



HAL
open science

Étude des facteurs prédictifs de l'allaitement maternel selon la théorie du comportement planifié

Coraline Roul

► **To cite this version:**

Coraline Roul. Étude des facteurs prédictifs de l'allaitement maternel selon la théorie du comportement planifié. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02513395

HAL Id: dumas-02513395

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02513395>

Submitted on 20 Mar 2020

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.

UFR des sciences médicales

Année 2019

Thèse N°118

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 3/10/2019

par Madame ROUL Coraline

née le 4 Août 1989 à RENNES

**Étude des facteurs prédictifs de
l'allaitement maternel selon la théorie du
comportement planifié**

Directrice de thèse

Docteur Catherine RIVIERE

Jury

Professeur Olivier BRISSAUD.....Président
Docteur Laurent MAGOT.....Rapporteur
Docteur Christophe ADAMJuge
Docteur Pierre CHABANIER.....Juge
Madame MARQUEBIELLE Claire (psychologue clinicienne)..... Juge

REMERCIEMENTS

À ma directrice de thèse,

Madame le **Docteur Catherine Rivière**,

Pédiatre au centre hospitalier de Saint Palais.

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour tes conseils, ton accompagnement mais aussi pour la mise en relation avec Claire pour ce sujet passionnant.

À mon président de jury,

Monsieur le **Professeur Olivier Brissaud**,

Professeur Universitaire et Praticien Hospitalier. Responsable de l'unité de réanimation pédiatrique du CHU de Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, veuillez recevoir ici l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le **Docteur Laurent Magot**,

Professeur Associé auprès du Département de Médecine Générale de l'université de Bordeaux. Exerçant comme médecin généraliste à Lons (64).

Merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail et participer à ce jury. Vous m'avez accompagnée depuis le travail d'aide à la thèse jusqu'à sa relecture. Veuillez recevoir ici l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le **Docteur Pierre Chabanier**,

Praticien Hospitalier, responsable de l'unité grossesses pathologiques au CHU de Bordeaux.

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Veuillez recevoir ici l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le **Docteur Christophe Adam**,

*Maître de Conférence Associé du Département de Médecine Générale de Bordeaux.
Exerçant comme médecin généraliste à Bordeaux (33).*

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Veuillez recevoir ici l'expression de mes sincères remerciements.

Madame la **psychologue Claire Marquebielle**,

Psychologue clinicienne à Bordeaux.

Cette thèse n'aurait pas vu le jour, tant dans son initiation que son déroulement. Merci de ton dévouement, ta patience et ton aide très précieuse.

Aux équipes de gynécologie-obstétrique du CH de St Palais et aux sage-femmes du cabinet de Pau qui ont accepté ma présence et la distribution des questionnaires. Ainsi qu'aux femmes ayant accepté de participer à ce travail.

Aux professionnels de santé que j'ai rencontré au cours de mon cursus d'études de médecine et qui m'ont tant appris. Merci de partager votre expérience, votre patience et votre temps.

À ma Famille, mes amis :

D'abord merci à Pip, Mim et Didi pour TOUT. Leur amour et leur dévouement tout au long de ma vie, et leur soutien dans les moments difficiles. Là voilà la thèse mais pas sur le sujet dont je parlais il y a 20 ans !! Vous pouvez être tranquilles et profiter des biloutes.

Merci à ma deuxième famille qui m'épaule au quotidien, quelle richesse de vous avoir. Rosy pour ses « petits cafés » et ses « ouhlala ». Popeye le meilleur « con » de l'univers, pas de mot sur ce « con » partage hormis que « le mieux est l'ennemi du bien » la preuve dans ce travail !

Merci à mes amis qui ont entendu parler de cette thèse depuis des mois et qui m'ont chacun apporté à leur manière.

Adé lol toujours présente, la confiance absolue et le partage (de karaoké et de aaaaaahooooou). Clin d'œil à Béren puisque tu as été obligée de me supporter.

Nono et Nyny les 2 accolytes, même ici je ne peux pas vous dissocier! La mouette tu arrêteras de me harceler maintenant, madame Bavarde et généreuse. Merci pour ton aide,

tu peux rester vivre dans le sud ouest on y est bien tous ensemble.

Choup, René, Louison pour les supers moments de détente passés ensemble, merci de votre simplicité et de votre gentillesse. René tu vas pouvoir venir en consultation.

Seb pour les moments de partage et les petits périple montagnards, je vous attends dans le sud ouest pour votre retraite.

Jo, le seul qui ait supporté mes blagues à 2 balles durant le semestre bordelais, merci de ton aide, ton amitié, ta déconne et ta simplicité. Longue vie à tous les 2 « on ne sait jamais sur un malentendu ça peut marcher ! »

Stéphane mon préféré pour les pauses déjeuner et son ouverture d'esprit, Merci.

Annette, Marie, Chonchon... Attention Pipo ne sera plus une légende.

Les montagnes, je ne leur en veux pas de m'avoir kidnappée de nombreuses journées, même si cela a retardé la thèse, leurs bienfaits sont largement supérieurs.

Ah j'oubliais Mimi et René, mes 2 amours, merci d'être là au quotidien et d'embellir mes journées. Merci de me supporter dans les bons comme les mauvais moments, nous voilà partis pour de nouvelles aventures...

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	2
TABLEAU DES ILLUSTRATIONS ET TABLEAUX.....	6
LEXIQUE.....	7
1 INTRODUCTION	8
1.1 L'allaitement maternel.....	8
1.1.1 Impacts sur la mère et le nouveau-né.....	9
1.1.2 Facteurs d'influences.....	11
1.1.3 Promotion et soutien de l'allaitement maternel	15
1.2 Approche psycho-comportementale.....	18
1.2.1 Théorie de l'action raisonnée (TAR).....	21
1.2.2 Théorie du comportement planifié (TCP).....	24
1.2.3 Applications des théories.....	26
2.3 Question de recherche, hypothèses et objectifs.....	27
2 MÉTHODES	29
2.1 Type d'étude.....	29
2.2 Population de l'étude.....	29
2.2.1 Critères d'inclusion.....	29
2.2.2 Critères d'exclusion.....	29
2.3 Questionnaire et Critères de jugement.....	29
2.4 Aspects réglementaires et éthiques.....	32
2.4.1 Dépôt auprès du CPP et réponse du CPP	32
2.4.2 Déclaration CNIL.....	32
2.5 Déroulement de l'étude.....	32
2.5.1 Réalisation d'un pré-test (inutile d'en donner ici les résultats, cela figurera.....	32
dans la discussion).....	32
2.5.2 Remplissage du questionnaire à T0.....	32
2.5.3 Rappel téléphonique à T1.....	33
2.6 Traitement des données.....	33
2.6.1 Mise à l'épreuve de nos hypothèses.....	33
2.6.2 Explorations complémentaires.....	34
3 RÉSULTATS.....	35
3.1 Description de la population.....	35
3.2 Résultats de nos hypothèses.....	36
3.2.1 H1 : Les différents construits de la théorie ont un impact significatif sur la prédiction	
des intentions d'allaiter.....	36
3.2.2 H2 : L'intention est un prédicteur significatif de l'allaitement maternel.....	37
3.2.3 H3 : Le CCP est un prédicteur direct de l'allaitement maternel.....	38
3.3 Résultats des explorations complémentaires.....	38
3.3.1 Analyses de régressions multiples.....	38
3.3.2 Démarche exploratoire des attitudes.....	39
4 DISCUSSION.....	42
4.1 Discussion de la méthode.....	42
4.1.1 Choix du questionnaire.....	42
4.1.2 Force de la méthode.....	43

4.1.3 Limites et biais.....	43
4.2 Discussion des résultats.....	45
4.3 Perspectives.....	48
5 CONCLUSION.....	52
BIBLIOGRAPHIE.....	54
ANNEXES	58
ANNEXE 1 : Avis CPP.....	58
ANNEXE 2 : Document information patiente.....	59
ANNEXE 3 : Déterminants de la pratique de l'allaitement maternel chez les femmes au 3ème trimestre de grossesse.....	60
ANNEXE 4 : Analyse des données	70
Test de normalité shapiro wilk.....	70
Statistiques descriptives.....	70
Stats descriptives post winsorisation.....	71
Matrice de corrélation de spearman.....	71
Mise a l'épreuve des hypothèses.....	72
Résultats complémentaires.....	74
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	76

TABLEAU DES ILLUSTRATIONS ET TABLEAUX

Tableau 1 : Facteurs associés positivement à l'allaitement maternel (initiation, durée, arrêt). D'après Turck et al (1).

Tableau 2 : Facteurs associés négativement à l'allaitement maternel (initiation, durée, arrêt). D'après Turck et al (1)

Illustration 1 : Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. D'après l'OMS (11)

Illustration 2 : Schéma explicatif de la Théorie de l'Action Raisonnée. (27)

Illustration 3 : Sources d'informations et conséquences de l'auto-efficacité. (35)

Illustration 4 ; Schéma explicatif de la Théorie du Comportement Planifié. (28)

Tableau 3 : Résumé des données socio-démographiques de notre échantillon.

Tableau 4 : Résultats de la pratique de l'allaitement maternel de notre échantillon.

Tableau 5 : Statistiques descriptives de l'échantillon, après winsorisation

Tableau 6 : Régression simple : prédiction de l'intention suivant l'attitude, les normes subjectives et le CCP. (significativité *** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$. $p < 0.1$)

Tableau 7 : Régression simple : prédiction du comportement suivant l'intention. (significativité *** $p < 0.001$)

Tableau 8 : Régression simple : prédiction du comportement suivant le CCP. (significativité *** $p < 0.001$)

Tableau 9 : Régression multiple : prédiction de l'intention suivant le CCP, la Norme Subjective et l'Attitude réunis. (significativité *** $p < 0.001$)

Tableau 10 : Régression multiple : prédiction du comportement avec le CCP et l'intention réunis. (significativité *** $p < 0.001$)

Tableau 11 : Exploration de la mesure directe des attitudes.

Tableau 12 : Exploration de la mesure d'attitude indirecte (très improbable > très probable).

Tableau 13 : Exploration de l'attitude par les croyances comportementales (très indésirable > très désirable).

LEXIQUE

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

AM : Allaitement Maternel

IMC : Indice de Masse Corporelle

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

IHAB : Initiative Hôpitaux Amis des Bébés

PNNS : Plan National Nutri Santé

TCP : Théorie du Comportement Planifié

TAR : Théorie de l'Action Raisonné

CCP : Contrôle Comportemental Perçu

SA : Semaine d'Aménorrhée

NS : Normes subjectives

A : Attitude

I : Intention

R: significativité

R² : variance ajustée

1 INTRODUCTION

Au cours de mon stage validant la gynécologie-pédiatrie je me suis aperçue que le sujet de l'allaitement (maternel ou artificiel) était récurrent ; tant en prénatal chez les femmes enceintes, que lors des premiers mois de vie du nourrisson lors du suivi qui est effectué. Durant ce 5^{ème} semestre d'internat où j'étais en recherche de mon sujet de thèse, le Dr Catherine Rivière m'a mise en contact avec Claire Marquebielle qui était alors à la fin de son cursus d'études en psychologie de la santé. Le sujet de l'allaitement maternel m'intéressait et Claire avait pour idée d'étudier les comportements. Elle m'a proposé d'avoir une approche transversale pour étudier le comportement de l'allaitement maternel et c'est ainsi que nous avons élaboré le sujet.

Malgré des bénéfices avérés, la France est un des pays qui a le plus faible taux d'allaitement maternel au niveau Européen.

En effet, l'allaitement maternel est parfois remis en cause dans notre société. En France, nous sommes dans une période où l'émancipation de la femme est importante. L'allaitement maternel (AM) peut être vu comme une «servitude» ; à l'inverse des pays scandinaves où les femmes prônent des aménagements en faveur de l'allaitement. De nombreuses mamans ne sont pas convaincues par les bienfaits de l'AM, car il en ressort un discours négatif avec des idées reçues. Allaiter son enfant en public, ou poursuivre l'allaitement lors de la reprise du travail ne sont pas dans les mœurs de notre pays et peut être un frein à l'initiation ou la poursuite d'un allaitement maternel (1,2).

L'allaitement est un sujet largement étudié et de diverses manières. Sa pratique est largement affectée par des facteurs historiques, culturels, socio-économiques et individuels. Les études montrent que la pratique de l'allaitement maternel ne se réduit pas à une cause unique mais davantage multifactorielle. La possibilité de pouvoir effectuer une approche psycho-comportementale lors de cette étude nous a donc paru intéressante.

1.1 L'allaitement maternel

L'allaitement maternel est le fait de nourrir le nouveau-né avec du lait maternel, ce mode d'alimentation peut être exclusif ou partiel. Nous considérons dans notre étude l'allaitement maternel dans sa globalité, qu'il soit exclusif ou non.

Selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les

nourrissons doivent être allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois pour une croissance, un développement, et un état de santé optimaux. Après six mois, compte tenu de l'évolution de leurs besoins nutritionnels, les nourrissons doivent continuer d'être allaités jusqu'à 2 ans mais avoir une alimentation complémentaire adaptée (3–7).

Dans le monde, 3 grands pays ont un taux d'initiation d' AM inférieur à 80% : la France, l'Espagne et les États-unis. Il existe des disparités entre les pays, par exemple en Europe, les pays scandinaves dépassent 95% d'allaitement alors que l'Irlande est en dessous de 50% (1,6). Les pays en voie de développement ont un taux d'initiation globalement plus élevé mais qui reste insuffisant. En effet si les taux d'allaitement étaient plus importants on estime que 823000 décès annuels pourraient être évités dans les pays sous développés (6).

En France, la prévalence de l'allaitement maternel a augmenté de façon régulière. La fréquence d'initiation a doublé en 40 ans, passant de 36% en 1972 à 65% en 2010 et aujourd'hui elle avoisine les 70%. Toutefois, la France reste un des pays à haut niveau de ressources ayant le plus faible taux d'allaitement maternel (1,5). Tout comme à l'échelle européenne et mondiale, on note des disparités selon les régions : la Picardie, les Pays de la Loire, l'Auvergne et le Nord Pas de Calais ont le plus bas pourcentage d' AM ; alors que la région PACA, Paris et le Rhône Alpes sont les régions avec le plus fort taux d' AM (1).

1.1.1 Impacts sur la mère et le nouveau-né

L'allaitement maternel est un sujet de santé publique car c'est un moyen de prévention de la mortalité infantile. On estime une réduction de 50% de la mortalité dans les pays sous développés grâce à la pratique de l'allaitement maternel (5,6). Il permet également un espacement des naissances dans les pays où il n'y a pas de contraception, ce qui est important lorsque l'on sait que la grossesse et le post-partum peuvent être des périodes critiques pour la maman et le bébé (2,4).

Il faut également souligner un avantage économique. Le lait maternel est un aliment naturel, renouvelable et donc moins coûteux que l'achat de lait maternisé.

Les connaissances en matière d'allaitement se sont développées et plus les recherches avancent, plus elles aboutissent à la conclusion que le lait maternel est le mieux adapté pour l'enfant. D'ailleurs plusieurs groupes de promotion ou de soutien de l'allaitement utilisent comme expression «Breast is best» .

Le lait est mature au bout du 4^{ème} ou 5^{ème} jour post-partum, avant cela la lactation produit ce que l'on appelle le colostrum. Ensuite, la composition du lait se modifie au cours de la lactation ainsi qu'au cours de la tétée afin de s'adapter le plus possible aux besoins du bébé (1).

L'allaitement maternel a de nombreux bienfaits aussi bien pour la santé de la mère que du nourrisson, mais aussi dans la relation mère-enfant celle-ci semble renforcée positivement mais cela reste difficile à évaluer de manière précise au cours du temps.

Les bienfaits pour l'enfant sont nombreux : (1,4–7).

- **Nutritifs** : comme exposé précédemment, la composition du lait s'adapte au cours du temps et de la tétée aux besoins de l'enfant. Les besoins énergétiques en glucides, protéines, lipides, minéraux, oligoéléments et vitamines sont couverts par l'allaitement. Seules des supplémentations en vitamine D et K sont conseillées.
- **Immunologiques** : par transfert de l'immunité passive maternelle, on observe une diminution de la morbi-mortalité infectieuse. Environ la moitié de tous les épisodes de diarrhées et un tiers des infections respiratoires seraient évités par l'allaitement maternel. La protection contre les hospitalisations en raison de ces troubles est encore plus grande : l'allaitement maternel pourrait prévenir 72% des admissions en cas de diarrhée et 57% des infections respiratoires. Une diminution de la fréquence d'otite moyenne aiguë a également été observée. Cet effet protecteur immunologique est significatif pour un allaitement maternel exclusif et supérieur à 3 mois, ce bénéfice diminue ensuite après les 6 premiers mois.
- **Allergique** : le bénéfice n'est pas significatif mais chez les enfants à risque il y aurait une diminution du risque d'asthme et d'atopie si l'AM est exclusif et supérieur à 4 mois. Cependant, il n'y a pas de preuve absolue d'un bénéfice de l'AM sur les pathologies allergiques.
- **Diminution de l' Indice de Masse Corporelle (IMC) et de l'obésité à l'enfance et l'adolescence, non retrouvé à l'age adulte.**
- **Diminution du risque de diabète type 1 si la pratique d'un AM exclusif a été conduit au moins 3 mois.**

D'un point de vue maternel, l'allaitement va faciliter les suites de couches grâce aux

secrétions hormonales secondaires à la mise au sein. On observe aussi une diminution du risque d'infection puerpérale et l'utérus retrouve plus rapidement sa tonicité et sa taille. On note également une diminution du risque cardiovasculaire et de syndrome métabolique ainsi que du diabète type 2 (1,5,6). L'ocytocine a des effets comportementaux, facilitant ainsi la constitution du lien mère-enfant.

On note également des bienfaits psychologiques avec la diminution des dépressions du post-partum, sans que cela soit pour autant un moyen de prévention.

Pour un allaitement maternel prolongé, il a été montré une diminution des risques de cancer hormonaux-dépendants : cancer du sein et cancer ovarien. Une méta-analyse a trouvé une réduction jusqu'à 30% du risque de cancer ovarien lors d'allaitement prolongé (6).

Après cette revue générale de ses bienfaits, il est important de rappeler que les contre-indications à l'allaitement maternel restent exceptionnelles. Seules les atteintes viscérales graves (hépatiques, respiratoires, cardiologiques), les affections onco-hématologiques, auto-immunes ou encore psychiatriques nécessitant un traitement médicamenteux incompatible avec la pratique de l'allaitement maternel sont des contre-indications.

S'ajoutent également les pathologies infectieuses : tuberculose et VIH.

Concernant le nouveau né : la galactosémie congénitale, qui est une maladie rare (1/40 000 naissances), est une contre indication à toute ingestion de lactose. Par ailleurs, les maladies neuromusculaires altèrent la coordination succion/déglutition et donc la bonne prise au sein.

1.1.2 Facteurs d'influences

Comme précisé auparavant, l'allaitement maternel a fait l'objet de nombreuses études avec des buts différents. A travers le monde ainsi qu'en France, les objectifs les plus fréquemment retrouvés sont l'étude de l'initiation et la durée de l'allaitement selon les facteurs socio-démographiques.

En se concentrant uniquement à l'échelle française sur ces résultats pouvant avoir un impact sur l'allaitement maternel ; les données qui en ressortent sont quasiment similaires que ça soit dans les études régionales (Saint-Nazaire, Clamart, Chambéry) (8–10) ou dans les méta-analyses (1,5,7).

Du point de vue des caractéristiques socio-démographiques, la prévalence de l'allaitement maternel est plus importante chez les femmes correspondant aux critères suivant :

- Avoir plus de 25 ans,
- Avoir une profession qualifiée
- Avoir un dernier diplôme obtenu équivalent ou supérieur au bac
- Avoir un IMC normal
- Être non fumeuses
- Être nationalité étrangère ou nées hors France.

Les facteurs extérieurs qui ont un impact positif sur l'allaitement maternel sont : effectuer le choix d'allaiter avant le début de la grossesse, avoir été allaité soi-même, l'assiduité au cours de préparation à l'accouchement, l'adhésion du conjoint au choix de la maman mais encore un statut socioprofessionnel élevé ainsi qu' un soutien familial ou paramédical pendant et après la grossesse et la connaissance des bénéfices de l'AM. (*Tableau1*)

Tableau 1 : Facteurs associés positivement à l'allaitement maternel (initiation, durée, arrêt). D'après Turck et al (1).

<u>Facteurs liés à la mère</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Mère plus âgée, mariée, primipare, d'un niveau de scolarité supérieur, socio-économiquement plus favorisée. • Avoir été allaitée, avoir vu allaiter, expérience positive d'allaitement. • Grossesse planifiée, désir et intention prénatale d'allaiter, décision précoce, perception de facilité • Participation à des cours de préparation à la naissance. • Confiance en soi, sentiment d'auto-efficacité. • Absence de difficulté à l'allaitement • Cohabitation mère-enfant 24h/24 à la maternité.
<u>Facteurs liés à l'enfant et son état de santé</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Technique de succion correcte.
<u>Facteurs liés à l'entourage</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien du partenaire. • Soutien émotionnel de l'entourage. • Soutien téléphonique des paires (autres femmes allaitantes ou ayant allaité).
<u>Facteurs liés aux pratiques de soins et système de santé</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise au sein précoce, tétées fréquentes, à la demande. • Soutien de professionnels de santé formés.
<u>Facteurs liés aux politiques de santé</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Accès à un congé maternité rémunéré prolongé • Initiative « Hôpital amis des bébés »

Tableau 2 : Facteurs associés négativement à l'allaitement maternel (initiation, durée, arrêt). D'après Turck et al (1)

Facteurs liés à la mère	<ul style="list-style-type: none"> • Mère très jeune, seule, de plus faible statut socio-économique, récemment immigrée, ayant déménagé en raison de la naissance de l'enfant. • Expérience antérieure d'allaitement négative. • Ambivalence dans le désir d'allaiter, décision tardive. • Manque d'information sur la durée optimale de l'allaitement. • Perception d'une insuffisance de lait, incertitude concernant la quantité de lait prise. • Manque de confiance en soi, gêne d'allaiter en public, dépression du post-partum. • Expérience initiale négative, difficulté d'allaitement. • Obésité, tabagisme • Environnement au travail défavorable à l'allaitement.
Facteurs liés à l'enfant et son état de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Faible prise de poids de l'enfant. • Problème de succion. •

Facteurs liés à l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de soutien du partenaire, perception négative de l'allaitement de la part de celui-ci.
Facteurs liés aux pratiques de soins et système de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Mise au sein différée, allaitement à horaires fixes. • Recours aux compléments non médicalement indiqué en maternité, ni après. • Distribution d'échantillon de lait artificiel à la maternité. • Défaut de formation et manque de soutien des professionnels de santé.
Facteurs liés aux politiques de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Congés maternité court, et peu rémunéré.

A l'inverse, les facteurs retrouvés comme associés négativement avec l'allaitement maternel (*Tableau 2*) sont (6,7):

- une image sociale négative,
- la volonté du couple d'un partage de tâche avec le biberon,
- le sentiment d'insuffisance de lait,
- l'usage d'une tétine,
- la reprise de l'activité professionnelle .

Aussi il faut signaler que le niveau de la maternité et leurs engagements peuvent influencer indirectement le choix des mamans. Les facteurs qui influencent l'allaitement ne sont pas seulement nombreux et complexes, ils agissent de manière distincte selon le contexte. Dans une même communauté, les facteurs d'influences peuvent varier avec le temps, et le choix d'un allaitement (ou non) s'en trouvera déterminé de manière différente. Par exemple, la perception du sein en tant que symbole sexuel ou le degré de confiance que la femme peut avoir en elle-même quant à produire suffisamment de lait sont deux éléments variables pouvant influencer son attitude à l'égard de l'allaitement (11).

On constate que les influences ne se réduisent pas aux facteurs socio-démographiques. De plus, ils sont souvent non modifiables, toutefois cela permet de cibler les populations pour les actions de promotion et de soutien de l'allaitement.

La dimension psycho-sociale a un impact évident sur l'allaitement et à l'avantage de pouvoir être modifiée et améliorée.

Depuis plusieurs années, des actions ou des campagnes sont menées afin d'informer et de promouvoir l'allaitement maternel à différents niveaux.

1.1.3 Promotion et soutien de l'allaitement maternel

Certaines pratiques de soins peuvent être considérées comme indirectement responsables de la diminution progressive du taux d'allaitement maternel. En effet, il existe dans certains services un manque d'uniformité avec des discordances dans les discours et les pratiques qui vont à l'encontre d'un soutien de l'allaitement maternel (11).

C'est une des raisons pour laquelle l'OMS et l'UNICEF ont créé l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) afin de promouvoir, soutenir et protéger l'allaitement maternel (4–6).

L'IHAB est apparue de manière conjointe à la déclaration d'INNOCENTI. Cette déclaration a été adoptée en 1992 lors de la 45^{ème} assemblée mondiale de la santé puis intégrée en 2002 à la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (12). En 20 ans, le constat était un progrès à l'échelle mondiale sur la pratique de l'allaitement maternel mais qui restait insuffisant afin de «créer un environnement permettant aux mères, aux familles et aux autres personnes qui s'occupent des enfants de choisir en pleine connaissance de cause une alimentation optimale» ; c'est à dire un allaitement tel que recommandé par l'OMS. Une seconde déclaration INNOCENTI voit alors le jour en 2005 (11,14,15).

L'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé vise à promouvoir le 2^{ème} et 3^{ème} objectif de la déclaration d'INNOCENTI qui sont respectivement :

- «Faire 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.»
- «Prendre des mesures pour mettre en œuvre intégralement les principes et l'objectif de tous les articles du Code international pour encadrer les substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la santé.»

Les «10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel» (*Illustration 1*) sont

largement utilisées et répandues afin de soutenir et promouvoir l'allaitement maternel notamment via l' IHAB. Elles ont été élaborées sur des bases scientifiques obtenues après une large recherche bibliographique (11).

Par exemple, la condition n°7 est justifiée par une étude australienne qui a montré que la durée de l'allaitement jusqu'à 3 mois est influencée par le moment auquel a lieu le premier allaitement et à la durée du contact mère-enfant dans les 72 h après la naissance (16).

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveaux nés devraient :

- 1) Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout personnel soignant.
- 2) Donner à tous les personnels soignants les techniques nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
- 3) Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique
- 4) Aider les mères à commencer à allaiter leur enfant dans la demi heure suivant la naissance
- 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 nouveaux-nés aucun aliment, ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
- 7) Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
- 8) Encourager l'allaitement maternel à la demande l'enfant.
- 9) Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
- 10) Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et adresser les mères leur sortie de la maternité.

Illustration 1 : Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. D'après l'OMS (11)

De nombreux acteurs participent à l'information et au soutien des femmes enceintes à propos de l'allaitement maternel. Or, en France, les professionnels de santé sont peu ou pas formés, ni sensibilisés au sujet de l'allaitement. Lorsqu'ils le sont, l'allaitement a

parfois une connotation négative, par exemple dans certains livres le titre du chapitre portant sur l'allaitement s'intitule «allaitement et complications». Les sages-femme et les puéricultrices restent les mieux sensibilisées (1,11).

Tous ces acteurs doivent pourtant participer à la mise en route de l'allaitement et au soutien des familles avant, pendant et lors du retour à domicile.

On comprend avec ces éléments les 3 principes de la démarche IHAB qui sont : (14)

- l'attitude de l'ensemble de l'équipe centrée sur le besoin individuel
- l'environnement et l'accompagnement en adéquation avec une philosophie des soins centrés sur la famille
- un travail en équipe et en réseau pour assurer la continuité des soins en péri et post-natal.

Les maternités qui participent à cette initiative peuvent obtenir le label «Hôpital Ami des Bébé». Pour cela, elles doivent s'engager à respecter 12 points dont : les 10 recommandations de l'OMS(ci-dessus) pour un bon démarrage de l'allaitement, ainsi que 2 mesures supplémentaires : «protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel» et, «adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement pendant le travail et l'accouchement» (14).

Le nombre de maternité labellisées en France était de 40 en juin 2019, ce qui représente seulement 7% des naissances(14). Ce chiffre est tout de même en augmentation (19 en 2013 et 22 en 2015)(1,5), mais reste faible à l'échelle européenne ou certains pays atteignent plus de 50% de maternités labellisées (Norvège, Pays-Bas,Croatie, Slovénie, Luxembourg) voir 100% en Suède (5).

Les maternités labellisées bénéficient d'une évaluation régulière sur divers points et des études ont montré un accroissement à la fois sur l'initiation et la durée de l'allaitement maternel chez les femmes ayant accouché dans les maternités labellisées (5).

Comme déjà énoncé, les facteurs socio-démographiques, socio-économiques et macro-sociaux (culturel, politique) sont associés à l'initiation d'un allaitement maternel.

C'est pourquoi on retrouve l'allaitement maternel dans le Plan National Nutrition

Santé (PNNS). Ce plan fait parti d'une politique nutritionnelle de santé publique en coordination avec le ministère de la santé. Un groupe de travail a été mis en place avec pour mission de promouvoir l'allaitement maternel grâce à des informations et des aides mais tout en respectant le choix de chaque femme. En effet l'allaitement maternel est un droit, et certaines femmes qui souhaiteraient allaiter ne peuvent y parvenir (1,16).

La décision d'allaiter est un choix mais qui reste soumis à diverses contraintes que l'on ne peut pas toujours maîtriser. C'est pourquoi nous avons choisi d'étudier l'allaitement maternel par la théorie du comportement planifié(TCP).

1.2 Approche psycho-comportementale

Identifier les facteurs individuels associés à l'allaitement maternel est important pour cibler les mères qui sont susceptibles de ne pas allaiter ou de ne pas allaiter longtemps. Cependant, cela n'est pas suffisant pour expliquer les disparités régionales de la pratique de l'AM.

En 2003, Capponi effectue une approche différente mais non moins intéressante de l'allaitement maternel : «le fait d'acter ou non l'allaitement de leur enfant est dépendant de différents types d'influences que l'on peut même qualifier de pouvoirs : pouvoirs médical, économique, moral et politique dont fait partie le pouvoir marital. De nos jours, seul le pouvoir marital a disparu mais l'attitude du conjoint reste influente. Quant au refus d'allaiter, il semble lié à une composante commune à ces divers domaines d'influence : la perte. Pertes sur le plan économique (salaire), moral (intimité, relation conjugale, place du conjoint), esthétique, de l'estime de soi, de l'autonomie de pensée (préconisations du corps médical et paramédical)» (17).

Selon les rares études portant sur le moment du choix du mode d'allaitement, celui-ci se situe avant la grossesse pour plus de la moitié des mères (3,7). Les mères choisissent l'allaitement maternel parce qu'elles en retirent un investissement émotionnel et des gratifications comme un sentiment d'utilité, une satisfaction physique, une image de soi positive, une affirmation de leur féminité.

Nous savons que l'initiation et le maintien de l'allaitement sont des processus multifactoriels. Des études mettent en évidence les facteurs psychologiques et psychosociaux comme étant plus prédictifs de la durée de l'allaitement exclusif que les facteurs démographiques combinés(15)(19). En effet, les femmes qui pensent

positivement et qui ont confiance en elles perçoivent les problèmes d'allaitement comme «normaux», tandis que les femmes qui doutent d'elles, qui sont anxieuses et/ou rigides dans leur pratique de l'allaitement maternel sont plus susceptibles de se concentrer sur les aspects négatifs de l'allaitement (20).

Par exemple, « l'insuffisance de lait » est l'une des raisons les plus courantes que les femmes donnent pour cesser d'allaiter (20,21). C'est un facteur biologique qui a une forte composante psychologique (plus perçue que «réelle»). Seulement environ 5% des femmes ont réellement une insuffisance physiologique de production en lait. Pourtant, jusqu'à 50% rapportent qu'elles perçoivent une insuffisance de lait pour leur bébé. Ceci confirme le fait qu'il existe d'autres facteurs qui font que les femmes doutent de leur capacité à produire du lait pour nourrir leur enfant.

Par conséquent, pour expliquer le comportement d'allaitement maternel, il faut étudier la façon dont ces facteurs s'influencent. Il nous faut donc utiliser un cadre théorique comportemental (21).

La psychologie de la santé étudie entre autres la régulation des comportements dans des problématiques de santé. Pour cela, il existe différents modèles pour prédire l'adoption de comportements de santé, afin de construire des interventions ciblées spécifiques (22).

En 1975 Fishbein & Ajzen ont créé la théorie de l'action raisonnée (TAR), celle-ci a été renforcée et développée pour aboutir en 1991 à la théorie du comportement planifié (TCP). Ces théories ont été conçues afin de prédire et d'expliquer le comportement social à l'aide d'un petit nombre de construits psychologiques, ceci les rend applicables à un large spectre de comportements. Un construit est une dimension psychologique qui n'est pas directement observable, mais qui est mesurable par l'élaboration d'échelle ou de test psychométrique.(23) Dans la TCP les construits sont l'attitude, la norme subjective, le contrôle comportemental perçu et l'intention comportementale. Nous allons développer les grandes lignes de ces modèles théoriques, afin de comprendre la suite de notre travail. Mais d'abord voici la définition des principaux construits que nous allons utiliser :

L'intention

L'intention comportementale représente pour la théorie du comportement planifié, mais aussi pour la théorie de l'action raisonnée, le concept central. Elle est déterminée par l'attitude envers le comportement respectif, par les normes sociales perçues et le CCP.

Elle est considérée comme le meilleur prédicteur du comportement. Même si elles sont influençables par divers éléments, comme on a pu l'observer, les intentions demeurent, pour les auteurs de la théorie du comportement planifié, le meilleur prédicteur du comportement humain.

Cependant, ce n'est pas parce qu'un individu a l'intention de réaliser un comportement qu'il arrive à le réaliser à chaque fois. Un autre facteur qui peut affecter la mesure de la prédiction d'un comportement est que les intentions peuvent se modifier au cours du temps sous l'impact de nouvelles informations reçues. L'évaluation de l'intention comportementale doit donc être bien délimitée dans le temps et il faut éviter qu'il s'écoule une longue période entre l'évaluation de l'intention et l'évaluation du comportement (24–29).

L'attitude

C'est l'un des plus anciens concepts en psychologie sociale, il regroupe d'une part l'évaluation plus ou moins favorable du comportement à réaliser et d'autre part l'évaluation subjective des conséquences qui en résultent. C'est donc finalement l'évaluation de l'exécution du comportement. Cet aspect évaluatif est considéré comme important, certaines recherches ont montré que les individus qui ont tendance à faire des évaluations gardent mieux leurs attitudes envers certains objets que les individus à faible tendance évaluative. Les chercheurs se sont intéressés aux différents aspects (fort, faible, ambivalent...) de l'attitude et le pouvoir de l'attitude a été fréquemment associé à la stabilité dans le temps, la résistance à la persuasion et la capacité à prédire le comportement. Dans la TCP, les auteurs considèrent l'attitude comme l'un des principaux prédicteurs de l'intention de réaliser un certain comportement (25–27,30).

Les Normes subjectives

Selon la définition du dictionnaire de psychologie d'Oxford, «les normes» sont «les comportements qui dans une société, communauté ou groupe sont jugés acceptables».

Elles se réfèrent à la pression sociale perçue pour effectuer un comportement. Elles dépendent aussi des croyances normatives qui sont les perceptions de l'individu des attentes des personnes qui lui sont importantes vis à vis du comportement à effectuer. Mais également de la motivation à s'y conformer, sans laquelle, les croyances normatives resteraient sans effet (25–27,29,30).

Contrôle comportemental Perçu

Le CCP est conceptuellement très proche de la notion d'auto-efficacité de Bandura. C'est la capacité d'un individu à adopter un comportement. Il représente l'impression de facilité ou de difficulté perçue pour adopter un comportement donné. On considère qu'il reflète également les obstacles prévus et qu'il est un bon reflet des expériences passées. Ainsi, les croyances sur la présence ou l'absence de ressources et d'opportunités requises pour l'adoption du comportement détermineront le CCP (25–27,29,30).

1.2.1 Théorie de l'action raisonnée (TAR)

La TAR et la TCP permettent une approche socio-cognitive des comportements de santé. Par cette approche, l'adoption d'un comportement sain est déterminée par les représentations communes et les croyances.

Suite à une large revue de la littérature dans les années 60, Azjen et Fishbein ont pu préciser le rôle des attitudes dans la prédiction d'un comportement(25). En effet la mesure de l'attitude sur un comportement personnel est beaucoup plus performante que sur un comportement général. Par exemple, il n'est pas difficile de penser que l'activité physique en général est bonne pour la santé. Or, une large proportion de la population est sédentaire. Donc nous pouvons avoir une attitude positive sur le comportement général alors que l'attitude envers son comportement personnel serait différent.

De plus, les auteurs précisent que la prédiction d'un comportement est d'autant plus juste si on suit le principe de spécificité. Ceci implique de mesurer le comportement et ses déterminants selon 4 caractéristiques : l'action (le comportement à effectuer : *allaier son enfant*), la cible (l'objet vers lequel le comportement est dirigé : *les femmes enceintes*), le contexte (la situation dans laquelle le comportement est exécuté : *en post-partum*) et le temps (date fixe ou durée pendant laquelle le comportement est effectué : *de l'accouchement à plusieurs mois après la naissance*) (24,30).

Dans la TAR, le premier prédicteur du comportement est l'intention d'effectuer cette action. L'intention étant elle-même médiée par l'attitude envers le comportement et les normes subjectives (24–28,30).

Le comportement est indirectement prédit par des croyances à son sujet. Ces croyances sont considérées comme des déterminants de l'intention et des actions d'une personne (comportement). On distingue :

- les croyances comportementales qui supposent influencer les attitudes envers le comportement. Nous formons des croyances sur un comportement en l'associant à certains attributs, caractéristiques, événements. Par exemple nos croyances lient le comportement à certains résultats ou au coût encouru en effectuant ce comportement.
- les croyances normatives qui constituent les déterminants sous-jacent des normes subjectives. Elles sont liées à la probabilité que des individus ou personnes référentes importantes approuvent ou désapprouvent l'exécution du comportement donné ainsi que la motivation à s'y conformer.

Une même personne peut avoir multiples croyances envers un comportement mais l'importance relative de chacune peut varier selon la situation et le comportement donné (30).

Ceci sous-entend que la plupart des comportements relèvent de la volonté des individus et d'une analyse d'information. Ainsi, avant d'agir la personne va parfois inconsciemment interroger ses croyances et la valeur de ses croyances par rapport au comportement (attitude) ; ainsi que ses croyances normatives et sa motivation à se conformer à la pression des personnes importantes (normes subjectives). Au terme de ce processus si le bilan est plutôt positif, la personne va effectuer le comportement. Si à l'inverse le bilan est négatif, la personne n'effectuera pas le comportement (26,27,30) (*Illustration 2*).

Sur le schéma ci-après, nous pouvons voir que les variables dites externes incluent les caractéristiques socio-démographiques telles que l'âge, le sexe ainsi que les traits de personnalité. Elles impactent directement ou indirectement les variables prédisant l'intention. Dans la TAR et la TCP, les facteurs socio-démographiques sont pris en compte à travers les construits attitudinaux et normatifs (24,28).

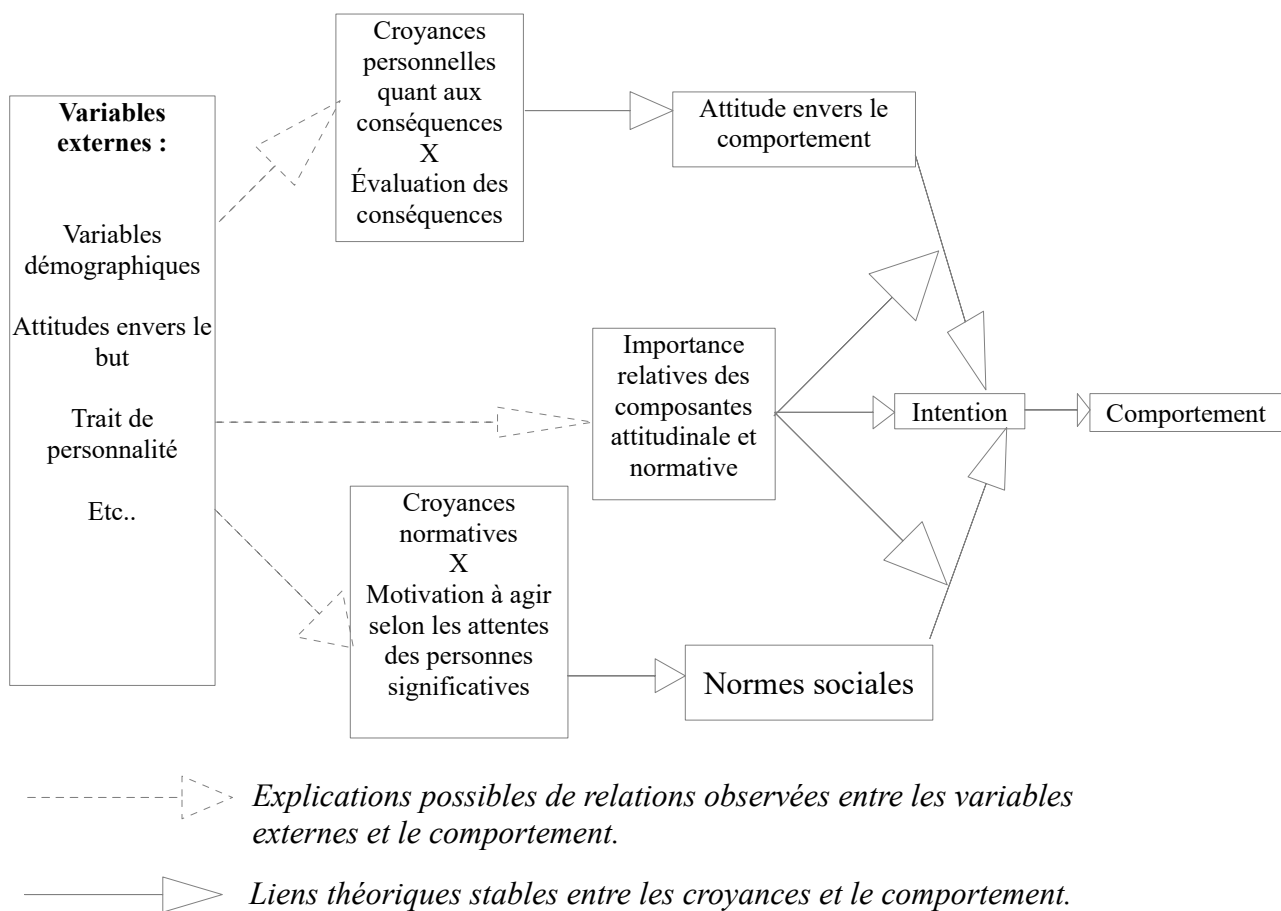


Illustration 2 : Schéma explicatif de la Théorie de l'Action Raisonnée. (27)

La TAR a été largement utilisée, notamment pour la prédiction de comportement de santé, comme le fait de donner son sang sur le campus, perdre du poids, le comportement sexuel de jeunes femmes Afro-américaines mais également en 1983 pour étudier l'intention des mères à nourrir leur nouveau-né au sein ou au biberon et leur comportement en réalité (25,31).

Malgré cela, la TAR montre des limites. En effet, tous les comportements ne sont pas sous contrôle volontaire. On peut vouloir effectuer un comportement mais ne pas pouvoir le mener à bien. Certains comportements nécessitent des ressources, des opportunités, de l'argent, l'aide d'autrui. Dans ce cas, les individus n'ont pas un contrôle complet sur le comportement et la TAR montre ses limites (24,25,27,28,30,32,33).

C'est pourquoi, dans les années 80, Ajzen ajoute à la TAR la notion de Contrôle

Comportementale Perçu (CPP) et crée la Théorie du Comportement Planifié (TCP) afin de mieux prédire les comportements non volitionnels (29).

1.2.2 Théorie du comportement planifié (TCP)

Dans cette théorie, l'intention reste le principal prédicteur du comportement. Mais, la TCP apporte le fait que même si l'intention de réaliser un comportement existe, l'action ne dépend pas que de l'intention ou de la motivation, mais aussi de facteurs non motivationnels qui interfèrent sur l'intention comportementale. Certains facteurs sont internes et dépendent des habiletés, des aptitudes, des connaissances et informations. D'autres sont externes et dépendent des occasions, des ressources, des obstacles ; comme le temps, l'argent ou encore la coopération d'autrui (25–27).

Par exemple, il est peu probable qu'une jeune mère, monoparentale, avec peu de moyens financiers, fasse de l'exercice physique après sa journée de travail si elle n'a pas d'accès à un service de garde gratuit. De même, on peut imaginer les limites au contrôle personnel lorsque notre comportement implique la collaboration d'une autre personne (par exemple l'usage du préservatif lors d'un rapport sexuel avec un nouveau partenaire) (30).

C'est pourquoi en créant la TCP, Ajzen ajoute le Contrôle Comportemental Perçu (CCP) à l'attitude et aux normes subjectives pour être le 3^{ème} déterminant de l'intention.

Afin de prédire de manière plus juste un comportement qui n'est pas sous contrôle volontaire complet, il est important de prendre en compte le degré de contrôle de l'individu (24–29,33).

Le Contrôle Comportemental Perçu (CCP) se rapproche du concept d'auto-efficacité de Bandura. Ce dernier disait que le comportement des gens est influencé de manière importante par leur confiance en la capacité à l'exécuter. Les croyances d'auto-efficacité peuvent influencer le choix d'une activité ou d'un comportement, la préparation à effectuer ce comportement, les efforts déployés pendant le comportement ainsi que les modèles de pensées et les réactions émotionnelles (28,29,34).

Ainsi, une forte auto-efficacité sur l'AM a été rapportée comme associée à un AM prolongé. Cette auto-efficacité est elle-même influencée par 4 sources d'informations comme le montre le schéma ci dessous (*Illustration 3*) : les expériences personnelles (expériences antérieures d'allaitement) ; les expériences indirectes (les autres femmes qui allaitent) ; la persuasion verbale (encouragements de l'entourage, de la famille, des amis) ;

la réponse physiologique (stress, fatigue...) (35).

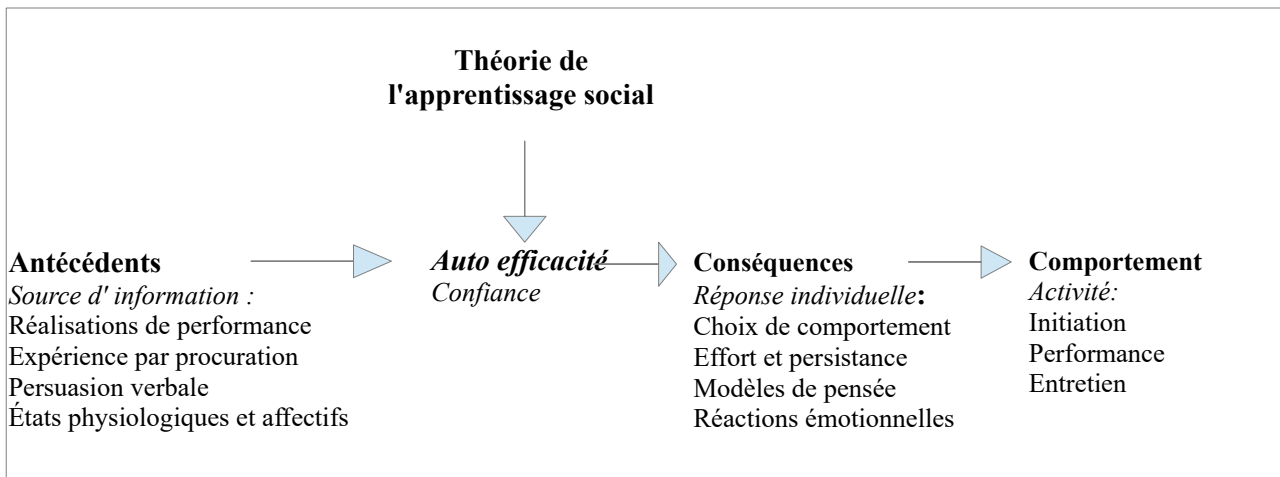


Illustration 3 : Sources d'informations et conséquences de l'auto-efficacité. (35)

Pour exemple, l'auto-efficacité est en lien avec les perceptions d'une insuffisance de lait responsables d'une grande partie des arrêts de l'allaitement maternel. Mc Carter-Spaulding et Kearney ont trouvé une corrélation significative entre les perceptions d'une insuffisance de lait et un sentiment d'une faible auto-efficacité de l'allaitement maternel au cours des premières semaines d'allaitement. Ils ont expliqué que les femmes qui pensent être en mesure d'allaiter et de faire face à des difficultés d'allaitement perçoivent une alimentation suffisante en lait. Cependant, les femmes qui doutent de leur capacité d'allaitement peuvent percevoir un approvisionnement en lait insuffisant et commencer une alimentation complémentaire. Cette conclusion est étayée par d'autres recherches (20).

En somme, le concept d'auto-efficacité se réfère plutôt à la personne et sa confiance dans sa capacité à réaliser le comportement; tandis que le CCP est plutôt la perception par la personne du contrôle qu'il a sur l'exécution du comportement, la croyance que ses efforts peuvent influencer le résultat (24–27,29,34).

En résumé, Bandura décrit l'auto-efficacité comme davantage liée aux perceptions cognitives du contrôle basé sur les facteurs de contrôle internes, alors que le CCP reflète également les facteurs externes et généraux (28).

Dans la théorie du comportement planifié, le CCP peut : soit être un déterminant de l'intention comme l'attitude et les normes subjectives ; soit prédire directement le comportement au même titre que l'intention, surtout si le comportement n'est pas sous contrôle volontaire (24,26,28–30)(Illustration 4).

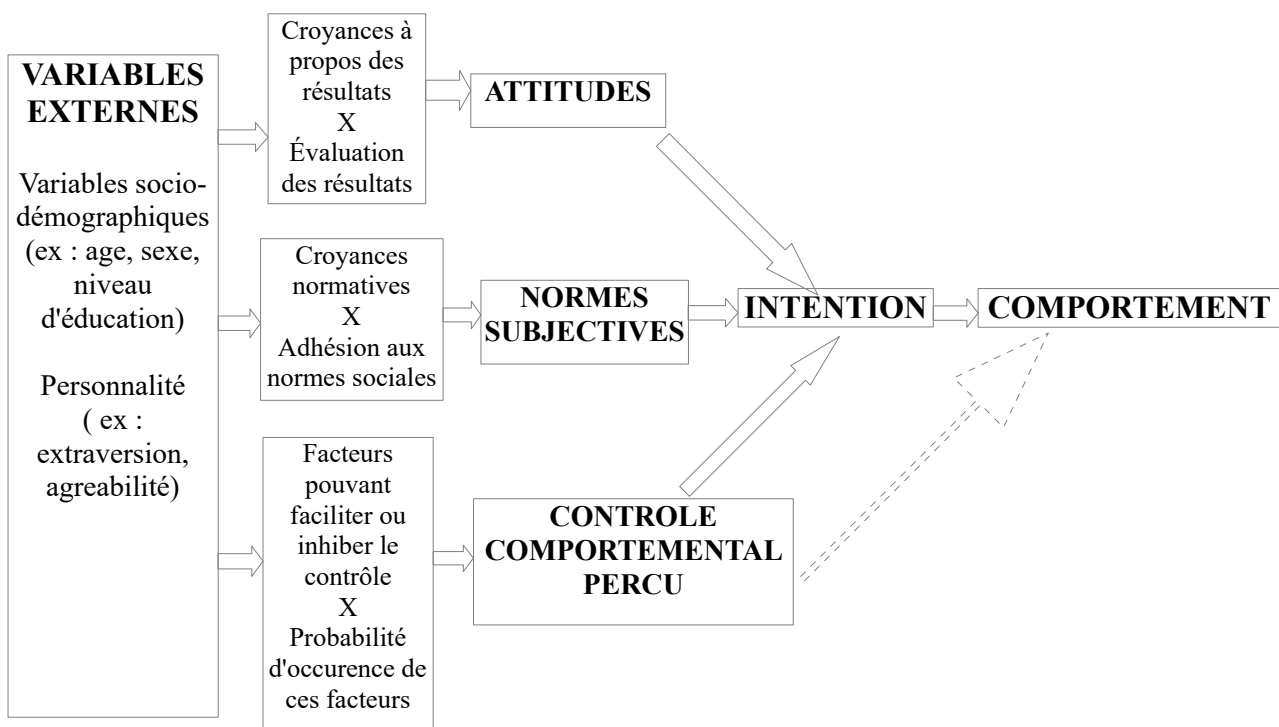


Illustration 4 : Schéma explicatif de la Théorie du Comportement Planifié. (28)

Les auteurs ont ajouté le contrôle perçu comme prédicteur du comportement car même si l'intention existe, la réalisation d'un comportement ne dépend pas seulement de celle-ci mais également de l'habileté concrète de l'individu à exécuter le comportement (29,34).

Deux conditions sont nécessaires pour que le CCP influe directement le comportement : que le comportement ne soit pas sous contrôle volontaire de l'individu et que la perception du contrôle soit réaliste (24,29,30).

1.2.3 Applications des théories

La théorie du comportement planifié et la théorie de l'action raisonnée ont été largement utilisées pour étudier les comportements dans divers domaines, et notamment les comportements de santé.

On retrouve des études sur la pratique d'activité physique, la perte de poids, le tabagisme, l'usage du préservatif, la consommation d'alcool mais aussi pour l'évaluation de la conduite automobile ou encore dans tout autre domaine comme l'intention d'aller voter ou d'adopter un comportement responsable (25,29,33).

En matière d'allaitement maternel, la majorité des études portent sur l'initiation et la durée

de l'allaitement selon les caractéristiques socio-démographiques dans divers pays ou régions dans le monde.

Dans les deux théories présentées précédemment, ces caractéristiques socio-démographiques sont supposées être totalement maîtrisées par les différents construits. C'est-à-dire que si deux personnes avec des caractéristiques socio-démographiques différentes ne se comportent pas de la même manière, cela est dû au fait qu'elles diffèrent par leur cognitions (attitude et/ou normes sociales et/ou contrôle perçu différents). Ajzen et Fishbein précisent que leur non intégration à la théorie n'entrave aucunement sa capacité prédictive (24,33).

Des approches psycho-comportementales ont déjà été réalisées pour étudier l'allaitement maternel. En effet, plusieurs études ont essayé de montrer l'effet de la confiance maternelle et donc de l'auto-efficacité sur l'initiation et la durée de l'allaitement (36–39).

De la même manière, le rôle des croyances comportementales sur la façon dont les femmes enceintes ont l'intention de nourrir leur enfant a été étudié avec la TAR (31,40,41).

En ce qui concerne l'utilisation de la TCP pour prédire le comportement d'allaitement maternel, nous en retrouvons plusieurs dans la littérature mais à ma connaissance aucune en France. Par exemple en 1997 aux États-Unis, la TCP a été utilisée afin de prédire en prénatal les intentions d'allaitement maternel et de les comparer après l'accouchement (42).

Également en anténatal, une étude sur les populations rurales en Inde, où il existe un enjeu de santé publique, a été menée afin de prédire l'intention d'allaiter via la TCP (43).

Par ailleurs, des études ont également été menées en post-partum (36,44,45) ou pour étudier l'impact des déterminants psychosociaux sur la durée (46).

2.3 Question de recherche, hypothèses et objectifs

En conclusion, la théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié ont été conçues afin de prédire et d'expliquer le comportement social à l'aide d'un petit nombre de construits psychologiques tels que l'attitude, la norme subjective, le contrôle comportemental perçu et l'intention comportementale. Cette approche les rend facilement applicables à un large spectre de comportements, ce qui explique que la TAR et la TCP restent depuis plus de vingt ans les théories dominantes dans l'étude de la prise de

décision comportementale et dans l'étude de la relation attitude-comportement (24).

Nous nous sommes posés la question suivante : **Dans quelles proportions chacun des construits de la théorie du comportement planifié participent-ils à la décision d'allaiter chez les femmes enceintes au 3e trimestre de grossesse?**

Nous avons choisi la TCP pour notre travail car nous souhaitons étudier la prédiction d'un comportement de santé, sain et incomplètement volitionnel, afin d'obtenir des méthodes optimales de modification des patterns comportementaux (25). Nos différentes hypothèses de recherche sont les suivantes :

- 1) Les différents construits de la théorie ont un impact significatif sur la prédiction des intentions d'allaiter.
- 2) L'intention est un prédicteur significatif de l'allaitement maternel.
- 3) Le CCP est un prédicteur direct de l'allaitement

2 MÉTHODES

2.1 Type d'étude

Pour répondre à notre question de recherche nous avons réalisé une étude quantitative longitudinale avec un recueil au temps T0 lors de la remise du questionnaire puis à T1 avec un appel téléphonique en post-partum.

2.2 Population de l'étude

2.2.1 Critères d'inclusion

Pour notre travail, nous avons inclus des femmes enceintes au 3^{ème} trimestre de grossesse, à partir de 29 semaines d'aménorrhée (SA). Toutes ont été recrutées sur la base du volontariat, le consentement était donc implicite et oral. Une explication orale et écrite de l'objectif de notre travail était transmise lors de la remise du questionnaire.

Les femmes enceintes ont été recrutées lors de leur consultation de suivi de grossesse au centre hospitalier de Saint Palais (64) ainsi que dans un cabinet de sage femme libéral à Pau (64) lors des cours de préparation à l'accouchement.

2.2.2 Critères d'exclusion

Il n'y avait pas de critères d'exclusions, hormis les grossesses pathologiques suivies sur les maternités de haut niveau. Les femmes n'ayant pas l'intention d'allaiter ou encore indécises étaient invitées également à répondre au questionnaire.

2.3 Questionnaire et Critères de jugement

Le questionnaire complet se trouve en annexe (Annexe 2) mais nous allons expliquer ci-après les grandes lignes. Il était composé d'une page de garde explicative puis de 16 questions qui balayaient l'ensemble des construits (Normes sociales, Attitude, CCP, Intention). Les questions étaient constituées d'items élaborés selon l'échelle de Likert grâce à l'aide d'un guide (47).

Le comportement était défini clairement, comme le recommande Ajzen et Fischbein, par « l'intention d'allaiter qui signifie nourrir son bébé au sein, de manière exclusive ou non, à la sortie de la maternité et peu importe la durée envisagée ».

Ensuite chacun des construits : attitude, normes subjectives, contrôle comportemental perçu, intention ainsi que le comportement ont été explorés par des questions composées de plusieurs items mesurés par une échelle type Likert. Les construits et leurs définitions n'apparaissent pas sur les questionnaires des patientes.

Mesure des attitudes

Les attitudes étaient mesurées par 3 questions auxquelles la patiente devait répondre grâce à des échelles de Likert à 5 niveaux.

- Une première question explorait la perception des femmes sur le fait d'allaiter, au travers de 8 items (caractère agréable, utile, difficile...)
- Une seconde question sur les avantages ressentis à l'allaitement maternel au travers de 5 items (lien affectif, point de vue économique...).
- Une troisième question s'intéressait aux valeurs comportementales.

Chaque item se voyait attribuer une note en fonction de la réponse de la patiente sur l'échelle de Likert. Le total des items de chaque question nous donnait le score de la question et l'addition des 3 scores nous donnait le score attitude utilisé pour l'analyse de données.

Mesure des normes sociales

Quatre questions ont été utilisées pour mesurer ce déterminant. Deux permettaient une mesure directe en demandant si des personnes dont l'opinion est importante pensent qu'elles devraient allaiter ou leurs recommanderaient d'allaiter, entre très improbable(=1) à très probable(=5). Les deux autres questions effectuaient une mesure indirecte en évaluant la place de l'opinion de chacune des personnes suivantes : du conjoint, de la maman, de la meilleure amie et de leur médecin. D'abord en demandant si ces 4 personnes proches approuveraient le fait qu'elles allaitent de très improbable(=1) à très probable(=5) ; et enfin à quel point l'opinion de celles-ci est importante.

La somme de ces quatre questions nous donnait le score de normes subjectives utilisé pour l'analyse de données.

Mesure du contrôle comportemental perçu

Cinq questions ont été utilisées pour évaluer ce déterminant. Quatre par une mesure directe et une par mesure indirecte.

Les 8^{ème} et 9^{ème} questions évaluaient la perception, respectivement, de la difficulté perçue et du contrôle perçu sur l'action d'allaiter. Les 10^{ème} et 11^{ème} questions évaluaient le degré d'accord de la femme enceinte sur sa propre capacité à allaiter et sur le fait que cela ne dépend que d'elle-même.

L'addition des cinq scores de ces questions nous donnait le score du contrôle comportemental perçu que nous avons utilisé pour l'analyse de données.

Mesure de l'intention

La mesure de l'intention a été réalisée par quatre questions. L'approche était différente, d'abord le degré d'accord avec le fait d'avoir l'intention d'allaiter : très en désaccord(=1) à très en accord(=5). Puis les 14^{ème} et 15^{ème} questions évaluaient la probabilité d'allaiter de très faible(=1) à très forte(=5) puis en pourcentages.

Enfin, la 16^{ème} question évaluait le désir d'allaiter son enfant.

La somme des quatre questions nous donnait la valeur du score d'intention que nous avons utilisé pour l'analyse de données.

Informations socio-démographiques

Enfin, une page avec des données socio-démographiques (nom, prénom, profession, nombre de gestation, etc...) à visée informative concluait le questionnaire.

2.4 Aspects réglementaires et éthiques

2.4.1 Dépôt auprès du CPP et réponse du CPP

Dans le cadre d'une recherche de catégorie 3 impliquant la catégorie humaine, un dossier complet a été remis auprès du CPP via le site CNIPRH. Le CPP Île de France II qui avait été tiré au sort à émis un statut incompetent. La recherche n'entrant pas dans l'amélioration des connaissances médicales mais dans la promotion de la santé (annexe 1).

2.4.2 Déclaration CNIL

Une déclaration à la CNIL a été effectuée en septembre 2017 avec pour numéro d'enregistrement 2099685

2.5 Déroulement de l'étude

2.5.1 Réalisation d'un pré-test

Avec ce questionnaire nous avons effectué un pré-test auprès de 3 femmes enceintes qui ne participaient pas à l'étude. Ceci nous a permis d'estimer la durée du questionnaire et d'observer les réactions et les incompréhensions possibles des questions.

2.5.2 Remplissage du questionnaire à T0

Un questionnaire était proposé à chaque femmes enceinte au 3^{ème} trimestre se présentant pour le suivi de la grossesse. Chaque questionnaire s'est vu attribué un numéro lorsqu'il était restitué. Ce numéro correspondait au chiffre d'anonymisation qui a été utilisé pour la suite de l'étude.

2.5.3 Rappel téléphonique à T1

Pour finir, le comportement était évalué en post-partum par un appel téléphonique. Une discussion ouverte était réalisée avec les mères, puis deux questions étaient posées afin d'évaluer avec l'échelle de Likert le comportement. La première demandait si la mère avait tenté d'allaiter même partiellement de «pas du tout(=0)» à «supérieur ou égal à 1mois(=5)». Enfin, la dernière question demandait d'évaluer la difficulté à effectuer le comportement

La somme de ces deux items correspondait au score du comportement utilisé dans l'analyse de données.

2.6 Traitement des données

2.6.1 Mise à l'épreuve de nos hypothèses

Tous les scores des construits de la théorie ont été saisis dans un tableur en face du numéro de questionnaire attribué initialement.

Nous avons ensuite utilisé le logiciel R. Les résultats bruts des analyses sont en annexes.

Dans un premier temps, nous avons effectué un test de dispersion pour chacun des construits (Attitude, Normes Sociales, CCP, Intention, Comportement) afin de repérer d'éventuelles données extrêmes ; et si nécessaire effectuer une winsorisation des ces données afin de préserver la taille de l'échantillon.

Ensuite, nous avons utilisé le test de Shapiro-Wilk afin de savoir si notre distribution suivait

la loi normale ou non. Dans notre échantillon, plusieurs construits ont des résultats qui ne suivent pas une loi normale.

Enfin, nous avons réalisé des matrices de corrélation avec un test de Spearman pour ensuite effectuer nos analyses de régression linéaire simple et multiple. Ces dernières nous ont donné les « R » et « R² ajustée » qui correspondaient respectivement à la significativité et à la variance.

Afin de tester nos hypothèses, les régressions ont été effectuées pour chaque construit sur l'intention ; puis l'intention sur le comportement et le CCP sur le comportement.

Le but de notre travail et de cette analyse était d'obtenir des prédictions de l'intention et du comportement avec des pourcentages de variances.

2.6.2 Explorations complémentaires

En complément, nous avons effectué des régressions multiples de la somme des construits sur l'intention et, de l'intention et du CCP sur le comportement.

Enfin, nous avons détaillé les scores d'attitudes. Le calcul du score de l'attitude s'est effectué avec trois questions composées respectivement de 7, 6 et 6 items.

La première question correspondait à une mesure directe, la seconde une mesure indirecte et la troisième évaluait les croyances comportementales.

Nous avons effectué la moyenne de chaque item pour chaque question afin d'avoir une tendance du poids des adjectifs utilisés et des croyances. Puis essentiellement, des occurrences des extrêmes : score « 5 » et score « 1 », puisque les scores médians seront normalement moins discriminants.

3 RÉSULTATS

3.1 Description de la population

La distribution et le recueil des questionnaires ont été réalisés de décembre 2017 à mars 2018. Nous avons distribué 65 questionnaires. Tous nous ont été rendus, 2 questionnaires étaient incomplets et 3 femmes ont été injoignables en post-partum pour l'évaluation du comportement. Notre échantillon final était donc de 60 personnes.

Statistiques descriptives

La dernière page du questionnaire nous a permis d'avoir quelques données socio-démographiques de notre échantillon. Certaines sont synthétisées dans le tableau ci après. L'âge de la plus jeune participante est de 20 ans et la plus âgée a 42 ans ; l'âge moyen est de 31,5 ans. La moitié de l'échantillon est constituée de femmes primipares qui n'ont pas eu l'occasion de pratiquer l'allaitement auparavant. 26,7% des femmes de notre échantillon avait déjà allaité un ou plusieurs de leurs enfants ; et 43,33% des femmes de notre échantillon ont été allaité par leur propre mère. La répartition selon le niveau d'études est assez homogène entre un niveau BEP et un BAC+11. Enfin, 3 femmes vivent seules au moment de l'étude.

Tableau 3 : Résumé des données socio-démographiques de notre échantillon.

<u>Gestation</u>	G0	G1	G2	G3	G4	G6
	50,00%	35,00%	6,66%	5,00%	1,67%	1,67%
<u>Niveau d'études</u>	<BAC	BAC	Supérieur ou égal BAC+2		Supérieur ou égal BAC +5	
	11,67%	33,33%	30,00%		25,00%	

Tableau 4 : Résultats de la pratique de l'allaitement maternel de notre échantillon.

	N	%
Pas d'initiation d'allaitement	22	37
Allaitement <1 mois	11	18
Allaitement >= 1 mois	27	45

Dans notre échantillon, à la naissance de leur enfant, 38 femmes ont débuté un allaitement maternel et 22 femmes n'ont pas du tout essayé.

Avec cet échantillon nous avons effectué un test de dispersion afin de ne pas méconnaître les éventuelles données extrêmes puis les lisser si besoin. Après le test de dispersion, seules les données de normes subjectives pour les sujets 18 et 19 avait des scores extrêmes bas. Dans le tableau ci-après se trouve les statistiques descriptives effectuées après winsorisation de ces données extrêmes.

Tableau 5 : Statistiques descriptives de l'échantillon, après winsorisation

Mesures	Moyenne	Écart-type
Attitude	76,72	10,92
Normes subjectives	37,43	7,3
Contrôle comportemental perçu	35,27	7,91
Intention	13,52	6,68
Comportement	5,7	3,02

Après ces statistiques descriptives, le test de normalité de Shapiro-Wilk effectué pour notre échantillon, nous a indiqué que les scores de l'attitude, de l'intention et du comportement ne suivaient pas la loi normale ($p\text{-value} < 0,005$). Étant donné que plusieurs scores ne suivaient pas une distribution normale, nous avons ensuite effectué des matrices de corrélation avec le test de Spearman.

Les matrices de corrélations effectuées avant nos analyses de régressions linéaires, nous donnent un aperçu global des liens entre les différentes variables. Il en ressort que les corrélations apparaissent positives. Nous verrons plus en détails les résultats de nos différentes hypothèses.

3.2 Résultats de nos hypothèses

Pour décrire les liens mis en jeu dans la TCP nous avons utilisé des analyses de régression linéaire simple et multiple. Cela nous a permis, dans notre échantillon, d'évaluer la force de chacun des construits de la TCP sur l'intention et la force de l'intention sur le comportement. Les « R^2 ajusté » nous ont permis de donner les pourcentage de variance des scores.

En critère de jugement principal nous avons utilisé les pourcentage de variance des

scores de l'intention qui peuvent être expliquées par les scores des construits de l'attitude, des normes et du contrôle perçu comme variables explicatives indépendantes (régression simple). En critères de jugement secondaire nous avons utilisé les pourcentages de variance de toutes les variables explicatives (analyse de régression multiple) sur l'intention. Et enfin le pourcentage de variance du comportement d'allaitement expliquée par l'intention.

3.2.1 H1 : Les différents construits de la théorie ont un impact significatif sur la prédiction des intentions d'allaiter.

Des régressions linéaires simples ont été effectuées pour chaque construit sur l'intention comportementale. Ceci nous a permis d'évaluer de manière distincte la force de chaque construit sur la prédiction de l'intention.

*Tableau 6 : Régression simple : prédiction de l'intention suivant l'attitude, les normes subjectives et le CCP. (significativité *** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$. $p < 0.1$)*

Mesures	Coefficient de corrélation de Spearman	R	R² ajusté
Attitude	0,71	1.79e-10 ***	0.4985
Normes subjectives	0,6	3.52e-07 ***	0.352
Contrôle comportemental perçu	0,72	7.36e-11 ***	0.5134

Dans notre échantillon les scores des 3 construits : Attitude, Normes subjectives et Contrôle Comportemental Perçu sont liés de manière très significative ($p < 0,001$) au score de l'intention comportementale.

Il en résulte que 49,8% de la variance des scores de l'intention peut être expliqué par le score de l'attitude, 35,2% par les normes subjectives et 51,3% par le contrôle comportemental perçu.

Donc, notre première hypothèse est validée puisque les 3 déterminants ont un impact significatif. Toutefois, nous pouvons remarquer que le CCP et l'Attitude expliquent de manière plus importante la prédiction des intentions comportementales.

3.2.2 H2 : L'intention est un prédicteur significatif de l'allaitement maternel.

Tableau 7 : Régression simple : prédiction du comportement suivant l'intention. (significativité *** $p < 0.001$)

Mesure	Coefficient de corrélation de Spearman	R	R ²
Intention	0,87	2.2e-16***	0.7501

Dans notre échantillon, nous pouvons conclure qu'un score élevé de l'intention prédit très significativement ($p < 0,001$) un score élevé de comportement. Statistiquement nous pouvons dire que 75% ($R^2 = 0,7501$) de la variance des scores du comportement peut être expliqué par le score obtenu à l'intention.

Notre seconde hypothèse est donc validée et les scores d'intention ont un impact significatif sur le comportement d'allaitement maternel.

3.2.3 H3 : Le CCP est un prédicteur direct de l'allaitement maternel.

Tableau 8 : Régression simple : prédiction du comportement suivant le CCP. (significativité *** $p < 0.001$)

Mesure	Coefficient de corrélation de Spearman	R	R ²
Contrôle comportemental perçu	0,68	3.159e-09***	0.4472

Dans notre échantillon, nous pouvons dire qu'un score élevé de CCP prédit de manière très significative un score élevé de comportement. Ainsi dans cet échantillon, 44,7% de la variance des scores de comportement peut être expliquée par le score obtenu de contrôle comportemental perçu.

3.3 Résultats des explorations complémentaires

3.3.1 Analyses de régressions multiples

Tableau 9 : Régression multiple : prédiction de l'intention suivant le CCP, la Norme Subjective et l'Attitude réunis. (significativité *** $p < 0.001$)

Mesures	R	R ² ajusté
A+NS+CCP	7.118e-14***	0.6627

Dans cet échantillon l'attitude, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu

réunis, prédisent significativement ($p < 0,001$) le score de l'intention. Dans notre échantillon, 66,2% de la variance des scores d'intention peut être expliquée par l'addition des scores des 3 construits. Ensuite, nous avons testé l'impact du CCP et de l'intention sur le comportement.

Tableau 10 : Régression multiple : prédiction du comportement avec le CCP et l'intention réunis. (significativité *** $p < 0,001$)

Mesures	R	R ² ajusté
CCP+Intention	2.2e-16***	0.7508

Dans cet échantillon, le CCP et l'intention réunis prédisent de manière significative le score de comportement. Notre échantillon montre que 75% de la variance des scores du comportement peut être expliquée par le contrôle comportementale perçu et l'intention.

3.3.2 Démarche exploratoire des attitudes

Tableau 11 : Exploration de la mesure directe des attitudes.

Allaiter mon enfant à la sortie de la maternité serait à mon avis :	Moyennes	Occurrence « 5 »	Occurrence « 1 »
Inutile/Utile	4,37	40 soit 66,67%	2 soit 3,33%
Nuisible/Bénéfique	4,65	46 soit 76,67%	0
Complicqué/facile	2,93	4 soit 6,67%	5 soit 8,33%
Mauvais/bon	4,48	38 soit 63,33%	0
Désagréable/Agréable	3,32	13 soit 21,67%	5 soit 8,33%
Ennuyant/Stimulant	3,63	15 soit 25%	1 soit 1,67%
Dévalorisant/Valorisant	3,8	23 soit 38,33%	1 soit 1,67%
Fatigant/Revitalisant	2,5	6 soit 10%	11 soit 18,33%

Les items qui ont la meilleure moyenne sont logiquement ceux qui sont les plus discriminants au niveau des occurrences. Les adjectifs «utile», «bénéfique» et «bon» ont obtenu une moyenne supérieure à 4. Dans notre échantillon, 66,67% des femmes perçoivent le fait d'allaiter son enfant à la sortie de la maternité comme « très utile », 76,67% comme «très bénéfique» et 63,33% comme «très bon».

Aucune des femmes de notre échantillon ne perçoit le fait d'allaiter son enfant comme

«très nuisible», ni «très mauvais».

Tableau 12 : Exploration de la mesure d'attitude indirecte (très improbable>très probable).

Si j'allaitais mon enfant à la sortie de la maternité cela :	Moyennes	Occurrence « 5 »	Occurrence « 1 »
Serait un bon moyen de nourrir mon enfant	4,2	40 soit 66,67%	7 soit 11,67%
Entretiendrait le lien mère-enfant	4,37	38 soit 63,33%	2 soit 3,33%
Serait avantageux d'un point de vue économique	4,43	40 soit 66,67%	2 soit 3,33%
Protégerait mon enfant d'infection gastro-intestinales	4,28	35 soit 58,33%	1 soit 1,67%
M'empêcherait de reprendre mon activité professionnelle	2,92	6 soit 10%	8 soit 13,33%
Me protégerait de certains cancers	3,15	5 soit 8,33%	4 soit 6,67%

Tableau 13 : Exploration de l'attitude par les croyances comportementales (très indésirable>très désirable).

Personnellement quelle valeur accordez-vous au fait de	Moyennes	Occurrence « 5 »	Occurrence « 1 »
Nourrir mon enfant avec du lait maternel	4,1	32 soit 53,33%	2 soit 3,33%
Entretenir le lien mère-enfant	4,55	41 soit 68,33%	1 soit 1,67%
Avoir des avantages économiques	4,38	41 soit 68,33%	1 soit 1,67%
Protéger mon enfant d'infection gastro-intestinales	4,03	24 soit 40%	2 soit 3,33%
Ne pas reprendre mon activité professionnelle	2,73	7 soit 11,67%	11 soit 18,33%
Me protéger de certains cancers	3,72	16 soit 26,67%	4 soit 6,67%

Les résultats de la mesure indirecte et des croyances ont la même tendance. 4 des 6 items se distinguent avec une moyenne supérieure à 4. Ces résultats sont cohérents puisque les propositions étaient les mêmes, seule la formulation de la question différait.

Les 4 items qui ont eu la meilleure moyenne et la plus forte occurrence du score « 5 »

sont : l'avantage économique, l'entretien du lien mère-enfant, la protection de l'enfant contre les infections gastro-intestinales et le bienfaits de nourrir son enfant avec du lait maternel.

4 DISCUSSION

Les résultats que nous avons obtenus dans notre étude ont confirmé nos différentes hypothèses pour cet échantillon. Nous devons toutefois les interpréter avec prudence compte tenu des limites de notre travail et les confronter avec des données pré existantes à ce sujet afin d'envisager différentes perspectives

4.1 Discussion de la méthode

4.1.1 Choix du questionnaire

Nous avons réalisé un questionnaire afin de répondre à notre question de recherche et à nos hypothèses. Les questions ont été élaborées en utilisant l'échelle de Likert. L'étude du comportement par la TCP est largement effectuée par l'usage de cette échelle, elle est la plus utilisée pour mesurer les croyances et construits cognitifs (NS, CCP, Intention)(47). Un autre type d'échelle additive (qui donne un poids identique à chaque item) existe, le différenciateur sémantique, mais elle est surtout utilisée pour mesurer l'attitude envers le comportement.

La méthode Likert est reconnue et recommandée par les auteurs de la théorie, ils préconisent de bien définir le comportement et la population cible. Nous avons réalisé notre questionnaire à partir des recommandations de construction de cette échelle ainsi que de modèles d'items pour chacun des construits, que nous avons adaptés au comportement étudié (47).

Pour réaliser un questionnaire avec la méthode de Likert, les questions doivent être fermées afin de mieux étudier le comportement spécifique. Nous avons formulé des items avec des mots simples, des phrases courtes, en précisant le temps et le contexte et en évitant les formulations négatives, ceci afin de faciliter la compréhension et améliorer la clarté du questionnaire.

Les items de l'échelle consistent en des énoncés favorables ou défavorables envers l'objet d'étude. Le degré de faveur ou de défaveur des items est cependant inconnu des participantes. Nous avons utilisé dans l'étude une cotation de 1 à 5 en fonction de la position favorable ou défavorable envers l'objet de l'étude. Le score des questions résultait de l'addition des scores des items correspondants. Et donc le score du déterminant correspondait à la somme des résultats des questions. La majorité des études faisant

appel à la TAR et la TCP utilisent 5 ou 7 options de réponses, dont une rend possible d'exprimer l'incertitude. Cette approche est discutée car cela peut parfois être un moyen de se désister ou protéger son image. Cela peut aussi parfois diminuer la puissance statistique en diminuant la taille des groupes favorables/défavorables. Ce choix reste donc discuté entre les auteurs et nous avons choisi de réaliser des échelles avec 5 options de réponses afin de suivre la tendance des études déjà réalisées. Enfin, nous avons utilisé plusieurs items pour mesurer un construit, ce qui est préférable afin de renforcer et préciser les mesures(47).

Pour terminer, nous avons réalisé un pré-test sur un petit échantillon de femmes enceintes au 3e trimestre qui n'ont pas été incluses dans l'étude. Les questions étaient bien comprises mais décrites comme parfois ressemblantes. Or, la mesure des construits, à la fois de manière directe et indirecte, implique l'utilisation de plusieurs questions avec une formulation différente mais pouvant paraître ressemblantes. Nous avons donc choisi de conserver ce questionnaire car l'utilisation de ces deux mesures pour un même construit optimise la qualité méthodologique. Toutefois, nous en avons tenu compte dans le sens où la cotation des items de 1 à 5 s'avère la plus appropriée afin de ne pas rallonger la durée du test et de ne pas augmenter la fatigue, ces paramètres pouvant perturber le choix des réponses.

4.1.2 Force de la méthode

L'étude longitudinale comprenait un recueil durant le troisième trimestre de grossesse et un recueil pour le score de comportement en post-partum. La faible durée écoulée entre la formulation des intentions et le possible comportement a permis de renforcer nos prédictions.

La TCP est utile pour savoir sur quoi on peut, et sur quoi on doit travailler pour améliorer le comportement étudié. Elle est plus adaptée à l'usage des comportements qui ne sont pas sous contrôle volontaire total, comme l'allaitement maternel.

La TCP a déjà été largement utilisée pour étudier les comportements de santé (activité physique, perte de poids) et comportements à risque (alcool, conduite automobile, tabac) (25,33). Une méta-analyse a d'ailleurs conclu que l'étude des comportements de santé la TCP était plus utile que la TAR(28).

4.1.3 Limites et biais

Les résultats et les perspectives apportés par notre travail doivent être interprétés avec prudence en raison d'un certain nombre de faiblesses.

D'abord, les résultats décrits dans cette étude ne paraissent pas généralisables à l'ensemble de la population puisque nous sommes dans une application précise de la TCP chez des femmes enceintes au 3^e trimestre et dans un seul département. Nous l'avons dit, la pratique de l'allaitement maternel a des disparités régionales et les intentions peuvent varier au cours du temps. Il apparaît donc évident que notre échantillon n'est pas représentatif de toutes les femmes enceintes.

Par ailleurs, le déroulé de notre travail comporte plusieurs biais. D'abord un biais de sélection puisque les femmes ayant participé à notre travail ont été recrutées sur la base du volontariat. Ceci peut implicitement amener des caractéristiques différentes qui se sont répercutées sur les mesures des différents construits. Par exemple, des femmes ne souhaitant pas allaiter ou ayant une image négative de l'allaitement, ou encore ne se sentant pas capable d'allaiter, ont peut-être refusé d'y participer. Tandis que des femmes ayant une attitude positive envers l'allaitement ou indécises sur leur choix ont probablement plus facilement pris part à ce questionnaire.

Toutefois, nous avons essayé de limiter ce biais de recrutement en effectuant un recueil des données sur 2 centres différents pour notre étude ; un site hospitalier dans le service de gynéco-obstétrique et un autre libéral dans un cabinet de sage-femmes. Je pense que ce choix nous a permis de balayer une plus large population que en intra-hospitalier uniquement. Ceci est conforté par la description des données socio-démographiques qui nous donne un aperçu globalement homogène.

Un second biais réside dans la construction de l'étude, le nombre de sujets nécessaires n'a pas été calculé, mais notre échantillon était de taille suffisante pour obtenir une significativité dans nos résultats. L'usage de l'échelle de Likert se justifie par son utilisation répandue dans la littérature mais nous n'avons réalisé qu'un pré test «simple» avant d'établir le questionnaire définitif, alors qu'une pré-expérimentation plus complète serait meilleure. Ceci remet en question la validité de notre échelle et à fortiori de notre questionnaire.

Ensuite, dans notre collecte de données on peut admettre un probable biais d'information. En effet, le questionnaire était déclaratif autant sur les items évaluant les construits que pour l'évaluation du comportement en post-partum. Toutefois, les femmes étaient toutes

volontaires et nous ne remettons évidemment pas en cause leurs déclarations.

Un quatrième biais réside dans l'analyse de nos données, nous pouvons soulever le fait que des données personnelles telles que, le fait d'avoir déjà allaité un enfant pour les femmes multipares, soit un biais de confusion. En effet, la plupart des études sur l'allaitement maternel montre qu'une expérience personnelle d'allaitement maternel est un facteur d'influence positif. Toutefois, ce facteur d'influence est supposé être intégré dans le score des construits et ne pas perturber l'analyse de nos prédictions.

Enfin d'un point de vue statistique, nous avons utilisé des régressions linéaires simples et multiples qui étaient suffisantes pour nos hypothèses de corrélation et de prédiction. Toutefois, il est important de préciser que cela ne nous permet pas d'établir des liens de causalité mais uniquement des liens statistiques.

Nos corrélations étaient toutes significatives mais cela doit nous servir de base afin d'élaborer de nouvelles perspectives d'actions et de recherches.

4.2 Discussion des résultats

Ces résultats ont confirmé notre hypothèse qui était que chacun des construits de la TCP à une relation significative avec la prédiction des intentions.

Les pourcentages de variance de l'attitude et du CCP se démarquent nettement de la norme subjective en tant que prédicteurs des intentions.

Ces résultats se rapprochent de ceux de Godin et Kok (33) qui ont effectué une méta-analyse de 1985 à 1995 sur l'application de la TCP aux comportements de santé. 58 comportements de santé comme les conduites addictives (tabac, alcool), le lavage des dents, la conduite automobile, l'alimentation ont été étudiés. Dans cette méta-analyse, les corrélations moyennes globales de prédiction d'intention des différents comportements de santé sont de 0,46 pour l'attitude et le CCP et 0,34 pour la norme subjective.

De manière plus spécifique à l'allaitement, Wambach en 97(42) a étudié avec la TCP, le comportement de maintien de l'allaitement maternel pendant 4 à 6 semaines sur 135 femmes. La tendance est la même avec une significativité pour l'attitude et le CCP mais avec des scores de variances moins élevés respectivement, 0,30 et 0,27; ainsi qu'une absence de corrélation significative pour la norme subjective.

Ces résultats conforte l'usage de la TCP pour l'étude de l'allaitement maternel en plaçant

l'attitude et le CCP comme des construits importants dans la prédiction des intentions. Dans cette théorie, le CCP est proche du concept d'auto-efficacité de Bandura. Nos résultats sont cohérents avec ses précédents travaux, puisqu'en 2002 il avait déjà mis en évidence un lien significatif de l'auto-efficacité des femmes sur l'initiation, la durée et la qualité de l'allaitement maternel (24).

La norme subjective apparaît dans notre travail comme un moins bon prédicteur des intentions. Nous retrouvons cette tendance dans la méta-analyse de Godin et Kok (33), il en ressort que la corrélation de la norme subjective sur les intentions est encore moins bonne quand il s'agit de comportement d'alimentation.

Dans les perspectives d'interventions visant à augmenter les intentions d'allaitement, il apparaît donc important de cibler les futures mères plutôt que leur entourage. Attention, même si la formation des intentions est peu corrélée avec leur avis, cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas informer les pères, l'entourage et le personnel para-médical. Au contraire, car il est important de délivrer une information juste et de la diffuser à la famille, aux soignant et à la population en générale afin de minimiser les idées reçues.

De plus, il est possible que l'influence de la norme subjective soit variable. En effet comme le souligne Swanson en 2005 (44), l'influence de la NS serait plus importante chez les primipares que chez les multipares. Par ailleurs, il souligne que l'influence de la NS peut-être différente selon que le comportement étudié soit l'initiation ou la poursuite de l'allaitement.

Ceci est probablement valable pour chaque construit. Il paraît évident que la nature et les circonstances des décisions peuvent varier, d'où l'importance de définir un comportement précis tel que recommandé par les auteurs de la théorie. Pour exemple, des études comportementales avec la TCP ont montré des corrélations négatives entre le CCP et le comportement, cela essentiellement dans les comportements néfastes, comme la consommation d'alcool (48).

Dans un second temps, il est important de parler des intentions qui restent le meilleur prédicteur du comportement. Dans notre étude, 75% de la variance des scores du comportement est expliqué par les intentions. Cette tendance a été confirmée tant avec l'usage de la TAR que la TCP. Le rôle des intentions a aussi été mis en avant dans une étude en 2005 (41), celle-ci atteste que les femmes qui n'ont pas l'intention d'allaiter ou d'allaiter sur une courte durée sont moins susceptibles de commencer ou continuer à

allaiter. Cela semble logique, mais il est important de le souligner afin de comprendre ce qui influence les intentions et ainsi les renforcer. Cette volonté rejoint notre travail.

Toutefois même si les intentions représentent une large part de variance du comportement, $\frac{1}{4}$ restent inexplicables.

Dans une étude de Wambach(42) sur la durée de l'allaitement maternel, les résultats montrent une corrélation peu significative de l'intention sur le comportement.

L'explication viendrait d'une part non contrôlable du comportement. C'est pourquoi nous avons utilisé la théorie du comportement planifié où le CCP peut jouer un rôle comme déterminant de l'intention, mais aussi comme prédicteur direct du comportement.

Dans notre échantillon, le CCP explique 45% de la variance des scores du comportement. Cette corrélation est supérieure à la corrélation moyenne globale dans les comportements de santé (39%).

De plus, l'intention et le CCP réunis expliquent 75% de la variance du comportement ; soit autant que l'intention seule. Ces résultats confortent l'usage de la TCP pour étudier l'allaitement maternel car le contrôle comportemental perçu semble jouer un rôle dans la prédiction des intentions et du comportement.

Toutefois, nous avons peu de recul sur la relation CCP-Initiation de l'allaitement maternel car sa place a été peu étudiée auparavant sur les comportements d'allaitement.

Une étude de Wambach (42) sur la durée de l'allaitement avait obtenu des résultats plutôt discordants des nôtres puisque, les attitudes et le CCP représentaient uniquement 23% de la variance des intentions. Aussi le CCP et l'intention ne permettaient pas de prédire la durée de l'allaitement.

Ces résultats diffèrent des nôtres mais la méthode de l'étude était différente. En effet, les femmes recrutées étaient uniquement des femmes allaitantes et le comportement visé était la durée de l'allaitement maternel plutôt que l'initiation. Cela illustre ce que nous avons évoqué précédemment sur les variations possibles des résultats selon le comportement défini et la population choisie.

Pour compléter ces discordances sur le CCP, une étude sur la méthode d'alimentation du nourrisson (44) ne montrait pas de différences significatives dans le contrôle perçu sur une alimentation par allaitement maternel ou alimentation au biberon. Ces résultats sont

quelques peu troublants puisque l'on pourrait croire en un meilleur contrôle lorsque l'on fait le choix d'une alimentation au biberon.

Nous retrouvons donc dans notre échantillon une part de variance inexpliquée de l'intention et du comportement que nous pouvons qualifier d'«acceptable».

En effet, des événements internes et externes peuvent modifier la relation intention-comportement tels ; des douleurs mammaires, une mauvaise succion du bébé, une fatigue maternelle, une pathologie de la maman ou de l'enfant entraînant une coupure de la relation mère-enfant.

En ce qui concerne les intentions, nous pouvons penser que des facteurs internes, non-modifiables ne soient pas, ou insuffisamment, intégrés ni maîtrisés parmi les 3 construits proposés dans la théorie. En effet, nos résultats montrent que la somme des construits de la TCP explique 66,2% de la variance du score d'intention. Cela reste un bon score dans la prédiction d'intention comportementale mais pointe aussi du doigt les limites de notre travail et de la théorie.

4.3 Perspectives

Lors de l'utilisation de la TCP, l'importance des différents construits pour la prédiction de l'intention ou du comportement peut différer selon le comportement ou la population concernée. Par exemple, l'adoption d'un certain comportement peut être influencée par l'attitude, alors qu'un autre sera déterminé par la norme subjective ou par le contrôle comportemental perçu. De même, un comportement donné peut relever de la norme subjective pour un groupe donné, alors que ce même comportement peut être défini par l'attitude dans un autre groupe. Ceci étant la TCP n'est pas invalidée du fait que l'importance relative varie.

Déjà en 1983, Manstead en utilisant la TAR (31), souligne la place importante de l'attitude et de l'expérience d'un comportement antérieur, en distinguant les primipares des multipares. Dans son travail, cette expérience antérieure d'allaitement maternel augmentait la variance de l'intention d'allaiter. Et, il signalait que plusieurs études ont montré que les attitudes développées après une expérience directe du comportement sont plus susceptibles de prédire un comportement ultérieur que les attitudes sur la base d'une expérience indirecte. Toutefois, comme expliqué ci-dessus toutes les femmes ayant déjà allaité ou tenté d'allaiter ne vont pas forcément allaiter lors d'une prochaine grossesse. Il

émet donc l'hypothèse que cette expérience ne serait pas pleinement reflétée par les construits de la TAR.

C'est pourquoi nous avons choisi l'usage de la TCP pour notre travail sans pour autant distinguer les primipares des multipares.

Ainsi, dans de futurs travaux il serait intéressant de connaître l'influence de cette expérience sur le renforcement de l'attitude ou plutôt du CCP ; mais aussi de réaliser une distinction entre les primipares et les multipares pour l'étude de chacun des construits.

De plus, ce travail pourrait être réalisé à différents moments, par exemple avant la grossesse, au 1er trimestre, au second puis en post-partum ; afin d'observer si il existe des variations dans la force des construits au cours de la grossesse chez les futures parturientes et les femmes enceintes.

Ceci nous permettrait de savoir par quel construit le fait d'avoir déjà allaité est pris en compte et de connaître la puissance de chaque construit selon le profil des femmes enceintes et le moment de la grossesse, pour axer au mieux nos interventions .

Enfin, d'autres perspectives de recherches pourraient être intéressantes telles des études qualitatives afin d'adapter au mieux le contenu des interventions ou encore, la mise au point d'échelle de mesure du contrôle comportemental perçu afin d'améliorer l'applicabilité de la théorie.

D'autre part, nous avons effectué une approche plus précise en ce qui concerne le calcul du score des attitudes. Il en ressort globalement que la population de notre échantillon approuve les bénéfices de l'allaitement maternel, puisque l'utilité, le bénéfice et la bienfaisance sont les critères qui ont eu les scores les plus élevés (moyenne et occurrence). En revanche, les adjectifs ciblant plutôt l'action d'allaiter font moins l'unanimité. La difficulté, la dévalorisation, la fatigue et le caractère désagréable sont des perceptions négatives de l'allaitement. Ceci montre que les bienfaits de l'AM doivent encore être prônés et soutenus mais surtout qu'il est important de travailler sur l'image de l'allaitement et de dédramatiser sa pratique auprès de la population afin de lutter contre certaines représentations pouvant être erronées. Pour rappel, dans notre échantillon, 50% des femmes étaient primipares et n'avaient donc jamais pratiqué l'allaitement.

Par ailleurs, le score d'attitude en ce qui concerne la reprise du travail peut être surprenant. Seul 10% de notre échantillon pense «très improbable» que le fait d'allaiter

son enfant empêcherait la reprise du travail. Or, la plupart des études rapportent un effet négatif du travail sur l'allaitement maternel et que la reprise du travail est un facteur pouvant freiner l'initiation ou perturber le maintien d'un allaitement maternel (2,16). Par ces résultats, il semblerait que ce facteur, parfois limitant, qu'est la reprise du travail n'est pas toujours perçue par les femmes enceintes. Par conséquent, il serait intéressant dans le contenu des interventions proposées de sensibiliser les femmes à ce fait, afin de les prémunir et les soutenir face à cette éventuelle difficulté.

Plusieurs modèles de changement de comportement existent, ils comportent plusieurs étapes pouvant être la cible d'interventions multifactorielles. A l'instar du modèle trans-théorique utilisé pour les comportements de dépendance, la TCP pourrait être utilisée pour développer plusieurs pistes d'interventions. L'objectif serait d'adopter et surtout de maintenir ce comportement puisqu'il ne faut pas oublier que les recommandations de l'OMS préconisent 6 mois d'allaitement maternel.

Nous savons que la phase motivationnelle et le développement des intentions sont deux variables importantes mais pas suffisantes puisque, comme nos résultats l'ont montré une part des intentions n'est pas transformée en acte. De plus, nos résultats soutiennent la place du CCP dans l'adoption du comportement, il serait donc important d'élaborer des interventions améliorant notamment ce sentiment de contrôle perçue, en complément des attitudes et des intentions.

L'effet d'une intervention de soutien auprès des femmes enceintes a un impact positif sur le taux d'allaitement et sa durée si le soutien est poursuivi en post-partum (2,5,7,16,49,50). Les différents travaux recommandent une intervention en face à face avec des intervenants professionnels de santé et des conseillers en lactation afin d'aborder l'allaitement d'une manière transversale (2).

Des perspectives d'interventions pourraient s'inspirer de ces résultats afin de développer et mener des actions de soutien par divers intervenants comme suggéré ci-dessus. Il existe déjà dans certains hôpitaux ou cabinet de sage-femmes des échanges et informations lors de suivi de grossesse et cours de préparation à l'accouchement. Or, cela n'est pas systématique, il pourrait être envisageable que ce type d'intervention fasse parti intégrante du suivi habituel de toute femme enceinte, tout en laissant la liberté du choix d'alimentation du nouveau-né. D'autant plus qu'on peut imaginer que des femmes ayant déjà des a priori négatifs sur l'allaitement ne vont pas chercher à y assister si cela se fait

sur la base du volontariat.

A l'échelle de la médecine générale afin de renforcer les attitudes, nous pourrions essayer d'intégrer lors des consultations de suivi de femmes enceintes ou de femmes avec désir de grossesse, de délivrer un message d'information des bienfaits de l'AM et de les accompagner durant la grossesse et en post-partum, si le médecin généraliste effectue le suivi.

En parallèle, nous pourrions proposer aux femmes d'assister à des réunions avec des conseillers en lactation ou de consulter des sites internet comme celui de la Leche League avec les coordonnées des intervenants spécialisés. L'avantage de ces intervenants extérieurs est qu'ils atténuent la perception de pouvoir ou de puissance du médecin qui peut être perçue par certaines femmes. Ceci peut parfois entraîner un sentiment de soumission ou de culpabilité si la femme ne fait pas le choix d'allaiter.

Le soutien est important pour renforcer les attitudes et le CCP. Cependant, ces construits sont confrontés à des obstacles extérieurs culturels, socio-politiques sur lesquels il y a encore des progrès à faire.

Pourtant des plans sont établis à l'échelle mondiale et européenne via l'OMS et l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés, ainsi que dans certains pays avec un programme national.

Ces propositions peinent malheureusement à être appliquées. En France, seulement 38 établissements étaient labellisés Hôpitaux Amis des Bébés en 2018, soit 7% des naissances. Cependant des efforts sont fournis dans notre échantillon, les femmes suivies à St Palais pouvaient participer à des groupes d'échanges et des interventions collectives proposées par la Leche League qui est une association internationale de soutien et de promotion de l'allaitement. Des informations à destination des professionnels de santé étaient également organisées, sans pour autant que la maternité soit labellisée.

En France l'allaitement maternel apparaît dans le Plan National Nutri-Santé (PNNS) 2017-2021. Ce dernier confirme les composantes multiples participant à la promotion et au soutien de l'allaitement maternel. Il est logiquement proposé une réponse adaptée, avec des efforts à faire dans plusieurs domaines afin de promouvoir des environnements favorables à l'AM.

Nos hypothèses d'action seraient compatibles avec ces objectifs :

-Si au niveau socio-économique des efforts étaient fournis pour permettre aux femmes de poursuivre un allaitement lors de la reprise du travail ou à défaut, de permettre un allongement du congé maternité avec une rémunération plus juste.

-Si le message marketing n'était pas de donner une image de l' AM comme «difficile» afin de promouvoir leurs substituts.

-Et enfin, si la société s'habitue au comportement d'allaitement maternel. C'est à dire qu'une femme qui allaite dans un lieu public ne soit pas jugée du regard ou verbalement, et qu'il y ait des lieux adaptés ; on imagine plus facilement que allaiter son enfant deviendrait quelque chose de «commun» pour les femmes et la société en générale.

Par conséquent, les femmes auraient une meilleure image de l'allaitement et il est fort probable qu'un meilleur contrôle perçu serait obtenu, puisque cela représenterait des obstacles en moins.

5 CONCLUSION

Les bienfaits de l'allaitement maternel ne font aucun doute et presque toutes les femmes sont physiologiquement capables d'allaiter. Pourtant, le taux d'initiation et la durée du maintien de l'allaitement restent faibles. Nous nous sommes posé la question de savoir quels facteurs modifiables de la théorie du comportement planifié participaient à la décision d'allaiter.

Afin d'étudier cela, nous avons réalisé une étude longitudinale, quantitative. Elle nous a montré que tous les construits (attitude, normes subjectives, contrôle comportementale perçu) ont un lien significatif avec l'intention. Les attitudes et le contrôle comportemental perçu sont ceux qui impactent préférentiellement les intentions dans cette étude. Par ailleurs, les scores d'intention restent les meilleurs prédicteurs du comportement d'allaitement, suivi de près par le contrôle comportemental perçu.

Bien que notre étude montre quelques limites, biais de recrutement, de construction en l'absence de pré-expérimentation du questionnaire, elle nous apporte des corrélations significatives entre les construits de la théorie et le comportement d'allaitement.

Ceci nous a permis de mettre en évidence une participation multidimensionnelle dans la décision d'allaiter, et nous ouvre des pistes d'actions pour augmenter le taux d'initiation de l'allaitement maternel et le promouvoir. Ces résultats doivent nous faire réfléchir à la mise en place d'interventions plus ciblées sur les femmes enceintes, afin d'optimiser et de renforcer les attitudes et le contrôle perçu.

Des plans d'actions sont déjà mis en place comme l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé avec les 10 recommandations pratiques OMS, mais la mise en pratique de l'allaitement maternel reste insuffisante.

D'autres perspectives de recherches seraient à étudier avec cette théorie en distinguant les primipares des multipares et ainsi évaluer les variations des forces de construits au cours de la grossesse. Par ailleurs, des travaux qualitatifs seraient nécessaires afin d'évaluer le type d'intervention à mener auprès des femmes enceintes et leur famille.

L'allaitement maternel à son histoire, des croyances ont perturbé ses bienfaits aux yeux de la population française. Ses déterminants sont multiples et l'AM nécessite une approche ouverte et multidimensionnelle : historique, socio-culturel, politique,

démographique, médicale. Même si elle se doit d'être améliorée dans son applicabilité, ainsi qu'approfondie tout en offrant d'autres perspectives de recherche. L'approche psycho-comportementale que nous avons choisi pour étudier l'allaitement maternel s'inscrit dans une démarche intéressante et innovante.

BIBLIOGRAPHIE

1. Turck D, Vidailhet M, Bocquet A, Bresson JL, Briend A, Chouraqui JP, et al. Breastfeeding: health benefits for child and mother. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr*. 2013;20:S29–48.
2. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491–504.
3. WHO. Postnatal Care for Mothers and Newborns Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines. [Internet]. 2015 [consulté le 15 décembre 2017]. Disponible sur : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/publications/WHO-MCA-PNC-2014-Briefer_A4.pdf?ua=1
4. Carbonnel M, Hirt R, Ayoubi J. Allaitement quelles informations. *Rev Prat*. 2011;61:1.
5. Chantry AA, Monier I, Marcellin L. Allaitement maternel (partie 1) : fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation. Recommandations pour la pratique clinique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2015;44(10):1071-9.
6. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475–490.
7. ANAES. Allaitement maternel mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. *Acta Endoscopica*. 1998;28(2):151-5.
8. Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, Rivier A, Callec M, Polverelli JF, et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France). *Arch Pédiatrie*. 2001;8(8):807–815.
9. Branger B, Cebron M, Picherot G, De Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr*. 1998;5.
10. Siret V, Castel C, Boileau P, Castetbon K, l'Hélias LF. Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart. *Arch Pédiatrie*. 2008;15(7):1167–1173.
11. OMS Vallenias C, Savage F. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement.[Internet]. 1999 [Consulté le 19 mars 2018]. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65956/WHO_CHD_98.9_fre.pdf;jsessionid=EACDAEC7488C32E03FD8735DA9DBC56?sequence=1
12. HCSP. Propositions pour une Politique Nationale Nutrition Santé à la hauteur des enjeux de santé publique en France PNNS 2017-2021. [Internet]. 2017 [Consulté le 26 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiSxcKq6PDhAhW3DmMBHRg2DDYQFjAAegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.hcsp.fr%2FExplore.cgi%2FTelecharger%3FNomFichier>

13. OMS. Déclaration d' Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel.[Internet]. 1990 [Consulté le 2 janvier 2019]. Disponible sur : <https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/Declaration-Innocenti-1990.pdf>
14. OMS. Déclaration d' Innocenti sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. [Internet]. 2005 [Consulté le 2 janvier 2019]. Disponible sur : http://www.breastfeedingcanada.ca/documents/Innocenti_Declaration_2005_French.pdf
15. Initiative hôpital amis des bébés . Tout sur IHAB. [Internet]. [Consulté le 8 février 2019] Disponible sur: <https://amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php>
16. Wallwiener S, Müller M, Doster A, Plewniok K, Wallwiener CW, Fluhr H, et al. Predictors of impaired breastfeeding initiation and maintenance in a diverse sample: what is important? Arch Gynecol Obstet. 2016;294(3):455-66.
17. Capponi I, Roland F. Allaitement maternel : liberté individuelle sous influences. Devenir. 2013;25(2):117.
18. Turck D, Vidailhet M, Bocquet A, Bresson JL, Briend A, Chouraqui JP, et al. Breastfeeding: health benefits for child and mother. Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr. 2013;20:S29–48.
19. de Jager E, Skouteris H, Broadbent J, Amir L, Mellor K. Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: A systematic review. Midwifery. 2013;29(5):506-18.
20. Meedy S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. Women Birth. 2010;23(4):135-45.
21. ANAES. Allaitement maternel mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. [Internet]. HAS; 2002 [Consulté le 3 février 2018]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf
22. DiGirolamo A, Thompson N, Martorell R, Fein S, Grummer-Strawn L. Intention or Experience? Predictors of Continued Breastfeeding. Health Educ Behav. 2005;32(2):208-26.
23. Muller L, Spitz E. Les modèles de changements de comportements dans le domaine de la santé. Psychol Fr. juin 2012;57(2):83-96.
24. Giger J-C. Examen critique du caractère prédictif, causal et falsifiable de deux théories de la relation attitude-comportement: la théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié. Année Psychol. 2008;108(1):107–131.
25. Godin G. Les comportements dans le domaine de la santé. Les presses de l'université de Montreal. 2012.
26. Gheorghiu A. Comportements dangereux au volant chez les jeunes. Le rôle des mécanismes d'influence sociale dans le groupe.[Thèse de doctorat en psychologie]. Bordeaux :Université Bordeaux Segalen École doctorale Sociétés, Politique, Santé Publique; 2012.
27. Melanson S. Déterminants de l'intention de pratiquer régulièrement la marche chez des femmes

en phase post-thérapeutique d'un cancer du sein. [Mémoire pour l'obtention du grade de maître en sciences]. Laval : Université de médecine/ Faculté des sciences infirmières; 2006.

28. Marquebielle C. Étude du mésusage de l'alcool chez les internes en médecine : approche explicative par l'application contextuelle de la Théorie du Comportement Planifié (TCP), et l'exploration du rôle du stress perçu. [Mémoire en psychologie clinique, option psychologie de la santé]. Bordeaux : Université des sciences humaines et sociales; 2017.
29. Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *Br J Soc Psychol.* 2001;40(4):471-99.
30. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1991;50(2):179–211.
31. Manstead ASR, Proffitt C, Smart JL. Predicting and Understanding Mothers' Infant-Feeding Intentions and Behavior: Testing the Theory of Reasoned Action. *Infant Feeding.* :15.
32. Sheppard BH, Hartwick J, Warshaw PR. The Theory of Reasoned Action: A Meta-Analysis of Past Research with Recommendations for Modifications and Future Research. *J Consum Res.* 1988;15(3):325.
33. Godin G, Kok G. The Theory of Planned Behavior: A Review of its Applications to Health-Related Behaviors. *Am J Health Promot.* 1996;11(2):87-98.
34. Manstead ASR, Eekelen SAM. Distinguishing Between Perceived Behavioral Control and Self-Efficacy in the Domain of Academic Achievement Intentions and Behaviors. *J Appl Soc Psychol.* 1998;28(15):1375-92.
35. Dennis C-L. Theoretical Underpinnings of Breastfeeding Confidence: A Self-Efficacy Framework. *J Hum Lact.* 1999;15(3):195-201.
36. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women Birth.* 2010;23(4):135-45.
37. Blyth R, Creedy DK, Dennis C-L, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth.* 2002;29(4):278–284.
38. Kools EJ, Thijs C, Vries H de. The Behavioral Determinants of Breast-Feeding in the Netherlands: Predictors for the Initiation of Breast-Feeding. *Health Educ Behav.* 2005;32(6):809-24.
39. Dennis C. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003;32(6):734-44.
40. Persad MD, Mensinger JL. Maternal Breastfeeding Attitudes: Association with Breastfeeding Intent and Socio-demographics Among Urban Primiparas. *J Community Health.* avr 2008;33(2):53-60.
41. DiGirolamo A, Thompson N, Martorell R, Fein S, Grummer-Strawn L. Intention or Experience? Predictors of Continued Breastfeeding. *Health Educ Behav.* 2005;32(2):208-26.

42. Wambach KA. Breastfeeding intention and outcome: A test of the theory of planned behavior. *Res Nurs Health*. 1997;20(1):51–60.
43. Behera D, Kumar KA. Predictors of exclusive breastfeeding intention among rural pregnant women in India: a study using theory of planned behaviour. *Rural Remote Health*. 2015;15(3405):1–10.
44. Swanson V, Power KG. Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. *J Adv Nurs*. 2005;50(3):272–282.
45. Duckett, Laura, Henly, Susan, Potter, Sue, Hills-Bonczyk, Hulden, Rebecca, Savik, Kay. A Theory of Planned Behavior-Based Structural Model for Breast-Feeding. 1998;46:325-36.
46. Dodgson JE, Henly SJ, Duckett L, Tarrant M. Theory of planned behavior-based models for breastfeeding duration among Hong Kong mothers. *Nurs Res*. 2003;52(3):148–158.
47. Gagné C, Godin G. Les théories sociales cognitives: guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire. Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé Université Laval; 1999.
48. Cooke R, Dahdah M, Norman P, French DP. How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? A systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev*. 2016;10(2):148-67.
49. Walburg V, Pierre A, S Callahan, Chabrol H. Effet d'une information prénatale de soutien et d'information sur la durée et le vécu de l'allaitement maternel. *J Thérapie Comport Cogn*. 2006;16(3).
50. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. [Internet]. 2004 [Consulté le 24 mars 2019]. Disponible sur : http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf
51. Dennis C. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(6):734-44.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Avis CPP



Bureau :

Présidente : Stéphane DONNADIEU
Vice-Président : Marie-France MAMZER-BRUNEEL
Secrétaires : Laura CHEVREAU, Pierre COLONNA, Lionel GOUA de BAIX

Membres :

C. ARDIOT, C. BADOUAL, C. BALLOUARD, H. BEAUSSIER, J.-L. BRESSON, C. BROISSAND, M. DE FALLOIS, A. GOUEL, L. GUEST, A.-S. JANNOT, M. LARGEAU, J. NEVANT, M. SEHAN, P. VAN ES

Secrétariat : Nora VESTRIS

PARIS, le 26/11/2018

Projet de recherche n°: **18.09.05.58524 RIPH 3°**
N° ID RCB : **2017-A02659-44**

Le Comité a été saisi en date du **19/09/2018** d'une demande d'avis pour un projet de recherche impliquant la personne humaine de catégorie 3° intitulé:

« Etude des facteurs predictifs de l'allaitement maternel selon la théorie du comportement planifié »

Investigateur en France : Dr Roul
Promoteur : Univ bordeaux

Cette recherche n'entre pas dans la compétence décisionnelle des CPP. En effet, elle ne répond pas aux critères de définition des recherches impliquant la personne humaine telle que défini dans l'article L.1121-1 du code de la Santé publique.
Cette étude ne va pas améliorer les connaissances médicales mais la promotion de la santé

Ont participé à la délibération (identité et qualité des membres, catégorie) : liste en dernière page.

Dr Stéphane DONNADIEU,
Président du CPP Ile de France 2

CPP Ile de France 2
149, rue de Sévres
75 743 Paris cedex 15
Carré Mecker - Porte N2
Tel : 01 42 19 26 88
Fax : 01 44 49 45 06

Projet de recherche n°: **18.09.05.58524 RIPH 3°**
N° ID RCB : **2017-A02659-44**

ANNEXE 2 : Document information patiente

Vous êtes suivie dans le service/le cabinet pour votre grossesse. Vous allez accoucher prochainement et nous souhaitons aborder le sujet de l'allaitement maternel.

À la naissance de votre bébé, l'une des choses essentielles sera d'assurer son alimentation. L'allaitement maternel est une des façons de subvenir aux besoins de l'enfant dès sa naissance. Si la pratique de l'allaitement maternel a beaucoup progressé depuis les années 1990, elle est stable depuis une dizaine d'années et se situe à un niveau inférieur à celui de nombreux pays voisins.

Ce travail est réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine générale, sous la direction du Dr Rivière.

Le but de ce travail est d'identifier des facteurs qui peuvent influencer le fait d'allaiter ou non son enfant et ce, peu importe la durée.

Les résultats de cette étude permettront de préciser l'influence sur l'allaitement maternel des différents facteurs étudiés. Ceci permettra de cibler les déterminants de l'allaitement maternel afin de délivrer et promouvoir une information plus juste et adaptée à leurs besoins.

Ce questionnaire va être distribué aux femmes enceintes durant leur 3^{ème} trimestre de grossesse. Il est strictement anonyme, vos réponses seront étudiées grâce à un numéro mais votre nom ne sera jamais mentionné.

Il n'y a pas de mauvaise réponse possible, répondez simplement, en cochant la case qui vous semble correspondre le mieux.

Vous avez le droit de retirer votre consentement à n'importe quel moment de l'étude, les données vous concernant seront alors retirées immédiatement de la banque de données.

Vous pouvez demander des informations concernant l'avancée de l'étude ou les résultats globaux quand ceux-ci seront obtenus, par mail.

ANNEXE 3 : Déterminants de la pratique de l'allaitement maternel chez les femmes au 3^{ème} trimestre de grossesse

DIRECTIVES POUR RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE

- 1) Pour compléter ce questionnaire il faut environ 10 minutes.
- 2) Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, c'est votre opinion qui est importante.
- 3) Donner une seule réponse à chaque question, à moins d'indications contraires.
- 4) Certaines questions peuvent vous paraître semblables. Il s'agit donc de les lire attentivement avant d'y répondre.
- 5) Dans la mesure du possible, répondre à toutes les questions.
- 6) Pour répondre à la plupart des questions, il suffit de faire une croix dans la case qui correspond le mieux à votre opinion.

Dans le cadre de ce questionnaire « **l'intention d'allaiter** » votre enfant à la sortie de la maternité signifie que vous avez l'intention de nourrir votre bébé au sein, de manière exclusive ou non , à la sortie de la maternité. Peu importe la durée envisagée de cette pratique.

Cela vous prendra 10 minutes maximum pour y répondre, merci d'avance de votre participation.

Si vous l'acceptez, un appel téléphonique (sur le numéro de téléphone que vous mentionnerez plus loin) de courte durée vous sera passé dans les suites de votre accouchement pour compléter le travail de recherche.

1) Allaiter mon enfant à la sortie de la maternité serait, à mon avis :

Très inutile	Légèrement inutile	Ni utile, ni inutile	Légèrement utile	Très utile
Très nuisible	Légèrement nuisible	Ni nuisible, ni bénéfique	Légèrement bénéfique	Très bénéfique
Très compliqué	Relativement compliqué	Ni compliqué, ni facile	Relativement facile	Très facile
Très mauvais	Assez mauvais	Ni bon, ni mauvais	Assez bon	Très bon
Très désagréable	Légèrement désagréable	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement agréable	Très agréable
Très ennuyant	Légèrement ennuyant	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement stimulant	Très stimulant
Très dévalorisant	Légèrement dévalorisant	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement valorisant	Très valorisant
Très fatigant	Légèrement fatigant	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement revitalisant	Très revitalisant

2) À la sortie de la maternité, si j'allaitais mon enfant cela ...

a) Serait un bon moyen de nourrir mon enfant :

Très improbable	Assez improbable	Ni l'un, ni l'autre	Assez probable	Très probable

b) Entretiendrait le lien entre mon enfant et moi :

Très improbable	Assez improbable	Ni l'un, ni l'autre	Assez probable	Très probable

c) Serait avantageux d'un point de vue économique :

Très improbable	Assez improbable	Ni l'un, ni l'autre	Assez probable	Très probable

d) Protégerait mon enfant d'infections gastro-intestinales :

Très improbable	Assez improbable	Ni l'un, ni l'autre	Assez probable	Très probable

e) M'empêcherait de reprendre mon activité professionnelle :

Très improbable	Assez improbable	Ni l'un, ni l'autre	Assez probable	Très probable

f) Me protégerait de certains cancers :

Très improbable	Assez improbable	Ni l'un, ni l'autre	Assez probable	Très probable

3) Personnellement quelles valeurs accordez-vous au fait de :

	<i>Très indésirable</i>	<i>Assez indésirable</i>	<i>Ni l'un, ni l'autre</i>	<i>Assez désirable</i>	<i>Très désirable</i>
<i>Nourrir mon enfant avec du lait maternel</i>					
<i>Entretenir le lien mère-enfant</i>					
<i>Protéger mon enfant d'infections respiratoires</i>					
<i>Avoir des avantages économiques</i>					
<i>Ne pas reprendre mon activité professionnelle</i>					
<i>Me protéger de certains cancers</i>					

4) Les personnes dont l'opinion est important pour moi pensent que je devrais allaiter mon enfant, même partiellement, à la sortie de la maternité :

Très improbable	Assez improbable	Ni l'un, ni l'autre	Assez probable	Très probable

5) La plupart des personnes qui sont importantes pour moi me recommanderaient d'allaiter mon enfant, même partiellement à la sortie de la maternité :

Très improbable	Assez improbable	Ni l'un, ni l'autre	Assez probable	Très probable

6) Les personnes suivantes approuveraient que j'allaite mon enfant à la sortie de la maternité :

	<i>Très improbable</i>	<i>Assez improbable</i>	<i>Ni probable, ni improbable</i>	<i>Assez probable</i>	<i>Très probable</i>
<i>Mon conjoint</i>					
<i>Ma maman</i>					
<i>Ma meilleure amie</i>					
<i>Mon médecin</i>					

7) Jusqu'à quel point l'opinion des ces référents est importante pour vous :

	<i>Pas importante</i>	<i>Assez importante</i>	<i>Ni l'un, ni l'autre</i>	<i>Légèrement importante</i>	<i>Très importante</i>
<i>Mon conjoint</i>					
<i>Ma maman</i>					
<i>Ma meilleure amie</i>					
<i>Mon médecin</i>					

8) Pour moi allaiter mon enfant à la sortie de la maternité serait :

Très difficile	Légèrement difficile	Ni difficile, ni facile	Légèrement facile	Très facile

9) A quel point croyez vous exercer un contrôle sur le fait d'allaiter votre enfant à la sortie de la maternité ?

Très incontrôlable	Assez incontrôlable	Ni l'un, ni l'autre	Assez contrôlable	Très contrôlable

10) Il ne tient qu'a moi d'allaiter mon enfant à la sortie de la maternité :

Très en désaccord	Assez en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement en accord	Très en accord

11) Je me sens capable d'allaiter mon enfant à la sortie de la maternité :

Très en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un ni l'autre	Légèrement en accord	Très en accord

12) Pour vous, quelle est la probabilité d'allaiter votre enfant à la sortie de la maternité si :

	<i>Très improbable</i>	<i>Assez improbable</i>	<i>Ni l'un, ni l'autre</i>	<i>Légèrement probable</i>	<i>Très probable</i>
Vous devez vous exposer en public					
Vous avez des douleurs mammaires					
Vous devez exercer votre activité professionnelle					
Vous réalisez des économies					
Vous apportez à vos enfants une protection contre les infections					
Vous renforcez le lien mère-enfant					

13) J'ai l'intention d'allaiter mon enfant à la sortie de la maternité :

Très en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un ni l'autre	Légèrement en accord	Très en accord

14) La probabilité pour que j'allaiter mon enfant à la sortie de la maternité est :

Très faible	Assez faible	Ni faible, ni forte	Assez forte	Très forte

15) Le pourcentage de chance pour que j'allaiter mon enfant à la sortie de la maternité est de :

0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%

16) Je désire allaiter mon enfant à la sortie de la maternité :

Très en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un ni l'autre	Légèrement en accord	Très en accord

Vous allez maintenant compléter des informations complémentaires utiles au travail de thèse.

NOM:

PRENOM:

Si vous acceptez d'être contactée >>>>> N° portable:

Date de Terme théorique de votre grossesse :

Taille: Cm

Poids de forme: Kg

1) Quel âge avez-vous? ____ ans

2) Quel est votre statut civil actuel? (concubinage, seule, séparée?)

**3) Avez vous été allaitée?
Si oui combien de temps?**

**4) Vos frères et/ou sœurs ont-ils été allaités?
Si oui qui et combien de temps?**

**5) Combien avez-vous eu d'enfants?
Les avez-vous allaités? Si oui combien de temps?**

6) Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous ayez complété?

7) Quel métier exercez-vous?

8) Combien d'heures par semaine dediez-vous à votre exercice professionnel?

9) Quels sont vos revenus annuels?

**10) Fumez vous ? Ou avez-vous fumé?
Si oui combien de cigarettes par jour et depuis quel age ?.**

Autres commentaires libres:

MERCI de votre précieuse collaboration.

POST PARTUM (RECUEIL TELEPHONIQUE)

1) Avez-vous tenté d'allaiter (même partiellement) votre enfant à la sortie de la maternité :

Pas du tout	Moins d'1 semaine	Entre 1 et 2 semaines	Entre 2 et 3 semaines	4 semaines et plus

2) Allaiter votre enfant à la sortie de la maternité vous a semblé :

Très compliqué	Assez compliqué	Ni compliqué, ni Facile	Assez facile	Très facile

ANNEXE 4 : Analyse des données

Test de normalité shapiro-wilk

Shapiro-wilk normality test

```
data: Attitude  
W = 0.95178, p-value = 0.01889
```

```
data: CCP  
W = 0.98302, p-value = 0.5688
```

```
Rcmdr> with(TAB, shapiro.test(Comportement))  
  
Shapiro-wilk normality test
```

```
data: Comportement  
W = 0.85496, p-value = 4.279e-06
```

```
Rcmdr> with(TAB, shapiro.test(Intention))  
  
Shapiro-wilk normality test
```

```
data: Intention  
W = 0.78667, p-value = 6.379e-08
```

```
Rcmdr> with(TAB, shapiro.test(NS))  
  
Shapiro-wilk normality test
```

```
data: NS  
W = 0.9799, p-value = 0.4244
```

La [p-value](#) est inférieure 0.05 pour plusieurs scores, alors l'hypothèse nulle est rejetée nous considérons que nos données ne sont pas issues d'une population normalement distribuée.

Dans notre échantillon, plusieurs scores ne suivent pas une distribution normale. De ce fait, nous nous référons à un test non paramétrique pour réaliser notre matrice de corrélation (Test de Spearman).

Tableau 12: Test de normalité de Shapiro-Wilk

	p	Distribution selon une loi normale
Attitude	0.01889	Non
Contrôle comportemental perçu	0,57	Oui
Comportement	4.279e-06	Non
Intention	6.379e-08	Non
Normes subjectives	0.4244	Oui

Statistiques descriptives

```
numSummary(TAB[,c("A", "CCP", "Comportement", "Intention", "NS")],  
Rcmdr+ statistics=c("mean", "sd", "IQR", "quantiles"),  
quantiles=c(0,.25,.5,.75,1))
```


	Mean	sd	IQR	0%	25%	50%	75%	100%	n
A	76.71667	10.917397	15.50	46	68.75	79.0	84.25	97	60
CCP	35.26667	7.910231	11.25	15	29.00	36.0	40.25	50	60
Comportement	5.70000	3.021393	6.00	2	3.00	6.0	9.00	10	60
Intention	13.51667	6.680332	13.00	4	7.00	17.5	20.00	20	60
NS	37.38333	7.422119	9.25	17	32.75	38.5	42.00	56	60

Mean=moyenne, sd= écart type, IQR= écart interquartiles

Tableau 13: Statistiques descriptives (N=60)

	Moyenne	Écart-type	Min	Q1	Med	Q3	Max
Attitude	76,72	10,92	46	68,75	79	84,25	97
CCP	35,27	7,91	15	29	36	40,25	50
Comportement	5,7	3,02	2	3	6	9	10
Intention	13,52	6,68	4	7	17,5	20	20
Normes subjectives	37,38	7,42	17	32,75	38,5	42	56

Statistiques descriptives post winsorisation

```
TAB[,c("A", "CCP", "Comportement", "Intention", "NS")], statistics=c("mean",
"sd", "IQR", "quantiles"),
Rcmdr+ quantiles=c(0, .25, .5, .75, 1))
```

	mean	sd	IQR	0%	25%	50%	75%	100%	n
A	76.71667	10.917397	15.50	46.00	68.75	79.0	84.25	97	60
CCP	35.26667	7.910231	11.25	15.00	29.00	36.0	40.25	50	60
Comportement	5.70000	3.021393	6.00	2.00	3.00	6.0	9.00	10	60
Intention	13.51667	6.680332	13.00	4.00	7.00	17.5	20.00	20	60
NS	37.42933	7.299419	9.25	18.88	32.75	38.5	42.00	56	60

Winsorisation appliquée pour les sujets 18 et 19 qui étaient en frontière basse pour la norme subjective.

Tableau 14: Statistiques descriptives après winsorisation (N=60)

	Moyenne	Ecart type	Min	Q1	Med	Q3	Max
Attitude	76,72	10,92	46	68,75	79	84,25	97
CCP	35,27	7,91	15	29	36	40,25	50
Comportement	5,7	3,02	2	3	6	9	10
Intention	13,52	6,68	4	7	17,5	20	20
Normes subjectives	37,42	7,3	18,8	32,75	38,5	42	56

Matrice de corrélation de spearman

```
cor(TAB[,c("A", "CCP", "Comportement", "Intention", "NS")], use="complete")
```

	A	CCP	Comportement	Intention	NS
A	1.0000000	0.6407090	0.6931089	0.7120146	0.5002179
CCP	0.6407090	1.0000000	0.6756992	0.7222337	0.4316746
Comportement	0.6931089	0.6756992	1.0000000	0.8685389	0.5237955
Intention	0.7120146	0.7222337	0.8685389	1.0000000	0.6024945
NS	0.5002179	0.4316746	0.5237955	0.6024945	1.0000000

Tableau 15: Coefficient de corrélation de Spearman

	Attitude	Contrôle comportemental perçut	Comportement	Intention	Normes subjectives
Attitude	1,00	0,64	0,69	0,71	0,50
Contrôle comportemental perçut		1,00	0,68	0,72	0,43
Comportement			1,00	0,87	0,52
Intention				1,00	0,60
Normes subjectives					1,00

Mise a l'épreuve des hypothèses

REGRESSION LINEAIRE SIMPLE

H1 : PRÉDICTION DE CHAQUE CONSTRUIT SUR L'INTENTION

ATTITUDE>INTENTION

```
lm(formula = Intention ~ A, data = TAB)
```

Residuals:

Min	1Q	Median	3Q	Max
-11.8185	-2.5852	0.7458	3.4564	9.8453

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	-19.90727	4.37095	-4.554	2.75e-05 ***
A	0.43568	0.05642	7.723	1.79e-10 *** (R)

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 4.731 on 58 degrees of freedom

Multiple R-squared: 0.507, Adjusted R-squared: 0.4985 (variance/ % d'explication)

F-statistic: 59.64 on 1 and 58 DF, p-value: 1.789e-10

NORMES SUBJECTIVES> INTENTION

```
summary(RegModel.2)
```

Call:

```
lm(formula = Intention ~ NS, data = TAB)
```

Residuals:

Min	1Q	Median	3Q	Max
-12.588	-4.658	0.683	4.227	9.477

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	-7.12168	3.65637	-1.948	0.0563 .
NS	0.55140	0.09591	5.749	3.52e-07 ***

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 5.377 on 58 degrees of freedom
Multiple R-squared: 0.363, Adjusted R-squared: 0.352
F-statistic: 33.05 on 1 and 58 DF, p-value: 3.52e-07

CONTROLE COMPORTEMENTAL PERCU>INTENTION

summary(RegModel.3)

Call:

lm(formula = Intention ~ CCP, data = TAB)

Residuals:

Min	1Q	Median	3Q	Max
-9.9640	-2.8894	0.8305	2.9863	13.5752

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	-7.9939	2.7710	-2.885	0.00549 **
CCP	0.6099	0.0767	7.953	7.36e-11 ***

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 4.66 on 58 degrees of freedom
Multiple R-squared: 0.5216, Adjusted R-squared: 0.5134
F-statistic: 63.24 on 1 and 58 DF, p-value: 7.356e-11

H2 : PRÉDICTION DU COMPORTEMENT PAR L'INTENTION

INTENTION>COMPORTEMENT

Call:

lm(formula = Comportement ~ Intention, data = TAB)

Residuals:

Min	1Q	Median	3Q	Max
-5.2468	-0.5775	0.0384	0.7799	2.6814

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	0.39032	0.44306	0.881	0.382
Intention	0.39282	0.02943	13.346	<2e-16 ***

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 1.51 on 58 degrees of freedom
Multiple R-squared: 0.7544, Adjusted R-squared: 0.7501
F-statistic: 178.1 on 1 and 58 DF, p-value: < 2.2e-16

H3 : PRÉDICTION DU COMPORTEMENT PAR L'INTENTION

CONTROLE COMPORTEMENTALE PERCU >COMPORTEMENT

summary(RegModel.5)

Call:

lm(formula = Comportement ~ CCP, data = TAB)

Residuals:

Min	1Q	Median	3Q	Max
-----	----	--------	----	-----

-4.9540 -1.3084 0.0622 1.4010 6.7240

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	-3.40198	1.33575	-2.547	0.0135 *
CCP	0.25809	0.03697	6.981	3.16e-09 ***

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 2.246 on 58 degrees of freedom

Multiple R-squared: 0.4566, Adjusted R-squared: 0.4472

F-statistic: 48.73 on 1 and 58 DF, p-value: 3.159e-09

Résultats complémentaires

REGRESSION LINEAIRE MULTIPLE

TOUS LES CONSTRUIITS >COMPORTEMENT

lm(formula = Intention ~ A + CCP + NS, data = TAB)

Residuals:

Min	1Q	Median	3Q	Max
-8.9717	-2.5428	0.1338	2.3916	9.7787

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	-22.68934	3.71089	-6.114	9.9e-08 ***
A	0.19627	0.06367	3.082	0.003183 **
CCP	0.33826	0.08436	4.010	0.000182 ***
NS	0.24632	0.08106	3.039	0.003606 **

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 3.88 on 56 degrees of freedom

Multiple R-squared: 0.6798, Adjusted R-squared: 0.6627

F-statistic: 39.63 on 3 and 56 DF, p-value: 7.118e-14

CCP + INTENTION > COMPORTEMENT

Call:

lm(formula = Comportement ~ CCP + Intention, data = TAB)

Residuals:

Min	1Q	Median	3Q	Max
-5.3701	-0.6765	0.1206	0.7526	2.5814

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	-0.52605	0.95901	-0.549	0.585
CCP	0.03865	0.03589	1.077	0.286
Intention	0.35977	0.04250	8.466	1.16e-11 ***

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 1.508 on 57 degrees of freedom

Multiple R-squared: 0.7593, Adjusted R-squared: 0.7508

F-statistic: 89.88 on 2 and 57 DF, p-value: < 2.2e-16

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

RESUMÉ

Contexte: Selon l'OMS il est recommandé d'allaiter son enfant de manière exclusive jusqu'à ses 6 mois. Ses bienfaits sont largement approuvés cependant la France reste un des pays développés ayant le plus faible taux d'allaitement maternel. Nous avons choisi une approche psycho-comportementale avec l'usage de la théorie du comportement planifié.

Objectif : Identifier la force de chacun des construits de la théorie pour prédire l'intention et l'initiation de l'allaitement maternel.

Méthodes : Étude longitudinale, quantitative sur un échantillon de femmes au 3e trimestre de grossesse issues du CH de St Palais et d'un cabinet de sage-femmes à Pau. Étude de décembre 2017 à Mars 2018 par un questionnaire écrit type échelle de Likert puis recueil avec appel téléphonique en post-partum. Nos analyses statistiques ont consisté en des régressions linéaires simples et multiples.

Résultats : 60 questionnaires étaient complets et inclus dans notre échantillon. Les scores concernant l'attitude, les normes subjectives et du contrôle comportemental perçu sont liés de manière significative au score de l'intention d'allaiter. Les résultats de l'attitude et du contrôle comportementale perçu ont obtenu une variance des scores plus importante que les normes subjectives. Par ailleurs 75% de la variance du comportement est expliqué par le score d'intention et le contrôle comportemental perçu explique 44,7% des scores de comportement.

Conclusion : Dans notre échantillon les construits de la théorie du comportement planifié sont corrélés de manière significative aux intentions d'allaitement, tout comme les scores des intentions sont des prédicteurs significatifs du comportement d'allaitement. Des recherches complémentaires seraient intéressantes afin d'affiner les résultats de notre étude et d'élargir les champs d'action pour promouvoir l'allaitement.

Mots-clés : Allaitement naturel, comportement, femmes enceintes, médecine générale, obstétrique.

ABSTRACT

Background: According to WHO recommendations, exclusive breastfeeding for 6 months is the optimal way to nourish newborns. Its benefits are widely approved, and yet France remains one of the developed countries with the lowest breastfeeding rate. We chose a psycho-behavioral approach with the use of planned behavior theory.

Objective : Identify the strength of each construct of the theory to predict the intention and initiation of breastfeeding.

Methods: Longitudinal, quantitative study with collection from december 2017 to march 2018 using a Likert scale written questionnaire and then collection by telephone postpartum. Our sample consisted of pregnant women in the 3rd trimester of pregnancy from the Saint-Palais general hospital and a midwifery clinic in Pau. Our statistical analyses consisted of simple and multiple linear regressions.

Results: 60 questionnaires were complete and included in our sample. Attitude scores, subjective norms, and perceived behavioral control are significantly related to the intent-to-breastfeed score. The attitude and perceived behavioral control scores obtained a higher score variance than the subjective norms. In addition, 75% of the behavior variance is explained by the intention score and the perceived behavioral control accounts for 44.7% of the behavior scores.

Conclusion: In our sample, the constructs of the theory of planned behavior are significantly correlated with breastfeeding intentions, just as intention scores are significant predictors of breastfeeding behavior. Further research would be interesting in order to increase the credibility of our study and to widen the fields of action to promote breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding, behavior, pregnant women, general practice, obstetrical.