

UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009 n°

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

NOM : TRIAA BENHAMMADI Prénom : Imen

Date et Lieu de naissance : 05/04/1978 à M'SAKEN (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le : 17 novembre 2009

Les déterminants du choix du mode d'allaitement ;

Étude prospective auprès de 111 femmes

À la maternité de Max Fourestier de Nanterre

Président : Professeur LUTON

Directeur : Dr SANTANA Pascale

RESIDENT ou DES suivi de la spécialité

Table des matières

REMERCIEMENTS	5
INTRODUCTION.....	7
I. REVUE DE LA LITTERATURE	9
A. ETAT DES LIEUX DE L'ALLAITEMENT EN FRANCE.....	9
2. Les données chiffrées.....	10
3. Place de la France en Europe	13
B. BENEFICES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL.....	15
1. Le lait maternel : un produit exceptionnel.....	15
2. Bénéfices pour l'enfant	19
3. Bénéfices pour la mère.....	27
4. Intérêts économiques.....	28
C. CONTRE INDICATION DE L'ALLAITEMENT	30
1. Chez la mère	30
2. Chez l'enfant	40
D. L'ALLAITEMENT EN PRATIQUE.....	40
1. Description d'un allaitement au sein bien conduit	40
2. Signes d'efficacité ou d'inefficacité de l'allaitement dans les deux premières semaines de vie	45
3. Complications et solutions	45
E. LES MESURES D'INFORMATION ET DE PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL.....	48
1. Les institutions internationales	48
2. Les associations de soutien à l'allaitement	50
3. Le Plan National Nutrition Santé (PNNS).....	53
4. Les campagnes médiatiques.....	54
5. Rôle des professionnels de santé	55
II. L'ETUDE	56
A. MATERIEL ET METHODE	56
1. Objectifs de l'étude	56
2. Méthode.....	56
B. PRESENTATION DES RESULTATS.....	59

1.	Premier questionnaire.....	59
2.	Deuxième questionnaire	73
3.	Facteurs associés au choix du mode d'allaitement.....	84
III.	DISCUSSION	91
A.	TAUX ET DUREE D'ALLAITEMENT	91
1.	Pourcentage de mère initiant un allaitement maternel	91
2.	Taux d'allaitement à 2 mois et durée d'allaitement souhaitée	91
B.	LES RAISONS DU CHOIX DU MODE D'ALLAITEMENT	92
1.	Pourquoi les mères choisissent-elles l'allaitement maternel ?.....	92
2.	Pourquoi les mères choisissent-elles l'allaitement artificiel ?	92
C.	LA MATERNITE DE L'HOPITAL MAX FOURESTIER : UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A L'ALLAITEMENT	94
D.	FACTEURS INFLUENÇANT LE CHOIX ET LA DUREE DU MODE D'ALLAITEMENT	96
1.	Facteurs sociodémographiques	96
2.	Parité et expérience d'allaitement antérieur	98
3.	Comportement pendant la grossesse	99
4.	Facteurs psychologiques et familiaux	100
5.	Caractéristiques de l'accouchement et du nouveau-né.....	101
E.	DIFFICULTES RENCONTREES ET VECU DE L'ALLAITEMENT	102
1.	À la maternité.....	102
2.	À leur domicile.....	103
F.	CAUSES DE SEVRAGES	104
G.	L'INSUFFISANCE DE PRODUCTION LACTEE.....	106
H.	ALLAITEMENT ET ACTIVITE PROFESSIONNELLE.....	108
I.	INSUFFISANCE DE LA SITUATION FRANÇAISE ACTUELLE.....	110
1.	Les professionnels de santé	110
2.	Des facteurs culturels souvent défavorables	112
3.	Des actions internationales mal connues.....	114
4.	Les pratiques de l'industrie alimentaire infantile.....	117
5.	Le « cas » des pays scandinaves	119
J.	PERSPECTIVES : COMMENT AUGMENTER LES TAUX ET LES DUREES D'ALLAITEMENT ?.....	120
1.	Les cibles de la promotion de l'allaitement maternel	120
2.	Politique du travail et pratiques d'allaitement	123
3.	Rôle des professionnels de santé	125

CONCLUSION	131
BIBLIOGRAPHIE	133
ANNEXE 1	151
ANNEXE 2	152
ANNEXE 3	153
ANNEXE 3 suite	154
ANNEXE 3 suite	155
ANNEXE 4	156
ANNEXE 5	157
QUESTIONNAIRE.....	168

REMERCIEMENTS

*À Monsieur le Professeur Luton qui m'a fait l'honneur d'être mon président du jury.
Merci pour votre aide, votre disponibilité et votre enseignement.*

*À Monsieur le Professeur Vinceneux ,
Merci d'avoir accepté d'étudier mon travail ; recevez la marque de mon profond respect.*

À Monsieur le Professeur Nougairède ,

Merci d'avoir accepté d'étudier mon travail ; recevez la marque de mon profond respect.

*À Madame le Docteur Santana Pascale ,
Vous avez guidé ce travail de vos conseils éclairés et de vos critiques pertinentes ;
je vous remercie affectueusement pour votre disponibilité et votre compréhension.*

*À ma mère,
Merci de m'avoir offert ton lait pendant de très nombreux mois, qui en plus des bienfaits qu'il m'a apporté, a renforcé nos liens. Tu m'as toujours encouragé et cru en moi.*

*À mon père,
Merci pour ton éducation.*

*À mon mari,
Merci de m'avoir soutenue et encouragée tout au long de ce travail.*

À mes frères et sœurs.

À mes grands-mères Halima et Zohra.

À mes grands -pères Hedili et Ahmed, je ne vous oublie pas.

À ma famille.

À ma belle famille.

À mes amies.

À monsieur le Dr De Sarcus, chef de service de la maternité de l'hôpital Max Fourestier ,pour avoir accepté la réalisation de cette enquête au sein de son service.

*Aux sages- femmes et aux puéricultrices de la maternité de l'hôpital Max Fourestier ,
Merci pour leur accueil.*

À toutes les mamans ayant participé à l'étude, merci pour votre accueil, votre patience et vos encouragements.

INTRODUCTION

L'assemblée générale de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a recommandé en mai 2001 un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie et la poursuite de cet allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans voire plus en fonction du désir de la mère. [181]

Le professeur Pierre Royer a dit : « Le lait de femme allie trois qualités idéalement recherchées ailleurs : Le prix revient le plus bas, la qualité la plus élevée et la présentation la plus attirante. »[182]

Les avancées scientifiques en matière d'allaitement maternel ont été considérables ces 50 dernières années et de nombreux bénéfices lui ont été reconnus tant au niveau de la santé, de la nutrition, de la protection contre les infections virales et bactériennes et du développement de l'enfant. Il existerait un rôle préventif à plus long terme en ce qui concerne certaines pathologies chroniques comme le diabète ou l'hypertension artérielle. Ce serait les enfants nourris au sein au moins 6 mois qui profiteraient de ces avantages [61]. De plus, son bénéfice est reconnu en ce qui concerne la santé des mères et l'organisation de leur vie quotidienne.

L'avantage de l'allaitement maternel est certain au niveau social et économique et il pourrait sauver 1 à 2 millions de vies par an dans le monde.[183]

Compte tenu de ces avantages, il est difficile de comprendre pourquoi le taux d'allaitement en France est un des plus faibles d'Europe (62.5 %) [89]. Le manque d'information de la population et la persistance d'un certain nombre de préjugés peuvent en être la cause. La formation insuffisante des professionnels de santé participe aussi au peu de soutien ressenti par les mères lors de la mise en route de leur allaitement.

L'idée d'une thèse au sujet de l'allaitement, est née pendant mon séjour en tant qu'interne au sein de la maternité de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre. Lors de ce stage j'ai été agréablement surprise de constater qu'une grande proportion des femmes choisissaient de donner le sein, ce qui contrastait avec la situation nationale.

Pourquoi le taux d'allaitement est-il plus important dans cette maternité ? Pourquoi les femmes choisissent-elles d'allaiter ou de donner le biberon ? Quels sont les déterminants du choix du mode d'allaitement ? Quelles sont les difficultés rencontrées pendant l'allaitement ? Quels professionnels de santé soutiennent les femmes pendant leur allaitement ?

C'est pour répondre à ces questions que nous avons réalisé une étude prospective auprès de 111 femmes de la maternité de l'hôpital Max Fourestier.

Nous allons au préalable montrer les bénéfices de l'allaitement maternel, puis nous évoquerons ses contre-indications et la description d'un allaitement au sein bien conduit. Ensuite nous aborderons les complications et la conduite à tenir vis-à-vis de ces complications. Nous terminerons notre revue de la littérature par l'exposition des mesures d'information et de promotion de l'allaitement maternel.

Dans une deuxième partie, nous exposerons les résultats de notre étude, qui après analyse, nous permettrons de répondre aux questions qui ont motivé la thèse.

À l'issue de ce travail, nous évoquerons les perspectives d'améliorations pour augmenter les taux et la durée de l'allaitement maternel.

I. REVUE DE LA LITTÉRATURE

A. ETAT DES LIEUX DE L'ALLAITEMENT EN FRANCE

a) Outils pour chiffrer l'allaitement au sein

[87][88]

b) De la naissance au 8e jour

Le recueil des informations pour le taux d'allaitement à la naissance se fait via le certificat de santé du 8e jour de l'enfant. C'est le ministère de la santé qui centralise les informations mentionnées sur le certificat. Ensuite, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) établit les résultats nationaux. Elle publie alors un taux national d'allaitement maternel.

Les résultats ne sont cependant pas toujours fiables. Ainsi, certains départements considèrent le non-renvoi du certificat du 8e jour comme « non-allaitement ». Il y a certainement une sous-évaluation par ce procédé.

Les enquêtes nationales périnatales sont un autre moyen de chiffrer l'allaitement au sein. Elles différencient le taux d'allaitement exclusif du taux d'allaitement mixte. Elles portent sur la totalité des naissances d'enfants nés vivants ou mort-nés survenues pendant une semaine si la naissance a eu lieu après 22 semaines d'aménorrhées ou si l'enfant pesait au moins 500gr. Les informations sont recueillies à partir du dossier médical des maternités et à partir d'un interrogatoire des femmes en suite de couches. Ces enquêtes sont réalisées à intervalles réguliers, elles sont mises en œuvre par la direction générale de la santé et réalisées par les services départementaux de PMI, la DRESS et l'unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

c) Au-delà du 8e jour

On dispose en France des certificats de santé du 9e mois et du 24e mois de l'enfant pour connaître la cinétique du taux d'allaitement en fonction de l'âge.

Ils comportent, dans la partie médicale, des questions sur l'allaitement au sein, de manière identique à 9 ou 24 mois. L'allaitement exclusif et l'allaitement mixte y sont différenciés. Pourtant ces items sont souvent mal renseignés et ils sont donc peu exploités tant au niveau des régions qu'au niveau national.

Des enquêtes nationales sont aussi réalisées. Elles peuvent émaner d'associations nationales comme la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM) ou, d'instances scientifiques comme l'INSERM.

Il existe à plus petite échelle des enquêtes départementales ou régionales qui par recoupements permettent de se faire une idée de ce qui se passe sur le territoire français. Citons, par exemple, l'association « Ecoute Lait » dans les pays de Loire qui a réalisé une large enquête sur 800 femmes allaitantes en 2004 pour essayer de mieux comprendre les enjeux de l'allaitement au sein et de sa poursuite dans cette région. Cela cible mieux les besoins de cette région et oriente les initiatives de l'association. À l'issue de cette enquête est né le projet Refait qui est un groupe de référents en allaitement maternel dans la Loire regroupant des mamans et des professionnels de santé qui sont intéressés par l'allaitement au sein. Il n'y a donc pas de petites enquêtes.

2. Les données chiffrées

a) Taux d'allaitement à la naissance

Le taux d'allaitement précoce, tel qu'il est déclaré par les mères à la maternité, progresse sensiblement ces dernières années. De 52.5 % en 1998, il est passé à 62.5 % en 2003.

Sur la même période, le taux d'allaitement exclusif a également connu une nette progression en passant de 45 à 56 % en 2003. [88][89]

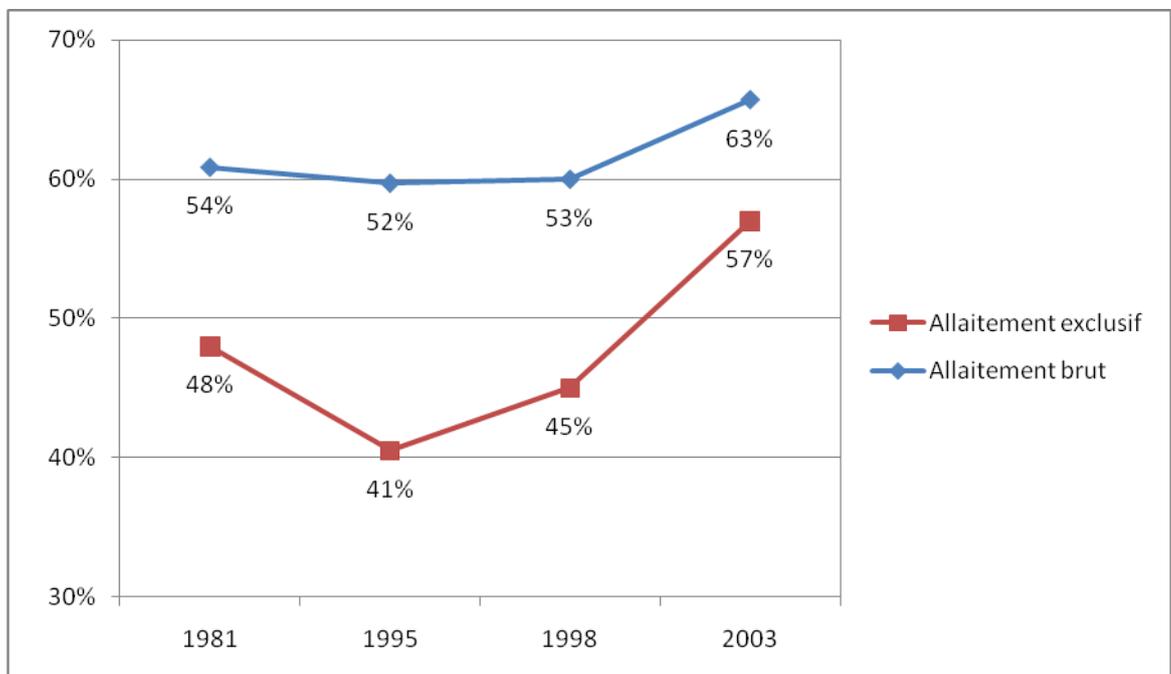


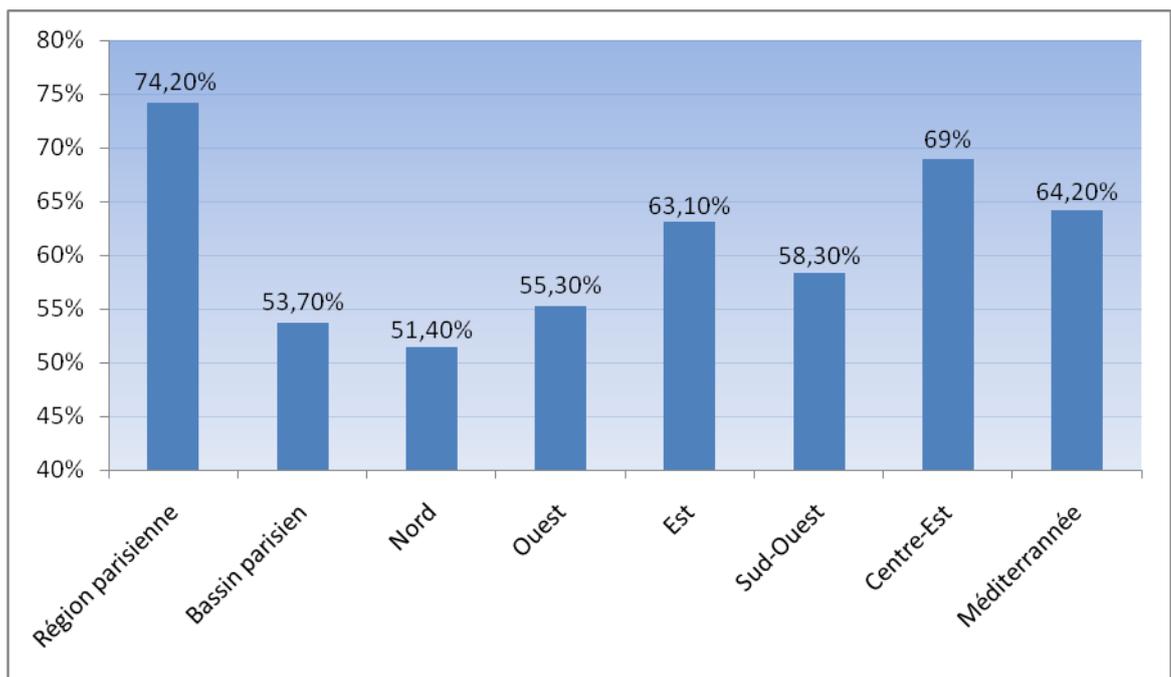
Tableau d'allaitement maternel en France de 1981 à 2003

b) Disparités des chiffres en fonction des régions françaises

[88][89]

La répartition géographique de la pratique de l'allaitement maternel est très inégale sur le territoire français. L'enquête nationale périnatale de 2003 a mis en évidence des disparités nationales qu'on peut rapprocher des disparités observées au plan international. En effet, deux pays qui apparaissent proches au plan socio-économiques et culturel n'ont pas forcément des taux d'allaitement au sein superposables.

Schématiquement, le Nord et l'Ouest de la France ont des taux plus faibles que la région parisienne, le grand Sud et l'Est. Le taux observé en région parisienne en 2003 peut dépasser de presque 12 points le taux d'allaitement brut national ou être inférieur de 9 points dans la région du Nord.



Taux d'allaitement maternel brut en France en 2003 par région.

Chiffres extraits des résultats de l'enquête nationale périnatale de 2003

Ces disparités régionales montrent l'importance des politiques locorégionales pour promouvoir l'allaitement maternel, relayées ensuite au plan national.

c) *La durée de l'allaitement*

[90][91][92]

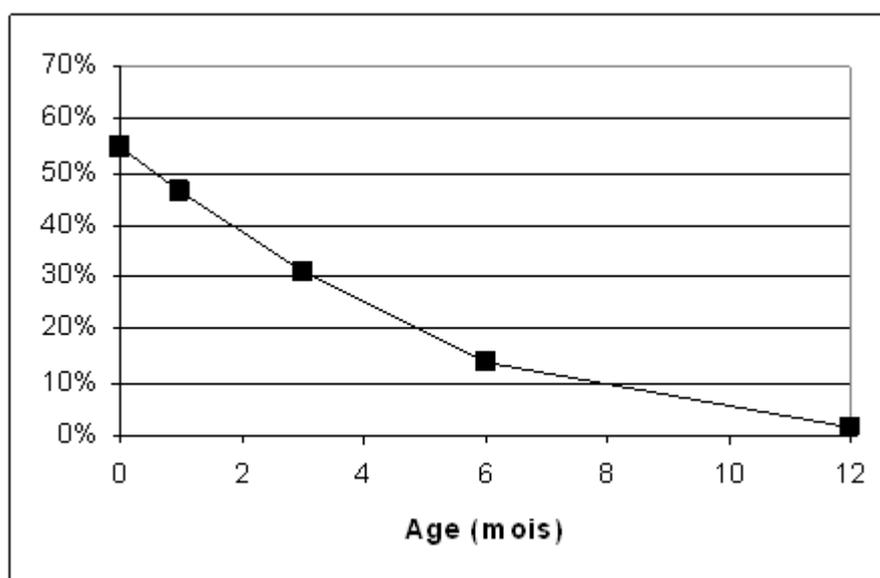
Depuis quelques années, les certificats de santé du 9e mois comportent bien une question sur l'allaitement et sa durée. Mais ils sont généralement si mal renseignés qu'ils sont inexploitables au niveau national.

En 1999, la COFAM a recueilli des données auprès de plusieurs conseils généraux. Les chiffres fournis par huit départements montrent une chute importante du taux d'enfants allaités dans les premiers mois. À 5 semaines, en moyenne 30 % des mamans ont interrompu leur allaitement. À 10 semaines 50% des femmes en moyenne n'allaitent plus.

Si on recoupe les différentes données de la littérature, la médiane de durée de l'allaitement est de l'ordre de 7 à 10 semaines en France. La fourchette est imputée aux disparités régionales. Elles existent pour la durée de l'allaitement comme pour le taux d'allaitement à la naissance comme on l'a souligné plus haut.

Rappelons ici que les recommandations de l'OMS relayées par l'ANAES sont d'allaiter exclusivement pendant 6 mois. On est en donc bien loin. A 6 mois, il ne reste que 10 à 15 % d'enfants allaités dans l'enquête de la COFAM.

Un sondage effectué par l'Institut des Mamans sur un échantillon de 1117 mères qui ont répondu en septembre 2002 à un questionnaire par internet, a dessiné une courbe qui représente l'évolution des taux d'allaitement les 12 premiers mois. Cette enquête a été commandée par La Lèche League. Cependant étant réalisée par internet, elle présente un biais de recrutement. [94]



Taux d'allaitement en fonction de l'âge du nourrisson (sondage français)

3. Place de la France en Europe

Les chiffres concernant l'initiation et la durée de l'allaitement en France sont encourageants du fait de leur augmentation.

Pourtant, la situation en France est loin d'être satisfaisante si on la compare à celle de nos voisins européens. Le taux d'allaitement français est, en effet, l'un des plus bas en Europe.

En 2003, un bilan de la situation européenne a été publié par un groupe de travail de la Commission Européenne, reprenant les taux d'allaitement nationaux de 0 à 12 mois. [93] (annexe 4)

Les taux d'allaitement à la naissance (initiation ou à la sortie de la maternité, tout allaitement inclus y compris les allaitements non exclusifs) (fig. 1), les taux d'allaitement à 3 ou 4 mois (tout allaitement compris)(fig. 2) et les taux d'allaitement à 6 mois (tout allaitement compris) (fig. 3) ont été répertoriés.

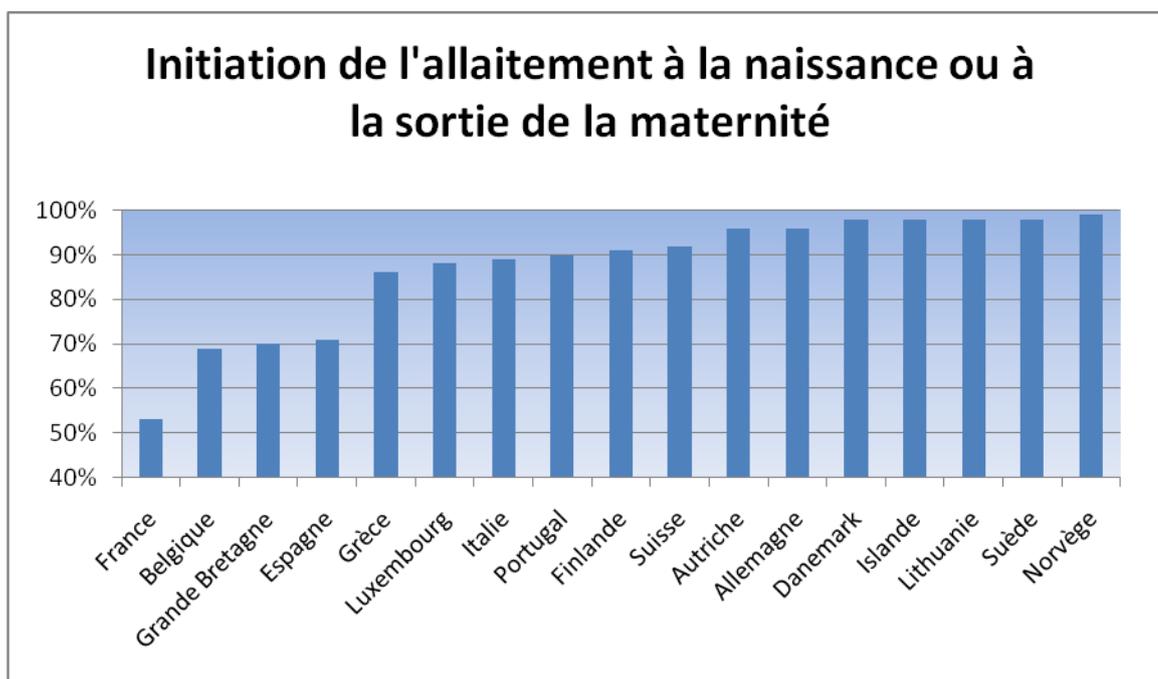


Fig. 1 : taux d'allaitement à la naissance dans 17 pays européens.

Comme nous pouvons le voir sur ce graphique, la prévalence de l'allaitement maternel en France est une des plus faibles des pays européens. Alors que le taux d'initiation de l'allaitement maternel est supérieur à 90 % pour 10 pays.

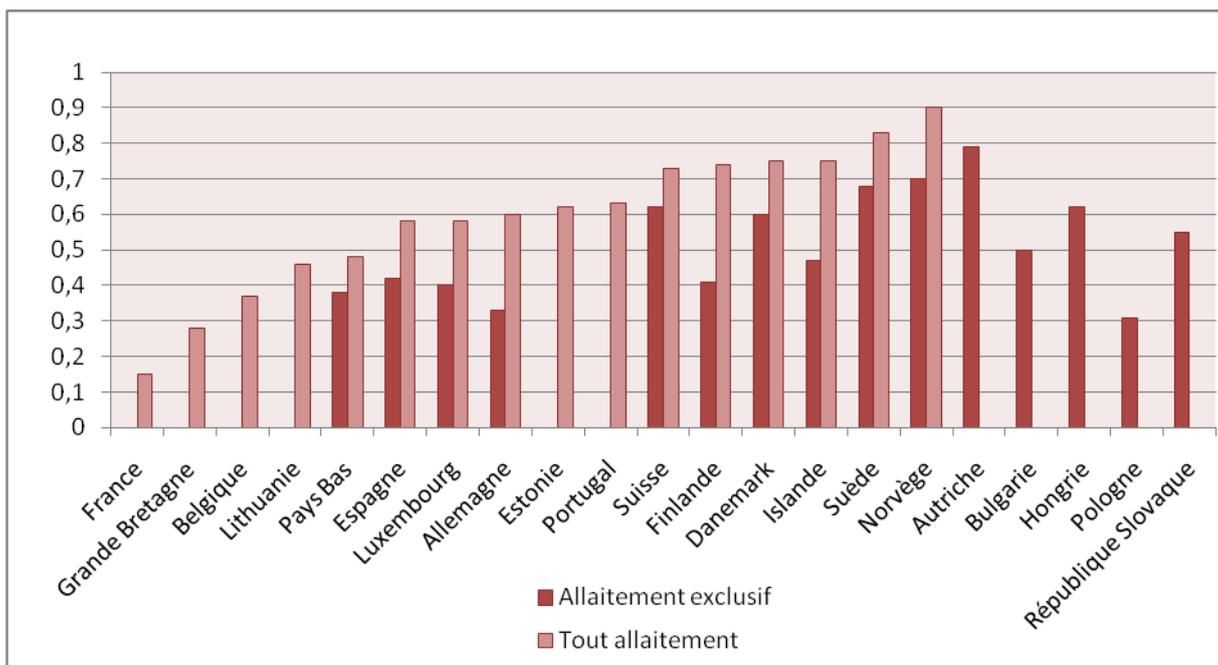


Fig 2 : taux d'allaitement à 3 ou 4 mois (tout allaitement compris) dans 21 pays européens

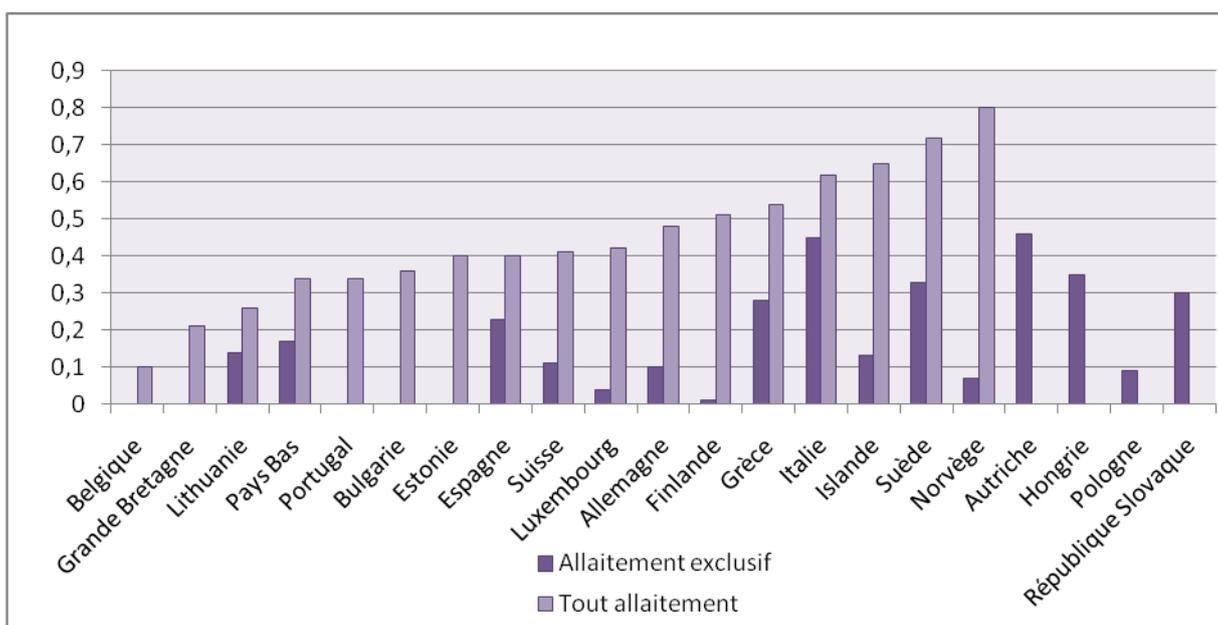


Fig. 3 : taux d'allaitement à 6 mois dans 21 pays européens.

Il n'y a pas de données françaises concernant le taux d'allaitement à 6 mois.

En conclusion, même si les taux français d'initiation de l'allaitement maternel sont en hausse, la France reste très en retard par rapport à ses voisins européens. De gros progrès pour encourager et soutenir l'allaitement maternel doivent donc être faits. De plus, des études s'avèrent nécessaires pour mieux préciser la durée de l'allaitement maternel et les taux d'allaitement à 4 mois et à 6 mois.

B. BENEFICES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

1. Le lait maternel : un produit exceptionnel

[1] [2] [3][4] [5][6] [7][8][9][10][11]

a) Composition du lait maternel

Le lait de chaque mammifère est spécifique à l'espèce et n'est pas échangeable. Sa composition est génétiquement imposée. En comparant le lait maternel, les préparations industrielles pour nourrissons et le lait de vache, il s'agit de dégager les spécificités du lait maternel et sa supériorité pour la protection du nourrisson.

Nous nous appuyerons sur les chiffres du tableau de synthèse suivant.

Pour 100mL	Lait de vache	Préparations pour nourrissons	Lait de femme mature (après J4-J5)
Poudre (g)		12,6-15	
Calories (kcal)	65	66-73	67
Protides (g)	3,7	1,5-1,9	1
- Caséine (%)	80	60-80* 44-50**	40
Lipides (g)	3,5	2,6-3,8	3,5
- Acide linoléique (mg)	90	350-740	350
- Acide a-linolénique (mg)	Traces	30-100	37
Glucides (g)	4,5	6,7-9,5	7,5
- Lactose (%)	100	47-100	85
- Dextrine-maltose (g)	0	1,1-2,6	0
- Autres sucres	Aucun	Amidon, glucose, fructose, saccharose	Oligosaccharides
Sels minéraux (mg)	900	250-500	210
- Sodium (mg)	48	16-28	16
- Calcium (mg)	125	43-93	33
- Calcium/Phosphore	1,25	1,2-1,9	2
- Fer (mg)	0,03	0,7-1	0,05

▪ **Les protéines :**

La teneur en protéines du lait de femme, comprise entre 0.8 et 1.2 g pour 100ml, est nettement inférieure à celle des autres mammifères. Néanmoins, elle est parfaitement adaptée aux besoins du nourrisson en raison d'une excellente absorption et d'une parfaite adéquation du profil de ses acides aminés.

Les protéines sont constituées essentiellement par les caséines et les protéines solubles.

Les caséines :

Elles sont présentes à un faible taux dans le lait maternel (40%, contre 80 % pour le lait de vache), de ce fait la coagulation du lait de femme est plus fine, ce qui permet une vidange gastrique plus rapide.

La dégradation des caséines libère des peptides à activité biologique (activité opioïde ou anti-infectieuse) ou encore des fractions glycopeptidiques stimulant la croissance des bifidobactéries dans le tube digestif du nourrisson.

Les protéines solubles :

Ce sont les protéines qui ne précipitent pas avec les caséines, elles se composent essentiellement :

Des immunoglobulines et des lysozymes, intervenants indispensables dans les défenses immunitaires du nourrisson.

De la lactotransferrine, qui est une protéine de transport spécifique pour le fer, pour lequel elle possède une très forte avidité. Ainsi le fer maternel présent à un taux plus faible que dans les préparations industrielles est grâce à cette protéine, capté de manière optimale par le nourrisson.

La lactotransferrine, en s'emparant du fer nécessaire au développement de certaines bactéries pathogènes dans le tube digestif du nourrisson, aurait aussi un effet protecteur anti infectieux .

Des facteurs de croissance comme l'Insuline-like Factor (IGF), les facteurs de croissance leucocytaire (G-CSF) et l'Epidermal Growth Factor (EGF), qui a une action trophique sur les muqueuses gastrique et intestinale.

On trouve aussi de l'érythropoïétine, des protéines de liaison des folates, des vitamines B12 et D, de la thyroxine et des corticostéroïdes, et différents cytokines, pro-inflammatoires (TNF- α , IL1, IL6, IL8, IL12, IL18) ou anti-inflammatoires (IL10, IGF-2), dont le rôle physiologique reste à préciser.

Le lait de femme n'est donc pas un simple « véhicule » de nutriments ; il a de nombreuses propriétés biologiques.

- **Les glucides :**

Le lait de femme est plus riche en glucides que le lait de vache (7.5 contre 4.5g pour 100 ml).

Alors que le lait de vache ne comporte que du lactose, chez celui de la femme 15 % des glucides sont des oligosaccharides. Ces derniers sont formés de cinq sucres élémentaires (glucose, galactose, N-acétylglucosamine, fucose, acide sialique), de structure ramifiée, ils sont au nombre de plus de 130 .

Ces sucres ont démontré leur rôle dans la mise en place de l'écosystème bactérien colique et dans la protection des infections digestives et extra digestives en intervenant sur le système immunitaire.

- **Les lipides :**

La teneur en lipides du lait maternel est proche du lait de vache (3.5g pour 100 ml). La supériorité du lait maternel réside encore dans une meilleure adaptation pour le nourrisson.

Le coefficient d'absorption des graisses issues du lait maternel dans le tube digestif du nourrisson est de 80 % les 1ers jours contre 60 % avec le lait de vache et, à 3 mois il est de 95 % contre 80 % avec le lait de vache. Ceci est dû à la présence d'une lipase spécifique aux capacités physiologiques du nourrisson. Elle est mise en activité par interaction avec les sels biliaires du tube digestif du nouveau-né et elle est spécifique à la structure des triglycérides du lait maternel.

Le lait maternel apporte par ailleurs des acides gras essentiels intervenant dans la maturation cérébrale et rétinienne du nouveau-né, ainsi que du cholestérol intervenant dans la structure des membranes et comme précurseur hormonal notamment.

- **Azote et sels minéraux :**

Le lait maternel a une teneur faible en azote et en sels minéraux par rapport au lait de vache ce qui permet une moindre charge osmolaire rénale (80 mOsm par litre contre 230 dans le lait de vache ou 170 dans une préparation pour nourrisson). En découle une meilleure adaptation en cas de pertes hydriques excessives chez le nourrisson, comme c'est là en cas de fièvre ou de diarrhées.

b) Évolutivité du lait maternel

(1) En fonction de l'âge de l'enfant

Le lait de femme est évolutif, il passe par différentes phases. Dans le post-partum immédiat de 0 à 5 jours, on l'appelle le colostrum. On parle ensuite de lait de transition jusqu'au 12^{ième} jour. Au delà, on parle de lait mature.

Le colostrum est beaucoup moins riche en lipides, en lactose et en caséine que le lait mature avec donc une densité énergétique moindre (450 à 480 kcal par litre contre 650 à 700 kcal par litre). Son principal rôle est d'assurer la protection initiale du nouveau-né. En effet par rapport au lait mature il est dix fois plus riche en cellules immunocompétentes, deux fois plus riches en protéines solubles dont une partie à un rôle antibactérien comme nous l'avons vu plus haut, et deux fois plus riche en oligosaccharides.

Cette phase colostrale est beaucoup plus longue en cas d'accouchement prématuré. Le lait est alors plus riche en acides gras poly-insaturés, qui sont indispensables à une maturation cérébrale correcte du nourrisson.

Après la phase colostrale, la composition du lait varie progressivement, c'est le **lait de transition**. Il s'enrichit en lactose, lipides et caséines tandis que les concentrations en protéines solubles s'abaissent.

Il devient **lait mature**, au-delà du 14e jour. On lui retrouve alors la composition moyenne décrite dans les paragraphes précédents. Il continuera son évolution en fonction des besoins nutritionnels de l'enfant qui grandit.

(2) Évolution du lait au cours de la tétée

Au début de la tétée, le lait est riche en lactose, en eau et en sels minéraux avec une faible densité énergétique (40kcal pour 100ml), il est alors surtout désaltérant. Au cours de la tétée il s'enrichit en lipides et gagne en densités énergétiques (400 kcal pour 100 ml).

2. Bénéfices pour l'enfant

a) *Prévention des infections*

(1) Facteurs de protection du lait maternel

À la naissance, le nouveau-né a un système immunitaire immature. Il a donc besoin d'une protection efficace en attendant qu'il soit capable de synthétiser ses propres éléments de défense. Le lait maternel intervient alors à plusieurs niveaux. [1][12]

Le lait maternel contribue à atténuer l'immaturité immunitaire du nouveau-né, en retardant l'involution de la glande thymique. Il a alors un impact positif sur la fonction lymphocytaire.

Il contient des substances qui ont une action immuno-modulatrice, participant ainsi au développement du système immunitaire du jeune enfant : hormones (ACTH, cortisol, TRH), des facteurs de croissance, des cytokines, des lactoferrines, des nucléotides, oligosaccharides, acides gras polyinsaturés...

Il participe aussi directement à la défense contre les infections en s'opposant au développement des bactéries, virus et champignons par la présence de nombreuses protéines et cellules ayant une action cytolytique sur certains agents pathogènes : Transport d'anticorps (immunoglobulines), activité bactéricide (lactoferrines, lysozyme), inhibition du développement bactérien (kappa-caséine), activité antimicrobienne (lactoperoxydase), destruction des micro-organismes agresseurs (médiateurs de la phagocytose)...

Il favorise le développement de germes bénéfiques (bifidobactéries et lactobacilles), aux dépens des bactéries pathogènes dans l'intestin, et exerce ainsi un pouvoir de protection contre certaines infections (nombreux facteurs antimicrobiens, peptides à effet bifidogène, et abaissement du pH intestinal lié à l'ingestion du lait maternel).

Il contient des substances qui renforcent les défenses épithéliales intestinales et respiratoires par un effet barrière contre l'implantation des germes pathogènes (des hormones : ACTH, cortisol, vasoactive intestinal peptide..., des facteurs de croissance, des cytokines, oligosaccharides ...)

Après l'exposition ci-dessus des principaux facteurs de protections propres au lait maternel, on comprend mieux pourquoi les nourrissons allaités développent moins d'infections que ceux nourris avec des préparations lactées industrielles. Les résultats

des études cliniques réalisées confirment que l'allaitement maternel permet de prévenir les infections du jeune enfant, et ce quel que soit le niveau socio économique du pays. [12] [13].

(2) Prévention des diarrhées aigues

Ce facteur protecteur a été démontré pour les diarrhées aigues. L'allaitement maternel permet de réduire leur incidence, et lorsqu'elles surviennent leur gravité, qu'elles soient bactériennes ou virales surtout à Rotavirus. [15].

De plus il existe une forte relation entre la durée de l'allaitement et la moindre incidence des diarrhées aigues. Un allaitement exclusif d'une durée de six mois diminue significativement le risque de diarrhée aiguë pendant la première année de vie par rapport à un allaitement de trois mois. Le prolongement de l'allaitement maternel au-delà de l'âge de 6 mois ne semble pas par contre augmenter l'effet préventif.[1]

(3) Prévention de l'entérocolite ulcéro-nécrosante.

Le lait de femme a également un effet préventif à la fois sur l'incidence et la gravité de l'entérocolite ulcéro-nécrosante du nouveau-né. [1]

Lucas et al [38] ont constaté que le risque d'entérocolite ulcéro-nécrosante était 6 à 10 fois plus fréquent chez les nouveaux nés nourris au lait artificiel que chez ceux nourris au lait maternel même utilisé en complément uniquement . Dans cette étude, les auteurs estiment que l'utilisation du lait artificiel dans les unités de soins en néonatalogie serait responsable de 500 nouveaux cas d'entérocolite ulcéro-nécrosante dont 100 seraient mortels.

(4) Prévention des otites moyennes aiguës (OMA)

Une étude menée par Duncan et al [16] a constaté que les enfants nourris au lait maternel pendant au moins quatre mois présentent moitié moins d'épisodes d'OMA que ceux nourris au lait artificiel et 40% d'épisodes d'OMA en moins que ceux dont l'alimentation a été diversifiée avant l'âge de 4 mois. Les enfants allaités pendant au moins 6 mois ont un risque diminué par trois de développer une OMA.

Si l'allaitement est poursuivi au moins 4 mois, l'effet protecteur contre les OMA persiste les 6 premiers mois de vie.

À 12 mois, les enfants qui ont été allaités exclusivement pendant 4 mois ou plus présentent une incidence des OMA de 56 % contre 68%.

Ces résultats suggèrent qu'il existe une protection prolongée de l'allaitement maternel contre les OMA.

Une étude prospective d'Aniansson et al [17] a analysé l'effet de l'allaitement sur la fréquence des épisodes d'otites moyennes aiguës. La fréquence des OMA chez les enfants allaités est significativement moins élevée que chez les enfants non allaités. Le premier épisode est apparu plus tôt chez les enfants dont la diversification a été faite avant 6 mois.

Dans une étude réalisée par Duffy [18], l'allaitement maternel a également un effet protecteur sur les épisodes d'OMA et d'otites séreuses, même si l'allaitement a été de courte durée (environ 3 mois).

Les hypothèses émises pour expliquer cet effet protecteur sont : un effet mécanique lié à la façon différente de téter au sein et au biberon, un taux élevé d'Ig A protectrices contenues dans le lait maternel, des nutriments protecteurs du lait maternel et un taux élevé de prostaglandines qui protégerait l'oreille moyenne de la colonisation bactérienne.

Cet effet protecteur existe pour les épisodes aigus mais aussi pour les récurrences d'OMA [17],[18]. Le taux de récurrence des OMA chez les enfants nourris exclusivement au sein pendant au moins 6 mois est de 10 % contre 20,5 % chez ceux qui ont été allaités moins de 4 mois. Dans l'étude de Duffy, un risque élevé d'épisodes récurrents d'OMA et d'otites séreuses a été mis en évidence chez les enfants nourris au biberon exclusivement par rapport à ceux bénéficiant d'un allaitement mixte ou complet, mais de façon non significative.

(5) Prévention des infections pulmonaires

Plusieurs auteurs [19] [20] ont constaté qu'un allaitement d'au moins quatre mois permettait de réduire le nombre de consultations et d'hospitalisations pour pneumopathie. Oddy et al [21], lors d'une étude prospective, révèlent que jusqu'à l'âge de 12 mois, ce même nombre de consultations et d'hospitalisations pour bronchites spastiques, bronchiolites ou lors d'épidémies d'infections pulmonaires à virus respiratoire syncytial, est moindre pour les enfants allaités au moins 3 mois. Cependant, cet effet protecteur s'estompe avec le temps.

L'équipe de Chantry [22] a mis en évidence qu'un allaitement exclusif de 6 mois permet de diminuer le risque de pneumonie comparé à un allaitement de 4 à 6

mois après ajustement des variables statistiques telles que l'exposition au tabac et le mode de garde.

(6) Prévention des méningites à *Haemophilus Influenzae b* (Hib)

Takala et Eskola [23] ont réalisé, en Finlande, avant la campagne de vaccination contre l'Hib, une étude sur les facteurs de risque des infections à Hib et les facteurs protecteurs. Les auteurs ont démontré qu'un allaitement maternel supérieur à 6 mois (80 % des enfants sont allaités à l'âge de 6 mois en Finlande) protège contre les méningites à Hib. Seulement 3 % des enfants de moins de 6 mois ont déclaré une telle pathologie. L'effet protecteur est d'autant plus important que l'allaitement est prolongé.

Au cours d'une étude cas- témoins menée en Suède, Silfverdal [24] a montré que les bénéfices de l'allaitement maternel contre les infections invasives à Hib perdurent dans le temps. L'allaitement maternel exclusif prolongé (supérieur à 13 semaines) protège davantage qu'un allaitement mixte prolongé (supérieur à 21 semaines). Les enfants les plus âgés ont présenté moins d'infection à Hib alors qu'ils sont plus exposés aux agents bactériens.

L'allaitement maternel semble procurer un effet protecteur immédiat et un effet retardé. Cela pourrait s'expliquer par la présence de facteurs de croissance ou d'anticorps spécifiques responsables d'une immunité de base satisfaisante et de facteurs inhibiteurs de l'attachement des bactéries à la muqueuse nasopharyngée. Cet effet pourrait également être lié à la présence dans le lait maternel d'interféron gamma (IFN-gamma) et de cellules productrices d'IFN-gamma qui sont responsables de la production d'anticorps de type IgG2 (immunoglobulines G2).

C'est ce qu'a démontré Silfverdal [25] en titrant les taux d'immunoglobulines dirigées contre Hib chez les enfants ayant bénéficié d'un allaitement prolongé (supérieur à 13 semaines). Ces taux d'immunoglobulines ont été dosés pendant l'infection aiguë à Hib et pendant la convalescence. Les enfants de 18 mois et plus, allaités de façon prolongée et exclusive, avaient un taux d'anticorps anti- Hib (IgG, IgA et IgM) plus élevé que les enfants allaités sur une plus courte durée.

(7) Prévention des infections urinaires

Au cours d'une étude réalisée en Suède, Marild et al [26] ont constaté que l'allaitement maternel prolongé permet de diminuer de façon significative le risque d'infection urinaire chez l'enfant et cet effet protecteur perdure malgré le sevrage.

b) Prévention des allergies

L'allergie alimentaire est une pathologie fréquente, dont la prévalence dépasse 5 % chez l'enfant d'âge scolaire [27] . Au cours de la vie intra-utérine et de la petite enfance, un enfant génétiquement prédisposé est plus à risque de sensibilisation envers les allergènes rencontrés.

Le rôle de l'allaitement maternel dans la prévention de l'allergie est l'objet de controverse.

Saarinen [28] a mis en évidence que les enfants allaités au moins 6 mois profitent d'une protection contre les allergies pendant leurs 3 premières années. Un allaitement exclusif d'au moins 1 mois semble protéger des allergies alimentaires lors du pic de prévalence à l'âge de 3 ans. Cet effet protecteur perdure également pour les allergies de type respiratoire jusqu'à l'adolescence. Cependant, le caractère héréditaire de l'atopie est le facteur de risque majeur, devant l'exposition aux allergènes.

Dans cette étude, la prévalence de l'atopie chez les enfants ayant bénéficié d'un allaitement de courte durée est beaucoup plus importante que chez les enfants ayant profité d'un allaitement de longue durée et cela d'autant plus s'il y a des antécédents d'allergie dans la famille.

Dans cette étude, l'allaitement confère un effet protecteur prolongé contre les allergies pour lequel deux hypothèses sont évoquées :

- Le lait maternel pourrait favoriser la maturation de la muqueuse intestinale et du système immunitaire ;
- Le lait maternel pourrait réduire passivement l'exposition aux allergènes alimentaires en inhibant leur absorption, et être responsable d'une protection locale par l'intermédiaire de nombreuses immunoglobulines et notamment les IgA.

Une méta-analyse menée par Gdalevich [29] a constaté que l'allaitement maternel a un effet protecteur contre la survenue d'une dermatite atopique mais cet effet n'est démontré que chez l'enfant ayant des antécédents familiaux d'atopie au premier degré (père, mère, frère ou sœur).

Oddy et al [30] ont réalisé une étude prospective pour évaluer l'association entre la durée de l'allaitement maternel et la survenue d'un asthme chez des enfants de la naissance à l'âge de 6 ans. Ils ont démontré une diminution significative du risque de développer un asthme chez les enfants allaités exclusivement au sein de la naissance à l'âge de 4 mois au moins.

Dans l'étude de Kramer en Biélorussie [31], dans le groupe ayant bénéficié de l'intervention des professionnels de santé en faveur de la promotion de l'allaitement, une diminution de 46 % de survenue d'eczéma a été constatée.

D'autres études n'ont pas démontré d'effet protecteur de l'allaitement maternel sur le risque de survenue d'allergie et ont même démontré qu'il augmentait ce risque [32].

Les résultats controversés peuvent s'expliquer par le fait que les méthodes employées sont différentes d'une étude à l'autre, par la complexité immunologique du lait maternel lui-même et par les différences génétiques des patients.

c) Prévention de l'obésité

À ce jour, le rôle protecteur de l'allaitement maternel dans la prévention de l'obésité reste débattu, même si de nombreuses études suggèrent ce rôle bénéfique.

En 2002, une étude écossaise portant sur 32 200 enfants âgés de 39 à 42 mois a démontré une prévalence de l'obésité significativement plus faible chez les enfants nourris exclusivement au sein pendant 6 à 8 semaines [33]

On retrouve dans plusieurs études le fait que la croissance staturo-pondérale des enfants -nourris d'emblée avec un lait artificiel ou sevrés précocement est plus rapide (la différence apparaissant à partir du second trimestre et ne disparaissant pas complètement à l'âge de 2 ans).

Plusieurs hypothèses sont avancées pour l'expliquer [1] :

- Les nouveau-nés allaités au sein semblent mieux régulés (le biberon, par la possibilité de contrôler les quantités administrées, pourrait entraîner une plus grande sollicitation des mères) ;
- La stimulation des adipocytes et de l'adipogénèse avec une alimentation artificielle (par une insulïnémie significativement plus élevée) ;
- Une meilleure diversification avec l'allaitement au sein : les nouveau-nés allaités au sein semblent mieux apprécier les nouveaux goûts au bénéfice des légumes verts et fruits ;
- La teneur en protéines plus faible du lait maternel ;
- Le rôle éventuel de certains biofacteurs (hormones, peptides, insuline..).

Cet effet préventif serait probable au moins jusque dans l'enfance et l'adolescence. [34].

d) Maternel et développement psychoaffectif

Le sujet est très débattu. Il est difficile de mesurer précisément les effets de l'allaitement au sein car le développement psycho affectif de l'enfant est évidemment multifactoriel. Il dépend par exemple du milieu culturel et éducatif, du statut socio économique des parents, mais aussi du rang dans la fratrie ou encore de la qualité de l'entourage autour de l'enfant.

Une méta-analyse, publiée par Jain [35] et ses associés en 2002, a fait une synthèse intéressante en reprenant toutes les publications consacrées au sujet de 1929 à 2001. Les auteurs en ont retenu une quarantaine à la méthodologie acceptable selon leurs propres critères. 70% de ces publications concluaient à de meilleures performances cognitives chez les enfants allaités au sein. Mais, lorsque les auteurs se sont focalisés sur les deux études qui leur paraissaient les plus pertinentes, une conclue à un effet positif significatif et l'autre à l'absence d'effets.

D'autres études plus récentes soutiennent la supériorité de l'allaitement au sein.

En 2002, au Danemark l'équipe de Mortensen [36] a démontré une association positive nette entre la durée d'allaitement au sein et les résultats obtenus à des tests d'intelligence.

Une autre étude plus récente aux Philippines montre [37] quant à elle un meilleur développement cognitif chez des enfants de 8 ans et demi allaités de douze à dix-huit mois par rapport à ceux allaités moins de 6 mois.

L'allaitement semble donc associé à un bénéfice sur le plan cognitif pour l'enfant, même s'il est difficile à mesurer ou qu'il reste modeste. Il est donc dommage de ne pas en faire bénéficier l'enfant.

e) Prévention de l'HTA et des maladies cardiovasculaires

(1) HTA à l'âge adulte

La méta-analyse d'Owen [38] regroupe les données de 24 études qui donnent les valeurs de la tension artérielle mesurée à différents âges en fonction de l'alimentation des premières semaines de vie. Ce travail montre une diminution moyenne minime de la tension artérielle systolique (- 1 mm Hg) chez les personnes qui ont bénéficié d'un allaitement maternel. Cette tendance à la protection de l'allaitement a été mise en évidence pour des études avec de petits échantillons inférieurs à 300) mais cet effet est plus que modeste dans des études avec des échantillons plus importants (supérieur à 1000).

(2) Les maladies cardiovasculaires

Selon une étude longitudinale de Rich-Edwards [40], la durée d'allaitement peut être associée à une faible diminution du risque de cardiopathie ischémique à l'âge adulte.

Martin et al ont pu démontrer au cours de différentes études [41] [42] un effet protecteur modéré mais réel de l'allaitement maternel sur les facteurs de risque, l'incidence et la mortalité par maladies cardiovasculaires. Cependant les mécanismes en cause ne sont pas élucidés.

f) Prévention du diabète

(1) Le diabète insulino-dépendant (de type 1)

L'allaitement maternel aurait un effet protecteur sur l'apparition de ce type de diabète chez les enfants ayant un très fort risque génétique de diabète, mais les avis sont partagés.

Le rôle protecteur du lait maternel pourrait découler :

- d'une immunisation contre certaines protéines du lait de vache (séroréactivité croisée qui entraînerait une réaction auto-immune contre les cellules des îlots de Langerhans),
- d'altérations de la barrière intestinale (ce qui expliquerait également l'association diabète-maladie coeliaque),
- d'altérations de l'immunité intestinale,
- du rôle anti-infectieux de l'allaitement et/ou de la flore colique (présence d'éléments « antidiabétogènes » dans le lait humain),
- du rôle protecteur de substrats spécifiques du lait maternel (A6P1) [27].

L'étude cas-témoins menée par P. McKinney et al [43] a montré que l'allaitement maternel exclusif mis en œuvre immédiatement après la naissance a un effet protecteur sur l'apparition du diabète de type 1 pendant l'enfance.

Knip [44] a conforté cette notion en ajoutant à la notion d'allaitement maternel exclusif, la notion de durée qui semble avoir un effet protecteur partiel sur la destruction des cellules bêta et donc sur l'apparition du diabète de type 1. Knip [45] a évoqué quelques hypothèses pouvant expliquer l'effet protecteur du lait maternel. Il pourrait être lié à la présence d'immunoglobulines A qui augmenteraient la réponse immunitaire chez l'enfant et donc la prolifération des cellules bêta : la composition du lait maternel pourrait jouer un rôle protecteur contre les maladies auto-immunes. Enfin, le lait maternel contient une forte concentration en insuline.

Une vaste étude prospective multicentrique et internationale, l'étude TRIGR {trial to reduce type 1 diabetes in the genetically at risk}, a été débutée en 2002 et s'achèvera en 2012 et permettra sans doute de répondre à ces questions.

(2) Le diabète non insulino-dépendant (de type 2)

Deux études menées respectivement par Young [46] et Owen et al [47] ont démontré qu'un allaitement prolongé réduit le risque de développer un diabète de type 2 plus tard dans l'enfance.

g) Les cancers de l'enfant

Le risque de pathologies hématologiques, notamment de lymphome et de leucémie, semble moins important chez les enfants qui ont été allaités pendant plus de 6 mois de façon exclusive.

Le lait maternel, par les immunoglobulines qu'il contient, favorise la réponse immunitaire chez l'enfant et le protège contre les pathologies cancéreuses notamment hématologiques [48] [49].

L'étiologie de la leucémie pourrait être virale. Le lait maternel en stimulant le système immunitaire éviterait la survenue de cette pathologie chez l'enfant.

3. Bénéfices pour la mère

a) À court terme

Il était démontré que l'allaitement maternel favorise l'involution de l'utérus, grâce aux contractions induites par la sécrétion d'ocytocine. Ainsi les tétées précoces préviennent les hémorragies du post-partum et les endométrites.

Les risques d'anémies du post-partum liée à l'hémorragie génitale sont diminués grâce à la sécrétion de prolactine, qui entraîne une aménorrhée.[2]

L'allaitement au sein, sous des conditions précises, est un moyen de contraception. Ceci est dû à l'hyperprolactinémie secondaire à l'allaitement qui bloque l'ovulation, tant que l'allaitement reste exclusif. C'est la Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée (MAMA). Elle est validée par plusieurs instances internationales (UNICEF et OMS notamment) pour la première fois en 1988 et n'a pas été démentie depuis. La mère doit allaiter de manière exclusive son enfant qui doit être âgé de moins de 6 mois et elle doit rester en aménorrhée (pas de retour de couche). Les intervalles entre les tétées ne doivent pas dépasser 6 heures. [50]

Lors qu'il est pratiqué plusieurs mois en l'absence d'excès d'apport calorique, l'allaitement permet une perte de poids plus rapide dans le post-partum qu'en l'absence d'allaitement. [2]

b) À long terme.

(1) L'ostéoporose

Les avis divergent en ce qui concerne un éventuel effet protecteur de l'allaitement sur le risque d'ostéoporose après la ménopause. Pour certain, l'allaitement permet la mobilisation du calcium osseux et assure ainsi une protection contre l'ostéoporose [51].

Pour d'autres, le risque d'ostéoporose près de la ménopause n'est pas accru, la densité osseuse revenant à la normale après le sevrage. [27] [52].

Deux études menées en Turquie [53], [54] démontrent que les femmes qui ont eu plusieurs enfants et qui ont une durée d'allaitement cumulée longue ont plus de risque d'ostéoporose après la ménopause.

(2) Allaitement et cancer

L'allaitement maternel diminue l'incidence des cancers du sein. L'aménorrhée prolongée induite par l'allaitement pourrait expliquer cet effet protecteur.

Une étude a ainsi démontré que les femmes porteuses de la mutation BRCA1 qui n'avaient jamais allaité avaient un risque de cancer du sein 1.8 fois plus élevé que les femmes porteuses de cette mutation qui avaient allaité pendant au total 12 mois ou plus. [55]

Le nombre d'enfants allaités diminue aussi ce risque selon une étude nationale cas témoins britanniques. [56]

L'incidence du cancer de l'ovaire diminuerait grâce à un allaitement prolongé. Une étude mise en place par l'OMS a démontré que c'est surtout l'absence d'ovulation qui diminuerait l'incidence de ce cancer. L'absence d'ovulation est surtout présente pendant la grossesse (qui est donc un facteur protecteur) mais aussi pendant la lactation, effet d'autant plus protecteur qu'il est prolongé.[57]

4. Intérêts économiques

a) Individuel

Le choix de l'allaitement maternel plutôt que celui d'un allaitement artificiel entraîne un bénéfice économique à l'échelle familiale mais aussi nationale.

Ainsi pour un allaitement de 6 mois, on estime le coût d'une alimentation artificielle à 108 euros par mois en moyenne (lait de substitution, biberons, tétines, matériel de stérilisation) contre 22 euros par mois pour un allaitement maternel (coques, bouts de seins, tire lait, soutien-gorge adapté). [58]

Les laits artificiels représentent un coût familial non négligeable. Ainsi en moyenne il faut 40 kilos (soit environ 45 boîte) de préparations pour nourrissons pour nourrir un enfant pendant un an. [59]

C'est regrettable dans la mesure où le taux d'allaitement artificiel est plus important dans les familles de bas niveau socioéconomiques. L'allaitement au sein pourrait permettre d'accroître leur pouvoir d'achat.

b) Communautaire

L'enjeu est également du domaine de santé publique.

Le postulat s'appuie sur le rôle préventif du lait maternel pour la santé de l'enfant qu'on a vu plus haut. Chez l'enfant allaité il y a moins de maladies infantiles et donc moins de dépense de santé. L'économie est applicable au niveau familial et national.

En France un mémoire de DESS d'économie de la santé a conclu qu'une augmentation de 5 % du taux d'allaitement entraînerait une économie de 2.6 millions d'euros (en tenant compte de la diminution du risque de certaines pathologies du nourrisson) [58]

Une étude australienne a estimé qu'au moins 60 à 120 millions de dollars australiens pourraient être économisés tous les ans sur le plan de la santé publique si la durée de l'allaitement exclusif augmentait significativement. [60].

Nous pouvons également nous intéresser à l'impact de l'allaitement au sein sur l'environnement. La production du lait industrialisé pollue comme toute activité industrielle. Le recours aux préparations pour nourrisson engendre par ailleurs de nombreux déchets à traiter contrairement à l'allaitement maternel : boîtes en métal, couvercle en plastique, chauffe biberon...

C. CONTRE INDICATION DE L'ALLAITEMENT

1. Chez la mère

a) *Allaitement et contaminants liés au mode de vie*

(1) Le tabac

Il existe un passage lacté de la nicotine. La concentration en nicotine et ses métabolites dépendent du nombre de cigarettes fumées et du temps passé entre la dernière cigarette et la tétée. La concentration de nicotine dans le lait est de 1.5 à 3 fois supérieure à celle du plasma, sa demi-vie estimée entre 60 et 90 mn.

Différentes études ont rapporté une corrélation entre le tabagisme, l'initiation et la durée de l'allaitement. Les fumeuses sont moins nombreuses à allaiter et la durée de l'allaitement est moins longue que chez les non fumeuses. Cet effet est d'autant plus marqué que le nombre de cigarettes consommées par jour, est important. Ceci s'explique par des facteurs sociaux et psychologiques, mais aussi par une baisse de production lactée liée au tabac. [61]

Le tabagisme a une influence néfaste sur la santé de l'enfant en augmentant l'incidence des coliques et des maladies respiratoires. Il est donc nécessaire de les aider à arrêter de fumer et ce dès le début de la grossesse. [61]

Cependant, le tabagisme n'est pas une contre-indication à l'allaitement : si les mères continuent à fumer il convient tout de même de les encourager à allaiter leur bébé. En effet, plusieurs études ont prouvé qu'en cas de tabagisme maternel, la morbidité respiratoire était plus élevée chez les enfants nourris au lait industriel comparativement à ceux allaités. L'effet protecteur de l'allaitement est d'autant plus marqué que celui-ci est prolongé. [61][62]

Néanmoins quelques précautions peuvent être prises chez les femmes qui continuent de fumer, de façon à limiter les effets délétères du tabac : ne pas fumer en présence de l'enfant, fumer juste après les tétées et ne pas fumer dans les deux heures qui précèdent une tétée. [61]

(2) L'alcool

La concentration en alcool dans le lait maternel est voisine de celle du sérum. Elle augmente dans le lait 30 minutes à 1 heure après l'ingestion puis diminue ensuite progressivement. [61]

L'alcool est responsable d'une diminution de la sécrétion lactée de façon dose dépendante et modifie la saveur du lait.

La consommation régulière d'alcool, même en quantité modeste, peut perturber les rythmes de sommeil de l'enfant et à long terme avoir un impact sur le développement neurologique. En effet, du fait de leur immaturité enzymatique hépatique, les nourrissons éliminent moins rapidement l'alcool que les adultes et leur

cerveau en développement présentent une sensibilité accrue à l'alcool, même pour de faibles volumes. [63]

La consommation n'est pas formellement contre-indiquée, néanmoins celle-ci doit rester exceptionnelle et modérée (inférieure à 0.5g/Kg). De plus, il est souhaitable de donner le sein avant la prise de boisson alcoolisée plutôt qu'après. [61]

(3) La caféine.

La caféine diffuse dans le lait maternel mais sa concentration y reste faible.

D'après les études, la consommation de caféine ne semble pas avoir d'effet notable sur les nourrissons. Cependant il est conseillé de modérer les quantités absorbées (2 à 3 tasses à café par jour) en raison du métabolisme plus lent de la caféine chez le nouveau-né. [61]

(4) Les drogues

- Le cannabis :

Il est liposoluble s'accumule dans le lait. Ses effets chez l'enfant allaité sont peu étudiés à ce jour. Il serait responsable de sédation et de diminution du tonus musculaire chez l'enfant nourri au sein. Son impact à long terme est mal connu.

Son utilisation est déconseillée. [63]

- La cocaïne :

La cocaïne passe dans le lait maternel. Sa consommation est strictement contre indiquée en période d'allaitement car le nourrisson peut être sujet à un risque d'intoxication grave (associant irritabilité, vomissements, diarrhées, tremblements, convulsions) voire mortelle. [62][63]

- L'héroïne :

La consommation d'héroïne est une contre-indication absolue à l'allaitement maternel. Elle est responsable chez l'enfant allaité de tremblements, agitation, vomissements, difficultés d'alimentation. [62]

- Les produits de substitution aux opiacés :

- La méthadone :

L'allaitement est possible en cas de prise de méthadone par la mère si celle-ci ne dépasse pas 20 mg par jour. C'est d'ailleurs un des moyens utilisés afin d'éviter le syndrome de sevrage chez le nouveau-né, mais la substitution doit avoir été réalisée pendant la grossesse. L'allaitement dans ce cas ne doit pas être interrompu brutalement par risque de syndrome de sevrage. [63][64]

- La buprénorphine :

Elle passe dans le lait, ses effets chez l'enfant sont peu connus. On lui préfère la méthadone pour laquelle l'expérience clinique est plus grande. [63][64]

b) *Les contaminants en rapport avec l'environnement extérieur.*

Les herbicides, pesticides peuvent passer dans le lait. Une étude réalisée par l'AFSSA (Agence française de sécurité sanitaire des aliments) en 2000 montrait des concentrations excessives de dioxines dans le lait maternel (16.5 pg/g contre 0.46 pg/g dans les laits artificiels). Des efforts doivent donc être faits pour lutter contre ce type de pollution. Toutefois, à l'exception de travailleurs exposés de façon majeure aux dioxines, l'allaitement est recommandé [65].

Les métaux lourds, comme le plomb, le mercure, le cadmium peuvent également passer dans le lait maternel mais le passage reste faible et l'exposition à ces métaux lourds est rarement une contre-indication à l'allaitement maternel.

L'allaitement n'est donc pas contre-indiqué en cas d'exposition habituelle aux polluants environnementaux. En cas d'exposition massive, il faut comparer les bénéfices de l'allaitement aux risques encourus pour la santé afin de prendre la meilleure décision [65].

c) *Les infections*

(1) Le VIH

En France, un dépistage du VIH est systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes. [61]

La transmission du VIH par l'allaitement au sein a été largement prouvée, notamment par la contamination d'enfants nourris au sein dont la mère avait été infectée lors ou après l'accouchement, par une transfusion ou des rapports sexuels.

Le risque de transmission du VIH attribuable à l'allaitement maternel a été estimé à 14 % pour une durée d'allaitement de 15 à 18 mois. En cas de primo-infection par le VIH chez une mère qui allaite, le risque est encore plus grand (26 %) [61]

Le VIH peut se transmettre par le lait maternel à tout moment de la lactation. Plus la durée d'allaitement au sein est longue, plus le risque de transmission est grand. Il a également été prouvé que l'allaitement exclusif comportait un risque nettement inférieur d'infection par le VIH que l'allaitement mixte. Le risque de transmission du VIH par l'allaitement au sein est également accru en cas de charge virale élevée chez la mère, de numération cellulaire CD4+ basse, de présence de lésions mammaires (mastite, abcès, lésions du mamelon). La présence d'un muguet buccal chez l'enfant augmente également le risque de contamination par le VIH [66].

Les thérapies antirétrovirales permettent une diminution du risque, mais n'offrent pas de protection complète. [1]

La recommandation actuelle de l'OMS est donc de conseiller aux femmes VIH-positives de renoncer entièrement à l'allaitement au sein et de recourir à l'alimentation de substitution lorsque celle-ci est acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable, ce qui est le cas dans les pays développés.

Dans les pays en voie de développement, le risque de transmission doit être mis en balance avec le risque de morbidité et de décès par d'autres maladies infectieuses et par malnutrition.

Dans le cas où l'alimentation de substitution n'est pas possible dans les conditions précédemment citées, l'OMS recommande de pratiquer l'allaitement au sein de manière exclusive pendant les premiers mois, d'éviter l'allaitement partiel et de cesser complètement l'allaitement dès que cela est possible, au plus tard vers 6 mois.[66]

(a) HTLV-1

HTLV-1 a été mis en évidence dans le lait de mères infectées. Le risque de contamination d'enfants de mères infectées est plus important en cas d'allaitement au sein par rapport à l'alimentation par des laits artificiels. Ce risque augmente parallèlement à la charge virale chez la mère et à la durée de l'allaitement. [65]

L'infection maternelle à HTLV-1 est donc une contre-indication à l'allaitement maternel dans le cas où le recours à une alimentation artificielle peut se faire de manière sûre, ce qui est le cas dans les pays développés. Néanmoins, dans certains pays, comme au Japon, les femmes congèlent leur lait avant de le donner à leur bébé, la congélation détruisant le virus.

(2) Cytomégalovirus (CMV)

Le CMV est excrété dans le lait des mères virémiques à l'occasion de séroconversion mais aussi de réactivation chez des mères antérieurement immunisées contre le CMV.

L'infection à CMV est sans risque pour les enfants à terme et en bonne santé. L'allaitement maternel n'est donc pas contre-indiqué pour les mères CMV-positives d'enfants sains et à terme. [1][65]

Par contre, le CMV peut être source d'infections sévères chez les enfants prématurés et immunodéprimés. Le lait maternel des mères CMV-positives doit donc être pasteurisé avant d'être donné à ces enfants car il a été prouvé que la pasteurisation détruisait ce virus, de même que la congélation pendant 7 jours à la température de -20°C.

(3) Herpes simplex virus (HSV)

L'infection néonatale au HSV peut conduire à des atteintes sévères, voire au décès de l'enfant.

Ce virus est transmis par contact direct avec la lésion et non par le lait maternel [61] [65]. En l'absence de lésions au niveau des seins, l'allaitement peut donc être poursuivi. En présence de lésions mammaires, l'allaitement doit être suspendu, le lait tiré et jeté jusqu'à la guérison des lésions.

(4) Virus varicelle-zona (VZV)

L'infection néonatale au VZV peut également être sévère voire fatale.

Si la mère contracte la varicelle 5 jours avant la naissance ou 2 jours après, il est nécessaire de l'isoler temporairement de son enfant pendant la période où elle est contagieuse, soit 7 à 10 jours [61]. En l'absence de lésions sur le sein, le lait peut être tiré et donné à l'enfant dans la mesure où celui-ci a reçu des immunoglobulines spécifiques [65].

En dehors de cette période, l'enfant sera probablement contaminé et l'allaitement peut être poursuivi après injection d'immunoglobulines, sauf en présence de lésions importantes au niveau des seins. [61]

(5) Tuberculose

Une tuberculose active nécessite de séparer temporairement la mère de son enfant. Toutefois, le lait maternel ne contient pas de bacilles de Koch. La mère peut donc tirer son lait et le faire donner à son enfant par une tierce personne. Le choix des thérapeutiques antituberculeuses doit alors tenir compte de cet allaitement [65].

En cas d'infection tuberculeuse non symptomatique, il n'y a pas d'indication à séparer l'enfant de sa mère et l'allaitement peut être initié.

(6) Les Hépatites

- **L'hépatite B**

Le dépistage de l'antigène HBs est obligatoire au cours du sixième mois de grossesse depuis 1992.

Le portage du virus de l'hépatite B par la mère n'est pas une contre-indication à l'allaitement maternel, même en cas de répllication virale active, sous réserve que la séroprophylaxie et la première injection vaccinale soient réalisées dans les premières heures de vie. [67]

- **L'hépatite C**

Il n'existe pas de vaccination contre le virus de l'hépatite C. L'ARN du virus de l'hépatite C est retrouvé dans moins d'un tiers des échantillons de lait des mères infectées et sa concentration est en moyenne 100 fois plus faible que dans le sérum.

Il n'a pas été prouvé que le risque de transmission du virus de l'hépatite C de la mère à l'enfant soit augmenté par l'allaitement maternel.

Les recommandations françaises ne contre-indiquent donc pas l'allaitement maternel pour les mères porteuses du VHC [68][61].

- **L'hépatite A**

Le virus de l'hépatite A est le plus souvent responsable d'une infection pauci symptomatique ou asymptomatique.

Une hépatite A maternelle, au cours du dernier trimestre de grossesse ou pendant l'allaitement, n'est pas une contre-indication à l'allaitement maternel. L'injection de gammaglobulines et la vaccination contre l'hépatite A sont efficaces dans 80 à 90 % des cas. [1]

Des règles simples d'hygiène, comme le lavage des mains, sont appropriées car la transmission se fait surtout par voie oro-fécale. [65]

En somme, HIV et HTLV-1 sont les seules maladies infectieuses qui contre-indiquent formellement l'allaitement maternel dans les pays développés.

d) Allaitement et maladies chroniques maternelles

Les greffes rénales et cardiaques, les maladies cardio-vasculaires ou respiratoires sévères, les hémopathies malignes et les cancers en cours de traitement représentent des contre-indications à l'allaitement maternel, mais ces cas sont exceptionnels [61].

La plupart du temps, ce n'est pas la maladie elle-même qui est un obstacle à l'allaitement maternel mais les thérapeutiques utilisées. Il est donc important de choisir des médicaments compatibles avec l'allaitement.

Si la mère désire allaiter, il convient donc d'évaluer au cas par cas les risques encourus par la mère et l'enfant. L'effort physique représenté par l'allaitement maternel peut-il être supporté par la mère et ne risque-t-il pas d'aggraver l'évolution de sa maladie? Les traitements médicamenteux pris par la mère présentent-ils un danger pour l'enfant ? [68]

e) Allaitement et pathologies mammaires

(1) Pathologies infectieuses

Une mastite infectieuse ne représente pas une contre-indication à l'allaitement maternel. Au contraire, l'allaitement aide la mastite à guérir et il convient de mettre l'enfant au sein le plus souvent possible en association avec une antibiothérapie anti-staphylococcique compatible bien sûr avec l'allaitement [69][70][71] .

En cas d'abcès, l'allaitement doit être interrompu. Le traitement est chirurgical est impérative, l'antibiothérapie n'est qu'un traitement adjuvant. [85][86]

(2) Pathologies tumorales

En cas de pathologie kystique des seins, l'allaitement est bénéfique et entraîne une régression des symptômes. [68]

Un antécédent de cancer du sein ne représente pas une contre-indication à l'allaitement maternel [63]. Mais un traitement radiothérapeutique antérieur peut engendrer une diminution de la quantité de lait produite [73].

En cas de découverte de néoplasie mammaire en cours d'allaitement, l'allaitement peut continuer pendant le bilan pré thérapeutique ou si un traitement radiothérapeutique est débuté. Par contre, il doit être interrompu en cas de traitement chimiothérapeutique [63].

(3) Chirurgie mammaire

Une mastectomie unilatérale peut permettre un allaitement maternel si l'autre sein reste normalement fonctionnel [73].

Des antécédents de tumorectomie ou biopsies n'empêchent pas l'allaitement au sein, mais peuvent provoquer des engorgements cloisonnés.

En cas de chirurgie esthétique des seins, la capacité à produire du lait peut être affectée. D'après les études, le risque d'insuffisance de lait est multiplié par 3 par rapport aux femmes n'ayant pas subi ce type d'intervention.

Ce risque dépend également du type de chirurgie réalisée et de la technique chirurgicale employée. En effet, le taux d'échec de l'allaitement maternel est plus élevé après chirurgie de réduction par rapport à la chirurgie d'augmentation mammaire et lorsqu'une incision périéaréolaire a été réalisée. Lorsque le mamelon a été détaché du sein, l'allaitement est théoriquement impossible, mais il existe des femmes ayant réussi à allaiter après ce type d'intervention, probablement grâce à des phénomènes de régénération des tissus.

En ce qui concerne les implants mammaires, leur éventuelle nocivité pour l'enfant allaité n'a pas été prouvée. [73]

En somme, l'allaitement est possible quel que soit le type de chirurgie réalisée mais la quantité de lait produite peut s'avérer souvent insuffisante et nécessiter l'apport de compléments de lait artificiel.

f) Médicaments et allaitements

Depuis des années, beaucoup de femmes se font conseiller, à tort, de cesser d'allaiter lorsqu'un médicament leur est prescrit. La plupart des médicaments se retrouvent dans le lait mais en quantité infime, et rares sont ceux qui peuvent causer des problèmes chez le nourrisson.

(1) Facteurs influençant l'exposition systémique de l'enfant à un médicament pris par la mère [74]

Les conséquences pour l'enfant allaité d'un traitement pris par sa mère dépendent étroitement du niveau d'exposition systémique de l'enfant.

L'importance de l'exposition systémique de l'enfant va donc dépendre :

- De la biodisponibilité par voie orale du médicament :

En l'absence d'absorption digestive par exemple, on ne craint pas d'effet chez l'enfant (c'est le cas notamment pour les aminosides).

- De la quantité de médicaments présente dans le lait. Certains facteurs interviennent sur cette quantité :

- Les concentrations plasmatiques maternelles :

Plus elles sont élevées, plus les quantités présentes dans le lait risquent d'être importantes. Les concentrations plasmatiques maternelles augmentent avec la posologie et sont généralement plus élevées par voie IV que par voie orale. Elles sont le plus souvent faibles, voire négligeables en cas d'administration orale de médicaments à faible absorption digestive ou lors d'administrations locales.

- Les capacités de passage de chaque molécule dans le lait. Le passage est d'autant plus important que la liaison aux protéines plasmatiques, le degré d'ionisation et le poids moléculaire des médicaments est faible et que leur liposolubilité est élevée.

- Le moment de la tétée par rapport au pic de concentration du médicament dans le lait (ex : colchicine). Plus la tétée est proche du pic, plus la quantité présente dans le lait est importante.
- Des capacités d'élimination de l'enfant. Lorsqu'elles sont réduites, l'exposition systémique de l'enfant allaité risque d'augmenter.

C'est le cas chez le nouveau-né (en particulier en cas de prématurité) ou si l'enfant est atteint d'une pathologie retentissant sur sa fonction hépatique ou rénale.

(2) Comment choisir un traitement pour une femme qui allaite ?

Avant de prescrire un traitement à une femme qui allaite, il faut toujours se poser la question suivante : le symptôme ou la pathologie nécessitent-ils vraiment un traitement ? [61]

Si la réponse est oui, voici quelques règles simples pour aider dans le choix du traitement :

- Réduire le nombre de médicaments en bannissant les médicaments non indispensables ou n'apportant pas de bénéfice démontré ; éviter les associations de principes actifs ; mettre en garde contre l'automédication. [75]
- Lorsque le choix entre plusieurs médicaments ou voies est possible, choisir l'alternative la moins risquée :
 - Choisir les médicaments qui ont des données publiées sur leur passage lacté, plutôt que ceux récemment mis sur le marché. [76]
 - Choisir de préférence des médicaments utilisables chez le nouveau-né ou le nourrisson.
 - Choisir une voie d'administration pour laquelle le passage systémique est moindre : locale ou inhalée. Se méfier des produits à usage local sur le sein, facilement ingérés par le nouveau-né. [61][75]
 - Utiliser les données pharmacocinétiques pour choisir de préférence un médicament ayant une faible biodisponibilité orale, fortement lié aux protéines, à demi-vie courte et sans métabolites actifs. [76]
 - Utiliser la posologie la plus faible possible. [76]
- Aménager les heures de prise du médicament [63][64] :
 - Pour un médicament à prise unique quotidienne, si possible, prendre le médicament après la tétée du soir et éviter la tétée de la nuit.

- Pour un médicament à demi-vie très courte, prendre le médicament juste après la tétée, afin que les concentrations dans le lait soient les plus basses possibles lors de la tétée suivante.
- Si un médicament à risque doit être prescrit de façon unique, la mère peut, avant la prise de ce médicament, faire des réserves de lait tiré qu'elle donnera à son enfant après ingestion de la thérapeutique à risque. L'allaitement maternel pourra être repris après 2 demi-vies pour les substances à risque modeste et 5 demi-vies pour celles qui sont à risque notable.
- Informer la mère des éventuels effets indésirables et lui demander de renforcer la surveillance du bébé. [63]

(3) Comment se renseigner ?

En premier lieu, selon l'ANAES [61], il faut regarder dans la rubrique « grossesse et allaitement » du Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) du dictionnaire *Vidal*. Mais pour éviter tout risque médico-légal, de nombreux médicaments y sont déconseillés ou contre-indiqués du fait d'un manque d'informations et non à cause d'une toxicité prouvée. Les RCP du *Vidal* sont donc une source d'information insuffisante en ce qui concerne l'action des médicaments pendant la lactation car elles sont généralement incomplètes, parfois non fiables et généralement trop restrictives.[76]

Certains sites Internet peuvent s'avérer utiles :

- Celui du Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) :
(<http://wvAv.lecrat.org>)
- De la Food and Drug Administration
(<http://www.fda.gov>)
- l'EMEA à partir du portail de l' European Agency for the Evaluation of Medical Products
(<http://www.eudra.org>).

Enfin, certains services s'intéressant plus particulièrement à l'allaitement peuvent être consultés :

- Le Centre de Référence des Agents Tératogènes (CRAT) Hôpital Armand Trousseau
26, avenue du docteur Arnold Netter - 75012 Paris
Tel : 01 43 41 26 22
Site internet: <http://www.lecrat.org>
- Centre de Pharmacovigilance de l'hôpital Saint Vincent de Paul
82, avenue Denfert Rochereau - 75674 Paris cedex 14
Tel : 01 40 48 82 13 - Fax 01 40 48 83 27
- Service de Pharmacologie Clinique de l'Hôpital Robert Debré
48, boulevard Serrurier - 75019 Paris
Tel : 01 40 03 21 49 - Fax 01 40 03 47 59

2. Chez l'enfant

[61][65]

La galactosémie congénitale, due à un déficit en galactose-1-phosphate uridyl transferase est la seule contre-indication formelle à l'allaitement maternel, le lait de femme contenant du lactose.

En cas de phénylcétonurie, l'allaitement maternel est possible de façon partielle, complété par un lait sans phénylalanine sous surveillance des taux sanguins de phénylalanine.

Dans tous les autres cas de malformations congénitales ou de pathologies chroniques, il peut exister une difficulté à la mise au sein mais le lait maternel reste l'aliment de choix de ces enfants, plus sensibles aux infections. Il est donc important d'inciter les mères à tirer leur lait pour alimenter leur bébé si la mise au sein n'est pas possible.

D. L'ALLAITEMENT EN PRATIQUE

1. Description d'un allaitement au sein bien conduit

a) Règles à respecter pour bien démarrer l'allaitement

(1) Le contact peau à peau

Après un accouchement normal, un nouveau-né non sédaté posé sur le ventre de sa mère est capable de ramper et d'aller trouver seul le mamelon afin de se nourrir. Ce réflexe va disparaître progressivement pour ne réapparaître qu'à partir de la 48^{ième} heure. Il est donc important de profiter de ce moment privilégié qui va conditionner le bon déroulement de l'allaitement.

Le contact précoce permet au nouveau-né, en plus d'effectuer sa première tétée, de maintenir sa température corporelle, d'améliorer son bien-être en diminuant ses pleurs, de favoriser son adaptation métabolique et de renforcer les interactions avec sa mère.

Au cours de la première tétée, le nouveau-né bénéficie des avantages du colostrum à la fois en tant que laxatif pour favoriser l'évacuation du méconium et en tant que produit immunologique exceptionnel.

Le contact précoce, aussi court soit-il, a un effet bénéfique sur la mise en route de l'allaitement et sur la relation mère-enfant. [77] [78]

Righard et Alade ont constaté qu'une brève séparation mère enfant au cours de la première heure après l'accouchement a un effet négatif important sur le succès de la première tétée.

Soixante douze enfants nés à terme ont été observés pendant les 2 heures suivant l'accouchement.

Dans le groupe « contact », les nouveau-nés ont été laissés sur le ventre de leur mère pendant la première heure suivant l'accouchement.

Après 20 minutes, les nouveau-nés de ce groupe se sont mis en mouvement en direction du sein et au bout de 50 minutes, la plupart des nouveau-nés de ce groupe étaient au sein en train de téter.

Dans le groupe « séparation », les nouveau-nés ont été placés sur le ventre de leur mère dès la naissance puis emmenée pour les premiers soins 20 minutes après la naissance. Dans la majorité, les nouveaux-nés du premier groupe avaient une meilleure technique de succion que ceux du deuxième groupe (24/38 vs 7/34).[79]

(2) Pratiquer un allaitement à la demande

[77][68][80][81][82]

C'est la base d'un allaitement réussi. La demande de l'enfant régule l'offre en lait, c'est lui qui fixera le nombre et le rythme des tétées en fonction de ses besoins.

Au cours des premiers mois, la majorité des nourrissons tètent 8 à 12 fois par jour ce qui permet d'assurer une sécrétion lactée adaptée.

Cette fréquence élevée a aussi d'autres avantages :

- Pour le nouveau-né : la perte de poids est moins importante au cours des premiers jours et il y a une moindre incidence d'hyper bilirubinémie au sixième jour.
- Pour la mère : il y a moins de risque d'engorgement.

La physiologie de la lactation est ainsi respectée, les complications évitées et le nouveau-né est satisfait par une sécrétion lactée suffisante.

Le nombre et la durée des tétées varient d'un enfant à l'autre et pour le même enfant d'un jour à l'autre.

La durée d'une tétée est fixée par le nouveau-né : une fois rassasié, il lâche le sein de lui-même.

Par ailleurs, il existe un temps de latence entre la mise au sein et l'arrivée du flux de lait, et du fait de la variabilité de composition du lait au cours de la tétée, il est fondamental de laisser téter le nourrisson autant qu'il le souhaite pour lui permettre d'absorber les lipides fortement concentrés en fin de tétée et responsables de la satiété.

Pour permettre un allaitement à la demande, l'idéal est de laisser mère et enfant ensemble.

Le lien mère-enfant est favorisé car le contact rapproché permet de se rassurer l'un l'autre, le nourrisson pleure moins et la sécrétion lactée s'en trouve stimulée, mais ce lien est indépendant du choix d'alimentation du nourrisson.

(3) Bien se positionner pour allaiter [83]

Pour que l'allaitement maternel se déroule bien et ne se complique pas, il convient d'adopter une bonne position pour la mère et l'enfant.

• Installation de la mère :

Les tétées représentent plusieurs heures par jour, il faut éviter les positions instables sources de contractures dorsales. Il faut toujours prendre le temps de s'installer : il n'existe pas de tétées urgentes!

Les différentes positions d'allaitement :

-Position allongée sur le côté, le bébé face à elle.

-Assise dans le lit, le dos appuyé sur l'oreiller, les genoux relevés au niveau du bassin, un coussin ou un polochon d'allaitement sur les genoux et sous les bras.

-Assise dans un fauteuil, dos bien appuyé sur le dossier, coussin d'allaitement sur les genoux et sous les bras, pieds rehaussés



Position allongée
Maman en décubitus latéral Bébé tourné vers sa mère Tête face au sein

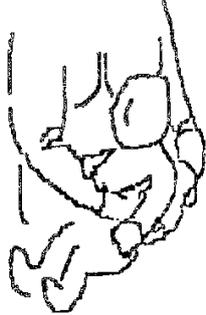


Position assise, dos calé, coussins sur les genoux et sous les bras. Repose-pieds



Position en ballon de rugby
Recommandée pour la césarienne
Ou en cas de crevasses

Installation du bébé : tourné vers sa mère, ventre contre ventre, visage face au sein, à la bonne hauteur sans avoir à tourner la tête.



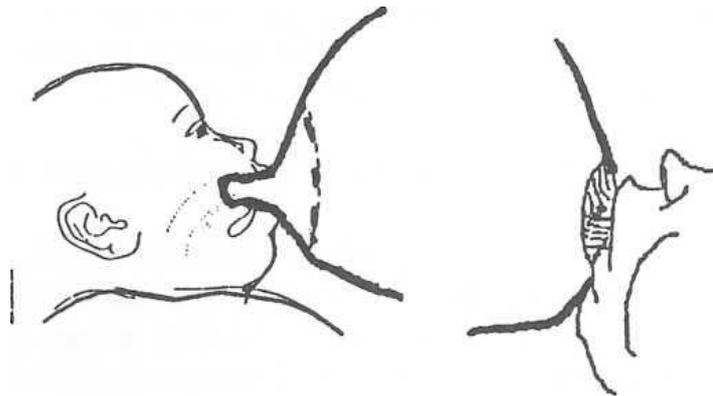
Mauvaise position



Bonne position

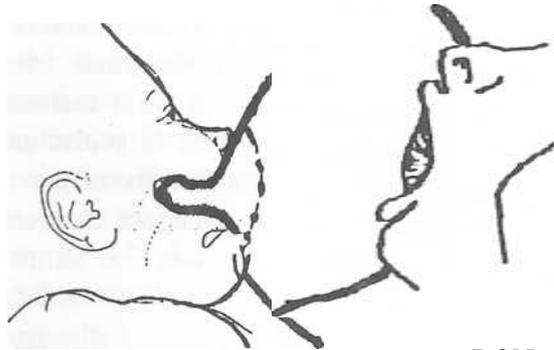
- **Bonne position de la bouche du bébé :**

-Nez et menton doivent être contre le sein, la bouche du nouveau-né doit prendre largement l'aréole et non le seul mamelon, les lèvres doivent être retroussées sur l'aréole ;



Mauvais (façon biberon)

Le bébé tète le mamelon, la gencive appuie sur la base du mamelon, douleur, crevasse. L'aréole n'est pas stimulée, bébé ne reçoit pas assez de lait.



RON

Bonne position

Nez et menton contre le sein un maximum d'aréole dans la
Bouche, lèvres retroussées sur l'aréole

(4) Éviter les compléments

Il est nécessaire de les éviter au maximum surtout les premiers jours afin de ne pas risquer une confusion sein /tétine (la succion au sein et à la tétine n'obéissent pas aux mêmes mécanismes), ainsi qu'une baisse de la lactation par diminution de la stimulation.

Ils ne devraient être donnés que sur avis médical dans les cas suivants définis par l'OMS [80]:

- nouveau-né ayant un poids de naissance inférieur à 1000 g
- nouveau-né dysmature avec risque d'hypoglycémie
- nouveau-né dont l'état ne s'améliore pas avec la poursuite de l'allaitement
- infection par le VIH de la mère
- anomalies congénitales du métabolisme chez l'enfant type galactosémie
- nouveau-né souffrant de déshydratation aiguë lorsque l'allaitement maternel ne peut fournir une hydratation suffisante
- Prise médicamenteuse de la mère contre –indiquant l'allaitement.

La décision de donner un complément est prise, au cas par cas, et il est préférable de donner ce complément à la seringue, à la cuillère ou à la tasse afin de ne pas perturber le mécanisme de succion.[82]

Pour un nouveau-né à terme et en bonne santé, l'allaitement exclusif suffit à satisfaire ses besoins nutritionnels.

Les mères doivent être encouragées à allaiter aussi souvent et aussi longtemps que leur nouveau-né le demande, sans restrictions [77].

- (5) Encourager la cohabitation mère bébé 24h-24h
[80]

2. Signes d'efficacité ou d'inefficacité de l'allaitement dans les deux premières semaines de vie

[84]

Le bébé doit avoir 3 selles par jour, et ne plus avoir de selles méconiales au-delà du quatrième jour, et avoir une diurèse correspondant à six couches mouillées par 24 heures au-delà du 4e jour.

Une inefficacité de l'allaitement maternel doit être évoquée devant :

- Un trouble du comportement du bébé (agité, irritable, endormi, refusant de téter),
- Devant une perte de poids supérieure à 7%, ou persistant après le troisième jour de vie
- Une absence de reprise de poids au 5e jour
- Une absence de reprise du poids de naissance au 14e jour.

L'inefficacité de l'allaitement maternel doit être évoquée si on note :

- Une absence de modification du volume des seins de la mère au 5e jour de vie du bébé
- Une douleur des mamelons persistante ou se majorant
- Un engorgement du sein non diminué après la tétée.

3. Complications et solutions

[85][86]

a) Crevasses

Elles sont favorisées par une technique d'allaitement inadéquate. Négligées, elles peuvent être à l'origine d'un engorgement unilatéral, puis d'une lymphangite.

Leur diagnostic repose sur les éléments suivants :

- Douleurs unilatérales, centrées sur le mamelon, rendant la tétée très douloureuse
- Absence de fièvre
- À l'examen : érosion superficielle à l'inspection du mamelon

Leur traitement :

- Nettoyage et séchage du mamelon après chaque tétée
- Une application de crèmes grasses et ou cicatrisantes

- Ré –expliquer les modalités techniques de l’allaitement

b) Engorgement mammaire

Il peut être uni- ou bilatéral.

La forme bilatérale, contemporaine de la montée laiteuse, est la conséquence d’un asynchronisme entre la lactogénèse, déjà opérationnelle, et les mécanismes d’éjection du lait, encore inefficaces.

L’engorgement régresse habituellement en deux ou trois jours.

Le diagnostic repose sur les éléments suivants :

- Les deux seins sont durs, tendus et douloureux
- Fièvre modérée à 38°C.

Le traitement :

- Douches chaudes sur les seins
- Massage circulaire des seins avant les tétées
- Pansements antiphlogistiques type Osmogel
- Eventuellement et de façon ponctuelle, injection intramusculaire oxytocine (Syntocinon) vingt minutes avant la tétée pour favoriser l’éjection du lait.
- Rassurer la femme

c) Lymphangite mammaire

Conséquence d’un engorgement mal pris en charge. Elle se manifeste par des signes mammaires très importants :

- Elle survient 5 à 10 jours après l’accouchement
- Le début est brutal, avec fièvre à 39-40°C
- À l’examen on note un placard rouge, chaud, douloureux de la face externe du sein, avec une traînée rosâtre vers l’aisselle et une adénopathie axillaire douloureuse.
- Le lait recueilli avec un coton est propre, sans trace de pus

Une lymphangite régresse en 24 à 48 h si elle est correctement traitée, mais il existe une évolution possible vers une galactophorite si la guérison est incomplète.

Le traitement repose sur :

- La suspension temporaire de l’allaitement avec le sein douloureux.
- Le lait doit être tiré et jeté pour bien vider le sein (à l’aide d’un tire lait), l’allaitement doit être poursuivi avec l’autre sein.
- Donner de l’aspirine ou un anti-inflammatoire non stéroïdien.
- Pansements antiphlogistiques type Osmogel
- L’antibiothérapie est controversée. En principe inutile, elle est prescrite par certains pour enrayer une évolution vers une galactophorite. C’est une antibiothérapie per os

active sur le staphylocoque et compatible avec l'allaitement type pénicillines M. (Bristopen, Orbenine) pendant 7 jours.

d) Galactophorite

C'est une infection des canaux galactophores, le plus souvent par un staphylocoque. Le risque est l'évolution vers un abcès mammaire.

Le diagnostic repose sur les éléments suivants :

- Il s'agit d'un accident plus tardif, au moins 15 jours après l'accouchement
- Le début est progressif sur plusieurs jours
- Fièvre modérée à : 38 à 38.5°C
- Douleur de l'ensemble du sein, qui est plus ferme que l'autre
- **Signe de Budin** : le lait recueilli sur un coton est mélangé de pus.

Le traitement repose sur :

- Une antibiothérapie per os active sur le staphylocoque type pénicillines M (Bristopen, Orbénine), pendant 8 jours
- Suspension de l'allaitement jusqu'à la guérison clinique
- Le lait est tiré et jeté
- C'est souvent l'occasion d'un arrêt définitif

e) L'abcès du sein

Il complique une galactophorite insuffisamment traitée.

Le diagnostic repose sur les éléments suivants :

- Fièvre progressivement croissante, atteignant 39 à 40°C, parfois oscillante.
- Majoration des douleurs mammaires
- Le sein est volumineux, rouge, tendu, très douloureux.
- Dans ce contexte la palpation d'une tuméfaction fluctuante est souvent difficile. En cas de doute, il convient de réaliser une échographie.

Le traitement :

- L'hospitalisation est nécessaire, il faut réaliser un bilan préopératoire ainsi qu'une consultation d'anesthésie.
- Le traitement est chirurgical : avec une incision et un drainage
- L'antibiothérapie n'est qu'un traitement adjuvant
- L'allaitement doit être interrompu.

E. LES MESURES D'INFORMATION ET DE PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

1. Les institutions internationales

De nombreux pays industrialisés ou en développement adhèrent à un engagement international en faveur de l'allaitement maternel représenté par l'OMS et l'UNICEF (deux organismes de l'ONU).

Ainsi depuis une vingtaine d'années, plusieurs institutions ont permis la promotion de l'allaitement maternel dans le monde, dont voici les principales :

a) Les 10 conditions pour le succès de l'allaitement (OMS, UNICEF) (annexe1)[95][96]

C'est en 1989 qu'une déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF propose ces conditions. Elles serviront de base à l'élaboration des procédures de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé détaillées plus loin.

b) Le code international de commercialisation des substituts de lait maternel (annexe 2)

Il a été adopté en 1981 par l'Assemblée Mondiale de Santé avec pour but de « protéger et encourager l'allaitement au sein et d'assurer une utilisation correcte des substituts du lait maternel quand ceux-ci sont nécessaires... »

Son rôle est de limiter le harcèlement des populations, des hôpitaux et des professionnels de santé par les industries du lait artificiel.

c) Convention des droits des enfants [97]

Votée en 1989 par l'ONU, elle énonce dans son article 24 le droit de l'enfant à l'allaitement maternel comme alimentation idéale et demande aux états d'informer les familles sur les avantages de ce mode d'alimentation. Elle a été ratifiée par tous les états-membres de l'Assemblée Générale des Nations unies excepté les états Unis d'Amérique et la Somalie.

d) Déclaration d'Innocenti (annexe 3) [98]

Elle a été élaborée et adoptée à Florence par 32 participants dont la France, à la réunion organisée par l'OMS –l'UNICEF sur « l'allaitement maternel dans les années 90 : une initiative mondiale».

Elle définit les objectifs opérationnels de promotion de l'allaitement maternel :

- Inclure l'allaitement maternel dans un programme de santé publique avec désignation d'un coordonnateur et création d'un comité national de pilotage.
- Protéger le droit d'allaiter leurs enfants pour les femmes qui travaillent.
- Faire respecter le code de commercialisation des substituts du lait maternel
- Encourager les maternités à suivre les recommandations de l'OMS pour le succès de l'allaitement maternel.

e) Initiative hôpitaux amis des bébés (IHAB)

En 1991, l'OMS, l'UNICEF et l'Association Internationale de Pédiatrie lancent ce concept lors d'une réunion internationale sur l'allaitement au sein à Ankara pour donner suite à la déclaration Innocenti.

Elle encourage et récompense par le label international «ami des bébés» les maternités qui :

- mettent en œuvre les dix recommandations de l'OMS.
- éliminent la promotion et la fourniture gratuite ou à prix réduit de substituts du lait maternel, des biberons et des tétines (respect du Code OMS de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions des Assemblées Mondiales de la Santé),
- enregistrent un taux d'allaitement maternel exclusif de la naissance à la sortie de maternité égal ou supérieur à 75 %.

Néanmoins en France, comme dans d'autres pays où le taux d'allaitement remonte lentement, le Comité d'attribution du label a défini un label national dont la différence principale avec le label international porte sur le taux d'allaitement :

- il n'est pas exigé de taux minimum d'allaitement maternel exclusif de la naissance à la sortie de maternité, mais ce taux devra être en progression par rapport aux années antérieures et supérieur à la moyenne départementale,
- de plus, il est demandé un travail en réseau avec des liens ou des actions en dehors de l'établissement (PMI, groupes de mères, généralistes, SF libérales ...),
- le label est délivré pour 4 ans.

2. Les associations de soutien à l'allaitement

Il existe de nombreuses associations de promotion de l'allaitement maternel internationales ou nationales ayant pour cibles les familles, les professionnels de santé ou encore les pouvoirs publics.

Elles peuvent être composées de professionnels de santé sensibilisés à l'allaitement maternel (consultantes en lactation, sages-femmes, puéricultrices, médecins....) et de mères ayant expérimenté l'allaitement maternel.

a) *Sur le plan mondial*

(1) La Leche League

Elle fut fondée par 7 mères de famille de la banlieue de Chicago en 1956 et est maintenant présente dans 70 pays (dans la plupart des pays d'Europe, en Amérique du Nord et du Sud, en Asie, en Océanie et dans quelques pays d'Afrique).[100]

Elle a plusieurs niveaux d'action :

- Soutien et information aux femmes qui désirent allaiter leur bébé, à travers une aide personnelle « de mère à mère... ». Cette méthode est liée à l'idée que seules les mères ayant fait l'expérience de nourrir au sein sont capables d'aider une femme à réussir son allaitement et son maternage. Les groupes s'organisent localement grâce à des mères bénévoles « les animatrices », qui ont eu une histoire réussie d'allaitement au sein et partagent la philosophie maternaliste de la League.[99]
- Son action de mère à mère s'étend ainsi à travers un réseau de 7000 animatrices bénévoles accréditées.[100]
- Formation des professionnels de santé sur l'allaitement maternel et réalisation de publications dans la revue « Les dossiers de l'allaitement maternel ».

Cette organisation est présente en France depuis 1973.

(2) L'International Baby Food Action Network (IBFAN)

C'est un réseau international créé en 1979, constitué de plus de 150 associations dans plus de 90 pays industrialisés ou en développement. Il œuvre pour l'amélioration de la santé et de la nutrition infantile et vise l'élimination de la commercialisation irresponsable des substituts du lait maternel.

(3) LA SOCIETE EUROPEENNE DE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL (SESAM)

Créée en 1991, elle a pour mission l'information des professionnels, la sensibilisation de la population et la recherche en matière d'allaitement maternel.

(4) ALLIANCE MONDIALE POUR L'ALLAITEMENT MATERNEL(WABA) [101]

L'Alliance Mondiale pour l'Allaitement Maternel (World Alliance for Breastfeeding Action :WABA) est un réseau international d'individus et d'organisations qui se préoccupent de la protection, de la promotion et du soutien à l'allaitement maternel à l'échelle mondiale dans l'esprit de la Déclaration d'Innocenti, des Dix Liens pour Nourrir Le Futur (Ten Links for Nurturing the Future), et de la Stratégie Mondiale de l'OMS/UNICEF sur l'Alimentation des Nourrissons et des Jeunes Enfants.

WABA a le statut de conseiller auprès de l'UNICEF, le statut d'ONG et de conseiller privilégié auprès du Conseil Économique et Social des Nations Unies (CESNU).

WABA (World Alliance for Breastfeeding Action) s'occupe de gérer à travers le monde les actions pour fêter la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM) et qui donne le thème de l'année. La session de 1999 a eu lieu à Paris.

b) Sur le plan national

Les associations françaises sont très actives. Les adhérents sont encore trop peu nombreux, mais une véritable toile se tisse en France avec un réel engouement ces dernières années. Les sites internet des associations s'étoffent en parallèle des équipes engagées. Les événements organisés pour promouvoir l'allaitement au sein sont vraiment éclatés sur tout le territoire et ne concernent pas que les villes importantes. L'outil internet joue un rôle essentiel dans la mesure où il raccourcit les distances et permet de mieux diffuser les informations. Pour exemples, nous allons nous attarder sur 5 associations françaises actives et reconnues.

(1) La Coordination Française pour l'allaitement maternel [102]

C'est une association loi 1901 née en 1999 pour la promotion de l'allaitement maternel notamment dans la lignée de l'initiative hôpital ami des bébés.

Elle participe à l'organisation d'événements « allaitement » :

- La semaine mondiale de l'allaitement maternel qui est organisée une fois par an début octobre en France. Dans de nombreux pays, la semaine mondiale de l'allaitement se déroule d'ailleurs pendant la première semaine d'août, à l'occasion de l'anniversaire de la déclaration d'Innocenti. Cette semaine permet de rassembler toutes les voix françaises pro allaitement.
Le thème de la semaine varie tous les ans. En 2007 son thème portait sur la première tétée et le démarrage de l'allaitement ; en 2006 la réflexion portait sur la durée de l'allaitement.
- Les journées nationales qui ont lieu tous les 2 ans dans une ville de France (en 2006 à Brest par exemple) ou les journées régionales qui s'organisent tout au long de l'année. Ces dernières ont été récemment renforcées à la demande du ministère de la santé dans le cadre du PNNS 2006-2010.

La CoFAM se décline sous forme de multiples associations locales avec des structures de soutien aux mères, dans le but de fédérer les acteurs soutenant l'allaitement. Elle est parfois amenée à évaluer la situation de l'allaitement en France sous forme d'enquêtes nationales ou régionales.

(2) La Lèche League France [103]

Elle existe depuis 1973, c'est une association loi 1901. Elle est membre de la Leche League Internationale et adhère aux mêmes actions détaillées plus haut. Elle compte 330 animatrices bénévoles sur le territoire français.

(3) L'IPA (Info Pour l'Allaitement) [104]

Cette association diffuse des informations scientifiques, participe à des actions de soutien à l'allaitement et surveille l'application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Elle a aussi son site Internet et une revue publiée trimestriellement « Actualité de allaitement ».

(4) Co-Naître

C'est un institut de formation des professionnels, de recherche et d'échanges autour de la naissance. Une des fondatrices est la célèbre Marie Thirion, pédiatre de maternité et auteur de nombreux écrits sur l'allaitement maternel.

(5) Société Européenne pour le Soutien à l'Allaitement Maternel (SESAM)

[105]

Cette association intervient pour soutenir l'allaitement maternel auprès des mères par le biais de campagnes d'informations : presse, envoi et distribution de documents mais aussi auprès des professionnels des maternités publiques et privées par des actions de formations techniques.

La SESAM effectue également des études, des recherches et des actions sur l'allaitement maternel dans le tiers-monde en coopération avec les organisations internationales. Elle centralise les recherches et publications dans le domaine de l'allaitement.

Il existe bien d'autres associations, répertoriées dans le guide « Ressource pour l'allaitement » publié par la COFAM.

3. Le Plan National Nutrition Santé (PNNS)

[106]

Promouvoir l'allaitement maternel fait parti des dix objectifs que s'est fixé le plan national nutrition santé 2006-2010. Il a été présenté dans son intégralité en septembre 2006. C'est le deuxième PNNS entrepris par un gouvernement, le premier s'est étendu sur la période 2001-2005.

Les multiples actions prévues visent à poursuivre l'augmentation du choix de l'allaitement maternel avec un objectif ambitieux : un taux national d'allaitement maternel exclusif de 70% à la sortie de la maternité en 2010 pour un taux actuel en 2007 de presque 63%. Le plan souhaite aussi augmenter la durée de l'allaitement.

Les interventions se situent à différents niveaux :

- **Pour les professionnels du secteur social et sanitaire avec pour but de:**
 - Donner plus d'ampleur aux commissions régionales de la naissance et aux réseaux de périnatalité.
 - Soutenir la CoFAM (association citée plus haut) dans ses actions au plan financier par le ministère de la santé.
 - Diffuser largement une information papier sur l'allaitement maternel aux professionnels entourant la maman au cours de la grossesse, de l'accouchement et après.
 - Améliorer le niveau de formation pratique de ces mêmes professionnels. Le plan rappelle que selon l'INSERM, 43,6 % des professionnels de la santé entourant les femmes ne s'estiment pas suffisamment formés sur l'allaitement.
 - Désigner un responsable allaitement dans chaque maternité.

- **Pour les mamans :**
 - Prévoir une information allaitement systématique à la consultation du 4ième mois.
 - Délivrer largement des guides édités avec label du PNNS sur la nutrition qui positionneront en première ligne l'allaitement au sein.
 - Insérer une information sur la nutrition dans le carnet de maternité plus spécifiquement axée vers l'allaitement au sein. Le dernier carnet de maternité n'avait pas été dépeussieré depuis 1990.

- **Au plan législatif**, le plan demande un rapport parlementaire faisant le point sur le respect de la législation en vigueur sur l'allaitement maternel et d'assurer une comparaison avec d'autres pays afin de proposer des évolutions utiles.

4. Les campagnes médiatiques

Outre les revues citées plus haut, d'autres médias (journaux, télévision, radio...) constituent un outil d'information pour un large public en matière d'allaitement si les objectifs des campagnes sont bien définis.

Ils ont la possibilité de changer le modèle socioculturel actuel de notre société de façon insidieuse en diffusant des documentaires, reportages, des images d'allaitement... En effet dès leur plus jeune âge les enfants sont influencés plus ou moins consciemment par la télévision notamment.

La presse écrite contribue aussi à sensibiliser le grand public. Les revues se multiplient sur le thème de la parentalité : Parents, Family ... On y trouve des conseils pratiques, des témoignages...

5. Rôle des professionnels de santé

À chaque étape de leur vie, les femmes sont amenées à rencontrer des professionnels de santé.

Ainsi avant même la conception, pendant le suivi de la grossesse, pendant le séjour à la maternité et dans les mois qui suivent l'accouchement, généralistes, sages-femmes, pédiatres, puéricultrices ... représentent les interlocuteurs privilégiés dans le domaine de la santé et plus particulièrement en matière d'allaitement maternel.

Chaque rencontre se doit d'être l'occasion d'échanges d'informations et de sensibilisation des familles sur l'allaitement maternel et ses bienfaits.

L'intervention des soignants est un facteur clé de réussite de la mise en œuvre de l'allaitement maternel, en ayant un impact sur le choix en faveur de l'allaitement, sa prévalence et sa durée. La mobilisation du personnel de santé est donc une étape indispensable dans la promotion de l'allaitement maternel.

II. L'ETUDE

A. MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude prospective, comprenant 111 femmes ayant accouché à la maternité de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre, réalisée entre juin et novembre 2007.

La maternité de l'hôpital Max Fourestier est une maternité de niveau 1, elle possède 25 lits d'obstétriques et compte près de 1430 accouchements par an.

1. Objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude étaient:

- **Objectif principal :**
 - Identifier pour chaque patiente les motifs de choix du mode d'allaitement.

- **Objectifs secondaires :**
 - Évaluer l'information reçue par les femmes : le moment, le contenu et la façon dont elle a été délivrée.
 - Identifier les difficultés à la mise en route de l'allaitement au sein à la maternité.
 - Identifier les principales raisons des interruptions d'allaitement ou les facteurs de réussite au cours des deux premiers mois
 - Savoir quels sont les professionnels de santé les plus sollicités lors des 2 premiers mois d'allaitement.

2. Méthode

a) Type d'étude

Nous avons réalisé une enquête prospective et longitudinale, avec recrutement incident des patientes. Elle était basée sur deux questionnaires à questions fermées et à choix multiples, proposé en post-partum immédiat puis lors de la visite de contrôle environ deux mois plus tard.

b) Effectif

L'échantillon des patientes interrogées est constitué de 111 parturientes.

c) Population cible

Nous avons inclus toutes les femmes ayant accouché à la maternité, quelque soit leur âge, leur parité et leur origine ethnique, après accord oral. En cas de problème de compréhension, nous faisons intervenir un interprète. Pour les femmes parlant uniquement l'arabe, j'assurais la traduction.

Aucune patiente sollicitée n'a refusé de participer à l'étude.

d) Recueil des données

L'étude comprenait deux questionnaires. (Annexe 5 et 6)

Un premier questionnaire rempli à la maternité, le dernier jour d'hospitalisation, lors de l'examen de sortie. Il était rempli par l'une des 3 internes du service, dont je faisais partie. Cela prenait 10 minutes environ.

Ce premier questionnaire comprenait deux parties :

- Une partie commune à toutes les femmes ayant accouché, de façon à mener une étude comparative.
- Une partie propre à chaque groupe :

Questionnaire A pour les femmes allaitant au sein

Questionnaire B pour les femmes ayant choisi l'allaitement artificiel.

Il permettait ainsi d'individualiser deux groupes de patientes :

- Les patientes ayant choisi l'allaitement au sein
- Les patientes ayant choisi l'allaitement artificiel

Chaque femme devait indiquer ses coordonnées téléphoniques afin que nous puissions la recontacter pour la seconde partie de l'enquête, à 2 mois, pour limiter le nombre de perdues de vue.

Le deuxième questionnaire ne concernait que les femmes ayant opté pour l'allaitement maternel. Là encore, il comportait deux parties :

- Une partie commune
- Une partie propre à chaque groupe :
 - celles qui avaient poursuivi l'allaitement
 - celles qui avaient interrompu l'allaitement

Ce deuxième questionnaire était réalisé environ deux mois après l'accouchement, lors de la consultation post natale, dans le pôle consultation du service de gynécologie de l'hôpital Max Fourestier. Il était complété par l'une des trois internes du service (dont je faisais partie) qui assurait cette consultation. Les femmes qui avaient décidées de réaliser leur consultation post natale en dehors du service, étaient contactées par téléphone par mes soins, afin de répondre à la deuxième partie de l'enquête.

Nous avons choisi le délai de 2 mois pour le deuxième questionnaire afin de pouvoir voir un maximum de patientes lors de la consultation post natale. En effet, la plupart d'entre elles réalisaient cette consultation dans le service. De plus c'est un délai permettant d'évaluer avec suffisamment de recul l'accompagnement lors des premières difficultés liées à l'allaitement et gérées au domicile. À deux mois, ces patientes n'avaient pas encore repris leur activité professionnelle : les arrêts éventuels de l'allaitement n'étaient donc pas liés à cette problématique.

e) Analyse statistique

Les résultats ont été saisis sur EXEL et exploité par XLstat

f) Limites de l'enquête

L'étude a été menée dans un seul établissement, avec un échantillon de petite taille, la population étudiée n'est pas représentative de la population générale.

Dans quatre cas, il n'a pas été possible de remplir le deuxième questionnaire (numéros de téléphones erronés).

Le choix d'une enquête par questionnaires composés en majorité de questions fermées à choix multiples limitait les réponses à la fois dans leur forme et dans leur contenu.

En ce qui concerne l'interrogation sur la religion des patientes, il n'a pas été demandé d'autorisation à la CNIL (Commission National de l'Informatique et des Libertés). Cependant on a procédé à l'anonymisation des résultats des questionnaires.

B. PRESENTATION DES RESULTATS

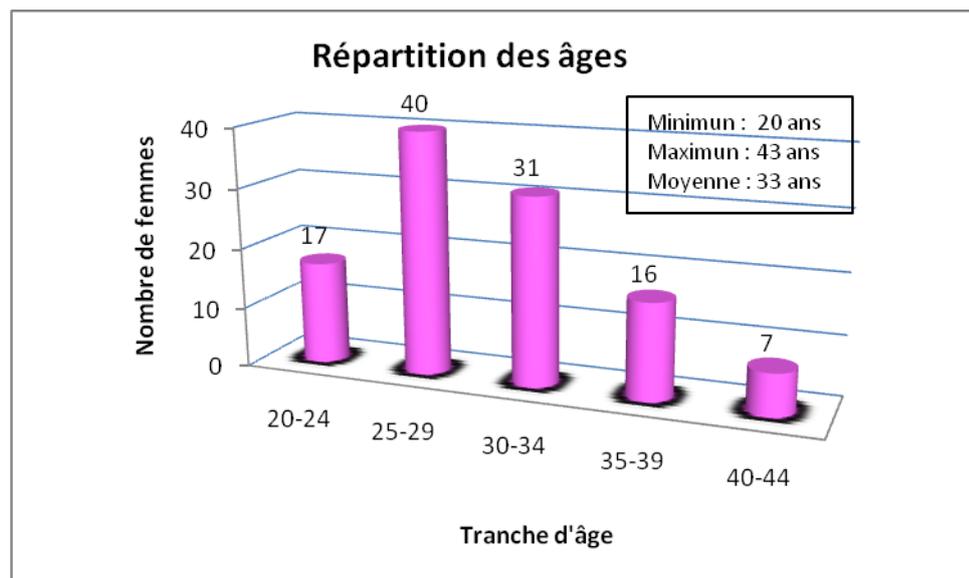
L'échantillon des patientes interrogées était constitué de 111 parturientes.

Parmi ces patientes, 75 ont opté pour l'allaitement maternel (65.7 %) alors que les 36 restantes ont décidé de donner le biberon (32.4 %).

1. Premier questionnaire

a) *Caractéristiques socio démographiques de l'échantillon*

(1) Âge des femmes



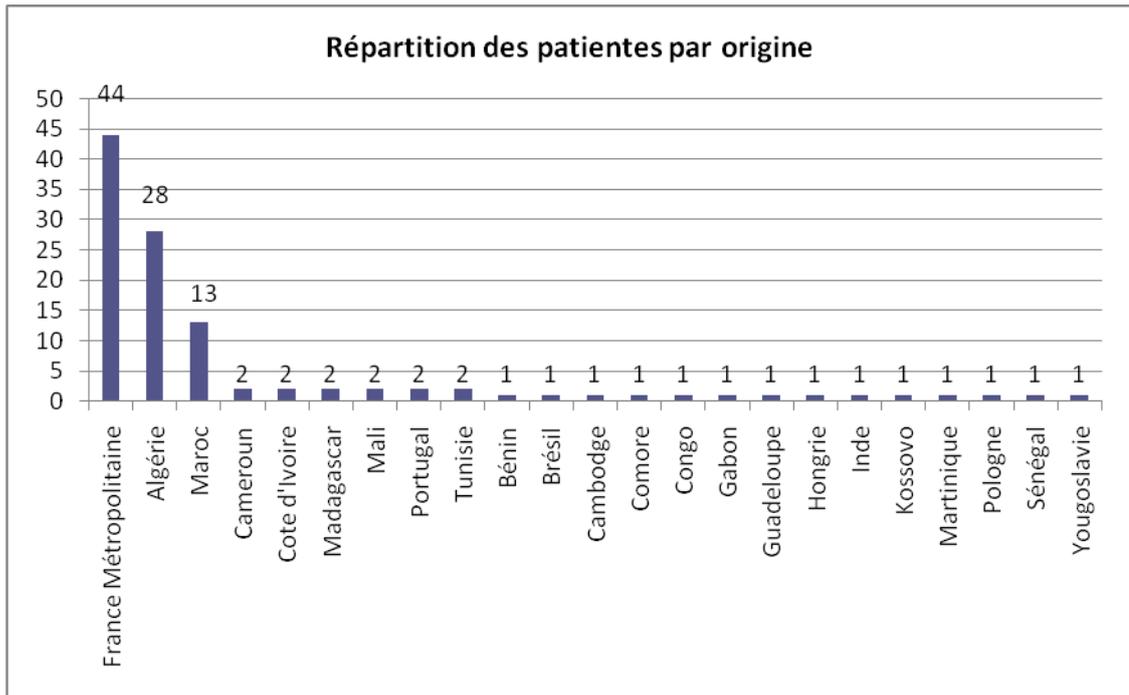
Les femmes ayant participé à cette étude étaient âgées de 20 à 43 ans. La moyenne d'âge était de 33 ans.

(2) Origine

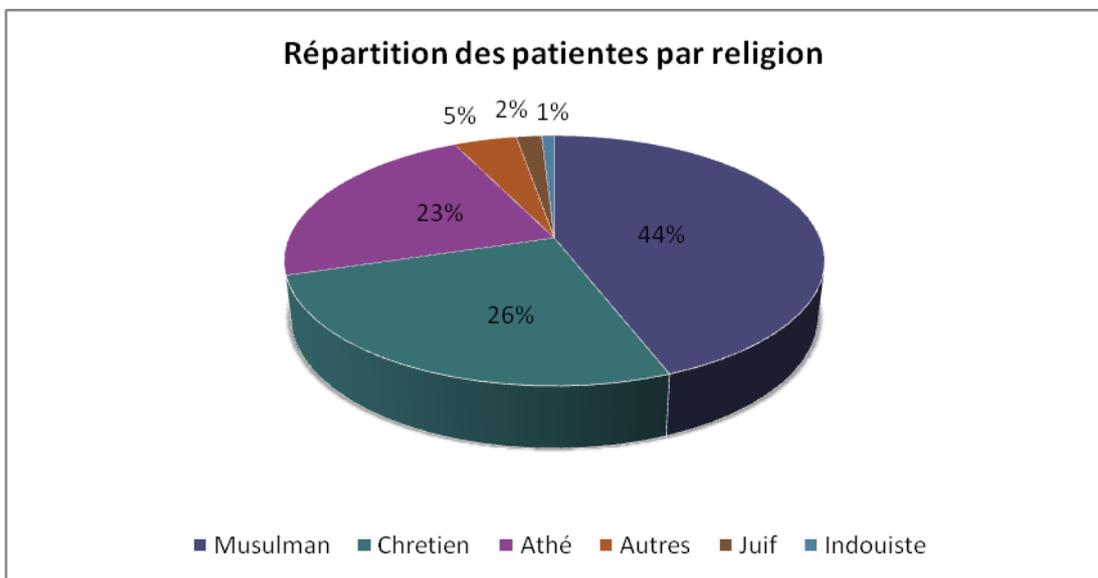
Continent		%	Pays	Nombre de femmes
Afrique				
	Afrique du nord	39%		
			Algérie	28
			Maroc	13
			Tunisie	2
	Afrique centrale	10%		
			Bénin	1
			Cameroun	2
			Comores	1
			Congo	1
			Côte d'Ivoire	2
			Gabon	1
			Mali	2
			Sénégal	1
Europe				
	France	41%		
			Métropole	44
			DOM/TOM	2
	Autres pays d'Europe	5%		
			Hongrie	1
			Pologne	1
			Yougoslavie	1
			Kosovo	1
			Portugal	2
Autres				
	Pays	5%		
			Inde	1
			Brésil	1
			Cambodge	1
			Madagascar	2
Total				111

Tableau de la répartition des patientes par continent

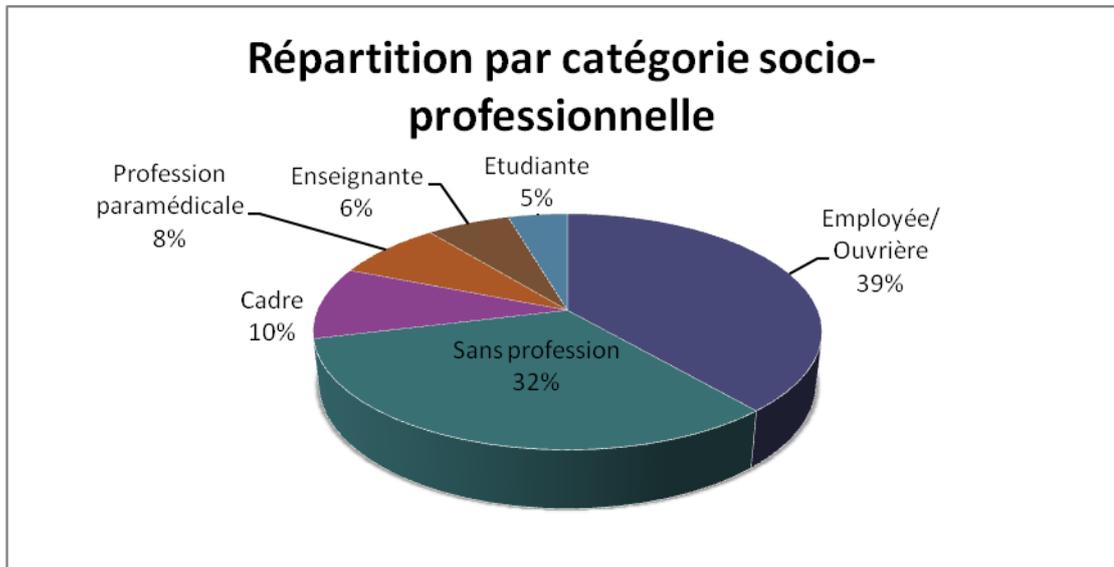
On remarque qu'il y avait une grande diversité d'origine des patientes : elles étaient majoritairement d'origine française (41%), maghrébine (39%) puis africaine (10%).



(3) Religion

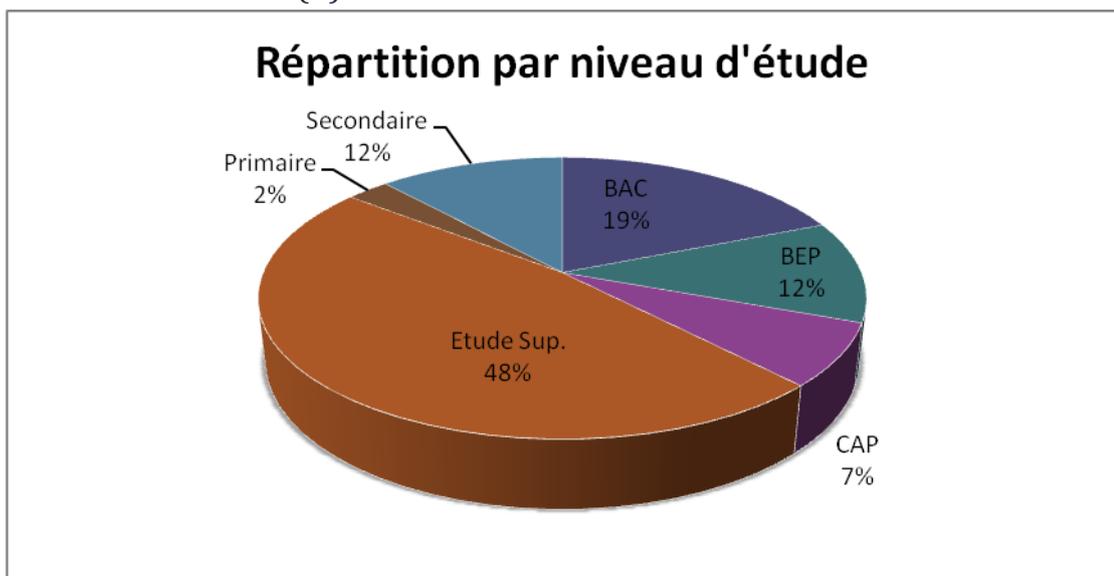


(4) Catégorie socioprofessionnelle



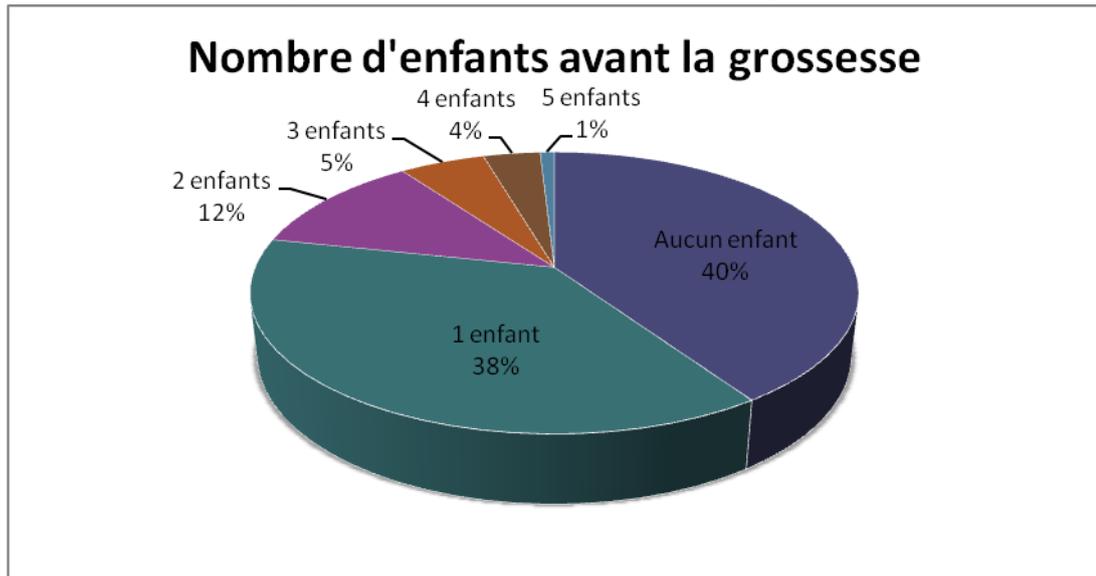
La catégorie professionnelle la plus représentée était celle des employés /ouvriers.

(5) Niveau d'étude



On peut constater que presque la moitié (48 %) des patientes a réalisé des études supérieures. Seules 2 % d'entre elles n'ont fréquenté que l'école primaire.

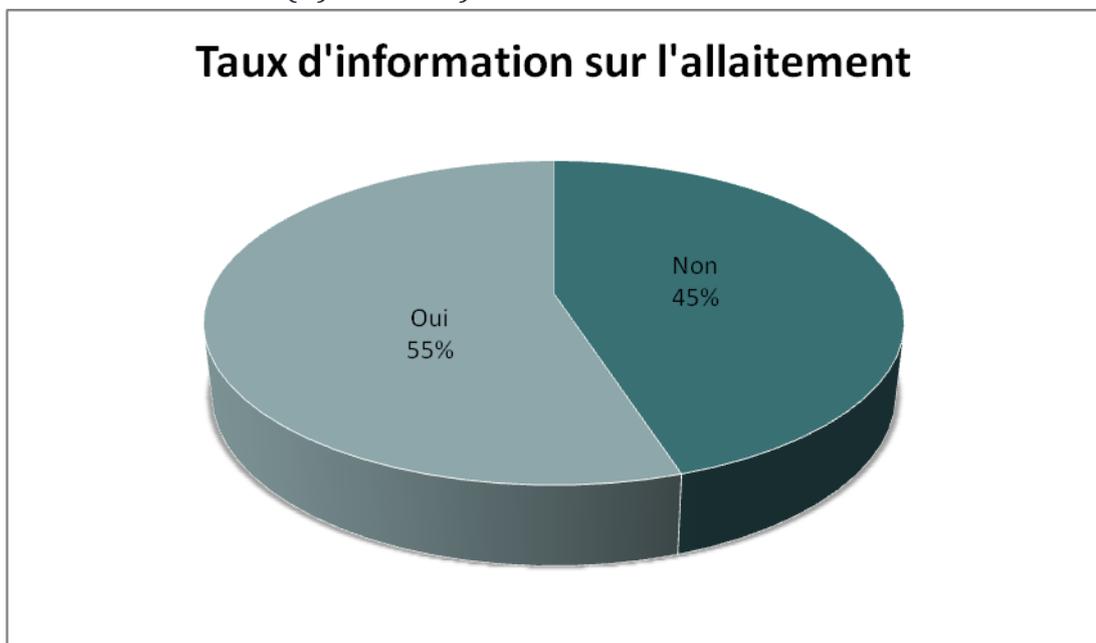
(6) Nombre d'enfants avant la grossesse



40% des femmes de notre étude étaient primipares, donc sans expérience antérieure d'allaitement.

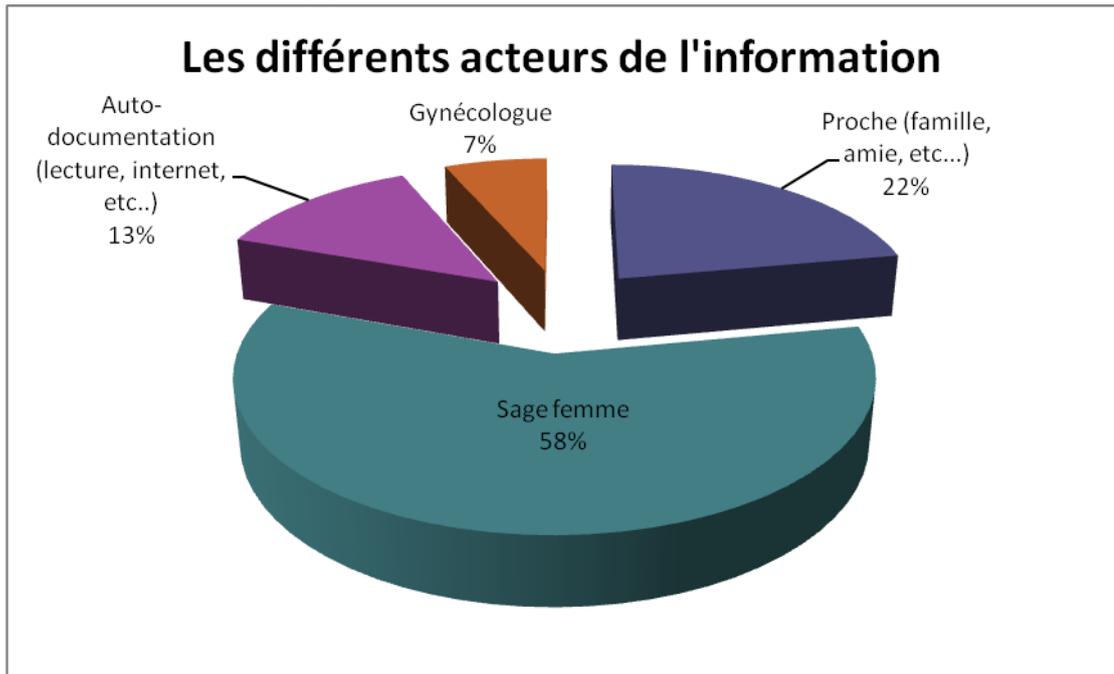
b) Information des femmes sur l'allaitement avant la grossesse

(1) a) Taux d'information



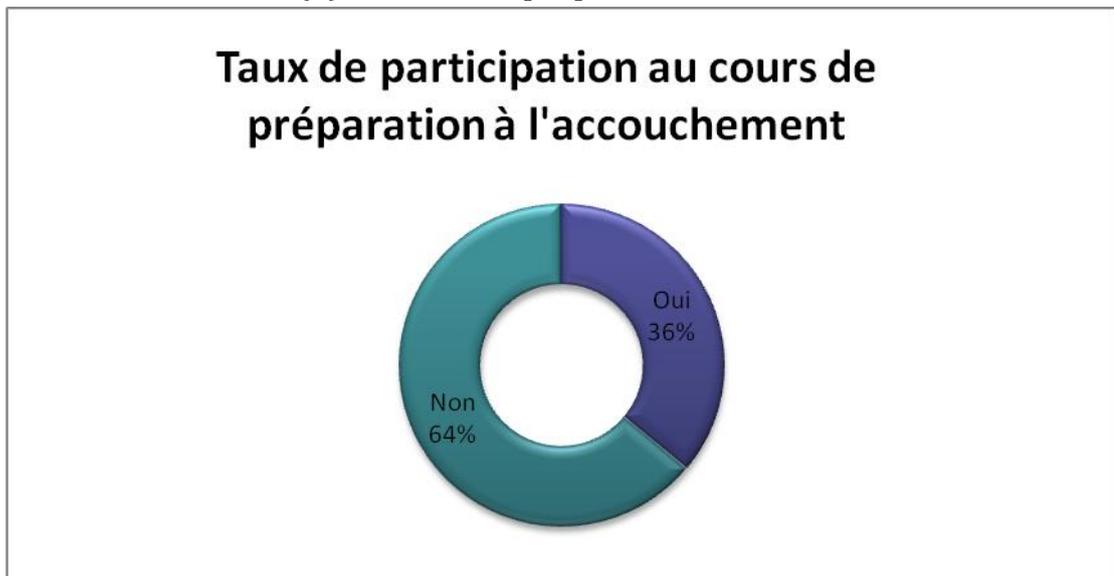
Dans notre étude plus de la moitié des patientes (55 %) a reçu une information sur l'allaitement pendant leur grossesse.

(2) Acteur de l'information

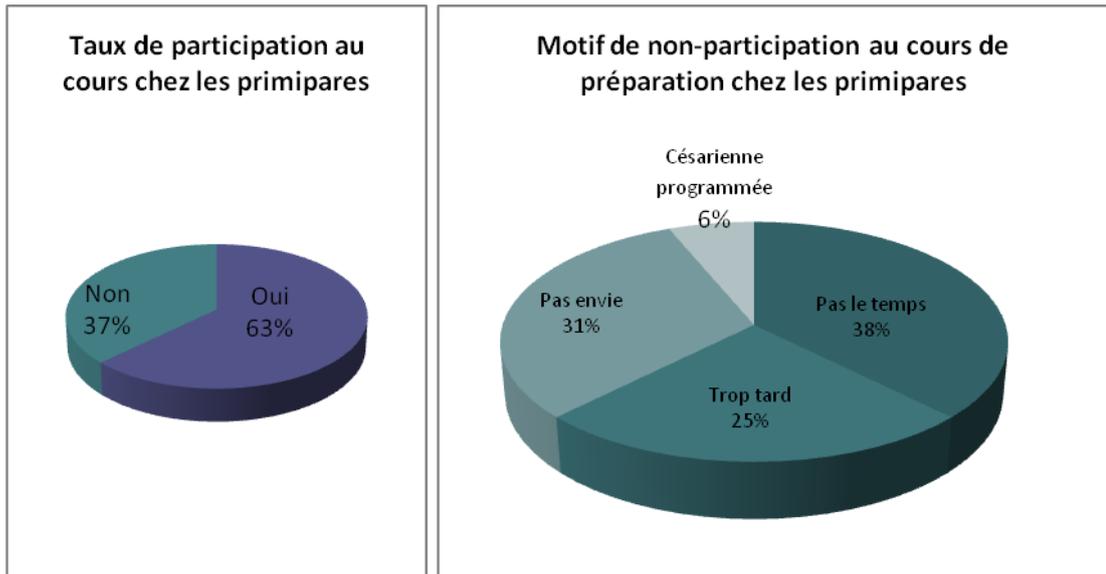


Les sages-femmes étaient la principale source d'information des femmes au sujet de l'allaitement (58 %).

(3) Cours de préparation à l'accouchement



Seules 36% des patientes ont participé aux cours de préparation à l'allaitement.



Chez les primipares, le taux de participation était nettement plus important, il s'élevait à 63 %.

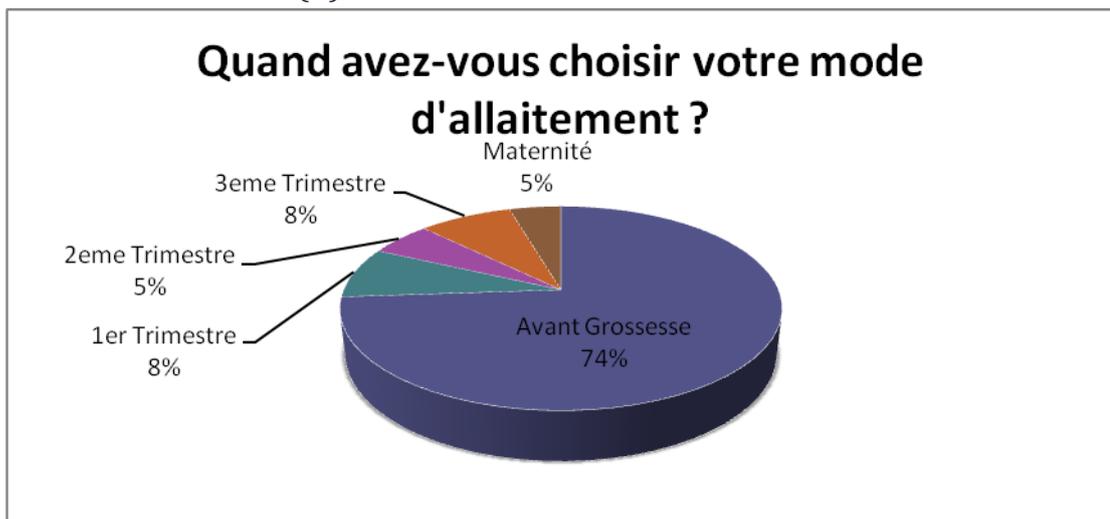
Les principales raisons données pour ne pas participer aux cours ont été :

- L'absence de temps (38%)
- L'absence de motivation (31%)
- Inscription trop tardive (25%)
- Césarienne programmée (1 patiente)

c) Choix du mode d'allaitement

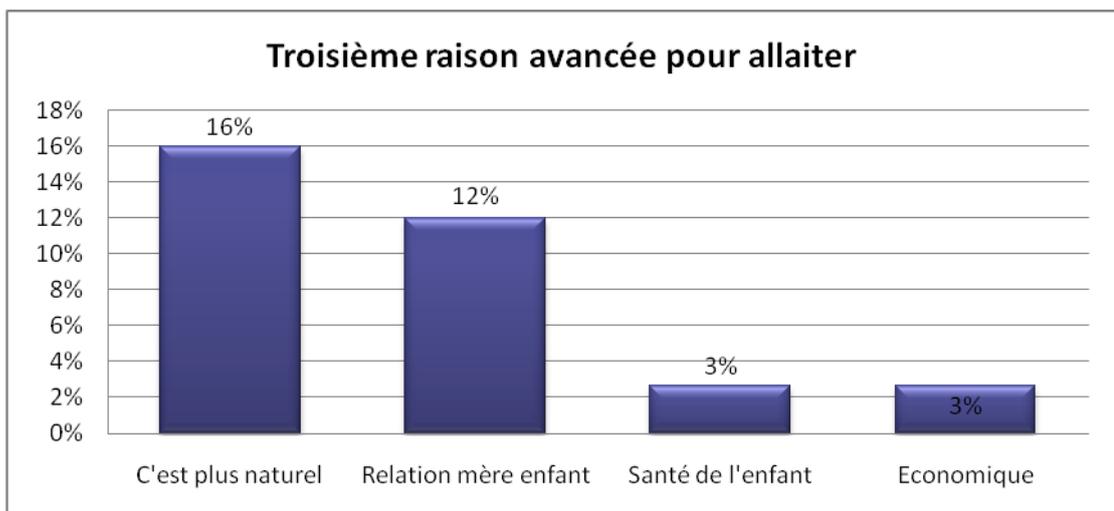
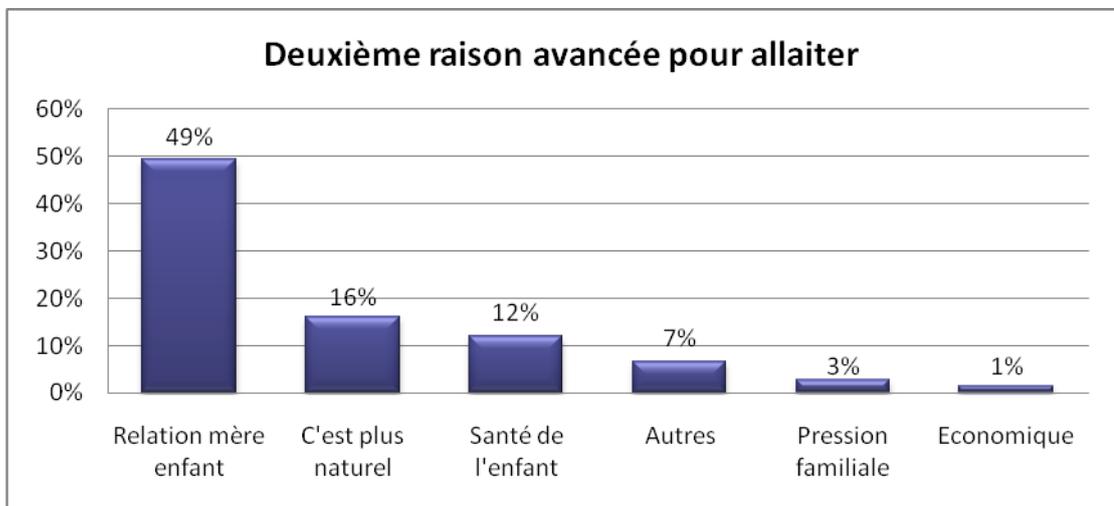
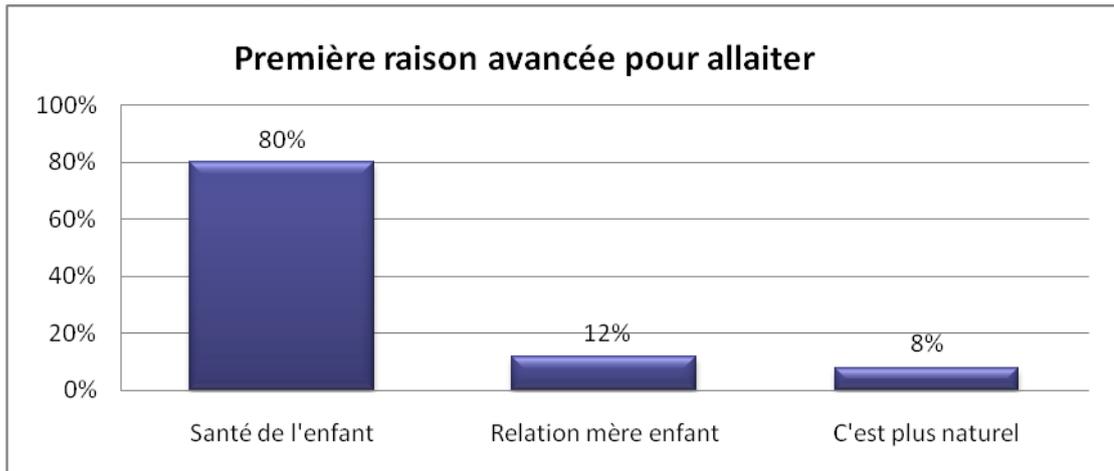
À la sortie de la maternité 67.6 % des femmes de notre étude avaient opté pour l'allaitement maternel, 32.4 % d'entre elles avaient choisi l'allaitement artificiel.

(1) Moment du choix



La décision du mode d'allaitement a été prise très tôt, avant même la grossesse pour les 3/4 des femmes .

(2) Pourquoi les femmes allaitent ?

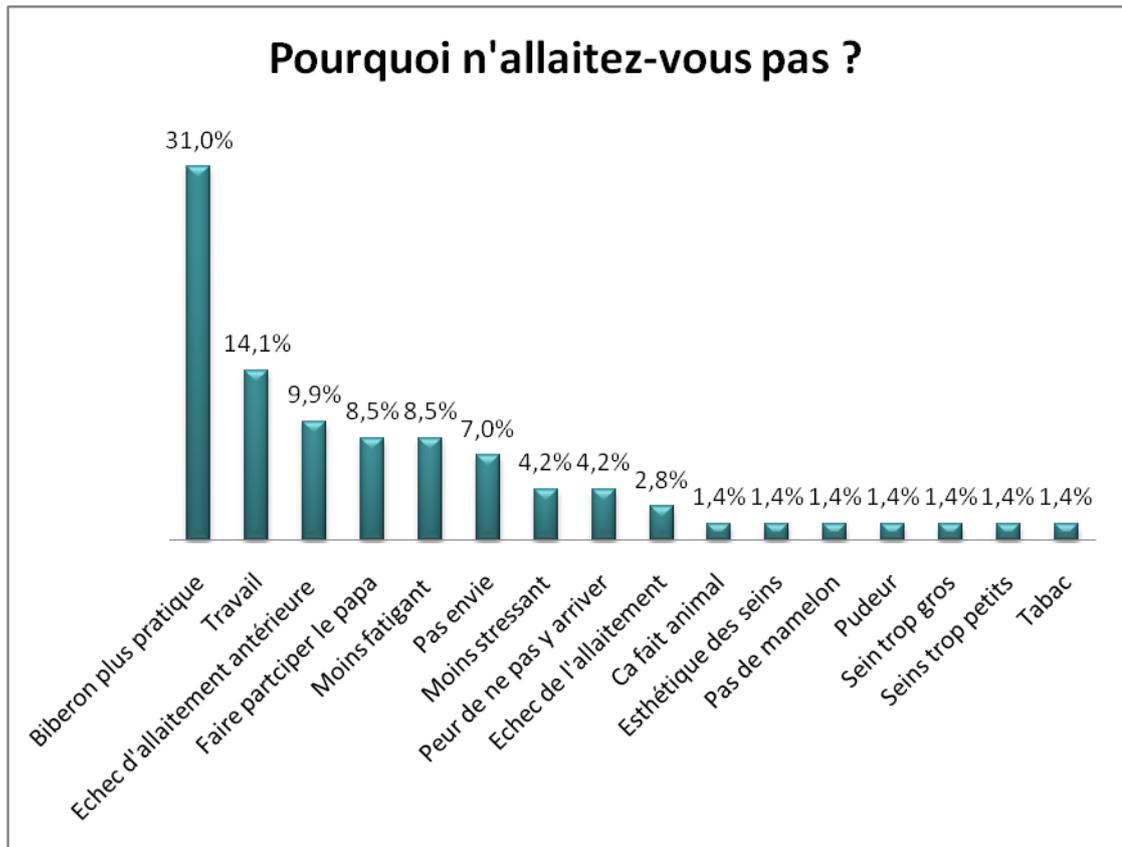


Dans notre étude, nous avons demandé aux patientes de donner les différentes raisons pour lesquelles elles avaient décidé d'allaiter en choisissant parmi 7 items (cf. annexe 5) et en les classant par ordre de priorité. Le nombre d'items choisi était libre.

Dans 80 % des cas, le bénéfice pour la santé de l'enfant était cité comme première raison motivant la décision d'allaiter au sein.

Pour 49 % des cas, la relation mère-enfant était citée comme deuxième raison motivant les femmes à allaiter.

(3) Pourquoi les femmes n'allaitent pas ?

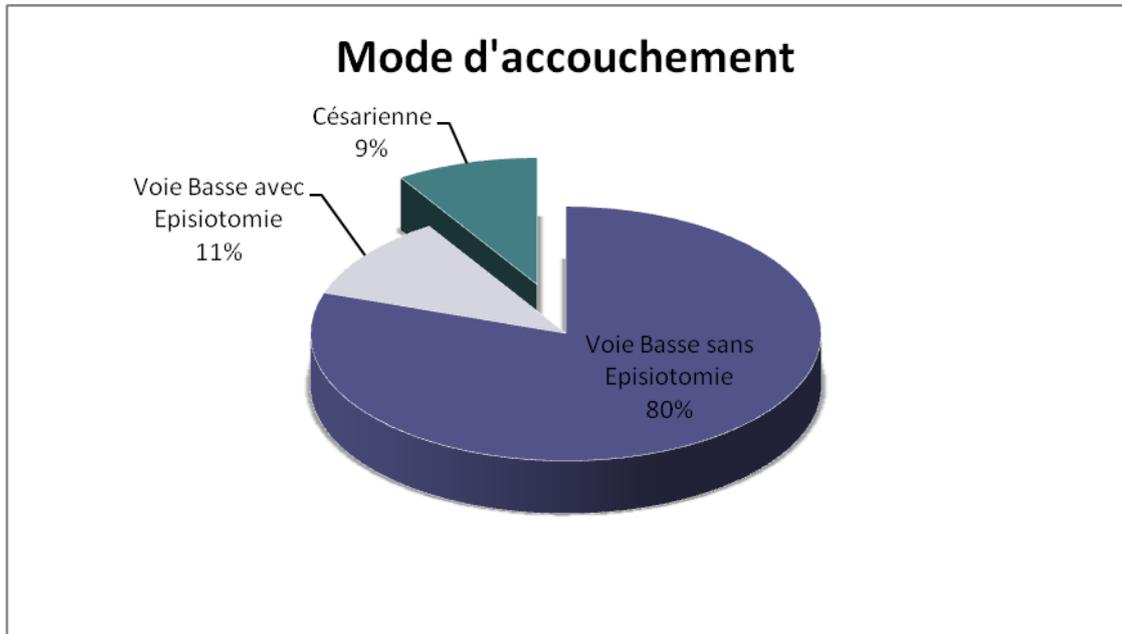


La commodité était le principal critère de choix de l'allaitement artificiel, elle était évoquée par 31 % d'entre elles.

Le travail était le deuxième motif donné par les femmes qui ont choisi le biberon, il était évoqué par 14.1 % d'entre elles.

d) L'accouchement

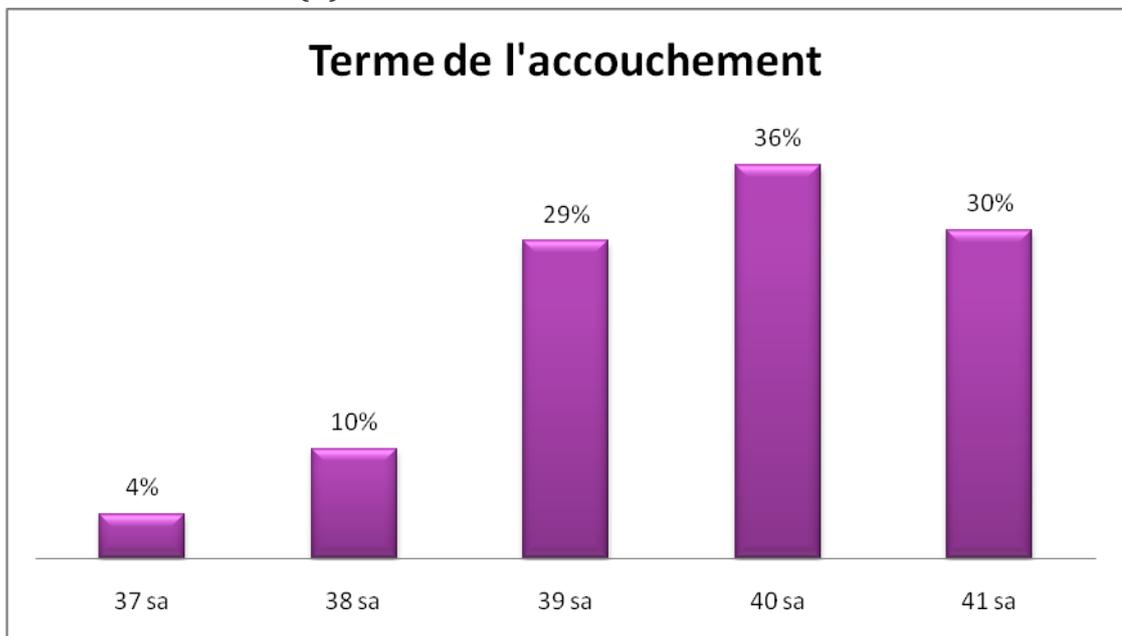
(1) Mode d'accouchement



91% des femmes ont accouché par voie basse, 9% par césarienne.

Parmi les femmes ayant accouché par voie basse, 77% ont eu une péridurale.

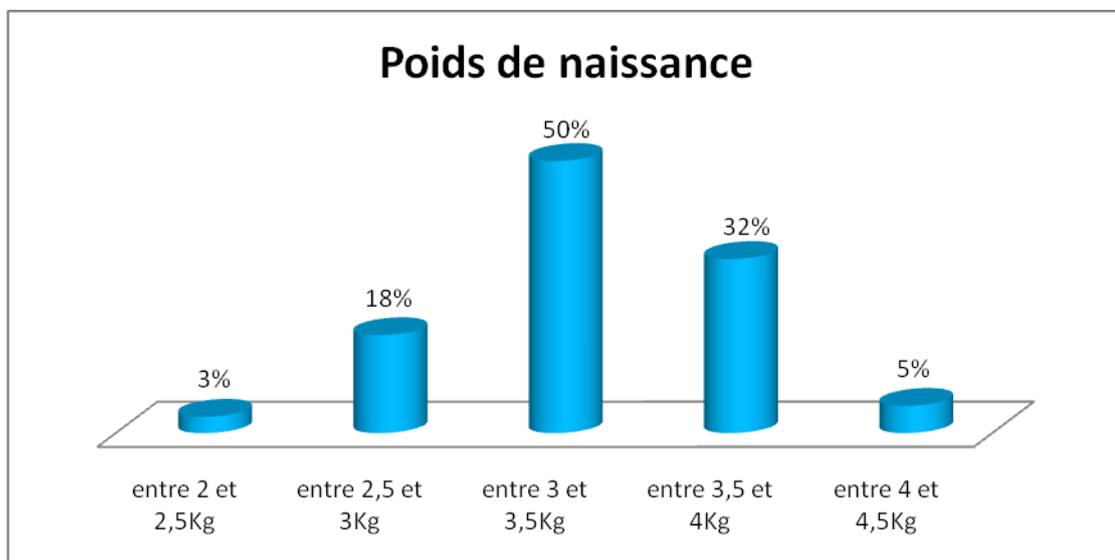
(2) Terme



Tous les bébés des femmes interrogées étaient nés à terme. Soixante cinq pour cent étaient nés entre 39 et 40 semaines d'aménorrhées (sa).

(3) Poids de naissance

Les poids de naissance des bébés se répartissent de la façon suivante :

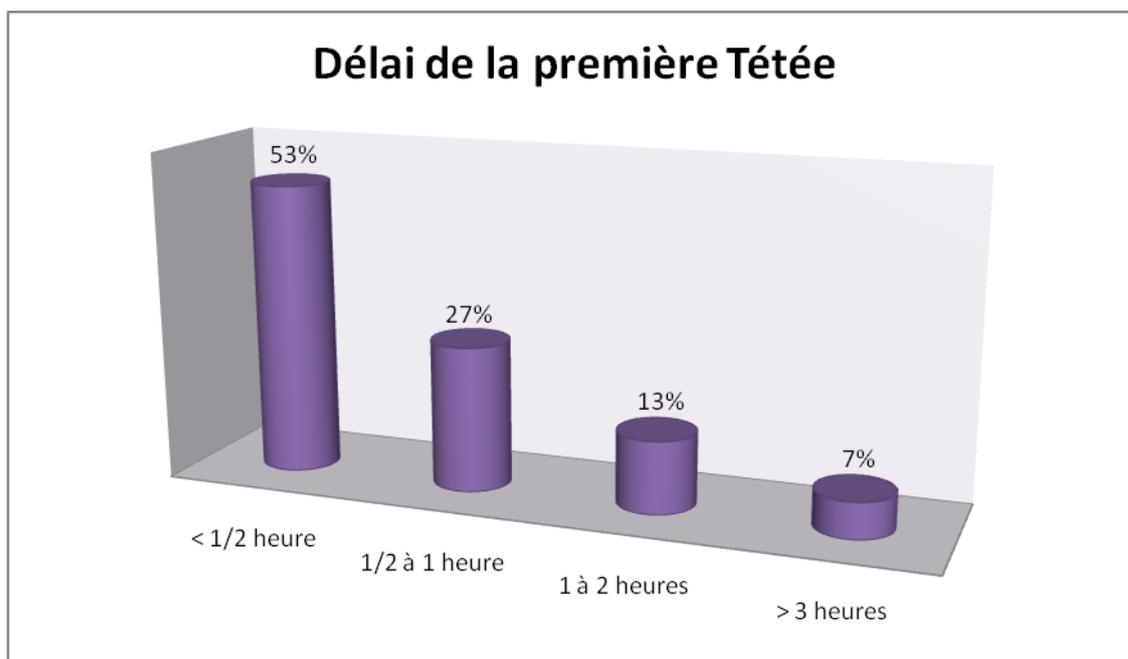


(4) Sexe de l'enfant



e) *Mise en place de l'allaitement*

(1) Intervalle entre l'accouchement et la première mise au sein



93 % des femmes ont mis leur bébé au sein dans un délai maximum de deux heures après l'accouchement.

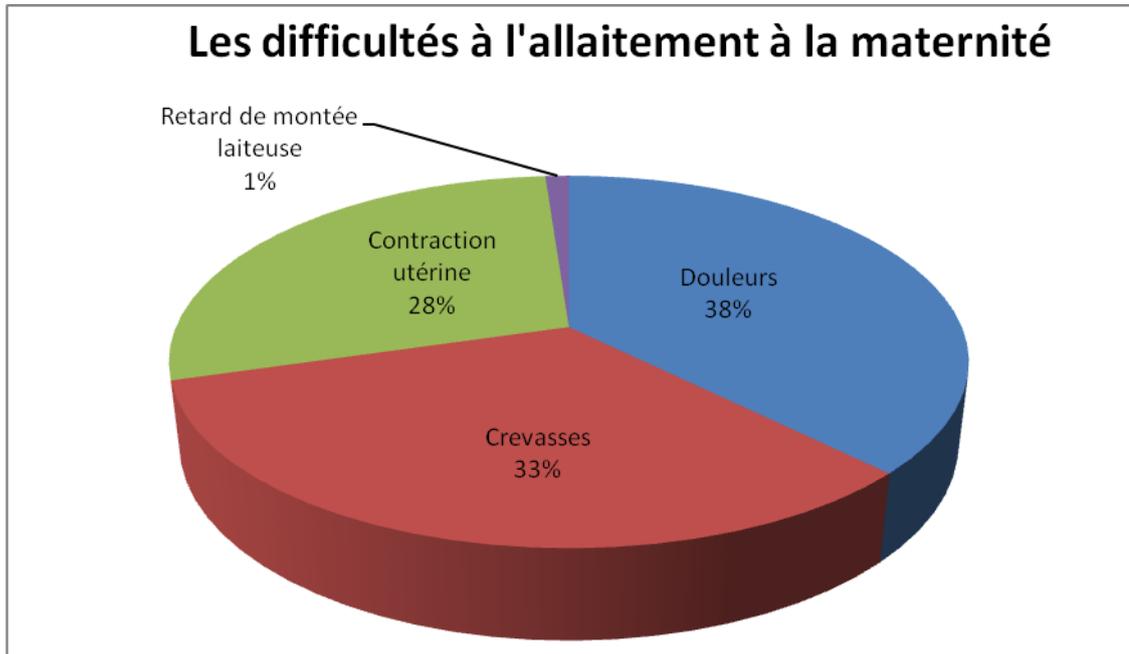
On recommande, pour une bonne mise en route de l'allaitement, un intervalle de temps d'environ une demi-heure entre l'accouchement et la première tétée. [96]

53% des femmes de notre étude ont suivi les recommandations.

(2) Difficultés rencontrées à la maternité lors de la mise en route de l'allaitement

64 % des femmes qui allaitaient ont rencontré des difficultés lors de la mise en route de l'allaitement à la maternité.

Les difficultés rencontrées étaient les suivantes :



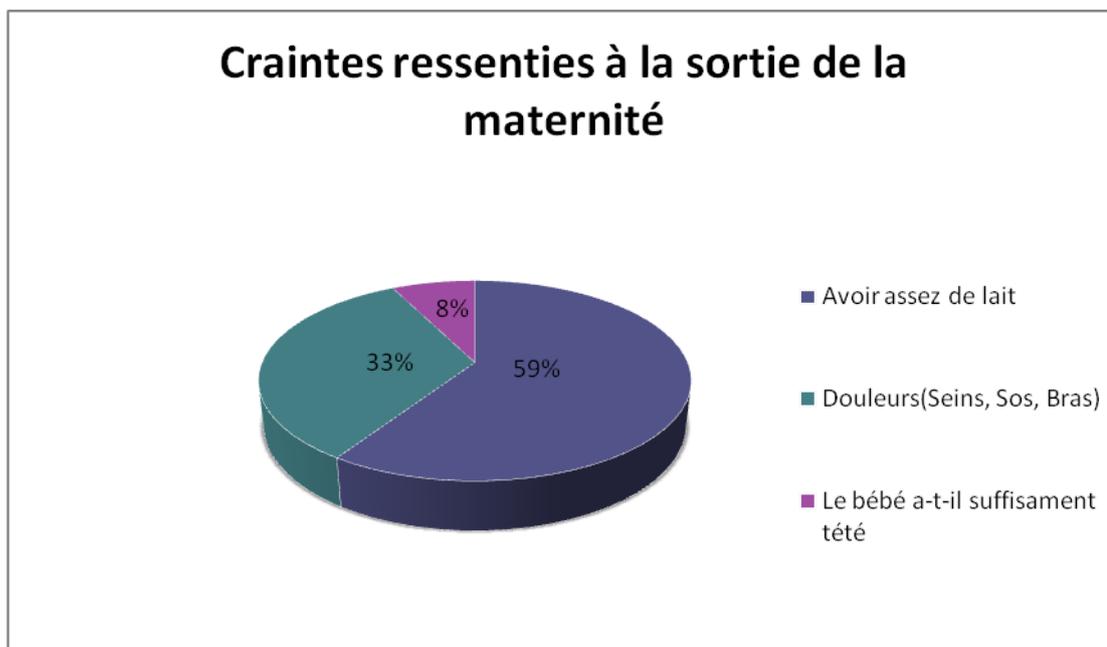
(3) Encadrement de l'allaitement à la maternité



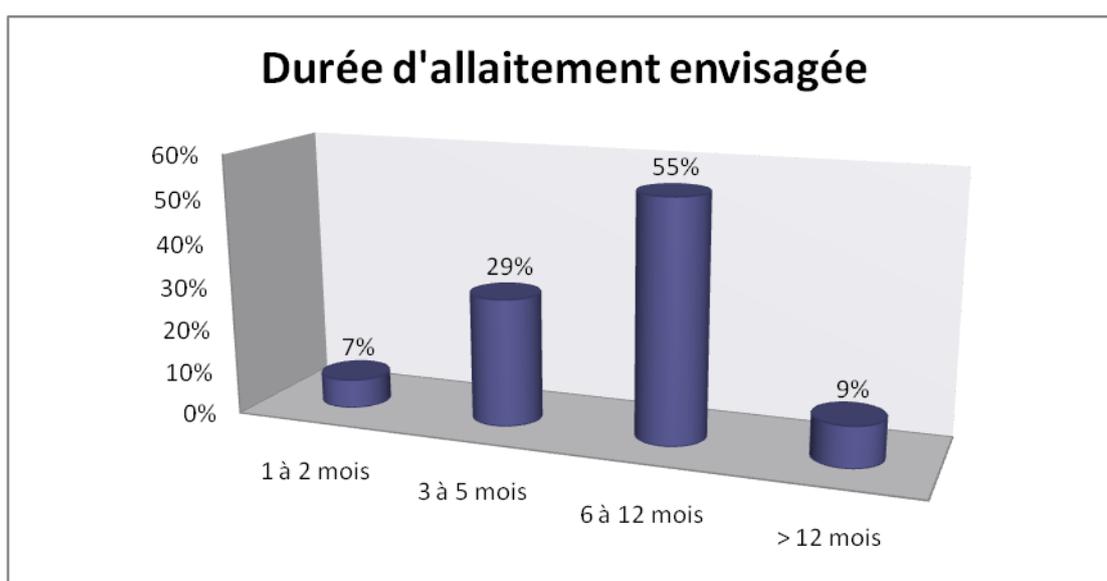
Seules 7% des femmes qui allaitaient, ne se sont pas senties bien encadrées lors de la mise en place de l'allaitement à la maternité.

(4) Sujets d'inquiétudes à la fin du séjour en maternité

32% des femmes qui allaitaient, ont ressenti des craintes à la fin du séjour à la maternité. La crainte la plus fréquente ressentie par les femmes était celle de ne pas avoir assez de lait.



(5) Durée d'allaitement envisagée



64% des femmes ont envisagé un allaitement d'une durée supérieure ou égale à 6 mois.

(6) Vous sentez vous prête à allaiter à la sortie de la maternité ?



2. Deuxième questionnaire

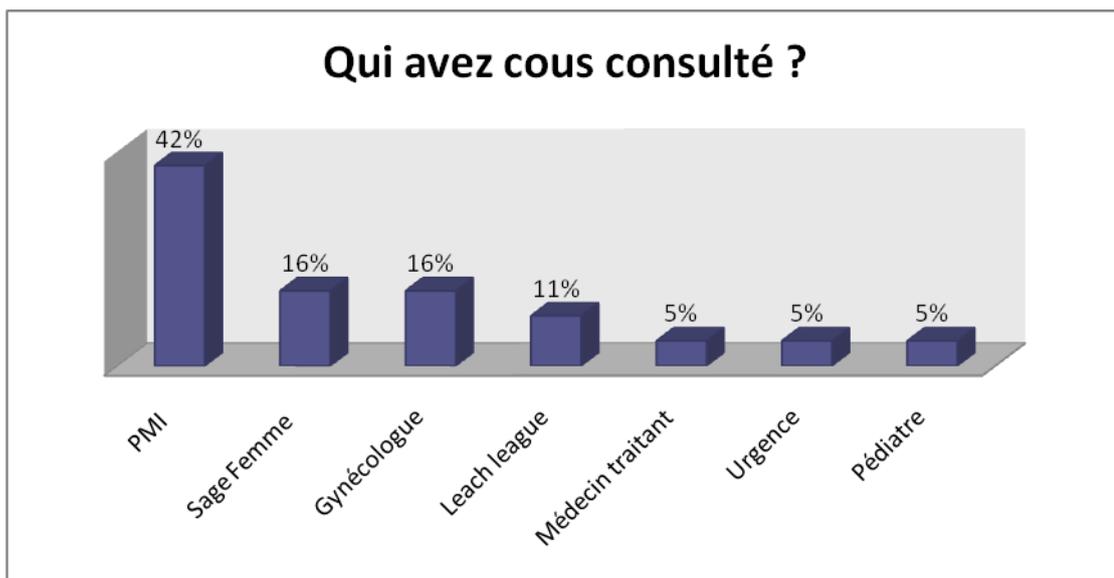
Comme nous l'avons vu plus haut, le deuxième questionnaire était uniquement destiné aux femmes qui ont opté pour l'allaitement maternel. Ce questionnaire était réalisé en moyenne deux mois après l'accouchement, et se composait de trois parties : une partie réservée aux femmes qui continuaient d'allaiter, une partie pour celles qui l'ont arrêté et enfin une partie commune.

a) *Partie commune*

(1) Avez-vous consulté pour l'allaitement ?



Seules $\frac{1}{4}$ des femmes qui allaitaient ont eu besoin de consulter à ce sujet.



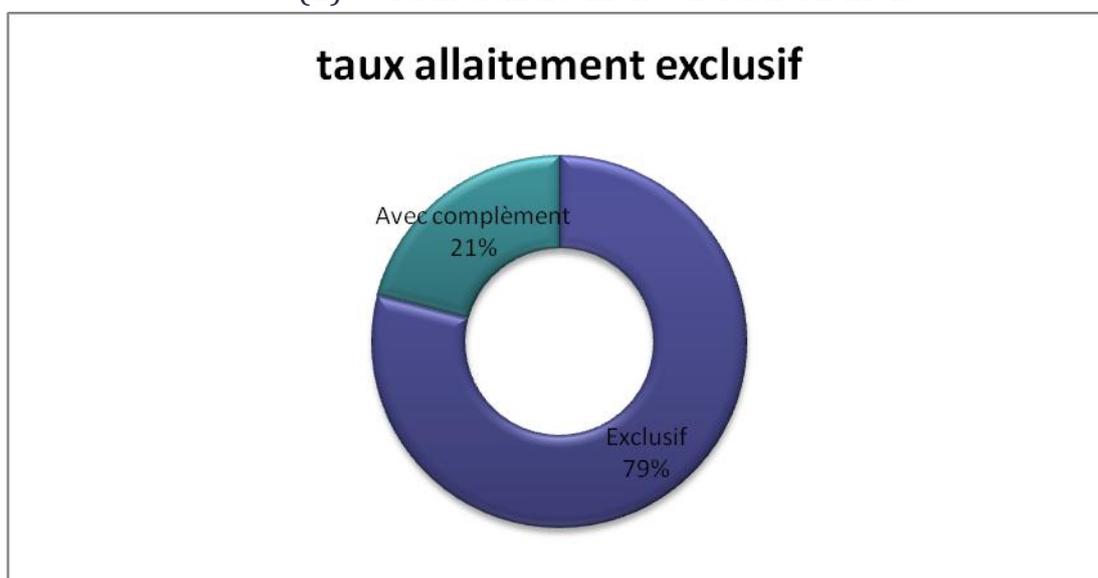
Les professionnels de santé les plus sollicités étaient ceux de la PMI (dans 42% des cas).

(2) Taux d'allaitement à 2 mois



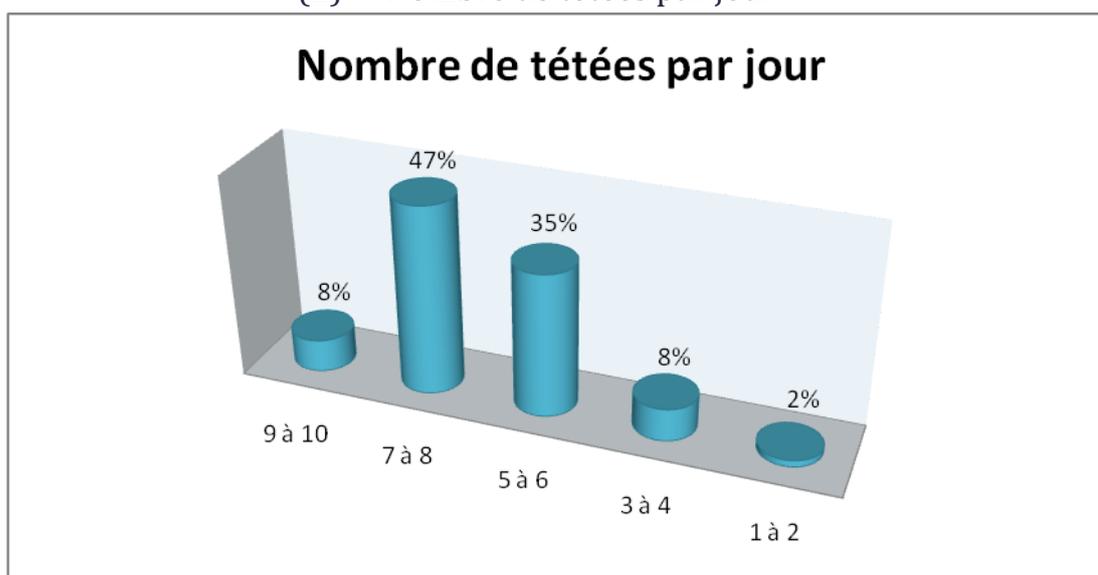
b) Questionnaire destiné aux femmes qui continuent d'allaiter

(1) Taux d'allaitement exclusif à 2 mois



Près de 80 % des femmes qui ont continué d'allaiter pratiquaient un allaitement exclusif

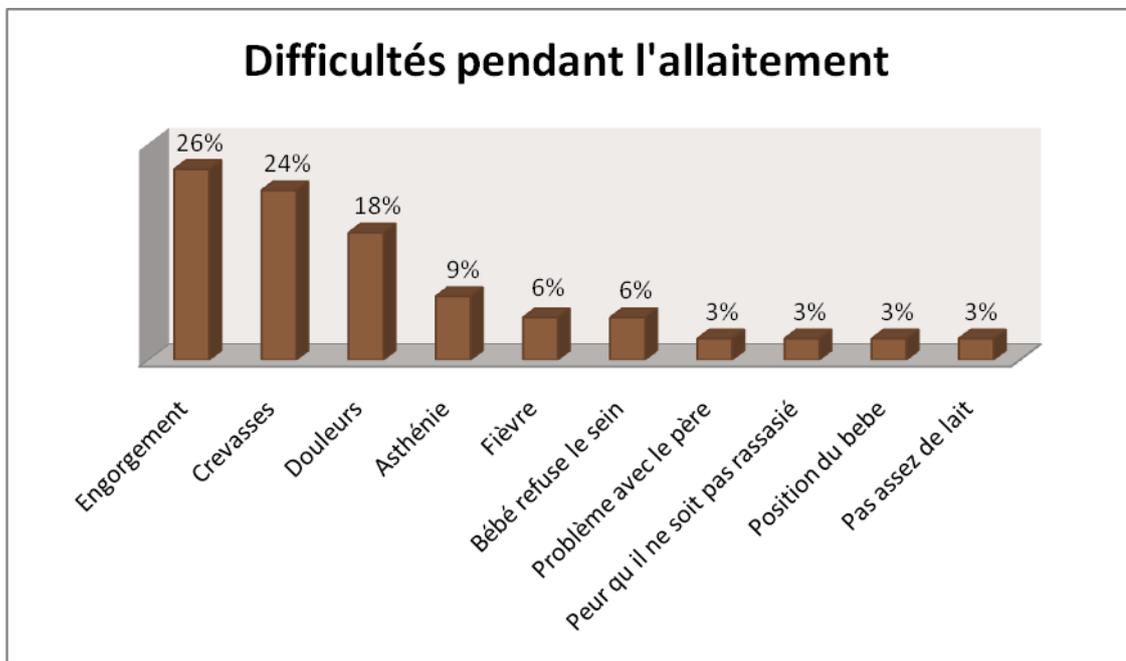
(2) Nombre de tétées par jour



(3) Difficultés rencontrées pendant les deux premiers mois d'allaitement



Les difficultés rencontrées étaient les suivantes :

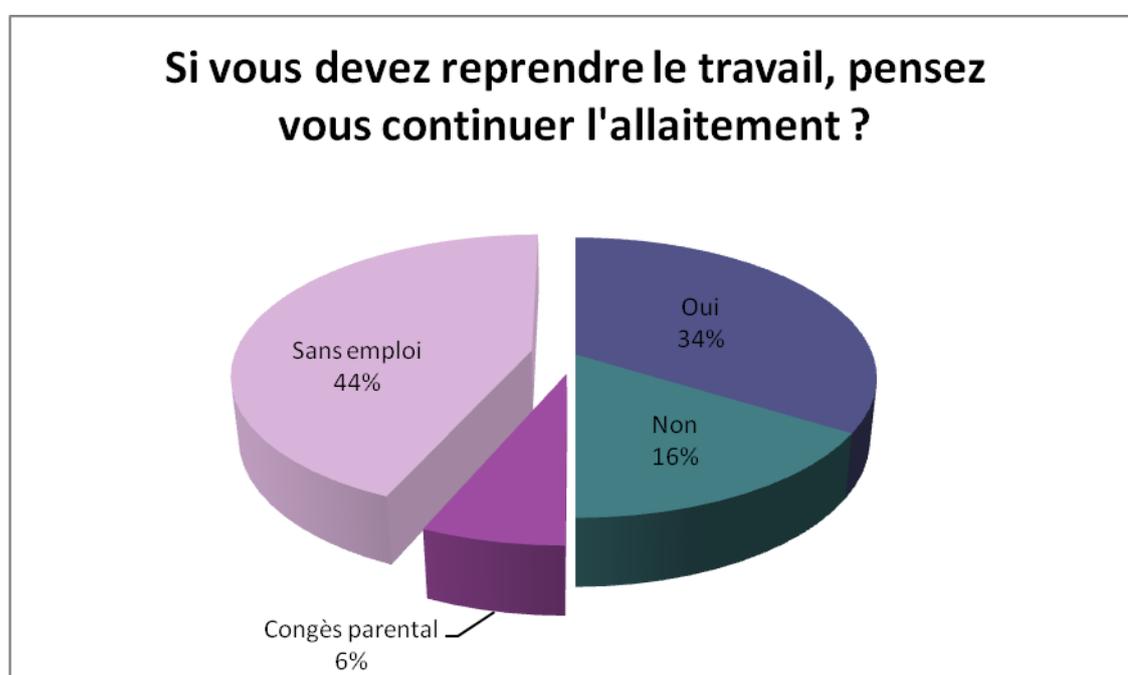


Les difficultés les plus souvent rencontrées étaient l'engorgement dans 26 % des cas, puis les crevasses dans 24% des cas.

(4) Allaitement et fatigue



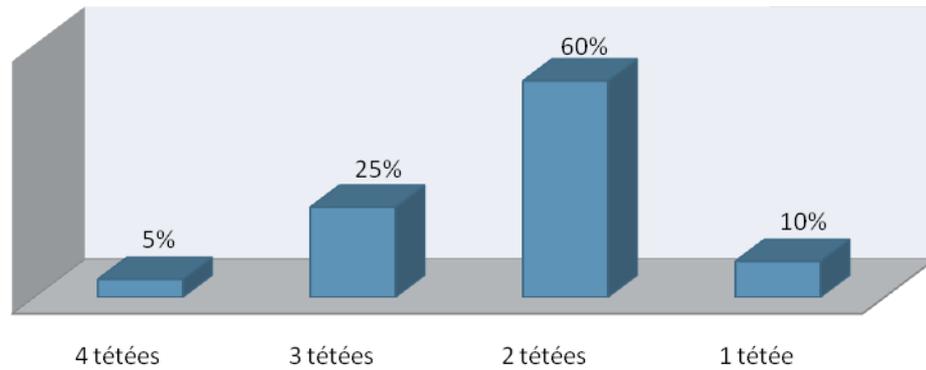
(5) Allaitement et travail



50% des femmes qui allaitaient, ne travaillaient pas (44% étaient sans emploi, et 6% en congé parental).

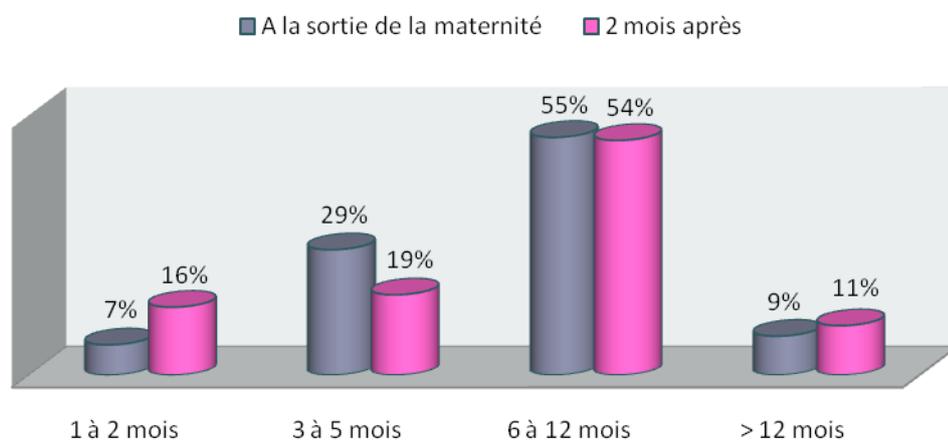
Parmi les femmes qui travaillaient, 68 % voulaient continuer d'allaiter après la reprise de leur activité professionnelle.

Nombre de tétée quand les femmes travaillent et allaitent



(6) Durée d'allaitement envisagée et comparaison avec durée initiale prévue

Durée d'allaitement envisagée



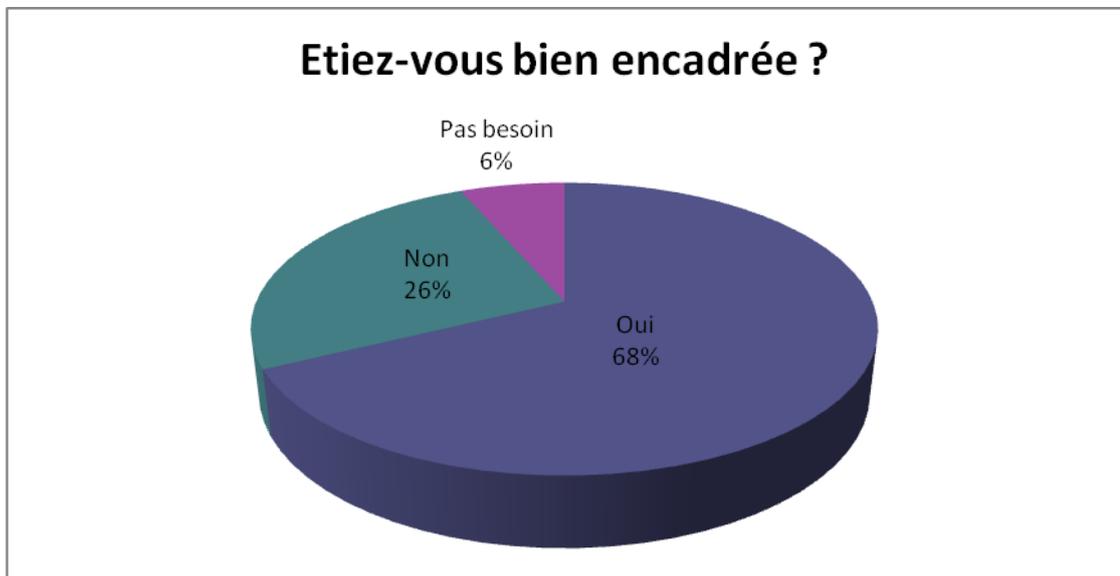
Le nombre d'allaitements courts envisagés a augmenté de près de 10%, deux mois après l'accouchement, au dépens du nombre d'allaitements intermédiaires (3 à 5 mois).

Le nombre d'allaitements longs (6 à 12 mois) s'est maintenu, le nombre d'allaitements très longs (>12 mois) a eu tendance à légèrement augmenter.

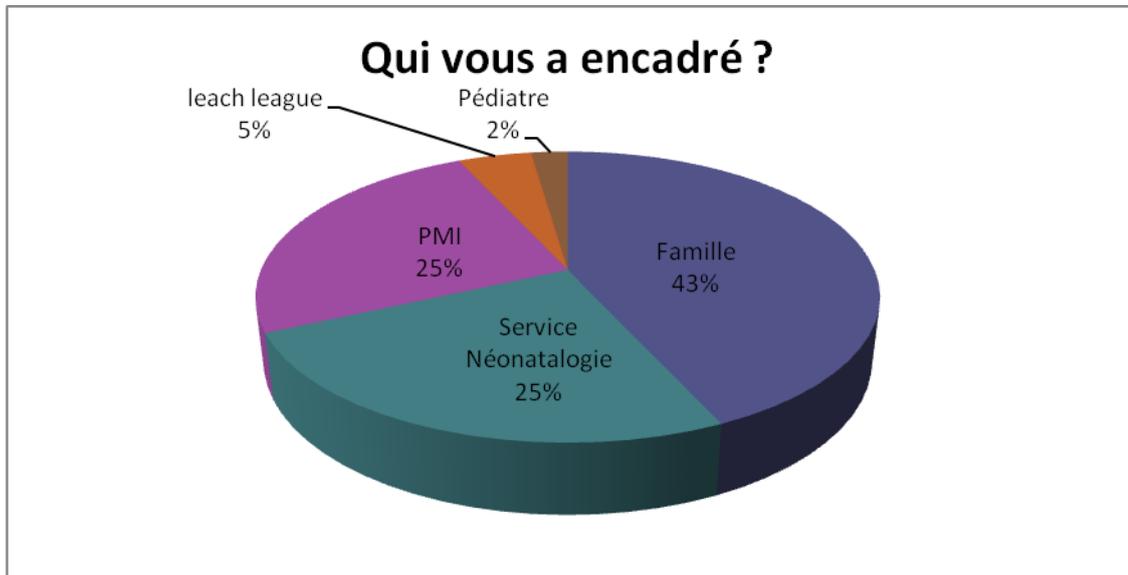
(7) Allaitement une bonne expérience ?



(8) Avez-vous été encadrée ?



Si oui par qui ?

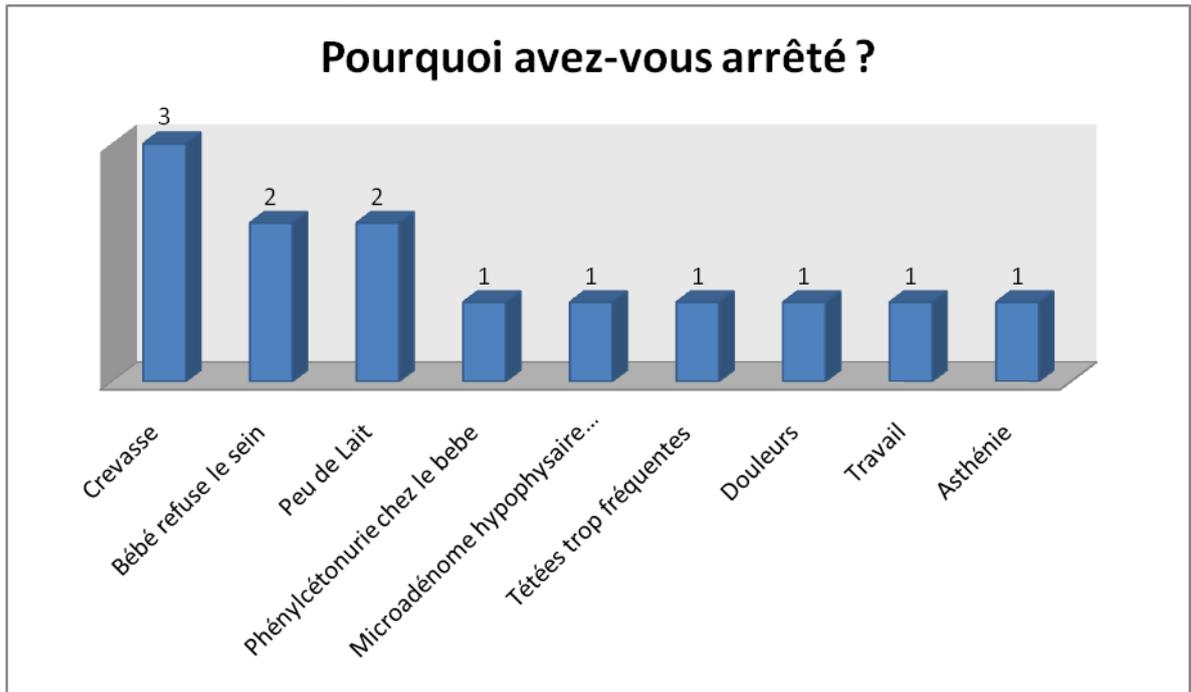


c) Questionnaire destiné aux femmes qui ont arrêté d'allaiter

(1) Durée d'allaitement

Les femmes qui ont interrompu l'allaitement, l'ont fait en moyenne au bout d'un mois.

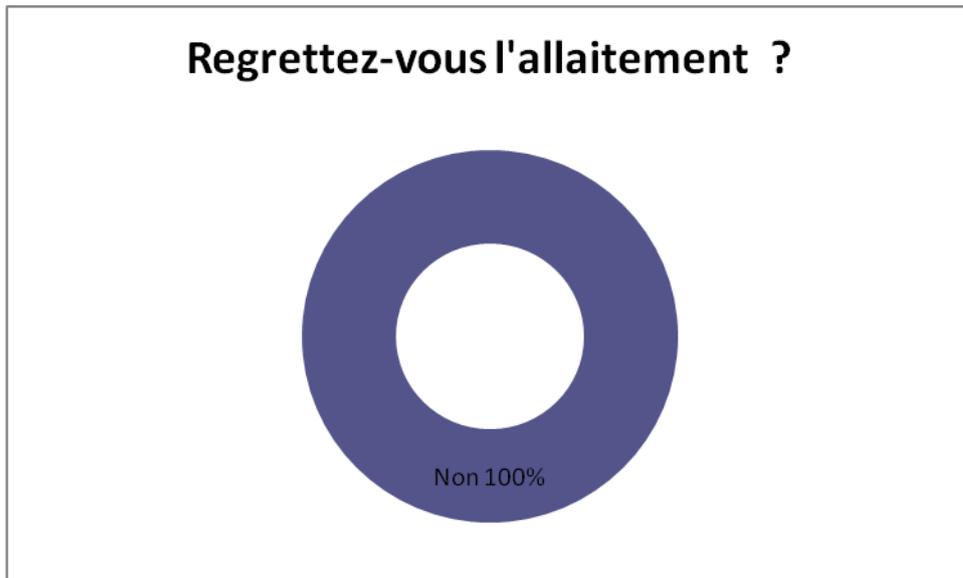
(2) Raisons de l'interruption de l'allaitement



(3) Avez-vous donné des compléments ?

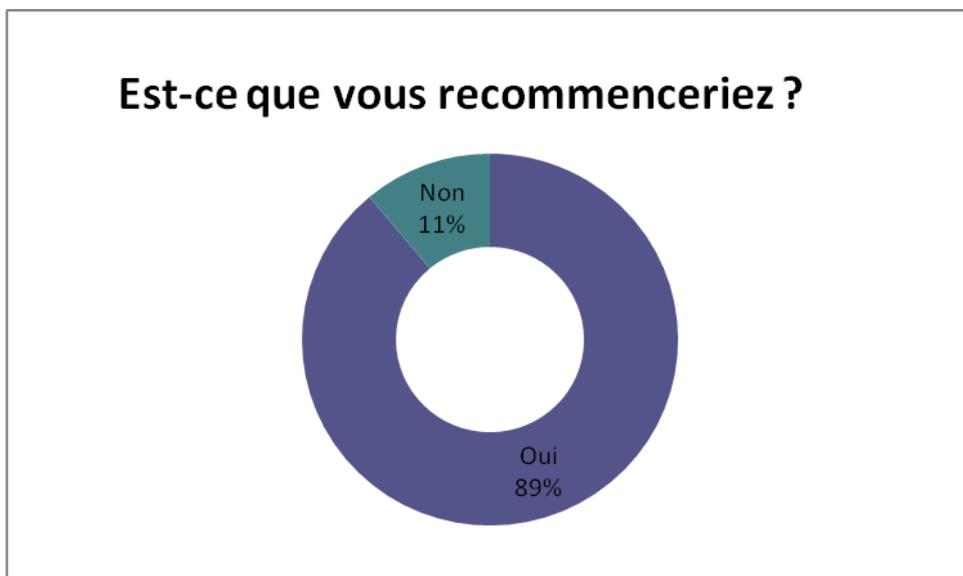


(4) Regrettez-vous d'avoir allaité ?



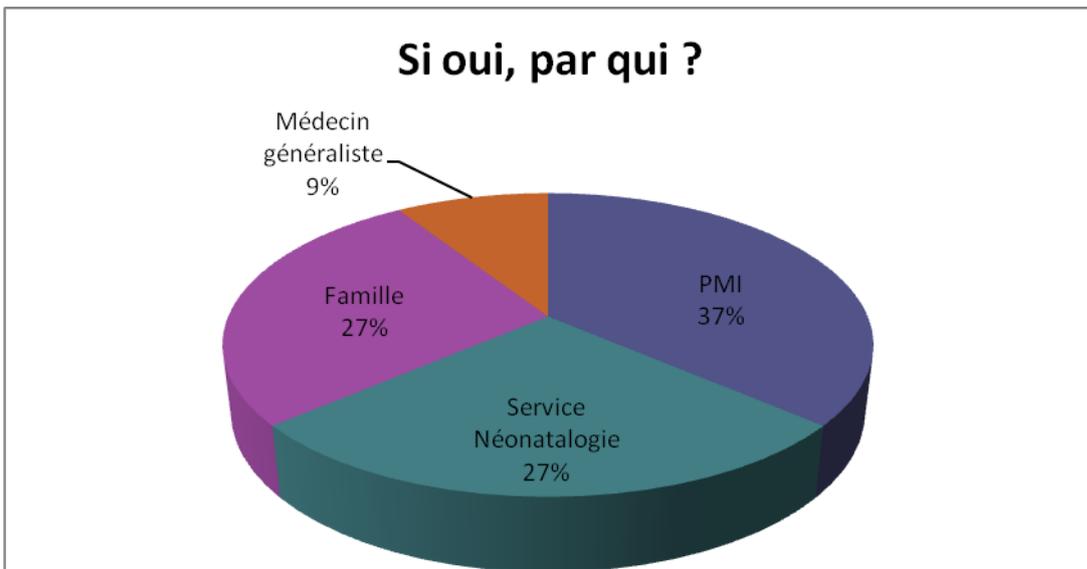
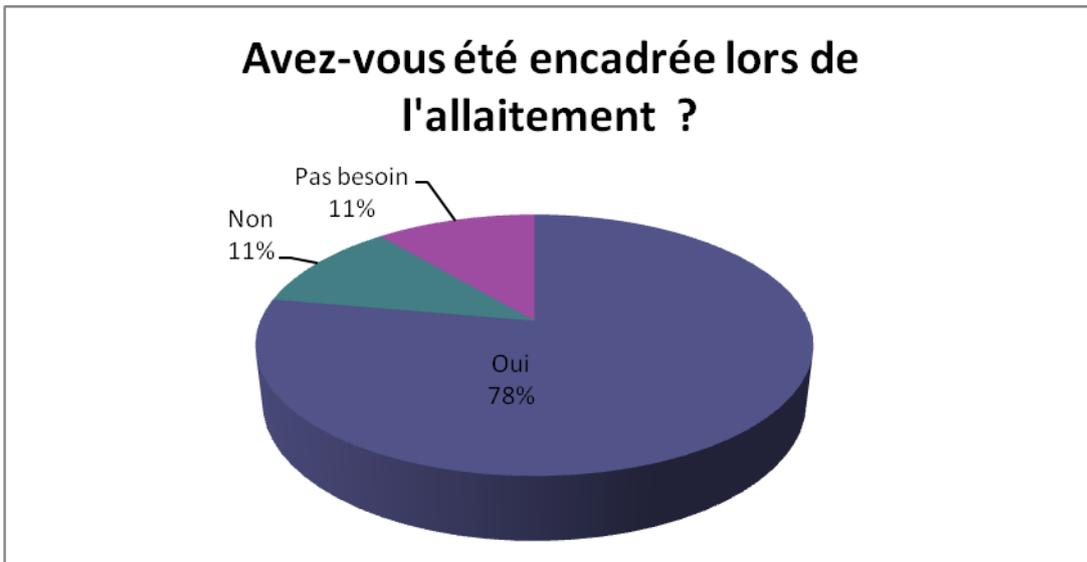
Aucune patiente n'a regretté d'avoir allaité

(5) Recommenceriez-vous ?



Seule une patiente ne souhaitait pas réitérer l'expérience de l'allaitement.

(6) Avez-vous été encadré ?



Les professionnels de santé de la PMI étaient là encore les premiers acteurs de l'encadrement des femmes qui allaitaient. Le médecin généraliste arrivait en dernière position.

3. Facteurs associés au choix du mode d'allaitement

Pour rechercher une liaison entre le choix du mode d'allaitement et différents facteurs, nous avons comparé le groupe « allaitement maternel » et le groupe « allaitement artificiel ». Nous avons utilisé pour cela le test du Khi 2.

a) Caractéristiques de la mère

(1) L'âge

Tranche d'âge	Femmes qui allaitent		Femmes qui n'allaitent pas		Total des femmes	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
20-24	71%	12	29%	5	15%	17
25-29	65%	26	35%	14	36%	40
30-34	74%	23	26%	8	28%	31
35-39	56%	9	44%	7	14%	16
40-44	71%	5	29%	2	6%	7
Total	68%	75	32%	36	100%	111

o

Dans notre étude, le taux d'allaitement est associé **de façon significative** à l'âge ($p=0.04$), **les femmes âgées de 35 et plus, ont plus tendance à allaiter que les femmes plus jeunes.**

(2) L'origine

Origine	Femmes qui allaitent		Femmes qui n'allaitent pas		Total des femmes	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Afrique du nord	79%	34	21%	9	39%	43
Afrique centrale	79%	11	21%	3	13%	14
France	59%	27	41%	19	41%	46
Autres pays	38%	3	63%	5	7%	8
Total	68%	75	32%	36	100%	111

L'origine des femmes est associée de façon très significative au choix du mode d'allaitement ($p=0.01$) : **les femmes d'origine africaine choisissent le plus souvent d'allaiter.**

(3) Religion

Croyance	Femmes qui allaitent		Femmes qui n'allaitent pas		Total des femmes	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Athée	52%	13	48%	12	23%	25
Chrétien	66%	19	34%	10	26%	29
Hindouiste	100%	1	0%	0	1%	1
Juif	50%	1	50%	1	2%	2
Musulman	78%	38	22%	11	44%	49
Autre	60%	3	40%	2	5%	5
Total	68%	75	32%	36	100%	111

Il n'existe pas de relation significative entre la religion des femmes et le choix de leur mode d'allaitement (p=0.1).

(4) Niveau d'étude

Niveau d'étude	Femmes qui allaitent		Femmes qui n'allaitent pas		Total des femmes	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Collège	69%	11	31%	5	14%	16
CAP/BEP	48%	10	52%	11	19%	21
BAC	76%	16	24%	5	19%	21
Etude Sup.	72%	38	28%	15	48%	53
Total	68%	75	32%	36	100%	111

Dans notre étude il n'existe pas de relation significative entre le niveau d'étude des femmes et le choix de leur mode d'allaitement (p=0.17).

(5) Profession

Profession	Femmes qui allaitent		Femmes qui n'allaitent pas		Total des femmes	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Ouvrière / Employée	51%	19	49%	18	33%	37
Cadre / Enseignante	78%	18	22%	5	21%	23
Paramédicale	70%	7	30%	3	9%	10
Sans	76%	31	24%	10	37%	41
Total	68%	75	32%	36	100%	111

Les ouvrières et les employées ont plus tendance à opter pour l'allaitement artificiel (p=0.02).

(6) Tabac

Tabac	Femmes qui allaitent		Femmes qui n'allaitent pas		Total des femmes	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Ne fume pas	76%	71	24%	22	84%	93
Fume	22%	4	78%	14	16%	18
Total	68%	75	32%	36	100%	111

Il existe une association très significative entre le tabagisme des femmes pendant la grossesse et le choix du mode d'allaitement : **les femmes qui fument ont tendance à choisir le biberon (p<0.0001).**

(7) Leur mère les a-t-elle allaitées ?

Leur mère les a-t-elle allaitées ?	Femmes qui allaitent		Femmes qui n'allaitent pas		Total des femmes	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Oui	74%	61	26%	21	74%	82
Non	54%	14	46%	12	23%	26
Total	68%	75	32%	36	100%	111

Le fait d'avoir été allaité ou non par sa mère est associé de façon très significative au choix du mode d'allaitement (p=0.006) : **les femmes qui ont été allaitées choisissent plus souvent d'allaiter.**

(8) La parité

Parité	Femmes qui allaitent		Femmes qui n'allaitent pas		Total des femmes	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Primipare	73%	33	27%	12	41%	45
2ième pare	62%	26	38%	16	38%	42
3ième pare	77%	10	23%	3	12%	13
4ième pare et plus	55%	6	45%	5	10%	11
Total	68%	75	32%	36	100%	111

Il n'existe pas de relation significative entre la parité des femmes et le choix de leur mode d'allaitement (p=0.68).

(9) L'expérience d'allaitement antérieur

Expérience d'allaitement antérieure	Femmes qui allaitent		Femmes qui n'allaitent pas		Total des femmes hors primipare	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Oui	82%	41	18%	9	45%	50
Non	6%	1	94%	15	14%	16
Total	64%	42	36%	24	100%	66

L'expérience d'allaitement antérieur est associée de façon très significative au choix du mode d'allaitement ($p < 0,001$): **une femme qui a déjà allaité aura tendance à opter de nouveau pour l'allaitement maternel.**

(10) L'information sur l'allaitement

Information sur l'allaitement	Femmes qui allaitent		Femmes qui n'allaitent pas		Total des femmes	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Oui	75%	46	25%	15	55%	61
Non	58%	29	42%	21	45%	50
Total	68%	75	32%	36	100%	111

Il n'existe pas de relation significative entre le fait d'avoir été informé sur l'allaitement pendant la grossesse et le choix du mode d'allaitement (p=0,08).

(11) Cours de préparation à l'accouchement

Cours de préparation	Femmes qui allaitent		Femmes qui n'allaitent pas		Total des femmes	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Oui	68%	27	33%	13	36%	40
Non	68%	48	32%	23	64%	71
Total	68%	75	32%	36	100%	111

Il n'existe pas de relation significative entre le fait d'avoir assisté au cours de préparation à l'accouchement et le choix du mode d'allaitement (p=0.84)

(12) Moment du choix

Moment du choix du mode d'allaitement?	Femmes qui allaitent		Femmes qui n'allaitent pas		Total des femmes	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Avant la grossesse	72%	59	28%	23	74%	82
Après la grossesse	58%	14	42%	10	22%	24
A la maternité	40%	2	60%	3	5%	5
Total	68%	75	32%	36	100%	111

Il n'existe pas d'association significative entre le moment du choix et le choix du mode d'allaitement (p=0,18).

b) Caractéristiques de l'accouchement et du nouveau né

(1) Sexe de l'enfant

Sexe de l'enfant	Femmes qui allaitent		Femmes qui n'allaitent pas		Total des femmes	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Garçon	74%	42	26%	15	51%	57
Fille	61%	33	39%	21	49%	54
Total	68%	75	32%	36	100%	111

Il n'existe pas de relation significative entre le sexe du nouveau né et le choix du mode d'allaitement ($p=0,22$).

(2) Poids du nouveau-né

Poids	Femmes qui allaitent		Femmes qui n'allaitent pas		Total des femmes	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Entre 2 et 2,5Kg	33%	1	67%	2	3%	3
Entre 2,5 et 3Kg	61%	11	39%	7	17%	18
Entre 3 et 3,5Kg	68%	34	32%	16	46%	50
Entre 3,5 et 4Kg	73%	24	27%	9	30%	33
Entre 4 et 4,5Kg	60%	3	40%	2	5%	5
Total	67%	73	33%	36	100%	109

Le poids du nouveau-né est lié de façon significative au choix du mode d'allaitement ($p=0.01$) : **les bébés dont le poids est inférieur à 3 Kg ont plus tendance à être allaités que les bébés plus lourds.**

(3) Mode d'accouchement

Césarienne	Femmes qui allaitent		Femmes qui n'allaitent pas		Total des femmes	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Oui	80%	8	20%	2	9%	10
Non	66%	67	34%	34	91%	101
Total	68%	75	32%	36	100%	111

Le mode d'accouchement n'est pas lié de façon significative au choix du mode d'allaitement (p=0.59).

c) Profession du père

Profession du père	Femmes qui allaitent		Femmes qui n'allaitent pas		Total des femmes	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Ouvrière / Employée	74%	45	26%	16	55%	61
Cadre / Enseignante	56%	24	44%	19	39%	43
Paramédicale	50%	1	50%	1	2%	2
Sans	100%	5	0%	0	5%	5
Total	68%	75	32%	36	100%	111

Il existe une relation significative entre la profession du père et le choix du mode d'allaitement (p=0.01) : **les nourrissons dont les pères sont ouvriers, employés ou sans profession, ont tendance à être plus nourris au biberon.**

III. DISCUSSION

A. TAUX ET DUREE D'ALLAITEMENT

1. Pourcentage de mère initiant un allaitement maternel

Dans notre étude 67.56 % des patientes interrogées allaitaient leur enfant à la maternité. Ce taux est plus important que le chiffre national estimé à 62,5 % en 2003 [89], mais reste nettement inférieur au dernier taux d'allaitement dans le service de maternité de l'hôpital Max Fourestier pour l'année 2008 qui était de 83.8% [107].

Ce taux d'allaitement exceptionnel est lié à la politique en faveur de l'allaitement pratiqué dans le service et notamment à l'engagement dans une démarche de labellisation Initiative Hôpital Ami des Bébéés (IHAB).

Le deuxième programme National Nutrition et Santé (PNNS2) s'est fixé un objectif concernant le taux d'allaitement maternel à la sortie de la maternité de 70%, d'ici 2010 [108]. Cet objectif reste insuffisant en comparaison des taux affichés par nos voisins européens, et est nettement dépassé par celui de la maternité de l'hôpital de Nanterre.

2. Taux d'allaitement à 2 mois et durée d'allaitement souhaitée

Dans notre étude, après deux mois, 87.3 % des patientes ayant opté pour l'allaitement maternel, ont continué d'allaiter. Ce taux est nettement supérieur au résultat d'une enquête de la COFAM datant de 1999, où 50% des femmes avaient interrompu leur allaitement après 10 semaines. Mais rares sont les données récentes sur l'évolution du taux d'allaitement après la naissance et sur sa durée.

À la sortie de la maternité, 64 % des femmes envisageaient un allaitement d'une durée supérieure ou égale à 6 mois. Ce taux se maintient lorsqu'on les réinterroge deux mois après l'accouchement. Donc 64 % de notre échantillon ont suivi les recommandations de l'ANAES qui préconisent un allaitement exclusif de 6 mois [61].

B. LES RAISONS DU CHOIX DU MODE D'ALLAITEMENT

1. Pourquoi les mères choisissent-elles l'allaitement maternel ?

Dans notre étude, la première raison avancée par les mères qui ont choisi l'allaitement maternel est le bénéfice escompté sur la santé de l'enfant (80%), puis la relation mère enfant (12%) et enfin l'aspect naturel (8%).

Les résultats de notre étude sont conformes à ceux des études publiées qui mettent toutes en avant les bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant comme premier argument présenté par les mères en faveur du choix de ce mode d'allaitement.[109][110][111][112].Une étude réalisée en 2001 démontre que le taux d'allaitement maternel augmente avec le nombre de qualités du lait maternel connues des mères. La qualité la plus déterminante est la diminution du risque d'infection [110].

On comprend mieux la nécessité d'informer les femmes pendant la grossesse sur les biens faits de l'allaitement.

La deuxième raison invoquée pour allaiter par une femme sur deux est le lien particulier que l'allaitement crée entre la mère et son enfant.

2. Pourquoi les mères choisissent-elles l'allaitement artificiel ?

Notre étude met en évidence que les mères qui ont choisi d'avoir recours à l'allaitement artificiel l'ont fait d'abord pour sa commodité (31%). Le travail est le deuxième motif donné par les femmes qui ont choisi le biberon, il est évoqué par 14.1 % d'entre elles.

Parmi les motifs d'allaitement artificiel, nous avons identifié un groupe de raisons d'ordre psychologique (18.2 %) : pas envie (7%), peur de ne pas y arriver (4.2%), moins stressant (4.2%), pudeur (1.4%). « Ça fait animal » (1.4 %). Puis un groupe de raisons lié à l'esthétique et à la morphologie des seins(5.8%) :sein trop petit(1.4%),sein trop gros(1.4%),pas de mamelon (1.4%),esthétique des sein (1.4%) .

Près d'une femme sur 10 explique son choix par l'échec d'un allaitement antérieur, par la fatigue liée à l'allaitement ou par la volonté de faire participer son

mari dans l'alimentation du nourrisson. Une seule femme n'allait pas à cause du tabac.

Nos résultats concordent avec les données de la littérature puisque l'aspect pratique du biberon est le principal motif donné pour le choix de l'allaitement artificiel dans de nombreuses études [109], [110], [113], [114].

Cependant ce motif est contestable, l'allaitement au sein, n'étant pas moins commode, ne prenant pas plus de temps que l'allaitement au biberon : en pleine nuit lorsque l'enfant pleure il semble plus facile de donner le sein que d'aller préparer un biberon.

Ce motif a toutefois pour avantage de masquer en premier lieu à la mère elle-même les véritables raisons qui ont motivé le choix de l'allaitement au biberon et qui s'avèrent être les barrières psychologiques subies par la mère à savoir une pudeur peut-être excessive [109], [115], un sentiment de rejet par rapport à l'allaitement maternel [115], une gêne à l'idée du contact physique qu'il impose ou simplement la peur de ne pas réussir [109], [115]. D'où la nécessité pour les professionnels de santé de s'intéresser au projet d'allaitement pendant la grossesse, afin de dépister les angoisses et les peurs des patientes et de les rassurer si besoin.

Les multipares ne notent pas leur expérience personnelle d'allaitement artificiel (ou maternel) comme motif de choix, même si l'on remarque qu'elles reproduisent leur expérience la plupart du temps [116]. Cependant l'échec d'un allaitement artificiel peut être retrouvé comme motif de choix.

Dans notre étude, 10 % des femmes ont évoqué la volonté de faire participer leur mari comme motif principal de leur choix du biberon. Dans la littérature, on retrouve ce motif dans de nombreuses études [112], mais aussi l'influence de l'entourage comme un des facteurs majeurs du choix de l'allaitement artificiel : ainsi, si la mère perçoit que la famille, et en particulier le conjoint a une attitude négative vis-à-vis de l'allaitement maternel, elle n'allaitera probablement pas car elle sait qu'elle ne se sentira pas soutenue. [117] Certaines idées fausses comme celle que l'allaitement maternel abîme les seins ou puisse interférer avec la vie de couple, peuvent faire préférer à certains conjoints la solution de l'allaitement artificiel. [118]

Il paraît donc important d'informer également les pères sur l'allaitement, afin qu'ils puissent soutenir en toute connaissance de cause le choix de leurs femmes.

C. LA MATERNITE DE L'HOPITAL MAX FOURESTIER : UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A L'ALLAITEMENT

Comme nous l'avons vu plus haut le taux d'allaitement à la maternité de l'hôpital Max Fourestier est nettement supérieur au chiffre national grâce à la politique en faveur de l'allaitement menée dans ce service. En effet depuis 2007 toute l'équipe s'est engagée dans une démarche de labellisation Initiative Hôpital Ami des bébés.

Plusieurs mesures ont été mises en place pour favoriser l'allaitement maternel et répondre aux dix conditions nécessaires pour obtenir le label :

- **Adoption d'une politique maternelle formulée par écrit** : la charte de l'allaitement maternel, présente dans chaque chambre de la maternité et dans le service de consultation. (Annexe 6)
- **Tous les membres du personnel soignant, médecins compris, ont bénéficié de formations**, afin d'obtenir les compétences nécessaires à la mise en œuvre de cette politique et d'avoir le même discours auprès des patientes (annexe 7). Il existe également un projet de former une sage-femme de l'équipe au poste de consultante en lactation. Une formation est également prévue prochainement sur « la place du père lorsque la mère allaite ».
- **Mise en place de réunions d'information au sujet de l'allaitement pendant la grossesse**, permettant aux futures mères d'avoir des réponses aux questions qu'elles se posent sur leur projet d'allaitement.
- **La mise au sein précoce, dans l'heure qui suit l'accouchement**. Dans notre étude, 80 % des femmes ont respecté ce délai. Lors de leur formation à l'allaitement, des sages-femmes ont proposé de réaliser en priorité la mise au sein avant certains soins (prise de sang, vitamine k). (Annexe 7).
- **Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson**. En pratique cela consiste à montrer les gestes de massage des seins avant la montée de lait, pour que les femmes puissent s'y exercer dans de meilleures conditions. Et surtout leur expliquer la pratique de l'expression

du lait à la main ou au tire-lait, et sa fréquence (5 fois 20 minutes par jour pour les deux seins). (annexe 7)

- **Aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel n'est donné au nourrisson sauf indication médicale.** Les compléments sont systématiquement évalués, et systématiquement notés dans le dossier (annexe7).

- **L'enfant est laissé 24 heures par jour avec sa mère :** il y a globalement très peu de séparations la nuit. Et, le cas échéant, les bébés sont systématiquement ramenés pour être mis au sein. Sont pris en nursery les « bébés très énervés qui pleurent tout le temps » pour soulager les « mères déprimées et/ou épuisées qui n'en peuvent plus de ce bébé qui pleure tout le temps ». (annexe7)

- **L'allaitement au sein à la demande de l'enfant est fortement encouragé.**

- **Éviction de la tétine pour les enfants nourris au sein.**

- **Le travail en réseau est largement développé dans le service avec :**
 - les sages-femmes libérales auxquelles les femmes sont adressées.
 - les services de Protection Maternelle et Infantile : des réunions hebdomadaires sont organisées avec ces services, les femmes en difficultés leurs sont régulièrement signalées.Afin de préparer le retour des femmes au domicile, les soignants leurs indiquent les coordonnées d'associations d'aide à l'allaitement et de carrefours « allaitement » dans les PMI.
Si les patientes rencontrent des difficultés après leur séjour à la maternité, elles peuvent toujours contacter la maternité afin d'avoir une réponse à leur problème.

La maternité de l'hôpital Max Fourestier possède une excellente réputation auprès des mamans. Dans notre étude 93 % des femmes qui allaitent se sont senties bien encadrées par les soignants de la maternité.

Le site Maman.fr recueille les avis des mères afin d'effectuer la notation de chaque maternité. Le service obtient l'excellente moyenne de 17.7/20 :

-recommandation 18.2/20, équipe médicale 17.7/20, équipe paramédicale 16.6/20, sage femme 18.6/20, conseil et assistance 16.7/20, confort 18/20.

D. FACTEURS INFLUENÇANT LE CHOIX ET LA DUREE DU MODE D'ALLAITEMENT

1. Facteurs sociodémographiques

a) L'âge

Dans notre étude, le taux d'allaitement est associé **de façon significative à l'âge** ($p=0.04$), **les femmes âgées de 35 et plus, ont plus tendance à allaiter que les femmes plus jeunes**. L'influence positive de l'âge de la mère sur le choix de l'allaitement maternel est une constatation fréquente dans la littérature des pays industrialisés [150][151].

En France, l'influence de l'âge maternel s'est inversée au cours des années : en 1972, les femmes les plus jeunes étaient les plus nombreuses à allaiter.

En 1976 et 1981, aucune liaison n'était mise en évidence avec l'âge.

Lors de l'enquête nationale périnatale de 1995, les femmes de 30 ans ou plus choisissaient plus souvent d'allaiter leur enfant [152], fait confirmé par d'autres études françaises plus récentes [153][154].

Il a d'ailleurs été supposé que la progression des taux d'allaitement dans les pays industrialisés ces dernières années était peut-être liée à l'augmentation de l'âge des mères au moment de la première grossesse, mais ceci a été démenti par une étude britannique réalisée en 2000. Les auteurs ont montré, en standardisant les taux d'allaitement à la naissance selon l'âge et le niveau d'étude, que la progression de l'allaitement était indépendante de l'évolution générale de la population étudiée [155].

L'influence de l'âge sur les durées d'allaitement est discutée : deux études françaises n'ont pas retrouvé de lien entre l'âge et la durée totale d'allaitement [153][160], contrairement à une étude réalisée dans la Somme [142] et à d'autres effectuées dans différents pays industrialisés [161][150][151].

b) Origine et religion

Dans notre étude, l'origine des femmes est associée de façon très significative au choix du mode d'allaitement ($p=0.01$) : **l'origine africaine est associée à un taux d'allaitement maternel important.**

Dans la littérature, certaines études tendent également à trouver un lien entre un taux d'allaitement élevé et une origine étrangère, alors que d'autres infirment cela, les étrangères ayant probablement tendance à adopter la façon de faire du pays qui les accueille [156][157].

En France l'enquête périnatale de 1995, a mis en évidence que les femmes de nationalité étrangère sont beaucoup plus nombreuses à allaiter que les Françaises, 76 contre 49%.

La chercheuse de l'INRA, Séverine Gojard qui a fait une enquête en 1997 dans le Val-de-Marne, amène quelques précisions sur l'allaitement maternel et les étrangères : les femmes qui ont passé leur enfance en Afrique ont nettement plus de chances d'allaiter leur enfant que celles qui l'ont passée en France, et encore plus celles qui l'ont passée en Afrique Noire que celles qui l'ont passée au Maghreb. Si elles ont passé leur enfance dans un pays d'Asie ou d'Amérique, elles ont aussi une plus forte probabilité d'allaiter. En revanche, on n'observe pas de différence significative entre la France et un autre pays d'Europe, ni au sein de la France entre province et région parisienne. [158].

Dans notre étude, **il n'existe pas de relation significative entre la religion et le choix du mode d'allaitement ($p=0.1$).**Dans la littérature peu d'étude aborde cette question.

Cependant, deux grandes religions monothéistes, l'islam et le judaïsme recommandent dans leur texte d'allaiter deux ans.

c) Niveau d'étude et profession

Dans notre étude, **il n'existe pas de relation significative entre le niveau d'étude des femmes et le choix de leur mode d'allaitement ($p=0.17$),** mais on met en évidence que **les ouvrières et les employées ont plus tendance à opter pour l'allaitement artificiel ($p=0.02$).**

Le fait que les mères des pays industrialisés **allaitent d'autant plus et d'autant plus longtemps, que leur niveau d'éducation est élevé**, est une caractéristique retrouvée de façon très fréquente dans la littérature [109][110][112][152][157][158]. La situation est différente dans les pays en voie de développement où les nouveau-nés de mères illettrées ont 1.9 fois plus de chance d'être allaités que ceux dont la mère a reçu 7 ans d'études [159].

L'influence du **niveau socio-économique de la mère** sur le choix du mode d'alimentation, déjà retrouvée lors de l'enquête périnatale de 1995 [152], a été confirmée par l'enquête périnatale de 2003 [89]. En 2003, en métropole, l'allaitement dominait chez les mères cadres (80 %) et le taux le plus faible était retrouvé chez les ouvrières non qualifiées (46%).

Un gradient similaire est observé pour l'allaitement exclusif au sein, dont la proportion variait de 40 % pour les ouvrières qualifiées à 74 % pour les cadres.

Dans notre étude, la profession du père intervient également dans le choix du mode d'allaitement : **les nourrissons dont les pères sont ouvriers, employés ou sans profession, ont tendance à être plus nourris au biberon.**

Ces facteurs ne sont pas modifiables, mais **leur connaissance peut permettre de cibler l'action de promotion de l'allaitement maternel** vers les **jeunes mères** ou celles de **niveau socio-économique bas**, d'autant que les nourrissons les plus à risque de ne pas être allaités, ou de l'être pendant peu de temps, sont aussi ceux qui ont le plus à risque d'avoir d'autres carences, avec un effet cumulatif [150].

2. Parité et expérience d'allaitement antérieur

Dans notre étude, **il n'existe pas de relation significative entre la parité des femmes et le choix de leur mode d'allaitement (p=0.68).**

Les auteurs ont des réponses discordantes quant à l'influence de la parité sur le choix du mode d'allaitement, mais la parité et l'âge maternel sont deux facteurs corrélés et leurs effets respectifs sur le choix du mode d'allaitement ne sont pas toujours faciles à distinguer. Ainsi, certaines études ne montrent pas d'influence de la parité sur le choix [116][115], d'autres concluent que les primipares allaitent plus souvent [152], que c'est le fait des grandes multipares [152] ou que le taux d'allaitement maternel baisse quand la parité augmente [162].

Cependant, comme nous l'avons mis en évidence, l'expérience d'allaitement antérieur est associée de façon très significative au choix du mode d'allaitement ($p < 0,001$) : **une femme qui a déjà allaité aura tendance à opter de nouveau pour l'allaitement maternel**. Ceci a été également constaté dans de nombreuses études. [112][163].

On peut alors cibler les efforts de promotion de **l'allaitement sur les primipares et les multipares n'ayant jamais allaité**.

3. Comportement pendant la grossesse

a) L'information sur l'allaitement et participation aux cours de préparation à la naissance

Dans notre étude, ni le fait d'avoir été informé sur l'allaitement pendant la grossesse, ni le fait d'avoir participé aux cours de préparation à la naissance, **ne sont mis en évidence comme facteur influençant** le choix du mode d'allaitement.

Ce résultat est **discordant** avec ceux de nombreuses études de la littérature, qui retrouvent une relation positive entre la participation aux cours et le choix de l'allaitement maternel [153][142][152][163]. Par contre il n'a pas été démontré de relation entre la durée de l'allaitement et la participation aux cours [132][142][160][164].

b) Le tabagisme

Dans notre étude, il existe une association très significative entre le tabagisme des femmes pendant la grossesse et le choix du mode d'allaitement : **les femmes qui fument ont tendance à choisir le biberon ($p < 0,0001$)**.

Ceci est conforme aux données de la littérature, où l'on retrouve en effet une **association négative très fréquente entre le tabagisme et l'allaitement maternel**, pour l'initiation comme pour la durée de l'allaitement. [151][154][123][163][165][152].

Il a été supposé qu'une forte consommation de tabac puisse avoir un impact négatif sur la production de lait. Les taux de base de prolactine sont en effet plus bas chez des mères fumeuses consommant plus de 15 cigarettes par jour, si on les compare

à des non-fumeuses. La nicotine pourrait aussi avoir un impact négatif sur le réflexe d'éjection en induisant des décharges d'adrénaline [61].

Mais une revue de la littérature [61] a constaté de nombreuses limites méthodologiques dans la plupart des études : rien ne prouve que les mécanismes physiologiques supposés interférer sur la production de lait en cas de tabagisme soient responsables de la durée plus courte d'allaitement généralement observée. Des facteurs sociaux et psychologiques et des différences dans la pratique de l'allaitement sont plus probablement impliqués.

4. Facteurs psychologiques et familiaux

a) *Le moment du choix*

La décision du mode d'alimentation de leur nourrisson a souvent été prise par les femmes interrogées **avant même la grossesse** : c'est le cas pour 74% de la totalité des femmes interrogées, 78.7% de celles ayant choisi d'allaiter et 63.9% de celles ayant choisi de donner le biberon. Cependant dans notre étude, il n'existe pas **d'association significative entre le moment du choix et le choix du mode d'allaitement (p=0,18)**.

Dans la littérature les avis des auteurs divergent. Dans certaines études, le fait d'avoir choisi tardivement le mode d'alimentation de son premier enfant (pendant la grossesse ou à l'accouchement) n'est associé ni à l'initiation de l'allaitement ni à la durée. [160][153]

D'autres études mettent en évidence que **plus le désir d'allaiter est précoce, plus l'allaitement sera choisi et poursuivi** [166][167][132].

Cela suggérerait que les femmes qui avaient choisi d'allaiter avant la grossesse étaient peut-être plus motivées et donc plus à même de surmonter les difficultés.

Il semble donc important de promouvoir l'allaitement le plus tôt possible, et donc auprès d'adolescents et d'adultes jeunes.

b) Leur mère les a elle allaitées ?

Dans notre étude, le fait d'avoir été allaité ou non par sa mère est associé de façon très significative au choix du mode d'allaitement ($p=0.006$) : les femmes qui ont été allaitées **choisissent plus souvent d'allaiter**. Ce résultat est conforme aux données de la littérature [153][163][142][132].

Dans la littérature, l'expérience de leur propre mère pour l'allaitement ne semble pas être en revanche suffisante pour augmenter la durée de l'allaitement. Ce facteur n'est en effet pas associé à une durée plus importante de l'allaitement. [153][160].

5. Caractéristiques de l'accouchement et du nouveau-né

a) Sexe du nouveau-né

Dans notre étude, **il n'existe pas de relation significative entre le sexe du nouveau-né et le choix du mode d'allaitement ($p=0,22$)**.

Ce résultat concorde avec celui de l'enquête périnatale de 1995 [152].

b) Poids du nouveau-né

Le poids du nouveau-né est lié de façon significative au choix du mode d'allaitement ($p=0.01$) : **les bébés dont le poids est inférieur à 3 Kg ont plus tendance à être allaités que les bébés plus lourds**.

La littérature n'est pas catégorique sur ce point : certaines études ne mettent pas en évidence d'incidence du poids sur le mode d'allaitement. [109][162]. Par contre l'enquête périnatale de 1995 trouvait que la fréquence de l'allaitement maternel augmentait avec le poids de naissance, mais ne variait pas en fonction des autres caractéristiques de l'enfant à la naissance (âge gestationnel, naissance multiple, sexe). [152]

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le fait que les enfants prématurés ou de petit poids soient allaités moins souvent, même si le lait maternel est l'aliment qui leur convient le mieux. Ils requièrent plus de soins médicaux, sont plus souvent séparés de leur mère, ce qui peut perturber l'unité formée par la mère et le nouveau-né. L'anxiété de la mère pour la santé de son enfant peut diminuer la production de lait, ce qui peut

inciter une mère à ne pas allaiter. Par ailleurs, les facteurs prédisposant à la prématurité et l'hypotrophie sont plus fréquents dans les milieux sociaux les moins favorisés, c'est-à-dire ceux où l'allaitement est moins fréquent [168].

c) Mode d'accouchement

Dans notre étude le mode d'accouchement n'est pas lié de façon significative au choix du mode d'allaitement (p=0.59). Dans notre travail peu de mères avaient subi une césarienne.

En France en 1995, un déclenchement ou une césarienne réalisée avant le début du travail étaient associés à des taux d'allaitements artificiels plus élevés. [152]
D'autres études ne mettent pas en évidence d'influence du déroulement de l'accouchement sur le mode d'allaitement [169][170].

Cependant, un allaitement maternel peut être réussi après un accouchement par césarienne si l'environnement de la maternité est favorable.

E. DIFFICULTES RENCONTREES ET VECU DE L'ALLAITEMENT

1. À la maternité

Dans notre étude, 64 % des femmes qui allaitaient ont rencontré des difficultés lors de la mise en route de l'allaitement à la maternité. Les trois principales difficultés rencontrées sont **les douleurs** (38 %), **les crevasses** (33 %) puis **les contractions utérines** (28 %). La sensation de manque de lait n'a été évoquée que par 1 % des patientes.

Parmi ces difficultés, le taux de crevasses pourrait être diminué en renforçant l'observation des premières tétées afin de détecter les mauvaises positions du nourrisson, sources de crevasses. Mais cela requiert plus de disponibilité de l'équipe.

Cependant, seules 7 % des femmes qui allaitaient, ne se sont pas senties bien encadrées lors de la mise en place de l'allaitement à la maternité. Les patientes ont donc été satisfaites du soutien apporté par l'équipe soignante pour faire face à la mise en place de l'allaitement et à la gestion de ses premières difficultés.

Ce résultat est le reflet de la politique favorable à l'allaitement, menée dans le service et que nous avons développée plus haut.

Près d'un tiers des patientes présentent des craintes à la sortie de la maternité. La crainte la plus fréquente, ressentie par 59 % d'entre elles, est celle de ne pas avoir suffisamment de lait. Il serait nécessaire de rassurer les patientes à ce sujet en insistant sur les conseils nécessaires pour entretenir la lactation (allaiter à la demande, donner des deux seins à chaque tétée, boire et manger suffisamment, ne pas donner de complément...).

Malgré ces difficultés et ces craintes, 97 % des patientes se sentent prêtes à allaiter à la sortie de la maternité.

Tous les échecs d'allaitement ont eu lieu après la deuxième semaine. **Les échecs rencontrés ne sont pas le fait d'une mauvaise mise en route de l'allaitement.**

2. À leur domicile

Dans notre étude, plus de **la moitié des femmes ont rencontré des difficultés à leur domicile**. Les trois difficultés les plus souvent rencontrées sont **les engorgements, les crevasses puis les douleurs**. « Le manque de lait » n'est rencontré que chez 7 % des patientes, alors qu'il s'agissait de la crainte la plus fréquente exprimée à la sortie de la maternité.

Dans de nombreuses études, **la difficulté la plus souvent rencontrée est le « manque de lait »**. [163][142][123].

40 % des femmes ont été fatiguées par l'allaitement mais uniquement 9% décrivent cette fatigue comme une difficulté.

Seules ¼ des femmes qui allaitaient ont eu besoin de consulter à ce sujet, alors que près de la moitié ont éprouvé des difficultés. **Ce qui signifie que la moitié des femmes qui ont eu difficultés n'ont pas consulté.**

Les professionnels de santé les plus sollicités sont ceux de la PMI (42%), devant les sages femmes (16%) et les gynécologues (16%). **Les généralistes et les pédiatres n'ont été que très peu sollicités pour la prise en charge des difficultés.** Est-ce que les patientes n'avaient pas assez confiance en ces professionnels de santé pour la prise en charge de l'allaitement ?

Seraient-ils insuffisamment formés pour accompagner les femmes qui allaitent ?

Dans de **nombreuses études, les médecins** ont été interrogés sur leur conduite pratique face aux problèmes d'allaitement. Ils **apparaissent favorables à l'allaitement mais généralement peu aptes à résoudre les difficultés** [171][120]. Ils sont d'ailleurs souvent conscients de cet état de fait.[172][173][171].

À la question : « Avez-vous été encadrée pendant votre allaitement » ? Près des 2/3 de patientes ayant poursuivi leur allaitement à deux mois, ont répondu par l'affirmative. Les principaux acteurs de l'encadrement sont la famille (43 %), la PMI et le service de la maternité (25 %). Les pédiatres ne sont évoqués que par 2 % des patientes et les généralistes n'ont pas participé à l'encadrement des patientes.

Il serait nécessaire que les généralistes et pédiatres, deux spécialistes proches de la mère et de l'enfant, exercent un véritable rôle dans le suivi et la promotion de l'allaitement.

Si on compare les projets d'allaitement (en durée) à la sortie de la maternité et deux mois après, **on constate que le nombre d'allaitements courts envisagés, a augmenté de près de 10%, au dépend du nombre d'allaitements intermédiaires (3 à 5 mois).**

Le nombre d'allaitements longs (6 à 12 mois) se maintient, le nombre d'allaitements très longs (>12 mois) a tendance à légèrement augmenter.

Le fait que les durées effectives soient inférieures aux durées envisagées initialement, est une constatation fréquente dans la littérature. [132][142][153]

95% des patientes ayant poursuivi l'allaitement à 2 mois, affirment que l'allaitement a été une bonne expérience, et ce malgré les difficultés rencontrées. 100% des patientes ayant interrompu l'allaitement ne regrettent pas d'avoir allaité, et près 90% d'entre elles souhaitent recommencer l'expérience malgré l'échec.

F. CAUSES DE SEVRAGES

Dans notre étude, seules 12.7 % des patientes (soit 9 patientes) avaient interrompu l'allaitement lors de notre deuxième questionnaire, deux mois après l'accouchement. Ce taux reste relativement faible par rapport aux données nationales. **Les femmes qui ont interrompu l'allaitement, l'ont fait en moyenne au bout d'un mois.**

Les trois principales raisons d'interruption de l'allaitement sont **les crevasses** (pour 3 patientes), **le manque de lait** (2 patientes) et **le bébé qui refuse le sein** (2

patientes). Viennent ensuite 6 autres motifs, donnés chacun par une seule patiente : la douleur, le diagnostic d'un microadénome hypophysaire chez la mère, le diagnostic d'une phénylcétonurie chez l'enfant, les tétées trop fréquentes, le travail et la fatigue.

Les crevasses, qui représentaient un tiers des difficultés rencontrées à la maternité, la deuxième cause de difficulté au domicile, sont les premières sources d'arrêt de l'allaitement. **Il convient comme on l'a vu, de renforcer l'observation par les soignants de la mise au sein, afin de détecter les mauvaises positions de la bouche du nourrisson par rapport au mamelon, pourvoyeuses de crevasses.**

Dans la littérature, la perception d'une insuffisance de production lactée est fréquemment le premier motif de sevrage donné par les femmes. [142][94][161][123].

Le travail est la deuxième source d'arrêt de l'allaitement dans la littérature [142], mais notre étude ne porte que sur les deux premiers mois de l'allaitement, période où la femme n'a normalement pas repris son travail. C'est ce qui explique que cette raison ne soit donnée que par une patiente.

Parmi, les neuf patientes qui ont arrêté leur allaitement, une seule patiente n'aurait pas pu éviter cette situation : celle dont l'enfant était atteint de **phénylcétonurie**.

En effet il s'agit d'une contre-indication à l'allaitement chez le nouveau-né.

La phénylcétonurie est une maladie génétique grave en relation avec un trouble du métabolisme de la phénylalanine (acide aminé d'origine alimentaire). Elle est responsable **d'une arriération mentale** (oligophrénie phénylpyruvique) progressive en l'absence de traitement approprié. En France et dans de nombreux pays, on procède à la naissance à **un dépistage systématique de la phénylcétonurie lors du test de Guthrie** (test consistant à prélever une goutte de sang au talon du nouveau née).

Dans les cellules du foie, une enzyme, la PAH (phénylalanine hydroxylase), permet de transformer la phénylalanine en excès en tyrosine (autre acide aminé). Chez les individus phénylcétonuriques, le gène responsable de la PAH est défectueux. C'est un trait héréditaire autosome récessif. Il existe une variante plus rare, dans laquelle la PAH est normale, mais où son cofacteur, la tétrahydrobioptérine (BH4) n'est pas synthétisé par le patient.

Chez les phénylcétonuriques, la transformation de la phénylalanine ne peut se produire et la phénylalanine s'accumule alors dans le sang alors que le taux de tyrosine est abaissé. L'excès de phénylalanine dans le sang est toxique pour le système nerveux, et perturbe le développement du cerveau de l'enfant, entraînant un retard mental. L'abaissement des taux de tyrosine entraîne un abaissement de la production de mélanine, ce qui fait que les enfants atteints ont tendance à avoir des cheveux, un teint et des yeux pâles. L'excès de phénylalanine est converti en phénylcétones (en

particulier l'acide phénylpyruvique) qui seront excrétés dans l'urine, d'où le nom de la maladie. La sueur et l'urine de l'enfant atteint ont une odeur typique due à la présence de cétones.

L'enfant atteint peut vivre avec un développement cérébral normal, en suivant **un régime pauvre en phénylalanine.**

Il s'agit d'un régime dans lequel on supprime toute viande, poisson, œuf, laitages, légumes féculents (haricots, petit pois), chips, frites, mayonnaise, pain, pâtes, céréales, etc. **c'est-à-dire tout aliment pouvant contenir la protéine produisant la phénylalanine.** Cependant, il faut ajouter à ce traitement des comprimés d'Acides aminés essentiels contenus dans ce type de nourriture, pour éviter un manque de ces acides.

Malgré l'interruption prématurée de leur allaitement, aucune patiente ne regrette d'avoir allaité. La quasi-totalité envisage d'allaiter leur prochain enfant.

G. L'INSUFFISANCE DE PRODUCTION LACTÉE

Le « manque de lait » est un véritable fléau pour les mères qui allaitent : **c'est l'une des principales difficultés rencontrées par les femmes et la première cause d'arrêt d'allaitement (dans la littérature).**

Ces données contrastent avec la rareté de l'incapacité patho-physiologique maternelle à produire du lait ou assez de lait [77].

La croyance que beaucoup de mères ne sont pas capables de produire assez de lait est pourtant profondément enracinée et extrêmement répandue.

Dans l'article « Allaitement maternel, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit » [174], G. Gremmo-Féger souligne que la prévalence élevée de ce syndrome dans la plupart des pays occidentaux contraste avec sa rareté dans les pays où l'allaitement maternel est très valorisé et le recours au lait artificiel beaucoup moins facile, de même qu'il était quasiment inconnu à l'époque où l'allaitement était encore la norme et le mode d'alimentation prépondérant dans les pays occidentaux.

L'expression « syndrome d'insuffisance de lait » serait d'ailleurs apparue dans la littérature biomédicale et anthropologique au début des années 80.

Une sécrétion lactée insuffisante est en réalité **presque toujours due à une conduite inadéquate de l'allaitement** et, dans de nombreux cas, l'impression de manquer de lait est subjective, liée au manque de confiance en elle de la mère [174].

La meilleure lutte contre cette insuffisance de production lactée passe probablement par la prévention [174], et l'information des femmes et de leurs conjoints.

D'une part, il faut informer les couples de **la loi de l'offre et de la demande** qui régit la production lactée, et qu'un nourrisson est tout à fait capable de réguler ses apports en lait pour peu qu'on lui laisse accès librement au sein.

Par ailleurs, ils doivent savoir que l'allaitement nécessite **une fréquence élevée de tétées** (et souvent également nocturnes), afin qu'ils n'adoptent pas des attentes irréalistes en matière de nombre de tétées, conformes à des normes culturelles imposées par l'alimentation artificielle.

Il faut également convaincre les couples (et leur entourage) que des apports nutritionnels insuffisants ne sont ni la principale ni la seule cause d'agitation et de pleurs chez le nourrisson, et que les tétées ne répondent pas à des besoins uniquement nutritionnels.

Les pleurs sont aussi une demande d'affection comblée au mieux par la succion non nutritive (« tétée câlin ») et le portage [175].

Dans la réussite de l'allaitement, l'information ne suffit pas, **la confiance en soi est indispensable.**

Une étude australienne [161] a montré que les mères qui avaient les scores les plus élevés de confiance en soi (évaluée par un questionnaire spécialisé) étaient les plus nombreuses à allaiter et à le faire exclusivement à J7.

Un niveau élevé de confiance en soi était également un des facteurs associé à la prévalence de l'allaitement à 4 mois après analyse par régression logistique.

Le soutien des mères est donc essentiel pour augmenter leur confiance en elles, afin qu'elles puissent réaliser leur projet d'allaitement. **Les professionnels de santé peuvent jouer un rôle important pour les valoriser et augmenter leur confiance en leur capacité à nourrir leur bébé.**

H. ALLAITEMENT ET ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Notre étude, ne concernant que les deux premiers mois après l'accouchement, nos résultats n'ont pu nous informer que **de l'impact du travail sur l'initiation de l'allaitement**. Pour l'impact du travail sur la durée d'allaitement nous nous sommes appuyés sur les données de la littérature.

Pour certaines femmes interrogées à la maternité, le fait d'exercer une activité professionnelle semble avoir été un obstacle au choix de l'allaitement maternel : la reprise du travail jugée trop précoce et un découragement à l'idée d'un sevrage prématuré sont un motif donné par 14 % des femmes pour expliquer leur choix de l'allaitement artificiel.

Cependant dans notre étude, s'il existe une relation significative entre le type de profession et le mode d'allaitement, **la relation entre l'exercice d'une activité professionnelle et le choix du mode d'allaitement n'est pas significative (p=0.24)**. Le fait de travailler n'est pas associé au choix du biberon.

La moitié des femmes qui allaitaient ne travaillaient pas (44 % étaient sans emploi, et 6 % en congé parental). Parmi les femmes qui travaillaient **près des 2/3 voulaient continuer d'allaiter après la reprise de leur activité professionnelle**. Ce qui signifie que **la reprise de l'activité professionnelle est un obstacle à la poursuite de l'allaitement pour un tiers des femmes qui travaillent**.

Plusieurs études ont analysé l'impact de l'activité professionnelle des mères sur l'initiation et/ou la durée de l'allaitement.

Pour certains auteurs, le fait d'exercer une activité professionnelle n'a pas d'influence sur le choix ou non de l'allaitement maternel [153][176].

D'autres ont même constaté que les femmes qui travaillaient choisissaient plus fréquemment d'allaiter [142], ce qu'ils s'expliquaient par le niveau socioprofessionnel plus élevé des mères qui travaillent, facteur associé positivement à l'initiation de l'allaitement maternel. Pour S. Fanello et al, le fait d'exercer une activité professionnelle ou non n'influçait pas le choix du mode d'alimentation du nourrisson, sauf la notion de congé parental qui était significativement associée à un choix plus fréquent d'allaitement maternel [163].

L'impact de la reprise d'une activité professionnelle sur la durée totale d'allaitement est discuté.

Certaines études ont retrouvé, après ajustement des variables confondantes, une association négative entre les durées totales d'allaitement et la reprise d'une activité professionnelle [176][164][77] ; mais d'autres n'ont pas établi de liaison significative entre ces 2 facteurs [142][153]. La plupart des auteurs mettent cependant en évidence **une chute des taux d'allaitement à la date de reprise de l'activité professionnelle** [163][164][132].

Plusieurs études ont montré que **la durée de l'allaitement exclusif diminue quand la mère reprend une activité professionnelle** dans les mois qui suivent la naissance [177] [77].

Mais plus que l'exercice ou non d'une activité professionnelle, il semble que ce soit les modalités de reprise de l'activité professionnelle en termes de **temps de travail qui influencent l'initiation et la durée de l'allaitement**.

Fein S.B. et al. [178] ont ainsi montré que la perspective de reprise d'un travail à temps plein diminuait la probabilité d'allaiter alors que ce n'était pas le cas pour une reprise du travail à temps partiel.

Des auteurs [77] ont fait apparaître que par rapport à une activité à temps plein, **un faible nombre d'heures de travail par semaine était corrélé à une durée d'allaitement plus importante**.

Pour Lanting CI. et al [179], la probabilité de poursuivre l'allaitement après 4 mois augmente quand les mères ne travaillent pas plus de 16 heures par semaine.

D'autres auteurs [178] ont établi que travailler à plein temps 3 mois après l'accouchement diminue la durée d'allaitement de presque 9 semaines par rapport aux femmes qui ne travaillent pas, alors qu'une activité professionnelle à temps partiel de 4 heures ou moins par jour n'affecte pas la durée de l'allaitement. Un travail à temps partiel de plus de 4 heures par jour diminue la durée d'allaitement mais dans des proportions moindres que le travail à temps plein.

La reprise du travail peut ne pas être un obstacle à la poursuite de l'allaitement, mais il faut pour cela :

- d'une part, informer les mères des différentes modalités de poursuite de l'allaitement, et notamment l'intérêt de l'allaitement à la demande pendant les jours de congé et les temps de repos de fin de semaine, afin de stimuler la lactation [77] (moins de la moitié des femmes interrogées dans la deuxième enquête ont pratiqué un allaitement à la demande le week-end).

- d'autre part, une réelle application du code du travail avec la possibilité de pauses prises sur le temps de travail et des lieux appropriés pour exprimer le lait. Elle peut être facilitée par une promotion de l'allaitement auprès des employeurs.

On peut notamment informer les employeurs de l'intérêt économique que représente pour leur entreprise la poursuite de l'allaitement maternel : aux

États-Unis il a ainsi été estimé qu'un dollar investi dans la promotion de l'allaitement permet d'économiser trois dollars en frais de santé et d'absentéisme maternel [180].

I. INSUFFISANCE DE LA SITUATION FRANÇAISE ACTUELLE

En première partie nous avons cité les mesures d'information et de promotion de l'allaitement maternel qui existaient, mais il reste de nombreuses lacunes à combler pour atteindre les taux d'allaitement des pays nordiques.

1. Les professionnels de santé

a) Leurs pratiques

Dans notre étude, 58 % des femmes qui n'allaitaient pas et 39 % des femmes qui allaitaient, n'ont reçu aucune information sur l'allaitement pendant leur grossesse. Ce manque d'information est délétère au choix de l'allaitement maternel, comme nous l'avons plus haut, plus les femmes étaient informées sur les bienfaits de l'allaitement plus elles allaitaient [110]. Des efforts doivent être réalisés par les professionnels de santé afin d'aider les parents à faire le meilleur choix en leur fournissant une information complète et de qualité sur l'alimentation des nourrissons. Et ceci, le plus précocement possible avant l'accouchement.

Le PNNS 2 (2006-2010) prévoit de promouvoir systématiquement l'allaitement maternel lors de la visite du quatrième mois de grossesse prévue par le plan périnatalité 2005-2008 et de diffuser à cette occasion un dépliant sur la question fournie directement par le médecin ou la sage-femme [106].

Les services participent parfois involontairement à la promotion des substituts du lait maternel par l'utilisation de nombreuses fournitures gratuites portant le logo des laboratoires, les petits cadeaux donnés aux mères à la maternité (boîte de naissances)... Bien souvent, le code international de commercialisation des substituts de lait maternel n'est pas respecté en France [119].

D'après notre étude, la PMI apparaissait comme le recours le plus fréquent après la sortie de la maternité : 42% des femmes qui allaitaient et qui ont eu besoin de consulter, ont fait appel aux conseils des professionnels de la PMI. 25% des femmes qui allaitaient, ont dit avoir été bien encadrées, par les soignants de la PMI. Elle semble en effet être un réseau de soutien adapté aux besoins des mamans. On comprend mieux l'intérêt de favoriser les liens entre les maternités et les PMI avoisinantes pour soutenir les femmes dans leur action d'allaiter.

Les médecins ne semblent paradoxalement pas jouer un rôle de première ligne d'acteurs de prévention et de soutien en faveur de l'allaitement aux yeux des femmes interrogées. Seules 5 % des femmes qui allaitaient et qui ont eu besoin de consulter,

ont consulté un généraliste ou un pédiatre. Les gynécologues ont été sollicités dans 16 % des cas. Aucun généraliste n'a contribué à l'information sur l'allaitement des femmes de notre étude.

Les associations de soutien ne semblent pas susciter l'intérêt des mamans : peut être ne sont elles pas suffisamment connues par les patientes ?

Les sages-femmes étaient les premières à informer les mamans sur l'allaitement pendant le suivi de grossesse.

b) Leur formation insuffisante.

Le thème de l'allaitement maternel est abordé en une heure dans le programme de pédiatrie lors de la formation des médecins généralistes. Ce temps semble trop limité pour permettre aux futurs médecins d'acquérir les connaissances nécessaires pour pouvoir conseiller et aider efficacement une mère allaitante, mais aussi pour lui permettre d'être pleinement convaincu de l'importance de la promotion de l'allaitement maternel.

Il existe une formation pour les consultantes en lactation, spécialité anglo-saxonne, mais le diplôme n'est pas reconnu officiellement en France. Il s'agit du diplôme de l'IBLCE (International Board of Lactation Consultant Examiners). Une fois le diplôme obtenu il faut se faire recertifier tous les 5 ans soit en repassant l'examen, soit en validant la mise à jour des connaissances.

Il existe un diplôme universitaire sur l'allaitement : « Lactation humaine et Allaitement maternel ». Cette formation qui se déroule pendant un an, demande du temps et dépend de la motivation du médecin dans ce domaine (domaine restreint dans la pratique quotidienne d'un médecin généraliste). De plus la seule faculté à organiser cette formation est à Grenoble.

Aussi, en l'absence d'apport théorique et pratique cohérent, la rigueur professionnelle des praticiens est mise en défaut par de fausses idées et des attitudes héritées de leur environnement socioculturel et de leur expérience personnelle (soit de non-allaitement, soit d'allaitement court). Le discours des professionnels est ambivalent : même si l'allaitement maternel est encouragé, le biberon est très facilement proposé par méconnaissance ou par facilité [120].

2. Des facteurs culturels souvent défavorables

a) *La civilisation du biberon*

Aujourd'hui la norme est représentée par l'alimentation au biberon, du fait notamment des images largement véhiculées par les médias, avec la large place représentée par l'alimentation artificielle dans les magazines grand public.

Le biberon est devenu un objet-symbole de la maternité. Des faire-part de naissance en ont la silhouette ou le représentent et, de nos jours, toutes les petites filles donnent le biberon à leur poupée.

Il peaufine encore sa réputation en se présentant comme outil de libération des femmes. Nous sortons d'une période où le concept d'émancipation de la femme a donné à l'allaitement maternel une connotation de servitude et de ringardise. En France, l'allaitement a été présenté comme un devoir pour la femme, alors que, dans le même temps, les mères du Nord de l'Europe le revendiquaient comme un droit à promouvoir et à protéger [121].

Le biberon est également devenu un objet de promotion de la paternité. Dans notre étude, près de 10% des patientes avaient choisi le biberon, afin de faire participer le père à l'alimentation de leur nouveau né. L'allaitement au sein oblige le père à sortir du cadre traditionnel, schématique et standardisé du père donnant le biberon ; il peut alors se sentir exclu de la relation avec l'enfant.

b) *Le sein nourricier et le sein sexué*

Depuis la libération sexuelle, notre culture a privilégié le sein érotique, puis le sein esthétique, médiatique, médical, publicitaire etc. en excluant le sein maternel.

Les seins nus sur les plages n'étonnent plus personne, alors qu'allaiter en public est souvent considéré comme indécent. Quant à allaiter un enfant qui commence à marcher ou à parler, c'est carrément obscène [122].

Voici quelques déclarations du Dr Marcel Rufo, pédopsychiatre très médiatisé, dans plusieurs magazines grand public :

« Je suis en plein combat avec mes consœurs Edwige Antier et Christiane Olivier, qui tiennent des propos bizarres : il faut allaiter son bébé jusqu' à un an. Moi, je crois qu'au 3eme mois on peut le mettre à la crèche et reprendre le travail (...) Quand un gosse touche les seins de sa mère, elle doit lui dire : "non, laisse-moi. Ce sont nos jouets à nous, ton papa et moi. Toi tu as ta voiture. » Et

il faut arrêter avec cette culpabilisation biologique, immunologique etc. »
{Express, 9-10-2003)

« Le sein ne se partage pas : prolonger l'allaitement au-delà de sept mois est un véritable abus sexuel ». {Le soir 29 -11-2003)

Pour une mère, la décision d'allaitement dépend aussi de son entourage. De tels discours renforcent l'émergence de propos désobligeants dans l'environnement des mères. Ils entretiennent également de nombreuses peurs chez les jeunes femmes : peur d'abîmer son corps et ses seins, peur d'être envahie par un bébé trop exigeant etc.

c) Pratiques d'allaitement dans une culture du biberon

Petit florilège des commentaires qu'une mère qui allaite entendra probablement au moins une fois : *« tu es sûre qu'il a assez mangé ? », « au biberon au moins on sait ce qu'il prend », « ton lait n'est peut-être pas bon », « il va devenir capricieux si à chaque fois qu'il pleure tu le mets au sein » % « donne lui un biberon le soir, il dormira plus longtemps », « ça te fatigue, tu devrais arrêter », « aucune femme de la famille n'a eu de lait et tu n'en auras pas non plus », « tu n'as pas assez de poitrine pour l'allaiter » etc.*

Avec le développement de l'allaitement artificiel, les femmes, les mères et donc le personnel soignant des hôpitaux ont désappris et oublié l'allaitement. Le modèle étant de plus en plus celui de l'alimentation au biberon, la prétention de vouloir rationaliser l'alimentation (horaires et quantités) s'est renforcée, avec une diminution de la fréquence des tétées « autorisées » et une augmentation du volume requis à chaque tétée.

En France, prédomine une culture d'allaitement à horaires réguliers, avec des tétées alimentaires de plus en plus espacées au fil des semaines, et supprimées la nuit dès que possible.

L'allaitement au sein exige une grande proximité mère-bébé, mais celle-ci est peu favorisé par notre environnement socioculturel : dans notre culture, la performance est reflétée chez un nourrisson par son aptitude à rester seul.

Une grande étude longitudinale québécoise [123] a montré que les bébés allaités font plus tardivement leur nuit que les enfants nourris au lait artificiel : 13% des bébés n'ayant pas été allaités ne font par leur nuit vers l'âge de cinq mois, alors que cette proportion est de 32% pour les bébés allaités pendant quatre mois ou plus ($p < 0.001$).

Cela peut être mal perçu par certains parents (et entourages) qui ont des attentes irréalistes en matière de comportement du nourrisson, basées sur des normes liées à l'alimentation artificielle.

3. Des actions internationales mal connues

a) Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Comme nous l'avons vu dans la première partie, en 1981, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a voté ce code. Il vise à réglementer la façon dont les compagnies sont autorisées à commercialiser les substituts du lait maternel, et il concerne la promotion directe au public, la promotion dans les services de santé et les professionnels de santé.

Les conseils de l'OMS ont été repris par l'Europe en 1991 et la France a adapté sa législation pour suivre la directive européenne par une série de textes législatifs publiés entre 1994 et 1998.

Cette directive européenne de 1991 ne couvre cependant pas toutes les dispositions du Code et n'a pas été mise à jour afin de prendre en compte les résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée Mondiale de la Santé.

Entre 1994 et 1998, trois textes réglementant la documentation sur l'alimentation des nourrissons de moins de 4 mois ont été publiés. D'après ces textes :

- Les préparations pour nourrissons sont les seules à être concernées par les mesures françaises. Sont donc exclus du champ d'application de la législation tous les autres produits visés par le Code international : les préparations de suite (lait deuxième âge), les autres aliments ou boissons pouvant être donnés à un bébé de moins de 4 mois (et à fortiori plus grand) tel que les farines, les jus de fruit, et les tétines et biberons.
- La publicité en faveur des préparations pour nourrissons n'est autorisée que dans la presse écrite destinée aux professions de santé, et est donc interdite au grand public. Dans les revues scientifiques, la publicité relative aux préparations pour nourrissons ne doit contenir que des informations de nature scientifique et factuelle.
- Cette information ne doit pas laisser entendre que l'utilisation du biberon est égale ou supérieure à l'allaitement au sein.
- Il est interdit aux fabricants et aux distributeurs de fournir à titre gratuit des préparations pour nourrissons (ainsi que des échantillons de ces produits ou tout autre cadeau promotionnel), que ce soit directement au public ou par l'intermédiaire des maternités, Centres PMI, et cabinets médicaux. Seuls quelques organismes comme la Croix Rouge peuvent distribuer gratuitement du lait « premier âge ».

- Toute documentation portant sur l'alimentation des nourrissons et établie à l'intention des femmes enceintes, des mères de nourrissons ou de jeunes enfants ou à l'attention des personnes s'occupant des problèmes nutritionnels des nourrissons et des jeunes enfants doit comporter des informations sur :
 - Les avantages et la supériorité de l'allaitement au sein ;
 - La nutrition de la mère et la façon de se préparer à l'allaitement au sein et de le poursuivre ;
 - L'éventuel effet négatif sur l'allaitement au sein d'une alimentation partielle au biberon ;
 - La difficulté de substituer un allaitement au sein à une alimentation utilisant des préparations pour nourrissons ;
- En cas de besoin, l'utilisation correcte des préparations pour nourrissons, qu'elles soient industrielles ou confectionnées à domicile. Dans ce cas, cette documentation doit également faire état des incidences, notamment financières, de cette utilisation, signaler les dangers pour la santé de l'emploi d'aliments ou de méthodes d'alimentation inadéquates et, en particulier, de l'utilisation incorrecte de ces préparations. Cette documentation ne doit contenir aucune image de nature à présenter l'utilisation de préparations pour nourrissons comme la solution idéale.

Mais cette législation française contient de nombreuses lacunes :

1. Le champ restreint de ces mesures ne correspond pas à la définition du Code International (voir articles 2 et 3 du Code International).

En particulier les laits deuxième âge, les biberons et tétines font l'objet d'une promotion intense interdite par le Code International : publicité dans les revues destinées aux familles, distribution gratuite de produit durant des manifestations. Les étiquettes des laits deuxième âge sont d'ailleurs en général quasi similaires à celles des laits premiers âges, et les industriels contournent ainsi l'interdiction de la publicité des préparations pour nourrissons.

2. **Les relations entre professionnels de santé et industrie alimentaire infantile ne sont pas traitées** (articles 6 et 7 du Code International et Résolution WHA49.15). De nombreuses manifestations (congrès, publications médicales) sont soutenues par cette industrie.

3. La Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes n'est pas habilitée à exiger le respect du décret de 1998, qui fixe les informations devant figurer obligatoirement dans tout document traitant de l'alimentation des nourrissons de 0 à 4 mois.

La mise au point d'une législation nationale basée sur le Code international, avec des mécanismes de renforcement (notamment extension à tous les produits visés par le Code et poursuite judiciaire des infractions), ainsi que la mise au point d'un système

de surveillance indépendant des intérêts commerciaux est un des objectifs recommandés par le Plan Européen pour la promotion de l'allaitement [124].

b) La Déclaration d'Innocenti

La Déclaration d'Innocenti (août 1990) est une déclaration d'engagement de nombreux gouvernements, de l'OMS et de l'UNICEF [annexe 3]. Elle est entièrement consacrée à l'allaitement maternel, sa promotion et sa défense. C'est un texte de référence pour les gouvernements, qui définit des objectifs pour les années 90 et des moyens pour y parvenir.

Les objectifs qui étaient fixés pour chaque gouvernement avant 1995 comportaient notamment :

- de 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 ;
- la désignation d'un coordonnateur national et la création d'un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel ;
- la mise en œuvre intégrale des principes de tous les articles du Code International de Commercialisation des Substituts du lait maternel et des résolutions adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la Santé ;
- la promulgation de lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant et l'adoption de mesures pour assurer leur application.

Cette déclaration n'est pas vraiment appliquée en France, notamment en ce qui concerne la création d'un comité de coordination.

Il existe bien en France des initiatives locales et des associations de soutien à l'allaitement maternel : **mais il n'y a pas de comité national officiel qui permettrait une plus grande cohérence des actions de promotion, en organisant le suivi, l'évaluation et le contrôle des différentes actions.**

c) L'initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB)

Comme nous l'avons vu en première partie, en juin 1991, L'OMS et l'UNICEF lancent le label Hôpitaux Amis des bébés. Le but de cette action est de favoriser l'allaitement maternel dans les maternités. Ce label est attribué après évaluation par un comité national, et il est réévalué tous les quatre ans.

En France, l'initiative Hôpital Ami des Bébé est coordonnée par la COFAM (Coordination Française pour l'Allaitement maternel).

En 2009, on compte près de 20 000 Hôpitaux Amis des Bébé dans le monde, avec 680 maternités labellisées en Europe, la Grande-Bretagne en compte plus de 60 ; en Suède et Norvège, la quasi totalité des maternités ont le label HAB ; en Belgique, grâce à l'impulsion du gouvernement, 13 maternités ont été labellisées en 2 ans et 15 autres sont prévues en 2010.

En France, seul 7 établissements ont été labélisés.

Liste des maternités ayant reçu le label HAB en France :

- Hôpital de Lons-le-Saunier (Jura) - Pôle Mère-Enfant
- Maternité de l'hôpital de Cognac (Charente Maritime)
- Maternité de l'hôpital de Saint Affrique (Aveyron)
- Maternité de l'hôpital de Mont de Marsan (Landes)
- Maternité de l'hôpital d'Arcachon (Gironde)
- Maternité de la clinique Adassa à Strasbourg (Alsace)
- Maternité « Les Bluets » à Paris

La maternité de la clinique Saint Jean à Roubaix avait été labellisée en 2002 et 2006, mais a été obligée de fermer en 2007, faute d'obstétriciens.

4. Les pratiques de l'industrie alimentaire infantile

a) Une forte pression publicitaire pour les aliments de substitution

Les publications commerciales constituent un élément important de l'ensemble des informations que familles et professionnels de santé reçoivent sur l'alimentation des jeunes enfants. Dans les milieux socio-économiquement défavorisés, où la prévalence de l'allaitement est la plus faible, elle peut même en constituer l'unique source.

Les numéros de Famili, Enfants Magazine et Parents publiés entre août et novembre 1997 ont été analysés avec comme cadre de référence les recommandations et informations diffusées par l'OMS et l'UNICEF. Les illustrations (photos, dessins) ont été classées : publicitaires ou non, consacrées à l'allaitement ou à l'alimentation au biberon. Cette étude montre que l'alimentation de substitution tient la première place au niveau des illustrations [125].

Plus récemment, en 2001, les publicités ont été analysées dans les revues destinées aux parents [126]. Dans les titres Famili, Enfants Magazine et Parents, le volume de publicité est compris entre 30 % et 45 % des pages (soit en moyenne 50 pages de publicités par revues) et presque une publicité sur quatre concernait un

produit commercialisé par une entreprise de l'industrie alimentaire infantile. Danone produit 45 % des pages de publicité, Nestlé en fournissant 27%, confirmant ainsi leur place de leader dans ce secteur commercial. Dans chaque publication grand public spécialisée en puériculture, les lecteurs verront en moyenne :

- 2,5 publicités pour lait " deuxième âge "
- 2 Publicités pour des laits de croissance.
- 2 Publicités pour des biberons

Les publicités pour laits « deuxième âge et les laits de croissance sont accompagnés de texte d'allure scientifique et contiennent des allégations sur leurs bienfaits pour la santé. La présence de certains éléments dans ces produits est présentée comme favorisant le développement de l'enfant :

« *La présence de bifidus facilite le fonctionnement du système digestif* » (Nidal confort)

« *Spécialement adapté pour une digestion paisible : lait homogène et onctueux, formule épaissie pour un confort digestif optimum* » (Guigoz confort)

Le financement de la presse spécialisée par l'industrie alimentaire infantile par l'intermédiaire des publicités est susceptible d'avoir une influence sur le contenu rédactionnel. En 2001, une pédiatre lyonnaise envoyait à une revue spécialisée, sur la demande de celle-ci, un texte portant sur l'intérêt de l'allaitement maternel dans les pays industrialisés. La rédaction de cette revue a informé la pédiatre par courrier qu'elle ne pouvait publier ce texte dont le contenu était jugé incompatible avec le soutien financier de l'industrie alimentaire infantile [126].

b) Les infractions de l'industrie alimentaire infantile à la législation française

N. Roques a étudié les informations commerciales publiées sur support papier par les industries alimentaires infantiles [126], dans les publications grand public mais aussi dans celles qui sont destinées aux professionnels de santé.

Cette étude montre que l'interdiction de la publicité pour lait « premier âge » dans les publications grand public est respectée. Suite au décret d'application du 30 juillet 1998, les entreprises évoquent parfois l'allaitement maternel quand elles diffusent des informations écrites sur l'alimentation des nourrissons de 0 à 4 mois.

Aucune des brochures traitant de l'alimentation infantile des nourrissons de l'étude ne reprend en revanche l'ensemble des informations exigées par le décret d'application du 30 juillet 1998.

Les publicités pour lait « deuxième âge » contiennent des allégations sur leurs prétendus bénéfices pour la santé, et ne font aucune référence au lait maternel.

Les publicités pour le lait " premier âge " publiées dans les publications pour professionnels de santé ne respectent pas la législation française : elles contiennent des formulations publicitaires, et les mentions qui sont obligatoires sur toute documentation selon le décret de 1998 sont incomplètes et inconsistantes.

Depuis 1979, un regroupement d'associations et d'ONG, l'International Baby Food Action Network (IBFAN : Groupe International d'Action pour l'Alimentation Infantile) surveille l'application du Code International et en recense les violations dans le monde. Elle révèle qu'aucune industrie de l'alimentation infantile ne respecte le Code dans sa totalité, des infractions à tous les articles sont régulièrement constatées dans le monde et relatées dans les rapports que l'IBFAN publie tous les trois ans. Ces rapports pointent également du doigt les différentes méthodes qui ne violent pas directement le Code mais sont utilisées par l'industrie alimentaire pour décourager l'allaitement [127].

En comparant les différentes compagnies entre elles, il s'avère que c'est Nestlé (qui est la plus importante entreprise avec 40 % du marché mondial des aliments pour enfants) qui a le record du nombre d'infractions constatées à tous les articles du Code.

5. Le « cas » des pays scandinaves

Les pays scandinaves font figure d'exception avec des taux d'allaitement bien plus élevés que leurs voisins européens, notamment à 6 et 12 mois.

a) Historique de l'allaitement dans les pays scandinaves [121]

Depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, les taux d'allaitement maternel en Suède comme en Norvège, ont décrit une courbe en « U » spectaculaire.

Jusqu'au milieu des années 30, la plupart des petits suédois naissaient à la maison et l'allaitement était la norme. Quand le taux d'accouchement en milieu hospitalier a augmenté, la prévalence de l'allaitement a baissé, avec un minimum vers 1972-1973, où, en Suède, seulement 30 % des bébés étaient exclusivement allaités à deux mois.

Actuellement, les taux de prévalence de l'allaitement à la sortie de maternité sont de 98% en Suède et 94% en Norvège, avec respectivement à trois mois, 83 % d'allaitement et 90 % d'allaitement (70% d'allaitement exclusif à trois mois en Norvège). A six mois, 72% d'allaitement en Suède (tout allaitement) et 80% en Norvège, avec en Norvège 36 % de bébés encore allaités à 1 an [124].

En Suède comme en Norvège, les taux et les durées d'allaitement sont actuellement toujours en augmentation.

b) Comment expliquer une progression aussi remarquable ?

En Suède, deux facteurs permettent d'expliquer en partie la hausse des taux d'allaitement. D'une part, la mise en place dès 1993 de l'Initiative Hôpital Amis des Bébé. **Actuellement toutes les maternités en Suède ont le label hôpital ami des bébés.**

D'autre part, une baisse générale des taux de fécondité, qui est plus marquée pour les populations aux faibles revenus, qui sont celles qui allaitent le moins. **Les bébés naissent donc plutôt dans les familles aisées où le choix de l'allaitement est le plus fréquent.**

Les actions de promotion de l'allaitement ont été initiées dans les pays nordiques dans les années 1970 par des mouvements de citoyens regroupés à l'intérieur d'associations très actives. Contrairement à ce qui s'est produit en France, les mouvements féministes n'ont pas revendiqué l'allaitement comme un devoir et une contrainte pour les femmes, mais comme un droit et ils ont su redonner à l'allaitement son caractère naturel.

Par la suite, **ces actions ont été relayées par une volonté politique au plus haut niveau de l'état**, avec tout d'abord des ententes avec les fabricants de lait industriel, qui ont abouti à la disparition de la distribution des biberons de compléments et à l'élimination des publicités. La législation du travail a aussi évolué pour encourager l'allaitement : horaires aménagés et un congé post-natal suffisant (pouvant aller jusqu'à 10 mois avec salaire intégral et un an avec 80% du salaire en Norvège).

J. PERSPECTIVES : COMMENT AUGMENTER LES TAUX ET LES DUREES D'ALLAITEMENT ?

1. Les cibles de la promotion de l'allaitement maternel

Le choix ou non de l'allaitement maternel appartient aux mères, mais l'allaitement est aussi une pratique culturelle, influencée par des phénomènes de société.

Un changement de regard, afin de normaliser l'allaitement maternel, ne peut exister sans une promotion générale de l'allaitement.

Des programmes de promotion visant l'ensemble de la population peuvent rendre encore plus positive l'image de l'allaitement et de ses bienfaits dans la société.

Des études ont montré que des campagnes médiatiques locales (journaux, télévision, radio etc.) [77], ainsi que la diffusion de recommandations portant sur

l'alimentation des enfants associée à une campagne médiatique nationale [128] [129] améliorent les taux de mise en œuvre et la durée de l'allaitement maternel.

Les campagnes médiatiques favorisent l'émergence d'un environnement favorable pour soutenir l'allaitement et peuvent contribuer à changer les attitudes à l'égard de la pratique de l'allaitement maternel.

a) Les garçons, les hommes, les futurs pères.

Le père est un facteur important influençant le choix du mode d'alimentation [130] [131] [123]. Son attitude influence également la durée d'allaitement [132] [123].

Les futurs pères doivent donc être une cible privilégiée pour les actions de promotion : l'information doit porter sur les bénéfices de l'allaitement, sur les mythes les plus courants, mais aussi sur **la mise en valeur de leur rôle essentiel dans le soutien de leur compagne qui allaite afin de les aider à trouver leur place autrement que par le biais du biberon** [133].

Les pères peuvent être capables de fournir un soutien physique et psychologique mais ne sont pas nécessairement préparés à remplir ce rôle, d'où l'intérêt de programmes d'éducation prénatale qui leur sont destinés [77].

Des études ont montré qu'une éducation des pères en prénatal peut être efficace à la fois sur les taux d'initiation de l'allaitement [134] et sur les durées d'allaitement [135] [133].

L'étude la plus importante [133] a été réalisée auprès de 280 mères envisageant d'allaiter et de leurs compagnons.

Toutes les mères ont bénéficié d'une éducation sur les pratiques d'allaitement. Les pères du groupe « contrôle » ont été informés des bénéfices de l'allaitement et ont reçu une information sur l'alimentation des nourrissons. Les pères du groupe « intervention » ont reçu, en plus de cette information, une éducation plus spécifique portant sur les difficultés d'allaitement, leur prévention et l'attitude pour les résoudre, ainsi qu'une sensibilisation à l'importance de leur rôle en tant que soutien de leur compagne allaitante.

Cette intervention a augmenté la prévalence de l'allaitement exclusif à 6 mois. La perception d'une production lactée insuffisante et l'arrêt prématuré de l'allaitement pour des difficultés d'allaitement a aussi diminué de façon significative dans le groupe « intervention ».

Les auteurs soulignent l'importance d'une formation pratique des pères, pour augmenter leurs connaissances, mais aussi d'une éducation, pour les aider à reconnaître et accepter leur rôle essentiel dans le succès de l'allaitement, et leur montrer leur capacité à augmenter la confiance en elle de la mère.

Des actions de promotion à destination des hommes et futurs pères se développent. La *WABA* (*World Alliance for Breastfeeding Action*), un consortium d'ONG, a ainsi mis en place depuis 2002 une « initiative globale pour le soutien au père » (« GIFS » : Global Initiative for Father Support).

Aux États-Unis, il existe plusieurs programmes de promotion de l'allaitement auprès des pères. Depuis 1990 le « Fathering Program » propose aux pères employés par le service de l'eau et de l'électricité de LOS Angeles, un programme d'information et de soutien en matière d'allaitement sur le lieu de travail [136]. Un programme de la Food and Nutrition Service (agence fédérale du département américain de l'Agriculture), qui cible les populations socialement défavorisées pour en améliorer la nutrition, met actuellement en œuvre un projet de promotion de l'allaitement ciblant les pères afro-américains, afin qu'ils encouragent leurs compagnes à allaiter.

b) Les enfants et les adolescents

La décision d'allaiter est souvent prise avant la grossesse. Aussi, à plus long terme, favoriser l'allaitement maternel passe également par une éducation et une information dans l'enfance, pour les filles comme pour les garçons.

Une étude réalisée en France auprès de 350 lycéens, a montré que l'allaitement avait une image positive dans l'esprit des adolescents mais que leurs connaissances et croyances étaient très hétéroclites [137].

Certaines connaissances scientifiques sont acquises (aspects immunologiques, nutritionnels) mais d'autres croyances pervertissent le bon niveau de connaissance : croyance que les laits industriels sont stériles, qu'allaiter fatigue etc.

22.5 % des filles qui ne désirent pas allaiter donnent par exemple comme motif que le biberon est plus hygiénique.

Cette étude montre qu'un grand nombre d'adolescentes (68.5 %) sont demandeuses de renseignements, et c'est également le cas pour 37 % des garçons. Le moyen d'information plébiscité par ces adolescents est la conférence au lycée par des intervenants extérieurs.

Des programmes ciblés pour les adolescentes et les adolescents pourraient faire évoluer leurs représentations de l'allaitement.

Goulet C et al proposaient d'intégrer une information sur l'allaitement maternel au sein des programmes scolaires, afin d'augmenter leur niveau de connaissances [138]. Une étude a par ailleurs montré que les connaissances et attitudes des adolescentes envers l'allaitement maternel pouvaient s'améliorer sous l'effet d'une campagne de promotion diffusée sous forme d'annonces télévisées [77].

c) L'industrie alimentaire infantile

Parallèlement à ces campagnes de promotion, **le respect du Code international des substituts du lait maternel et une plus stricte réglementation des pratiques de l'industrie alimentaire infantile** sont le corollaire indispensable à la réussite des actions de promotion.

Comment choisir librement le mode d'alimentation de son enfant quand les magazines à destination du grand public et plus particulièrement les magazines de

petite enfance, sont remplis d'images de nourrissons représentés avec un biberon ? Quand la distribution de colis-cadeaux en maternité est encore quasi généralisée ?

La publicité pour les préparations pour nourrissons et aliments destinés aux enfants de moins de quatre mois est interdite en France auprès du grand public, mais les industriels envahissent les médias destinés aux parents par une prolifération de publicités pour les laits 2e âge, laits de croissance etc. dont les logos sont en général quasi similaires à ceux des préparations pour nourrissons.

Le champ d'application de la loi devrait être étendu aux substituts du lait maternel destinés aux enfants de plus de 4 mois, mais aussi aux autres objets visés par le Code (biberons, tétines etc.), afin de permettre un plus grand respect du libre choix des parents pour l'alimentation de leur enfant.

Les auteurs du Plan d'action pour la protection, la promotion, et le soutien de l'allaitement maternel en Europe soulignent d'ailleurs que la protection de l'allaitement dépend dans une large mesure de l'application effective du Code, application qui comprend des mesures pour son renforcement, pour l'application de sanctions judiciaires en cas d'infraction, et un système de surveillance indépendant des intérêts commerciaux [124].

2. Politique du travail et pratiques d'allaitement

En France, en 2007, 82,9 % des femmes âgées de 25 à 49 ans étaient actives (contre 59,9 % en 1975 et 79,6 % en 1995). [Source : INSEE. Taux d'activité des femmes et des hommes selon l'âge]

Étant donné cette augmentation rapide du nombre de femmes sur le marché du travail, les politiques et les pratiques au travail vont avoir un effet croissant sur les pratiques d'allaitement.

Des études suggèrent que l'emploi des femmes a un petit impact ou pas d'impact sur l'initiation de l'allaitement, mais que **le moment de retour à l'emploi est un facteur clé influençant la durée d'allaitement. La durée du congé maternité est positivement associée avec la durée de l'allaitement des femmes employées** et chaque semaine de congé supplémentaire augmente d'une demi-semaine la durée de l'allaitement maternel [139].

La Suède est la référence des pays industrialisés à la fois en matière de taux d'allaitement, notamment taux d'allaitement exclusif à 6 mois, et de participation des femmes au monde du travail. En Suède, le congé postnatal est payé pendant 13 mois.

Judith Galtry [140] a étudié les implications des politiques du travail sur les pratiques d'allaitement, en comparant les situations de l'Irlande, de la Suède et des Etats-Unis. Elle souligne qu'il n'y a pas une simple relation entre les taux d'allaitement maternel et la durée du congé postnatal : en Irlande, les femmes bénéficient d'un période de congés payés de 18 semaines après la naissance de leur enfant, et les taux et durées d'allaitement y sont pourtant les plus bas en Europe, car il existe de nombreux facteurs culturels et institutionnels défavorables à l'allaitement.

L'auteur conclut que si l'on veut des taux élevés d'allaitement et de femmes actives, il faut à la fois un support socioculturel et une politique favorable du travail, de la santé et des soins de petite enfance.

Pour J.Galtry, les politiques du travail représentent cependant un important facteur institutionnel pour une meilleure pratique d'allaitement et un haut niveau de participation des femmes au marché du travail.

Les USA sont l'un des très rares pays industrialisés où il n'y a ni congé postnatal payé ni législation fédérale pour l'allaitement sur le lieu de travail, qui est laissée à la discrétion de l'employeur. Il existe de ce fait des inégalités très importantes en matière de taux et durées d'allaitement selon le niveau socioéconomique des femmes.

Les politiques de soins aux enfants et de petite enfance sont radicalement différentes en Suède et aux USA. La Suède a favorisé la présence des parents auprès de leur enfant pendant ses premières années et très peu d'enfants sont gardés à l'extérieur les 3 premières années de leur vie. Les USA, au contraire, favorisent plutôt la mise en garde précoce des enfants, en ne donnant pas d'allocations pour le congé postnatal mais en subventionnant la garde des enfants.

Pour promouvoir l'allaitement, les USA favorisent plutôt l'expression du lait sur le lieu de travail, quand ces pratiques suscitent peu d'intérêt en Suède, puisque les mères reprennent le travail à un moment où l'allaitement n'est plus exclusif.

J.Daltry souligne que la politique suédoise apparaît comme un important facteur des statistiques enviables de la Suède en ce qui concerne la santé des enfants (très faibles taux de morbidité et mortalité infantiles).

En ce qui concerne la politique de promotion de l'allaitement chez les femmes actives, la culture française est probablement à mi-chemin entre les deux extrêmes représentés par les politiques américaine et suédoise.

Si la durée du congé maternité n'est pas le seul facteur pour promouvoir la durée de l'allaitement, on peut cependant s'interroger sur la possibilité pour une mère de pratiquer un allaitement exclusif pendant 6 mois si elle reprend son activité professionnelle à temps plein 10 semaines après la naissance de son enfant.

Même si les femmes qui allaitent ont - théoriquement - droit à des salles d'allaitement et des pauses pour allaiter sur leur lieu de travail, on voit mal comment, en travaillant à temps plein et en exprimant leur lait deux fois par jour, elles peuvent maintenir un allaitement exclusif jusqu'aux 6 mois de leur enfant. Les études américaines qui ont montré que les femmes pouvaient entretenir leur lactation en exprimant leur lait sur leur lieu de travail pendant des mois ne précisent pas si les enfants ont pu être exclusivement allaités pendant cette durée [141].

Or l'exclusivité de l'allaitement est un des garants de la protection conférée aux enfants contre les problèmes digestifs et pulmonaires [1]. La durée de l'allaitement

exclusif est également considérée comme un important prédictif de la durée totale d'allaitement [142].

La prolongation du congé maternité n'est donc pas le seul facteur intervenant mais probablement un préalable indispensable à la réalisation des recommandations nationales et internationales sur la durée de l'allaitement exclusif.

Cette politique a un coût à court terme mais qu'il faudrait analyser sur le long terme au regard des économies réalisées en matière de santé (protection à la fois par l'allaitement et par le retard à la mise en collectivité des enfants).

La reprise d'une activité professionnelle à temps plein augmente significativement le risque de sevrage, mais ce n'est pas le cas pour une activité à **temps partiel, qui peut** être une solution intermédiaire pour prolonger la durée de l'allaitement chez les **femmes qui travaillent**.

La promotion de l'allaitement sur le lieu de travail reste de toute façon d'actualité pour permettre aux femmes qui le souhaitent de poursuivre leur allaitement.

Elle passe par une application plus répandue de la législation en vigueur, par le biais d'une information des mères et d'une promotion auprès des employeurs.

3. Rôle des professionnels de santé

La première rencontre entre une femme et les professionnels de santé concernés par l'allaitement a lieu généralement en début de grossesse, à un moment où, le plus souvent, le mode d'alimentation est déjà décidé. Et si ce n'est pas le cas, l'influence des seuls professionnels de santé, en dehors de programmes structurés, est limitée. [143] [131]

Le rôle du professionnel paraît en revanche essentiel pour encourager et aider les parents à mener à bien leur choix : une attitude positive envers l'allaitement combinée à des connaissances pratiques pour assister et soutenir les mères qui ont choisi d'allaiter a été rapportée comme un important facteur de promotion de la durée de l'allaitement [144] [145].

Une étude américaine [146] a évalué l'impact du point de vue de professionnels de santé sur la durée de l'allaitement exclusif : les mères suivies par un professionnel qui recommandait le don de supplément de lait industriel si la prise de poids de l'enfant était insuffisante, ou qui pensait que ses conseils sur la durée de l'allaitement n'étaient pas importants, étaient plus nombreuses à ne plus allaiter exclusivement à 12 semaines.

a) En prénatal

Le professionnel doit faire préciser le projet d'allaitement, recueillir les craintes des futures mères afin de les rassurer et corriger éventuellement les fausses idées reçues. Il convient de transmettre des informations objectives sur les aspects pratiques et d'insister sur les avantages de l'allaitement pour l'enfant et sa mère.

Le médecin généraliste, qui a l'avantage de voir les jeunes filles, les femmes et leurs familles en dehors des périodes de maternité, peut probablement jouer un rôle avant même la grossesse.

Il peut créer un environnement favorable à l'allaitement au cabinet, par le biais de matériel de promotion de l'allaitement maternel, mais aussi en limitant l'influence de l'industrie alimentaire infantile (pas d'exposition d'affiches d'informations avec le sigle de la compagnie, ni d'images idéalisant des nourrissons au biberon etc.).

Des auteurs [147] ont étudié les publications et produits disponibles dans 127 cabinets médicaux et dans la majorité des cabinets surveillés, les médecins du cabinet acceptaient et distribuaient de façon routinière des produits et publications qui compromettaient l'allaitement. Dans 90 % des cabinets, des produits commerciaux de publicité étaient disponibles. La plupart des publications concernant l'allaitement contenaient des informations erronées : seulement 23 % faisaient état des recommandations les plus récentes.

Des magazines qui contrevenaient au Code International des substituts du lait maternel étaient largement disponibles et ils étaient distribués de façon habituelle dans 46% des cabinets. 80% des praticiens acceptaient les dons gratuits de substituts du lait maternel et 38% les distribuaient de façon habituelle. Seulement peu de cabinets avaient une politique ou des critères de sélection des sources d'informations sur l'alimentation des nourrissons.

b) Pendant le séjour à la maternité

L'importance des pratiques hospitalières pour l'initiation et les durées d'allaitement est unanimement reconnue [95] [143][128].

Ces pratiques ont, d'ailleurs fait l'objet de recommandations de la part de l'OMS [95] et sont résumées dans les « 10 conditions pour le succès de l'allaitement » [annexe 1].

Les maternités qui ont mis en place une politique pour un changement de pratiques, que ce soit ou non dans le cadre de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébéés, ont une augmentation constante de leurs taux d'allaitement [128][143].

Une étude nationale réalisée en Suisse [148] a montré que l'augmentation des taux d'allaitement depuis 1994 pouvait être en grande partie expliquée par l'augmentation du nombre d'Hôpitaux Amis des Bébéés, les taux étant d'autant plus importants que les maternités appliquaient strictement les 10 étapes du guide de l'UNICEF. Les auteurs soulignaient par ailleurs que l'augmentation des durées d'allaitement, même dans les hôpitaux qui ne suivaient pas les recommandations de l'UNICEF, pouvait être indirectement influencée par l'IHAB, par le biais de la publicité auprès du grand public, et par les programmes de formation pour les professionnels de santé.

En France, on l'a vu, le nombre de maternité ayant le label Hôpital Ami des Bébéés reste trop faible (7 maternités en 2009). Un effort du ministère de la santé pour diffuser le label pourrait permettre d'augmenter le taux et la durée d'allaitement.

Pendant le séjour à la maternité, il est primordial de bien préparer le retour à la maison, afin de donner aux mères des repères faciles à mémoriser et à surveiller pour que l'allaitement fonctionne bien. Dans leur message les soignants doivent insister sur :

- Le rappel des grands principes physiologiques de l'allaitement.
- La vérification de la bonne position du bébé au sein
- Les critères d'une tétée efficace
- Prévenir des difficultés possibles dans les premières semaines (tensions des seins, engorgements, fièvre maternelle...)
- Donner les recours possibles pour le soutien de l'allaitement maternel (PMI, sage femme, associations ...)

Toutes les mères doivent pouvoir ainsi quitter la maternité rassurées et continuer leur allaitement en toute sérénité.

Il est nécessaire que les soignants d'une même maternité aient le même discours sur les conseils donnés aux mères, afin de ne pas les déstabiliser. Ceci est possible par des formations proposées au sein du service, qui permettent une réflexion sur la question et d'établir une même ligne de conduite.

c) Après le retour à domicile

Impact du soutien postnatal sur les durées d'allaitement

Le soutien est défini comme tout contact individuel ou en petits groupes pour des conseils appropriés et des encouragements (avec des professionnels de santé ou des bénévoles) venant en complément des soins habituels dans le but de faciliter la poursuite de l'allaitement maternel [77].

L'éducation est efficace pour augmenter les taux d'allaitement et les durées sur le court terme, le soutien peut aussi augmenter les durées sur le long terme et l'exclusivité de l'allaitement [128][129]. **La combinaison d'une éducation et d'un soutien apparaît une stratégie particulièrement efficace.**

Les auteurs de deux revues de la littérature [129][128] ont conclu à un bénéfice certain de toutes les formes de soutien sur la durée de l'allaitement. Le soutien apporté par des professionnels de santé (médecin, sage-femme etc.) est bénéfique de manière statistiquement significative pour toutes les catégories d'allaitement maternel. Le soutien non professionnel est efficace sur la réduction de l'arrêt de l'allaitement exclusif mais son effet sur toutes les catégories d'allaitement n'est pas significatif.

Le retour à domicile coïncide avec la survenue de difficultés dont la prévention requiert l'implication des professionnels et le développement de services de soutien à domicile.

Les différents professionnels de santé doivent pouvoir s'organiser pour former un réseau de soutien à l'allaitement permettant aux femmes de faire face aux premières difficultés et de continuer ainsi leur allaitement le plus longtemps possible. La maternité doit être l'élément central de ce réseau de soutien, elle informera les mères à leur sortie des différents acteurs qui pourront les aider si besoin.

Ce réseau de soutien se compose des sages-femmes, des puéricultrices, des médecins généralistes et pédiatres formés aux problèmes de l'allaitement, d'associations.

Voici quelques propositions qui permettraient d'améliorer le soutien aux mères qui allaitent :

- Améliorer la prise en charge à domicile, par exemple par **la programmation du passage systématique d'une sage femme ou d'une puéricultrice**, une fois par semaine le premier mois avec pesée du bébé, surveillance du bon déroulement des tétées, dédramatiser une hypogalactasie transitoire... Actuellement ce système existe déjà, mais il est réservé aux naissances multiples ou aux sorties précoces.
- **Mettre en place une consultation systématique dans les 15 jours après la naissance avec un médecin formé aux problèmes de l'allaitement.**

Une étude réalisée en France [149] a montré qu'une consultation systématique dans les 15 jours qui suivent la naissance auprès de médecins généralistes ou pédiatres ayant reçu une formation à l'allaitement, augmentait significativement le taux d'allaitement exclusif à 4 semaines et la durée médiane d'allaitement (18 semaines contre 13 semaines dans le groupe contrôle). Les mères qui ont bénéficié de cette consultation systématique ont par ailleurs rapporté moins de difficultés.

Les auteurs soulignent l'intérêt d'une consultation systématique pour prévenir les arrêts prématurés d'allaitement en repérant et gérant les difficultés précoces d'allaitement.

- **Développement du réseau PMI :** Dans notre étude, la PMI apparaissait comme le recours le plus fréquent après la sortie de la maternité et probablement le plus adapté au soutien de l'allaitement. Dans les Hauts-de-Seine, depuis 2005, de nombreuses PMI (dont la PMI de Nanterre), sont les lieux d'une belle initiative : « les carrefours allaitement ». Il s'agit de rencontres entre femmes ayant allaité et d'autres commençant l'allaitement ou voulant allaiter. Leur principe est simple "la parole des mères est plus percutante auprès des femmes qui allaitent que celle des professionnelles" ; leur objectif « permettre aux mères de se réapproprier les savoirs ».

- **Développer les Consultantes en lactation :** elles pourraient intervenir au sein des PMI, ou au domicile des patientes pour aider les femmes lors de leurs premières difficultés ou au moment du retour à l'activité professionnelle (démonstration d'extraction du lait avec le tire lait...).

d) Améliorer la formation des professionnels de santé.

Afin qu'ils puissent constituer un soutien efficace aux femmes qui allaitent, les professionnels de santé ont besoin de renforcer leur formation dans le domaine de l'allaitement.

Il semble nécessaire d'élaborer de nouveaux programmes de formation spécifiques à l'allaitement maternel : plus longs, interactifs et plus complets dans les écoles de médecine, des ateliers adaptés aux formations médicales continues pour les praticiens...

Il serait souhaitable d'aborder des généralités sur l'allaitement maternel en 2e cycle des études médecine et un approfondissement avec des cas cliniques en 3e cycle pour les généralistes, pédiatres et gynéco-obstétriciens.

Des formations devraient aussi être dispensées aux seins des maternités, elles concerneraient tous les membres du service, médecins compris. Elles permettraient une réflexion de l'ensemble des soignants et d'adopter une seule ligne de conduite dans la prise en charge des femmes qui allaitent. Ces cours devraient traiter de la

physiologie de la lactation et de l'allaitement maternel, développer les conditions favorables au bon démarrage de l'allaitement et comment prévenir et prendre en charge les difficultés de l'allaitement.

Le diplôme universitaire qui existe déjà devrait pouvoir être enseigné dans d'autres facultés.

Pour les médecins généralistes déjà installés, il faudrait réaliser des séances de Formation Médicale Continue sur l'allaitement maternel avec des cas cliniques.

Le diplôme de consultante en lactation devrait être organisé au sein des universités et non auprès d'organismes privés, afin de donner plus de légitimité au métier.

Aux États-Unis, l'Académie américaine de Pédiatrie a inauguré un programme allaitement dans les cabinets de pédiatres pour améliorer les capacités des médecins à soutenir l'allaitement. Des cours d'allaitement sur place ou à distance sont proposés au niveau de l'enseignement supérieur.

Au Nicaragua, depuis quelques années, est née l'initiative Université « Amie des femmes et des enfants » avec 6 universités qui s'engagent à intégrer l'allaitement et la gestion de la lactation à leur programme d'enseignement.

À Porto Rico, les professionnels de santé doivent suivre un cours sur l'allaitement pour renouveler leur licence professionnelle.

Tout professionnel de santé devrait ainsi posséder les connaissances scientifiques pour promouvoir l'allaitement maternel, être capable d'en résoudre les problèmes pratiques et prodiguer des conseils cohérents sur ce sujet.

CONCLUSION

Pour nos aïeules, le choix de l'allaitement se posait à peine. Elles connaissaient l'allaitement depuis l'enfance : toutes les femmes allaitaient leur bébé, les petites filles assistaient et participaient aux mises au sein d'un frère, d'un cousin ou d'un enfant du voisinage.

Arrivées à l'âge adulte, les nouvelles mères n'avaient qu'à reproduire les gestes et habitudes qu'elles avaient contemplés pendant leur enfance. Les difficultés des premiers jours se résolvaient entre femmes.

Actuellement, les jeunes mères n'ont bien souvent jamais vu une femme allaiter.

Les connaissances en matière d'allaitement ont évolué mais pas forcément les pratiques dans les maternités.

L'allaitement maternel qui n'est plus indispensable à la survie de nos enfants, devient un choix.

Notre étude a mis en évidence que les déterminants du choix et de la poursuite de l'allaitement maternel sont multiples. L'initiation comme la durée d'allaitement sont influencées par de nombreux facteurs, à la fois individuels, socioculturels, familiaux et professionnels. Les femmes primipares, jeunes, et ou ayant fait peu d'études, doivent bénéficier de plus d'information et de soutien.

Le choix ou non de l'allaitement maternel appartient aux mères, mais l'allaitement est aussi une pratique culturelle, et l'augmentation des taux et durées d'allaitement implique une modification des comportements à tous les niveaux de la société.

L'histoire de l'allaitement en Suède montre que l'on peut inverser une tendance, et qu'une action à l'origine initiée par des mères organisées et motivées, puis relayée par les pouvoirs publics, peut permettre d'obtenir des taux d'allaitement très élevés et de refaire de l'allaitement maternel une norme pour l'alimentation des enfants.

Le respect du choix des mères et des couples est essentiel, tant pour le choix initial du mode d'alimentation de leur enfant que pour la durée de l'allaitement.

La volonté partout exprimée de « ne pas culpabiliser les mères qui ne veulent pas allaiter » ne doit cependant pas faire oublier que l'allaitement mérite d'être encouragé et valorisé. Dans notre société, les mères qui allaitent ont plus de difficultés que celles qui n'allaitent pas à la maternité [184], et elles prennent le risque d'être confrontées bien plus que les autres à des sentiments d'insuffisance, de doute et de culpabilité.

S'il n'est pas démontré qu'une information plus abondante et largement diffusée culpabilisera beaucoup celles qui biberonnent, il est certain qu'elle aidera grandement celles qui allaitent et qui ont besoin d'être rassurées.

Les professionnels de santé, même s'ils ne sont pas les seuls intervenants pour améliorer les pratiques d'allaitement, ont un rôle essentiel à jouer pour aider les mères à accomplir leur projet d'allaitement, et par la même améliorer la santé des nourrissons.

En les rassurant sur leurs capacités, en leur expliquant et en les soutenant lors des difficultés passagères, les professionnels de santé contribueront à ce que le discret frémissement actuellement constaté en faveur de l'allaitement maternel dans notre pays se confirme et s'amplifie dans les années à venir.

Et c'est par ces femmes qui aujourd'hui vont allaiter avec succès, que se transmettra à la génération suivante la « culture de l'allaitement », comme elle passe de mère en fille dans les pays où, pour des raisons culturelles, la question « allaitement ou biberon ? » ne se pose pas.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- **Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie.** Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Les Synthèses du Programme National Nutrition Santé, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille ; Février 2005.

- 2- - **THIRION M.** L'allaitement : de la naissance au sevrage. Paris : Albin Michel,1999 ; 273

- 3- **Kunz C, Rudloff S, Baier W, Klein N, Strobel S.** Oligosaccharides in human milk : structural, functional and metabolic aspects. *Annu Rev Nutr 2000 ; 20 : 699-722*

- 4- **Directive de la Commission du 14 mai 1991** concernant les préparations pour nourrissons et les préparations de suite (91/321/CEE). *Journal Officiel des Communautés Européennes, 04.07.1991, L 175, p 35.*

- 5- **Hamosh M.** Bioactive factors in human milk. *Pediatr Clin North Am 2001 ; 48 : 69-86.*

- 6- **Heird WC.** The role of polyunsaturated fatty acids in term and preterm infants and breastfeeding mothers. *Pediatr Clin North Am 2001; 48: 173-188.*

- 7- **Jensen RG.** Handbook of milk composition. 1 vol, Acad Press, New-York 1995, 920 p.

- 8- **Neville MC, Morton J, Umemura S. Lactogenesis.** The transition from pregnancy to lactation *Pediatr Clin North Am 2001 ; 48 : 35-52.*

- 9- **Picciano MF** (a) Nutrient composition of human milk. *Pediatr Clin North Am 2001; 48 : 53-67.*

- 10- **Picciano MF** (b) Representative values for constituents of human milk. *Pediatr Clin North Am 2001 ; 48 : 263-4.*

- 11- **Salle BL.** Le lait de femme. In : C Ricour, J Ghisolfi, G Putet, O Goulet, éd. Traité de Nutrition Pédiatrique, Maloine, Paris : 1993 : 973-1000.
- 12- **Lönnerdal B.** Nutritional and physiologic significance of human milk proteins. *Am J Clin Nutr* 2003 ; 77 : 1537S-1543S
- 13- **Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB.** A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breast feeding in the United-States. *Pediatrics* 1997 ; 99 : e5
- 14- **WHO** collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. effect of breast feeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2000; 355:451-455.
- 15- **Kramer MS, Guo T, Platt RW, et al.** Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2003 ; 78 : 291-295.
- 16- **Duncan B ,Ey J, Holdberg CJ et al.** Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics* 1993; 91:867-72.
- 17- **Aniansson &, Aim B, Andersson B et al.** A prospective cohort study on breastfeeding and otitis media in Swedish infants. *Pediatr Infect Dis J* 1994 ;13:183-8.
- 18- **Duffy L, Faden H, Wasielewski R et al.** Exclusive breastfeeding protects against bacterial colonization and day care exposure to otitis media. *Pediatric* 1997 ;100:1-8.
- 19- **Bachrach VR, Schwarz E, Bachrach LR.** Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157:237-43.
- 20- **Rosenberg D.** Morbidité respiratoire. *Arch Pediatr* 2003; 10:942-3.

- 21- **Oddy WH.** The impact of breast milk on infant and child health. *Breastfeed Rev* 2002; 10:5-18.
- 22- **Chantry CJ, Howard CR.** Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children. *Pediatrics* 2006; 117:425-32.
- 23- **Takala AK, Eskola J, Palmgren J et al.** Risk factors of invasive *Haemophilus influenzae* type b disease among children in Finland. *J Pediatr* 1989 ;115:694-701.
- 24- **Silfverdal SA, Bodin L, Hugosson S et al.** Protective effect of breastfeeding on invasive *Haemophilus influenzae* infection: a case-control study in Swedish preschool children. *Int J Epidemiol* 1997; 26:443-9.
- 25- **Silfverdal SA, Bodin L, Ulanova M, Hahn-Zon'c M.** Long term enhancement of the IgG2 antibody response to *Haemophilus influenzae* type b by breastfeeding. *Pediatr Infect Dis J* 2002 ;21:816-21.
- 26- **Marild S, Jodal U et al.** Prospective effect of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatr* 2004; 93:164-8.
- 27- **Turck D breastfeeding** :health benefits for child and mother .*Arch Pédiatr* 2005;12:1-21
- 28- **Saarinen UM, Kajosaari M.** Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet* 1995;346:1065

- 29- **Gdalevich M, Mimouni D, David M, Mimouni M.** Breastfeeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Am Acad Dermatol* 2001 ;45:520-7.
- 30- **Oddy WH, Holt PG, Sly PD et al.** Association between breastfeeding and asthma in 6 year old children: studding of a prospective birth cohort study. *BMJ* 1999; 319:815-19.
- 31- **Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED et al.** Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001; 285:413-20.
- 32- **Prevention strategies for asthma** —primary prevention. *CMAJ* 2005; 173:S20-4.
- 33- **Armstrong J., Reilly J.** Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity.The *Lancet* 2002 ; 359: 2003- 2004
- 34-UNICEF 2002.** La situation des enfants dans le monde.
http://www.unicef.Org/french/sowe02/g_12.htm
- 35-**Jain A., Concato J. et Leventhal JM.**«How good is the evidence linking breastfeeding and intelligence? » [en ligne]. *Pediatrics*. Juin 2002; 109(6) : 1044-1053.
- 36-**Mortensen EL., Michaelsen KF., Sanders SA. et al.**«The association between duration of breastfeeding and adult intelligence » [en ligne]. *Journal of the american medical association*. 2002; 287: 2365-2371. Disponible sur: <http://iama.ama-assn.org>
- 37- **Daniels M et Adair LS.**«Breastfeeding influences cognitive development in Filipino children » [en ligne].*Journal of Nutrition*. Nov. 2005; 135: 2589-2595.Disponible sur: <http://in.nutrition.org>

- 38- **Lucas A, Cole TJ.** Breastmilk and neonatal necrotizing enterocolitis. *Lancet* 1990;336:1519-23.
- 39- **Owen CG, Whincup PH, Gilg J A, Cook DG.** Effect of breastfeeding in infancy on blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 327:1-7.
- 40- **Rich-Edwards JW, Stampfer AAJ, Manson JE et al.** Breastfeeding during infancy and the risk of cardiovascular disease in adulthood. *Epidemiology* 2004;15:550-6.
- 41- **Martin RM, Smith GD, Mangtani P et al.** Breastfeeding and cardiovascular mortality: the Boyd Orr cohort and a systematic review with meta-analysis. *European Heart Journal* 2004;25:778-86.
- 42- **Martin RM, Ben-Schlomo Y, Gunnell D et al.** Breastfeeding and cardiovascular disease risk factors, incidence and mortality: the Caerphilly study. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:121-9.
- 43- **McKinney P, Parslow R, Gurney KA et al.** Perinatal and neonatal determinants of childhood type 1 diabetes. *Diabetes Care* 1999;22:928-32.
- 44- **Knip M, Akerblom HK.** Early nutrition and later diabetes risk. *Adv Exp Med Biol* 2005;569:142-50.
- 45- **Knip M, Virtanen SM.** Nutritional risk predictors of beta cell autoimmunity and type 1 diabetes at a young age. *Am J Clin Nutr* 2003;78:1053-67.

- 46- **Young TK.** Type 2 diabetes mellitus in children: prenatal and early infancy risk factors among native Canadians. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:651-5.
- 47- **Owen C&, Martin RM, Whincup PH et al.** Does breastfeeding influence risk **01** type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *Am J Clin Nutr* 2006;84:1043-54.
- 48- **Davis MK, Savitz DA , Graubard BI.** Infant feeding and childhood **cancer.** *Lancet* 1988;2:365-8.
- 49- **Guise JM, Austin D, Morris CD.** Review of case-control studies related to breastfeeding and reduced risk of childhood leukemia. *Pediatrics* 2005;116:72 31.
- 50- **OMS collectif.**«Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum: guide pratique » [en ligne]. Espacement des naissances. 1999.
- 51- **Laurent C ;**Le lait maternel, aspects pratiques.Paris :Co-naitre 2002.
- 52- **Alderman BW , Weiss NS, Dailing JR et al.**reproductive history and postmenopausal risk of hip and forearm fracture .*Am J Epidemiol* 1986;124:262-7
- 53- **Akkus Z,Camderiven H,Celik F et al.** Determination of osteoporosis risk factors using amultiple logistic regression model in postmenopausal Turkish women.*Saudi Med J* 2005 ;26 :1351-9
- 54- **Dursun N, Akin S, Dursun E et al .** Influence of duration of total breastfeeding one bone mineral density in a Turkish population: does the priority of risk factors differ from society to society? *Osteoporose Int* 2006;17:651-5
- 55- **Jernstrôm H. et al.** Breast-feeding and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *J Nat Cancer Inst* 2004; 96(14): 1094-98
- 56- **Breastfeeding and risk of breast cancer in young women .**United Kingdom National Case-Control Study Group .*BMJ* 1993;307:17-20.
- 57- **Rosenblatt KA , Thomas DB .**Lactation and the risk of epithelialovarian cancer.The WHO collaborative study of neoplasia and steroid contraceptives. *Int J Epidemiol* 1993;22:192-7

- 58- - **ROQUES N.** L'allaitement maternel en chiffres. IPA ; juin 2002.
- 59- **UNICEF.** L'allaitement maternel, les règles d'or. Savoir pour sauver, www.unicef.org
- 60- **SMITH JP. et al.** Hospital system cost of artificial infant formula feeding: estimates for the Australian Capital Territory. *J Hum Lact* 2004; 20(2):211
- 61- **Agence Nationale Accréditation et d'Evaluation en Santé .**Allaitement maternel :mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant .Paris .ANAES.mai2002 ;177p
- 62- **American Academy of Pediatrics** :comitte on drugs .The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*,2001;108,pp776-789
- 63- **JAN MOUCHARD isabelle ,BATTU merle agnès .**Allaitement maternel et médecine générale :revue de la littérature pour aider les médecins généralistes à accompagner les femmes qui allaitent . Th :Médecine Grenoble :2000
- 64- **DAMASSE-MICHEL C ,ROLLAND M , TRICOIRES J et AZOUGUI-ASSOULLIEC.** Médicaments et allaitement maternel.Encyclopédie Médico chirurgicale (Elsevir ,Paris)Obstétrique ,S-111-A-10.2002,4p
- 65- **LAWRENCE Robert M, LAWRENCE Ruth A.** Given the benefits of breastfeeding, what contradictions exist? *Pediatrics clinics of North America*, 2001; 48, pp235-252.
- 66- **UNICEF, ONUSIDA, OMS, UNFPA.** La transmission du VIH par l'allaitement au sein. Genève: OMS, 2005. 37p.
- 67- **ANAES.** Diagnostic et suivi virologiques des hépatites virales (à l'exclusion du dépistage en cas de dons de sang, d'organes ou de tissus). Paris : Anaes ;2002.
- 68- **Bernard O, Cohen J.**Transmission du virus de l'hépatite C de la mère à son enfant. In Journées parisiennes de Pédiatrie.Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2001 :49-59.
- 68- **THIRION Marie.** L'allaitement. Paris :Albin-Michel,2004.280p
- 69- **NEWMAN Jack.** You should continue to breastfeeding (2) : Illness in the mother or baby. 2005. Version française, mars 2005, par DUPRAS Stéphanie, <http://www.lllfrance.org/>

- 70- **NEWMAN Jack**. Blocked ducts and mastitis. 2005. Version française, mai 2005, par DUPRAS Stéphanie, <http://www.illfrance.org/>
- 71- **Organisation Mondiale de la Santé**. Mastite : Cause et prise en charge. Genève : OMS, 2004. 44p.
- 72- **Royal College of Midwives**. Pour un allaitement réussi : Physiologie de la lactation et soutien aux mères. Paris : Masson, 2003. 99p.
- 73- **RAILHET Françoise**. Allaitement et chirurgie mammaire. Allaiter aujourd'hui, 2003; 57.
- 74- **CRAT** : Médicaments et allaitement, les grandes lignes du raisonnement.
- 75- **DAMASE-MICHEL C, ROLLAND M, TRICOIRE J et AZOGUI-ASSOULINE C**. Médicaments et allaitement maternel. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier, Paris), Obstétrique, 5-111-A-10, 2002, 14p.
- 76- **GREMMO-FEGER G., DOBRZYNSKI M., COLLET M**. Allaitement maternel et médicaments. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2003; 32, pp466-475.
- 77- **Agence Nationale Accréditation et d'Évaluation en Santé**. **Allaitement maternel** : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant .Paris .ANAES.mai2002
- 78- **Thirion M** : [WWW.santéallaitementmaternel .com](http://WWW.santéallaitementmaternel.com)
- 79- Righard L ,Alade OM .Effects of delivery room routines on success of first feed .Lancet1990 ;336 :1105-7
- 80- **World Health Organization**, données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement [en ligne], 1999.
- 81- **ADES du Rhône**. L'allaitement maternel. Guide pratique à l'usage des professionnels de la santé [en ligne].
www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/ln35.htm, 2007.
- 82- **Loras-Duclaux I**. Conseils pratiques aux mères qui souhaitent allaiter. Arch Pédiatr 2000 ;7:541-8.
- 83- **Pratique de l'allaitement à la maternité**. Brochure à l'usage des professionnels de santé .L'ENVOL.1998

- 84- **Haute Autorité de santé et Association Française de Pédiatrie Ambulatoire** :référentiel d'auto évaluation des pratiques en pédiatrie :Allaitement maternel suivi par le pédiatre,juillet 2005
- 85- **Pr Gabriel R ,Dr Ceccaldi PF**,Allaitement et complications ,LA REVUE DU PRATICIEN 2002 ,52 ,2269
- 86- **Horovitz j,Guyon F ,Roux D ,Hock C** .Suites de couches normales et pathologiques.Encycl Med Chir (Elsevier ,Paris),Gynécologie Obstétrique,5-110-A-10,2001,12p
- 87- **Blondel B., Supernant K., Du Mazaubrun C. et Bréart G.**« Compte rendu de l'enquête nationale périnatale 2003- Situation en 2003 et évolution depuis 1998» [en ligne].Unité de l'INSERM, recherches épidémiologiques. Santé périnatale et des femmes, ft 2005.Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr>
- 88- **Ministère de la santé de la jeunesse et des sports.**«Certificats médicaux interactifs» [en ligne].Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr>
- 89- **Vilain A,De peretti C,Herbert JB** , «Enquête nationale périnatale 2003,compléments de cadrage :les disparités sociales en matière de santé périnatale et apport des autres source,DRESS ,fev 2005 Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr>
- 90- **Haute autorité de santé** « Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie l'enfant » [en ligne].Recommandations pour la bonne pratique, mai 2002. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr>
- 91- **Roques N.** « Allaitement maternel et proximité mère-bébé » Paris :Erès ,2005,128p(collection mille et un bébés).
- 92- **-Le dossier Allaitement en chiffres d'IPA** <http://assoc.ipa.free.fr/CHIFFRES/index.htm>
- 93- **EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe.** Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: Current situation. Italy : IRCCS, 2003, 16p.
- 94- **LEPETIT Hélène, MILHAC Joëlle.** L'allaitement en France aujourd'hui. <http://www.institutdesmamans.com/Online/allaitement.php?mode=0>
- 95- **World Health Organization, United Nations Children's Fund.** Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services (A joint WHO/UNICEF statement). Int J Gynecol Obstet. 1990; 31: 171-83

- 96- **World Health Organization.** Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. Geneva: WHO; 1999.
- 97- **Assemblée générale des Nations Unies.** Convention relative aux Droits de l'enfant. New York, 1989. www.unicef.org/crc/crc.htm
- 98- **WHO and United Nations Children's Fund. Innocenti** Declaration on the Protection, Promotion and support of breastfeeding. 1990. New York, NY, UNICEF.
- 99- **Sandre-Pereira G.** La Leche League: des femmes pour l'allaitement maternel (1956-2004) pp174-187 disponible sur <http://clio.revues.org/index1462.html>
- 100- **La Leche League** ,qui sommes nous ? disponible sur <http://www.lllfrance.org/qui-sommes-nous/la-leche-league-international.html>
- 101- **Qu'est-ce que WABA ?** disponible sur <http://www.lllfrance.org/Promotion-et-protection-de-l-allaitement/waba.html>
- 102- **Coordination française pour l'allaitement maternel (CoFAM).** Site Internet officiel : <http://www.coordination-allaitement.org>
- 103- **La Lèche League France (LLL).** Site Internet officiel : <http://www.lllfrance.org>
- 104- **L'IPA** (info pour l'allaitement). Site Internet officiel : assoc.ipa.free.fr
- 105- **Société européenne pour le soutien à l'allaitement maternel (SESAM).** Site Internet officiel : <http://www.allaite.org>.
- 106- **Plan national nutrition santé.** «PNNS 2001-2005 » et «PNNS 2006-2010 » [en ligne]. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr>..
- 107- **COJEAN-FALIZE C.** Statistique de l'allaitement à la maternité de l'hôpital Max Fourestier à Nanterre, année 2008,
- 108- **Ministère de la santé et des solidarités.** Deuxième Programme National Nutrition Santé_2006-2010_ .actions et mesures. Paris :Ministère de la Santé et des solidarités,2006.51p.
- 109- **Sénécal J, Roussey M, Defawe G, Lozac'h P.** L'allaitement maternel : ses avantages, les facteurs du choix ou du refus en Bretagne. Ouest Médical 1978 ;31(24) : 1525-31.

- 110- **Dussauze C.** Facteurs influençant le choix du mode d'alimentation et aspects pratiques de l'allaitement maternel du nouveau-né hospitalisé. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine 2001.
- 111- **Losch M, Dungy CI, Russell D, Dusdieker LB.** Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *JPediatr* 1995 ;126(4) :507-14
- 112- **Lacuisse,Verdier EM,**Les déterminants du choix et de la poursuite du mode d'allaitement maternel .Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine 2006.
- 113- **Shepherd CK, Power KG, Carter H.** Examining the correspondence of breast-feeding and bottle-feeding couples' infantfeeding attitudes. / *Adv Nurs* 2000;31(3):651-60.
- 114- **Guerrero ML, Morrow RC, Calva JJ, Ortega-Gallegos H, Weller SC, Ruiz-Pallacios GM, Morrow AL.** Rapid ethnographic assessment of breast-feeding practices in periurban Mexico City. *Bull World Health Organ* 1999 ;77(4) :323-30
- 115- **Vendittelli F, Labarche-Manciet C, Grandjean M H.** Allaitement et motivations maternelles. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1994 ;23 :323-9.
- 116- **Branger B, Lestien R, Crine F, Picherot G, Gérard C.** Les motivations psychosociales dans le choix du mode d'alimentation du nouveau-né. *Ann Pédiatr* 1988 ;35(7) :519-23.
- 117- **Freed GL, Fraley JK, Schanler RJ.** Accuracy of expectant mothers'perceptions of fathers'attitudes regarding breast-feeding. *JFamPract* 1993 ;37(2) : 148-52.
- 118- **Freed GL, Fraley JK, Schanler RJ.** Attitude of expectant fathers regarding breast-feeding. *Pediatrics* 1992 ;90(2) :224-7.
- 119- **TUCK D.** **Allaitement maternel** : les raisons d'espérer et les chemins qui restent à parcourir. *Cahiers de la puériculture* 2002 sept; 159.
- 120- **Marchand-Lucas L.**Le généraliste face aux déterminants de la conduite d'allaitement. Thèse d'exercice : médecine Paris 6,1998.

- 121- **Roques N** .Au sein du monde.L'Harmattan,2001.
- 122- **Thiron M** .L'allaitement.De la naissance au sevrage .Albin Michel 2004.
- 123- **Institut de la statistique du Québec** .Etude longitudinale de développement des enfants au Québec (ELDEQ 1998-2002). Rapport.2000,Mai.Vol 1.N 5
- 124- **Protection, promotion et soutien de l'allaitement en Europe** : un plan d'action.Elaboré et rédigé par les participants du projet : promotion de l'allaitement maternel en Europe. EU Project Contract N. SPC 2002359.European Commission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2003.
- 125- **Roques N**. L'allaitement maternel dans les revues françaises consacrées à la petite enfance en 1997 Information pour l'Allaitement (IPA) Résumé paru dans Les Dossiers de l'Allaitement, n°37, 1998.
- 126- Informations commerciales et alimentation infantile Information pour l'Allaitement (**IPA**), 2001.
- 127- **State of the Code by Compagny 2004 IBFAN** (International Baby Food Action Network) www.ibfan.org
- 128- **Hector D., King L**. Interventions to encourage and support breastfeeding.NSW Public Health Bull. 2005; 16(3-4) : 56-61.
- 129- **Fairbank L., O'Meara S., Renfrew M.J. et al**. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding Health Technol Assess 2000; 4(25): 1-171.
- 130- **Scott J.A., Binns C.W**. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding: a review of the littérature Australian Journal of Nutrition and Dietetics, 1998; 55(2): 51-61

- 131- **Giugliani ER, Caiaffa WT, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA** Effect of breastfeeding support from different sources on mother's decision to breastfeed J Hum Lact 1994 Sep ;10(3) : 157-61
- 132- **Branger B., Cebron M., Picherot G., de Cornulier M.** Facteurs influençant la durée de l'allaitement chez 150 femmes. Arch Pédiatr 1998; 5 : 489-96.
- 133- **Pisacane A., Continision G.I., Aldinucci M., D'Amora S., Continisio P. A** controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion Pediatrics. 2005 Oct; 116(4) : e494-e498.
- 134- **Wolfberg A.J.Dads as breastfeeding advocates:** result from a randomized controled trial of an educational intervention Am J Obstet Gynecol. 2004 Sep; 191(3): 708-12
- 135- **Ingram J., Johnson D. A** fesability study of an intervention to enhance family support for breastfeeding in a deprive area in Bristol, UK. Midwifery 2004 Dec; 20(4): 367-79
- 136- **Les Dossiers de l'Allaitement,** Revue éditée par La Leche League France 2004, avril-mai-juin. N° 59.
- 137- **Rihet M.** Regards des adolescents sur l'allaitement maternel. Étude auprès de 350 lycéens de Loire-Atlantique. Thèse d'exercice : Médecine Rennes. Mars 2004.
- 138- **Goulet C, Lampron A., Marcil I., Ross L.** Attitude and subjective norms of male and female adolescents toward breastfeeding J Hum Lact. 2003 Nov; 19(4): 402-10
- 139- **Roe B., Whittington L.A., Fein S .B et al.** Is there competition between breastfeeding and maternal employment? Demography. 1999; 36(2): 157-171
- 140- **Gal try J.** The impact on breastfeeding of labour market policy and practice in Ireland, Sweden, and the USA. Soc Sci Med. 2003 Jul; 57(1): 167- 77.

- 141- **Slusser W.M., Lange L., Dickson V., Hawkes C, Cohen R.** Breast milk expression in the workplace: a look at frequency and time J Hum Lact. 2004 May; 20(2): 164-9
- 142- **De Flamesnil F., Kohler J., Barot D., Berger F.** Etude sur l'alimentation des nourrissons et l'allaitement maternel dans la Somme. Journal de Pédiatrie et de puériculture. N°1. 1997.
- 143- **Fairbank L., O'Meara S., Renfrew M.J. et al.** A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding Health Technol Assess **2000: 4(25): 1-171**
- 144- **Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayras AS, Duc C et al.** Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mothers-infant pairs.
- 145- **Taveras E.M., Capra A.M., Braveman P.A. et al.** Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. Pediatrics 2003 ; 112 (1): 108-115.
- 146- **Gabilly F.** Prise en charge des mères allaitantes. Enquête sur les besoins de formation du médecin généraliste, conduite pratique à partir d'une revue de la littérature. Thèse d'exercice : médecine Lyon 1, 2001.
- 147- **Valaitis R.K., Sheeshka J.D., O'Brien M.F.** Do consumer infant feeding publications and products available in physicians' offices protect promote and support breastfeeding? J Hum Lact. 1997 Sep; 13(3): 203-8
- 148- **S. Merten, J. Dratva, U. Ackermann-Liebrich** Do Baby-friendly Hospitals influence breastfeeding duration on a national level? • . Pediatrics. 2005 Nov. 116(5): 702-708
- 149- **Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayras AS, Duc C et al.** Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mothers-infant pairs. Pediatrics 2005 Feb; 115(2): 139-46.

- 150- **Dubois L., Girard M.** Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the result of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (ELDEC 1998-2002). *Can J Public Health* 2003; 94(4): 300-5.
- 151- **Scott J.A., Binns C.W.** Factors associated with initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*, 1998; 55(2): 51-61
- 152- **Crost M., Kaminski M** L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale. *Arch Pédiatr* 1998; 5 : 1316-26
- 153- **Labarère J., Dalia-Lana C, Schelstraete C. et al.** Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry. *Arch Pédiatr* 2001; 8: 807-15
- 154- **Lelong N., Saurel-Cubizolles M.J., Bouvier-Colle M.H., Kaminski M.** Durée de l'allaitement maternel en France. *Arch Pédiatr* 2000; 7: 571-2.
- 155- D'après Information pour l'Allaitement **Hamlyn B, Brooker S, Wands S** ;INFANT FEEDING SURVEY, TSO London 2002.
- 156- **Rogers I.,Emmet P.,Golding J.,** The incidence and the duration of breastfeeding. *Early Human Development* 1997,49.
- 157- **Scott J.,Binns C.** Factors with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature .*Breastfeed Revue* 1999,7.
- 158- **Séverine Gojard,** "L'alimentation dans la prime enfance. Diffusion et réception des normes de puériculture", *Revue française de sociologie*, 2000, n° 3, pp. 475-512.
- 159- **Grummerstrawn LM** The effect of changes in population characteristics on breastfeeding trends in 15 developing-countries. *Int J of Epidemiol* 1996 ;25(1) :94-102
- 160- **Ego A., Dubos J.P., Djavadzadeh-Amini M. et al.** Les arrêts prématurés de l'allaitement maternel *Arch Fr Pédiatr*2003 ; 10: 11-18 .

- 161- **Blyth R.J., Creedy D.K., Dennis CL. et al.** Breastfeeding duration in an Australian antenatal population: the influence of modifiable factor. *J Hum Lact* 2004; 20(1): 30-38.
- 162- **Ford K, Labbok M.** Who is breast-feeding ? Implications of associated social and biomédical variables for research on the consequences of method of infant feeding. *Am J Clin Nutr* 1990 ;52(3) :451-6.
- 163- **Fanello S, Moreau-Gout I, Cotinat JP, Descamps P.** Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : une enquête auprès de 308 femmes. *Arch Pédiatr* 2003 ;10:19-24.
- 164- **Lelong N., Saurel-Cubizolles M.J., Bouvier-Colle M.H., Kaminski M.** Durée de l'allaitement maternel en France. *Arch Pédiatr* 2000 ; 7: 571-2.
- 165- **Ekstrom A., Widstrom A.M., Nissen E.** Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women *J Hum Lact* 2003 May; 19(2): 172-8
- 166- **Ahluwalia IB, Morrow B, Hsia J.** Why do women stop breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics*.2005 Dec; 116 (6): 1408-12.
- 167- **Losch M, Dungy CL, Russel D, Dusdieker LB.** Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *J Pediatr* 1995 ;126:507-14.
- 168- **Reniers JR, Peeters RF, Meheus AZ.** Breast-feeding in the industrialised world. Review of the literature. *Rev Epidemiol Santé Publique* 1983 ;31(4) :375-407
- 169- **Tarabeux F.** L'allaitement maternel en milieu rural. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine 1984.
- 170- **Braconi N.A.** Revue de la littérature sur les bénéfices de l'allaitement maternel .Etude prospective sur la durée de l'allaitement maternel et ses facteurs favorisant à la maternité de Pontarlier. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine 2007.

- 171- **Freed G.L., Clark S.J., Sorenson J. et al.** National assessment of physicians'breastfeeding knowledge, attitudes, training and experience.JAMA 1995;273:472-76.
- 172- **Traveras E.M., Li R., Grummer-Strawn L. et al.** Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive bresatfeeding.Pediatrics 2004; 113: 283-90.
- 173- **Gabilly F.** Prise en charge des mères allaitantes. Enquête sur les besoins de formation du médecin généraliste, conduite pratique à partir d'une revue de la littérature. Thèse d'exercice: médecine Lyon 1, 2001.
- 174- **Gremmo-Féger G** Allaitement maternel, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. Spirale-Erès 2003 ; 27 : 45-59.
- 175- **Loras-Duclaux I.** Conseils pratiques aux mères qui souhaitent allaiter. Arch Pédiatr 2000 ; 7 541-8.
- 176- **Ong G., Yap M., Li F.L., Choo T.B.** Impact of working status on breastfeeding in Singapore: evidence from the National Breastfeeding Survey 2001 Eur J Publi Health. 2005 Aug; 15(4): 424-30
- 177- **Lakati A., Binns C, Stevenson M.** The effect of work status on exclusive breastfeeding in Nairobi. Asia Pac J Public Health 2002; 14(2): 85-90
- 178- **Fein S.B., Roe B.** The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding Am J Public Health. 1998 Jul; 88(7): 1042-6
- 179- **Lanting CL, Van Wouwe J.P., Rijneveld S.A.** Infant milk feeding practices in the Netherlands and associated factors. Acta Paediatr 2005 Jul; 94(7): 935-42
- 180- **R. Cohen, M.B. Mrtek** The impact of two corporate lactation programs on the incidence and duration of breastfeeding by employed mothers.Am J Health Promot. 1994 Jul-aug; 8(6): 436-41.

- 181- **World Health Organization.** 54^eassemblée mondiale de la santé. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. Geneva :WHO,2001.
- 182- **Beaufrere B,Bresson JL ,Briend A et al .** Promotion de l'allaitement maternel :c'est aussi le role des pédiatres .Arch 2000 ;1149-53
- 183- **Jackson KM, Nazar AM.** Breastfeeding, the immune response, and long-term health. J am Osteopath Assoc 2006; 106:203-7.
- 184- **The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding.** Report of an Expert Consultation. Geneva, Switzerland. 28-30 March 2001.World Health Organization, 2001 (Document WHO/NHD/01.09).

ANNEXE 1

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement 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 nouveau-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 au sein à la demande de l'enfant
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leurs sorties de l'hôpital ou la clinique.

ANNEXE 2

Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

1. Interdiction de la promotion auprès du grand public
2. Interdiction de donner des échantillons gratuits (laits, autres substituts, biberons et tétines...).
3. Interdiction de toute promotion de produits dans le système de soins sanitaires.
4. Interdiction d'utiliser du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux mamans.
5. Pas de cadeaux ou d'échantillons personnels aux agents de santé.
6. Pas d'images de nourrissons ni d'autres représentations graphiques de nature à idéaliser l'utilisation des préparations pour nourrissons sur l'étiquette des produits.
7. Les informations fournies par les fabricants et les distributeurs aux professionnels de santé doivent être scientifiques et se borner aux faits.
8. Chaque emballage ou étiquette doit clairement mentionner la supériorité de l'allaitement au sein, et comporter une mise en garde contre le risque et le coût de l'alimentation artificielle.
9. Pas de promotion du lait condensé sucré, ou d'autres produits inappropriés comme aliments pour nourrissons.
10. Tous les produits doivent être de bonne qualité ; la date limite doit être indiquée : des termes comme « humanisé » ou « maternisé » ne sont pas admis.

ANNEXE 3

La Déclaration d'INNOCENTI

Sur la protection, l'encouragement et le soutien à l'allaitement maternel - I août 1990

Reconnaissant que :

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

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

Et que de récentes recherches ont prouvé que :

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

NOUS DECLARONS PAR CONSEQUENT que

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

ANNEXE 3 suite

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

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

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

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

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

ANNEXE 3 suite

OBJECTIFS OPERATIONNELS :

Il faudrait que d'ici 1995 chaque gouvernement ait :

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

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

- élaborent des stratégies d'action en vue de la protection, de l'encouragement et du soutien de l'allaitement maternel, y compris le suivi et l'évaluation, au niveau mondial, de leur application ; donnent leur appui à la réalisation d'analyses et d'études sur la situation au niveau des pays et à la définition d'objectifs nationaux et de buts pour l'action ;
- encouragent et appuient les activités des autorités nationales intéressant la planification, l'exécution, le suivi et l'évaluation de leurs politiques en matière d'allaitement maternel.

La Déclaration d'Innocenti a été élaborée et adoptée par les participants à la réunion scientifique mondiale (30 pays représentés) organisée par l'OMS-UNICEF sur « L'allaitement maternel dans les années 90, une initiative mondiale ». Cette réunion était coparrainée par l'Agence pour le Développement international et l'Agence Suédoise de Développement international. Elle s'est tenue au Spedale Degli Innocenti à Florence (Italie), du 30 juillet au 1 août 90.

Pour tous renseignements complémentaires, contacter :
UNICEF, Section Nutrition
3 United Nations Plaza
New York. NY 10017. USA

ANNEXE 4

Taux d'allaitement maternel à la naissance ou à la sortie de la maternité, à 3 mois, à 6 mois, à 12 mois dans les différents pays européens

Some BF rates by country.					
Cou (y)	Initia	Discharge	3 months	6 months	12 months
AT (1998)	A 96	E95	E79	E46	A 10
BE (1998/	A 63-		A 30-37	A 10	A4
BG (2001)	A 97		E49	A 36	
CH (1994)	A 92		A 73 E 62	A 41 E 11	
CZ (1999)		E 91 (2001)		A 53 E 23	
DE (1997/	A 96	A 86 E 73	A 60 E 33 (4	A48E 10	A 13
DK (2000)	A 98		A 75 F 60 (4		
EE (2001)			A 61	A 40	
ES (2001)	A71	E61 (6w)	A 58 E 42	A 40 E 23	
FI (2000)		A 91 E 65	A 74 E 41	A 51 E 1	
FR (2000)		A 53	A15		
GB (2000)	A 69		A 28 (4 m)	A 21	A 13 (9 m)
GR (2001)	A 86	E24		A 54 E 28	
HU (2001)			E 62 (4 m)	E35	
IE (1999)		E36			
IS (2000)		A 98 E 93	A75E47(4m)	A 65 E 13	A 13
IT (2000)	A 89	F 78		A 62 F 45	
LT (2000/	A 98		A 46	A 26 E 14	A7
LU (2001)	A 88	E65 (84 in	A 58 E 40 (4	A 42 E 4	
LV (2000)	<i>only the proportional distribution of ABF by duration is available</i>				
MT (2002)		E 52			
NI. (2002)	E80	E72	A 47 E 35	A34E 17	
NO (1998)	A 99	E94	A 90 E 70	A 80 E 7	A 36
PL (1997)		E 71 (2002)	E 31 (4 m)	E9	
PT (1998/	A 90	A 85	A 63	A 34	A 16
RO	<i>no information available</i>				
SE (2000)		A 98 F 93	A 83 F 68 (4	A 72 F 33	
SI (2000)		F96E90			
SK (2000)	E93		E55	E30	

A= Any breastfeeding; E= Exclusive breastfeeding; F=Full (Exclusive + Predominant) breastfeeding

ANNEXE 5

Formation SESAM

Accompagner l'allaitement maternel en maternité

SESAM Société Européenne de Soutien à l'Allaitement Maternel
Association fondée en 1992
par Pierre Bitoun et Mikel de Ajuriaguerra, pédiatres

A l'hôpital Max Fourestier de Nanterre
Service de Gynécologie et d'Obstétrique

2^e module de formation :

4 groupes de 5 journées (3 + 2 à distance), chaque groupe comprenant 8 à 10 agents de santé : aides soignantes, assistante sociale, auxiliaires de puériculture, gynécologues, infirmières, pédiatres, psychologue, sages-femmes

Octobre, novembre, décembre 2008 et janvier 2009

(1^{er} module : juin, septembre, octobre 2007)

Formatrice :
Perrette Salon, psychologue clinicienne,
formatrice Sesam

L'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé - I.H.A.B. - mise en place par l'OMS et UNICEF en 1991 se propose de labelliser les maternités qui respectent un standard de qualité des soins dans l'accompagnement de l'allaitement et de la naissance.

Notamment en satisfaisant aux dix points-clés de la déclaration conjointe de 1989 (*Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF : Protection, Encouragement et Soutien de l'Allaitement Maternel - le rôle spécial des services liés à la maternité, Genève 1989*).

Déclaration réactualisée en 2006 par la CoFam - Coordination française pour l'allaitement maternel - qui coordonne cette initiative en France.

L'IHAB est une démarche de qualité qui repose sur un argumentaire scientifique, précis et abondant publié par l'OMS. Cette Initiative est en accord avec les objectifs du « Plan de gouvernement pour la Périnatalité » et avec ceux du PNNS (Ministère de la santé et des solidarités) dont l'un des objectifs est de promouvoir l'allaitement maternel exclusif en s'appuyant sur les commissions régionales de la naissance et les réseaux de périnatalité et d'atteindre un taux de 70% d'allaitement à la sortie de la maternité, d'ici 2010 (2^e PNNS, 2006-2010).

La France évolue lentement derrière ses voisins : seulement 7 établissements sont labellisés. Parmi les 680 maternités labellisées en Europe, la Grande-Bretagne en compte plus de 60 ; en Suède et Norvège, la quasi totalité des maternités ont le label HAB ; en Belgique, grâce à l'impulsion du gouvernement, 13 maternités ont été labellisées en 2 ans et 15 autres sont prévues en 2010.

[...] Le 28 janvier 2009, le label HAB a été remis à trois maternités, dont celle des Bluets à Paris.

(Extraits du site de la CoFam, janv.09).

PROJET DE SERVICE - FÉVRIER 2009

Dans la dynamique d'un projet de service en vue d'une labellisation H.A.B., le présent travail se propose de synthétiser les propositions conçues par l'ensemble des personnels de santé

de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre, au cours de la formation Sesam 2008 - 2009.

Cette formation fait suite à celle de 2007 : aussi cette synthèse s'entend-elle comme un complément à la première.

Et comprend :

- MESURES CONCRÈTES ENVISAGÉES AUTOUR DES 10 POINTS-CLES
- TROUVER LE BON MOMENT POUR LA BONNE INFO
 - o En général
 - o Pendant la grossesse
 - o En suite de couches
 - o À la sortie
- ASPECTS CULTURELS ET DE SOCIÉTÉ : QUELQUES OBSERVATIONS DES ÉQUIPES
- **CONCLUSION**

MESURES CONCRÈTES ENVISAGÉES AUTOUR DES 10 POINTS-CLES

Ces mesures sont accompagnées du nom des personnes qui ont proposé leur participation dans leur mise en place ; lorsque les propositions sont collectives, les noms ne sont pas cités individuellement.

Point n° 1

Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants

Affichage de posters allaitement dans les chambres et nurseries ainsi que dans lieux de consultation, pmi notamment, et publics, salles d'attentes ... machines à café. Andrée Coquard, infirmière et Emeline Legré, sage-femme, se proposent pour des recherches de belles photos.

Geneviève Gelli, gynécologue s'assure que la brochure « Allaiter » soit toujours présente en salle de consultation.

En consultation : déjà des cassettes sur l'allaitement. Salle Oasis : en prévision.

Marie-Carmen Beaujard, aide-soignante, soulève la question de l'opportunité de prévenir les autres services de l'hôpital, de la démarche de labellisation dans laquelle est engagée la maternité. Ce qui serait utile, voire indispensable dans certaines situations - séparation pour intervention chirurgicale sur la mère par exemple.

Caroline Cojean, sage-femme cadre, propose de distribuer aux femmes un questionnaire de sortie par rapport à l'accompagnement de l'allaitement,

permettant aux équipes de voir les points sur lesquels travailler plus particulièrement.

Sur l'affichage des 10 points-clés depuis 2007, dans toutes les chambres : Dans différents groupes, plusieurs soignantes suggèrent de les reprendre pour se les approprier ; jusqu'à présent, ils sont simplement affichés en l'état. Il est envisagé de rédiger une charte qui serait non seulement affichée mais également distribuée lors de la déclaration de grossesse.

L'hypothèse est soulevée d'un possible sentiment de contrainte de la part des femmes qui n'allaitent pas et qui voient l'affiche OMS / UNICEF dans leur chambre. M.de Sarcus dit qu'il reçoit, en tant que chef de service, toutes les plaintes et récriminations relatives à tous les sujets possibles mais pas une seule au sujet de l'affiche.

Point n° 2

Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique

Les sages-femmes cadres Caroline Cojean et Annie Régeard seraient favorables à la création d'un poste de consultante en lactation pour lequel serait formée une sage-femme du service.

Ceci va dans le sens du Plan National Nutrition Santé 2 (p. 35-36) : pour augmenter la fréquence, mais aussi la durée de l'allaitement maternel : plans de formation des professionnels de maternité, un professionnel référent dans chaque maternité.

Est posée la question des « nouvelles » arrivées après les formations. Et de celles qui sont parties depuis.

Point n° 3

Informier toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.

Concevoir un fascicule sur l'allaitement et le distribuer en PMI dès l'inscription (fascicule en cours de réalisation par Nezha Sahmi, sage-femme). La question est posée de savoir s'il ne serait pas plus simple d'utiliser un document existant ?

L'entretien du 4^e mois donne l'occasion d'avoir un échange au sujet du projet d'allaitement de la mère, du couple. Attention, toutefois : il est actuellement obligatoire de proposer cet entretien mais non de l'imposer.

Point n° 4

Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans l'heure suivant la naissance.

Ce point est très appliqué et avec plaisir par les équipes. Le peau-à-peau suit d'autant plus naturellement.

Il est demandé par les sages-femmes que soient revues avec les médecins les routines d'accueil du nouveau-né (collyre, vitamine K) ainsi que des soins plus intrusifs (perméabilité des choanes, atrésie de l'œsophage) jusque là laissés à la

discrétion individuelle de la sage-femme. Il est important - insistent les sages-femmes - qu'elles se sachent soutenues par la hiérarchie et que les divergences soient écartées. Est-il envisageable par exemple de donner la vitamine K plus tard ; ainsi d'une part, le premier contact oral du bébé serait bien le sein et d'autre part, on éviterait un conditionnement négatif de l'oralité.

Anne-Claire Jamard, sage-femme, soumet la question des piqûres et éventuels prélèvements, bébé au sein, après la tétée, qui se passent bien selon son expérience : le bébé est chaud et ses veines dilatées.

Point n°5

Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.

Surtout rassurer les femmes, insistent les équipes qui se disent beaucoup plus à l'aise pour les accompagner : ce n'est pas parce qu'elles sont séparées qu'elles ne pourront pas allaiter. Et montrer les gestes de massage des seins avant la montée de lait, pour que les femmes puissent s'y exercer dans de meilleures conditions. Et surtout leur expliquer la pratique de l'expression du lait à la main ou au tire-lait, et sa fréquence (5 fois 20 minutes par jour pour les deux seins).

Le matériel est fourni aux mères ; G. Gelli souligne que cela donne une occasion d'aller les voir, même si ce ne sont pas des patientes, pour "remettre un peu de maternel" dans cette circonstance éprouvante.

Point n° 6

Ne donner au nouveau-né aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale

De loin, le point le plus épineux, comme dans tous les services de maternités (voir documentation étudiée au cours de la formation). M. de Sarcus, chef de service, se propose de voir chacun des pédiatres au sujet des compléments, en référence à des critères bien précis (intervalle acceptable, perte de poids etc.) et aussi leur mode d'administration (tasse, seringue etc.).

Les équipes suggèrent également une réunion avec les pédiatres pour avoir une définition précise de leurs propres marges de manœuvre (initiatives, limites etc.).

Les compléments sont - depuis la formation 2007 - systématiquement évalués, et systématiquement notés dans le dossier.

A noter, une perception peut-être trop rigoriste de l'application de ce point depuis la formation ; certaines soignantes refusant de faire un biberon pour que n'apparaisse pas leur nom comme « responsable ».

A noter également d'après les tours de tables et bilans de formation : la formation a renforcé la confiance des soignantes et la confiance des mères aussi en conséquence.

Auparavant, dès qu'un bébé ne « mangeait pas bien », le stress était automatique (soignantes et donc parents). Ceci s'est apaisé.

Point n° 7

Laisser l'enfant 24 heures par jour avec sa mère

Il y a globalement très peu de séparations la nuit. Et, le cas échéant, les bébés sont systématiquement ramenés pour être mis au sein.

Les mères qui étaient surprises, voire contrariées lorsque ce point a commencé à être appliqué, l'ont désormais fort bien intégré. Elles ont plaisir à avoir leur bébé auprès d'elles.

Sont pris en nursery les « bébés très énervés qui pleurent tout le temps » pour soulager les « mères déprimées et/ou épuisées qui n'en peuvent plus de ce bébé qui pleure tout le temps ».

Point n° 8

Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant

Ce point est largement appliqué ; les soignantes expriment qu'elles se sentent plus convaincues et mieux outillées pour conseiller les mères.

Proposition par Delphine d'Haussy, aide soignante, d'un livret d'explications et photos dans les chambres (l'objet livret laissant le choix de le regarder ou non).

Restent problématiques : les bébés qui sont toujours au sein ou ceux qui en ont très peu envie. Les femmes sont vite bouleversées par ces deux extrêmes et veulent des solutions pratiques immédiates.

Les soignantes remarquent que c'est là que le biberon rendait service. Les femmes ne s'attendent pas à donner 8 à 12 tétées par jour, d'où l'importance de la préparation anténatale ; ce n'est que par rapport à l'intensité des convictions

maternelles que ces difficultés seront considérées passagères, surmontables, secondaires.

Il est important - est-il rappelé - de transmettre aux femmes l'information qu'après quatre à six semaines, l'allaitement n'étant plus sous dépendance hormonale, leurs seins seront plus souples ; faute de cette information, de nombreuses femmes l'interprètent à tort comme un problème de lactation.

La « place du père » continue d'être soulevée en cette situation d'allaitement. Quelle juste place ? N'y a-t-il pas le risque qu'il soit / se sente exclu ? Ces questions ont été largement débattues, documentation à l'appui (articles d'A.Benoît pédiatre, notamment) ; une formation sur ce sujet de « la place du père lorsque la mère allaite » est prévue dans le service.

Elisabeth Lerolle, psychologue, rappelle qu'en cas de difficulté d'allaitement persistante, on peut lui adresser le dossier (étiquette violette) ; elle passe alors dans la chambre sans que la mère ait à entreprendre la démarche de faire appel à la psychologue.

Point n° 9

Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette

Il y aurait une recrudescence de l'usage de la tétine, sur un mode quasi préventif, voire normalisé. Il devient fréquent de voir les bébés sortir de la salle de naissance avec une tétine, disent les soignantes. Il semble que ce soit devenu un article incontournable de puériculture, avec gadgets appropriés, chaînette, pince etc. Chantal de Boutray, sage-femme suggère de fournir aux parents une illustration reprenant simplement les différences de prise de la tétine et du sein par la bouche du bébé.

Emeline Legré, sage-femme suggère que sur la liste du trousseau, soit simplement précisé : « la tétine n'est pas nécessaire ».

Point n° 10

Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique

Les équipes soulignent l'importance des réseaux et des rapprochements en ce sens : par exemple, prendre contact avec les associations et les sages-femmes libérales auxquelles on adresse les femmes. Est notamment annoncée l'ouverture d'un nouveau carrefour de l'allaitement à la PMI République, voisine de l'hôpital Max Fourestier (janvier 09). Ainsi que l'ouverture d'un cabinet médical avec kinésithérapeutes, acupuncteurs, sages-femmes.

Existent déjà à proximité deux lieux, type Maison Verte : « Le Baobab » et « Clapotis ».

« TROUVER LE BON MOMENT POUR LA BONNE INFO »

En général

Deux bonnes raisons à cela : d'une part - côté soignantes - l'évidence de certains savoirs ancrés dans leur pratique quotidienne, pouvant de ce fait leur faire oublier de les transmettre (perte de poids des premiers jours, douleurs des tranchées par ex.).

D'autre part - côté mères - l'état très particulier de bouleversement physique, psychologique, hormonal qui se traduit par une moindre attention, voire une moindre compréhension. Ainsi peuvent-elles dire de bonne foi : « non, on ne m'a jamais dit ça ! » à la personne même qui leur a délivré l'information quelques heures auparavant. Il n'en demeure pas moins que la femme n'a pas « intégré » l'information.

Ex. : Plutôt transmettre l'info sur le bien-fondé de garder le bébé auprès de soi la nuit après s'être assuré que la mère souhaite allaiter ; en conséquence de quoi, il devient aisé de lui expliquer que ceci va dans le sens de son choix. Même chose pour la sucette, qui connaît un usage systématique croissant.

Par ailleurs, Roxanne Lefrançois, auxiliaire-puéricultrice souligne l'importance de maintenir les deux propositions : « Vous allaitez ou vous donnez le biberon ? » et non pas « Vous allaitez ? » parce que si la femme ne souhaite pas allaiter, elle doit s'en défendre et si elle allaite, elle répond avec moins d'enthousiasme.

Depuis que le Parlodel n'est plus prescrit, les gynécologues demandent systématiquement aux femmes quelles sont leurs intentions afin de pouvoir leur prescrire un traitement homéopathique si elles ne souhaitent pas allaiter. C'est donc l'occasion d'avoir un entretien à ce propos avec la femme enceinte et de l'amener à s'exprimer ou même simplement à y porter sa réflexion.

A souligner aussi cette réflexion de Sandra Coustillas, auxiliaire de puériculture : « Parfois les mères nous appellent quand elles sont en train d'allaiter et nous demandent notre aide : il s'avère que tout va bien (position parfaite, bébé calme, tétant très bien etc.). Nous ne changeons donc rien du tout, nous ne faisons rien d'autre que dire : “madame, continuez exactement comme ça !”. Mais malgré cela, elles ont besoin de notre regard, et semble-t-il de notre autorisation pour pouvoir réellement poursuivre ». Cette réflexion, sur le vif de la pratique en quelque sorte, est largement approuvée et corroborée par l'expérience collective qui insiste sur son aspect récurrent.

Même si on peut en profiter pour réexpliquer que l'enfant est bien positionné, que sa bouche est grande ouverte, qu'il déglutit bien et donc reçoit le lait efficacement, et que tout va très bien ... cette observation met en relief un aspect fondamental mais parfois oublié de la relation jeune mère - soignante : prise dans cet état particulier du post-partum, la jeune accouchée s'adresse à la soignante comme à un substitut maternel dont elle attend - en effet - l'approbation pour pouvoir s'autoriser à être mère-à-son tour.

Cette demande ne peut qu'être déroutante si on s'en tient à son objet manifeste (allaitement, positions, durée etc.) dont tous les indicateurs sont au beau fixe. Dans un quotidien professionnel souvent très chargé, elle peut susciter une compréhensible impatience de la soignante sollicitée « pour rien ». Elle prend tout son sens si on l'entend dans sa dimension symbolique et psychologique que décrit

très bien cette soignante. On voit bien alors comment la théorie et la pratique quotidienne s'éclairent réciproquement.

Cette observation clinique est à rapprocher de celle d'Hélène Koulinski, sage-femme (formation 07) : les femmes de langue maternelle russe lui sont envoyées chaque fois que possible. Elle soulignait que celles qui tenaient à parler français en suivi de grossesse, se mettaient toutes à s'adresser à elle en russe en suite de couches. En référence à la première femme de la naissance : la mère, puis la sage-femme qui en prend le relais.

PENDANT LA GROSSESSE :

En consultation : il est proposé que l'examen des seins soit systématique. Ce qui donne à la femme enceinte une chance de poser des questions sur l'allaitement, sur ses seins, ses appréhensions éventuelles etc. Ceci présente une contrainte pratique de temps : actuellement cet entretien d'un quart d'heure (non obligatoire, voir plus haut, point n°3) doit aborder, outre l'allaitement, les risques liés au tabagisme, à la prise de médicaments ou toxiques et à l'obésité.

Quelques réflexions de soignantes sur les cours de préparation à la naissance
Il serait intéressant de pouvoir préparer TOUTES les femmes qui vont accoucher à l'hôpital Max Fourestier. Actuellement il est proposé un cours hebdomadaire qui fait partie d'un cycle de 6 semaines, accueillant vingt femmes. Ce qui fait un total de 170 à 180 femmes par an, sur les 1400 qui y accouchent et qui, en toute cohérence, n'ont pas envie d'aller s'informer ailleurs.

Les équipes se sont concertées au cours de la formation, sur les boîtes cadeaux offertes commercialement par les entreprises de produits petite enfance. La boîte rose n'est plus distribuée en maternité depuis longtemps mais une boîte est donnée aux femmes en consultation pmi. Après étude de son contenu, plusieurs personnes dont G.Gelli envisagent que celle-ci ne soit plus distribuée non plus ; éventuellement maintenir la distribution du « guide bleu ». M. de Sarcus redéfinit les rôles de chacun - responsables de multinationales d'une part et soignants d'autre part - et leurs objectifs antagonistes ; là où le commercial, par essence, privilégie le bénéfice, l'objectif du soignant est de veiller à la santé des individus. Il est à remarquer que nombre de résistances parmi les équipes, s'expriment au sujet de ce point (ajouté au titre de n°11 en 2006) : soit, en sous-estimant la caution médicale apportée par la distribution en maternité, soit en exprimant une forme de fatalisme à propos du libre-arbitre des parents.

EN SUITE DE COUCHES :

Du fait que les jeunes accouchées voient leur colostrum en toute petite quantité, elles se disent : « voilà tout ce que mon bébé mange, donc rien ! ». Elles vont réclamer des compléments par inquiétude maternelle « normale ».

Informers les mères - **pendant la grossesse, avec rappel en suite de couches** - sur le colostrum, quantité et durée (3 jours).

Mettre en rapport notamment avec :

- la taille de l'estomac - l'image de la petite noix semble parlante -

- le système digestif est un organe assez immature ; son adaptation à la vie aérienne passe par l'ingestion de petites quantités très fréquentes (in utero, le bébé boit environ 500 ml de liquide amniotique par jour, soit 20 ml par heure en continu).

Les mères mettent souvent en rapport cette quantité de nourriture qu'elles estiment « trop petite » avec la perte de poids des premiers jours de vie.

D'où cette suggestion de Chantal de Boutray, sage-femme :

- D'une part informer les mères en fin de grossesse et à la naissance, de la perte de poids des 1^{er} jours
- D'autre part, changer de terminologie : non pas « votre bébé va perdre du poids » mais « votre bébé va évacuer ce qui était nécessaire à sa vie utérine (méconium, excès d'eau cutanée, de liquide amniotique intestinal etc.) pour s'adapter à la vie aérienne. Il pèse 3,850k. donc demain il pèsera 3,580k. ».

Rassurants :

- la prévisibilité qui écarte l'inquiétude maternelle d'une cause pathologique.
- la dimension fonctionnelle (ce n'est pas de sa propre chair que le bébé est en train de se défaire, mais de sécrétions et liquides devenus inutiles).

À la sortie :

On adresse les femmes à des associations, aux PMI, on leur indique la possibilité d'une consultation d'une sage-femme à domicile mais bien des femmes ne savent ni ce qu'elles peuvent y trouver, ni ce qu'elles peuvent en attendre, soulignent plusieurs sages-femmes.

Il serait judicieux de les informer :

- du fonctionnement de la PMI : pesée, mesure du bébé sans RV. Et tous examens et soins de routine au bébé jusqu'à 6 ans.
- des compétences de la sage-femme en post-partum : notamment, les entourer et les conseiller au sujet de l'allaitement.

Important de parler du peau-à-peau, pas seulement en salle de naissance : si les femmes ne l'ont pas pratiqué avant la sortie, il y a peu de chances qu'elles y pensent, de retour à la maison.

E.Lerolle, psychologue, observe un grand changement par rapport au peau-à-peau et à la proximité mère-bébé.

Marie Frebault, assistante sociale, souvent amenée à accompagner les femmes en situation de précarité, porte un regard nouveau sur la relation d'allaitement dans ces situations difficiles. Cette observation clinique nous rappelle l'importance de ce contact fondamental dans la facilitation du lien mère-enfant qui donne à voir toutes les compétences de ces jeunes mères, dans une situation de réussite à laquelle elles ont été peu habituées.

CONCLUSION

Le service de maternité de l'hôpital Max Fourestier est engagé dans la dynamique de labellisation Hôpital Ami des Bébé. L'équipe impliquée et motivée a déjà réévalué ses pratiques quotidiennes depuis la formation Sesam 2007 et réactualisé en conséquence celles qui pouvaient l'être.

Pour aller plus loin, s'exprime un besoin d'affiner l'évaluation des pratiques, en concertation avec les médecins du service (voir points 4, 6, 7 notamment) et avec l'aval de la hiérarchie.

Faute de quoi, les marges de manœuvre, d'initiatives et responsabilités respectives n'étant pas bien perceptibles, des conflits engendrés par le changement et la répartition des soins ne peuvent que surgir.

Certaines auxiliaires par exemple se seraient senties débordées par un alourdissement des soins à leur charge. Ces conflits indiquant simplement que le changement est en route, avec les ajustements inhérents, il y a lieu d'en tenir compte en tant que tels - de bons indicateurs dynamiques - et d'œuvrer à leur assouplissement en tant qu'ils soulignent les points de résistances.

M. de Sarcus rappelle : « Ne pas oublier le plaisir d'une équipe qui travaille autour d'un même projet » et insiste sur un principe du service :

« La bienveillance en maternité est un acte de soin ».

QUESTIONNAIRE

Nom :		Prénom :	
Tél. :		Age :	
Adresse :			
Lieu d'habitation :	Village - de 500 habitants	<input type="text"/>	500 à 5000 habitants
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	5000 à 10000 habitants	<input type="text"/>	Ville > 10000 habitants
Protection Sociale :	Oui	<input type="text"/>	Normale
	Non	<input type="text"/>	CMU
			AME
Mère :			
Profession :			Origines (Pays) :
Niveau d'étude :	Primaire	<input type="text"/>	chrétien
	Secondaire	<input type="text"/>	musulman
	CAP	<input type="text"/>	juif
	BEP	<input type="text"/>	athé
	BAC	<input type="text"/>	indou
	Etudes Sup.	<input type="text"/>	autres
tabac			
Père :			
Profession :			Origines (Pays) :
Niveau d'étude :	Primaire	<input type="text"/>	chretien
	Secondaire	<input type="text"/>	musulman
	CAP	<input type="text"/>	juif
	BEP	<input type="text"/>	athé
	BAC	<input type="text"/>	indou
	Etudes Sup.	<input type="text"/>	autres

Combien d'enfant avez-vous (à part le bébé) ?	<input type="text"/>		
Avez-vous déjà allaité (Oui/Non) ?	<input type="text"/>	Si Oui, combien d'enfants ?	<input type="text"/>
		Si Oui, combien de temps ?	<input type="text"/>
		Bonne expérience (Oui/Non) ?	<input type="text"/>
<p>Votre mère a-t-elle allaité (Oui/Non) ? <input type="text"/></p> <p>Avez-vous suivie des cours de préparation de l'accouchement (Oui/Non) ? <input type="text"/></p> <p>Si Non pourquoi ? <input type="text"/></p>			
<p>Avez-vous été informée sur l'allaitement avant accouchement (Oui/Non) ? <input type="text"/></p> <p>Par qui : Médecin traitant, Sage femme, Gyneco, Infirmière, Autres ?</p>			
<p>Quand avez-vous fait le choix du mode d'allaitement ?</p>		<p>Avant Grossesse <input type="text"/></p> <p>1^{ier} Trimestre <input type="text"/></p> <p>2^{ième} Trimestre <input type="text"/></p> <p>3^{ième} Trimestre <input type="text"/></p> <p>Maternité <input type="text"/></p>	
Date de Naissance du BB ?			
<p>Fille-Garçon ?</p> <p>Fille <input type="text"/></p> <p>Garçon <input type="text"/></p>		<p>Terme <input type="text"/></p> <p>Poids ? <input type="text"/></p>	
<p>Mode d'accouchement ?</p>		<p>Voie Basse <input type="text"/></p> <p>Césarienne <input type="text"/></p> <p>Episiotomie <input type="text"/></p>	
<p>Anesthésie Péridurale (Oui/Non) ? <input type="text"/></p> <p>Allaitez-vous ce Bébé (Oui/Non) ? <input type="text"/></p>			

SI VOUS ALLAITEZ :

Pour quelle raison ?	Santé de l'enfant	<input type="checkbox"/>	Contraception	<input type="checkbox"/>
	Relation mère enfant	<input type="checkbox"/>	C'est plus naturel	<input type="checkbox"/>
	Pression familiale	<input type="checkbox"/>	Economique	<input type="checkbox"/>
	Autres	<input type="checkbox"/>		

Délai entre accouchement et première tétée

Vous sentez vous bien encadrée en maternité (Oui/Non)?

Vous sentez vous bien encadrée dans la famille (Oui/Non)?

Avez-vous des craintes (Oui/Non) ?

Si Oui lesquels ?	Infections	<input type="checkbox"/>	Douleurs (Seins, Sos, Bras)	<input type="checkbox"/>
	Médicaments	<input type="checkbox"/>	Alimentation pas disponible	<input type="checkbox"/>
	Alcool	<input type="checkbox"/>	Pour les autres enfants et la famille travail	
	Tabac	<input type="checkbox"/>		

Vous sentez vous prête à la sortie de la maternité (Oui/Non) ?

Combien de temps compter vous allaiter ?

Avez-vous eu des difficultés à l'allaitement (Oui/Non)?

Si Oui :

Douleurs	<input type="checkbox"/>
Crevasses	<input type="checkbox"/>
Retard de montée laiteuse	<input type="checkbox"/>
Contraction utérine	<input type="checkbox"/>

SI VOUS N'ALLAITEZ PAS :

Pourquoi ?	Echec d'allaitement antérieure	<input type="checkbox"/>	Travail	<input type="checkbox"/>
	Moins fatigant	<input type="checkbox"/>	Familiale	<input type="checkbox"/>
	Moins stressant	<input type="checkbox"/>	Seins trop petits	<input type="checkbox"/>
	Pas de mamelon	<input type="checkbox"/>	Esthétique des seins	<input type="checkbox"/>
	Autres	<input type="checkbox"/>	préfère faire des biberons	

QUESTIONNAIRE CONSULTATION POST NATALE A 2 MOIS

Date de Naissance
du BB :

Age du BB

Avez-vous consulté pour l'allaitement
(Oui/Non)?

Si Oui :

Médecin traitant
PMI
Gynéco
Sage Femme

Allaitiez-vous toujours (Oui/Non) ?

**Si Oui, veuillez répondre aux questions
suivantes :**

Combien comptez vous allaiter ?

Avez-vous rencontré des difficultés vis-à-vis de
l'allaitement (Oui/Non)?

Si Oui, lesquels :

Asthénie
Engorgement
Problème avec le père
Fièvre
Autres

Crevasses
Utérines
Infections mammaires
Douleurs

Vous sentez vous fatiguée par l'allaitement (Oui/Non)?

Combien de tétées par jour?

Donnez-vous des compléments (Oui/Non)?

Si Oui :

A quelle fréquence ?

Depuis combien de temps ?

Si vous devez reprendre le travail, pensez-vous continuer l'allaitement (Oui/Non) ?

Si Oui :

Combien de temps ?

Combien de tétées par jour ?

ALLAITEMENT = Bonne expérience ?
(Oui/Non)

Etiez vous bien encadrée (Oui/Non) ?

Si Oui, par qui ?

Famille
Service Néonatalogie
Gynécologue médical

PMI
Médecin généraliste

Si Non, veuillez répondre aux questions suivantes :

Durée d'allaitement ?

Pourquoi avez-vous arrêté ? :

Peu de Lait	<input type="checkbox"/>	Travail	<input type="checkbox"/>
Autre pathologie et prise de traitement	<input type="checkbox"/>	Asthénie	<input type="checkbox"/>
Crevasses ou infections mammaires tranchées	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>
Douleurs	<input type="checkbox"/>		

Avez-vous donné des compléments lors de votre première semaine d'allaitement (Oui/Non)?

Regretter vous l'allaitement (Oui/Non) ?

Est-ce que vous recommenceriez (Oui/Non) ?

Avez-vous été encadrée lors de l'allaitement (Oui/Non) ?

Si Oui, par qui ?	Famille	<input type="checkbox"/>	PMI	<input type="checkbox"/>
	Service Néonatalogie	<input type="checkbox"/>	Médecin généraliste	<input type="checkbox"/>
	Gynécologue médical	<input type="checkbox"/>		

Triaa Benhammadi Imen

Thèse soutenue le :17 novembre 2009

Titre de la thèse : Les déterminants du choix du mode d'allaitement. Étude prospective auprès de 111 femmes à la maternité de Max Fourestier de Nanterre.

RESUME :

Les taux d'initiations et la durée de l'allaitement maternel en France sont encore insuffisants par rapport aux recommandations et aux autres pays européens.

Lors de mon stage de gynécologie-obstétrique à l'Hôpital de Nanterre, j'ai constaté que l'allaitement était pratiqué par une grande majorité des patientes, ce qui contrastait avec la situation nationale. Nous avons alors réalisé une étude prospective auprès de 111 femmes de cette maternité afin d'identifier les déterminants du choix du mode d'allaitement, ainsi que les principales difficultés rencontrées à 2 mois et les principaux professionnels sollicités par les mères.

La première raison avancée par ces femmes est le bénéfice escompté pour la santé de l'enfant (80%). Les femmes ont principalement choisi le biberon pour sa commodité (31%).

Les femmes allaitantes ont plus de 35 ans, sont non fumeuses, d'origine africaine, d'un niveau socioprofessionnel plus élevé que les femmes non allaitantes et ont été allaitées .

Dans notre étude 67.56 % des patientes interrogées allaitaient leur enfant à la maternité. Après deux mois, 87.3 % des patientes ayant opté pour l'allaitement maternel, l'ont poursuivi. Ces chiffres sont nettement supérieurs aux statistiques nationales et sont le reflet de la politique en faveur de l'allaitement pratiquée dans le service.

Les professionnels de santé les plus sollicités pour le suivi de l'allaitement sont ceux de la PMI ; les médecins généralistes restent les grands absents de ce suivi.

Afin d'améliorer les taux et la durée de l'allaitement en France, il est primordial de renforcer la formation des professionnels de santé et notamment des généralistes, afin qu'ils puissent répondre de façon efficace aux difficultés rencontrées par les mères, susceptibles d'interrompre prématurément l'allaitement.

Mots clés :allaitement maternel, médecine générale, suivi, post-partum