères sur les bénéfices de l'AM sur la santé des nouveau-nés et sur la santé des femmes, ainsi que sur leurs sources de connaissances (professionnels et autres). Ont été également recueillies des données concernant le moment de remplissage du

questionnaire, l'âge des patientes, leur niveau d'étude et la catégorie INSEE de leur profession.

L'accord des femmes à la participation à l'étude était recueilli de manière orale après explication de l'objet du mémoire par moi-même. Le caractère de comparaison n'était pas précisé afin de ne pas culpabiliser les femmes ayant fait le choix d'un AA et de ne pas entraîner de biais dans les réponses.

Le questionnaire a d'abord été testé sur neuf patientes, qui n'ont pas été prises en compte dans l'effectif, afin de s'assurer de sa bonne compréhension. Le questionnaire a ensuite été légèrement modifié pour être mieux adapté.

#### 6. Établissement d'un score de connaissances

Afin de pouvoir comparer les connaissances des patientes des deux groupes, un score leur a été attribué en fonction de leurs réponses.

A chaque item, il pouvait être attribué un point si la réponse était juste ou zéro quand la réponse était fausse. Il n'y avait à chaque fois qu'une seule réponse juste. Toutes les autres réponses possibles étaient considérées comme fausses (y compris quand la patiente répondait par l'item « Je ne sais pas ») et ne faisaient ni perdre, ni gagner de points.

Le questionnaire n'était pas pondéré et chaque question valait le même nombre de points, soit un point.

Le score était donc sur un total de 26 points répartis en plusieurs catégories :

- une première partie de connaissances générales notée sur sept points
- une seconde partie sur les bénéfices de l'AM sur l'enfant sur six points
- et une dernière partie sur les bénéfices de l'AM sur la mère sur 13 points.

## 7. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le score obtenu au questionnaire. Les critères de jugement secondaires étaient :

- Les connaissances ayant le moins bon taux de réponse
- Les moyens d'information des femmes pendant la grossesse

## 8. Analyse des données

Les données ont été analysées avec le logiciel R4web.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type lorsque la répartition suivait une loi normale. Dans le cas contraire, elles ont été décrites par la médiane et l'intervalle interquartile.

Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage.

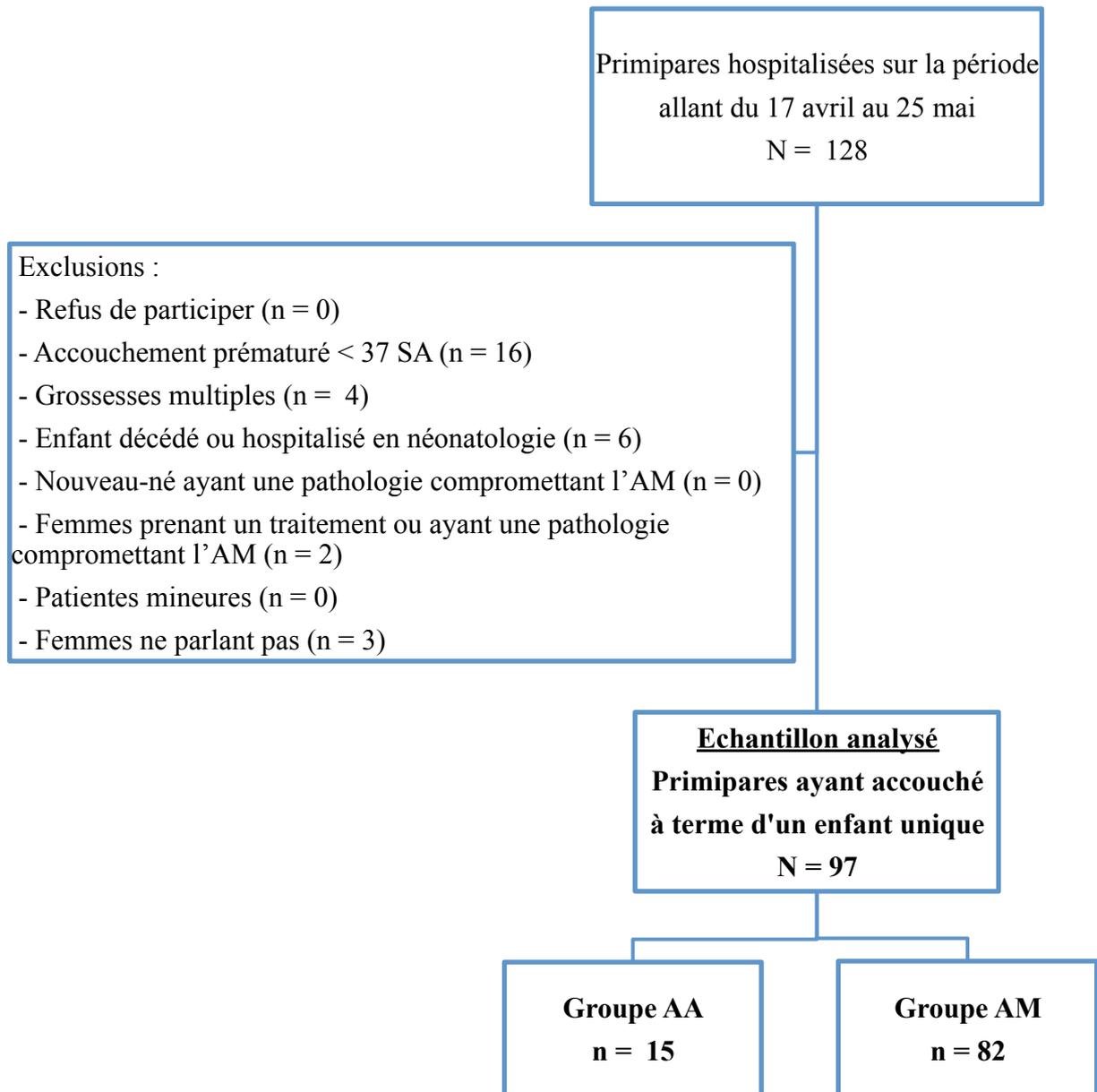
Nous avons réalisé les comparaisons de moyennes à l'aide du test t de Student et les médianes ont été comparées par le test de Mann-Whitney.

Les pourcentages ont été analysés avec le test du Chi<sup>2</sup> ou avec le test exact de Fisher lorsque les effectifs attendus étaient inférieurs à 5.

Le seuil de signification statistique retenu était de 0,05.

## RESULTATS

*Figure 1 : Diagramme d'inclusion*



Au total, 128 primipares étaient hospitalisées sur la période du 17 avril au 25 mai. Ont été exclues 16 femmes ayant accouché prématurément, quatre femmes ayant eu des jumeaux, six femmes dont le nouveau-né était hospitalisé en néonatalogie, deux femmes qui prenaient un traitement contre-indiquant l'allaitement et trois femmes qui ne parlaient pas français.

Finalement, l'échantillon analysé était constitué de 97 patientes dont 15 patientes (15,5%) qui avaient souhaité un AA au moment de leur accouchement et 82 patientes (84,5%) qui avaient voulu un AM au moment de leur accouchement. Dans les 97 patientes, aucune n'avait fait le choix d'un allaitement mixte au moment de son accouchement.

### 1. Caractéristiques de l'échantillon

L'âge moyen de l'échantillon était de 29,5 ans (écart-type : 5,0). Il existait une différence statistiquement significative ( $p = 0,005$ ) entre l'âge du groupe AA (26,2 ans) et l'âge du groupe AM (30,1 ans). Dans l'échantillon analysé, 65,6% des patientes avaient fait des études supérieures et 19,8% avaient un niveau baccalauréat. Les femmes du groupe AM avaient plus souvent fait des études supérieures que les femmes du groupe AA (69,1% versus 46,7%) mais cette différence n'était pas statistiquement significative ( $p = 0,08$ ). L'étude n'a pas non plus montré de différence statistiquement significative ( $p = 0,63$ ) entre la catégorie de profession du groupe AA avec celle du groupe AM.

L'étude n'a pas mis en évidence de différence statistiquement significative ( $p = 0,27$ ) sur le moment de remplissage du questionnaire pour groupe AA et le groupe AM (médiane = 2 jours après l'accouchement, intervalle interquartile [1 ; 3]).

**Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon**

	Total n = 97	Allaitement Artificiel n = 15	Allaitement Maternel n = 82	P-value
<b>Age, m (et)</b>	29,5 (5,0)	26,2 (4,6)	30,1 (4,8)	0,005
<b>Niveau d'étude, n (%)</b>				0,08
Brevet des collèges	2 (2,1)	0 (0)	2 (2,5)	
CAP ou BEP	12 (12,5)	5 (33,3)	7 (8,6)	
Baccalauréat général, technologique ou professionnel	19 (19,8)	3 (20,0)	16 (19,8)	
Enseignement supérieur	63 (65,6)	7 (46,7)	56 (69,1)	
<b>Profession, n (%)</b>				0,63
Agriculteur exploitant	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	4 (4,1)	1 (6,7)	3 (3,7)	
Cadre et autres professions intellectuelles supérieures	13 (13,4)	1 (6,7)	12 (14,6)	
Profession intermédiaire	24 (24,7)	2 (13,3)	22 (26,8)	
Employé	43 (44,3)	9 (60,0)	34 (41,5)	
Ouvrier	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Retraité	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Etudiant	1 (1,0)	0 (0)	1 (1,2)	
Sans activité	12 (12,4)	2 (13,3)	10 (12,2)	
<b>Jour remplissage questionnaire, med, IQR [25% ; 75%]</b>	2 [1 ; 3]	2 [1 ; 3]	2 [1 ; 3]	0,27

*Légende : m = moyenne ; et = écart-type ; med = médiane ; IQR [25% ; 75%] = intervalle inter-quartile ; n = effectif ; % = pourcentage.*

Les données étaient manquantes pour le niveau d'étude pour une patiente.

## 2. Objectif principal : comparaison des connaissances

Des différences statistiquement significatives étaient observables sur le score obtenu au questionnaire.

En effet, les patientes du groupe AM ont eu un meilleur score sur le questionnaire global (médiane = 14/26 versus 9/26,  $p < 0,001$ ), sur la première partie du questionnaire qui portait sur des connaissances générales (médiane = 5/7 versus 4/7,  $p = 0,01$ ) et sur la partie qui portait sur les bénéfices pour la santé de la femme (médiane = 6/13 versus 2/13,  $p < 0,001$ ).

Aucune différence statistiquement significative ( $p = 0,13$ ) n'a été mise en évidence pour la partie portant sur les bénéfices pour l'enfant entre le groupe AM (médiane = 3/6, intervalle interquartile [2;4]) versus le groupe AA (médiane = 3/6, interquartile [2;3]).

**Tableau II : Connaissances sur l'AM**

	Total n = 97	Allaitement Artificiel n = 15	Allaitement Maternel n = 82	P-value
<b>Score obtenu, med, IQR [25% ; 75%]</b>				
Au questionnaire total /26	13 [10;17]	9 [7,5 ; 11]	14 [10 ; 17]	< 0,001
Aux connaissances générales /7	5 [4 ; 6]	4 [2,5 ; 5]	5 [4 ; 6]	0,01
Aux connaissances sur l'enfant /6	3 [2 ; 4]	3 [2 ; 3]	3 [2 ; 4]	0,13
Aux connaissances sur la mère /13	5 [3 ; 8]	2 [1 ; 4,5]	6 [3 ; 8]	< 0,001

*Légende : med = médiane ; IQR [25% ; 75%] = intervalle inter-quartile.*

### 3. Objectif secondaire : bénéfices les moins connus

#### **Connaissances générales :**

Si 99% des femmes savaient que l'AM présente des bénéfices pour l'enfant, elles n'étaient plus que 72,2% à savoir que l'AM présente également des bénéfices pour la mère. Il existait une différence statistiquement significative entre les deux groupes ( $p < 0,01$ ), puisque le groupe AM affirmait qu'il existait des bénéfices pour la femme dans 78% des cas versus 40% pour le groupe AA.

**Tableau III : Connaissances générales**

	Total n = 97	Allaitement Artificiel n = 15	Allaitement Maternel n = 82	P-value
<b>Pourcentage de réponses justes, n (%)</b>				
Existence d'une recommandation de durée d'AM exclusif	53 (54,6)	8 (53,3)	45 (54,9)	> 0,99
Durée recommandée de quatre mois à six mois	3 (3,1)	0 (0)	3 (3,7)	> 0,99
Existence de bénéfices dus à l'AM	96 (99,0)	14 (93,3)	82 (100)	0,15
Pour l'enfant	96 (99,0)	14 (93,3)	82 (100)	0,15
Pour la femme	70 (72,2)	6 (40,0)	64 (78,0)	< 0,01
Impact de la durée d'AM sur les bénéfices	70 (72,2)	7 (46,7)	63 (76,8)	0,03
Persistance des bénéfices à l'arrêt de l'AM	78 (80,4)	8 (53,3)	70 (85,4)	< 0,01

### **Connaissances sur les bénéfices pour l'enfant :**

Pour l'enfant, le bénéfice le moins connu était celui sur le développement cognitif. En effet, seulement 32% de bonnes réponses ont été obtenues au total et aucune différence statistiquement significative ( $p = 0,13$ ) n'a été retrouvée entre les deux groupes (13,3% pour le groupe AA versus 35,4% pour le groupe AM).

Le deuxième bénéfice le moins connu était celui sur la prévention de l'obésité avec 46,4% de bonnes réponses. La différence entre les deux groupes était à la limite de la significativité ( $p = 0,05$ ) avec 51,2% de bonnes réponses dans le groupe AM versus 20% dans le groupe AA.

Venait ensuite le bénéfice sur la croissance dans les premiers mois qui était généralement mieux connu du groupe AM (69,5% de bonnes réponses dans le groupe AM versus 46,7% dans le groupe AA) mais la différence n'était pas statistiquement significative ( $p = 0,16$ ).

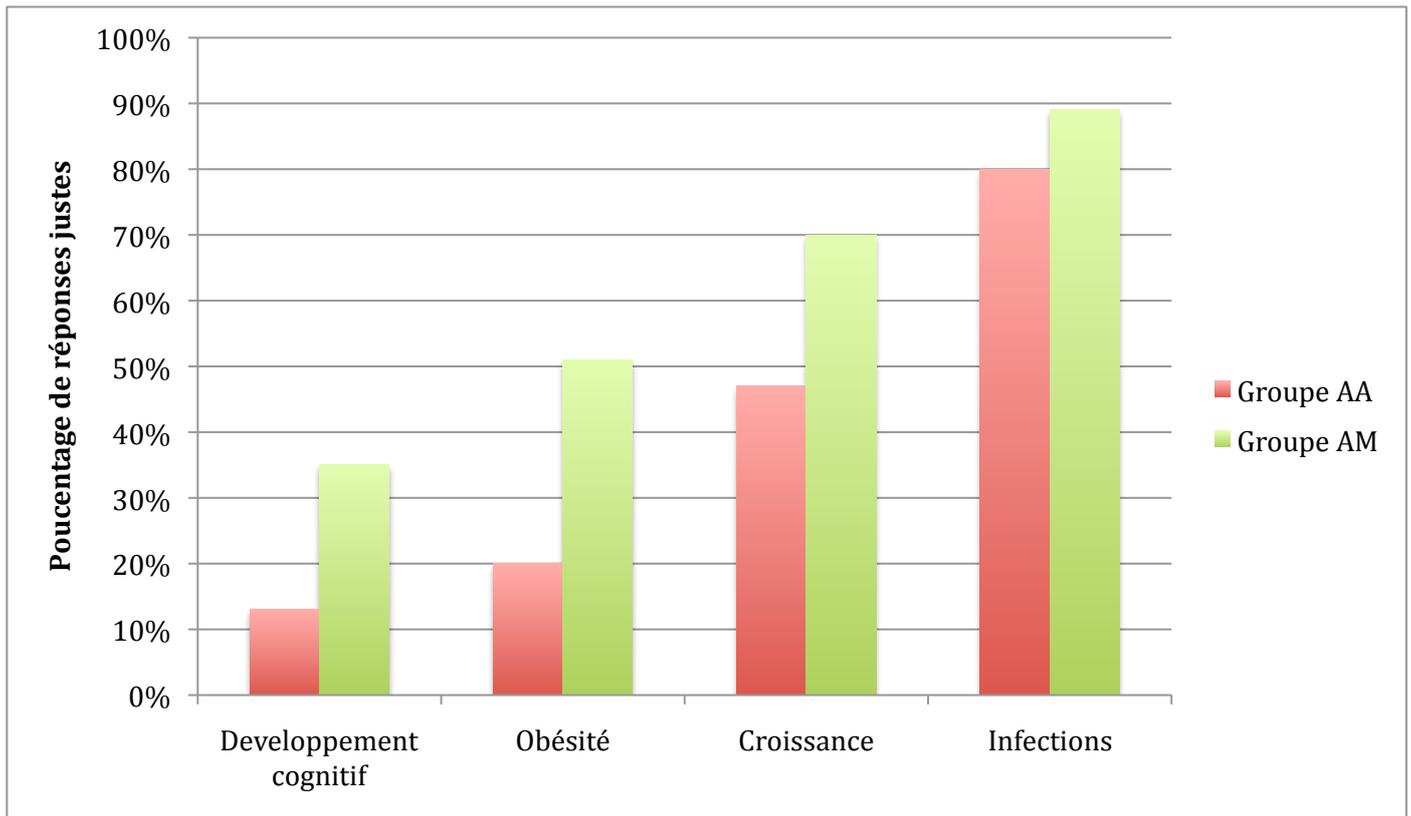
Le bénéfice sur la prévention du risque d'infections chez l'enfant était le mieux connu (87,6% de bonnes réponses au total) et aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence entre les deux groupes ( $p = 0,39$ ) avec 80% de réponses juste dans le groupe AA versus 89% dans le groupe AM.

**Tableau IV : Connaissances sur les bénéfices pour l'enfant**

	Total n = 97	Allaitement Artificiel n = 15	Allaitement Maternel n = 82	P-value
<b>Pourcentage de réponses justes, n (%)</b>				
Bénéfices de l'AM sur la croissance	64 (66,0)	7 (46,7)	57 (69,5)	0,16
Bénéfices de l'AM sur l'obésité	45 (46,4)	3 (20,0)	42 (51,2)	0,05
Bénéfices de l'AM sur les infections	85 (87,6)	12 (80,0)	73 (89,0)	0,39
Bénéfices de l'AM sur le développement cognitif	31 (32,0)	2 (13,3)	29 (35,4)	0,13
Influence de l'AM sur la taille à l'âge adulte	60 (61,9)	15 (100)	45 (54,9)	0,003
Influence de l'AM sur le risque d'ictère	3 (3,1)	1 (6,7)	2 (2,4)	0,40

*Légende : n = effectif ; % = pourcentage*

**Figure 2 : Connaissances des femmes sur les bénéfices de l'AM pour l'enfant**



### **Connaissances sur les bénéfices pour la mère :**

En ce qui concerne les connaissances sur les bénéfices pour la femme, le moins connu était celui sur l'ostéoporose avec 22,7% de bonnes réponses au total. Par ailleurs, la différence observée entre le groupe AA (0% de réponses justes) versus le groupe AM (26,8% de réponses justes) était statistiquement significative ( $p = 0,02$ ). Le second bénéfice le moins connu était celui sur le sommeil, avec 29,9% de bonnes réponses. Les patientes du groupe AM connaissaient ce bénéfice dans 31,7% des cas versus 20% dans le groupe AA et la différence n'était pas statistiquement significative ( $p = 0,54$ ). Venait ensuite le bénéfice sur la prévention des infections du PP qui était connu dans 36,1% des cas.

Il existait une différence statistiquement significative entre les deux groupes, sur la connaissance de l'influence de l'AM sur la réduction du temps de saignement ( $p = 0,009$ )

(6,7% de réponses justes dans le groupe AA versus 46,3% dans le groupe AM), ainsi que sur l'influence de l'AM sur la prévention de cancers ( $p = 0,04$ ) (26,7% de réponses justes dans le groupe AA versus 59,8% dans le groupe AM).

Le bénéfice le mieux connu était celui sur la perte de poids après l'accouchement, qui était connu dans 73,2% des cas au total. On observait une différence statistiquement significative entre les deux groupes ( $p < 0,001$ ) car le pourcentage de bonnes réponses dans le groupe AA n'était que de 33,3% versus 80,5% dans le groupe AM.

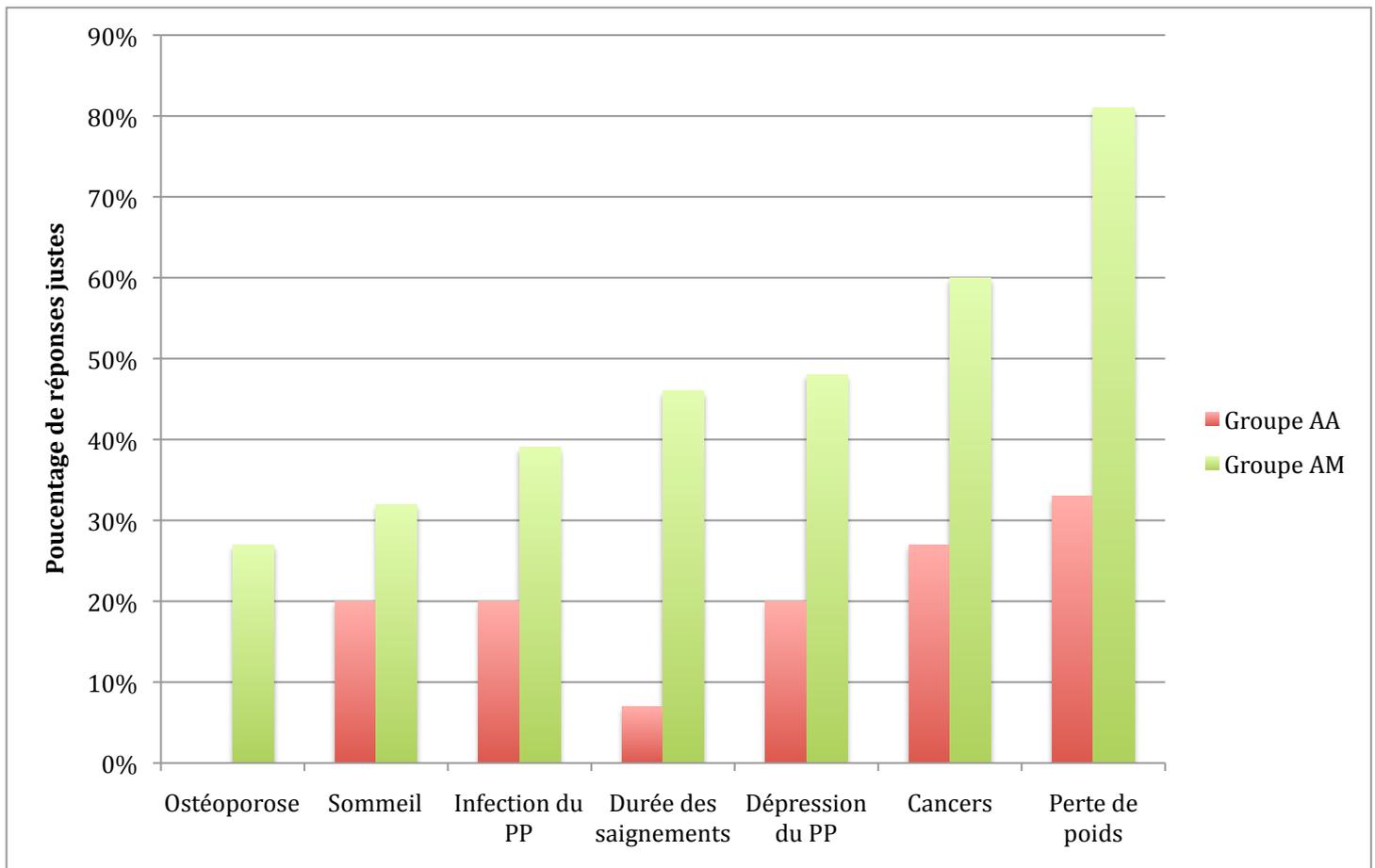
**Tableau V : Connaissances sur les bénéfices pour la mère**

	Total n = 97	Allaitement Artificiel n = 15	Allaitement Maternel n = 82	P-value
<b>Pourcentage de réponses justes, n (%)</b>				
Bénéfices de l'AM sur la perte de poids	71 (73,2)	5 (33,3)	66 (80,5)	< 0,001
Bénéfices de l'AM sur le risque d'ostéoporose	22 (22,7)	0 (0)	22 (26,8)	0,02
Bénéfices de l'AM sur le risque d'infections du PP	35 (36,1)	3 (20,0)	32 (39,0)	0,26
Bénéfices de l'AM sur la durée des saignements du PP	39 (40,2)	1 (6,7)	38 (46,3)	0,009
Bénéfices de l'AM sur le sommeil	29 (29,9)	3 (20,0)	26 (31,7)	0,54
Bénéfices de l'AM sur le risque de dépression du PP	42 (43,3)	3 (20,0)	39 (47,6)	0,09
AM comme moyen permettant d'éviter toute nouvelle grossesse	92 (94,8)	15 (100)	77 (93,9)	> 0,99
Influence de l'AM sur la prévention des cancers	53 (54,6)	4 (26,7)	49 (59,8)	0,04
Sur le cancer des ovaires*	23 (43,4)	0 (0)	23 (46,9)	0,12
Sur le cancer du sein*	52 (98,1)	4 (100)	48 (98,0)	> 0,99
Sur le cancer des poumons*	28 (52,9)	2 (50,0)	26 (51,3)	> 0,99
Sur le cancer du col de l'utérus*	16 (30,2)	2 (50,0)	14 (28,6)	0,58
Sur le cancer de la peau*	24 (45,3)	2 (50,0)	22 (44,9)	> 0,99

*Légende : n = effectif ; % = pourcentage*

\* Réponses parmi les patientes ayant répondu « oui » quant au rôle de l'AM dans la prévention de cancers, n total = 53 ; n allaitement artificiel = 4 ; n allaitement maternel = 49.

**Figure 3 : Connaissances des femmes sur les bénéfices de l'AM pour la mère**



#### 4. Objectif secondaire : moyens d'information

En moyenne, les femmes disaient avoir disposé de 2,4 sources principales d'information sur l'AM pendant leur grossesse. La différence entre le nombre de sources citées par les femmes du groupe AM (2,5 sources) et le nombre de sources citées par les femmes du groupe AA (2,0 sources) n'était pas statistiquement significative ( $p = 0,10$ ).

La source d'information citée le plus souvent par les femmes était un professionnel de santé, dans 88,7% des cas et la différence observée entre les deux groupes (73,3% dans le groupe AA versus 91,5% dans le groupe AM) n'était pas statistiquement significative ( $p = 0,06$ ).

La deuxième source retrouvée le plus souvent était un membre de l'entourage dans 55,7% des cas, puis par des livres ou magazines, 38,1% des cas, et par internet dans 37,1% des cas.

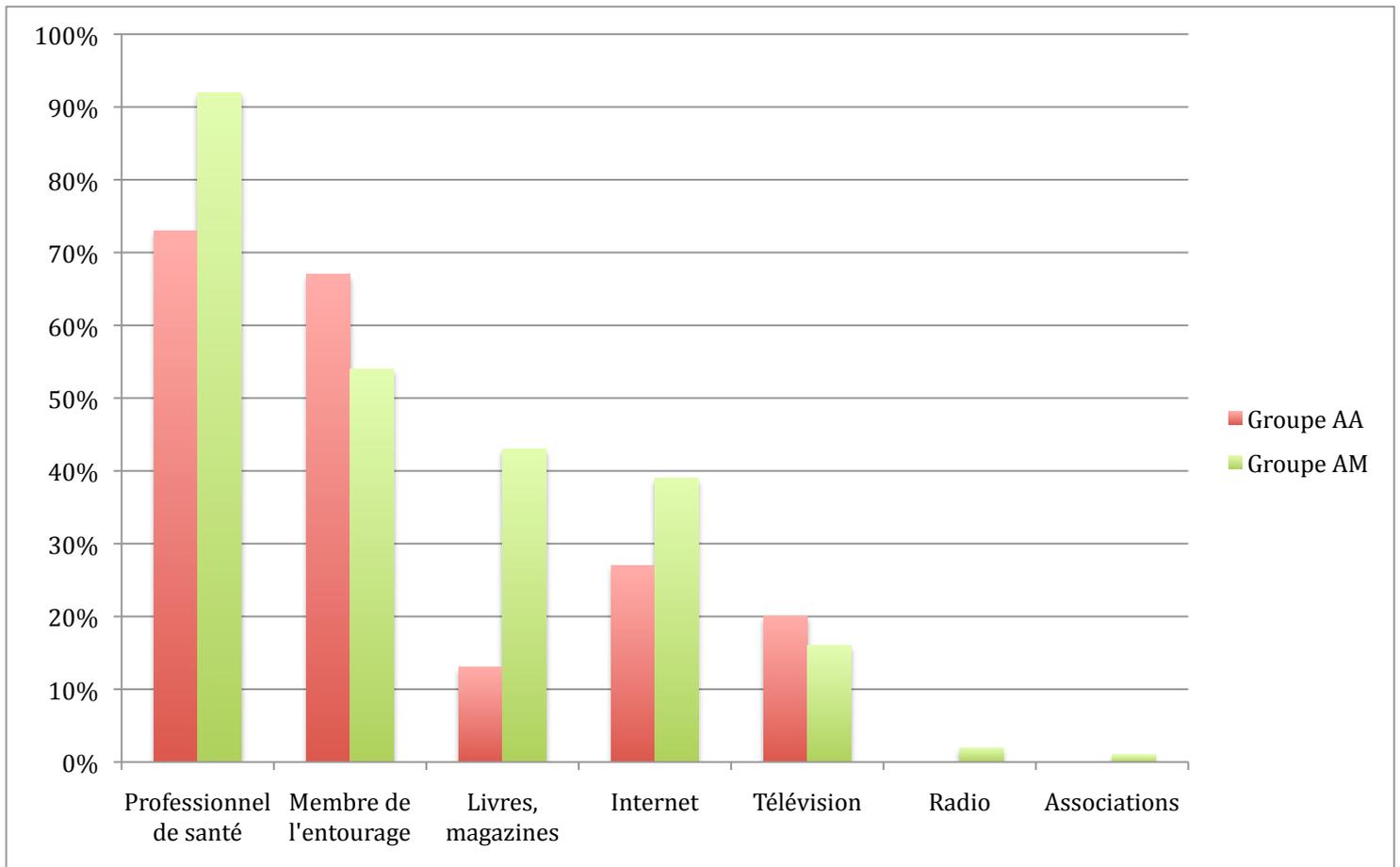
Enfin, on remarque que les associations sont la source la moins citée avec seulement 1% des femmes qui ont eu des informations par ce moyen.

**Tableau VI : Sources d'information des femmes sur l'AM pendant leur grossesse**

	Total n = 97	Allaitement Artificiel n = 15	Allaitement Maternel n = 82	P-value
Nombre de sources d'information, <i>m (et)</i>	2,4 (1,0)	2,0 (1,1)	2,5 (1,0)	0,10
Professionnel de santé, <i>n (%)</i>	86 (88,7)	11 (73,3)	75 (91,5)	0,06
Membre de l'entourage, <i>n (%)</i>	54 (55,7)	10 (66,7)	44 (53,7)	0,52
Livres ou magazines, <i>n (%)</i>	37 (38,1)	2 (13,3)	35 (42,7)	0,06
Radio, <i>n (%)</i>	2 (2,1)	0 (0)	2 (2,4)	> 0,99
Télévision, <i>n (%)</i>	16 (16,5)	3 (20,0)	13 (15,9)	0,70
Internet, <i>n (%)</i>	36 (37,1)	4 (26,7)	32 (39,0)	0,54
Associations, <i>n (%)</i>	1 (1,0)	0 (0)	1 (1,2)	> 0,99

*Légende : m = moyenne ; et = écart-type ; n = effectif ; % = pourcentage*

**Figure 4 : Sources d'information des femmes sur l'AM pendant leur grossesse**



Les connaissances apportées par un professionnel de santé pendant la grossesse l'étaient majoritairement par une sage-femme dans 88,7% des cas et lors de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) dans 84,5% des cas, mais avec des disparités entre les deux groupes. Les femmes du groupe AM étaient 89% à avoir reçu des informations sur l'allaitement pendant la PNP, versus 60% dans le groupe AA et cette différence était statistiquement significative ( $p = 0,01$ ). De plus, seules 7,2% des femmes avaient reçu des informations sur l'allaitement pendant l'entretien prénatal précoce.

**Tableau VII : Sources d'informations professionnelles des femmes sur l'AM pendant leur grossesse**

	Total n = 97	Allaitement Artificiel n = 15	Allaitement Maternel n = 82	P-value
<b>AM abordé par un professionnel de santé pendant la grossesse, n (%)</b>	88 (90,7)	12 (80,0)	76 (92,7)	0,14
Par une sage-femme	86 (88,7)	11 (73,3)	75 (91,5)	0,06
Par un gynécologue obstétricien	4 (4,1)	0 (0)	4 (4,9)	> 0,99
Par un médecin généraliste	4 (4,1)	3 (20,0)	1 (1,2)	0,01
<b>Moment où l'AM a été abordé, n (%)</b>				
Consultation de suivi de grossesse	19 (19,6)	5 (33,3)	14 (17,1)	0,16
Préparation à la naissance	82 (84,5)	9 (60,0)	73 (89,0)	0,01
Entretien prénatal précoce	7 (7,2)	1 (6,7)	6 (7,3)	> 0,99

*Légende : n = effectif ; % = pourcentage*

## DISCUSSION

### 1. Principaux résultats et confrontation avec la littérature

Conformément à notre hypothèse de départ, cette étude a constaté une différence de connaissances sur les bénéfices de l'AM, entre les primipares ayant choisi un AM et celles ayant choisi un AA. Les femmes du groupe AM avaient globalement de meilleures connaissances que les femmes du groupe AA ( $p < 0,001$ ). Les femmes ayant choisi un AM étaient donc globalement plus informées que les femmes ayant choisi un AA.

A propos des bénéfices pour la santé de l'enfant, les deux groupes avaient globalement le même taux de bonnes réponses sauf pour le bénéfice sur le risque d'obésité, qui était mieux connu des femmes du groupe AM. De plus, seulement 40% des femmes du groupe AA estimaient que l'allaitement avait des bénéfices pour la femme versus 78% pour le groupe AM ( $p < 0,01$ ). Le groupe AM avait une meilleure connaissance des bénéfices sur la perte de poids, la prévention de l'ostéoporose, la réduction de durée des saignements dans le PP et la prévention des cancers que le groupe AA. Nos résultats sont en accord avec d'autres études qui ont mis en évidence qu'un taux plus élevé de connaissances était associé à un plus grand taux d'allaitement et sur une plus grande durée (17,18,21). De même, l'étude de Chabrol *et al.* de 2004 (22) avait identifié que les avantages physiologiques de l'AM pour la mère étaient un facteur qui prédisait positivement le fait d'allaiter.

On constate que, aussi bien dans le groupe AA que dans le groupe AM, les bénéfices pour l'enfant sont globalement mieux connus (médiane = 3/6) que les bénéfices concernant la mère (médiane = 5/13). De plus, parmi les cinq bénéfices les moins connus pour les deux groupes confondus, quatre étaient des bénéfices concernant la femme. Le bénéfice le moins connu était celui sur la prévention de l'ostéoporose (22,7% de bonnes réponses), puis venait le

bénéfice sur le sommeil maternel (29,9%), sur le développement cognitif de l'enfant (32%), sur la prévention d'infections du PP (36,1%) et sur la durée des saignements (40,2%). Cette différence avait également été retrouvée par Walburg *et al.* dans leur étude en 2007 (23), qui concluait que si les bénéfices pour la santé de leur enfant n'étaient pas ignorés des femmes, celles-ci méconnaissaient souvent les bénéfices pour leur propre santé.

On peut s'interroger sur la part d'influence des connaissances dans le choix d'un allaitement. Il existe en santé publique de nombreuses théories sur le changement de comportement (24). Globalement, elles mettent en évidence le fait que les changements de comportements, en matière de santé, sont des processus complexes et multifactoriels (25,26). Ainsi, la théorie intégrée du changement de comportement en matière de santé (25) émet l'hypothèse que le changement de comportement peut être amélioré, en favorisant à la fois la connaissance, mais aussi les croyances des personnes (c'est-à-dire les perceptions personnelles concernant un problème de santé), les compétences et les capacités d'autorégulation et en renforçant la facilitation sociale. De même, le *Health Belief Model* ou modèle de croyance en santé (27), développé dans les années 1950, suggère que l'apparition d'un changement de comportement est lié, d'une part à la croyance des gens sur le fait qu'ils soient susceptibles d'avoir un problème de santé et d'autre part, à leur perception des avantages qu'ils ont à changer et des obstacles qu'ils vont rencontrer. Cependant, si les connaissances semblent souvent prises en compte dans ces théories, il est clair que le seul apport d'information ne suffit pas à induire un changement de comportement (26) d'autant plus si le risque perçu est faible (27).

Ainsi, le choix de l'allaitement est lui aussi soumis à de nombreux paramètres et ne repose pas seulement sur une bonne connaissance des bénéfices. L'étude Epifane réalisée en France en 2012 (4) montre que le choix d'AM est associé de manière positive à l'âge maternel, le niveau d'études, le statut marital, l'avis du conjoint et l'absence de consommation de tabac avant la grossesse. Le choix est aussi lié à la représentation que les femmes se font de l'AM et

à sa représentation dans la société. En effet, dans une étude comparant les mères françaises (ayant un taux d'AM relativement bas) et les mères allemandes (ayant un taux plus élevé d'AM) (28), il a été montré que les mères françaises avaient plus souvent des représentations erronées de l'AM, qu'elles accordaient plus de poids aux inconvénients de l'allaitement et qu'elles avaient plus souvent tendance à considérer le biberon comme pratique et favorisant la relation père-enfant.

Dans notre étude, les femmes du groupe AM avaient globalement plus été informées sur l'allaitement lors des cours de PNP, que les femmes du groupe AA. Le lien observé dans cette étude entre le fait d'aborder l'AM en PNP et l'initiation de l'AM est en adéquation avec les résultats obtenus par l'étude Epifane (4). Celle-ci a constaté que l'initiation de l'AM était plus importante si la patiente avait suivi une PNP pendant sa grossesse. On peut donc supposer qu'une meilleure information des femmes sur l'AM pendant leur grossesse est un facteur favorisant l'initiation de l'AM.

Néanmoins, il reste difficile de savoir si l'apport de connaissances est un des facteurs qui incite les femmes à favoriser l'AM ou si au contraire, les femmes souhaitant allaiter sont plus enclines à rechercher de nouvelles informations, par elles-mêmes ou par le suivi d'une PNP.

Par ailleurs, il est ressorti plusieurs fois lors des entretiens, que certaines femmes ayant fait le choix d'un AA pendant leur grossesse s'étaient senties jugées et avaient été incitées fortement, à changer d'avis au cours de leur grossesse. Il est certain que le choix de l'allaitement revient à la femme ou, plus largement, au couple, et que le professionnel de santé n'est là que pour informer la patiente. De plus, le fait d'insister de manière trop importante pourrait conduire à heurter les femmes, à leur procurer un sentiment d'incompréhension ou à leur faire perdre confiance dans le professionnel de santé. Cependant, se pose la question du juste-milieu entre l'absence d'insistance et l'absence d'informations

données à une femme qui aurait fait le choix d'un AA en début de grossesse. Il semble en effet important, que toutes les femmes disposent d'un minimum d'informations sur l'allaitement pendant leur grossesse afin de pouvoir faire leur choix, notamment sur les bénéfices de l'allaitement sur la santé de l'enfant, mais également sur la santé de la femme.

Par ailleurs, il est important de noter que certaines femmes peuvent ressentir une ambivalence à propos de l'AM aussi bien pendant la grossesse qu'après l'accouchement. Ces femmes, dont le choix n'est pas arrêté ou dont le choix est incertain, ont alors plus de probabilité d'arrêter l'allaitement très tôt après la naissance (29,30). Dans cette situation, il semble intéressant de pouvoir fournir plus d'informations aux femmes sur les bénéfices de l'AM. Cet apport d'informations pourrait être un des facteurs qui favorise le choix d'un AM ou qui le renforce surtout dans le cas où il y aurait une ambivalence.

## 2. Limites et biais de l'étude

Il existait dans cette étude un biais de sélection du fait de la sous représentation des patientes du groupe AA (seulement 15,5%) et par le fait de l'exclusion des patientes présentant des situations pathologiques ou ne parlant pas français. De plus, le lieu d'étude (unicentrique) et le temps limité de la période d'étude (un peu plus d'un mois) pouvaient également constituer un biais. L'étude étant limitée à la maternité de Chambéry, notre échantillon n'était pas représentatif de la population et ne permet pas la généralisation des résultats. Cependant, cela est tout de même compensé par le fait que la maternité de Chambéry est une maternité de niveau III et la seule maternité pour les villes de Chambéry et Aix-les-Bains. Par conséquent, la maternité accueille une population relativement variée et de différents niveaux socio-économiques. De plus, le fait qu'aucune mère n'ait refusé de participer à l'étude limite ce biais de sélection.

Il existait également un biais de mémorisation, notamment pour les questions portant sur les sources d'informations des femmes pendant leur grossesse, celles-ci pouvant omettre de citer certaines sources d'information.

Il pouvait exister un biais de compréhension lié à une mauvaise interprétation des questions. Cependant, ce biais a été limité par un test préalable du questionnaire sur neuf patientes afin de s'assurer de sa clarté. De plus, la réalisation d'entretiens permettait de réexpliquer les questions lorsque celles-ci étaient mal comprises. Cela permettait également de s'assurer que la mère réponde seule aux questions, sans recevoir d'aide de la part de son entourage ou sans s'aider d'internet.

Il pouvait exister un biais lié à une dissonance cognitive dans certaines réponses notamment sur celles portant sur les bénéfices de l'AM. On peut imaginer que les femmes du groupe AM aient tendance à surestimer les bénéfices de l'AM afin de conforter leur choix d'allaitement. A l'inverse, peut être que les femmes du groupe AA ont pu minimiser ces bénéfices pour les mêmes raisons. Malheureusement, ce biais n'est pas évaluable, cependant il est important de prendre en compte cette notion pour interpréter les résultats.

Une des limites de cette étude se trouve également dans le fait que nos deux groupes n'avaient pas des caractéristiques identiques. En effet, les patientes du groupe AA étaient en moyenne plus jeunes de 3,9 ans et de manière statistiquement significative ( $p = 0,005$ ). De plus, elles avaient un niveau d'études globalement moins élevé, et bien que cette différence n'était pas statistiquement significative ( $p = 0,08$ ), on peut penser qu'un échantillon plus grand aurait pu mettre en évidence cette différence. En effet, l'étude Epifane a montré que les taux d'initiation de l'AM augmentaient avec l'âge de la mère et avec le niveau d'études (4), ce qui est cohérent avec nos résultats. Ainsi, on peut penser que la différence de connaissances observée dans cette étude soit influencée par la différence d'âge et de niveau d'études. En

revanche, le moment du séjour où les patientes ont rempli le questionnaire était le même pour les deux groupes, soit en moyenne deux jours après l'accouchement. Cela rend comparable entre les deux groupes l'éventuelle influence du séjour sur l'apport de nouvelles connaissances.

Une autre faiblesse dans cette étude résulte de la création arbitraire du barème. Tous les items valaient le même nombre de points, quelle que soit l'importance de la question. De plus, toutes les réponses fausses à un item conduisaient à zéro point et ce, que la patiente ait répondu par « je ne sais pas », « influence néfaste » ou « pas d'influence », pour un item où l'AM aurait eu une influence bénéfique par exemple. Le score obtenu bien que s'approchant des connaissances de la femme, ne les reflète que partiellement.

### 3. Axes d'amélioration et perspectives

Il pourrait être intéressant d'étudier de manière plus précise les représentations que les femmes se font de l'AM. Nous avons choisi dans cette étude de simplifier les réponses des femmes en « juste » ou « faux » afin de pouvoir leur attribuer un score. Cependant, on pourrait à partir des données recueillies pour cette étude, étudier si les femmes manquent simplement d'informations (en méconnaissant un bénéfice) ou si elles ont des connaissances erronées (en pensant que l'AM peut être néfaste, à tort). Cela pourrait permettre d'ajuster les informations diffusées et la manière dont elles sont transmises.

L'étude de Newby *et al.* réalisée en 2014 (18) recommande, entre autres, une amélioration de la connaissance des avantages de l'allaitement pour la santé, par les professionnels de santé s'occupant des femmes enceintes. De part leurs compétences relatives à la fois à la mère, et au nouveau-né, les sages-femmes sont au premier plan, pendant la grossesse, pour la promotion de l'allaitement. De fait, il est important que les sages-femmes connaissent ces bénéfices et

soient à même d'informer les femmes en matière d'allaitement. C'est pourquoi la formation continue des professionnels de santé est essentielle afin de mettre à jour leurs connaissances et continuer à les sensibiliser.

Par ailleurs, l'étude de Walburg *et al.* (28) montre que le moment du choix d'allaitement se fait dans 51% des cas en début de grossesse, or les cours de PNP sont souvent proposés en fin de grossesse. Il serait peut-être intéressant de développer des cours ou des informations sur l'AM plus tôt dans la grossesse. Des informations pourraient par exemple être dispensées de manière plus importante lors de l'entretien prénatal précoce. En effet, celui-ci est souvent réalisé au quatrième mois de grossesse, soit à un moment où certaines femmes commencent à prendre leur décision. Or dans notre étude, seules 7,2% des femmes avaient reçu des informations sur l'allaitement lors de cet entretien.

D'autre part, afin de pouvoir donner des informations à toutes les femmes plus tôt dans la grossesse, un fascicule sur l'allaitement et ses bénéfices pourrait être ajouté aux documents envoyés aux femmes enceintes par l'assurance maladie en début de grossesse. Actuellement, parmi les documents envoyés, le guide « Ma maternité – Je prépare l'arrivée de mon enfant » (31) ne comprend que très peu d'informations sur l'allaitement, sur un document de 37 pages. En effet, il est simplement indiqué sur le livret que la composition de l'AM s'adapte automatiquement aux besoins de l'enfant et que l'AM possède des anticorps protégeant des infections. Les autres bénéfices ne sont pas indiqués et il n'est pas précisé que l'AM possède également des bénéfices pour la mère. Ainsi, un autre guide dédié spécifiquement à l'AM pourrait être ajouté à ces documents afin d'informer les femmes sur plus de bénéfices liés à l'allaitement. Ce guide pourrait aussi permettre de présenter aux femmes les ressources (associations, conseillères en lactation) dont elles peuvent bénéficier pendant la grossesse et après l'accouchement pour répondre à leurs questions sur l'AM.

Dans ce but, il pourrait également être intéressant de plus développer le rôle des associations, qui ne représentaient une source d'information dans cette étude que dans 1% des cas.

A plus grande échelle, on pourrait également imaginer des campagnes de santé publique informant globalement sur l'allaitement et sur ses bénéfices au moyen d'affiches dans l'espace public ou de spots télévisuels. Ces campagnes seraient d'autant plus intéressantes qu'elles permettraient d'informer une population plus large que simplement les femmes enceintes et ainsi favoriser l'idée d'un AM dans l'ensemble de la société. Elles permettraient également de toucher les femmes avant leur grossesse et donc avant leur choix d'allaitement.

## CONCLUSION

Le choix, fait par les femmes d'allaiter ou non, est influencé par de très nombreux facteurs. Beaucoup d'études sont réalisées afin de mieux comprendre quels sont les déterminants favorisant l'allaitement maternel et sa durée.

Dans notre étude, les femmes ayant choisi un allaitement maternel avaient une meilleure connaissance des bénéfices de l'allaitement que les femmes ayant choisi un allaitement artificiel. Les caractéristiques des deux groupes n'étant pas identiques, notamment pour l'âge, nous ne pouvons pas conclure sur le fait que cette différence soit liée au mode d'allaitement. Cependant, ces résultats sont en accord avec d'autres études, qui mettent en évidence qu'un plus haut niveau de connaissances est associé avec un plus grand taux d'allaitement maternel.

Par ailleurs, dans notre étude, les bénéfices pour la mère étaient moins connus des femmes, que les bénéfices pour l'enfant.

Il serait intéressant de favoriser l'information transmise aux mères, afin qu'elles aient mieux connaissance des bénéfices, en particulier pour la santé de la femme. L'information pourrait être diffusée, préférentiellement au début de grossesse, par un livret d'information envoyé avec les autres documents par l'assurance maladie. Plus d'informations pourraient également être communiquées au cours de l'entretien prénatal précoce, en développant la place des associations ou à plus large échelle, par des campagnes de santé publique.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. WHO | Indicators for assessing infant and young child feeding practices [Internet]. WHO. 2008 [cité 11 avr 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241596664/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/en/)
2. OMS | Recommandations de l'OMS en matière d'alimentation du nourrisson [Internet]. WHO. [cité 11 avr 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding\\_recommendation/fr/](http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/fr/)
3. Société française de pédiatrie. Diversification alimentaire : évolution des concepts et recommandations. Comité de Nutrition de la SFP. [Internet]. 2015 [cité 11 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.sfpediatrie.com/recommandation/diversification-alimentaire-%C3%A9volution-des-concepts-et-recommandations-comit%C3%A9-de>
4. Salanave B, de Launay C, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012). Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 sept 2014;62:S182.
5. Black L-A. Northern Ireland Assembly - Breastfeeding Rates. 2011;11.
6. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Shapiro S, Collet J-P, Chalmers B, et al. Breastfeeding and infant growth: biology or bias? Pediatrics. août 2002;110(2 Pt 1):343-7.
7. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. Pediatrics. mai 2005;115(5):1367-77.
8. Wu YY, Lye S, Briollais L. The role of early life growth development, the FTO gene and exclusive breastfeeding on child BMI trajectories. Int J Epidemiol. 1 oct 2017;46(5):1512-22.

9. Tromp I, Kiefte-de Jong J, Raat H, Jaddoe V, Franco O, Hofman A, et al. Breastfeeding and the risk of respiratory tract infections after infancy: The Generation R Study. *PloS One*. 2017;12(2):e0172763.
10. Duijts L, Jaddoe VWV, Hofman A, Moll HA. Prolonged and Exclusive Breastfeeding Reduces the Risk of Infectious Diseases in Infancy. *Pediatrics*. 1 juill 2010;126(1):e18-25.
11. Baker JL, Gamborg M, Heitmann BL, Lissner L, Sørensen TIA, Rasmussen KM. Breastfeeding reduces postpartum weight retention. *Am J Clin Nutr*. déc 2008;88(6):1543-51.
12. López-Olmedo N, Hernández-Cordero S, Neufeld LM, García-Guerra A, Mejía-Rodríguez F, Méndez Gómez-Humarán I. The Associations of Maternal Weight Change with Breastfeeding, Diet and Physical Activity During the Postpartum Period. *Matern Child Health J*. févr 2016;20(2):270-80.
13. Zhou Y, Chen J, Li Q, Huang W, Lan H, Jiang H. Association between breastfeeding and breast cancer risk: evidence from a meta-analysis. *Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med*. avr 2015;10(3):175-82.
14. Luan N-N, Wu Q-J, Gong T-T, Vogtmann E, Wang Y-L, Lin B. Breastfeeding and ovarian cancer risk: a meta-analysis of epidemiologic studies. *Am J Clin Nutr*. oct 2013;98(4):1020-31.
15. Schnatz PF, Barker KG, Marakovits KA, O'Sullivan DM. Effects of age at first pregnancy and breast-feeding on the development of postmenopausal osteoporosis. *Menopause N Y N*. déc 2010;17(6):1161-6.

16. Figueiredo B, Dias CC, Brandão S, Canário C, Nunes-Costa R. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *J Pediatr (Rio J)*. 1 juill 2013;89(4):332-8.
17. Kang NM, Choi YJ, Hyun T, Lee JE. Associations of Breastfeeding Knowledge, Attitude and Interest with Breastfeeding Duration: A Cross-sectional Web-based Study. *J Korean Acad Nurs*. juin 2015;45(3):449-58.
18. Newby R, Brodribb W, Ware RS, Davies PSW. Infant feeding knowledge, attitudes, and beliefs predict antenatal intention among first-time mothers in Queensland. *Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med*. juin 2014;9(5):266-72.
19. Ishak S, Adzan NAM, Quan LK, Shafie MH, Rani NA, Ramli KG. Knowledge and beliefs about breastfeeding are not determinants for successful breastfeeding. *Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med*. août 2014;9(6):308-12.
20. Cabieses B, Waiblinger D, Santorelli G, McEachan RRC. What factors explain pregnant women's feeding intentions in Bradford, England: a multi-methods, multi-ethnic study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 28 janv 2014;14:50.
21. Kim KN, Hyun T, Kang NM. A Survey on the Feeding Practices of Women for the Development of a Breastfeeding Education Program: Breastfeeding Knowledge and Breastfeeding Rates. *Korean J Community Nutr*. 1 juin 2002;7(3):345-53.
22. Chabrol H, Walburg V, Teissedre F, Armitage J, Santrisse K. Influence of mother's perceptions on the choice to breastfeed or bottle-feed: Perceptions and feeding choice. *J Reprod Infant Psychol*. 1 août 2004;22:189-98.

23. Walburg V, Goehlich M, Conquêt M, Chabrol H, Callahan S, Schölmerich A. Les représentations de l'alimentation du bébé: Première partie : une étude comparative entre mères françaises et allemandes. *J Thérapie Comport Cogn.* 1 déc 2007;17(4):150-5.
24. Glanz K, Bishop DB. The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annu Rev Public Health.* 2010;31:399-418.
25. Ryan P. Integrated Theory of Health Behavior Change. *Clin Nurse Spec CNS.* 2009;23(3):161-72.
26. Kelly MP, Barker M. Why is changing health-related behaviour so difficult? *Public Health.* juill 2016;136:109-16.
27. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ Q.* 1984;11(1):1-47.
28. Walburg V, Goehlich M, Conquet M, Callahan S, Schölmerich A, Chabrol H. Étude comparative de mères françaises et allemandes primipares en matière d'allaitement maternel: motivation, choix et prise de décision. *J Pédiatrie Puériculture.* 1 sept 2007;20(5):195-9.
29. DiGirolamo A, Thompson N, Martorell R, Fein S, Grummer-Strawn L. Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding. *Health Educ Behav Off Publ Soc Public Health Educ.* avr 2005;32(2):208-26.

30. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *J Pédiatrie Puériculture*. 1 mai 2009;22(3):112-20.
31. Assurance Maladie. Ma maternité – Je prépare l'arrivée de mon enfant [Internet]. 2019 [cité 18 août 2019]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/534905/document/guide\\_ma\\_maternite\\_-\\_2019\\_-\\_cnam.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/534905/document/guide_ma_maternite_-_2019_-_cnam.pdf)
32. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. déc 2015;104(467):14-9.
33. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. oct 1999;70(4):525-35.
34. Turck D. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Arch Pédiatrie*. 1 déc 2005;12:S145-65.
35. Honda T. [Breastfeeding Affects the Sleep of Mothers in Postpartum Period]. *J UOEH*. 2018;40(2):191-9.
36. Doan T, Gardiner A, Gay CL, Lee KA. Breast-feeding increases sleep duration of new parents. *J Perinat Neonatal Nurs*. sept 2007;21(3):200-6.
37. Doan T, Gay CL, Kennedy HP, Newman J, Lee KA. Nighttime breastfeeding behavior is associated with more nocturnal sleep among first-time mothers at one month postpartum. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med*. 15 mars 2014;10(3):313-9.

38. Hughes O, Mohamad MM, Doyle P, Burke G. The significance of breastfeeding on sleep patterns during the first 48 hours postpartum for first time mothers. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol.* avr 2018;38(3):316-20.

## ANNEXES

### *Annexe 1 : Questionnaire*

#### **1. Généralités**

Moment de remplissage du questionnaire =

Votre âge : \_\_\_\_\_ ans

**Au moment de votre accouchement, quelle était votre décision à propos de l'allaitement de votre enfant ?**  
(Une seule réponse possible)

- Allaitement maternel exclusif
- Allaitement mixte (sein + biberon ou compléments)
- Allaitement artificiel

**Quel est votre niveau d'études ?** (Une seule réponse possible)

- Niveau collègue
- CAP, BEP
- Baccalauréat technologique, général ou professionnel
- Etudes supérieures

**Quelle est la catégorie INSEE de votre profession ?** (Une seule réponse possible)

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Etudiants
- Autres personnes sans activité professionnelle

#### **2. Allaitement maternel : généralités**

**Selon vous, existe-t-il une durée recommandée d'AM exclusif ?** (Une seule réponse possible)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**Si oui, quelle est la durée recommandée :** \_\_\_\_\_

**Est ce que selon vous l'AM a un bénéfice / impact positif sur santé ?** (Une seule réponse possible)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**Pour l'enfant :** (Une seule réponse possible)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**Pour la mère :** (Une seule réponse possible)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**Pensez vous que la durée d'AM ait un impact sur les bénéfices :** (Une seule réponse possible)

- Les effets bénéfiques de l'allaitement sont indépendants de la durée d'allaitement
- Les effets sont d'autant plus présents que l'AM est prolongé
- Je ne sais pas

**Persistance des bénéfices à l'arrêt de l'AM :** *(Une seule réponse possible)*

- Tous les bénéfices de l'AM disparaissent avec l'arrêt de l'AM
- Persistance des bénéfices à l'arrêt de l'AM
- Je ne sais pas

### 3. L'allaitement maternel et l'enfant

Est ce que vous pensez que l'AM puisse avoir une influence sur les éléments suivants :

	Influence bénéfique	Pas d'influence	Influence néfaste	Ne sait pas
<b>Croissance</b> du nné dans 1ers mois				
La <b>taille</b> à l'âge adulte				
Le risque <b>d'ictère</b>				
Le risque <b>d'obésité</b> ultérieur				
Le risque <b>d'infections</b>				
Le <b>développement cognitif</b>				

### 4. L'allaitement maternel et la mère

Est ce que vous pensez que l'AM puisse avoir une influence sur les éléments suivants :

	Influence bénéfique	Pas d'influence	Influence néfaste	Ne sait pas
<b>Perte de poids</b> après l'accouchement				
<b>Ostéoporose</b> à la ménopause				
<b>Infections</b> du post partum				
Durée des <b>saignements</b>				
Le <b>sommeil</b> de la mère en PP				
<b>Dépression</b> du post partum				

**Selon vous, est ce que le fait d'allaiter empêche toute nouvelle grossesse :** *(Une seule réponse possible)*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**Selon vous, est ce que l'AM peut influencer (favoriser ou prévenir) le risque de développer certains cancers ?** *(Une seule réponse possible)*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**Si oui, quelle influence pensez vous qu'il peut avoir ?**

	Diminution du risque	Pas d'influence	Augmentation du risque	Ne sait pas
Sur le cancer des <b>poumons</b>				
Sur le cancer des <b>ovaires</b>				
Sur le cancer du <b>col de l'utérus</b>				
Sur le cancer de la <b>peau</b>				
Sur le cancer du <b>sein</b>				

## 5. Sources des connaissances

**Quelles sont vos principales sources de connaissances sur les bénéfices de l'AM?** (*Plusieurs réponses possibles*)

- Par un professionnel de santé
- Par un/des membre(s) de votre entourage
- Livres, magazines
- Radio
- Télévision
- Internet
- Associations : Précisez
- Autre : \_\_\_\_\_

**Est ce qu'un professionnel a abordé l'AM avec vous pendant la grossesse (sans compter la simple demande du choix d'allaitement) ?** (*Une seule réponse possible*)

- Oui
- Non

**Si oui, quel professionnel ?** (*Plusieurs réponses possibles*)

- Sage-femme : libérale ou hospitalière ou PMI ou référente en lactation
- Gynécologue obstétricien : libéral ou hospitalier
- Médecin généraliste
- Autre : \_\_\_\_\_

**Et à quelle occasion ?** (*Plusieurs réponses possibles*)

- Lors des consultations de suivi de grossesse
- Lors de la préparation à l'accouchement
- Lors de l'entretien prénatal précoce
- Autre : \_\_\_\_\_

**Comment estimez-vous vos connaissances sur l'AM ?** (*Une seule réponse possible*)

- Très satisfaisantes
- Plutôt satisfaisantes
- Plutôt non satisfaisantes
- Non satisfaisantes

**Auriez-vous souhaité avoir plus d'informations sur l'AM durant votre grossesse ?** (*Une seule réponse possible*)

- Oui
- Non

**Si une réunion d'information sur l'AM était systématiquement proposée aux femmes enceintes à l'hôpital, auriez-vous souhaité y aller ?** (*Une seule réponse possible*)

- Oui
- Non

**Estimez-vous que vos connaissances sur l'AM ont pu influencer votre choix d'allaitement ?** (*Une seule réponse possible*)

- Oui
- Non

*Annexe 2 : Grille de notation du questionnaire*

<b>Question</b>	<b>Bonne réponse</b>
<b>Connaissances générales /7 points</b>	
• Existe-t-il une durée recommandée d'AM exclusif ?	• Oui
○ Si oui, quelle durée est recommandée ?	• 4 à 6 mois (3)
• Est-ce que l'AM a des bénéfices sur la santé ?	• Oui
○ Pour l'enfant ?	• Oui
○ Pour la mère ?	• Oui
• Est-ce que la durée d'AM a un impact sur les bénéfices ?	• Les effets sont d'autant plus présents que l'AM est prolongé
• Est-ce que les bénéfices persistent à l'arrêt de l'AM ?	• Oui, persistance des bénéfices
<b>Connaissances des bénéfices pour l'enfant /6 points</b>	
• Quelle est l'influence de l'AM sur les éléments suivants :	
○ La croissance dans les premiers mois	• Bénéfique (6)
○ La taille à l'âge adulte	• Pas d'influence
○ Le risque d'ictère	• Influence néfaste
○ Le risque d'obésité ultérieur	• Influence bénéfique (7,8)
○ Le risque d'infections	• Influence bénéfique (9,10)
○ Le développement cognitif	• Influence bénéfique (32,33)
<b>Connaissances des bénéfices pour la mère /13 points</b>	
• Quelle est l'influence de l'AM sur les éléments suivants :	
○ La perte de poids après l'accouchement	• Influence bénéfique (11,12)
○ Le risque d'ostéoporose	• Influence bénéfique (15)
○ Le risque d'infections du PP	• Influence bénéfique (34)
○ La durée des saignements	• Influence bénéfique (34)
○ Le sommeil de la mère	• Influence bénéfique (35–38)
○ Le risque de dépression du PP	• Influence bénéfique (16)
• Est-ce que le fait d'allaiter empêche toute nouvelle grossesse ?	• Non
• Est-ce que l'AM peut influencer le risque de développer certains cancers ?	• Oui
○ Le cancer du poumon	• Pas d'influence
○ Le cancer des ovaires	• Influence bénéfique (14)
○ Le cancer du col de l'utérus	• Pas d'influence
○ Le cancer de la peau	• Pas d'influence
○ Le cancer du sein	• Influence bénéfique (13)