



Reçu le :  
27 août 2010  
Accepté le :  
10 juin 2011  
Disponible en ligne  
26 juillet 2011

Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

## Information prénatale sur l'allaitement maternel : enquête en Pays de Loire

Prenatal breastfeeding information: Survey in Pays de Loire, France

H. Barriere<sup>a</sup>, M. Tanguy<sup>b</sup>, L. Connan<sup>a</sup>, C. Baron<sup>a</sup>, S. Fanello<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> Département de médecine générale, UFR médecine Angers, 2, rue Haute-de-Reculée, 49054 Angers, France

<sup>b</sup> Département universitaire de santé publique, CHU Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 09, France

### Summary

**Objectives.** The main aim of this study was to evaluate how well expectant mothers were informed on breastfeeding by healthcare professionals. The secondary objective was to determine the factors associated with the initiation of breastfeeding.

**Population and methods.** The survey was conducted in a group of 500 women who had delivered at the Angers Hospital (France), based on a questionnaire filled out by the postpartum women during their hospital stay.

**Results.** The rate of breastfeeding was 61.2%. More than a quarter (26.9%) of the women did not receive any prenatal breastfeeding information. The survey showed that 77.8% of the women had been informed of breastfeeding advantages for infants and 51.5% of breastfeeding advantages for themselves. Only 27.5% had received the advice of exclusive breastfeeding for 6 months. Only 5.2% had been informed of the uselessness of breast preparation during pregnancy and a minority had been informed of correct and incorrect breastfeeding contraindications. Only 15.4% of fathers had been involved in a discussion on infant feeding practices during prenatal consultations. Only 4.8% of the women had come to prenatal classes on breastfeeding with a relative. The maternal factors positively associated with breastfeeding initiation were age between 25 and 34 years, non-French origin, a high socioeconomic status, being married, having been breastfed, and having previous experience with breastfeeding. Breastfeeding initiation was negatively associated with maternal smoking. All the factors concerning prenatal breastfeeding information in women were associated with the choice of breastfeeding.

**Conclusion.** This study pointed out the populations at risk of not breastfeeding. Breastfeeding information given to pregnant women by

### Résumé

**Objectifs.** Le but principal de cette étude était d'évaluer l'information sur l'allaitement maternel reçue par les femmes enceintes de la part des professionnels de santé ; l'objectif secondaire consistait à déterminer les facteurs associés à la mise en route de l'allaitement maternel.

**Population et méthodes.** L'enquête a été menée auprès de 500 femmes ayant accouché au centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers de fin mars à mai 2010 ; à l'aide d'un auto-questionnaire distribué lors de leur séjour à la maternité.

**Résultats.** Le taux d'allaitement maternel était de 61,2 %. Plus d'un quart (26,9 %) des femmes déclaraient n'avoir reçu aucune information prénatale sur l'allaitement maternel. Trois cent quatre-vingt-neuf femmes (77,8 %) avaient été informées des bénéfices de l'allaitement maternel pour l'enfant et 257 (51,5 %) des bénéfices pour elles-mêmes. Seulement 27,5 % avaient reçu le conseil d'un allaitement maternel exclusif pendant 6 mois. Seule une minorité avait été informée de l'inutilité de la préparation des seins pendant la grossesse et des contre-indications vraies et abusives à l'allaitement maternel. Le mode d'alimentation du nouveau-né n'avait été abordé pendant les consultations de suivi de grossesse en présence du père que dans 15,4 % des cas et pour seulement 4,8 % des femmes une personne de l'entourage avait assisté à une séance de préparation à la naissance abordant l'allaitement maternel. Les facteurs maternels associés positivement à la mise en route de l'allaitement maternel étaient l'âge compris entre 25 et 34 ans, le niveau socioprofessionnel élevé, le fait d'être mariée, le fait d'avoir été allaitée au sein, et une expérience antérieure d'allaitement maternel. Le tabagisme était associé négativement à la mise en route de l'allaitement maternel.

\* Auteur correspondant.  
e-mail : [sefanello@chu-angers.fr](mailto:sefanello@chu-angers.fr)

healthcare professionals may influence them on whether or not they choose to breastfeed their newborn. However, this survey showed that women are insufficiently informed on prenatal breastfeeding. Therefore, prenatal breastfeeding information should be improved.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

L'allaitement maternel (AM) est reconnu comme le mode d'alimentation de choix pour un nouveau-né [1]. Les bénéfices qu'il peut apporter à une mère et son enfant et à la société sont en effet nombreux et aujourd'hui bien documentés [2,3]. Ainsi la Haute Autorité de santé (HAS) dans ses recommandations de 2006 visant à favoriser l'AM enjoignait les professionnels de santé à « évaluer l'expérience de la future mère, ses connaissances, ses désirs et [à] lui donner des informations sur les modalités de mise en œuvre de l'allaitement ». L'HAS rappelait, par ailleurs, que cette information prénatale s'adresse également au futur père, celui-ci jouant un rôle de soutien de la mère. L'objectif étant d'« informer tous les futurs parents sur l'intérêt et la physiologie de l'AM », dans le respect de leur culture, afin d'aider leur décision sans imposer de choix [4].

Le taux d'AM reste faible en France (62,6 % en 2003, selon l'enquête nationale périnatale 2003 [5] ce qui en fait un des taux les plus faibles d'Europe) [6]. Au plan mondial, la France fait également partie des pays dits développés avec le plus faible taux de mise en route de l'AM : la prévalence de l'AM était de 77 % aux États-Unis entre 2005 et 2006 [7] et de 87,8 % en Australie entre 2004 et 2005 [8]. De plus, la durée d'AM est souvent courte dans notre pays, avec une médiane inférieure à 10 semaines [9,10] et maintien de l'allaitement à 4 mois dans à peine 5 % des cas (contre 34 % au Canada et 65 % en Suisse et en Suède) [11]. De fortes disparités géographiques existent en France ; la région Pays-de-la-Loire avec un taux de 50,9 % en 2002 faisait partie avec l'Auvergne, le Nord-Pas-de-Calais et la Picardie des régions ayant le plus faible taux d'AM [12]. Les données de la littérature tendent à montrer que l'information prénatale sur l'AM a un effet prescripteur et favorise la mise en route par les mères de ce type d'allaitement ainsi qu'une plus longue durée d'allaitement [11,13-15]. Cet effet étant plus marqué chez les femmes à faible revenu [16].

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'information sur l'AM reçue par les femmes enceintes de la part des

Toutes les variables concernant l'information prénatale des femmes sur l'allaitement maternel par les professionnels de santé étaient significativement associées au choix d'allaiter au sein.

**Conclusion.** Cette étude a permis de déterminer un profil de femmes moins enclines à mettre en route un allaitement maternel vers lequel les professionnels de santé doivent cibler leurs efforts. L'information prénatale des femmes et de leur entourage sur l'allaitement maternel par les professionnels de santé apparaît comme insuffisante en regard des recommandations. Une amélioration de la formation et des pratiques des professionnels de santé paraît nécessaire afin que les parents puissent prendre une décision éclairée quant au mode d'alimentation de leur enfant.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

professionnels de santé lors des consultations de suivi de grossesse et des cours de préparation à la naissance. L'objectif secondaire était de déterminer les facteurs associés à la mise en route de l'AM.

## 2. Population et méthodes

Cette étude, transversale, descriptive et analytique a été menée à la maternité du Centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers (Maine-et-Loire). La collecte des informations a été réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme proposé aux mères lors de leur séjour à la maternité. Le questionnaire était remis en mains propres et récupéré le lendemain. Les mères avaient préalablement reçu une information orale sur l'étude et donné leur accord pour y participer (phase de pré-inclusion). La distribution des questionnaires avait lieu 2 fois par semaine, avec un intervalle maximum de 4 jours entre 2 distributions, afin d'optimiser le nombre de participantes.

### 2.1. Population

Les femmes hospitalisées en postpartum immédiat à la maternité du CHU d'Angers, ayant accouché d'un enfant vivant et présentes le jour de distribution des questionnaires ont été incluses dans l'étude. Les critères d'exclusion concernaient les mères ayant une compréhension insuffisante de la langue française ou n'ayant pas donné leur accord lors de la phase de pré-inclusion. Entre le 22 mars 2010 et le 16 mai 2010, 525 mères hospitalisées en postpartum immédiat au CHU d'Angers ont été pré-incluses. Parmi elles, 25 femmes n'ont pas été incluses : 14 ayant une compréhension insuffisante de la langue française et 11 ayant refusé de participer à l'étude. Le nombre de participantes a donc été de 500, soit un taux de participation de 95,2 %.

### 2.2. Éléments recueillis

Le questionnaire avait été élaboré à partir des recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en

santé (ANAES) de 2002 [13] et du guide de l'HAS 2006 [4] sur l'AM. Il comportait 55 items :

- 7 items relatifs à la situation familiale et professionnelle des femmes ;
- 8 items relatifs à la grossesse ;
- 18 items relatifs à l'information sur l'intérêt, la physiologie, la préparation des seins pendant la grossesse, les contre-indications et les modalités de mise en œuvre de l'AM ;
- items relatifs à l'exploration des représentations et connaissances des femmes en matière d'AM ;
- 3 items relatifs aux séances de préparation à la naissance ;
- items relatifs à l'information de l'entourage sur l'AM et les ressources de soutien ;
- 2 items relatifs au document d'information sur l'AM ;
- items relatifs au choix du mode d'allaitement.

### 2.3. Analyse statistique

Une pré-enquête avait été effectuée auprès de 20 femmes. Une question avait dû être adaptée en raison des réponses proposées. La variable « initiation de l'AM » a été mesurée à partir de la question se rapportant au choix du type d'allaitement par la mère dans les premières 48 h du postpartum : les femmes nourrissaient-elles leur enfant uniquement au sein (exclusif), au sein et au biberon (mixte) ou uniquement au biberon. Les catégories socioprofessionnelles du père et de la mère ont été déterminées sur la base des données recueillies dans le questionnaire, les emplois étant secondairement regroupées selon la nomenclature des catégories socioprofessionnelles de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) en « cols blancs » : cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés et « cols bleus » : agriculteurs exploitants, artisans, commerçants et chefs d'entreprise, ouvriers. L'historique de la consommation tabagique a reposé sur les données déclaratives de la mère. Il en était de même pour l'information relative à la participation à des cours de préparation à la naissance ainsi que celle concernant une expérience antérieure d'AM.

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel EpiData 3.1 (EpiData Association, Odense, Denmark). Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Epi Info™ 3.5.1 (CDC). Une analyse descriptive simple a d'abord été réalisée. Puis une analyse univariée a été effectuée afin de déterminer les facteurs associés à la mise en route de l'AM. Le test statistique utilisé pour les variables qualitatives ont été le test de  $\chi^2$  de Pearson, au seuil de  $p < 0,05$ . L'association entre chaque facteur et la mise en route de l'AM a été estimée au moyen de l'*odds ratio* (OR) et de son intervalle de confiance (IC) à 95 %. Enfin, une analyse multivariée de type régression logistique a été réalisée pour tenir compte des liens entre les facteurs en introduisant les variables dont l'analyse univariée indiquait un  $p \leq 0,10$ . Les résultats ont été exprimés sous forme de pourcentage pour les variables qualitatives et sous forme de moyenne et écart-type pour les variables quantitatives.

## 3. Résultats

### 3.1. Population étudiée

Entre le 22 mars et 16 mai 2010, 500 femmes ont été interrogées ; leur moyenne d'âge était de  $29,3 \pm 5,2$  ans. Les caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant répondu figurent dans le *tableau 1* : 94 femmes (19,1 %) étaient sans emploi et 34 (6,8 %) étaient célibataires. Près de la moitié des femmes interrogées (41,4 %) étaient primipares et 181 (36,2 %) avaient déjà 1 enfant.

### 3.2. La grossesse

Sur les 500 femmes, 479 (96,2 %) avaient accouché à terme. Près d'un tiers (30,2 %) déclarait être fumeuse avant la grossesse, 13,6 % pendant la grossesse et 11,2 % en postpartum. Les professionnels de santé réalisant principalement le suivi de grossesse étaient les gynécologues dans 52,2 % des cas, les médecins généralistes dans 43,6 % des cas, les sages-femmes dans 21,6 % des cas, le suivi de la grossesse étant réalisé par un ou deux professionnels de santé. Deux femmes ont déclaré n'avoir eu aucun suivi pendant leur grossesse.

### 3.3. Le choix du type d'allaitement

L'enquête a révélé que 61,2 % des femmes allaitaient au sein dont 58 % exclusivement et 3,2 % de façon mixte ; 38,8 % allaitaient au biberon. La majorité des femmes (62,7 %) avait choisi le type d'allaitement avant la grossesse, 34,1 % pendant la grossesse et 3,2 % après l'accouchement. Les mères déclaraient avoir été influencées par le père du bébé dans le choix de l'allaitement au sein dans 18,6 % des cas contre 5,2 % des femmes allaitant artificiellement ( $p < 0,001$ ). Parmi les femmes allaitant au sein, 13,1 % avaient été influencées par le reste de leur entourage (famille, amis) dans leur choix du type d'allaitement contre 6,2 % des femmes allaitant au biberon ( $p < 0,01$ ). Les professionnels de santé avaient influencé les femmes allaitant au sein dans leur choix dans 27,1 % des cas, contre 0,5 % des femmes allaitant au biberon ( $p < 0,001$ ).

Plus d'un tiers des femmes (35,4 %) avait été allaité au sein par leur mère. Parmi les femmes multipares, 68,3 % avaient déjà allaité au sein. Parmi les femmes ayant déjà allaité au sein, 77,7 % avaient choisi à nouveau l'AM pour la grossesse actuelle.

### 3.4. Information des femmes sur l'allaitement maternel par les professionnels de santé pendant la grossesse

Sur les 365 femmes (73,1 %) informées par les professionnels de santé, la majorité (63,7 %) disait avoir été prioritairement informée par une sage-femme, 5 % par un médecin généraliste et 3,6 % par un gynécologue obstétricien. Une information sur les bénéfices de l'AM pour l'enfant

**Tableau I**  
**Caractéristiques sociodémographiques des femmes et autres facteurs pouvant influencer l'allaitement maternel (analyse univariée).**

Caractéristiques	Participants, n (%)	Initiation de l'allaitement maternel, %	OR (IC à 95 %)	p
<b>Âge</b>				
Moins de 24 ans	89 (17,8)	49,4	1	
De 25 à 34 ans	331 (66,2)	65,3	1,9 (1,1-3,0)	<0,01
Plus de 35 ans	80 (16)	57,5	1,3 (0,7-2,5)	0,2
<b>Origine</b>				
Française	473 (94,6)	59,8	1	
Étrangère	27 (5,4)	85,2	3,8 (1,3-11,3)	<0,01
<b>Lieu d'habitation<sup>b</sup></b>				
Rural	329 (66,2)	65,5	1	
Urbain	168 (33,8)	59,3	0,7 (0,5-1,1)	0,1
<b>Catégorie socioprofessionnelle de la mère<sup>a</sup></b>				
« cols bleus »	222 (45)	55,4	1	
« cols blancs »	177 (35,9)	68	1,2 (1,0-1,4)	0,01
Sans activité	94 (19,1)	57,5	1,1 (0,8-1,3)	0,7
<b>Catégorie socioprofessionnelle du père<sup>a</sup></b>				
« cols bleus »	259 (55)	54,4	1	
« cols blancs »	180 (38,2)	66,4	1,6 (1,1-2,4)	0,04
Sans activité	32 (6,8)	71,9	2,1 (0,9-4,8)	0,07
<b>Statut matrimonial</b>				
Mariage	212 (42,6)	70,3	2,3 (1,1-4,9)	0,04
Concubinage	252 (50,6)	55,2	1,2 (0,6-2,5)	0,5
Célibat	34 (6,8)	50	1	
<b>Parité</b>				
Sans enfant	207 (41,4)	63,3	1	
1 enfant	181 (36,2)	61,9	0,9 (0,6-1,4)	0,7
2 enfants	80 (16)	53,8	0,6 (0,3-1,1)	0,1
3 enfants et plus	32 (6,4)	62,5	0,9 (0,4-2,0)	0,9
<b>Tabagisme</b>				
<i>Avant la grossesse</i>				
Oui	151 (30,2)	58,9	0,9 (0,8 - 1,1)	0,49
Non	349 (69,8)	62,2	1	
<i>Pendant la grossesse</i>				
Oui	68 (13,6)	52,9	0,8 (0,7-1,1)	0,13
Non	432 (86,4)	62,5	1	
<i>Après l'accouchement</i>				
Oui	56 (11,2)	44,6	0,7 (0,5-0,9)	0,007
Non	444 (88,8)	63,3	1	
<b>Âge gestationnel</b>				
À terme	479 (96,2)	60,8	1	
Prématurité	19 (3,8)	73,7	1,2 (0,9-1,6)	0,26
<b>Expérience antérieure d'allaitement maternel</b>				
Oui	200 (68,3)	77,7	1,6 (1,4-1,8)	< 0,0001
Non	93 (31,7)	50	1	
<b>Femme elle-même allaitée au sein</b>				
Oui	177 (35,4)	75,1	1,4 (1,2-1,6)	< 0,0001
Non	323 (64,6)	53,6	1	

OR : odds ratio ; IC : intervalle de confiance.

<sup>a</sup> Nomenclature des catégories socioprofessionnelles (Insee) : « cols blancs » : cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés ; « cols bleus » : agriculteurs exploitants, artisans, commerçants et chefs d'entreprise, ouvriers.<sup>b</sup> Urbain : commune de plus de 2000 habitants.

et pour elles-mêmes avait été prodiguée à 77,8 % et 51,4 % des femmes respectivement ; enfin seulement 27,4 % disaient avoir reçu le conseil d'un allaitement au sein exclusif de six mois (*tableau II*).

Près de la moitié des femmes (43,4 %) avait été questionnée sur ses représentations en matière d'AM ; 62,4 % ayant déjà allaité au sein lors de précédentes grossesses avaient été interrogées sur leur expérience antérieure de l'AM.

**Tableau II**  
Initiation de l'allaitement maternel selon l'information prénatale sur l'allaitement maternel par les professionnels de santé.

	Participants, n (%)	Initiation de l'allaitement maternel, %	OR (IC à 95 %)	p
<i>Information par un soignant sur l'allaitement maternel</i>				
Oui	365 (73,1)	67,4	2,6 (2,1–2,9)	< 0,001
Non	134 (26,9)	44	1	
<i>Information sur les bénéfices de l'allaitement maternel pour l'enfant</i>				
Oui	389 (77,8)	64,8	1,9 (1,2–2,9)	< 0,01
Non	111 (22,2)	48,6	1	
<i>Information sur les bénéfices de l'allaitement maternel pour la mère</i>				
Oui	257 (51,4)	66,1	1,5 (1,0–2,2)	0,04
Non	243 (48,6)	56	1	
<i>Conseil d'un allaitement maternel exclusif de 6 mois</i>				
Oui	137 (27,4)	72,3	1,9 (1,2–3)	< 0,01
Non	363 (72,6)	57	1	
<i>Participation à des cours de préparation à la naissance</i>				
Oui	256 (51,2)	67,6	1,7 (1,2–2,5)	< 0,01
Non	244 (48,8)	54,5	1	

OR : odds ratio ; IC : intervalle de confiance.

L'information délivrée par les professionnels de santé concernant la question de la préparation des seins et les modalités des modalités de mise en œuvre de l'AM est résumée dans le [tableau III](#).

Parmi les 184 femmes (36,9 %) qui avaient déclaré avoir reçu une information sur le tabagisme au cours de l'allaitement au sein, 72 (39,1 %) déclaraient que le tabagisme empêchait l'allaitement et 112 (60,9 %) avaient été informées que le tabagisme n'empêchait pas l'AM. Plus de la moitié des mères fumeuses (58,8 %) avaient été informées que le tabagisme n'empêchait pas l'AM ; 14,7 % avaient reçu un avis contraire. Les fumeuses informées que le tabagisme n'empêchait pas l'AM allaitaient au sein plus fréquemment (OR = 5,79) que celles à qui il avait été dit que le tabagisme empêchait l'AM ( $p < 0,05$ ).

Un document d'information sur l'AM avait été remis à près d'une femme sur deux (45 %) pendant sa grossesse. Ce document rappelait l'intérêt de l'allaitement au sein dans 98,2 % des cas, sa physiologie dans 81,1 % des cas et indiquait des sources d'information dans 76,9 % des cas.

La participation à des séances de préparation à la naissance avait été proposée à 74,8 % des femmes et 51,2 % y avaient assisté : les primipares plus fréquemment que les multipares (65,7 % versus 41,3 %,  $p \ll 0,001$ ). Pendant ces cours, plusieurs supports avaient été utilisés pour informer sur l'AM dans 41 % des cas : il s'agissait de brochures, d'une vidéo et d'un groupe de discussion respectivement dans 54, 9,8 et 35,9 % des cas.

Les femmes avaient rencontré des mères ayant allaité au sein avec succès dans 33,2 % des cas.

### 3.5. Information de l'entourage des femmes sur l'allaitement maternel par les professionnels de santé pendant la grossesse

Plus d'un tiers des femmes (36,5 %) a déclaré avoir été informé sur le rôle de soutien de l'entourage dans la mise en œuvre et la poursuite de l'AM. Le père avait assisté à une consultation de suivi de grossesse dans 37,1 % des cas ; dans 10,2 % des cas suite au conseil d'un professionnel de santé. Le mode d'alimentation du futur bébé avait été abordé en présence du père lors d'une consultation de suivi de grossesse dans 15,4 % des cas. Un professionnel de santé avait proposé à une personne de l'entourage des femmes d'assister à une séance de préparation à la naissance portant sur l'allaitement au sein dans 10,8 % des cas ce qui avait été suivi d'effet dans 4,8 % des cas.

### 3.6. Facteurs associés à la mise en route de l'allaitement maternel

#### 3.6.1. Rôle des caractéristiques sociodémographiques des femmes

La mise en route de l'AM était significativement plus fréquente chez les femmes mariées, chez celles âgées de 25 à

**Tableau III****Information sur la préparation des seins à l'allaitement maternel pendant la grossesse et sur les modalités de mise en œuvre de l'allaitement maternel par les professionnels de santé.**

	Participants, n (%)
<i>Information sur la préparation des seins à l'allaitement</i>	
Question de la préparation des seins à l'allaitement maternel abordée	341 (68,2)
Si oui, quel conseil ?	
On vous a encouragé à préparer vos seins	131 (82,9)
On vous a déconseillé la préparation des seins	1 (0,6)
On vous a dit « cela n'a pas d'utilité »	26 (16,5)
Si conseil de préparation des seins	
Application de crème sur les mamelons	80 (61,1)
Expression manuelle de colostrum	62 (47,3)
Port de coupelles pour des mamelons ombiliqués	12 (9,2)
Manœuvres d'étirement des mamelons pour des mamelons ombiliqués	8 (6,1)
Autre	10 (7,6)
<i>Modalités de mise en œuvre de l'allaitement maternel</i>	
<i>Information</i>	
Sur le contact peau à peau et la tétée précoce	359 (71,9)
De l'intérêt de garder son bébé à proximité les premiers jours	268 (53,8)
Du besoin fréquent de téter des bébés allaités au sein	315 (63)
De la réalisation de l'allaitement à la demande	292 (58,5)
De la bonne position d'un nouveau né au sein	316 (63,2)
Des signes d'une prise correcte du sein par l'enfant	311 (62,2)

34 ans, chez celles d'origine étrangère, et chez celles dont le conjoint était employé ou exerçait une profession intellectuelle supérieure ou intermédiaire (« cols blancs »). Si le lieu d'habitation, l'activité professionnelle de la mère et la parité n'avaient pas d'influence statistiquement significative sur la mise en route de l'AM, il est toutefois intéressant de noter que les femmes primipares, celles avec un emploi et celles de milieu rural avaient une plus grande tendance à allaiter au sein (*tableau I*).

### 3.6.2. Rôle des caractéristiques médicales des femmes

La mise en route de l'AM était significativement plus fréquente chez les femmes ayant déjà allaité au sein et ayant été allaitées au sein par leur mère. Elle était significativement moins fréquente chez les femmes fumeuses en postpartum. Le taux d'AM chez les femmes fumeuses avant et pendant la grossesse était plus également faible, mais cela de manière statistiquement non significative. Si la prématurité n'avait pas d'influence significative, on note que les femmes accouchant prématurément avaient une plus grande tendance à allaiter au sein ; les effectifs étaient cependant assez réduits (*tableau I*).

### 3.6.3. Rôle de l'information prénatale sur l'allaitement maternel

Tous les facteurs liés à l'information prénatale sur l'AM par les professionnels de santé étaient significativement corrélés à la mise en route de l'AM (*tableau II*).

### 3.6.4. Analyse multivariée des facteurs significativement associés à la mise en route de l'AM

Le *tableau IV* présente les variables liées – indépendamment les unes des autres – à la mise en route de l'AM (*tableau IV*).

## 4. Discussion

### 4.1. Critique méthodologique

L'étude s'étant déroulée dans une maternité publique de niveau III, il existe un possible biais de représentativité, en particulier lié au fait que la maternité du CHU d'Angers ne propose pas sur place de cours de préparation à la naissance. Cependant, le taux de participation des femmes de notre enquête à des cours de préparation à la naissance était élevé, comparable au taux de participation national pour les primipares (65,7 % dans notre étude contre 66,6 % au niveau national) et supérieur au taux de participation national pour les multipares (41,3 % dans notre étude contre 24,9 % au niveau national) [5]. Par ailleurs, la méthodologie utilisée pourrait être responsable d'un biais de mémorisation : ainsi, une femme déjà sensibilisée à l'AM pourrait se souvenir plus précisément des conseils donnés par les professionnels de santé. En revanche, le mode de recueil des données (auto-questionnaire) a permis d'éviter un biais d'enquêteur ou de subjectivité. Enfin, l'effectif de 500 femmes est peut-être insuffisant pour la puissance des tests statistiques dans certains sous-groupes. Il a ainsi été observé certaines tendances qui auraient peut-être

**Tableau IV**  
Analyse multivariée des facteurs significativement associés à l'initiation de l'allaitement maternel.

	IC à 95 %	p
<i>Origine</i>		
Française	1	
Étrangère	5 (1–23,9)	0,04
<i>Catégorie socioprofessionnelle du père</i>		
« Cols bleus »		
« Cols blancs »	3 (1–8,6)	0,03
Sans profession	1,2 (0,7–1,9)	0,4
<i>Tabagisme pendant la grossesse</i>		
Non		
Oui	0,1 (0,02–0,8)	0,03
<i>Tabagisme en postpartum</i>		
Non	1	
Oui	0,09 (0,01–0,5)	0,03
<i>Expérience antérieure d'allaitement maternel</i>		
Non	1	
Oui	5,4 (3,1–9,2)	< 0,001
<i>Femme elle-même allaitée au sein</i>		
Non	1	
Oui	2,1 (1,3–3,4)	0,007
<i>Information par un professionnel de santé sur l'allaitement maternel pendant la grossesse</i>		
Non	1	
Oui	3 (1,6–5,6)	< 0,001
<i>Participation à des cours de préparation à la naissance</i>		
Non	1	
Oui	1,6 (1–2,7)	0,04

IC : intervalle de confiance.

été significatives avec un échantillon plus important (par exemple, l'influence de la prématurité sur la mise en route de l'AM). Enfin, différents facteurs liés à l'AM, propres à l'accouchement (mode d'accouchement) ou au nouveau-né (poids à la naissance, naissance unique ou multiple) n'ont pas été recueillis alors qu'ils auraient pu modifier les associations observées en analyse multivariée.

#### 4.2. Taux de mise en route de l'allaitement maternel

Le taux d'AM au CHU d'Angers (61,2 % dont 58 % exclusif) est nettement supérieur à celui constaté dans la région Pays-de-la-Loire (50,9 % en 2003). Cet écart pourrait s'expliquer par le fait que l'étude a été réalisée dans un CHU (avec un taux classiquement plus élevé) [17] ainsi que par la tendance à la

hausse des taux d'AM constatée en France depuis plusieurs années (62,6 % en 2003 contre 52,5 % en 1998) [5].

#### 4.3. Information sur l'allaitement maternel des femmes et de leur entourage pendant la grossesse par les professionnels de santé

Plus d'un quart des femmes de l'étude (26,9 %) ont déclaré n'avoir reçu aucune information sur l'AM par un professionnel de santé pendant sa grossesse. Pour les autres, l'information avait émané principalement des sages-femmes et rarement des médecins. Pourtant, selon l'HAS, toute rencontre avec une femme enceinte devrait être l'occasion pour les professionnels de santé d'aborder le mode d'alimentation du nouveau-né et en particulier l'allaitement au sein [4]. Nos résultats sont comparables à ceux de l'étude réalisée en 2003 par Fanello et al. [18] sur les critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né qui avaient constaté qu'un tiers des femmes n'avait pas reçu d'information sur l'AM durant sa grossesse et que l'information avait été principalement délivrée par les sages-femmes. Nous pouvons penser que l'AM est plus souvent abordé par celles-ci car elles réalisent les cours de préparation à la naissance durant lesquels le mode d'alimentation du nouveau-né est systématiquement abordé. Par ailleurs, les cours de préparation à la naissance ont lieu assez tardivement dans la grossesse alors que la majorité des femmes prennent leur décision tôt, soit avant la conception, soit en début de grossesse [19] ; d'où la nécessité de fournir une information sur l'AM dès le début de la grossesse lors des consultations réalisées par les médecins. Si la moitié des femmes de l'étude ont déclaré avoir assisté à des cours de préparation à la naissance, on constate au niveau national un taux inférieur avec une tendance à la baisse depuis plusieurs années [5]. Or des études ont montré l'importance de la préparation à la naissance dans l'initiation et la durée de l'AM [18,20]. Nous constatons que la participation à des cours de préparation à la naissance n'avait pas été proposée à un quart des femmes de l'étude. Les professionnels de santé réalisant les consultations de suivi de grossesse ont un rôle à jouer pour proposer et encourager les femmes à y participer. Quant à leur contenu, nous remarquons que dans moins de la moitié des cas plusieurs méthodes ont été utilisées pour informer sur l'AM. C'est pourtant ce que recommande l'HAS, des études ayant montré l'intérêt de l'utilisation de plusieurs techniques éducatives (groupe de discussion, brochures, vidéo...) sur l'initiation et la durée de l'AM [4,14,15]. Près d'un quart des femmes de l'étude (22,2 %) n'avait pas été informé des bénéfices de l'AM pour l'enfant et près de la moitié (48,5 %) n'avait pas été informé de ses bénéfices pour elles-mêmes. Or, la principale raison invoquée par les mères pour expliquer leur choix d'AM est la connaissance des avantages du lait maternel pour la santé de leur enfant [18,19]. Par ailleurs, il a été montré que la connaissance des bénéfices de l'AM pour l'enfant était un facteur associé à la mise en route

de l'AM. Une étude réalisée par Duclos et al. [21] sur les facteurs associés au choix du mode d'alimentation pour un nouveau-né hospitalisé a montré que le choix d'allaiter croisait significativement avec le nombre de qualités du lait maternel connues par les femmes (taux d'AM de 10 % pour celles qui n'en connaissaient aucune à 76 % pour celles en connaissant quatre). Il paraît donc essentiel que chaque femme enceinte soit informée des bénéfices du lait maternel pour qu'elle puisse prendre une décision éclairée concernant le choix du mode d'alimentation de son enfant.

La HAS recommande aux professionnels de santé de conseiller à chaque femme enceinte un AM exclusif pendant 6 mois [4]. Seulement 27,5 % des femmes de l'étude avaient reçu ce conseil, résultat comparable à celui (30 %) observé par Duclos et al. [21]. Cette recommandation semble être mieux suivie dans certains pays.

Conseiller aux femmes enceintes un allaitement au sein exclusif paraît d'autant plus important que l'encouragement des professionnels de santé influence positivement la mise en route de l'AM. Ainsi une étude américaine portant sur 1229 femmes [22] a montré une proportion 4 fois plus élevée de femmes allaitant au sein parmi celles qui avaient été encouragées à le faire par un professionnel de santé au cours de leur grossesse ; et ce, quelle que soit leur catégorie sociale et leur ethnité. Même dans les populations qui ont habituellement moins tendance à allaiter au sein, l'encouragement des professionnels de santé augmente de façon significative la mise en route de l'AM : près de 3 fois plus chez les femmes jeunes et de bas niveau socioéconomique, et 11 fois plus chez les mères célibataires [22]. Par ailleurs, Peters et al. [20] ont observé que les mères qui avaient connaissance des recommandations d'allaiter au sein exclusivement pendant 6 mois allaitaient de façon significative plus longtemps. Alors qu'en France la durée médiane de l'AM est inférieure à 10 semaines [9] et bien que d'autres facteurs interviennent dans cette durée, il paraît essentiel que chaque femme enceinte soit informée de cette recommandation.

La HAS recommande aux professionnels de santé de s'informer des représentations et des connaissances sur l'AM de toute femme enceinte afin de cibler les interventions de soutien [4]. Moins de la moitié des femmes de l'étude (43,4 %) avait été interrogée sur ses représentations en matière d'allaitement au sein. Ces représentations des mères concernant l'alimentation du bébé sont un facteur prédictif du choix du type d'allaitement encore plus fort que les facteurs sociodémographiques [23]. Ainsi les femmes qui allaitent au sein ont une perception favorable de ce mode d'allaitement souvent étayée par les arguments de professionnels ou les témoignages favorables de l'entourage. Les mères qui allaitent au biberon ont – quant à elles – souvent des idées fausses en rapport avec l'allaitement au sein (douleur, impossibilité ou contraintes trop importantes) ainsi que sur l'allaitement au biberon (par exemple : « lait artificiel issu du lait de vache présentant les mêmes vertus que le lait

maternel »). De ce fait, il est nécessaire de prendre connaissance des représentations des mères en matière d'AM afin d'apporter une information objective et pertinente.

Seulement 5,2 % des femmes de l'étude avaient été informées de l'inutilité de la préparation des seins à l'AM pendant la grossesse comme le recommande la HAS ; la préparation des seins n'apportant pas de bénéfices même en cas de mamelons rétractés ou peu extensibles [4]. Pourtant, encore un quart des femmes de l'étude avait reçu un conseil de préparation des seins pendant la grossesse : que ce soit par l'application de crème sur les mamelons, par l'expression manuelle de colostrum, le port de coupelles ou la réalisation de manœuvres d'étirement en cas de mamelons rétractés.

Selon les recommandations les plus récentes de la HAS [4] et de l'Académie américaine de pédiatrie [3], le tabagisme n'est pas une contre-indication à l'AM. Peu de femmes de l'étude avaient reçu cette information (22,5 %) et certaines avaient été informées que le tabagisme empêchait l'AM. Cette recommandation étant récente, on peut supposer qu'une partie des professionnels de santé pense encore qu'il est préférable pour les femmes fumeuses de ne pas allaiter. C'est ce qu'avaient mis en évidence Lucero et al. [24] dans leur étude réalisée auprès de pédiatres américains dont la majorité avait un manque de connaissance sur l'AM et le tabagisme et était peu à l'aise avec le fait de conseiller l'allaitement au sein aux femmes fumeuses. Donner l'information aux femmes fumeuses que le tabagisme n'empêche pas l'AM et que ce dernier est pour elle et leur enfant le meilleur choix permettrait d'augmenter le taux d'AM chez les femmes fumeuses. C'est ce que souligne notre étude dans laquelle les femmes fumeuses pendant la grossesse informées que le tabagisme n'empêche pas l'AM étaient 6 fois plus nombreuses à allaiter au sein que celles ayant reçu l'information contraire. Une majorité des femmes de l'étude avait été informée de la physiologie de l'AM et de ses modalités de mise en œuvre. Informer les femmes sur ces points augmente le degré de connaissance des futures mères sur l'AM. Faire en sorte que les futures mères aient une bonne connaissance de l'allaitement au sein est essentiel car il a été démontré que le degré de connaissance des femmes enceintes sur l'AM était en corrélation étroite avec leur confiance en leur capacité d'allaiter et avec la durée de l'AM [25].

Moins de la moitié des femmes de l'étude avait reçu un document d'information sur l'AM pendant sa grossesse. En revanche, le contenu du document d'information reçu était dans la majorité des cas conforme aux recommandations, rappelant la physiologie et les bénéfices de l'allaitement au sein et détaillant des sources d'information. La proportion de femmes recevant un document d'information pendant leur grossesse devrait progresser puisque l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a élaboré fin 2009 un guide sur l'AM destiné aux femmes enceintes [26].

#### 4.4. Facteurs associés à la mise en route de l'allaitement maternel

L'association des caractéristiques sociodémographiques des mères avec la décision de débiter un AM est un résultat classique et notre étude s'accorde en cela avec les différentes études réalisées sur les facteurs associés à la mise en route de l'AM. En effet, l'AM est plus fréquent dans les classes d'âge supérieur à 25 ans, chez les femmes d'origine étrangère, chez les femmes mariées et chez celles ayant un niveau social élevé [17,18]. Parmi les caractéristiques médicales des mères, nous avons observé comme dans plusieurs études un meilleur taux d'AM chez les femmes qui avaient déjà allaité au sein un de leurs enfants et chez celles qui avaient elles-mêmes été allaitées par leur mère. Nous avons également retrouvé l'association négative entre le tabagisme et la mise en route de l'AM [18,27]. Il importe de déterminer les populations dans lesquelles le taux de mise en route de l'AM est le plus faible pour renforcer l'information des femmes qui appartiennent à ces populations : femmes jeunes, non mariées, de classe sociale non aisée, fumeuses, n'ayant jamais allaité au sein auparavant ou n'ayant pas été allaitées au sein par leur mère. Notre étude suggère que les professionnels de santé peuvent jouer un rôle dans le choix du mode d'alimentation du nouveau-né en délivrant une information prénatale sur l'AM. Même si moins d'un tiers (27,1 %) des femmes allaitant au sein déclaraient avoir été influencées par les professionnels de santé dans leur choix, il apparaît que les femmes ayant été informées par un professionnel de santé durant leur grossesse choisissaient l'AM significativement plus souvent (OR = 2,6) que celles n'ayant pas reçu cette information. Kohluber et al. [27] avaient également observé ce lien entre information prénatale sur l'AM et sa mise en route. De plus, les femmes informées par un professionnel de santé des bénéfices du lait maternel pour leur enfant et pour elles-mêmes étaient significativement plus nombreuses à choisir l'allaitement au sein. Tout en respectant le choix individuel des femmes, il paraît donc licite de leur permettre de faire un choix éclairé en les informant sur ces bénéfices. De même, les mères qui ont reçu le conseil par un professionnel de santé d'un AM exclusif choisissent effectivement l'AM plus souvent [21,22]. Enfin, comme cela a été décrit dans la littérature [18], nous avons mis en évidence un lien positif entre la participation aux cours de préparation à la naissance au cours desquels une information sur l'AM est délivrée et le taux d'allaitement au sein.

#### 5. Conclusion

Cette étude montre l'influence des facteurs sociodémographiques et des caractéristiques maternelles sur la mise en route de l'AM. Nous avons ainsi déterminé un profil de femmes moins enclines à choisir l'allaitement au sein vers lequel les professionnels de santé doivent cibler leurs efforts. Par ailleurs, l'information prénatale des femmes et de leur

entourage sur l'AM par les professionnels de santé apparaît comme insuffisante en regard des recommandations.

Les causes du retard de l'allaitement sont similaires à celle retrouvées dans la littérature [28] : formation initiale insuffisante des personnels de santé, difficultés pratiques de l'allaitement sur le lieu de travail pour les mères qui travaillent ; manque de confiance des jeunes mères dans leur capacité à allaiter ; désintérêt du conjoint ; manque de culture familiale (les mères des femmes enceintes ne les ayant pas elles-mêmes allaitées) ; impact de la promotion en faveur des laits industriels. Aussi, une amélioration de la formation et des pratiques des professionnels de santé paraît nécessaire afin que les parents puissent prendre une décision éclairée quant au mode d'alimentation de leur enfant et que les femmes qui ont choisi l'AM aient toutes leurs chances de mener à bien leur projet et soient conseillées et soutenues dans leur démarche.

#### Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

#### Références

- [1] Organisation mondiale de la santé. 54<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. WHA 54.2, 18 mai 2001. Disponible sur [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA54/fa54r2.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/fa54r2.pdf) [Page Web consultée le 12 avril 2011].
- [2] Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Arch Pediatr 2005;12(Suppl. 3):145–65.
- [3] Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, et al. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2005;115:496–506.
- [4] Haute Autorité de santé. Favoriser l'allaitement maternel : processus-évaluation. Guide. Paris: HAS; 2006. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doc.chem.al\\_22-11-07.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doc.chem.al_22-11-07.pdf) [Page Web consultée le 12 avril 2011].
- [5] Blondel B, Supernant K, Mazaubrun C, et al. Enquête nationale périnatale 2003 : situation en 2003 et évolution depuis 1998, Paris, France: Inserm; 2005. Disponible sur [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ENP\\_2003\\_rapport\\_INSERM.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ENP_2003_rapport_INSERM.pdf) [Page Web consultée le 12 avril 2011].
- [6] Cattaneo A, Burmaz T, Arendt M, et al. 'Promotion of Breastfeeding in Europe: Pilot Testing the Blueprint for Action' Project. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: progress from 2002 to 2007. Public Health Nutr 2010;13:751–9.
- [7] McDowell MM, Wang CY, Kennedy-Stephenson J. Breastfeeding in the United States: findings from the national health and nutrition examination surveys, 1999–2006. NCHS Data Brief 2008;1–8.
- [8] Amir LH, Donath SM. Socioeconomic status and rates of breast-feeding in Australia: evidence from three recent national health surveys. Med J Aust 2008;189:254–6.

- [9] Castetbon K, Duport N, Hercberg S. Bases épidémiologiques pour la surveillance de l'allaitement maternel en France. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2004;52:475-83.
- [10] Branger B, Cebron M, Picherot G, et al. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pediatr* 1998;5:489-96.
- [11] Turck D, Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Arch Pediatr* 2005;12(Suppl. 3):145-65.
- [12] Bonet M, Blondel B, Khoshnood B. Evaluating regional differences in breast-feeding in French maternity units: a multi-level approach. *Public Health Nutr* 2010;13:1946-54.
- [13] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Paris: Anaes; 2002. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf) [Page Web consultée le 12 avril 2011].
- [14] Hannula L, Kaunonen N, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs* 2008;17:1132-43.
- [15] Mattar CN, Chong YS, Chan YS, et al. Simple antenatal preparation to improve breastfeeding practice: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007;109:73-80.
- [16] Dyson L, McCormick F, Renfrew M. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;18:CD001688.
- [17] Bonet M, Foix L'Helias, Blondel B. Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003. *Arch Pediatr* 2008;15:1407-15.
- [18] Fanello S, Moreau-Gout I, Cotinat JP, et al. Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau né : une enquête auprès de 308 femmes. *Arch Pédiatr* 2003;10:19-24.
- [19] Arora S, McJunkin C, Wehrer J, et al. Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics* 2000;106:E67.
- [20] Peters E, Wehkamp KH, Felberbaum RE, et al. Breastfeeding duration is determined by only a few factors. *Eur J Public Health* 2006;16:162-7.
- [21] Duclos C, Dabadie A, Branger B, et al. Facteurs associés au choix du mode d'alimentation pour un nouveau-né hospitalisé. *Arch Pediatr* 2002;9:1031-8.
- [22] Lu MC, Lange L, Slusser W, et al. Provider Encouragement of breast-feeding: evidence from a national survey. *Obstet Gynecol* 2001;97:290-5.
- [23] Scott JA, Shaker I, Reid M. Parental attitudes toward breastfeeding: their association with feeding outcome at hospital discharge. *Birth* 2004;31:125-31.
- [24] Lucero CA, Moss DR, Davies ED, et al. An examination of attitudes, knowledge, and clinical practices among Pennsylvania pediatricians regarding breastfeeding and smoking. *Breastfeed Med* 2009;4:83-9.
- [25] Chezem JC, Friesen C, Boettcher J. Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans: effect on actual feeding practices. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003;32:40-7.
- [26] INPES, Guide de l'allaitement maternel 2009. Disponible sur : [http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/0910\\_allaitement/Guide\\_allaitement\\_web.pdf](http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/0910_allaitement/Guide_allaitement_web.pdf) [Page Web consultée le 12 avril 2011].
- [27] Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, et al. Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *Br J Nutr* 2008;99:1127-32.
- [28] Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *J Pediatr Pueric* 2009;22:112-20.