



## **Soutenir l'allaitement maternel dans la durée : quels sont les facteurs en jeu ?**

**Florence NOIRHOMME-RENARD  
Maria-Isabel FARFAN-PORTET  
Joëlle BERREWAERTS**

*Juillet 2006  
Réf. : 06-41*

**Série de dossiers techniques**



**Service Communautaire de Promotion de la Santé  
avec le soutien de la Communauté française de Belgique**

## TABLE DES MATIERES

<b>1. Introduction .....</b>	<b>2</b>
- Objectifs du dossier .....	2
- Méthode de recherche .....	2
- Bénéfices de l'allaitement maternel pour l'enfant et pour sa mère.....	3
- Recommandations des experts .....	4
- Définitions de l'allaitement .....	4
<b>2. Données épidémiologiques en Europe .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Situation en Belgique.....</b>	<b>7</b>
<b>4) Facteurs associés à un allaitement maternel prolongé.....</b>	<b>9</b>
A) Facteurs liés à la mère .....	10
B) Facteurs liés à l'accouchement .....	16
C) Facteurs liés au bébé et à son état de santé.....	16
D) Facteurs liés à l'entourage .....	17
E) Facteurs liés au système de santé .....	17
F) Facteurs liés aux politiques de santé publique .....	20
<b>5) Efficacité des interventions de soutien à l'allaitement maternel dans sa durée .....</b>	<b>23</b>
<b>6) Conclusions.....</b>	<b>26</b>
<b>7) Bibliographie .....</b>	<b>29</b>

Florence NOIRHOMME-RENARD, Maria-Isabel FARFAN-PORTET, Joëlle BERREWAERTS  
Unité RESO, Education pour la Santé, Faculté de Médecine, Université Catholique de  
Louvain<sup>1</sup>  
Unité SESA, Socio-économie de la santé, Faculté de Médecine, Université Catholique de  
Louvain

## **Soutenir l'allaitement maternel dans la durée : quels sont les facteurs en jeu ?**

### **1. Introduction**

L'allaitement maternel présente de nombreux avantages pour la santé de l'enfant et de sa mère, ce qui en fait selon les experts la façon optimale de nourrir les nouveaux-nés. Depuis quelques années, l'OMS recommande un allaitement maternel exclusif jusque 6 mois et un allaitement partiel jusqu'à deux ans. En Europe, actuellement, il existe de fortes disparités de prévalence selon les pays. Par exemple en Suède, les taux d'allaitement sont de 98% à la maternité et 72% à 6 mois. En Communauté française de Belgique, selon les données de l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance) de 2003, environ 70% des bébés sont allaités à la naissance, 40% à 12 semaines et 15% à 24 semaines.

Différents facteurs de nature psychosociale, émotionnelle, cognitive, comportementale, politique, etc. peuvent avoir un impact sur la décision de nourrir son enfant au sein ou au biberon à la naissance, et sur la durée de l'allaitement maternel. Il semblerait qu'un arrêt précoce découle bien plus de la difficulté que pose l'allaitement, y compris le manque d'information et d'appui, que du choix des femmes. Comment dès lors soutenir l'allaitement maternel dans sa durée ?

Les programmes de promotion et de soutien de l'allaitement maternel recensés dans la littérature sont nombreux. Beaucoup ont donné des résultats positifs sur les taux d'allaitement prolongé, à des échelons locaux ou régionaux.

#### **- Objectifs du dossier**

Ce dossier vise à identifier les différents facteurs associés à un allaitement prolongé ou à un sevrage précoce, ainsi que les interventions de soutien à l'allaitement efficaces.

#### **- Méthode de recherche**

La recherche bibliographique a été menée sur les bases de données PubMed et Sciencedirect, et complétée d'une recherche manuelle d'articles et de rapports disponibles sur le sujet, en associant les termes « breastfeeding » et « duration » et en se limitant aux 5 dernières années de publication. Les articles répondant aux objectifs de ce dossier ont été sélectionnés sur base de leur résumé.

Deux rapports identifiés dans le cadre de cette recherche fournissent de nombreuses données de littérature sur la promotion et le soutien de l'allaitement maternel, y compris les interventions : il s'agit du rapport du groupe de travail de l'Anaes (Agence nationale

---

<sup>1</sup> L'analyse des publications a été réalisée par F. Noirhomme-Renard, M.I. Marfan-Portet, J. Berrewaerts, D. Doumont, D. Houeto, F. Libion, J. Pélicand et E. van Steenberghe.

d'accréditation et d'évaluation en santé), intitulé « *Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant* » (Anaes 2002) et de celui du groupe de travail européen participant au projet de promotion de l'allaitement maternel, intitulé « *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe : review of interventions* » (EU Project 2004).

#### - **Bénéfices de l'allaitement maternel pour l'enfant et pour sa mère**

Turck et al. (2005) ont réalisé une importante revue de littérature portant sur les bénéfices de l'allaitement maternel pour la santé de l'enfant et de sa mère, à laquelle nous renvoyons le lecteur qui souhaiterait davantage de précisions. Nous reprenons ici les principaux messages (un tableau résume les principaux bénéfices, page 8).

- La composition du lait de femme est évolutive, adaptée au terme et à la situation physiologique de l'enfant. Le lait de femme n'est pas qu'un simple ensemble de nutriments ; il contient des hormones, des facteurs de croissance, des cytokines, des cellules immunocompétentes, etc., et possède de nombreuses propriétés biologiques. Il est, pour ces qualités, inimitable.
- Il n'y a pas de « mauvais lait ». La composition et la quantité de lait produite au cours de l'allaitement maternel ne sont pas influencées par l'état nutritionnel de la mère, sauf en cas de malnutrition extrême. Toutes les femmes peuvent avoir une quantité suffisante de lait si elles sont en confiance.

Les bénéfices de l'allaitement maternel pour l'enfant :

- L'allaitement maternel exclusif permet une croissance normale au moins jusqu'à l'âge de 6 mois. Il n'y a donc pas de raison d'introduire d'autres aliments avant cet âge. L'allaitement peut être poursuivi jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus, selon les souhaits de la mère, à condition d'être complété par la diversification alimentaire à partir de 6 mois.
- Quelles qu'en soient les raisons, psychoaffectives, nutritionnelles ou environnementales, l'allaitement maternel est associé à un bénéfice sur le plan cognitif, modeste mais dont il serait dommage de ne pas faire bénéficier l'enfant.
- Sous réserve qu'il soit exclusif et dure plus de 3 mois, l'allaitement maternel diminue l'incidence et la gravité des infections digestives, ORL et respiratoires. Il s'agit du principal bénéfice-santé de l'allaitement maternel, responsable d'une diminution de la morbidité et de la mortalité chez l'enfant nourri au sein, y compris dans les pays industrialisés.
- S'il est prolongé idéalement 6 mois, l'allaitement maternel exclusif permet une réduction du risque allergique chez les nourrissons à risque (père, mère, frère ou sœur allergique).
- L'allaitement maternel participe à la prévention ultérieure de l'obésité pendant l'enfance et l'adolescence.
- Une supplémentation en vitamine D et en vitamine K est nécessaire chez le nourrisson nourri au sein.

Les contre-indications à l'allaitement maternel :

- L'infection maternelle par le VIH constitue une contre-indication absolue à l'allaitement quand l'utilisation des préparations lactées est possible.
- Très peu de médicaments contre-indiquent de façon formelle la poursuite de l'allaitement maternel.
- La consommation de tabac, d'alcool, de cannabis, et d'une façon générale de drogues, est formellement contre-indiquée au cours de l'allaitement maternel.

- L'enfant prématuré peut être allaité par sa mère et/ou recevoir son lait, sous réserve qu'il reçoive une supplémentation en énergie, protéines et sels minéraux.
- L'infection maternelle par le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C ne constitue pas une contre-indication de l'allaitement.

Les bénéfices de l'allaitement pour la mère :

- La perte de poids de la mère qui allaite son bébé est plus rapide dans les 6 premiers mois du post-partum.
- L'allaitement maternel diminue l'incidence des cancers du sein et de l'ovaire avant la ménopause, et supprime l'augmentation du risque d'ostéoporose lié à la ménopause.

#### - **Recommandations des experts**

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) recommande un allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois de vie du bébé. La poursuite de l'allaitement exclusif pendant 6 mois par rapport à une durée de 3 à 4 mois permet un développement optimal des nourrissons et doit être encouragée. Toutefois, certaines mères ne pourront pas suivre cette recommandation ou décideront de ne pas le faire.

L'introduction d'une alimentation complémentaire entre 4 et 6 mois n'apporte aucun bénéfice particulier (Anaes 2003).

#### - **Définitions de l'allaitement**

S'appuyant sur les travaux de l'OMS et de l'*Interagency Group for Action on Breastfeeding*, le groupe de travail de l'Anaes a proposé les définitions suivantes :

- le terme allaitement maternel est réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère ;
- l'allaitement est **exclusif** lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau ;
- l'allaitement est **partiel** lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture. En cas d'allaitement partiel, celui-ci est majoritaire si la quantité de lait maternel consommé assure plus de 80% des besoins de l'enfant ; moyen si elle assure 20 à 80% de ses besoins et faible si elle en assure moins de 20% ;
- la réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé de manière manuelle ou à l'aide d'un tire-lait, par exemple, est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

Deux aspects de l'allaitement maternel sont fréquemment étudiés dans la littérature : son *initiation* et sa *durée*. Les facteurs associés peuvent être différents : les études s'intéressant à l'initiation de l'allaitement maternel se focalisent essentiellement sur les mères qui allaitent versus celles qui n'allaitent pas (et leurs caractéristiques respectives), tandis que les études portant sur la durée de l'allaitement maternel s'intéressent aux mères qui ont initié l'allaitement, qu'elles allaitent peu de temps (moins de 4 mois) ou de manière prolongée (de 4 à 6 mois).

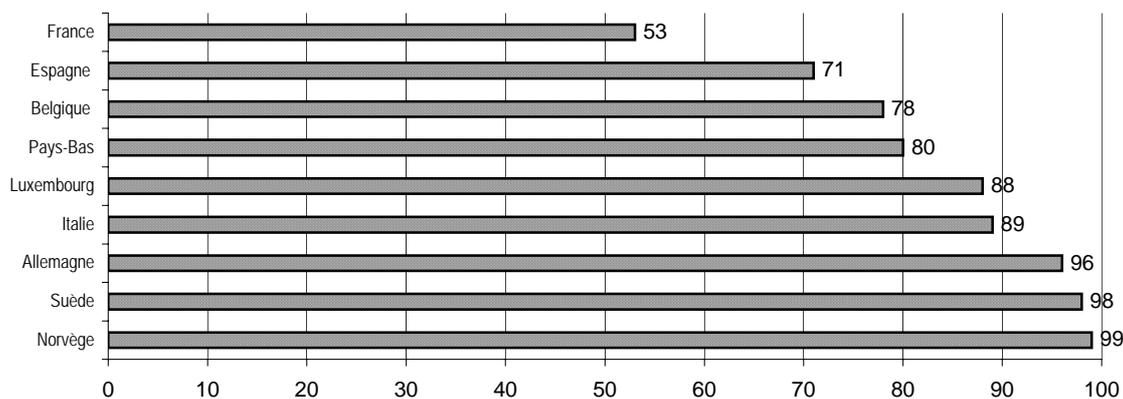
Dans ce dossier, l'allaitement prolongé est défini comme l'allaitement maintenu au-delà de 3 mois. Il est important de mentionner que l'allaitement prolongé concerne aussi celui qui va au-delà de 6 mois. Cependant, dans la littérature les mères allaitant pendant plus de 6 mois ne sont pas analysées dans un groupe différent que celles allaitant jusqu'à 6 mois.

Le sevrage correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel.

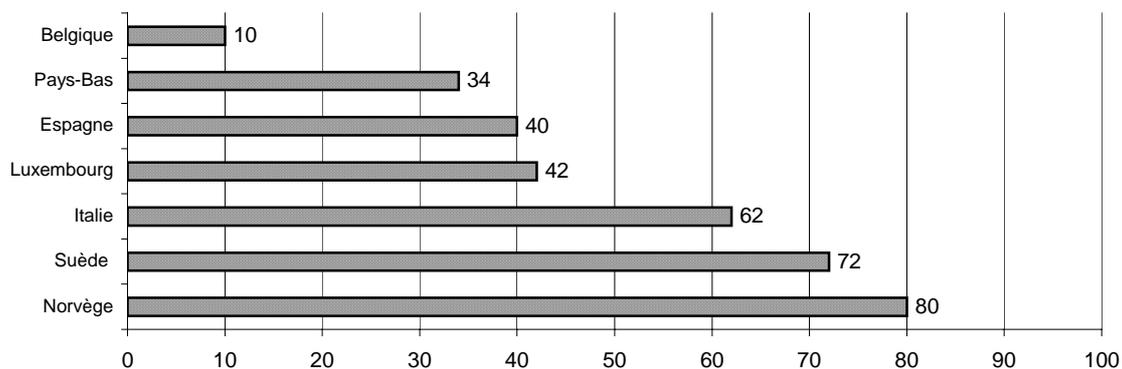
## 2. Données épidémiologiques en Europe

Les données épidémiologiques montrent que de grandes différences existent entre pays européens concernant les taux d'allaitement. Même si les tendances montrent d'une manière générale une amélioration dans tous les pays depuis les années 80' (voir les graphiques de la page suivante), les taux d'allaitement à la sortie de maternité varient aujourd'hui, à titre d'exemple, de 98% en Suède à 53% en France et les taux d'allaitement partiel à 6 mois de 80% en Norvège à 10% en Belgique (Cattaneo 2005). Les graphiques ci-dessous présentent une comparaison (en %) des taux d'initiation ou d'allaitement à la sortie de maternité, et d'allaitement (partiel ou exclusif) à 6 mois, sur base des données du rapport européen (EU Project 2004) et, pour les taux d'initiation en Belgique, de la banque de données médico-sociales de l'ONE (BDMS 2004).

Taux d'initiation de l'allaitement maternel dans quelques pays européens (EU Project 2004, BDMS 2004) :



Taux d'allaitement maternel à 6 mois dans quelques pays européens (EU Project 2004) :



Les deux graphiques suivants montrent l'évolution des pourcentages d'enfants allaités au sein à 3 mois et à 6 mois dans différents pays européens, de 1975 à 2000 (Yngve 2001) :

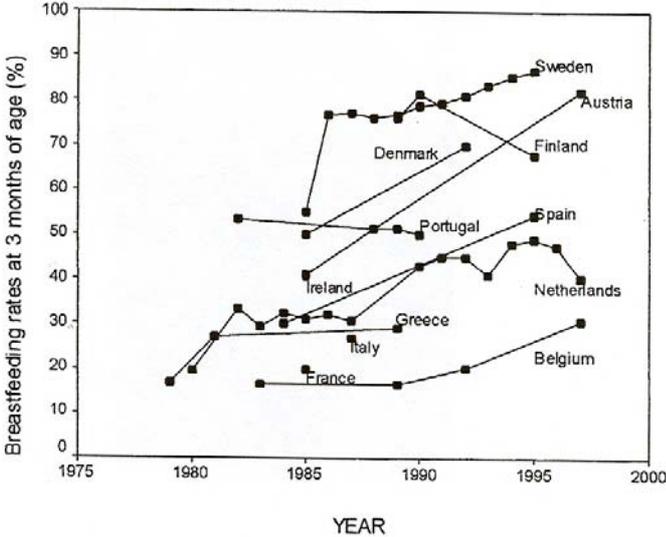


Fig. 2 Percentage children breastfed at 3 months, from WHO<sup>59</sup>. Please note that different definitions on breastfeeding and different methods for data collection may have been used. The data from the different countries may therefore not be fully comparable

Breastfeeding in the European Union

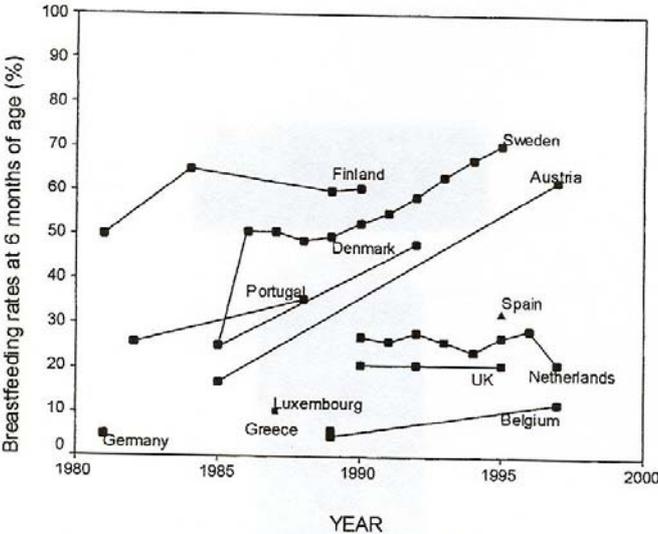


Fig. 3 Percentage children breastfed at 6 months, from WHO<sup>59</sup>. Please note that different definitions on breastfeeding and different methods for data collection may have been used. The data from the different countries may therefore not be fully comparable

Depuis quelques années, la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel sont devenus une priorité de santé publique au niveau européen. Dans ce contexte, un **plan d'action** a été proposé par des experts en allaitement représentant de tous les pays de l'Union Européenne (EU Project 2004). Il s'agit d'un modèle qui met en exergue les actions qu'un programme national ou régional devrait comprendre et mettre en œuvre. En 6 chapitres<sup>2</sup>, le plan préconise des objectifs pour toutes ces actions, identifie les responsabilités et indique les éventuelles mesures d'effets et de résultats.

### **3. Situation en Belgique**

Il n'existe actuellement pas, en Belgique, de système de récolte de données relatives à l'allaitement maternel qui soit général, systématique et comparable. Les seules données qui couvrent l'ensemble de la population sont récoltées à la naissance. En outre, les distinctions entre « allaitement exclusif » et non exclusif ne sont pas définies dans les mêmes termes que ceux établis par l'OMS, ce qui a tendance à grossir les taux d'allaitement dits exclusifs et rend les comparaisons internationales caduques (Réseau Allaitement Maternel asbl 2003).

En Communauté française, selon la banque de données médico-sociales de l'ONE (BDMS 2004), les taux d'allaitement durant les 3 premiers mois de l'enfant sont en augmentation depuis 1994. En 2003, près de 78% des bébés étaient allaités exclusivement au sein à la sortie de maternité, contre 68% en 1994. D'après les données du « bilan de santé à 9 mois » (n=2722), en 2003 40% sont encore allaités exclusivement à 12 semaines et 15% à 24 semaines.

Les différences selon l'emploi des mères ne sont pas énormes puisque 49,6% seulement des mères sans emploi allaitent encore à 12 semaines contre 44,3% des mères qui occupent un emploi.

On observe d'importantes variations selon les subrégions et selon la nationalité d'origine de la mère. A la 12<sup>ème</sup> semaine, 35% d'enfants environ sont encore allaités au sein maternel à Bruxelles et dans le Brabant wallon contre 18% seulement dans les provinces de Namur et du Hainaut. Les femmes de nationalité d'origine non belge allaitent nettement plus après l'accouchement que les femmes belges. Les femmes françaises sont celles qui allaitent le moins.

Sur le plan international, notons que de nombreux hôpitaux (100% des hôpitaux suédois) ont reçu le **label « Hôpital Ami des Bébé »** les engageant à créer un environnement favorable à la pratique de l'allaitement maternel et à acquérir les compétences nécessaires pour conseiller adéquatement les mères (Moeyersoen 2000). Avec la Grèce, l'Irlande et le Portugal, la Belgique est un des rares pays à ne compter encore aucun hôpital (0/107) ayant reçu le label (Cattaneo 2005). Six maternités sont cependant en attente de le recevoir prochainement.

La situation de la Belgique est actuellement loin derrière celle d'autres pays européens en matière d'allaitement prolongé, mais toutefois des efforts importants sont en cours. Ainsi, le **Plan National Nutrition Santé pour la Belgique** a récemment (février 2006) défini 3 principaux objectifs concernant la promotion et le soutien de l'allaitement maternel, couvrant les années 2005 à 2010 (PNNS-B 2006). Il s'agit de :

- 1) Mener une politique nationale de promotion de l'allaitement
- 2) Promouvoir et soutenir l'initiative « Hôpital Ami des Bébé »
- 3) Fournir des informations objectives et validées concernant l'allaitement, l'alimentation pour nourrissons et l'alimentation complémentaire.

Les objectifs opérationnels, qui rejoignent les recommandations internationales, incluent des actions dans les 6 domaines visés par le plan d'action européen (tableau page suivante).

---

<sup>2</sup> (1) Politique et programmes ; (2) Information, éducation, communication (IEC) ; (3) Formation ; (4) Protection, promotion et soutien ; (5) Contrôle et évaluation ; (6) Recherche.

---

## Objectifs du Plan National Nutrition santé pour la Belgique (2005-2010), 2006.

- Obtenir un pourcentage de 50% d'enfants allaités à 3 mois en 2010. La durée de l'allaitement devrait être prolongée dans toute la Belgique pour être en ligne avec les recommandations européennes et internationales actuelles.
  - Atteindre en 2015 la norme suédoise actuelle (prévalence de plus de 90% durant 6 mois). Cet objectif n'est cependant réalisable qu'à condition qu'un ensemble de mesures soient prises, en appui de la politique, parmi lesquelles l'amélioration des conditions d'octroi du congé parental, son allongement et l'augmentation des allocations y afférentes.
  - Appliquer et respecter l'arrêté royal du 18/02/1991 concernant les denrées alimentaires destinées à une alimentation particulière dans l'esprit du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS).
  - Améliorer la formation du personnel de santé dans le domaine de l'allaitement.
  - Encourager l'allaitement maternel par le biais de la communication du PNNS-B, également pour les prématurés et les nouveau-nés dysmatures.
  - L'information fournie aux parents par les professionnels de santé doit émaner d'une source scientifique indépendante du secteur commercial.
  - Elaborer des lignes directives relatives à l'alimentation du nourrisson, étayées par la connaissance scientifique, la pratique et sujettes à consensus.
  - Répertorier les habitudes alimentaires de ce groupe d'âge, déceler les points critiques et prendre les initiatives nécessaires pour les corriger.
  - Attribuer du statut Hôpital Ami des bébés à au moins 25% des hôpitaux avant l'année 2010.
  - Rédiger des recommandations relatives à l'alimentation du nouveau-né sur la base de données scientifiques, de connaissances pratiques et de consensus.
  - Créer un point de référence pour une communication cohérente à ce sujet donnée par des tiers et à l'intention de la mère.
- 

---

## Bénéfices de l'allaitement maternel (Turck 2005)

### Pour la santé de l'enfant :

- un bénéfice sur le plan cognitif
- une diminution de l'incidence et de la gravité des infections digestives, ORL et respiratoires

### *Prolongé idéalement jusque 6 mois :*

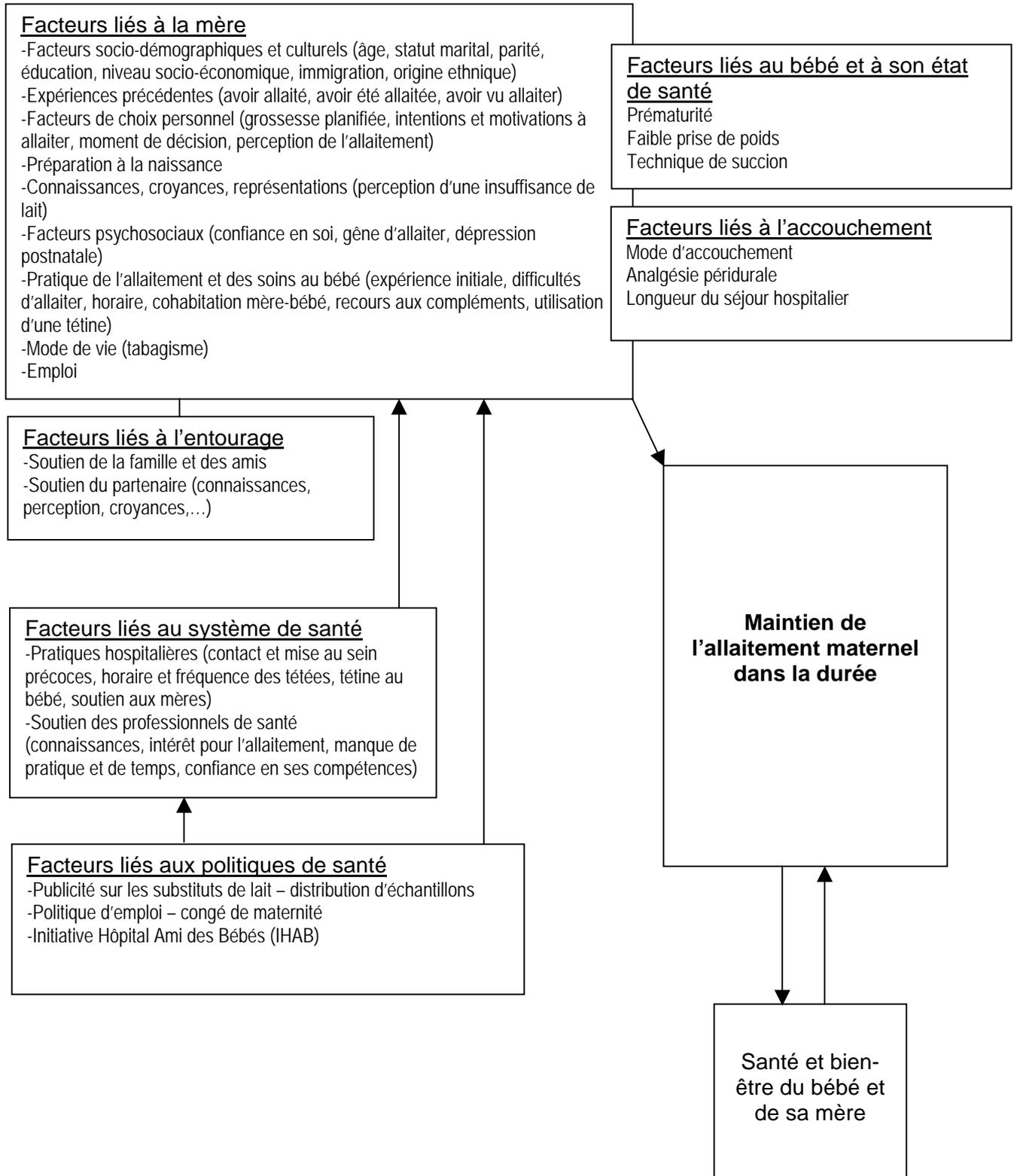
- une réduction du risque allergique chez les nourrissons à risque
- la prévention de l'obésité pendant l'enfance et l'adolescence
- une tension artérielle et une cholestérolémie inférieures à l'âge adulte.

### Pour la santé de la mère :

- une perte de poids plus rapide dans les 6 mois du post-partum
  - une diminution de l'incidence des cancers du sein et de l'ovaire avant la ménopause,
  - un risque moindre d'ostéoporose.
-

#### 4) Facteurs associés à un allaitement maternel prolongé

Le schéma suivant résume les différents facteurs en jeu dans le maintien par les mères de l'allaitement au-delà de 3 à 4 mois :



## A) Facteurs liés à la mère

- Facteurs socio-démographiques et culturels

Les mères **plus âgées** (Blyth 2004, Kronborg 2004, Banger 1998, Scott 2006), **mariées** (Peters 2005), **primipares** (BDMS 2004, Lawrence 2005), d'un **niveau de scolarité supérieur** (Blyth 2004, Kronborg 2004) et **socio-économiquement plus favorisées** (Kronborg 2004) allaitent plus et plus longtemps.

Les femmes **plus jeunes** (Blyth 2004, Dennis 2002), **seules** (Blyth 2004), de **plus faible statut socio-économique** ou **récemment immigrées** (Blyth 2004, Dennis 2002) allaitent moins et moins longtemps. Le fait d'**avoir déménagé en raison de la naissance du bébé** est très significativement associé, dans l'étude de Peters, à un sevrage précoce.

L'origine ethnique au sens des auteurs américains montre une plus grande durée d'allaitement chez les « **white women** » par rapport aux « black women » (Branger 1998, Taveras 2004).

Ces groupes sociaux à risque d'allaiter moins et moins longtemps doivent être connus et ciblés par les interventions de santé publique. Mais ces variables socio-démographiques ne sont pas les seuls enjeux. Il convient d'identifier les mères à risque de ne pas allaiter ou de ne pas poursuivre l'allaitement également sur base d'autres facteurs sur lesquels les programmes préventifs peuvent agir.

- Expériences précédentes (Kronborg 2004)

D'une manière générale, les femmes qui ont elles-mêmes **été allaitées** (Branger 1998, Anaes 2002), qui ont déjà **vu une mère allaiter** et qui ont **déjà allaité** précédemment (Blyth 2004), allaitent plus et plus longtemps que les autres.

Les mères ayant déjà eu une expérience d'allaitement positive ont généralement un niveau plus élevé de confiance en soi et d'auto-efficacité que les mères primipares. Par contre si les expériences précédentes ont été plutôt négatives, la confiance en sa capacité à allaiter peut être moindre.

Les mères multipares ayant arrêté l'allaitement maternel précocement pour des enfants précédents ont besoin d'une aide accrue pour utiliser leurs expériences antérieures de façon positive (Kronborg 2004). Il est important d'évaluer si de telles expériences passées existent, dans quelle mesure elles s'accompagnent de crainte et d'anxiété et, si nécessaire, de corriger de fausses informations (Blyth 2004).

- Facteurs de choix personnel (intentions, motivations, décisions)

Le fait que la **grossesse ait été planifiée** est significativement associé à un allaitement maternel prolongé au-delà de 4 mois (Peters 2005). Les grossesses planifiées représentaient environ 73% des naissances dans l'étude de Peters et al.

Donath et al. (2003) ont fait une revue de la littérature pour établir l'impact de la décision d'allaiter sur l'initiation et sur la durée de l'allaitement. Les auteurs trouvent que la décision d'allaiter joue un rôle essentiel non seulement sur l'initiation de l'allaitement mais sur sa durée. En effet, ils montrent que le **désir prénatal d'allaiter** (ou de ne pas) prédit en grande partie le comportement de la mère après la naissance de l'enfant.

Inversement, si une certaine ambivalence est ressentie chez la mère durant la grossesse, la probabilité d'arrêter l'allaitement très tôt après la naissance est augmentée. L'intention prénatale de ne jamais allaiter ou d'arrêter précocement est considérée comme un facteur de risque pour toute perspective d'allaitement (Digirolamo 2005).

L'**intention prénatale** d'allaiter de manière prolongée (Blyth 2004, Kronborg 2004, Digirolamo 2005) est significativement associée à un allaitement prolongé.

Le **moment de la décision d'allaiter** semble être un facteur d'influence important sur le comportement d'allaitement des mères (Blyth 2004) : plus la décision est précoce, meilleures seront l'initiation et la durée d'allaitement. Dans l'étude de Blyth, les mères qui avaient l'intention d'allaiter depuis plus de 6 mois avant la naissance de leur enfant ont allaité plus longtemps que les mères qui avaient pris la décision plus tardivement.

Le choix tardif du mode d'alimentation du bébé est en effet associé à un sevrage plus précoce (Labarère 2001).

Une étude américaine menée auprès de jeunes mères montre que dans 78% des cas, le choix d'allaiter ou non se fait avant la grossesse et/ou durant le premier trimestre (Arora 2000).

Dans l'étude de Branger, 68% des mères estimaient avoir pris leur décision seules, sans avoir été influencées, tandis que celles qui avaient demandé une aide à cette décision ont sollicité leur conjoint, leur famille, des amies ou ont lu des revues.

*Quels sont les facteurs qui influencent le choix des mères d'allaiter ou non leur bébé ?*

Les facteurs les plus significatifs contribuant à la décision de la mère à choisir l'allaitement au sein sont (n=245) (Arora 2000) : 1) le bénéfice pour la santé de l'enfant ; 2) le côté naturel ; et 3) le lien plus étroit (émotif) avec l'enfant. Les raisons les plus communes invoquées par les mères qui utilisent le biberon sont : 1) la perception de la mère de la préférence du père ; 2) l'incertitude concernant la quantité de lait prise au sein ; et 3) le retour au travail.

Selon le groupe de travail de l'Anaes (Anaes 2003), les mères choisissent l'allaitement parce qu'elles en retirent un investissement émotionnel et des gratifications comme un sentiment d'utilité, une satisfaction physique, une image de soi positive, une affirmation de leur féminité.

Les mères non allaitantes justifient leur choix par l'importance donnée à leur activité professionnelle, l'image sociale négative de la femme allaitante, leurs conceptions éducatives et la volonté égalitaire de partage des tâches dans le couple que le biberon faciliterait.

Les mères qui, durant la grossesse, avaient la **perception que l'allaitement maternel est plus simple** que l'allaitement au biberon, sont significativement plus nombreuses à allaiter encore après 4 à 5 mois (Peters 2005).

- Préparation à la naissance

Le fait d'avoir suivi des **cours de préparation à la naissance** ou de **soins au bébé** (62% des primipares et 65% des secundipares dans une étude menée auprès de 52 mères) est associé à un allaitement maternel prolongé au-delà de 4 mois (Peters 2005).

Les séances de préparation à l'accouchement représentent selon l'Anaes une opportunité très intéressante pour une information sur l'allaitement, et pour permettre à des femmes ne projetant pas d'allaiter de dialoguer avec des femmes qui ont pris la décision de le faire.

- Connaissances, croyances, représentations

Le **niveau de connaissance des mères** est positivement associé à une durée d'allaitement plus longue (Kronborg 2004, p=0,001). Toutefois, cet effet dépend de la parité des mères. En effet, un degré de connaissances élevé chez les mères primipares est associé à une durée

d'allaitement prolongée mais cette association n'est pas retrouvée chez les mères multipares.

Un manque d'informations sur la durée optimale de l'allaitement maternel est associé à un sevrage plus précoce (Taveras 2004).

Une étude menée en Allemagne auprès d'un échantillon représentatif de 52 mères a montré que 65% d'entre elles savaient que les experts recommandaient un allaitement maternel exclusif les six premiers mois de vie du bébé (Peters 2005). La connaissance de la durée optimale d'allaitement était significativement associée à un allaitement maternel plus long (plus de 4 mois). Par contre les avantages de l'allaitement tels que l'involution plus rapide de l'utérus, la perte de poids plus rapide et les bénéfices de santé à long terme étaient complètement méconnus.

Ces éléments montrent la nécessité d'informer correctement les mères au sujet de l'allaitement et de ses bénéfices à long terme, et de les conseiller adéquatement.

Une étude menée aux Etats-Unis auprès de 245 mères montre que les sources d'information sur l'allaitement sont la famille (33,9%), les médias – revues, livres, télévision – (17,4%), le médecin et l'infirmière (10,8%), les amis (9,9%) et les infirmières de l'hôpital (6,6%) (Arora 2000). Ces groupes devraient être bien informés au sujet des avantages de l'allaitement maternel pour faire passer adéquatement l'information. De plus, pour surmonter les obstacles, les questions entourant les barrières liées aux perceptions (de l'attitude du père, de la quantité de lait, des contraintes de temps) devraient être discutées avec chaque parent.

La **perception d'une insuffisance de lait** (Blyth 2002, Taveras 2004, Dennis 2002, Peters 2005, Anaes 2002) semble être la première raison amenant les mères à introduire le lait artificiel et/ou à mettre fin à l'allaitement maternel. Mais l'origine physiologique ou psychologique de cette perception est rarement analysée dans les études.

Il semble que le besoin d'un bébé de téter fréquemment, ou le fait qu'il « semble affamé entre les tétées » (Taveras 2004), soit souvent interprété comme étant un problème, et en particulier comme un problème d'insuffisance de lait.

L'insuffisance de lait physiologique est très rare (Anaes 2002). Renfrew (cité par Anaes 2002) fait d'ailleurs remarquer que dans les sociétés où l'allaitement est la norme et parfois le seul moyen de nourrir les enfants, les échecs d'allaitement sont rares. Dans la majorité des cas il s'agit donc soit de la perception d'une insuffisance de lait, qui pourrait être liée à un manque de confiance en soi de la mère, soit d'une insuffisance de lait secondaire à un allaitement mal géré (suite à une fréquence ou à une durée des tétées inadéquates, par exemple), à l'introduction de compléments, à une position du bébé incorrecte ou un problème de succion (Blyth 2002). Une réelle insuffisance de lait est donc un phénomène transitoire lié à un problème d'allaitement, susceptible d'être corrigé par l'optimisation de la pratique de l'allaitement associée à des encouragements et du soutien visant à restaurer la confiance de la mère dans ses capacités à satisfaire les besoins de son bébé (Anaes 2002). Quelle qu'en soit l'origine, il y a lieu de déceler et de prendre en charge la perception d'une insuffisance de lait par une écoute, un soutien et un apprentissage adaptés.

L'**incertitude concernant la quantité de lait prise par le bébé** allaité au sein est souvent invoquée par les mères comme raison les amenant à utiliser le biberon (Arora 2000). Le fait de ne pas savoir la quantité de lait que le bébé a bu est inquiétant pour certaines mères (Kronborg 2004, Arora 2000).

D'une manière générale, les mères qui allaitent doivent être prévenues de l'éventualité d'être confrontées à des périodes difficiles où elles auront l'impression de manquer de lait et douteront de leurs capacités à satisfaire les besoins de leur bébé (Anaes 2002). La

prévention est la meilleure approche et repose sur l'apprentissage et la pratique de tétées efficaces, à la demande, et le dépistage des situations à risque qui pourront bénéficier d'un suivi plus étroit et d'un accompagnement adapté.

Une formation des professionnels et une éducation des familles sont indispensables. Il s'agit :

- de faire comprendre que des apports nutritionnels insuffisants ne sont ni la principale ni la seule cause d'agitation et de pleurs chez le nourrisson, que l'allaitement repose sur le principe de l'offre et de la demande et que les nourrissons sont capables de réguler leurs besoins pour peu qu'ils tètent de façon efficace et aient accès au sein sans restriction ;
  - de faire savoir que la croissance des nourrissons allaités diffère de celle des enfants nourris aux substituts de lait.
- Facteurs psychosociaux

La **confiance en soi** des mères et leur **sentiment d'auto-efficacité** sont d'importants prédicteurs de la durée et du niveau d'allaitement (Blyth 2002, Kronberg 2004). Blyth et al. ont mené, en Australie, une étude prospective auprès de 300 mères durant le dernier trimestre de grossesse. L'enquête a eu lieu par entretiens téléphoniques, une semaine et quatre mois après l'accouchement. La confiance en soi pour l'allaitement a été évaluée au moyen de la « Breastfeeding Self-Efficacy Scale ». Il s'agit d'un questionnaire auto-administré composé de 33 items formulés selon une approche positive et permettant le calcul de scores allant de 33 à 165, les scores les plus élevés indiquant les plus hauts niveaux d'auto-efficacité. Les résultats ont montré que les mères ayant une confiance en leur capacité d'allaiter élevée allaitaient significativement plus, et de manière exclusive, à une semaine et à quatre mois, que les mères ayant une faible confiance.

Si le sentiment d'auto-efficacité à allaiter des mères peut être mesuré et qu'il est prédicteur du comportement d'allaitement, comme cela est démontré à travers plusieurs recherches, des interventions doivent pouvoir être mises en place pour renforcer les mères dans leur confiance en leur capacité à allaiter et les aider à persévérer en cas de difficultés. Ces interventions devraient pouvoir être évaluées pour déterminer si la confiance en soi des mères peut réellement être améliorée et montrer des résultats sur la durée de l'allaitement (Blyth 2002). Blyth propose plusieurs stratégies. Avant la naissance, les professionnels de santé devraient explorer si la mère a déjà vécu une expérience d'allaitement et dans quelle mesure celle-ci a été positive ou négative de manière à pouvoir les aider face à une éventuelle crainte ou de l'anxiété, et à pouvoir corriger de mauvaises informations. Avant de quitter la maternité, les professionnels de santé devraient vérifier qu'une perception négative pouvant entraver l'auto-efficacité n'est pas présente. L'échelle de mesure de l'auto-efficacité des mères peut être utile non seulement pour identifier les mères plus à risque d'avoir une faible confiance en soi, mais également pour identifier les besoins spécifiques de chacune des mamans. Enfin, pour aider les mères à maintenir l'allaitement dans le temps, une consultation pour anticiper les problèmes pouvant entraver l'auto-efficacité des mères (tels que l'anxiété, la douleur, la fatigue, etc.) peut être utile.

Dans une étude française, la **gêne d'allaiter devant certaines personnes** semble exister chez environ 40% des mères et être associée à une durée d'allaitement moindre, sans représenter toutefois un facteur significatif (Branger 1998). Les entretiens ont révélé que le regard de certains hommes, du père ou du beau-père en particulier, est jugé gênant par certaines mères.

La **dépression postnatale**, diagnostiquée dans l'étude d'Henderson (n=1745) chez 18% des mères (Henderson 2003), est significativement associée à un sevrage plus précoce. Les symptômes, dépistés chez les mères à l'aide de « l'échelle de dépression postnatale d'Edinburgh », apparaissent le plus souvent endéans les deux premiers mois. Les résultats

ont montré que la durée médiane d'allaitement était de 26 semaines pour les femmes ayant présenté une dépression précoce, de 28 semaines pour les femmes ayant présenté une dépression plus tardive et de 39 semaines pour les femmes n'ayant présenté aucun signe de dépression. Dans la majorité des cas, les symptômes dépressifs précèdent le sevrage. Une hypothèse est que la présence de difficultés liées à l'allaitement maternel peut influencer l'arrivée de symptômes dépressifs auprès de femmes plus vulnérables en réduisant par exemple leur niveau de confiance et d'estime à « être capable d'être mère ». Deux autres études montrent que l'arrêt de l'allaitement maternel serait un facteur prédictif de dépression postnatale.

Dans l'étude de Branger, 48% des mères ont dit avoir ressenti le « baby-blues » du post-partum mais ce facteur ne semblait pas corrélé à un allaitement plus court.

- Pratique de l'allaitement et des soins au bébé

Il semblerait que **l'expérience initiale** d'allaitement influence fortement sa durée (Digirolamo 2005). Les femmes qui ont vécu une expérience d'allaitement initiale plutôt négative poursuivent moins facilement l'allaitement, malgré l'intention qu'elles pouvaient avoir avant la naissance. Toutefois il y a lieu de ne pas généraliser car certaines femmes qui ont réussi à surmonter les difficultés éprouvent par la suite un sentiment de plus grande auto-efficacité.

La présence de **difficultés liées à l'allaitement** est fréquente, surtout les 4 premières semaines (Scott 2006). Il s'agit le plus souvent de douleurs mammaires, de mastites, de crevasses ou de fatigue (Taveras 2004).

Il ne semble pas y avoir davantage de problèmes chez les mères qui arrêtent précocement l'allaitement que chez celles qui le poursuivent au-delà de 4 mois. Mais l'absence de complications a bien une influence positive sur le processus d'allaitement (Peters 2005).

La plupart des difficultés de l'allaitement maternel peuvent être prévenues et ne doivent pas entraîner systématiquement l'arrêt de l'allaitement (Anaes 2003).

Une **réelle insuffisance de lait** peut être liée à une pratique de l'allaitement mal gérée (fréquence et durée des tétées inadéquates) ou à un apport précoce de compléments alimentaires. Elle doit être différenciée de la perception d'une insuffisance de lait, mentionnée plus haut.

La pratique d'un **allaitement à horaires fixes** est associée à une réduction de la durée d'allaitement (Labarère 2001). Les experts recommandent un allaitement à la demande.

La **présence du bébé la nuit avec sa mère** est associée à une durée d'allaitement plus longue (13 semaines contre 10 semaines,  $p < 0,05$ ) (Branger 1998).

Selon l'Anaes, même si les effets de la cohabitation mère-enfant jour et nuit ne peuvent pas être évalués indépendamment de ceux liés à la pratique d'un allaitement à la demande, même s'il s'agit d'une pratique dont on ne peut dire si elle est la cause ou la conséquence de l'allaitement, la plupart des données incitent à l'encourager d'autant plus qu'elle favorise aussi le processus d'attachement, bénéfique à tous les bébés, même non allaités. La proximité de la mère et de son bébé de jour comme de nuit facilite la conduite de l'allaitement durant le séjour à la maternité, puis à la maison et c'est un préalable indispensable à la pratique d'un allaitement réellement à la demande.

Le **recours aux compléments en maternité** est associée dans l'étude de Branger à une durée d'allaitement beaucoup plus courte (6 semaines contre 13 semaines,  $p < 0,01$ ). Cette observation a été démontrée à travers d'autres études également (Anaes 2002).

L'idée que les apports nutritionnels peuvent être insuffisants pendant les tous premiers jours de vie est très répandue chez les mères, et une croissance qui semble insuffisante chez les nourrissons allaités en comparaison avec ceux nourris au lait de substitution peut conduire les professionnels de santé à prendre des décisions de supprimer l'allaitement maternel et de commencer une alimentation complémentaire (Anaes 2002). Ces décisions sont inadéquates et révèlent un manque de connaissance et de formation de la part des professionnels.

Dans une étude menée au Canada auprès de 256 mères (Dennis 2002), les principales raisons invoquées par celles qui donnaient à leur bébé une certaine forme de supplémentation à 12 semaines (plus de 50% des mères) étaient : 1) l'offre de lait insuffisante ; 2) une question de convenance ; 3) des problèmes de comportement de l'enfant ; 4) un problème d'alimentation (par exemple, une alimentation trop fréquente) ; et 5) le retour au travail.

On observe une association négative significative entre l'introduction précoce d'une **tétine au bébé** et la durée de l'allaitement maternel (Scott 2006, Labarère 2001). L'utilisation d'une tétine serait à l'origine de tétées moins fréquentes et plus courtes, qui s'accompagneraient de problèmes d'allaitement plus fréquents (Scott 2006). Les raisons de l'utilisation d'une tétine, pratique largement répandue, ne sont pas claires. Il peut s'agir d'une réponse à des normes culturelles (« tout le monde le fait ») ou bien marquer des problèmes d'allaitement. Des recherches seraient nécessaires pour comprendre si les problèmes d'allaitement associés à l'utilisation de la tétine précèdent ou suivent leur introduction.

Dans leurs efforts pour allaiter leur enfant, pour 50 à 70% des jeunes mères interrogées dans l'étude de Peters, il est important de laisser l'enfant téter fréquemment, de boire soi-même suffisamment de liquides, de veiller à un environnement calme et de boire des infusions aux plantes qui favorisent la lactation (Peters 2005).

#### - Mode de vie

Le **tabagisme** de la mère durant la période périnatale est associé à une plus faible initiation de l'allaitement et à un sevrage plus précoce (Liu 2006, Kronborg 2004, Scott 2006). L'étude de Liu a montré que les mères qui continuaient à fumer pendant leur grossesse et après la naissance avaient 2,18 fois plus de chances de ne plus allaiter à 10 semaines, par rapport aux mères non fumeuses. Par contre les mères qui ont arrêté de fumer pendant la grossesse et n'ont pas repris après, et celles qui ont arrêté de fumer durant leur grossesse et qui ont repris après la naissance, n'avaient pas plus de risque d'arrêter précocement d'allaiter que les femmes non fumeuses.

Notons que la nicotine a des effets physiologiques sur le système hormonal de la mère et sur sa production de lait. Les mères qui fument ont une plus faible concentration de base de prolactine, leur lait contient moins de graisse et elles produisent un volume de lait moindre (Liu 2006). Les enfants allaités par une mère fumeuse présentent plus souvent des coliques et des pleurs excessifs.

Le tabac a un impact psychologique et comportemental possible sur l'intention d'allaiter. Par exemple, les mères qui fument peuvent arrêter d'allaiter plus tôt parce qu'elles ont peur des effets toxiques de la nicotine sur leur enfant.

#### - Emploi

Malgré l'intention de nombreuses femmes de continuer d'allaiter après le retour au travail, l'**emploi de la mère** constitue un facteur significativement associé à un sevrage précoce (Scott 2006, Rojjanasrirat 2004). Des différences existent selon le type d'emploi.

Dans l'étude de Scott (n=587) menée en Australie, les mères qui étaient retournées au travail avant 6 mois allaitaient moins à 6 mois (allaitement exclusif) et à 12 mois (allaitement partiel) que celles qui étaient retournées au travail entre 6 et 12 mois.

L'**environnement de travail** joue un rôle important. Les freins à l'allaitement identifiés sur le lieu de travail incluent : (1) le manque de soutien de l'employeur et des collègues ; (2) l'accès limité à l'utilisation d'un tire-lait ; (3) le manque de lieu disponible pour tirer son lait ; (4) l'absence d'un réfrigérateur pour conserver le lait ; (5) le manque de flexibilité horaire pour pouvoir tirer son lait durant les heures de travail.

Le **temps de travail** a également un impact important sur la durée de l'allaitement : les mères qui travaillent plus de 20 heures par semaine sevrant leur bébé plus précocement que celles qui travaillent moins de 20 heures par semaine.

Une étude portant sur l'expérience d'allaitement des mères après le retour au travail a été menée auprès de 50 femmes primipares qui avaient planifié d'allaiter leur bébé et de retourner travailler après la naissance (Rojjanasrirat 2004). 88% des mères travaillaient à temps plein et la majorité étaient retournées au travail après 9 semaines. A 16 semaines, lorsque les entretiens ont été menés, 62% allaitaient encore exclusivement. Les mères ont exprimé le besoin de soutien tel qu'un entourage favorable, des lieux appropriés, une flexibilité horaire et du temps. Elles ont besoin de maintenir une attitude positive pour pouvoir atteindre leurs buts d'allaitement. Elles développent des plans stratégiques pour anticiper les problèmes et poursuivre l'allaitement avec succès. Finalement elles décrivent une certaine détresse psychologique résultant du conflit entre les exigences du travail et l'allaitement. Les sentiments associés incluent la culpabilité, le stress et le sentiment de devoir faire des sacrifices.

## **B) Facteurs liés à l'accouchement**

Des recherches indiquent que l'expérience obstétrique des femmes peut influencer le comportement d'allaitement.

Concernant le **mode d'accouchement**, il semble que l'accouchement par voie vaginale puisse avoir une influence positive sur le comportement d'allaitement (Peters 2005).

D'après le rapport de l'Anaes, l'**analgésie péridurale** pendant le travail peut retarder le réflexe de succion mais ne compromet pas le devenir de l'allaitement. Selon un des auteurs cités (Halpern 1999), la réussite ou l'échec de l'allaitement sont plus à mettre sur le compte de la qualité du soutien global dont bénéficient ou non les mères notamment au moment de la mise en œuvre de l'allaitement.

L'effet de la **longueur du séjour à l'hôpital** n'est pas clair. Dans l'étude de Waldenström, en Suède, ce facteur n'est pas associé à la durée de l'allaitement, quel que soit le type d'allaitement (exclusif ou partiel). Par contre une autre étude suédoise récente portant sur 488 mères montre qu'une sortie rapide de l'hôpital (endéans les 72 heures) était associée à une durée plus courte d'allaitement exclusif mais pas d'allaitement partiel.

## **C) Facteurs liés au bébé et à son état de santé**

Les taux d'initiation de l'allaitement sont plus faibles chez les **enfants prématurés**, mais les enfants prématurés allaités ne sont pas allaités moins longtemps que les autres (Peters 2005).

La **faible prise de poids** du bébé est associée à un sevrage plus précoce (Blyth 2004).

Une **technique de succion correcte** est un préalable indispensable à la réussite de l'allaitement et à sa durée. Une étude randomisée citée par l'anaes (Righard 1992) a suivi 82 couples mère-enfant. Les bébés dont la technique de succion était incorrecte (n=54) ont été

repérés et randomisés soit dans un groupe pour lequel aucune modification n'était apportée (n=25) soit dans un groupe dans lequel les mères recevaient en 5 à 10 minutes des informations sur la technique de succion correcte (n=29). Un groupe contrôle était constitué de 28 couples mère-enfant dont la prise du sein était d'emblée correcte. Les résultats ont montré qu'à 4 mois, 60% des mères du groupe « succion incorrecte » avaient arrêté d'allaiter contre 26% dans les groupes « bonne succion d'emblée » et « succion corrigée » confondus ( $p < 0,01$ ).

Taveras et al., dans une étude de cohorte prospective (n=288), ont identifié la présence d'un problème de succion du bébé comme prédicteur significatif de ne pas allaiter le bébé exclusivement à 12 semaines.

Il est donc important, à la maternité, de repérer précocement et de corriger systématiquement une technique de succion inadéquate.

#### **D) Facteurs liés à l'entourage**

- Soutien de la famille et des amis

Une étude a montré qu'en cas de problèmes liés à l'allaitement, c'est à la famille et aux amis que les femmes s'adressaient d'abord (34,7%), ensuite aux consultantes en lactation (16,5%), au pédiatre (8,8%), à l'obstétricien ou à la sage-femme (8,2%), au groupe de soutien à l'allaitement (5,9%) et à la maternité (2,5%) (Arora 2000).

Les mamans qui allaitent plus de 9 mois leur enfant ont de meilleures relations et expriment une plus grande satisfaction à propos du **soutien émotionnel** reçu de la part de leur conjoint et de la part de leur propre maman que les jeunes mamans qui sèvrèrent rapidement leur enfant (Ekström 2003).

- Soutien du partenaire

Plusieurs études ont montré que les pères avaient un rôle influent dans la prise de décision des femmes d'allaiter leur enfant (Blyth 2004, Scott 2006, Branger 1998), et que leur soutien était crucial pour le succès de l'allaitement (Wolfberg 2004, Pisacane 2005).

Dans l'étude de Scott menée en Australie (n=587), 59% des femmes qui percevaient que leur **partenaire était plus favorable à l'allaitement** ont maintenu l'allaitement jusque 6 mois et 53% ont allaité exclusivement leur enfant jusque 3 mois, contre 30% et 26%, respectivement, des femmes qui percevaient que leur partenaire était plus favorable au biberon ou ambivalent quant au type d'alimentation du bébé.

Certaines observations montrent également que les pères peuvent avoir des a priori négatifs vis-à-vis de l'allaitement maternel, pensant qu'il peut entraver la relation romantique avec leur partenaire, abîmer les seins, ou encore inhiber le développement de leur propre relation avec le bébé. De plus, les pères ne savent pas toujours comment aider leur partenaire (Wolfberg 2004).

#### **E) Facteurs liés au système de santé**

La majorité des mères ne reçoivent pas d'informations au sujet de l'allaitement maternel en premier lieu de la part du système de santé, ni ne recourent en premier lieu au système de santé en cas de problème d'allaitement (Kuan 1999).

Certaines mères interrogées dans le cadre d'une enquête visant à explorer leur comportement d'allaitement 4 à 5 mois après la naissance (Peters 2005) ont rapporté qu'à l'hôpital, lorsque les tentatives d'allaitement n'avaient pas été positives endéans une courte

période de temps, il était arrivé que des médicaments pour arrêter l'allaitement aient été donnés trop rapidement, qu'on leur avait conseillé de donner des compléments nutritionnels, ou encore que l'enfant avait reçu du glucose sans qu'elles aient reçu aucune explication.

Ces observations interrogent à la fois les pratiques en maternité et le soutien des professionnels de santé.

## - Pratiques hospitalières

### Pratique des soins mère-enfant

Il est encore fréquent que des nouveaux-nés même bien portants soient séparés de leur mère à la naissance pour des soins de routine ou une surveillance (Anaes 2002). Si le **contact précoce avec la mère** donne l'occasion au nouveau-né de faire sa première tétée à un moment où il est particulièrement prêt à le faire, il y a aussi d'autres avantages tels que le maintien efficace de la température corporelle du bébé, l'amélioration de son bien-être reflété par une nette diminution de ses pleurs, une bonne adaptation métabolique et le renforcement des liens mère-enfant. Ces avantages impliquent que le contact précoce peut s'appliquer à tous les bébés, même non allaités (Anaes 2003).

Les études portant sur l'efficacité du contact précoce sur la durée de l'allaitement montrent des résultats hétérogènes. Il ne semble pas facile de séparer les effets du contact précoce avec la mère et ceux de la mise au sein précoce. Guise et al., dans une méta-analyse, ont trouvé qu'il n'y avait pas d'association entre le contact maternel précoce et l'initiation de l'allaitement (Guise 2003).

L'OMS recommande de débiter l'allaitement dans la demi-heure suivant la naissance (WHO). La **mise au sein précoce** après l'accouchement a été soulignée comme bénéfique sur la durée d'allaitement (Branger 1998, Peters 2005). Il n'y a cependant pas de preuve permettant d'affirmer que l'allaitement sera compromis si la mise au sein n'a pas lieu immédiatement après l'accouchement, d'autant plus qu'il a été montré que les bébés présentent une variété de comportements et ne sont pas tous prêts à téter au même moment (Anaes 2002). L'étude prospective de Labarère, menée auprès de 353 femmes ayant accouché dans les agglomérations d'Aix-Chambéry, a toutefois identifié la **mise au sein différée** comme un des facteurs de risque de sevrage plus précoce.

Le fait de recommander certaines pratiques comme l'**allaitement à horaires fixes** et l'utilisation **d'une tétine ou d'une sucette** est non favorable à la poursuite de l'allaitement. En effet, ces facteurs sont associés à une réduction de la durée de l'allaitement maternel. Par contre promouvoir un **allaitement fréquent** a une influence positive sur la durée de l'allaitement (Peters 2005).

### Publicité sur les substituts de lait dans les maternités

Guise et al. ont montré que la **distribution d'échantillons gratuits de lait** réduisait l'allaitement exclusif, en particulier pour les femmes n'ayant pas encore fait un choix en ce qui concerne l'allaitement (Guise 2003).

### Soutien de l'hôpital

Une étude a été menée pour déterminer la perception que les mères avaient du **soutien reçu à l'hôpital et après le retour à la maison** pour poursuivre leur allaitement (Kuan 1999). Le succès de l'allaitement a été évalué par l'atteinte par les mères de la durée d'allaitement qu'elles avaient elles-mêmes planifiée. Les résultats ont montré que :

- 76% des mères ont allaité avec succès durant au moins la période qu'elles avaient planifiée au début.

- 80% des mères ont évalué leur expérience d'allaitement à l'hôpital comme bonne ou très bonne, et cette expérience était associée de manière significative au succès de l'allaitement maternel.
- seulement 56% ont évalué le soutien à l'allaitement de l'hôpital comme bon ou très bon.
- 82% des mères ont parlé avec les infirmières de l'hôpital, et 97% parmi elles ont trouvé cela utile.
- 44% des mères ont eu l'occasion de parler à une consultante en lactation durant leur séjour hospitalier, et 85% parmi elles se sont senties plus confiantes après leur sortie de l'hôpital.
- 74% des mères ont eu la visite à domicile d'une infirmière de soins, et 82% parmi elles ont trouvé cette visite utile.

La formation des professionnels des maternités à la prise en charge des mères en matière d'allaitement devrait être renforcée et régulièrement évaluée.

#### - **Soutien des professionnels de santé**

##### Connaissances et pratiques des médecins

Les recommandations des experts concernant l'allaitement maternel semblent méconnues de bon nombre de soignants responsables du suivi médical des futures ou jeunes mères et des nourrissons. De même, les connaissances médicales des médecins sur le sujet sont insuffisantes. Ainsi, une étude américaine a montré que 42% des médecins (n=262 généralistes, pédiatres ou gynécologues) ne savaient pas que certains virus pouvaient être transmis par le lait maternel, et 27% seulement savaient qu'un apport supplémentaire en vitamine D était nécessaire pour les enfants allaités au sein. D'autres exemples sont cités dans l'étude (Krogstrand 2005).

La promotion et le soutien de l'allaitement maternel devrait pourtant faire partie intégrante des pratiques médicales. L'efficacité du soutien des professionnels sur les taux d'allaitement est claire au moins durant les 2 premiers mois (Sikorski 2003).

Les mères rapportent un manque d'encouragements individualisés de la part de leur médecin dans la période qui suit directement la sortie de l'hôpital (Labarère 2005), ou bien elles reçoivent un soutien qui n'est pas toujours positif étant donné les **connaissances obsolètes** des soignants et leur **manque d'intérêt** concernant l'allaitement maternel (Ekström 2003). De plus les **propres expériences** des soignants peuvent être à l'origine de messages et d'informations contradictoires, notamment s'il s'agit de femmes ayant allaité dans les années 60'-70' et en fonction de l'aide qu'elles auraient ou n'auraient pas reçue.

Une enquête menée en Allemagne (Peters 2005) a montré que parmi les mères interviewées (n=52), toutes à l'exception d'une avaient été suivies par un gynécologue dès le premier trimestre de grossesse. Elles avaient eu, en moyenne, 12 consultations de suivi. 83% des gynécologues n'avaient jamais abordé le thème de l'allaitement et 81% n'avaient jamais examiné leurs seins. Il n'y avait cependant pas d'association significative avec la durée de l'allaitement.

Les cliniciens (obstétriciens et pédiatres) **manquent de confiance en leurs compétences** à soutenir l'allaitement maternel. Ils ont **peu de pratique** et sont sceptiques quant aux bénéfices de l'allaitement maternel par rapport au lait artificiel (Taveras 2004).

Le **manque de temps** durant les consultations préventives pour aborder les problèmes liés à l'allaitement est selon les soignants une barrière très importante à la promotion de l'allaitement (67% des obstétriciens et 48% des pédiatres) (Taveras 2004). Concernant leur

pratique, les obstétriciens n'ont pas confiance dans leur capacité à résoudre les problèmes avec les mères qui ne produisent pas suffisamment de lait (55%) tandis que les soignants en pédiatrie ne sont pas confiants dans leur capacité à résoudre les difficultés liées à la douleur, la tension mammaire ou les crevasses (67%).

Les mères dont le pédiatre avait recommandé une supplémentation pour raison de prise de poids trop faible du bébé ou considérait les conseils aux mères au sujet de la durée de l'allaitement comme n'étant pas très importants, étaient plus enclines à avoir arrêté l'allaitement exclusif à 12 semaines.

Taveras et al. (2004), dans une étude de cohorte prospective (n=288), ont également identifié **la recommandation de suppléments** par les soignants comme un prédicteur significatif de ne pas allaiter le bébé exclusivement à 12 semaines.

### Formation des professionnels de santé

Les cursus élaborés par l'OMS et l'UNICEF sont recommandés pour la formation des professionnels de santé (Sikorski 2003).

### Situation en Belgique

En Belgique, d'après le rapport du Réseau Allaitement Maternel, deux problèmes propres au système de santé belge constituent un frein à la promotion et au soutien de l'allaitement maternel :

- d'une part, ce sont les médecins (considérés comme les principaux acteurs de santé, responsables d'assurer l'ensemble des services de soins et de santé publique) qui sont le moins bien formés en matière d'allaitement maternel
- d'autre part il n'existe pas de code permettant le financement d'interventions de prévention, d'information, d'éducation ou de conseil. Le temps consacré à un accompagnement de qualité auprès des mères dépend uniquement du bon vouloir des soignants et n'est pas reconnu officiellement et rémunéré en tant que tel.

De plus, le fait que les naissances soient fortement médicalisées et que le recours aux interventions soit important (on comptait environ 32% d'inductions, 60 à 70% d'analgésies péridurales, 12% de délivrances instrumentales et 16% de césariennes en 2003) mobilise le personnel infirmier au détriment, trop souvent, d'un accompagnement pédagogique et psychologique des mères en ce qui concerne les soins aux nouveaux-nés, leur alimentation et leur bien-être.

Les travailleuses médico-sociales de l'ONE etc. proposent une visite à domicile dans un délai de 8 jours après la sortie de maternité, mais leurs compétences et formations en allaitement maternel semblent très variables.

Quant aux pédiatres, ils semblent convaincus de la supériorité du lait maternel mais sont peu formés à la conduite pratique de l'allaitement et enclins à conseiller trop rapidement le passage à une alimentation de substitution.

## **F) Facteurs liés aux politiques de santé publique**

- Publicité sur les substituts de lait – distribution d'échantillons

Certains auteurs suggèrent qu'étant donné l'impact négatif constaté sur les durées d'allaitement et l'absence d'effets préjudiciables liés à la non-distribution des colis-cadeaux, la distribution d'échantillons de substitut de lait devrait être abandonnée et la distribution de coussinets d'allaitement et/ou de tire-lait étudiée (Anaes 2002).

Il est à noter que des législations nationales régulant la commercialisation des substituts de lait maternel existent dans les pays européens, mais qu'elles sont loin d'appliquer le *Code*

*international de commercialisation des substituts du lait maternel (EU Project) (tableau ci-dessous).*

En Belgique, le milieu médical ignore le plus souvent cette législation, estimant qu'elle n'a guère d'intérêt, alors que les contrats résultant en sponsorisations de ces firmes commerciales en ont (Réseau Allaitement Maternel). Le PNNS-B a inscrit dans ses objectifs d'ici fin 2007 de faire appliquer et respecter l'arrêté royal du 18/02/1991 concernant les denrées alimentaires (PNNS-B).

---

#### Résumé du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel, OMS.

- Interdire la promotion de ces produits auprès du grand public.
  - Interdire la distribution d'échantillons gratuits aux mères.
  - Interdire la promotion de ces produits dans les établissements sanitaires.
  - Interdire le recours à des infirmières payées par les fabricants pour donner des conseils aux parents.
  - Interdire la distribution de cadeaux et d'échantillons personnels aux professionnels de la santé.
  - Interdire la promotion écrite ou imagée qui idéaliserait l'alimentation artificielle, y compris de photos de bébés sur les étiquettes des produits
  - S'assurer que les professionnels de la santé reçoivent une information scientifique et se limitant aux faits.
  - Exiger que toute information sur les aliments commerciaux pour bébés, y compris l'étiquette, mentionne clairement la supériorité de l'allaitement au sein et comporte une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
  - Interdire la promotion des produits inadéquats pour les bébés, comme le lait concentré sucré.
  - S'assurer que tous les produits sont de bonne qualité et à ce qu'on prenne en considération les conditions climatiques et d'entreposage du pays dans lequel ils sont utilisés.
- 

#### - Politiques d'emploi – congés de maternité

L'association négative entre le retour précoce au travail et la durée de l'allaitement a été documentée dans de nombreuses études dans les pays industrialisés (Scott 2006). De fait, les pays permettant aux mères d'avoir **accès à un congé de maternité rémunéré prolongé** (tels que les pays scandinaves, par exemple) montrent des taux d'allaitement supérieurs. La durée et la rémunération du congé de maternité varient d'un pays à l'autre, comme on peut le voir dans le tableau suivant (BDMS 2004). La situation de la Belgique est la moins favorable, tant en ce qui concerne la durée du congé que sa rémunération.

Congé légal de maternité – Durée et rémunération			
Durée (1)	Compensation en % du salaire		
	Moins de 80%	Entre 80% et 100%	100%
14-15 semaines	Belgique		Allemagne, Slovénie
16-18 semaines	Finlande (6)	Danemark	Autriche, France, Grèce, Luxembourg, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Espagne
21 semaines		Italie	
24 semaines et +	Hongrie, Irlande, Royaume-Uni (2)	Royaume-Uni (3), Slovaquie (5), Suède (4)	Norvège (4)

(1) Pour le premier enfant – la durée peut être plus longue à partir du deuxième enfant (Pologne) ou du troisième enfant (France et Espagne) ; (2) pour les 20 semaines suivant les 6 premières ; (3) 6 premières semaines sur un total de 26 semaines rémunérées ; (4) pas de congé de maternité spécifique – le congé de la mère est intégré de fait dans le cadre du congé parental des parents ; (5) la rémunération exprimée en % du salaire est toutefois très faible pour la grande majorité des salariés en raison d'un plafond très bas ; (6) le niveau de compensation varie, il peut atteindre 100% dans quelques cas.

Source : EIRO (Observatoire européen des relations industrielles)

Selon Galtry cité par Scott, bien qu'il n'y ait pas une relation simple entre les taux d'allaitement d'un pays et sa politique d'emploi, ces taux d'allaitement sont influencés et reflètent le programme de congé de maternité du pays. La possibilité que les mères ont de rester à la maison avec leur enfant pour des périodes plus longues permet un allaitement prolongé.

En Belgique le congé postnatal est trop court pour encourager un allaitement maternel exclusif de 6 mois tel que la communauté scientifique le recommande. Par contre le congé paternel, qui a été allongé à deux semaines, est susceptible de permettre à la mère, dans les premiers temps, de bénéficier de davantage de soutien de son conjoint lors de l'initiation de l'allaitement.

En l'absence de politiques d'emploi favorables à un allaitement maternel de longue durée, des conditions de travail plus flexibles incluant davantage d'opportunités de travailler à temps partiel, de meilleures conditions au travail pour allaiter, la possibilité de bénéficier de pauses d'allaitement, aideront les mères à poursuivre l'allaitement tout en reprenant le travail (Scott 2006).

Il existe peu d'informations sur l'impact des politiques et des arrangements avec les employeurs qui permettent aux femmes de poursuivre l'allaitement lorsqu'elles retournent au travail. En effet, il n'y a pas de statistiques ni d'études qui permettent d'évaluer l'efficacité de ces mesures sur la durée de l'allaitement. En Belgique, les femmes ont le droit légal d'allaiter ou de tirer leur lait pendant 30 minutes par tranche de 4 heures de travail (2 fois en 7 heures 30 -AR 19.11.1998, art.33ter). L'indemnité de la pause d'allaitement correspond à 82% du salaire brut non plafonné qui aurait été dû pour ces pauses. En France, si le droit d'allaiter existe dans le secteur privé, la pause d'allaitement n'est pas rémunérée. Baldwin et al. (1999) mentionnent que faciliter l'allaitement lors de la reprise du travail peut réduire les maladies de l'enfant et en conséquence, l'absentéisme de la mère. Par ailleurs, la mère qui tire son lait où qui allaite pendant la journée a un moindre risque de voir sa production de lait diminuer et en conséquence de devoir sevrer le bébé. Il est important de mentionner que pour que ces politiques soient efficaces, il est nécessaire que non seulement les employeurs facilitent l'allaitement mais aussi qu'il existe une participation directe des milieux d'accueil. Or, jusqu'à ici le droit d'allaiter concerne uniquement l'employeur et l'employé et non les milieux d'accueil.

#### - L'Initiative « Hôpital Ami des Bébé »

Plusieurs études montrent que toutes les interventions visant à changer les pratiques fondées sur les « 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel » proposées par l'OMS et l'UNICEF dans le cadre de l'Initiative « Hôpital Ami des Bébé » (IHAB) améliorent le taux d'allaitement à la sortie de la maternité et entraînent une augmentation de la durée de l'allaitement exclusif (Anaes 2002). Si chacune des 10 conditions de l'IHAB peut avoir un effet en soi, la combinaison de ces 10 conditions, lorsqu'elles font partie d'un programme bien établi, améliore davantage les taux d'allaitement.

---

Les « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » d'après OMS/UNICEF, 1999.

- Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
- Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
- Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique.
- Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la ½ heure suivant la naissance.
- Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement maternel et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur bébé.
- Ne donner aux nouveaux-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
- Laisser l'enfant avec sa mère 24h/24.
- Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
- Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
- Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de la maternité.

L'IHAB a été lancée au niveau international en 1992. Un label est attribué aux établissements de santé qui réussissent à créer un environnement favorable à la pratique de l'allaitement maternel et dont le personnel a acquis les compétences nécessaires pour conseiller adéquatement les mères. Un protocole d'évaluation rigoureux précède l'attribution officielle du label.

Actuellement en Belgique aucun hôpital n'a reçu ce label (mais 6 hôpitaux s'y préparent), tandis qu'en Suède, par exemple, 100% des hôpitaux l'ont obtenu. Un des objectifs du PNNS est que d'ici 2010, au moins 25% des hôpitaux belges aient obtenu ce label.

En Suisse, l'étude de Merten et al. a montré l'influence positive sur la durée de l'allaitement maternel de la conformité aux directives de l'IHAB : les enfants **nés dans un hôpital « ami des bébés »** ont plus de chance d'être allaités plus longtemps, en particulier si l'hôpital montre une **conformité élevée aux directives**.

Une enquête par questionnaires adressés aux mères a été menée en 2003. Les données ont porté sur 2861 enfants de 0 à 11 mois, nés dans 145 centres différents, dont 45 hôpitaux « amis des bébés » et 31 en cours d'évaluation pour être inclus dans l'IHAB. Des données sur la conformité des hôpitaux aux directives de l'UNICEF ont également été recueillies.

Les résultats ont montré que la proportion d'allaitement maternel exclusif des enfants de 5 mois était de 42% pour les enfants nés dans des hôpitaux amis des bébés, comparée à 34% des bébés nés ailleurs. La durée de l'allaitement maternel pour les bébés nés dans les hôpitaux amis des bébés, comparée aux enfants nés dans d'autres hôpitaux, était plus longue si l'hôpital montrait une bonne conformité aux directives de l'UNICEF. Les auteurs concluent que l'augmentation générale de l'allaitement en Suisse de 1994 à 2003 peut être interprétée en partie comme une conséquence du nombre croissant d'hôpitaux amis des bébés. Ils émettent toutefois des hypothèses alternatives face aux résultats :

- En Suisse, les hôpitaux amis des bébés utilisent activement leur certification par l'UNICEF comme élément promotionnel. Il est dès lors possible que les différences observées quant à la durée de l'allaitement maternel soient attribuables au fait que les mères qui ont l'intention d'allaiter plus longtemps choisissent de donner naissance dans un hôpital ami des bébés, et ces mères seraient plus disposées à se conformer aux recommandations de l'UNICEF. Cependant même si c'était le cas, cette hypothèse n'expliquerait pas les différences observées selon le degré de conformité plus ou moins élevé des hôpitaux aux recommandations, ce qui soutient fortement un effet bénéfique de l'IHAB, car les mères ne savent pas à quel point les hôpitaux sont conformes au programme de l'UNICEF.
- Le fait que les taux d'allaitement se soient généralement améliorés également dans les hôpitaux non « amis des bébés » peut être indirectement lié à l'IHAB. Sa publicité et ses programmes de formation pour les professionnels de santé ont accru la conscience publique quant aux avantages de l'allaitement maternel, et le nombre de conseillers professionnels de l'allaitement augmente constamment.

## **5) Efficacité des interventions de soutien à l'allaitement maternel dans sa durée**

Bien que cette revue de littérature n'ait pas pour objectif spécifique d'étudier l'efficacité des différents types d'interventions de soutien à l'allaitement maternel, les résultats d'interventions mentionnés dans les articles sélectionnés sont repris ci-dessous.

Selon le groupe de travail de l'Anaes, toute forme de soutien proposé à la sortie de la maternité diminue le risque d'arrêt de l'allaitement exclusif avant 6 mois. Cependant une revue de littérature systématique sur le sujet (Guise 2003) montre que les résultats d'études contrôlées randomisées montrent une amélioration des taux d'initiation et de continuation à court terme de l'allaitement, mais que les effets à long terme (6 mois) sont faibles.

Il est important de faire une distinction entre les différents type de soutien. En effet, le soutien direct (contact personnel, par téléphone etc.), les séances d'information structurées (individuelle ou en groupe), la distribution de brochures ou la combinaison des différents supports n'ont pas la même influence sur l'initiation et la durée de l'allaitement. Le support direct ne semble pas avoir un impact sur l'initiation mais sur la durée de l'allaitement, en particulier sur l'allaitement prolongé. Par contre, les séances d'information structurées ont un effet positif sur l'initiation à l'allaitement ainsi que sur l'allaitement de courte durée. Il est intéressant de constater que la combinaison du soutien direct et des séances d'information structurées n'a pas un effet différent sur l'initiation et la durée d'allaitement que celui obtenu avec seulement les séances d'information structurées. Finalement, la distribution de brochures ne semble avoir un impact ni sur l'initiation ni sur la durée de l'allaitement (Guise 2003).

Beaucoup d'interventions centrées sur la prévention des problèmes d'allaitement et reposant sur des conseillers pairs ou des visites de suivi par les infirmières à domicile ou à l'hôpital ont tenté d'augmenter les taux d'allaitement. Ces interventions ont généralement eu des succès limités (Labarère 2005). Par contre les résultats d'études observatoires suggèrent que le soutien aux problèmes d'allaitement et la promotion de l'allaitement donnés par des médecins durant des visites de routine préventive au cabinet sont associées avec des taux plus élevés d'allaitement exclusif.

- Interventions fondées sur l'information aux mères

Certains professionnels utilisent des brochures ou des livrets pour renforcer la consultation individualisée, pour augmenter la crédibilité des conseils données et pour nuancer certaines croyances populaires. Cependant l'utilisation d'un **livret d'information** ne semble pas augmenter la durée et la prédominance de l'allaitement maternel à 6 mois (Curro 1997).

Une étude contrôlée randomisée a été menée en Italie, dans le but de tester l'efficacité d'un livret d'information visant à encourager les mères à augmenter la durée de l'allaitement au sein. Une information de 10 minutes portant sur l'allaitement maternel a été fournie à toutes les femmes pendant la visite pédiatrique. Les femmes faisant partie du groupe d'étude ont également reçu un livret contenant un ensemble d'instructions sur la gestion de l'allaitement ainsi que des données pratiques (ce livret était semblable à celui approuvé par l'Académie américaine de pédiatrie). Les informations incluses dans ce document portaient sur les avantages de l'allaitement maternel exclusif, particulièrement si celui-ci était prolongé durant les 6 premiers mois. Toutes les mères étaient primipares. Les résultats n'ont pas montré de différence significative dans la prédominance de l'allaitement au sein à 6 mois. Ce résultat ne peut pas être expliqué, selon les auteurs, par l'ignorance des messages : en effet, toutes avaient lu et utilisé le livret.

L'efficacité d'une information écrite reste donc très limitée. Cependant, un livret peut être efficace s'il est associé en même temps à d'autres outils plus individualisés, tels qu'un appui téléphonique par exemple.

- Interventions fondées sur le soutien des mères par les professionnels de santé

Selon le groupe de travail de l'Anaes, le contact individuel, fondé sur des conseils appropriés et des encouragements avec un professionnel formé au suivi de l'allaitement (en complément des soins habituels après la naissance) apporte un bénéfice supérieur aux contacts répétés par téléphone dans les pays où existe déjà un programme de soutien organisé combinant plusieurs actions.

L'appui en personne ou par téléphone peut en soi augmenter, à court et à long terme, les taux d'allaitement (Palda 2004) : des données probantes incitent à recommander la prestation de programmes structurés d'éducation avant l'accouchement et de soutien après l'accouchement.

Une méta-analyse a montré que des interventions basées sur le **soutien des professionnels** de santé montraient un bénéfice clair jusque 2 mois, mais au-delà les résultats n'étaient pas sensiblement améliorés (Sikorsi 2003, Dennis 2002).

Un **programme intensif de formation** de 3 jours pour les **professionnels des maternités** peut être suivi d'une augmentation significative (mais modérée) de la durée d'allaitement (Vittoz 2004).

Le **soutien de médecins** ayant reçu une **formation de 5 heures**, dans le cadre d'une consultation préventive précoce après la sortie de maternité, améliore la durée de l'allaitement, mais l'effet reste limité en comparaison avec les effets de diverses barrières qui affectent négativement la durée de l'allaitement (Labarère 2005).

- Interventions fondées sur le soutien du partenaire

Une intervention éducative ciblant les pères a été menée dans un hôpital de Baltimore (Wolfberg 2004). Elle visait à éliminer les fausses croyances des pères concernant l'allaitement maternel et à leur enseigner comment aider leur partenaire. Il s'agissait d'une étude contrôlée randomisée incluant 59 futurs pères. Les cours, menés par un éducateur « pair », étaient interactifs, informels, et utilisaient différents types de médias pour créer un environnement accessible aux participants. Les résultats ont montré que l'allaitement maternel a été initié par 74% des femmes dont le partenaire avait suivi le cours, contre 41% des femmes dont le partenaire faisait partie du groupe contrôle ( $p=0,02$ ). Il n'y avait par contre pas de différence entre les groupes concernant la durée de l'allaitement.

Par contre une autre étude menée en Italie, visant à évaluer si le fait d'enseigner aux pères comment prévenir et gérer les problèmes liés à l'allaitement était associé à une durée d'allaitement augmenté, a montré des résultats positifs sur les taux d'allaitement exclusif à 6 mois (Pisacane 2005). Toutes les mères ( $n=280$ ) ont reçu des conseils et un soutien au sujet de l'allaitement. Les pères du groupe d'intervention ont reçu des séances de formation au sujet de la gestion de l'allaitement. Les résultats ont montré que la prévalence d'allaitement exclusif à 6 mois était de 25% dans le groupe d'intervention et de 15% dans le groupe contrôle ( $p<0,05$ ), et la prévalence d'allaitement à 12 mois était de 19% et 11%, respectivement (NS). La perception d'une insuffisance de lait était significativement plus fréquente parmi les mères du groupe contrôle (27% versus 8,6% dans le groupe d'intervention), de même que l'interruption de l'allaitement suite à des problèmes d'allaitement (18% versus 4%). De plus, significativement plus de femmes dans le groupe d'intervention ont rapporté avoir reçu du soutien et de l'aide appropriée de la part de leur conjoint (91% versus 34%). Parmi les mères ayant eu des problèmes d'allaitement (69% dans le groupe d'intervention et 64% dans le groupe contrôle), la prévalence d'allaitement exclusif à 6 mois était de 24% et 4,5%, respectivement.

Les auteurs suggèrent l'éducation et la formation des pères comme « 11<sup>ème</sup> condition » pour le succès de l'allaitement maternel.

- Interventions fondées sur le soutien de mère à mère

Un **soutien des pairs sous forme d'appui téléphonique** permet d'améliorer la durée (au-delà de 3 mois) et l'exclusivité de l'allaitement maternel (Dennis 2002). Une étude contrôlée randomisée a été menée près de Toronto, incluant 256 mères primipares. Elles ont aléatoirement été assignées à un groupe contrôle (recevant les soins conventionnels) ou à un groupe de soutien par une pair (soins conventionnels plus l'appui téléphonique par une pair, lancé dans un délai de 48h). L'appui par les pairs incluait une dimension informationnelle, une évaluation (rétroaction) et une aide émotive. Cette aide était fournie par des volontaires mises en relation avec les mères sur base de caractéristiques semblables

(par exemple l'âge, le statut socio-économique, la culture, l'endroit de résidence). Les volontaires avaient elles-mêmes une expérience d'allaitement, elles avaient une attitude positive concernant l'allaitement et avaient suivi une formation de 2h30. Elles ont toutes reçu un numéro de code pour favoriser la confidentialité. Dès qu'une mère était inscrite dans le programme, une volontaire était contactée. Celle-ci était invitée à contacter une première fois la nouvelle mère dans un délai de 48h et ensuite aussi fréquemment que la mère le souhaitait. La fréquence du contact n'a pas été normalisée afin d'individualiser l'intervention selon les besoins spécifiques des mères. Les résultats ont montré que sensiblement plus de mères dans le groupe de soutien par les pairs que dans le groupe contrôle poursuivaient l'allaitement au sein à 3 mois après la naissance. L'allaitement au sein évalué à 4, 8 et 12 semaines après la naissance était respectivement de 92,4%, 84,8% et 81,1% parmi les mères dans le groupe de soutien par les pairs, par rapport à 83,9%, 75% et 66,9% parmi celles du groupe contrôle. La satisfaction des mères concernant un tel programme associé aux services de santé professionnels, était positive. La plupart des mères rapportaient que ce soutien avait augmenté leur confiance en elles. Notons que la fréquence des interactions téléphoniques n'a pas été associée à l'ampleur de l'allaitement à 4, 8 et 12 semaines. En fait, il semble que ce soit la qualité et non la quantité des interactions et des rapports sociaux qui soit le plus fortement associée aux résultats physiques et psychologiques. Donc la **perception de d'un soutien positif** peut avoir une influence plus forte que l'établissement réel d'un soutien.

La généralisation des résultats de cette étude est limitée en raison de l'homogénéité de l'échantillon de mères et du petit secteur géographique utilisé pour le recrutement. Une grande proportion de femmes étaient âgées de 25 ans et plus, instruites et issues de milieux aisés.

Au niveau des recommandations, des données probantes incitent à recommander le counselling par des pairs pour promouvoir la décision d'allaiter et la durée de l'allaitement (Palda 2004).

## **6) Conclusions**

La situation de la Belgique en matière d'allaitement maternel est moins bonne que dans une série d'autres pays européens. Beaucoup de mères méconnaissent les bénéfices de l'allaitement maternel tant pour leur bébé que pour elles, en particulier les bénéfices à long terme. Les recommandations internationales semblent également méconnues des intervenants de santé, y compris de certains médecins de l'ONE. D'une manière générale, la formation des professionnels en matière d'allaitement est insuffisante.

De nombreux facteurs influencent le maintien de l'allaitement maternel dans la durée, comme nous le montre la littérature. Afin d'atteindre les objectifs recommandés par l'OMS et les autres instances internationales, il est important de mettre en place des actions à tous les niveaux. Certains des facteurs en jeu sont à l'ordre du jour du Plan opérationnel du PNNS pour la Belgique, et l'on peut s'en réjouir.

L'exemple de la Suède montre qu'il est possible de modifier les comportements de la population par rapport à l'allaitement grâce à la prise de mesures sociales, politiques et à l'information des familles et des professionnels (rappelons qu'en 1973, seulement 30% des bébés suédois étaient allaités à 2 mois et 6% à 6 mois ; actuellement 72% sont encore allaités à 6 mois).

Après la sortie de maternité, il est primordial que les mères et les familles soient soutenues si l'on veut que l'allaitement se poursuive (Anaes 2002). Ceci est particulièrement important :

- quand des facteurs socio-démographiques *a priori* défavorables auront été identifiés ;
- à chaque fois que des difficultés auront été constatées au moment du démarrage ;
- en cas de sortie précoce de l'hôpital quoiqu'elle ne soit pas toujours reconnue comme étant un facteur de risque d'échec de l'allaitement ;
- en cas de difficultés survenant à distance de la sortie : les mères doivent pouvoir s'adresser à des personnes formées au suivi de l'allaitement.

## Résumé des facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel

Association positive	Association négative
<b>Facteurs liés à la mère</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- être plus âgée, mariée, primipare, d'un niveau de scolarité supérieur, socio-économiquement plus favorisée, « white women »</li> <li>- avoir été allaitée, avoir vu allaiter, expérience passée positive d'allaitement</li> <li>- grossesse planifiée, désir et intention prénatale d'allaiter, décision précoce, perception de facilité</li> <li>- participation à des cours de préparation à la naissance</li> <li>- bonnes connaissances</li> <li>- confiance en soi, sentiment d'auto-efficacité</li> <li>- absence de difficultés d'allaitement</li> <li>- cohabitation mère-bébé 24h/24</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- être plus jeune, seule, de plus faible statut socio-économique, récemment immigrée, avoir déménagé en raison de la naissance du bébé, « black women »</li> <li>- expérience passée négative d'allaitement</li> <li>- ambivalence ou non désir d'allaiter, décision tardive</li> <li>- manque d'informations sur la durée optimale</li> <li>- perception d'une insuffisance de lait, incertitude concernant la quantité de lait prise,</li> <li>- peu de confiance en soi, gêne d'allaiter en public, dépression postnatale</li> <li>- expérience initiale négative, difficultés d'allaitement</li> <li>- allaitement à horaires fixes</li> <li>- recours aux compléments en maternité</li> <li>- tétine au bébé</li> <li>- tabagisme</li> <li>- emploi de la mère (&gt;20h/semaine)</li> </ul>
<b>Facteurs liés au bébé et à son état de santé</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- technique de succion correcte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- faible prise de poids du bébé</li> <li>- problème de succion</li> </ul>
<b>Facteurs liés à l'entourage</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- soutien émotionnel de l'entourage, du partenaire</li> <li>- partenaire favorable à l'allaitement, éducation et formation du partenaire</li> <li>- soutien téléphonique des pairs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- absence de soutien du partenaire, perception négative de l'allaitement</li> </ul>
<b>Facteurs liés au système de santé</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- mise au sein précoce, allaitement fréquent, à la demande</li> <li>- soutien de professionnels de santé formés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mise au sein différée, allaitement à horaire fixe</li> <li>- distribution d'échantillons de lait artificiel à la maternité</li> <li>- méconnaissances et manque de soutien des professionnels</li> <li>- recommandation de compléments</li> </ul>
<b>Facteurs liés aux politiques de santé</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- accès à un congé de maternité rémunéré prolongé</li> <li>- Initiative « Hôpital ami des Bébé »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- congé de maternité court et peu rémunéré</li> </ul>

7)

## **Bibliographie**

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations (mai 2002). *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2003 ; 31 : 481-90.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Rapport du groupe de travail. Service recommandations et références professionnelles, 2002 ; 177p.

Arora Samir, McJunkin Cheryl, Wehrer Julie et Kuhn Phyllis (2000). Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply. *Pediatrics*, 106 (5). Version électronique de 5 pages

Baldwin E, Kenneth A., Friedman A. Working It Out: Breastfeeding at Work. *Mothering Magazine*. 1999

Banque de données médico-sociales de l'ONE. Rapport 2004. Dossier spécial : Allaitement maternel. Bruxelles, 2004.

Blyth RJ et al. Breastfeeding duration in an Australian population : the influence of modifiable antenatal factors. *J Hum Lact* 2004 ; 20 (1): 30-38.

Blyth R, Creedy DK, Dennis CL et al. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration : an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth* 2002 ; 29 : 278-84.

Branger B, Cebron M, Picherot G et al. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pédiatr* 1998 ; 5, 489-96.

Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B et al. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe : current situation. *Public Health Nutr* 2005, 8 : 39-46.

Currò Vincenzo, Lanni Roberta, Scipione Fanny, Grimaldi Valentina, Mastroiacovo Pierpaolo (1997). Randomised controlled trial assessing the effectiveness of a booklet on the duration of breast feeding. *Archives of Disease in Childhood*, 76, 500-503 (June).

Dennis Cindy-Lee, Hodnett Ellen, Gallop Ruth et and Chalmers Beverley (2002). The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 166 (1), 21-28

Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration : a 1999-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002 ; 31 : 12-32.

DiGirolamo A, Thompson N, Martorell R et al. Intention or experience ? Predictors of continued breastfeeding. *Health Education and Behavior* 2005 ; 32 : 208-26.

Donath, S. M., Amir, L. H., & ALSPAC Study Team 2003, "Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study", *Acta Paediatrica* no. 92, pp. 352-356.

Ekström A., Widström A.M., Nissen E., Breastfeeding support from partners and grandmothers : perceptions of Swedish women., *B.I.R.T.H.*, 30:4, December 2003, pp 261-266

EU Project on Promotion on Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe : a blueprint for action. Commission Européenne, Direction de la Santé Publique et de l'Evaluation des Risques, Luxembourg 2004, 41p.

EU Project on Promotion on Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe : current situation (2003).

EU Project on Promotion on Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe : review of interventions (2004).

Guise JM, Palda V, Westhoff C et al. The effectiveness of primary car-based interventions to promote breastfeeding : systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Family Medicine* 2003 ; 1 : 70-8.

Halpern SH, Levine T, Wilson DB et al. Effect of labor analgesia on breastfeeding success. *Birth* 1999 ; 26(2) :83-8.

Henderson JJ, Evans SF, Straton JA et al. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth* 2003 ; 30 : 175-80.

Krogstrand KS, Parr K. Physicians ask for more problem-solving information to promote and support breastfeeding. *J Am Diet Assoc* 2005 ;105 : 1943-47.

Kronborg H, Vaeth M. the influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scand J Public Health* , 2004 ; 32 : 210-16.

Kuan LW, Britto M, Decolongon J et al. Health system factors contributing to breastfeeding success. *Pediatrics* 1999 ; 104.

Labarère J, Gelbert-Baudino N, Ayrat AS et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit : a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005 ; 115 : e139-46.

Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France). *Arch Pédiatr* 2001 ; 8 : 807-15.

Liu J, Rosenberg KD, Sandoval AP. Breastfeeding duration and perinatal cigarette smoking in a population-based cohort. *American Journal of Public Health* 2006 ; 96 : 309-14.

Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich. Do Baby-Friendly Hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 2005 ; 116 : e702-8.

Moyersoen F. Pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel, une initiative internationale et un label de qualité : « Hôpital Ami des bébés ». *Bulletin d'Education du Patient* 2000, vol.19, n°4 : 74-78.

Palda VA, Guise JM, Wathen NC et al. Interventions visant à promouvoir l'allaitement maternel : application des données probantes à la pratique clinique. *CMAJ* 2004 ; 170 (6).

Peters E, Wehkamp KH, Felberbaum RE et al. Breastfeeding duration is determined by only a few factors. *European Journal of Public Health* 2005.

Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M et al. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics* 2005, 116 : e494-8.

Réseau Allaitement Maternel asbl. Protection et soutien de l'allaitement maternel en Belgique : où en est la mise en œuvre du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel et des diverses résolutions subséquentes adoptées lors des Assemblées Mondiales de la santé ? (2003)

Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. Birth 1992 ; 19(4) :185-9.

Rojjanasrirat W. Working's women breastfeeding experiences. MCN Am J Matern Child Nurs 2004 ; 29 : 222-7.

Scott J.A., Binns C.W., Oddy W.H., Graham K.I., Predictors of breastfeeding duration : evidence from a cohort study., Pediatrics, Vol. 117, Number 4, April 2006, pp 646-655

Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S et al. Support for breastfeeding mothers : a systematic review. Paediatric and Perinatal Epidemiology 2003 ; 17 : 407-17.

Taveras E/M/, Li R. Grummer-Strawn L., Richardson M., Marshall R., Rêgo V.H., Miroshnik I., Lieu T.A., Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding., Pediatrics, Vol. 113, N° 4, April 2004, pp 283-290

Taveras EM et al. Mothers' and clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. Pediatrics 2004 ; 113(5)

Turck D et al. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Arch Pédiatrie 2005, 12 : S145-S165.

Vittoz JP, Labarère J, Castell M et al. Effect of a training program for maternity ward professionals on duration of breastfeeding. Birth 2004 ; 31 : 302-7.

Waldenström U, Aarts C. Duration of breastfeeding and breastfeeding problems in relation to length of postpartum stay : a longitudinal cohort study of a national Swedish sample. Acta Paediatr 2004 ; 93 : 669-76.

Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W et al. Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. American journal of Obstetrics and Gynecology 2004, 191 : 708-12.

World Health Organization. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. Geneva :WHO ;1999.

Yngve A et Sjöström M. Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. Public Health Nutrition 2001, 4 : 631-45.