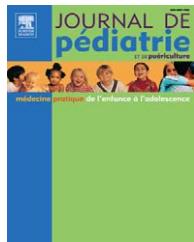




Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature[☆]

Factors associated with breastfeeding duration for at least three months: A literature review

F. Noirhomme-Renard^{a,b,*1}, Q. Noirhomme^c

^aUnité d'éducation pour la santé, École de santé publique, faculté de médecine, université catholique de Louvain, 5070, avenue Emmanuel-Mounier, 1200 Bruxelles, Belgique

^bDépartement des sciences de la santé publique, université de Liège, 3, avenue de l'Hôpital, 4000 Liège, Belgique

^cCentre de recherches du cyclotron, université de Liège, allée du 6 août 8, 4000 Liège, Belgique

MOTS CLÉS

Allaitement maternel ;
Durée

Résumé L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande un allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois et un allaitement partiel jusqu'à deux ans ou au-delà. En Europe actuellement, il existe de fortes disparités de prévalence de l'allaitement selon les pays. L'objectif de cet article est de faire le point sur les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois. Les études permettent d'identifier différents niveaux de facteurs qui interagissent, selon un cadre écosystémique incluant la mère et son bébé (microsystème), l'entourage (mésosystème), le système de santé (exosystème) et les politiques de santé (macrosystème). Afin d'atteindre les objectifs recommandés par l'OMS, il est important de mettre en place des actions à tous les niveaux. L'information aux mères doit être renforcée, de même que l'implication des pères et la formation des professionnels de santé. Après la sortie de maternité, il est primordial que les mères présentant des facteurs de risque de sevrage précoce soient soutenues si on veut que l'allaitement se poursuive.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Breastfeeding;
Duration

Summary The World Health Organization (WHO) recommends exclusive breastfeeding for the first 6 months and partial breastfeeding until 2 years and beyond. Nowadays, there are important disparities in breastfeeding prevalence among European countries. The authors of this article review the literature on factors associated to breastfeeding duration of more than 3 months. The literature enables them to highlight four interdependent levels in an ecosystemic framework: the mother and her baby (microsystem), the social support and relationships (mesosystem), the

[☆] Q. Noirhomme est Chargé de Recherche auprès du Fonds national de la recherche scientifique de Belgique.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : florence.renard@ulg.ac.be (F. Noirhomme-Renard).

¹ F. Noirhomme-Renard travaille actuellement au département des sciences de la santé publique de l'université de Liège.

health system (exosystem) and the health policies (macrosystem). In order to reach the WHO recommendations, one must act at each level. Work can be done to increase mothers' information, to get the father more involved, or to improve the formation of health care providers on breastfeeding. After discharge from the hospital, mothers with risk factors must get support in order to improve breastfeeding duration.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'allaitement maternel présente de nombreux avantages pour la santé de l'enfant et de sa mère. Chez l'enfant, les bénéfices observés incluent [1-4] :

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

Lorsqu'il est prolongé jusqu'à six mois, l'allaitement permet :

- une réduction du risque d'eczéma pendant la première année de vie chez les nourrissons à risque d'allergie (c'est-à-dire dont le père, la mère, le frère ou la sœur, a fortiori plusieurs d'entre eux, a des antécédents de maladie allergique avérée) ;
- une réduction de l'ordre de 20 à 25 % du risque d'obésité pendant l'enfance et l'adolescence ;
- une tension artérielle et une cholestérolémie inférieures à l'âge adulte (respectivement 1 à 2 mm pour la systolique et 0,5 mmHg pour la diastolique et 0,2 mmol/l).

Pour la santé de la mère, l'allaitement maternel offre les bénéfices suivants :

- une perte de poids plus rapide dans les six 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.

L'OMS recommande un allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois de vie du bébé. Selon les experts, la poursuite de l'allaitement exclusif pendant six mois, par rapport à une durée de trois ou quatre mois, permet un développement optimal des nourrissons et doit être encouragée, l'introduction d'une alimentation complémentaire entre quatre et six mois n'apportant aucun bénéfice particulier [5].

L'allaitement maternel est défini comme exclusif lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingesta, 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 [5].

Les données épidémiologiques montrent de grandes différences 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 1980 [6], les taux d'allaitement à la sortie de

maternité varient, à titre d'exemple, de 98 % en Suède à 53 % en France et les taux d'allaitement partiel à six mois de 80 % en Norvège à 10 % en Belgique [7]. Selon le rapport belge de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) (service préventif assimilable aux centres de protection maternelle et infantile en France) [8], « 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 et politiques et à l'information des familles et des professionnels. En effet en 1973, seulement 30 % des bébés suédois étaient allaités à deux mois et 6 % à six mois, alors qu'actuellement 72 % sont encore allaités à six mois ».

Pour pouvoir mettre en place des interventions visant à promouvoir l'allaitement maternel dans la durée, il est important de connaître les différents déterminants en jeu. L'objectif de cet article est de faire le point sur les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois.

Méthode de recherche et d'analyse

La recherche bibliographique a été menée sur les bases de données PubMed et Science direct en associant les termes « *breastfeeding* » et « *duration* ». Les critères de sélection des publications ont été les suivants : des études récentes (de 2001 à 2007), menées dans des pays à haut niveau socioéconomique, identifiant explicitement l'impact d'un ou plusieurs facteurs sur la durée de l'allaitement. L'étude a été complétée d'une recherche manuelle d'articles et de rapports disponibles sur le sujet.

Les articles ont été sélectionnés sur la base de leur résumé, s'ils présentaient des facteurs associés à une poursuite de l'allaitement au-delà de trois mois (allaitement exclusif ou partiel).

Les facteurs identifiés ont été classés en quatre grandes catégories auxquelles peuvent correspondre quatre niveaux d'intervention, selon une approche écosystémique :

- les facteurs liés à la mère, au bébé et à son état de santé et à l'accouchement (microsystème) ;
- les facteurs liés à l'entourage (mésosystème) ;
- les facteurs liés au système de santé (exosystème) ;
- les facteurs liés aux politiques de santé (macrosystème).

Facteurs associés à un allaitement maternel prolongé

Le Tableau 1 présente un résumé des facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel.

Seuls les facteurs montrant des résultats significatifs sur la durée de l'allaitement maternel ont été considérés.

Tableau 1 Résumé des facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel.

Association positive	Association négative
Facteurs liés à la mère	
Être plus âgée, mariée, primipare, d'un niveau de scolarité supérieur, socioéconomiquement plus favorisée [8–15]	Être plus jeune, seule, de plus faible statut socioéconomique, récemment immigrée, avoir déménagé en raison de la naissance du bébé [9,11,13,16,17]
Avoir été allaitée, avoir vu allaiter, expérience passée positive d'allaitement [9,11,18]	Expérience passée négative d'allaitement [9]
Grossesse planifiée, désir et intention prénatale d'allaiter, décision précoce, perception de facilité [9,10,13,20,21]	Ambivalence ou non désir d'allaiter, décision tardive
Participation à des cours de préparation à la naissance [13]	Manque d'informations sur la durée optimale [17]
Bonnes connaissances [10]	Perception d'une insuffisance de lait, incertitude concernant la quantité de lait prise [9,10,13,16–18]
Confiance en soi, sentiment d'auto-efficacité [10,24]	Peu de confiance en soi, gêne d'allaiter en public, dépression postnatale [11,24,25]
Absence de difficultés d'allaitement [13]	Expérience initiale négative, difficultés d'allaitement [21]
Cohabitation mère/bébé 24 h/24 à la maternité [11]	Tétine précoce au bébé [12,22]
	Obésité, tabagisme [10,12,28–30]
	Emploi de la mère (> 20 h/semaine) [12,14,31]
Facteurs liés au bébé et à son état de santé	
Technique de succion correcte	Faible prise de poids du bébé [9,32]
	Problème de succion [17]
Facteurs liés à l'entourage	
Soutien émotionnel de l'entourage	Absence de soutien du partenaire, perception négative de l'allaitement de la part du père
Soutien du partenaire, partenaire favorable à l'allaitement [12,40]	
Soutien téléphonique des paires [41]	
Facteurs liés au système de santé	
Mise au sein précoce, allaitement fréquent, à la demande [11,13]	Mise au sein différée, allaitement à horaires fixes [11,18,22]
Soutien de professionnels de santé formés	Recours aux compléments en maternité
	Distribution d'échantillons de lait artificiel à la maternité [42]
	Méconnaissances et manque de soutien des professionnels [15]
	Recommandation de compléments [17]
Facteurs liés aux politiques de santé	
Accès à un congé de maternité rémunéré prolongé [12]	Congé de maternité court et peu rémunéré
Initiative « Hôpital ami des bébés » [18,47]	

Facteurs liés à la mère

Facteurs sociodémographiques et culturels

Les mères plus âgées [9–12], mariées [13], primipares [8,14,15], d'un niveau de scolarité supérieur [9,10] et les femmes socioéconomiquement plus favorisées [10] allaitent plus et plus longtemps.

Les femmes plus jeunes [9,16], seules [9,13], de plus faible statut socioéconomique [11,17] et les femmes récemment immigrées [9,16] allaitent moins et moins longtemps. Le fait d'avoir déménagé en raison de la naissance du bébé est significativement associé à un sevrage précoce [13].

Expériences précédentes

D'une manière générale, les femmes qui ont elles-mêmes été allaitées [11,18], qui ont déjà vu une mère allaiter et qui ont déjà allaité précédemment [9], 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. En revanche, si les expériences

précédentes ont été plutôt négatives, la confiance en sa capacité à allaiter peut être moindre.

Facteurs de choix personnel (intentions, motivations, décision d'allaiter)

Le fait que la grossesse ait été planifiée est significativement associé à un allaitement maternel prolongé au-delà de quatre mois [13].

Le choix d'allaiter ou non se fait avant la grossesse et/ou durant le premier trimestre dans la grande majorité des cas [19]. Le désir prénatal d'allaiter ou de ne pas allaiter prédit en grande partie le comportement de la mère après la naissance de l'enfant [20]. Ainsi, l'intention prénatale d'allaiter de manière prolongée est significativement associée à un allaitement prolongé [9,10,21]. Inversement, si une ambivalence est ressentie chez la mère durant la grossesse, la probabilité d'arrêter l'allaitement très tôt après la naissance est augmentée.

Le moment de la décision d'allaiter est un facteur d'influence important sur le comportement d'allaitement des mères [9] : plus la décision est précoce, meilleures seront

l'initiation et la durée d'allaitement. Le choix « tardif » (c'est-à-dire le choix pris pendant la grossesse ou à la naissance) du mode d'alimentation du bébé est, en revanche, associé à un sevrage plus précoce [22].

Selon Arora et al. [19], les facteurs les plus significatifs contribuant à la décision de la mère à choisir l'allaitement sont :

- le bénéfice pour la santé de l'enfant ;
- le côté naturel ;
- le lien émotif plus étroit avec l'enfant.

Les raisons les plus communes invoquées par les mères qui utilisent le biberon sont :

- la perception de la mère de la préférence du père pour le biberon ;
- l'incertitude concernant la quantité de lait prise au sein ;
- le retour au travail.

Préparation à la naissance

Le fait d'avoir suivi des cours de préparation à la naissance ou de soins au bébé est associé à un allaitement maternel prolongé au-delà de quatre mois [13]. De même, la participation à des séances d'information prénatale sur l'allaitement est à l'origine d'un allaitement plus long et exclusif [23].

Connaissances, croyances, représentations

Le niveau de connaissance des mères est positivement associé à une durée d'allaitement plus longue [10]. Toutefois, cet effet dépend de la parité des mères. En effet, un degré de connaissance 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 [17], tandis que la connaissance de la durée optimale d'allaitement exclusif de six mois (connue par 65 % des mères dans l'étude de Peters et al. [13]) est significativement associée à un allaitement maternel plus long (plus de quatre mois) [13].

La perception d'une insuffisance de lait [9,13,16–18] semble être la première raison amenant les mères à introduire le lait artificiel et/ou à mettre fin à l'allaitement maternel. Or, selon le rapport de l'Anaes [18], l'insuffisance de lait physiologique est très rare. Dans la majorité des cas, il s'agit 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 [9].

L'incertitude concernant la quantité de lait prise par le bébé (présente chez 47 % des mères dans l'étude de Kronborg et Vaeth [10]) est négativement associée à la durée de l'allaitement maternel et 35 % des mères l'invoquent comme raison les amenant à utiliser le biberon [19]. Le fait de ne pas savoir la quantité de lait que le bébé a bu est en effet inquiétant pour certaines mères.

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 [10,24]. Blyth et al. [24] ont montré que les mères ayant une confiance en leur capacité d'allaiter élevée allaient significativement plus, et de manière exclusive, à une semaine et à quatre mois, que les mères ayant une faible confiance.

Une étude française rapporte que la gêne d'allaiter devant certaines personnes existe chez environ 40 % des mères interrogées et est associée à une durée d'allaitement moindre, sans représenter toutefois un facteur significatif [11]. 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 et al. [25] chez 18 % des mères, est significativement associée à un sevrage plus précoce. Quant au « baby blues » du post-partum, il aurait été ressenti dans l'étude de Branger et al. [11] par 48 % des mères sans pour autant être 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 [21] : 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. Les auteurs suggèrent que les femmes qui ont connu certaines difficultés durant la première semaine (environ 50 % d'entre elles) ou un manque de confort émotionnel (environ 10 %) mais qui ont surmonté les difficultés et poursuivi l'allaitement éprouvent par la suite un sentiment de plus grande auto-efficacité.

La présence de difficultés liées à l'allaitement durant les quatre premières semaines est fréquente [12,26], de l'ordre de 50 % des femmes selon Scott et al. [12]. Il s'agit le plus souvent de douleurs mammaires, de mastites, de crevasses, de retard de montée de lait ou de fatigue. Il n'y a pas davantage de problèmes chez les mères qui arrêtent précoce-ment l'allaitement que chez celles qui le poursuivent au-delà de quatre mois [18], mais l'absence de complications a bien une influence positive sur le processus d'allaitement [13].

Certaines pratiques contraires aux « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » [27] montrent des effets négatifs sur la durée de l'allaitement (« Pratiques hospitalières des soins mère/enfant ») et le rôle des professionnels de santé est d'informer les mères à ce sujet. Ainsi, on observe une association négative significative entre l'introduction précoce (à la maternité ou avant quatre semaines) d'une tétine au bébé et la durée de l'allaitement maternel [12,22]. 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 [12].

La présence du bébé la nuit avec sa mère est associée à une durée d'allaitement plus longue [11].

Etat de santé et mode de vie de la mère

L'obésité de la mère (définie par un IMC supérieur ou égal à 30) avant la grossesse est corrélée de manière négative à la durée de l'allaitement (OR d'allaitement à six mois de 0,49 par rapport aux femmes avec un IMC normal, 0,28–0,85) [28,29].

Le tabagisme de la mère durant la période périnatale, défini comme le fait de fumer avant, pendant ou après la grossesse, est généralement associé à une plus faible initiation de l'allaitement et à un sevrage plus précoce [10,12,29,30]. Les mères qui continuent à fumer pendant leur grossesse et après la naissance ont 2,18 fois plus de chances de ne plus allaitez à dix semaines, par rapport aux mères non fumeuses [30]. En revanche, les mères qui ont arrêté de fumer ou diminué leur consommation de cigarettes pendant la grossesse ont une durée moyenne d'allaitement plus longue que celles qui ne modifient pas leurs habitudes vis-à-vis du tabac.

Situation d'emploi de la mère

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 [12,31].

Toutes les femmes n'ont pas la possibilité de poursuivre l'allaitement après la reprise du travail. L'environnement de travail joue un rôle important.

Les freins à l'allaitement identifiés sur le lieu de travail incluent :

- le manque de soutien de l'employeur et des collègues ;
- l'accès limité à l'utilisation d'un tire-lait ;
- le manque de lieu disponible pour tirer son lait ;
- l'absence d'un réfrigérateur pour conserver le lait ;
- 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 : des données américaines montrent que 42,4 % des femmes travaillant à temps partiel allaient toujours leur bébé à quatre mois contre 34,3 % des femmes travaillant à temps plein et 39,9 % des femmes ne travaillant pas [14].

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 le sont pas moins longtemps que les autres [13].

La faible prise de poids du bébé rapportée par les mères durant la première semaine [9], de même qu'une perte de poids mesurée de plus de 10 % en maternité sont associées à un sevrage plus précoce [9,32].

La présence d'un problème de succion du bébé est un prédicteur significatif de ne pas allaitez le bébé exclusivement à 12 semaines [17]. Une technique de succion correcte est un préalable indispensable à la réussite de l'allaitement et à sa durée. Celle-ci peut être corrigée précoce, ce qui permet d'atteindre le même niveau d'allaitement [33].

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 a été démontré que l'accouchement par voie vaginale pouvait avoir une influence positive sur le comportement d'allaitement [13],

tandis qu'un accouchement par césarienne a été identifié comme un facteur significatif de sevrage avant quatre mois [34].

D'après le rapport de l'Anaes [18], l'analgésie péridurale pendant le travail peut retarder le réflexe de succion mais ne compromet pas le devenir de l'allaitement. Il semble que la réussite ou l'échec de l'allaitement est 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 [35].

L'effet de la longueur du séjour à l'hôpital n'est pas clair. Deux études suédoises ont obtenu des résultats contradictoires : l'une montrant que la longueur du séjour hospitalier après la naissance n'était pas associée avec la durée de l'allaitement et que certaines caractéristiques maternelles pouvaient être des prédicteurs plus importants d'un allaitement prolongé [36] ; l'autre montrant qu'une sortie « rapide » de l'hôpital (72 heures après la naissance) était associée à une durée plus courte d'allaitement maternel exclusif [37].

Facteurs liés à l'entourage

Plusieurs études ont montré que les pères avaient un rôle influent dans la prise de décision des femmes d'allaiter leur enfant [9,11,12] et que leur soutien était crucial pour le succès de l'allaitement [38,39]. Dans l'étude de Scott et al. [12], menée en Australie, 59 % des femmes qui percevaient que leur partenaire était plus favorable à l'allaitement ont maintenu l'allaitement jusqu'à six mois et 53 % ont allaité exclusivement leur enfant jusqu'à trois 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.

Les mères qui allaient plus de neuf 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 leur propre mère que les mères qui sèvrent rapidement leur enfant [40].

Les croyances et représentations au sujet de l'allaitement de paires et grands-mères (« Es-tu sûre d'avoir assez de lait ? », « N'a-t-il pas encore faim ? ») peuvent malheureusement avoir une influence néfaste sur la confiance en soi des mères et la prolongation de l'allaitement maternel.

Un soutien des paires sous forme d'appui téléphonique, en augmentant la confiance en elles des mères, permet parfois d'améliorer la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel [41].

Facteurs liés au système de santé

Pratiques hospitalières des soins mère/enfant

Selon le rapport de l'Anaes [18], il semble encore fréquent en France que des nouveau-nés même bien portants soient séparés de leur mère à la naissance pour des soins de routine ou une surveillance, malgré les bénéfices connus d'un contact précoce avec la mère : première tétée précoce, maintien efficace de la température corporelle du bébé, amélioration de son bien-être, bonne adaptation métabolique et renforcement des liens mère/enfant. 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. [42], 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.

L'OMS recommande de débuter l'allaitement dans la demi-heure suivant la naissance [27]. La mise au sein précoce après l'accouchement a été soulignée comme bénéfique sur la durée d'allaitement [11,13], tandis qu'une mise au sein différée semble être un facteur de risque de sevrage plus précoce [22].

Le fait de recommander certaines pratiques, comme l'allaitement à horaires fixes, l'utilisation d'une tétine ou d'une sucette ou de donner des compléments de lait artificiel sans indication médicale en maternité, est défavorable à la poursuite de l'allaitement. En effet, ces facteurs sont associés à une réduction de la durée de l'allaitement maternel [11,18,22]. En revanche, promouvoir un allaitement fréquent a une influence positive sur la durée de l'allaitement [13].

La distribution d'échantillons gratuits de lait réduit l'allaitement exclusif, en particulier pour les femmes n'ayant pas encore fait un choix en ce qui concerne l'allaitement [42].

Soutien des professionnels de santé

Guise et al. [42] ont relevé en 2003 les lacunes de la recherche quant aux conseils donnés par les prestataires de soins primaires aux futures et jeunes mères pour promouvoir l'allaitement maternel. Les recommandations des experts concernant l'allaitement maternel sont 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 [43].

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 [44], 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 [37]. Un soutien considéré comme faible par les mères est associé à un taux élevé d'arrêt de l'allaitement avant trois mois, tandis que les mères qui reçoivent des informations répétées allaitent plus longtemps [15].

Taveras et al. [45] ont observé des problèmes de communication au sujet de l'allaitement entre les mères et les soignants lors de consultations préventives. Leurs opinions ne coïncident pas quant aux informations échangées. En effet, alors que 91 % des obstétriciens déclarent qu'ils discutent fréquemment ou toujours de la durée de l'allaitement maternel durant les visites prénatales et 92 % des pédiatres durant la visite préventive de deux semaines, seulement 16 et 25 % de leurs patientes interrogées, respectivement, déclarent que le sujet de la durée de l'allaitement maternel a été abordé.

Les cliniciens manquent de pratique et de confiance en leurs compétences à soutenir l'allaitement maternel, en particulier en cas de problèmes ou de difficultés rencontrés par les mères [17]. L'étude de Taveras et al. [17] a montré, par exemple, que 55 % des obstétriciens n'ont pas confiance dans leur capacité à résoudre les problèmes avec les mères

qui « ne produisent pas suffisamment de lait », tandis que 67 % des soignants en pédiatrie ne sont pas confiants dans leur capacité à résoudre les difficultés liées à la douleur, la tension mammaire ou les crevasses. Concernant leur pratique, la recommandation de suppléments a été identifiée comme un prédicteur significatif de ne pas allaiter le bébé exclusivement à 12 semaines [17].

Le manque de temps durant les consultations préventives pour aborder les problèmes liés à l'allaitement est, selon les soignants, un frein très important à la promotion de l'allaitement [17].

Facteurs liés aux politiques de santé publique

Publicité sur les substituts de lait – distribution d'échantillons en maternité

Des législations nationales régulant la commercialisation des substituts de lait maternel existent dans les pays européens, mais elles sont loin d'appliquer le Code international de commercialisation des substituts de lait maternel [46].

Certains auteurs suggèrent qu'étant donné l'impact négatif constaté sur les durées d'allaitement de la distribution d'échantillons de lait artificiel en maternité 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 [18].

Politiques d'emploi – congé 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 [12]. 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.

En Europe, la durée et la rémunération du congé de maternité varient d'un pays à l'autre.

Selon Scott et al. [12], « 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 et la possibilité de bénéficier de pauses d'allaitement aideront les mères à poursuivre l'allaitement tout en reprenant le travail ».

Initiative « Hôpital ami des bébés » (IHAB) de l'OMS/Unicef

Plusieurs études montrent que toutes les interventions visant à changer les pratiques fondées sur les « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel », proposées par l'OMS et l'Unicef dans le cadre de l'initiative « Hôpital ami des bébés » (IHAB), améliorent le taux d'allaitement à la sortie de la maternité et entraînent une augmentation de la durée de l'allaitement exclusif [18].

En Suisse, l'étude de Merten et al. [47] 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. Les résultats ont montré que la proportion d'allaitement maternel exclusif des enfants de cinq 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 (35 semaines vs 29 semaines pour l'allaitement partiel, 12 semaines vs six semaines pour l'allaitement exclusif). 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 a priori 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.

Conclusions

Limites de la recherche

Les publications scientifiques portant sur l'allaitement maternel sont nombreuses. Cette revue de la littérature relative aux facteurs associés à un allaitement prolongé n'est pas exhaustive : notre objectif était de dresser un panorama des différents facteurs en jeu, nous avons donc éliminé certaines études lorsque les informations devenaient redondantes.

Nombre des facteurs identifiés font par ailleurs l'objet à eux seuls de recherches spécifiques relatives à la durée d'allaitement : l'obésité de la mère, son statut tabagique, la prématurité de l'enfant, la reprise du travail, etc.

Recommandations

De nombreux efforts sont réalisés dans les maternités, en Belgique et dans d'autres pays, pour augmenter les taux d'allaitement. Ceux-ci sont importants et montrent des résultats sur les taux d'allaitement à la sortie de maternité, mais ne suffisent cependant pas encore à améliorer les taux d'allaitement à trois ou six mois.

Cette revue de la littérature permet d'identifier quelques pistes prioritaires pour améliorer les taux d'allaitement au-delà de trois mois.

Identifier les facteurs de risque chez les futures ou jeunes mères

Un repérage précoce des femmes présentant des facteurs associés dans la littérature à un risque de sevrage précoce permettrait de mettre en place des interventions préventives adaptées. Cela nécessiterait d'évaluer le plus tôt possible durant la grossesse, les connaissances, perceptions, souhaits des mères concernant l'allaitement, de repérer d'éventuelles contre-indications à l'allaitement, d'encourager les mères et leur apporter une information correcte leur permettant de faire un choix éclairé quant au mode d'alimentation de leur bébé.

L'entretien prénatal précoce offre un cadre idéal pour ce type d'information. De même, tout contact avec les parents lors du séjour hospitalier et après le retour à domicile doit être l'occasion de rechercher la présence d'éventuelles difficultés, de conseiller et de soutenir les mères.

En périodes pré- et postnatales, des interventions portant sur la connaissance de l'allaitement, les techniques pratiques et la résolution de problèmes se sont révélées efficaces et font l'objet de recommandations cliniques « basées sur les preuves », à la différence de brochures informatives, par exemple [42].

Renforcer le rôle des pères/paires

Les pères ont un rôle influent dans la prise de décision des femmes d'allaiter leur enfant et leur soutien est crucial pour le succès de l'allaitement. Or, dans nos pays industrialisés, les pères sont encore peu impliqués dans la préparation à la naissance. Il est donc important de veiller à les informer sur les bienfaits de l'allaitement, les problèmes et les difficultés qui peuvent survenir et sur la manière dont ils peuvent soutenir la mère et protéger l'allaitement.

De plus, les futures ou jeunes mères devraient être incitées à trouver, dans leur entourage, une personne de confiance (amie, sœur, belle-sœur...) ayant une expérience d'allaitement prolongé, à laquelle elles pourraient poser leurs questions et se référer en cas de difficultés.

Informer et former les professionnels de santé, en particulier les médecins

Si, en Belgique et en France, un certain nombre de maternités semblent soucieuses d'améliorer leurs pratiques en termes d'allaitement par le biais de formations pour le personnel soignant, beaucoup reste à faire pour améliorer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins, qu'ils soient généralistes, pédiatres ou obstétriciens. En témoigne la multitude de questions posées par les mères sur les forums de discussion d'internet, relatives aux messages contradictoires qu'elles reçoivent des professionnels de santé ou interrogeant d'autres mères sur les coordonnées de médecins « pro-allaitement » dans leur région.

La formation médicale initiale n'inclut que peu d'aspects relatifs à l'allaitement et de nombreux médecins se trouvent démunis face à des questions pratiques telles qu'une faible prise de poids du bébé (rappelons que les bébés nourris au sein s'écartent sensiblement après l'âge de quatre mois des courbes de croissance établies à partir d'une majorité d'enfants nourris avec des préparations lactées industrielles [1]), la prise de médicaments par la mère, le tabagisme, etc. Contribuer à limiter les informations et messages

contradictoires reçus par les mères devrait aujourd’hui être une priorité de santé publique dans nos pays.

Prendre les mesures politiques nécessaires

Des mesures politiques à différents niveaux sont indispensables pour rejoindre les taux d’allaitement prolongé des pays scandinaves et atteindre les recommandations de l’OMS. À titre d’exemple, il faudrait :

- informer les mères et les employeurs sur les droits des mères en matière de protection de la maternité et d’allaitement. Une étude rétrospective récente [48], menée en Belgique auprès d’une soixantaine de mères ayant allaité leur enfant plus de quatre mois, a montré qu’aucune ne connaissait la possibilité de bénéficier de « pauses d’allaitement » rémunérées après la reprise de leur travail, alors que la majorité avait repris celui-ci et avait aménagé elles-mêmes leur temps et leur environnement de travail pour pouvoir continuer d’allaiter ;
- financer la recherche dans le domaine de la santé publique. Étant donné la différence de contextes sociaux, culturels, en termes de politiques d’emploi, etc. entre pays européens, il serait judicieux, dans nos pays, de documenter les problématiques d’allaitement au niveau régional pour mettre ensuite en place des politiques préventives qui correspondent à de réels besoins. Il serait, par exemple, utile de :
 - déterminer les interventions préventives les plus efficaces pour soutenir les mères présentant certains facteurs de risque (jeune âge des mères, niveaux socioéconomiques vulnérables, immigration, monoparentalité, etc.) ;
 - déterminer les besoins de formation des soignants ainsi que l’impact d’une amélioration de leur formation sur les pratiques des mères ;
 - tester des interventions « pilotes » permettant aux mères ayant repris le travail de poursuivre l’allaitement (conditions pour pouvoir tirer son lait sur le lieu de travail, allaitement à la crèche...).

De plus, le financement de colloques scientifiques et de réseaux permettant des échanges entre professionnels et chercheurs pourrait être renforcé.

Conflits d’intérêts

Aucun.

Références

- [1] 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):S145–65.
- [2] Dutch State Institute for Nutrition and Health. Van Rossum CMT BFHJ. Quantification of health effects of breastfeeding. Review of the literature and model situation. RIVM Report 2009;350040001/2005.
- [3] Agency for Healthcare Research and Quality. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. AHRQ Publication 2007;07-E007;1–24.
- [4] World Health Organization. Horta BL BRMJVC. Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analyses. Geneva: WHO Press; 2007 [p. 1–52].
- [5] Anaes, service recommandations et références professionnelles. Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l’enfant. Recommandations. *Gynecol Obstet Fertil* 2003;31:481–90.
- [6] Yngve A, Sjostrom M. Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. *Public Health Nutr* 2001;4:631–45.
- [7] Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr* 2005;8:39–46.
- [8] Banque de données médicosociales de l’ONE. Rapport 2004. Bruxelles, 2004. Disponible à l’adresse: www.one.be.
- [9] Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J Hum Lact* 2004;20:30–8.
- [10] Kronborg H, Vaeth M. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scand J Public Health* 2004;32:210–6.
- [11] Branger B, Cebron M, Picherot G. Facteurs influençant la durée de l’allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pediatr* 1998;5:489–96.
- [12] Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics* 2006;117:e646–55.
- [13] Peters E, Wehkamp KH, Felberbaum RE, Kruger D, Linder R. Breastfeeding duration is determined by only a few factors. *Eur J Public Health* 2006;16:162–7.
- [14] Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A guide for the medical profession, 6th Edition, St. Louis: Mosby; 2005, 1152p.
- [15] Dremsek PA, Göpfrich H, Kurz H, Bock W, Benes K, Philipp K, et al. Breast feeding support, incidence of breastfeeding and duration of breast feeding in a Vienna perinatal center. *Wien Med Wochenschr* 2003;153:264–8.
- [16] Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: A 1990–2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002;31: 12–32.
- [17] Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rêgo VH, et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004;113:e283–90.
- [18] 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. Disponible à l’adresse suivante : <http://www.anaes.fr> ou <http://www.sante.fr>.
- [19] Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: Mother’s perception of father’s attitude and milk supply. *Pediatrics* 2000;106:E67.
- [20] Donath SM, Amir LH. Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: A cohort study. *Acta Paediatr* 2003;92:352–6.
- [21] DiGirolamo A, Thompson N, Martorell R, Fein S, Grummer-Strawn L. Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding. *Health Educ Behav* 2005;32:208–26.
- [22] Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, Rivier A, Callec M, Polverelli JF, et al. Initiation et durée de l’allaitement maternel dans les établissements d’Aix et Chambéry (France). *Arch Pediatr* 2001;8:807–15.
- [23] Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B, Bassett V, Woodend AK. Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006;35:616–24.

- [24] Blyth R, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth* 2002;29:278–84.
- [25] Henderson JJ, Evans SF, Stratton JA, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth* 2003;30:175–80.
- [26] Michel MP, Gremmo-Feger G, Oger E, Sizun J. Étude pilote des difficultés de mise en place de l'allaitement maternel des nouveaux-nés à terme, en maternité : incidence et facteurs de risque. *Arch Pediatr* 2007;14:454–60.
- [27] World Health Organization. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. Geneva : WHO.
- [28] Donath SM, Amir LH. Does maternal obesity adversely affect breastfeeding initiation and duration? *J Paediatr Child Health* 2000;36:482–6.
- [29] Forster DA, McLachlan HL, Lumley J. Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. *Int Breastfeed J* 2006;1:18.
- [30] Liu J, Rosenberg KD, Sandoval AP. Breastfeeding duration and perinatal cigarette smoking in a population-based cohort. *Am J Public Health* 2006;96:309–14.
- [31] Rojjanasrirat W. Working women's breastfeeding experiences. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2004;29:222–7.
- [32] Ego A, Dubos JP, Djavadzadeh-Amini M, Depinoy MP, Louyot J, Codaccioni X. Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. *Arch Pediatr* 2003;10:11–8.
- [33] Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992;19:185–9.
- [34] Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Breastfeeding rates and duration in Germany: A Bavarian cohort study. *Br J Nutr* 2008;99:1127–32.
- [35] Halpern SH, Levine T, Wilson DB, MacDonell J, Katsiris SE, Leighton BL. Effect of labor analgesia on breastfeeding success. *Birth* 1999;26:83–8.
- [36] Waldenstrom 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.
- [37] Ekstrom A, Widstrom AM, Nissen E. Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. *J Hum Lact* 2003;19:172–8.
- [38] Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, O'Campo P, Bronner Y, Bienstock J. Dads as breastfeeding advocates: Results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:708–12.
- [39] Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio P. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics* 2005;116:e494–8.
- [40] Ekstrom A, Widstrom AM, Nissen E. Breastfeeding support from partners and grandmothers: Perceptions of Swedish women. *Birth* 2003;30:261–6.
- [41] Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: A randomized controlled trial. *CMAJ* 2002;166:21–8.
- [42] Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan BK, Helfand M, Lieu TA, U.S. Preventive Services Task Force. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis for the US preventive services task force. *Ann Fam Med* 2003;1:70–8.
- [43] Krogstrand KS, Parr K. Physicians ask for more problem-solving information to promote and support breastfeeding. *J Am Diet Assoc* 2005;105:1943–7.
- [44] Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayral AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, 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.
- [45] Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Régo VH, et al. Mothers' and clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. *Pediatrics* 2004;113:e405–11.
- [46] Commission européenne. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: A blueprint for action. Disponible à l'adresse: www.iblce-Europe.org/Download/Blueprint/Blueprint%20English.pdf.
- [47] Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 2005;116:e702–8.
- [48] Van Leeuwen V. Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel dans la durée : l'influence du soutien et de l'information fournis par les professionnels de la santé aux mères allaitantes (non publié). Bruxelles: Université catholique de Louvain; 2008.