



Reçu le :
27 juin 2007
Accepté le :
13 avril 2008
Disponible en ligne
3 juin 2008

Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart[☆]

Factors associated to breastfeeding up to 6 months in the maternity of Antoine-Béclère Hospital, Clamart

V. Siret¹, C. Castel², P. Boileau², K. Castetbon^{1,*}, L. Foix l'Hélias²

¹ Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle, InVS, université de Paris-13, Cnam, 74, rue Marcel-Cachin, 93017 Bobigny cedex, France

² Service de pédiatrie et réanimation néonatales, hôpital Antoine-Béclère, université Paris-Sud, 157, rue de la Porte-Trivaux, 92140 Clamart, France

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Summary

Objectives. In order to improve the frequency and duration of breastfeeding, various public health initiatives have been established at local and national levels in France. In 2002, we conducted a study in the maternity center of the Antoine Beclere Hospital with the aim to describe breastfeeding practices and to identify factors associated with its duration.

Methods. This prospective study was conducted among newborns of immediate postpartum women admitted to the maternity center of the Antoine Beclere Hospital (Clamart, France). Extremely premature newborns were excluded (< 31 weeks of amenorrhea). Mothers were interviewed at delivery, at one month and 6 months postpartum. Data were collected on maternal medical history, pregnancy and delivery, the newborn's health status, feeding practices, and the reasons for their choice in feeding practices.

Results. Between January 7 and April 7, 2002, 562 newborns were included in the study. At birth, 73% were breastfed, whereas 68% were breastfed at discharge from the maternity center. Among the latter, 89% of infants were still being breastfed at one month, and 37% at 6 months of age. Factors associated with breastfeeding at one month were as follows: a secondary level of education (OR_a : 2.4 [1.0–5.7] compared to primary level), multiparity (OR_a : 3.0 [1.2–8.0] compared to primiparity), full-term birth (OR_a : 6.6 [2.4–18.4] compared to premature birth), treatment during pregnancy (OR_a : 0.2 [0.04–0.6]), and medical history (OR_a : 0.4 [0.2–1.0]). Among women who were breastfeeding at one month, the continuation of breastfeeding at 6 months was associated with a secondary education level (OR_a : 2.2 [1.0–5.0]), the choice of feeding practice during pregnancy (OR_a : 2.5 [1.1–5.0] compared

Résumé

Objectifs. Tandis que diverses actions de santé publique nationales ou locales sont entreprises pour améliorer le taux et la durée de l'allaitement maternel en France, nous avons conduit une étude afin de décrire les facteurs associés à sa pratique à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère de Clamart en 2002.

Méthodes. Cette étude prospective portait sur les nouveau-nés issus de grossesses uniques nés à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère (Clamart), à l'exclusion des grands prématurés (< 31 semaines d'aménorrhée). Leurs mères ont été interrogées lors de leur séjour en unité de suites de couche, à 1 mois et aux 6 mois de l'enfant. Des données ont été recueillies sur leurs antécédents médicaux, la grossesse et l'accouchement, la santé du nourrisson et son mode d'alimentation, et les raisons du choix du type d'alimentation de l'enfant.

Résultats. Au total, 562 nouveau-nés ont été inclus entre le 7 janvier et le 7 avril 2002. Les taux d'enfants allaités à la naissance et à la sortie de la maternité étaient respectivement de 73 et 68 %. Parmi ces derniers, 89 % étaient toujours allaités à 1 mois et 37 % des enfants allaités à 1 mois l'étaient toujours à 6 mois (soit 11 % des enfants inclus initialement). Les facteurs associés à la pratique de l'allaitement maternel à 1 mois étaient un niveau d'études supérieur (OR_a : 2,4 [1,0–5,7] par rapport au niveau primaire), la multiparité (OR_a : 3,0 [1,2–8,0] par rapport aux primipares), et une naissance à terme (OR_a : 6,6 [2,4–18,4] par rapport à la prématurité). Par ailleurs, la prise d'un traitement médicamenteux pendant la grossesse (OR_a : 0,2 [0,04–0,6]) et l'existence d'antécédents médicaux (OR_a : 0,4 [0,2–1,0]) étaient associés à un taux moindre d'allaitement à 1 mois.

[☆] « Ces résultats ont été présentés en partie au congrès de l'Association des épidémiologistes de langue française (Adelf) en 2006 à Dijon » : Siret V, Castel C, Foix l'Hélias L, Castetbon K. Fréquence et facteurs associés à la pratique de l'allaitement maternel jusqu'à 6 mois, maternité de l'hôpital Béclère, Clamart, 2002. Congrès de l'Association des épidémiologistes de langue française (Adelf), 29–30 août 2006, Dijon, France. [Communication orale].

* Auteur correspondant.
e-mail : k.castetbon@smbh.univ-paris13.fr

to those who did not choose), and to medically assisted reproduction (OR_a : 5,0 [1,2–14,3] compared to spontaneous procreation).

Discussion. The prevalence of breastfeeding observed in this study is higher than it was observed at the national level. Factors associated with continuation of breastfeeding at 6 months allow identifying women who should be encouraged to breastfeed by the maternity team involved during pregnancy. Interventions should therefore involve maternity healthcare professionals as a first step in breastfeeding promotion.

© 2008 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Chez les femmes allaitant à 1 mois, la poursuite de l'allaitement au sein à 6 mois était associée au niveau d'études (OR_a : 2,2 [1,0–5,0]), au fait d'avoir choisi le mode d'alimentation pendant la grossesse (OR_a : 2,5 [1,1–5,0] par rapport à celles n'ayant pas fait de choix) et à la procréation médicalement assistée (OR_a : 5,0 [1,2–14,3] par rapport à la procréation spontanée).

Discussion. Les taux d'allaitement observés dans cette maternité sont supérieurs à ceux observés au niveau national à la sortie de la maternité. Les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement à 1 et 6 mois permettent d'identifier les femmes pouvant être particulièrement encouragées à allaiter par le personnel impliqué au cours du suivi de la grossesse. Les interventions mises en place dans le cadre de la promotion de l'allaitement maternel devraient donc impliquer au premier plan, le personnel des maternités.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Allaitement maternel

1. Introduction

Les premiers mois de la vie constituent une période fondamentale pour le développement de l'enfant. D'un point de vue nutritionnel, le nourrisson bénéficie d'une alimentation exclusivement lactée via le lait maternel ou les formules lactées du commerce, puis tend vers une alimentation de type adulte grâce à la diversification alimentaire. Les recommandations internationales rédigées par l'OMS préconisent un allaitement maternel, exclusif jusqu'à 6 mois, et poursuivi jusqu'à la fin de la 2^e année pendant la période de diversification [1].

Les enquêtes nationales périnatales ont permis d'établir l'évolution récente des taux d'allaitement maternel en France. Celle de 2003 montre que les 2/3 des femmes avaient initié un allaitement maternel sans qu'aucune donnée concernant la durée soit disponible [2]. Au niveau régional, des études indiquent que la durée médiane serait autour de 10 semaines, avec cependant d'importantes variations selon les études [3–6]. Ces travaux ont également montré que l'allaitement était prolongé plus fréquemment quand la mère était multipare, avait elle-même été allaitée, gardait son enfant à ses côtés la nuit, avait fait le choix du type d'alimentation avant la grossesse, reprenait son activité professionnelle après 12 semaines, et avait un diplôme élevé.

L'objectif principal de notre étude était de décrire chez les mères des nouveau-nés de la maternité Antoine-Béclère de Clamart, les choix et pratiques d'allaitement maternel jusqu'à 6 mois, et d'identifier les facteurs associés à celui-ci.

2. Méthodes

Une étude observationnelle prospective a été réalisée en 2002 dans la maternité de type III de l'hôpital Antoine-Béclère de Clamart. Toutes les femmes présentes en unité de suites de couches entre le 7 janvier et le 7 avril 2002 ont été incluses. Seules les mères dont les enfants étaient admis dans le service de réanimation néonatale pour une durée de plus de 7 j, ou dont l'âge gestationnel était < 31 SA ou le poids de naissance < 1500 g ont été exclues. Au cours du séjour de la mère en unité de suites de couches, le consentement oral après explication de l'enquête a été recueilli par le pédiatre responsable de l'étude. En cas de refus de participer, une feuille de « non consentement » était alors remplie et signée par la femme. La Commission nationale informatique et liberté a donné son autorisation pour la conduite de cette étude.

Un questionnaire standardisé en 2 parties devait être rempli. Une première partie remplie par la mère pendant son séjour en unité de suites de couches comportait des questions sur la grossesse, la préparation à l'accouchement, des informations sur l'allaitement maternel de la femme elle-même et sur les raisons de ses choix concernant les modes d'alimentation de son enfant. Une seconde partie était remplie parallèlement par le pédiatre à partir du dossier médical. Elle comportait des informations sur les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents médicaux et obstétricaux de la femme, notamment les affections de la grossesse (diabète gestationnel, hypertension artérielle, menace d'accouchement prématuré, infections, ...), et les caractéristiques néonatales (terme, poids, taille, score d'Apgar, ...).

Toutes les femmes qui allaient à leur sortie de la maternité ont ensuite été contactées par téléphone lorsque l'enfant avait 1 mois environ, afin de répondre à un questionnaire mené par le pédiatre responsable de l'enquête. Les femmes qui allaient toujours leur enfant à cet âge recevaient un questionnaire par voie postale afin de connaître les modalités d'alimentation de leur enfant à l'âge de 6 mois (poursuite ou non l'allaitement maternel).

Les analyses de données ont porté sur les nouveau-nés issus de grossesses uniques. Suite à une analyse descriptive, une analyse univariée a permis de mesurer la force de l'association entre le choix d'alimentation lactée et les éventuels facteurs associés par le calcul de l'odds ratio (OR) et l'intervalle de confiance à 95 % grâce à l'utilisation du logiciel Stata®. Des modèles de régression logistique, incluant les variables significatives à $p = 0,20$ en analyses univariées, ont ensuite été réalisés.

3. Résultats

3.1. Description de l'échantillon

Entre le 7 janvier et 7 avril 2002, 534 mères ayant accouché à la maternité ont été incluses dans l'étude. Parmi elles, 21 avaient donné naissance à des jumeaux vivants à la naissance, l'une avait eu un enfant vivant mais dont le jumeau était décédé, 2 mères avaient donné naissance à des triplés, et une, à des quadruplés. Seules les 509 mères ayant eu une grossesse unique ont été concernées par les analyses qui suivent. Un seul refus est survenu à l'inclusion. Les mères étaient nées en France pour les 3/4, 58 % avaient plus de 30 ans, et les 2/3 avaient suivi des études supérieures (Tableau I). Plus de la moitié des mères étaient multipares (52 %).

Pendant cette période, 23 % des femmes ont présenté une pathologie de la grossesse et 14 % ont été hospitalisées. Une préparation à l'accouchement a été suivie par 58 % des femmes et 80 % déclaraient avoir reçu des informations sur l'allaitement maternel. L'accouchement a eu lieu par césarienne dans 18 % des cas. Les enfants de petit poids de naissance (< 2500 g) représentaient 12 % de l'échantillon et 11 % sont nés avant 37 semaines. Enfin, 22 % des enfants ont été hospitalisés (unité de néonatalogie ou service de réanimation).

3.2. Allaitement de l'enfant à la naissance et à la sortie de maternité

La majorité des mères (65 %) déclarait avoir choisi le mode d'alimentation de leur enfant avant le début de la grossesse

Tableau I
Répartition des mères en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques et génésiques – maternité de l'hôpital Béclère, Clamart, 2002.

Caractéristiques de la mère (effectif)	n	%
Âge (n = 509)		
< 20–25 ans	49	10
26–30 ans	164	32
31–35 ans	167	33
> 35 ans	129	25
Origine géographique (n = 506)		
France	378	75
Europe	31	6
Afrique du Nord	31	6
Afrique sub-saharienne	38	7
Asie	8	2
Autres	20	4
Situation matrimoniale (n = 508)		
En couple	501	99
Seule	7	1
Niveau d'études (n = 494)		
Primaire	21	4
Technique	65	13
Secondaire	83	17
Supérieur	325	66
Mère multipare (n = 509)	267	52
Informations sur l'allaitement pendant la grossesse (n = 495)	397	80
Préparation à l'accouchement (n = 494)	289	58
Type de procréation (n = 509)		
Spontanée	469	92
FIV	15	3
Autres types de procréation	25	5
Antécédents médicaux (n = 508)	121	24
Pathologie de la grossesse (n = 509)	116	23
Hospitalisation pendant la grossesse (n = 509)	73	14
Prise d'antidépresseurs, anxiolytiques ou antihypertenseurs pendant la grossesse (n = 509)	34	7

(Tableau II). Celui-ci s'avérait être l'allaitement maternel dans 74 % des cas et la principale raison invoquée pour expliquer ce choix était les bénéfices pour l'enfant (Tableau II). Pour les 26 % des femmes qui avaient l'intention de recourir à l'allaitement artificiel, les raisons invoquées étaient très variées. Il peut être noté parmi elles l'existence de contre-indications maternelles (21 %) et le fait d'avoir vécu des expériences négatives d'allaitement maternel antérieurement (16 %) (Tableau II).

En salle de naissance, 67 % des enfants ont été mis au sein moins de 3 heures après l'accouchement et 58 % des enfants ont reçu des biberons de compléments à la maternité. À la sortie de la maternité, 69 % des mères allaient leur

Tableau II

Choix et mode d'alimentation de l'enfant à la naissance et à la maternité – maternité de l'hôpital Bécclère, Clamart, 2002.

Alimentation de l'enfant	n	%
Moment du choix du type d'alimentation (n = 497)		
Avant la grossesse	325	65
Pendant la grossesse	153	31
Après la grossesse	19	4
Mode d'alimentation initialement choisi par la mère (n = 509)		
Allaitement maternel	377	74
Formules lactées	132	26
Raisons du choix de l'allaitement maternel (n = 377)		
Motivation personnelle	98	26
Bénéfices pour l'enfant	285	76
Avantages dans la relation mère/enfant	133	35
Demande d'autrui	2	1
Ne sait pas	1	0
Autres motifs	8	2
Raisons du choix de l'alimentation artificielle (n = 132)		
Contre-indications maternelles	28	21
Absence de bouts de seins/chirurgie mammaire	4	3
Expériences négatives antérieures vis-à-vis de l'allaitement maternel	21	16
Enfant transféré, trop malade	1	1
Ne sait pas	11	8
Autres motifs	60	45
Mode d'alimentation à la sortie de la maternité (n = 509)		
Allaitement maternel	352	69
Formules lactées	157	31

enfant. Les mères étaient 17 % à déclarer avoir utilisé un tire-lait et 26 %, une tétine pour leur enfant. À leur retour à la maison, 94 % déclaraient avoir reçu de l'aide de la part du personnel de la maternité concernant l'alimentation de leur enfant, et plus de la moitié (52 %), bénéficier d'une aide à domicile.

3.3. Allaitement de l'enfant à 1 mois et à 6 mois

Toutes les mères allaitant à la sortie de la maternité ont pu être contactées par téléphone à 1 mois à l'exception d'une seule et pour 2, l'information sur la poursuite de l'allaitement n'était pas disponible. Parmi les 349 enfants, 89 % étaient encore allaités à 1 mois parmi lesquels 26 % l'étaient exclusivement depuis leur retour à la maison. Chez les 42 femmes ayant arrêté l'allaitement avant 1 mois, 26 (62 %) déclaraient un tarissement du lait pour justifier leur choix. Chez les 164 femmes ayant répondu à 6 mois, 60 (37 %) déclaraient toujours allaiter leur enfant. Parmi celles ayant arrêté avant cet âge, 67 % invoquaient un tarissement du lait, 56 % une reprise de l'activité professionnelle et 44 % une fatigue maternelle.

3.4. Facteurs associés à l'alimentation de l'enfant à la naissance

Parmi les facteurs étudiés et ne constituant pas une « contre-indication » de fait à l'allaitement maternel, seul le poids de naissance était significativement associé au fait d'être allaité. En effet, les enfants de petit poids de naissance avaient moins de chances d'être allaités au sein que ceux ayant un poids normal (OR = 0,03; IC 95 % [0,004–0,3]; $p = 2 \times 10^{-3}$).

3.5. Facteurs associés à la pratique d'allaitement à 1 mois et à 6 mois

Parmi les femmes ayant initié un allaitement maternel, les multipares avaient presque 3 fois plus de chances d'allaiter au sein leur enfant à 1 mois que les primipares (Tableau III). En revanche, le fait pour la mère d'avoir été hospitalisée pendant sa grossesse, d'avoir suivi un traitement médicamenteux, ou d'avoir des antécédents médicaux était inversement lié à la poursuite de l'allaitement à 1 mois (Tableau III). Par ailleurs, les enfants nés à terme et ceux non hospitalisés avaient plus de chances d'être allaités à cet âge que les autres (Tableau III).

Tableau III

Allaitement maternel à 1 mois en fonction des caractéristiques maternelles et néonatales (régressions logistiques) – maternité de l'hôpital Béclère, Clamart, 2002.

	OR bruts [IC à 95 %]	p	OR ajustés [IC à 95 %]	p
Multiparité	2,6 [1,0–6,5]	0,03	3,0 [1,2–8,0]	0,02
Procréation spontanée	1,0 [0,2–4,5]	0,9		
Pathologie de la grossesse	0,6 [0,3–1,5]	0,3		
Mère elle-même allaitée	1,5 [0,7–3,4]	0,3		
Préparation à l'accouchement	1,0 [0,4–2,4]	0,9		
Informations sur l'allaitement pendant la grossesse	0,5 [0,1–2,0]	0,3		
Sortie de la maternité moins de 7 j après l'accouchement	1,0 [0,4–3,2]	0,9		
Mère suivie pendant sa grossesse par une sage femme	0,6 [0,3–1,6]	0,3		
Choix d'alimentation de l'enfant pris pendant la grossesse	0,7 [0,3–1,7]	0,5		
Choix d'alimentation de l'enfant influencé par un facteur extérieur	1,0 [0,3–3,7]	0,9		
Mère suivie pendant sa grossesse par un médecin	1,3 [0,6–2,9]	0,6		
Enfant ayant séjourné dans la chambre de la mère à la maternité	3,8 [1,9–7,6]	$< 1 \times 10^{-3}$	1,4 [0,5–3,7]	0,5
Enfant né à terme	5,3 [2,7–10,4]	$< 1 \times 10^{-3}$	6,6 [2,4–18,4]	$< 10^{-3}$
Hospitalisation pendant la grossesse ^a	0,4 [0,2–0,9]	0,04		
Traitement médicamenteux pendant la grossesse	0,1 [0,04–0,4]	1×10^{-3}	0,2 [0,04–0,6]	0,007
Niveau d'études supérieur	2,1 [0,9–5,0]	0,07	2,4 [1,0–5,7]	0,04
Antécédents médicaux	0,1 [0,04–0,4]	1×10^{-3}	0,4 [0,2–1,0]	0,049

^a Variable supprimée du modèle multivarié pour colinéarité.

L'analyse multivariée a mis en évidence que les femmes ayant déjà eu des enfants et celles ayant fait des études avaient plus de chance d'allaiter leur enfant à 1 mois, tandis que le fait de présenter des antécédents médicaux était inversement lié, à la limite de la signification statistique, à la pratique de l'allaitement maternel à cet âge. Les enfants nés à terme avaient plus de chances d'être allaités à 1 mois (Tableau III).

La procréation spontanée était inversement liée à la pratique d'allaitement à 6 mois (Tableau IV). En revanche, les mères ayant fait des études supérieures et celles ayant reçu des informations sur l'allaitement durant leur grossesse avaient 3 fois plus de chances d'allaiter leur enfant à cet âge que les autres (Tableau IV). De même, le fait d'avoir suivi une préparation à l'accouchement était lié à la pratique de l'allaitement (Tableau IV). D'après le modèle multivarié, la

Tableau IV

Allaitement maternel à 6 mois en fonction des caractéristiques maternelles et infantiles (régressions logistiques) – Maternité de l'Hôpital Béclère, Clamart, 2002.

	OR bruts [IC à 95 %]	p	OR ajustés [IC à 95 %]	p
Niveau d'études supérieur	3,0 [1,4–6,6]	4×10^{-3}	2,2 [1,0–5,0]	0,049
Pathologie de la grossesse	1,1 [0,5–2,4]	0,7		
Traitement médicamenteux pendant la grossesse	0,7 [0,1–3,7]	0,7		
Enfant ayant séjourné dans la chambre de la mère à la maternité	0,7 [0,3–1,6]	0,4		
Enfant né à terme	1,3 [0,3–5,8]	0,7		
Mère elle-même allaitée	1 [0,5–2,2]	0,8		
Mère suivie pendant sa grossesse par une sage femme	1,3 [0,7–2,6]	0,4		
Mère suivie pendant sa grossesse par un médecin	1 [0,6–2,0]	0,8		
Choix d'alimentation de l'enfant influencé par un facteur extérieur	0,9 [0,4–2,3]	0,9		
Sortie de la maternité moins de 7 j après l'accouchement	1,4 [0,5–3,5]	0,5		
Multiparité	0,7 [0,4–1,4]	0,4		
Antécédents médicaux	1,4 [0,7–2,9]	0,9		
Hospitalisation pendant la grossesse	1,8 [0,7–4,3]	0,3		
Procréation spontanée	0,2 [0,05–0,7]	4×10^{-3}	0,2 [0,07–0,8]	0,02
Préparation à l'accouchement ^a	2,3 [1,1–4,6]	0,02		
Informations sur l'allaitement pendant la grossesse	3,0 [1,2–7,9]	0,02	2,2 [0,8–6,3]	0,19
Choix du mode d'alimentation de l'enfant pendant la grossesse	2,0 [1,0–5,0]	0,06	2,5 [1,1–5,0]	0,04

^a Variable supprimée du modèle multivarié pour colinéarité.

procréation spontanée, le fait d'avoir choisi le mode d'alimentation de l'enfant pendant la grossesse et, dans une moindre mesure, le fait d'avoir fait des études supérieures étaient associés à la pratique de l'allaitement à 6 mois (Tableau IV).

4. Discussion

Cette étude réalisée en 2002 à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère de Clamart montre des taux d'allaitement jusqu'à 6 mois supérieurs dans l'ensemble aux données disponibles en France [7], mais en deçà des recommandations internationales [1] : les trois quarts des mères des nouveau-nés de la maternité d'Antoine-Béclère avaient choisi d'allaiter leur enfant, avant la grossesse pour la plupart, et 68 % allaitaient effectivement leur enfant à la sortie de la maternité. Toutefois, la pratique de l'allaitement exclusif (i.e. en l'absence de tout apport autre que le lait maternel, dont les biberons de complément même ponctuels) était relativement faible. La pratique en France est généralement très en deçà des recommandations internationales et des taux d'allaitement observés dans d'autres pays européens [12].

La situation de cette maternité est particulière, car la population qu'elle reçoit n'est pas représentative de l'ensemble de la population des femmes accouchant en France. En effet, dans notre population d'étude, 1/4 était d'origine étrangère, alors que la proportion de femmes en âge de procréer et d'origine étrangère est estimée à 11 % dans la population générale [8]. Par ailleurs, les 2/3 avaient suivi des études supérieures. Les pratiques de cette population en terme d'alimentation du nouveau-né peuvent donc difficilement être comparées aux études nationales. Par ailleurs, cet établissement de type III recrute de fait une population avec des particularités médicales et obstétricales qui ne peuvent être généralisées à l'ensemble de la population. Cependant, le but de l'étude était surtout d'identifier les facteurs associés aux pratiques alimentaires du nourrisson.

L'initiation de l'allaitement maternel est corrélée uniquement au poids de naissance de l'enfant, ce qui est probablement à mettre en relation avec la volonté que les nouveau-nés de faible poids de naissance sans autre problème aient un gain de poids suffisant avant leur sortie de la maternité. Concernant les raisons de l'arrêt de l'allaitement à 1 mois et à 6 mois, la principale raison invoquée par les femmes interrogées pour justifier cet arrêt était le tarissement du lait. Les facteurs associés au choix et à la pratique de l'allaitement à 1 mois et à 6 mois que nous avons identifiés, ont été retrouvés dans d'autres études [7,9-12]. Ils diffèrent

selon que l'on considère la pratique de l'allaitement maternel à 1 mois (multiparité, absence d'antécédents médicaux et de traitement pendant la grossesse, naissance à terme) ou sa poursuite à 6 mois (choix du mode d'alimentation avant la naissance, procréation spontanée), le niveau d'études étant retrouvé dans les 2 cas. Les facteurs associés à la pratique à 1 mois ne sont pas modifiables ni accessibles aux actions de formation tandis qu'il est possible d'envisager des interventions pour aider les femmes à faire le choix de l'alimentation pendant la grossesse. Le rôle de la grossesse multiple dans la pratique d'un allaitement maternel n'a pas été analysé dans cette étude.

Ces facteurs sont ceux qui ont fondé les recommandations internationales de l'OMS. En revanche, certaines études en Europe et en Amérique du Nord ont mis en évidence des facteurs associés non retrouvés ici, tels que l'âge de la mère, certains problèmes physiopathologiques tels que les mastites ou des crevasses, ou la mise au sein précoce après l'accouchement [9-11]. De plus, ces études ont parfois exploré d'autres facteurs tels que l'indice de masse corporelle maternel ou encore les professions et revenus annuels des parents du nourrisson [9,10], données non disponibles dans cette étude.

Les initiatives de santé publique pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel sont fondées sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, adoptée par tous les états membres en mai 2002 [1]. Elle s'appuie sur le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel [13] et la Déclaration d'Innocenti [14] pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel. De plus, la promotion de l'allaitement maternel fait partie des objectifs du Programme national nutrition santé (PNNS) [15] qui préconise de façon opérationnelle la formation du personnel des maternités à l'aide à l'initiation de l'allaitement à la naissance et une bonne information des femmes sur l'allaitement durant les consultations prénatales et les séances de préparation à l'accouchement.

En 1992, l'OMS et l'Unicef ont lancé de façon conjointe l'initiative « hôpitaux amis des bébés » [16], fondée sur 10 conditions que les maternités devaient respecter afin d'obtenir le label, conditions favorables au succès de l'allaitement maternel. Cette initiative permet de promouvoir l'allaitement maternel dans chaque établissement et donc d'améliorer le taux de femmes allaitant leur enfant ainsi que la durée d'allaitement. Chaque maternité devrait informer les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique, leur indiquer comment procéder, encourager l'allaitement à la demande de la mère et les aider à commencer à

allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance. De plus, l'OMS recommande de ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ou boisson autres que le lait maternel. Par ailleurs, la promotion de l'allaitement maternel en amont de la naissance, voire même de la grossesse, semble toute aussi importante dans la mesure où le fait de choisir le mode d'alimentation avant l'accouchement est positivement corrélé à la pratique de l'allaitement maternel à 6 mois.

Les résultats de cette étude soulignent l'importance du rôle de la maternité et du personnel soignant pendant la grossesse pour encourager les mères qui le souhaitent à allaiter leur enfant. En effet, les facteurs associés à la pratique plus ou moins prolongée de l'allaitement peuvent permettre d'identifier celles qui seraient particulièrement à soutenir dans cette démarche. Une formation du personnel soignant (auxiliaires de puériculture, infirmières, sages-femmes, médecins) à la pratique de l'allaitement maternel ayant été réalisée depuis à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère de Clamart, les modifications des pratiques autour de l'allaitement pourraient être évaluées par une étude équivalente. Dans la pratique, la formation a permis la prise de conscience par le personnel soignant que l'allaitement maternel physiologique ne relevait pas d'une prise en charge médicale en tant que telle. Le renfort de l'équipe par une consultante en lactation a également contribué à l'évolution des pratiques. En s'appuyant sur l'initiative « hôpitaux amis des bébés » comme dans d'autres pays [17], ainsi que sur les recommandations du PNNS, chaque établissement peut améliorer sa pratique et sa politique en matière d'allaitement. Les politiques de promotion d'allaitement maternel qui sont mises en place entre autres dans le cadre du PNNS devraient prendre en compte des leviers qui semblent majeurs d'après nos résultats.

Remerciements

Les auteurs adressent leurs remerciements au Pr René Frydman, chef de service de la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère de Clamart.

Références

1. Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Organisation

- mondiale de la santé, Genève, 2003. http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gsiy.pdf.
2. Blondel B, Supernant K, de Mazaubrun C, et al. Enquête nationale périnatale, 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998. 2005. <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinato3/enquete.pdf>.
3. 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 Pediatr* 2001;8:807-15.
4. 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.
5. Lelong N, Saurel-Cubizolles MJ, Bouvier-Colle MH, et al. Durée de l'allaitement maternel en France. *Arch Pediatr* 2000;7:571-2.
6. Lerebours B, Czernichow P, Pellerin AM, et al. L'alimentation du nourrisson jusqu'à 4 mois en Seine-Maritime. *Arch Fr Pediatr* 1991;48:391-5.
7. Castetbon K, Duport N, Hercberg S. Bases épidémiologiques pour la surveillance de l'allaitement maternel en France. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2004;52:475-80.
8. Beaumel C, Désesquelles A, Richet-Mastain L, et al. La situation démographique en 2002-Mouvement de la population. *INSEE Result Soc* 2004;34:1-44.
9. Dubois L, Girard M. Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (ELDEQ 1998-2002). *Can J Public Health* 2003;94:300-5.
10. Theofilogiannakou M, Skouroliahou M, Gounaris A, et al. Breast-feeding in Athens, Greece: factors associated with its initiation and duration. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006;43:379-84.
11. Locke RO, Paul D, DiMatteo D. Breastfeeding continuation factors in a cohort of Delaware mothers. *Del Med J* 2006;78:295-300.
12. Yngve A, Kylvberg E, Sjöström M. Breast-feeding in Europe – rationale and prevalence, challenges and possibilities for promotion. *Public Health Nutr* 2001;4:1353-5.
13. Organisation mondiale de la santé. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. OMS, Genève, 1981. http://www.who.int/nut/documents/code_english.pdf.
14. Unicef/OMS. Déclaration d'Innocenti. Florence, 1990. <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>.
15. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'état à la santé et aux handicapés. Programme national nutrition santé PNNS 2001-2005. Paris, France: ministère de l'Emploi et de la solidarité, 2001.
16. OMS/Unicef. Promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement: le rôle spécifique des services de maternité. OMS, Genève, 1989.
17. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 2005;116:e702-8.