



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2004 –

Allaitement maternel en Ile-et-Vilaine : Comment encourager sa mise en œuvre et le soutenir dans sa durée ?

– Groupe n° 7

- Elise DANY (DH)
- Céline FAYE (DH)
- Laurent GANDRA-MORENO.(DESS)
- Emmanuelle GARD-SEGUY (DESS)
- Céline LALLEMAND (DH)
- Frédéric LAVIGNE (DESS)
- Delphine LE PORT (DES)
- Claire MILLINER (DH)
- Marie-Annick PATAULT (DES)
- Marie TACZANOWSKI (DH)

Animateurs : Gaud MALLARD

Gérard DURAND

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 MATERIEL ET METHODES	3
2 RESULTATS	5
2.1 Les grandes tendances issues de la littérature	5
2.1.1 Données quantitatives	5
A) Au plan national	5
B) Le département d'Ille et Vilaine.....	6
2.1.2 Données qualitatives.....	6
2.1.3 L'allaitement maternel du point de vue scientifique	8
2.1.4 L'allaitement maternel du point de vue juridique.....	9
2.2 Données issues des entretiens	10
2.2.1 Les entretiens avec les professionnels.....	10
2.2.2 Entretiens avec les mères.....	15
2.2.3 Entretiens réalisés avec des professionnels en Norvège	17
3 DISCUSSION	18
3.1 Analyse des résultats	18
3.1.1 Représentations des professionnels concernant les bienfaits de l'allaitement maternel.....	18
3.1.2 Facteurs de choix de l'allaitement maternel.....	18
3.1.3 Facteurs déterminant l'arrêt de l'allaitement maternel	19
3.1.4 Spécificités en Ille-et-Vilaine	20
3.2 Préconisations	20
3.2.1 Disposer de données fiables et exploitables.....	21
3.2.2 Favoriser l'accès à la formation et à l'information.....	21
3.2.3 Développer un environnement propice à l'allaitement maternel	24
3.2.4 Permettre un choix libre et éclairé	25
CONCLUSION	26
BIBLIOGRAPHIE	27
LISTE DES ANNEXES	I
Annexe I : Définitions de l'allaitement maternel (ANAES)	II

Annexe II : Grille d'entretien pour les professionnels	III
Annexe III : Grille d'entretien pour les mères	IV
Annexe IV : Rapport des entretiens réalisés avec les mères.....	VI
Annexe V : Rapport des entretiens réalisés en Norvège.....	XI
Annexe VI : Les dix recommandations de l'OMS et de l'UNICEF	XV
Annexe VII : Actions réalisées par le Finistère et le Morbihan dans la promotion de l'allaitement.....	XVI
Annexe VIII : Evaluation financière des préconisations formulées en matière d'encouragement à la pratique de l'allaitement maternel	XVIII

Remerciements

Nous remercions nos deux animateurs, Mme Mallard et M Durand pour leur implication dans ce travail et les conseils qu'ils ont dispensés tout au long de notre réflexion.

Pour leur disponibilité et leur pédagogie, nous remercions les nombreux professionnels que nous avons rencontré ou contacté durant ces deux semaines, particulièrement le docteur B. BRANGER qui s'est déplacé pour nous faire partager son expérience et ses connaissances.

Nous remercions également les mères de notre entourage et de la maternité de Fougères qui ont accepté de répondre à nos questions.

Nous remercions enfin les cadres et administratifs de la maternité de Fougères pour avoir accepté de nous accueillir au sein de la maternité.

Liste des sigles utilisés

AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CDAS : Centre Départemental d'Action Sociale

CoFAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DU : Diplôme Universitaire

GEPAMO : Groupe d'Etude et de Promotion de l'Allaitement Maternel dans l'Ouest

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IPA : Information Pour l'Allaitement

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé

ORSB : Observatoire Régional de la Santé – Bretagne

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNNS : Programme National Nutrition-Santé

UNICEF : United Nations Children's Fund

INTRODUCTION

Jusqu'au début du XXème siècle, l'allaitement maternel était le mode exclusif d'alimentation des bébés, au-delà même de leur première année. Les nourrices étaient la principale chance de survie pour les bébés séparés de leur mère et de nombreuses femmes en firent leur source de revenus¹.

Après la Seconde Guerre Mondiale, le développement de préoccupations hygiénistes et modernistes persuade les médecins des bienfaits et de la supériorité du biberon sur le sein. Par la suite, la mise au point par les industriels de préparations de substitution de plus en plus élaborées, ouvre des perspectives économiques très rentables. Enfin, ce progrès technique coïncide avec des changements sociaux profonds. Dans les années 1960, les mouvements féministes, l'essor du travail des femmes, font du biberon un instrument de libération, tandis que l'allaitement maternel devient synonyme d'aliénation.

Aujourd'hui, en France, en dépit d'un discours médical soulignant les bienfaits de l'allaitement maternel, tant pour la mère que pour l'enfant, le nombre de femmes y recourant a peu varié ces vingt dernières années. Le taux d'allaitement en France est un des plus faibles d'Europe : 52% en moyenne à la sortie de la maternité, contre 69% au Royaume-Uni, 85% en Italie et 98% en Norvège². Ce taux est un peu plus faible (50%) dans le département de l'Ille-et-Vilaine. Aucune étude à ce jour n'a pu en expliquer les raisons.

La durée médiane d'allaitement constatée en France est quant à elle de douze semaines³.

De nombreux facteurs influencent la pratique de l'allaitement maternel. Ils sont principalement d'ordre culturel, socio-démographique (âge de la mère, niveau d'éducation, situation professionnelle...) et psychosociologique (influence du père, des professionnels de santé, représentations propres à chaque femme de l'allaitement maternel).

¹ A. NAOURI, *L'enfant bien portant*, Seuil, septembre 2004, pp108-112.

² B. BRANGER, *Epidémiologie de l'allaitement maternel*, mars 2004. Respectivement pour les années 2000, 2000, 1995, 1997.

³ B. BRANGER, *Epidémiologie de l'allaitement maternel*, mars 2004.

Du point de vue rationnel, le paradoxe réside dans le fait qu'un « *phénomène physiologique offrant le produit le meilleur sur le plan de la qualité et de la sécurité, et le plus économique soit délaissé au profit d'un produit artificiel de qualité inférieure, moins sûr et plus coûteux* »⁴. Mais se limiter aux discours scientifiques ne permet pas de prendre en compte le coût symbolique de l'allaitement maternel et les représentations qui lui sont associées. De ce fait, il importe de comprendre pourquoi en Ille-et-Vilaine, certaines mères souhaitent allaiter, refusent ou bien y renoncent avant de pouvoir réfléchir à la légitimité et à l'efficacité des actions de promotion.

Il s'agit donc, dans un premier temps, de se demander pourquoi le taux d'allaitement maternel en Ille et Vilaine n'est pas plus élevé, pour ensuite s'interroger sur la promotion de celui-ci. Enfin, comment, et jusqu'à quel point, encourager cette pratique puis la soutenir dans sa durée ?

Après avoir exposé le choix de la méthode retenue pour ce travail (1), nous présenterons les résultats obtenus (2). Nous procéderons ensuite à leur analyse, en vue d'élaborer des propositions adaptées (3).

⁴ Professeur L. DAVID, « La promotion de l'allaitement : *allegro ma non troppo* », *La Santé de l'Homme*, N°339, Janvier 1999, p16.

1 MATERIEL ET METHODES

Notre travail a été réalisé sur une durée d'environ deux semaines, au cours du mois de septembre 2004.

Le recueil d'informations au travers de la littérature nous est apparu comme un préalable, nécessaire au choix de notre méthode et à et à l'élaboration des grilles d'entretien.

Les bases de données du centre de documentation de l'ENSP, des bibliothèques universitaires Rennes 1 et Rennes 2 et des moteurs de recherche Internet nous ont permis de constituer une partie de nos sources documentaires.

Nous souhaitons obtenir principalement des données d'ordre qualitatif. Il nous a donc semblé opportun d'opter pour la technique des entretiens semi-directifs. En effet, notre étude a pour objectif d'appréhender les actions susceptibles d'encourager la mise en œuvre de l'allaitement maternel et son maintien à la sortie de la maternité. En outre, le choix de cette méthode facilite l'analyse des éléments recueillis.

L'enquête a été réalisée auprès de professionnels de santé exerçant en Ille et Vilaine et dans d'autres départements mobilisés en faveur de l'allaitement maternel.

Une partie de ces entretiens a été menée lors de rencontres organisées à notre initiative. Une grille d'entretien spécifique, élaborée collectivement, et adaptée à chaque professionnel sollicité, a guidé notre démarche. Elle comporte généralement cinq items : la formation (initiale et continue) dont il a bénéficié sur le sujet, son positionnement par rapport à l'allaitement maternel, son rôle dans la décision d'allaiter et dans l'accompagnement durant l'allaitement, et enfin, ses préconisations quant aux actions à mener pour le développement de cette pratique.

Nous avons ainsi rencontré un médecin de PMI dans un CDAS d'Ille et Vilaine, un pédiatre libéral exerçant à Rennes, une sage-femme exerçant à Vannes, un représentant de la CPAM de Vannes, une sage-femme libérale à Rennes, les cadres de santé de la maternité de La Sagesse à Rennes et l'équipe de la maternité de Fougères.

Enfin, nous avons convié le Docteur B. BRANGER, pédiatre épidémiologiste au centre hospitalier PONTCHAILLOU de Rennes, afin d'enrichir nos discussions et de nourrir nos échanges.

Nous avons également contacté par téléphone, lorsque la distance l'imposait et compte tenu du peu de temps qui nous était imparti, un pédiatre du centre hospitalier de Lille, un médecin généraliste, un pédiatre parisiens et un gynécologue-obstétricien grenoblois.

Il nous semble important de préciser que l'ensemble des professionnels interrogés, particulièrement sensibilisés, était favorable à l'allaitement maternel. Il nous a été impossible, malgré nos démarches, de rencontrer des professionnels moins en faveur de l'allaitement maternel. Cette notion est à prendre en compte dans notre analyse.

Notre étude s'est également appuyée sur des entretiens menés auprès de mamans ayant fait le choix d'allaiter ou non. Ceux-ci avaient pour objectif de recueillir les caractéristiques socio-démographiques et environnementales des mamans rencontrées, de cerner les éléments déterminant leur choix, et d'en comprendre les raisons. Dans cette optique, nous avons élaboré collégalement une grille d'entretiens semi-directifs comportant trois parties distinctes : la première a trait au profil de la personne interrogée, la deuxième est relative au mode et à la durée d'allaitement, la dernière concerne les motivations ayant guidé ce choix.

L'échantillon initial devait être constitué de vingt mamans, interrogées dans le cadre de la maternité. Cette démarche n'a pu être entièrement réalisée, n'ayant pas rencontré l'adhésion des responsables de service de certaines maternités. Nous avons donc recentré notre étude sur un échantillon d'une vingtaine de mamans qui ont accepté de participer à nos travaux, dont seulement une partie rencontrée en maternité (maternité de Fougères).

L'échantillonnage de vingt mamans⁵, certes peu représentatif en terme de nombre, couvre de manière satisfaisante le territoire national, les mères interrogées provenant de régions diversifiées, et différentes générations de femmes y étant représentées. S'agissant du milieu socio-professionnel des personnes interrogées, on peut noter une très légère prédominance des catégories supérieures. D'une manière générale, le panel donne un aperçu relativement fidèle de la population française, sans pour autant que des statistiques puissent être réalisées du fait du trop grand nombre de variables à prendre en considération. Cet échantillonnage nous est apparu suffisant au regard de l'aspect qualitatif privilégié de notre recherche.

Un des élèves du groupe de travail a rencontré, au cours d'un voyage d'études en Norvège, différents professionnels concernés par la problématique de l'allaitement maternel : deux responsables au Centre national de l'allaitement maternel d'Oslo et un cadre sage-femme à la maternité de Trondheim.

⁵ Cf. annexe IV

2 RESULTATS

2.1 Les grandes tendances issues de la littérature

2.1.1 Données quantitatives

A) Au plan national

Le taux d'allaitement à la naissance calculé d'après les certificats de santé du huitième jour⁶ confirme pour 2000 la tendance à la hausse : un peu plus d'une femme sur deux allaite aujourd'hui en France puisqu'elles sont 52,3% à donner le sein à la maternité. L'INSERM, dans ses enquêtes successives (1995, 1998, 2002), publie des taux sur un échantillon de 15 000 naissances et note une constante progression du nombre de femmes qui allaitent depuis 1987, soit une augmentation de 10% en 13 ans. Il existe de grandes disparités régionales dont les extrêmes varient de 27,6% dans le Pas-de-Calais à 65,3% à Paris. En effet, la région parisienne et l'Est de la France présentent un taux d'allaitement moyen de 71%, la région Rhône-Alpes de 62%, alors que le Nord-Pas-de-Calais et la Haute-Normandie ont une moyenne inférieure à 40%. Il existe plus généralement un gradient Est/Ouest avec des taux d'allaitement variant de 30 à 40% à l'Ouest à 60 à 70% à l'Est.

Une enquête menée par la CoFAM en 2000 auprès des services de PMI fait apparaître des taux d'allaitement à la naissance qui vont de 36 à 63% selon les régions et les maternités. D'autre part, concernant la durée, environ 20% des femmes arrêtent d'allaiter le premier mois. Des enquêtes plus précises ont étudié quelques départements en particulier, et tous offrent une courbe d'allure similaire avec un déclin rapide des taux d'allaitement puisqu'en 10 semaines, un bébé sur deux environ est sevré. Ces résultats peuvent être étendus à l'ensemble du territoire. A 6 mois seules 10% des femmes qui avaient fait le choix d'allaiter allaitent encore.

Aucune étude nationale n'évalue le taux d'allaitement exclusif des bébés. En se fondant sur des études départementales réalisées en Savoie et dans la Somme, on peut

⁶ Les certificats du 8^{ème} jour sont élaborés par le pédiatre avant la sortie de la maternité, et donc souvent à J+4 du fait des sorties précoces.

considérer que 55% des allaitements en maternité sont des allaitements exclusifs. Le taux d'allaitement exclusif⁷ à la naissance constaté en France est donc d'environ 20%.

B) Le département d'Ille et Vilaine

On dénombre environ 12 000 accouchements par an en Ille et Vilaine dans 8 maternités : quatre à Rennes, une à Redon, une à Fougères, une à Vitré et une à Saint-Malo. Le taux d'allaitement maternel à la naissance est évalué à 50%, soit légèrement moins que la moyenne nationale.

La clinique mutualiste de la Sagesse à Rennes dispose de taux d'allaitement maternel plus élevés que la moyenne nationale : 60% à la naissance et 59% à la sortie de la maternité.

La maternité de l'hôpital de Fougères, située en milieu plus rural, arrive quant à elle, après plusieurs années de promotion de l'allaitement, tout juste à 50% d'allaitement à la naissance.

Aucun chiffre sur la durée de l'allaitement n'est disponible pour le département d'Ille-et-Vilaine.

2.1.2 Données qualitatives

Les motivations que les mères invoquent pour expliquer leur choix d'allaiter sont les suivantes : « *pour la relation* », 28% ; « *c'est naturel* », 24% ; « *c'est pour apporter une meilleure alimentation* », 23% ; « *pour les défenses immunitaires* », 12% ; « *pour le plaisir* », 6% ; « *c'est pratique* », 5%. On voit dans cette étude⁸ que les motivations privilégiées ne sont pas des motivations de santé publique.

Les arguments les plus fréquemment invoqués pour justifier l'arrêt prématuré de l'allaitement maternel sont au premier mois : difficultés (abcès, crevasses...), désir personnel, insuffisance de lait (ou impression de ne pas en avoir assez pour satisfaire le bébé) et sur recommandation médicale. Au deuxième mois c'est le désir de la mère d'arrêter qui est mis en avant tandis qu'au troisième mois c'est la reprise du travail qui motive le plus grand nombre d'arrêts (source IPA).

⁷ Cf. annexe I

⁸ B. BRANGER et al., *Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes*, 1997.

Les facteurs qui favorisent au contraire l'allaitement dans la durée sont le soutien du père et de l'environnement familial, le fait de ne pas donner de tétine (modifie le réflexe de succion), le soutien d'associations ou de professionnels formés, la confiance en soi.

Les statistiques suivantes, issues de l'Enquête nationale périnatale de 1995, nous ont permis de mettre en lumière les facteurs psycho-sociologiques influençant le choix et la durée de l'allaitement maternel.

- L'âge de la mère : le taux d'allaitement maternel augmente avec l'âge des mères, de 37 % chez les moins de 20 ans à 58 % chez les femmes de 35 ans et plus.
- La primiparité est associée avec un allaitement maternel de courte durée.
- Le milieu social et le niveau de diplômes : les mères (et les couples) ayant des revenus importants, une situation sociale favorisée, ou un niveau d'études élevé allaitent plus souvent et plus longtemps que les autres. (40 % des femmes ayant un niveau collège allaitent contre 66 % pour les femmes ayant un niveau supérieur au baccalauréat). Les femmes de profession intellectuelle évoquent plus souvent des arguments « scientifiques » (anticorps, nutrition, relation), tirés de leurs lectures, pour étayer leur choix en faveur de l'allaitement maternel. L'allaitement maternel est également associé à d'autres comportements « préventifs » (ne pas fumer, participer à la préparation à l'accouchement).
- L'allaitement maternel de la mère elle-même : le taux d'allaitement maternel est nettement plus élevé chez celles qui ont elles-mêmes été allaitées⁹(70%). D'ailleurs, les jeunes filles qui se sont vues allaitées en photo prévoient d'allaiter à 75%.
- La précocité de la décision d'allaiter est corrélée avec une durée d'allaitement plus longue.

Le mode d'alimentation est décidé bien avant le début de la grossesse pour au moins trois quarts des futures mères¹⁰. Les professionnels, qui interviennent autour de la naissance, ont ainsi une influence très limitée sur la décision de la mère. De plus, d'après B. Branger, « *allaiter est un acte dont la décision est enfouie profondément dans le psychisme* » et déjà à l'adolescence de nombreuses jeunes filles ont une idée sur le sujet. Les facteurs psychologiques et socioculturels semblent prépondérants.

⁹ B. BRANGER, *Epidémiologie de l'allaitement maternel*, mars 2004.

¹⁰ Ego et al., « Les arrêts prématurés d'allaitement maternel », *Archives de pédiatrie*, n°10, 2003, p. 16.

2.1.3 L'allaitement maternel du point de vue scientifique

Il est aussi primordial de rappeler que les bienfaits de l'allaitement maternel sont aujourd'hui scientifiquement démontrés.

L'allaitement maternel a un effet protecteur pour le nourrisson contre les infections gastro-intestinales (diarrhées) et dans une moindre mesure les infections ORL et respiratoires (broncho-pneumopathies). Certaines études, dont les résultats ne sont pas clairement avérés, mettent également en avant des bienfaits sur le terrain de la lutte contre l'obésité, contre le développement d'allergies, contre la mortalité infantile, voire des effets positifs sur le QI.

Ces effets protecteurs dépendent cependant de l'exclusivité de l'allaitement maternel et de sa durée.

Le lait maternel est en outre parfaitement adapté aux besoins nutritionnels du bébé à deux niveaux au moins : sa composition évolue au long de la croissance du bébé, en s'enrichissant des nutriments essentiels à son développement, et cette composition est aussi variable au cours même d'une tétée (très liquide au début de la tétée et plus riche en lipides à la fin pour assurer le rassasiement complet du bébé). Par ailleurs, le lait maternel est particulièrement recommandé pour l'alimentation des bébés prématurés puisqu'il contient les nutriments indispensables pour le nouveau-né et adaptés à son stade de développement.

Pour les mères, l'allaitement maternel semble jouer un rôle préventif en matière de cancer du sein, de l'ovaire et d'ostéoporose¹¹.

Il existe un débat sur la durée recommandée de l'allaitement maternel : l'OMS s'est appuyée sur les conclusions de la *Cochrane Library* pour modifier ses recommandations concernant la durée optimale de l'allaitement exclusif.

Cette durée avait initialement été définie de 4 à 6 mois dans *Promoting breastfeeding in health facilities* sur la base des travaux concernant l'alimentation des enfants, alors que l'UNICEF préférait conseiller jusqu'à 6 mois.

Un pédiatre libéral que nous avons rencontré à Rennes estime qu'un allaitement inférieur à un mois est quasiment inutile du point de vue immunologique. Pour lui, la durée optimale de l'allaitement est d'au moins six mois, même si les effets bénéfiques de ce type d'alimentation se font ressentir dès 6 semaines d'allaitement.

¹¹ ANAES, Service recommandations et références professionnelles, « Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant », Mai 2002.

On peut donc dire avec certitude qu'il existe un consensus sur l'utilité de l'allaitement maternel exclusif pendant les premiers mois de la vie. Les bénéfices de l'allaitement maternel sont admis à partir de données épidémiologiques et renforcés par des institutions et des experts internationaux.

2.1.4 L'allaitement maternel du point de vue juridique

Le cadre juridique relatif à l'allaitement maternel peut aussi influencer le choix d'allaiter ou la durée de l'allaitement.

➤ Les liens entre travail et allaitement sont également réglementés et censés rendre l'allaitement maternel possible même après la reprise du travail.

En ce qui concerne le lien entre travail et allaitement, la législation française octroie aux femmes un congé maternité d'une durée totale de seize semaines (six avant l'accouchement et dix après), ainsi qu'un congé aux pères d'une durée de deux semaines. La loi ne prévoit plus de « congé allaitement ».

En outre le Code du travail, en son article L. 224-2, fait obligation aux employeurs de ménager des pauses d'une heure par jour aux femmes allaitantes pendant la première année de l'enfant. Ces dispositions font cependant rarement l'objet d'application du fait d'un manque d'information des mères, des difficultés matérielles qu'elles rencontrent et des incertitudes concernant la rémunération de ces temps de pause.

➤ Il existe une réglementation concernant la publicité relative aux préparations pour nourrissons obligeant les professionnels à rappeler la supériorité du lait maternel.

Un processus visant à permettre le respect du libre choix de la mère pour l'allaitement de son enfant a été engagé en 1981 avec la publication par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) du Code international de commercialisation des substituts de lait maternel. Il s'est poursuivi au niveau européen par l'adoption, en mai 1991, d'une directive relative aux préparations pour nourrissons et préparations de suite. Cette directive définit les règles d'étiquetage et de composition auxquelles doivent se conformer les fabricants de ces produits. En outre, elle prohibe la publicité en faveur des préparations pour nourrissons, sauf dans la presse destinée aux professionnels de santé, et interdit toute promotion ou distribution gratuite de ces produits, notamment par l'intermédiaire des établissements de santé.

Ces dispositions ont été transposées en droit français dans un projet de loi adopté le 3 juin 1994 (inséré aux articles L. 121-50 à L. 121-53 du Code de la consommation). Le décret du 30 juillet 1998 précise les modalités d'application de cette loi.

Un décret du 11 janvier 1994 précise en outre que la publicité « *ne doit contenir que des informations de nature scientifique et factuelle* ».

2.2 Données issues des entretiens

Nous recensons ici les principales informations recueillies au cours des entretiens menés avec les différents professionnels, en France et en Norvège, et avec les mères rencontrés. Ces données sont présentées dans une grille de lecture reprenant la grille d'entretien utilisée¹².

2.2.1 Les entretiens avec les professionnels

Sur la base d'une grille d'entretien composée de six items, nous avons recueilli, puis compilé, l'ensemble des informations clés, dont nous présentons le résultat.

Formation professionnelle

- *Formation reçue sur l'allaitement maternel : initiale, continue (obligatoire ou facultative ?)*

Tous les professionnels rencontrés s'accordent sur le fait que l'allaitement maternel est très peu abordé dans leur formation initiale (notamment pour les médecins). Néanmoins, certains professionnels choisissent de suivre des formations complémentaires. Les modalités de formation continue suivantes ont été évoquées : DU d'allaitement maternel de Grenoble, DU de santé publique de Rennes, voie associative, formation interne à l'établissement.

- *Quels moyens de mise à jour des connaissances ?*
 - Lectures diverses, notamment articles scientifiques
 - Sites Internet spécialisés : CoFAM, IPA, etc.
 - Participation à des réunions, rencontres avec divers professionnels

¹² Cf. annexe II

- Participation à divers organismes de promotion de l'allaitement maternel : CoFAM, AFSSA, programme national nutrition-santé, programmes européens de santé publique, GEPAMO.

Positionnement par rapport à l'allaitement maternel

- *Bienfaits de l'allaitement maternel*
- Pour la santé de l'enfant :
 - Lien psycho-affectif (études sur la lutte contre la maltraitance mettent en évidence l'importance de ce lien originel)
 - Qualités nutritionnelles optimales (et éducation au goût)
 - Prévention des infections (gastro-entérites, bronchiolites, etc.)
 - Prévention de certaines allergies, chez les enfants prédisposés
 - Prévention de l'obésité infantile
 - Pour la santé de la mère :
 - Prévention de l'ostéoporose, du cancer du sein et de l'ovaire
 - Favorise la perte de poids

Certains professionnels expriment également une réflexion en termes de coût : L'allaitement maternel c'est « *moins de déchets, moins de dépenses en matière de santé (hospitalisations d'enfants, médicaments) [...] et moins d'absentéisme des parents au bureau* »¹³.

- *Avis sur les « préparations pour nourrissons » et contact avec les commerciaux de l'industrie des " préparations pour nourrissons "*

Les professionnels rencontrés ne remettent pas en cause les qualités nutritionnelles des préparations pour nourrissons qui « copient le modèle du lait maternel de façon très proche et offrent donc une alimentation tout à fait adaptée au bébé »¹⁴, mais ils s'accordent sur le fait que le lait maternel est ce qu'il y a de meilleur pour l'enfant.

Les contacts avec les commerciaux sont fréquents, notamment dans le cas des pédiatres. L'information reçue dans ce cadre est présentée comme nécessaire à l'accompagnement des femmes qui n'allaitent pas.

Rôle du professionnel dans la décision d'allaiter

- *Quelle influence sur la décision d'allaiter ?*

¹³ Propos recueillis auprès d'un médecin PMI en Ille-et-Vilaine.

¹⁴ Propos recueillis auprès d'un pédiatre hospitalier de Lille.

Les professionnels médicaux rencontrés sont unanimes quant au peu d'influence qu'ils exercent sur la décision d'allaiter. Ils insistent également sur la nécessité de respecter le choix de la mère (du couple).

Néanmoins, le rôle des sage-femmes et des puéricultrices (maternité, libérales ou PMI), dans le cadre de la préparation à l'accouchement, est souligné.

- *Quels sont les supports utilisés ? (plaquettes, réunions, etc.)*

- Réunions d'information (maternité, PMI)

- Brochures, documentation diverses

- Film, démonstration par une mère (sage-femme libérale à Vannes)

- *Typologie des femmes qui allaitent/n'allaitent pas*

De nombreux professionnels (médecins et sage-femmes) définissent le profil de la femme allaitante comme celui d'une femme au niveau d'études élevé et au statut social valorisé, plus âgée que la moyenne des femmes (30 ans environ) et « informée ».

Cependant, un pédiatre libéral de Rennes et l'équipe d'une maternité d'Ille-et-Vilaine ont évoqué une harmonisation des catégories socio-professionnelles des mères qui allaitent ces dernières années. Cette évolution serait due, selon ces professionnels, au développement de l'information et de la sensibilisation du public sur l'allaitement maternel.

Accompagnement de la femme qui allaite

- *Quelles sont les modalités d'accompagnement de la femme allaitante ?*

L'ensemble des professionnels rencontrés insiste sur l'importance de « prendre les devants », de s'assurer que l'allaitement se déroule dans de bonnes conditions. L'assistance aux femmes est donnée soit par consultation, en cabinet ou à domicile, soit grâce à des permanences téléphoniques qui ont aussi un effet rassurant en cas d'urgence ressentie.

- *Présence et rôle du père*

Les professionnels rencontrés ont des avis partagés quant à l'influence du père sur le choix d'allaiter, mais la plupart s'accordent sur le fait que le conjoint a surtout un rôle en matière de soutien dans la durée.

Certains relèvent l'effet positif du congé paternité, qui permet aux pères de se rendre davantage disponibles ; les mamans redoutent ainsi moins le retour à domicile.

- *Quels sont les principaux facteurs qui poussent les femmes à arrêter d'allaiter ?*

Les professionnels sont unanimes quant à la possibilité de surmonter les petits soucis physiologiques liés à l'allaitement : crevasses et engorgements ne devraient pas constituer des causes de sevrage précoce.

Le sentiment d'isolement des mères à la sortie de la maternité, le manque de structures d'accompagnement et d'information contribuent fréquemment à l'arrêt de l'allaitement.

La perspective de reprise du travail semble le facteur de sevrage le plus répandu.

- *Dans quelles circonstances êtes vous amené à recommander d'arrêter un allaitement et pourquoi ?*

Les véritables contre-indications à l'allaitement maternel sont rares (VIH, Galactosémie). La prise d'un traitement médicamenteux n'est que rarement incompatible avec la poursuite de l'allaitement.

L'allaitement maternel en Ile-et-Vilaine

- *Spécificités du département en matière d'allaitement maternel*

La Bretagne étant une région agricole, traditionnellement productrice de lait de vache, l'allaitement maternel a pu être perçu comme quelque chose de « bestial », rebutant les mères.¹⁵ La pratique locale des « nourrices mercenaires » s'est révélée à l'origine de fausses idées sur le lait maternel, considéré comme vecteur de maladies, alors qu'en réalité les bébés recevaient parfois des bouillies ou « du lait de chèvre » à la place du lait maternel.

- *Tendances constatées*

L'ensemble des professionnels relève une augmentation du nombre de femmes allaitantes, et de la durée de l'allaitement maternel. Après une période de dénigrement de l'allaitement maternel, vécu comme une « aliénation » de la femme, il semblerait que le succès actuel du mouvement « bio » ait un impact positif sur la pratique de l'allaitement. L'émergence de l'allaitement maternel comme sujet d'étude scientifique et priorité de santé publique (Programme National Nutrition-Santé) contribue à cette revalorisation sociale progressive. La plupart des professionnels regrette de ne pas disposer de statistiques illustrant ce mouvement ; il s'agit plutôt d'une augmentation « ressentie », observée dans les activités quotidiennes, à l'hôpital ou en cabinet.

Actions générales en faveur de l'allaitement maternel

- *Actions réalisées pour promouvoir le choix et le maintien dans la durée de l'allaitement maternel*

- Certains des professionnels interrogés ont participé à l'élaboration d'un livret distribué dans les maternités d'Ile-et-Vilaine aux femmes ayant fait le choix d'allaiter (« l'allaitement au fil du temps »).

¹⁵ Propos recueillis auprès d'un médecin PMI d'Ile-et-Vilaine

- L'exemple du Morbihan est souvent cité comme particulièrement efficace : la CPAM contribue à la promotion de l'allaitement maternel en aidant financièrement l'association « Naître en Morbihan ».
- Les manifestations organisées dans le cadre de la semaine mondiale de l'allaitement maternel (du 1^{er} au 7 octobre 2004) rencontrent de plus en plus de succès.
 - *Freins éventuels constatés à la mise en place de programmes de promotion de l'allaitement maternel*
- Poids des arbitrages politiques : les élus des conseils généraux ne font pas nécessairement de l'allaitement maternel une priorité, dans un contexte de rationalisation des dépenses de santé.
- Difficulté des acteurs à travailler en réseau, en raison d'une concurrence ressentie entre PMI, libéraux et associations.
- D'après certains professionnels, le lobbying de l'industrie agroalimentaire peut conduire les prescripteurs à conseiller les préparations pour nourrissons.
- Le déficit de formation des médecins et leur faible degré d'implication sont également déplorés.
 - *Suggestions des professionnels*

Au plan national :

- La valorisation sociale de l'allaitement maternel à travers des campagnes médiatiques, mériterait d'être renforcée afin de faire évoluer les mentalités. L'information des mères est capitale : il s'agit de permettre un choix éclairé.
- Une information adéquate dispensée au collège et au lycée, voire dès la maternelle, permettrait de sensibiliser les jeunes à la question de l'allaitement maternel.
- Effort à mener en terme de formation des professionnels autour de la naissance (médecins, sage-femmes, puéricultrices, auxiliaires) et de sensibilisation des étudiants en médecine, qui est un préalable nécessaire aux campagnes de sensibilisation.
- Au niveau des pratiques de soins, veiller à ménager la pudeur des mères, à limiter le nombre d'intervenants afin qu'elles bénéficient d'un discours cohérent. Il faut encourager le personnel des maternités à favoriser la proximité maman-bébé, à « démedicaliser » l'allaitement maternel et plus généralement l'accouchement.

Au plan départemental:

Les professionnels interrogés soutiennent la « politique des petits pas » : s'adresser d'abord aux maternités, futures mamans, professionnels, puis envisager une action au plan législatif (allongement du congé maternité).

Ils soulignent également la nécessité d'encourager l'action des associations de soutien aux femmes allaitantes, en veillant à ne pas laisser se diffuser des discours extrémistes (polémique autour de la « Leche League » à Rennes).

2.2.2 Entretiens avec les mères

A. Moment de la décision

La très grande majorité des femmes a effectué son choix avant (7 femmes) ou durant la grossesse (10). Deux autres mères ont attendu la naissance. On retrouve des femmes ayant choisi le biberon dans les trois catégories. Il est intéressant de noter qu'une maman s'était décidée à l'adolescence. Une seule femme a changé d'avis juste avant sa grossesse.

B. Le choix

14 mères ont choisi l'allaitement maternel exclusif, 2 l'allaitement maternel mixte et 7 le biberon. Le total est supérieur à 20 car deux femmes multipares ont fait un choix différent selon leur enfant.

C. Durée de l'allaitement (pour celles qui ont fait ce choix)

La plupart des mères venant d'accoucher et souhaitant allaiter (6 femmes) n'avait pas une idée préconçue de la durée (« *le plus longtemps possible... on verra* ») hormis deux mères multipares (selon l'une d'elle, « *moins longtemps pour ne pas maintenir trop longtemps le lien fusionnel* »). La plupart pensent que les conditions de l'allaitement vont déterminer la durée : reprise du travail et éventuels problèmes physiologiques.

Durée effective pour les mères ayant accouché depuis plus longtemps : 1 mois, 2 mois (deux mères), 3 mois (deux mères), plus de 6 mois et 13 mois. Ces femmes invoquent les contraintes suivantes : la reprise du travail (3 occurrences), les difficultés physiques et physiologiques (« *abcès* », « *crevasses* », « *manque de lait* », « *fatigue* » : 4 mères).

Une mère détaille ses difficultés malgré sa motivation et sa persévérance : manque de soutien, conseils contradictoires des professionnels et le manque d'infrastructures adaptées pour la mère allaitante en France.

D. Les raisons du choix

Raisons du choix	Mères ayant allaité	Mères n'ayant pas allaité
Le rationnel	La principale raison évoquée a été la santé de l'enfant et la qualité du lait maternel (8 occurrences). Trois mères ont déclaré s'être informées sur la question de manière approfondie (ouvrages et revues). La santé de la mère a été mentionnée une fois.	Les contraintes physiques ou encore une grossesse difficile ont été citées par cinq mères. Le manque d'expérience ou d'informations est un argument pour trois mères.
Les facteurs contextuels	Le fait d'avoir été allaitées - pour un tiers environ des femmes ayant allaité – et plus largement l'influence de la famille et de l'entourage ont été les éléments les plus prépondérants. L'adhésion du conjoint est un autre facteur essentiel pour les femmes allaitant. Deux femmes sont allées à l'encontre de l'avis de leur époux, l'une a allaité alors que son conjoint n'y était pas favorable et inversement. Dans six cas le conjoint respectait la décision de sa femme ou n'avait « <i>pas son mot à dire</i> » (trois femmes plus âgées). Deux femmes ont cité l'aspect pratique de l'allaitement au sein (femmes venant d'accoucher).	Quatre femmes ont expliqué que leur entourage n'allaitait pas, dont trois qui n'avaient pas elles-mêmes été allaitées par leur mère. Deux femmes trouvent le biberon plus pratique (femmes plus âgées). L'isolement a pesé sur la décision de deux mères. La reprise du travail et la nécessité d'un traitement égalitaire au sein de la fratrie sont deux autres raisons citées.
Le ressenti	Le lien mère-enfant a été cité par sept mères (« <i>acte d'amour</i> »...). Le ressenti de la maman et ses sensations sont des arguments cités quatre fois (« <i>plaisir</i> », « <i>envie</i> »...). Enfin ont été soulignés les bienfaits apportés à l'enfant (3 fois).	La pudeur, la dépendance (« <i>peur d'être l'esclave de mon enfant</i> ») et l'image bestiale de l'allaitement ont été mentionnés chacun deux fois. Une femme souligne son manque d'envie.
Le normatif	Le discours des professionnels et leur soutien (4 fois) au même titre que le naturel au sens normatif (4 fois) sont des facteurs clés. L'effet de mode a été cité deux fois, en lien avec une « <i>pression sociale</i> » plus forte.	Pour deux personnes, l'allaitement n'était pas à la mode à l'époque (une femme de la même génération a dit exactement le contraire).

2.2.3 Entretiens réalisés avec des professionnels en Norvège

Nous avons choisi de rencontrer deux responsables au Centre national de l'allaitement maternel d'Oslo et un cadre sage-femme à la maternité de Trondheim.

En 1998 en Norvège¹⁶, les taux d'allaitement maternel atteignent près de 99% à la sortie de maternité, 80% aux six mois de l'enfant, 36% à son premier anniversaire.

Pourtant, le taux d'allaitement maternel en 1960 était de 30%, et ce jusque dans les années 1970 où des mères norvégiennes ont créé un mouvement social très populaire et demandé une formation à l'allaitement maternel. Cet « empowerment » des mères (le traitement des besoins par les personnes elles-mêmes) a constitué une rupture décisive dans les pratiques des femmes qui se sont réappropriées l'allaitement maternel. Un programme national a été lancé en 1980 comprenant une communication importante dans le grand public et auprès des professionnels, un soutien aux groupes d'entraide des mères, un travail en réseau des services ainsi que une formation des médecins. Depuis 1993, la Norvège aligne son programme sur les dix recommandations¹⁷ de l'OMS et de l'UNICEF. Des enquêtes auprès des mères et des professionnels ont été réalisées annuellement jusqu'en 1998.

Les droits à congé maternité sont de 42 ou 52 semaines rémunérés respectivement à 100 % ou 80%. Le congé paternité est actuellement de 4 semaines et un débat a lieu pour son prolongement. A leur reprise d'activité, les mères allaitantes bénéficient d'un temps supplémentaire quotidien de deux heures pour l'alimentation de leur enfant. L'équipement d'accueil de la petite enfance (crèche, jardin d'enfant) et l'accueil familial développés sur l'ensemble du territoire permettent l'exercice effectif de ce droit.

Les futurs parents ont le choix du suivi de grossesse par un médecin ou par une sage-femme formés l'un et l'autre à l'allaitement maternel. A la sortie de la maternité, trois types d'accompagnement et de services sont offerts aux parents : le suivi hospitalier pendant 14 jours après la date de sortie, les services petite enfance de la ville (type PMI) ou les groupes d'entraides en matière d'allaitement maternel.

Les mères et les pères ont le droit d'exprimer leur refus d'allaitement maternel et les professionnels respectent ce choix. Cependant, la pression sociale est forte et souvent les femmes elles-mêmes s'imposent d'allaiter.

¹⁶ Cf. annexe rapports d'entretiens de professionnels en Norvège. Septembre 2004

¹⁷ Cf. annexe VI

3 DISCUSSION

3.1 Analyse des résultats

A partir des résultats des entretiens réalisés auprès des professionnels et des mères nous avons effectué une analyse croisée afin de mettre en évidence les éventuels écarts observés entre ces différentes représentations et les données bibliographiques.

3.1.1 Représentations des professionnels concernant les bienfaits de l'allaitement maternel

Puisque aucune formation systématique des professionnels n'est réalisée, certains tiennent pour acquis les résultats d'études non encore unanimement reconnues, d'où des discours parfois discordants. Il est extrêmement complexe d'isoler le poids spécifique du facteur allaitement. Certains bienfaits attribués à l'allaitement maternel peuvent également être liés au fait de naître dans une classe sociale plus favorisée (qui allaite très majoritairement par ailleurs). Ex : obésité, maltraitance.

3.1.2 Facteurs de choix de l'allaitement maternel

Un choix personnel :

Les entretiens auprès des mères confirment les présomptions des professionnels (*« décision très enracinée dans l'être féminin »*¹⁸) excepté sur le moment du choix (une seule des vingt femmes avait fait son choix dès l'adolescence). La thèse de M. RIHET¹⁹ affirme à l'inverse que plus de 60% des lycéennes ont déjà une opinion arrêtée.

L'influence de l'environnement sur la décision d'allaiter :

¹⁸ A. NAOURI, lors de l'entretien.

¹⁹ M. RIHET, *Regards d'adolescents sur l'allaitement*, Rennes I, 2004

Les professionnels soulignent l'importance de l'entourage, familial ou connaissances, dans le choix d'allaiter. Nos enquêtes auprès des mères montrent un impact favorable des échanges d'expériences d'allaitement réussi.

Le rôle du père est déterminant. D'après les professionnels, la grande majorité des femmes suivent l'avis de leur mari, sans que cette influence soit toujours verbalisée. Cela a été largement confirmé par les mères à qui nous avons directement posé la question. Ainsi, le papa peut tout autant apporter une aide précieuse dans le soutien du choix de la maman d'allaiter que l'influencer dans le sens inverse. L'image d'un sein érotique, la gêne de voir sa compagne allaiter en public ou encore la crainte de se sentir exclu d'une relation privilégiée entre la mère et l'enfant, sont autant de facteurs de désapprobation des hommes. A ce dernier argument, les professionnels opposent les nombreuses autres possibilités d'impliquer le père dans sa relation au bébé : participation au change, au bain. Les professionnels rencontrés considèrent que leur influence sur la décision d'allaiter est quasi-nulle, hormis les sages-femmes assurant une préparation à la naissance puisqu'elles sont de ce fait amenées à aborder la question de l'allaitement. On peut supposer, d'après les entretiens avec les mères, que les professionnels intervenant en amont influencent le choix des mères car la moitié des femmes déclarait ne pas avoir pris sa décision avant la grossesse. L'isolement à la sortie de la maternité, le manque d'informations ou leur incohérence sont regrettés par certaines femmes et à l'inverse, le soutien des professionnels est apprécié. De leur côté les professionnels interrogés déplorent le fait que le sujet ne soit pas systématiquement abordé par leurs collègues en amont, insuffisamment sensibilisés ou formés.

3.1.3 Facteurs déterminant l'arrêt de l'allaitement maternel

L'expérience des femmes allaitantes interrogées au cours de l'étude souligne le problème de la diversité des sources d'informations parfois contradictoires (professionnels, entourage, lectures), de la multiplication des interlocuteurs (PMI, maternité, associations) et du manque de cohérence dans les discours des professionnels, au sein d'une même structure. Lorsqu'il s'agit de faire face aux difficultés rencontrées durant les premiers mois d'allaitement, notamment de surmonter les désagréments physiologiques, cette diversité peut déstabiliser la mère et provoquer l'arrêt de l'allaitement.

Le rapport de l'ANAES sur l'allaitement maternel (2002) revient, par ailleurs, sur le lien entre médicaments et allaitement. Il met en évidence le fait que, souvent, les médecins suspendent l'allaitement pour pouvoir prescrire un médicament, ce qui conduit en pratique à arrêter l'allaitement. Les professionnels médicaux rencontrés au cours des entretiens

insistent, de leur côté, sur l'existence d'alternatives thérapeutiques et sur la nécessité de s'interroger, en amont, sur la pertinence du traitement médicamenteux. Cet écart mesure en partie le biais introduit par la sensibilisation importante des professionnels interviewés au thème de l'allaitement maternel. Ceux-ci reprennent en effet à leur compte les éléments de la littérature scientifique sur le sujet (recommandations contenues dans le rapport ANAES, existence d'une grille AFSSAPS de décision pour mesurer le risque du traitement pour l'enfant).

3.1.4 Spécificités en Ille-et-Vilaine

Au début de notre recherche, nous avons émis l'hypothèse que le département d'Ille-et-Vilaine était confronté à un taux d'allaitement maternel relativement faible, comme cela est souvent le cas pour les départements de l'Ouest de la France. Afin de vérifier cette hypothèse, nous avons recherché des données chiffrées précises sur le taux et la durée d'allaitement dans ce département. Cependant, nous avons été confrontés à un réel manque d'informations, autres que celles recueillies par le biais du certificat du huitième jour.

Avec un taux d'allaitement d'environ 50% à la sortie de la maternité, il apparaît que l'Ille-et-Vilaine se situe légèrement sous la moyenne nationale (52,3%), celle-ci étant peu élevée au regard de certains départements français, eux-mêmes ayant un taux inférieur à d'autres pays européens.

Notre démarche sur l'Ille-et-Vilaine aurait pu être complétée, avec plus de temps et de moyens, par une étude comparative menée sur des départements ayant un taux d'allaitement maternel élevé, en sortie de maternité, mais aussi dans la durée. Cela nous aurait peut-être permis d'apporter des éléments d'explication quant aux différences de taux constatées d'un département à l'autre.

3.2 Préconisations

Les actions locales, propices à une relation de proximité, semblent ici devoir être privilégiées sans toutefois être exclusives. En effet, les actions à « grande échelle » sont longues à mettre en œuvre, en raison des nombreux leviers qu'il convient d'actionner et des antagonismes multiples qui peuvent exister entre les différents partenaires mobilisés.

Les préconisations retenues par le groupe sont celles qui semblent les plus réalistes en termes de moyens et les plus efficaces quand elles ont déjà été appliquées ailleurs²⁰.

3.2.1 Disposer de données fiables et exploitables

Pour remédier à l'absence de données fiables et exploitables, après la sortie de la maternité, nous proposons plusieurs axes d'intervention :

➤ La création d'un comité de pilotage pluridisciplinaire chargé de définir le système d'information souhaitable (indicateurs, qualité recherchée...) au niveau national à décliner au niveau départemental

Les données actuellement disponibles en France, extraites du certificat du 8ème jour ne permettent pas de connaître la durée de l'allaitement maternel.

➤ Le traitement local des données relatives aux visites médicales (8^{ème} jour, 3^{ème} mois, 6^{ème} mois...) Une fois définies les données nécessaires, les données actuelles étant traitées plus nationalement que localement selon nos sources, une diffusion et une communication devront être envisagées permettant leur appropriation et la définition d'actions locales.

L'attention des professionnels sera attirée sur la nécessité de compléter les certificats de visite.

➤ La réalisation d'enquêtes régulières auprès des mères pour connaître la durée et la satisfaction du suivi de l'allaitement maternel. Cela permettrait de connaître l'évolution de leurs besoins ainsi que d'enquêtes auprès des professionnels, relatives à leur formation, et à leurs attentes.

3.2.2 Favoriser l'accès à la formation et à l'information

Les différentes actions mises en œuvre seront réalisées en direction des professionnels impliqués dans cette thématique, puis en direction du grand public.

²⁰ Nous nous sommes principalement inspirés des campagnes de promotion lancées dans le Finistère en 1993 et le Morbihan en 1997 et ayant obtenu de bons résultats. Cf. annexe VII

- Actions en direction des professionnels :

L'information apportée aux professionnels a pour but de les sensibiliser aux enjeux de l'allaitement maternel ainsi qu'à la nécessité d'accompagner dans la durée les personnes qui ont fait le choix d'allaiter.

Les canaux utilisés pour véhiculer cette information sont nombreux, aussi convient-il de privilégier les mieux appropriés.

En premier lieu, notre choix s'est porté vers la communication à l'aide de plaquettes et de brochures d'information, s'inspirant des supports déjà diffusés²¹ et des techniques de marketing employées par les fabricants des produits de substitution. Le carnet de santé pourrait contenir des informations sur les bienfaits de l'allaitement maternel.

En second lieu, afin de s'assurer d'une bonne transmission de l'information, nous préconisons le recrutement d'une personne chargée de rencontrer individuellement chacun des professionnels préalablement identifiés :

Professions	Nombre ²²
Médecins généralistes	896
Gynécologues-obstétriciens	56
Pédiatres	36
Sages femmes	24
TOTAL	1012

Les personnels des huit services de maternité du département, pourraient, quant à eux, être rencontrés collectivement sur leur lieu de travail.

Pour ce faire il faudrait recruter une sage-femme pour une mission d'une durée d'environ 12 mois (estimation du coût de la mesure de l'ordre de 40 000€).

S'agissant de la formation des professionnels, il peut être souligné qu'elle poursuivra au moins deux objectifs. Premièrement, elle permettra l'acquisition, le développement sinon le renforcement des pratiques professionnelles. Dans un deuxième temps, les professionnels formés pourront être de nouveaux relais, vecteurs de l'information.

A cet effet, un plan de formation, en direction des professionnels concernés par la problématique de l'allaitement maternel, devra être établi. Cela permettra de diffuser des

²¹ Comité Français d'Education pour la Santé, « *le choix d'allaiter* » et « *L'allaitement au fil du temps* », Partenariat entre la CPAM d'Ille et Vilaine, le Conseil Général d'Ille et Vilaine et la Mutualité Française.

²² Données issues du site de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de la région Bretagne (www.santebretagne.com).

connaissances homogènes et exhaustives favorisant, de facto, une harmonisation des discours et des pratiques pour l'ensemble des acteurs.

La formation doit prévoir une montée en charge du dispositif compte tenu du nombre important, de la diversité et de la sensibilité des professionnels. Une session de trois jours semble nécessaire pour balayer l'ensemble des notions concernant l'allaitement maternel. Chaque groupe constitué pour une session de formation doit respecter une certaine mixité dans sa composition favorisant ainsi le mélange des cultures et facilitant les échanges. Cette formation pourrait avoir pour objectif de former l'ensemble des professionnels précités dans un délai de trois ans.

Plus largement, il pourrait être envisagé d'intégrer au sein des cursus de formation initiale aux différents métiers un module concernant l'allaitement maternel.

Les actions d'information et de formation ne doivent pas se cantonner aux seuls professionnels mais, au contraire, toucher un public plus large.

Dans cette perspective, il pourrait être envisagé des actions en direction de publics ciblés tels que les enfants et les adolescents, les femmes, et enfin les parents ou futurs parents.

- Actions de sensibilisation des enfants et adolescents :

L'information auprès des plus jeunes paraît être un facteur déterminant dans la prise de décision future d'allaiter ou pas. Aussi, il convient de mener des actions dans le milieu scolaire soit au travers des enseignements, soit au travers de réunions ou d'expositions sur le thème de l'allaitement. Les adolescents interrogés par M. RIHET, se prononcent majoritairement en faveur de conférences avec un intervenant extérieur. D'autres enquêtes²³, soulignent l'efficacité des spots télévisés. Ces actions devront être conduites avec l'adhésion et sous le contrôle de la médecine scolaire ainsi qu'avec le soutien de l'équipe pédagogique.

- Actions de sensibilisation en faveur des femmes :

Parce qu'elles sont les plus concernées par l'allaitement, les femmes restent le public qu'il convient de sensibiliser prioritairement.

Les lieux privilégiés pour cette information sont les cabinets de gynécologie, de pédiatrie et le planning familial. Elle peut être envisagée sous la forme de discours de sensibilisation par le professionnel consulté ou par la diffusion d'un livret.

- Actions en direction des parents et futurs parents :

Chacun des parents a un rôle qui lui est propre, que l'allaitement ne remet pas en cause.

²³ M. RIHET, *Regards d'adolescents sur l'allaitement*, Rennes I, 2004

Aussi convient-il de combattre l'idée reçue selon laquelle l'allaitement déposséderait le père dans sa relation avec son enfant au profit de la mère.

Il faudrait donc sensibiliser les futurs parents au mode d'alimentation de leur bébé et à ses conséquences. Cette action d'éducation à la santé pourra être effectuée dans le cadre de la préparation à l'accouchement ou lors des différentes visites obligatoires au cours d'une grossesse.

3.2.3 Développer un environnement propice à l'allaitement maternel

Dans un premier temps, il semble nécessaire de rétablir l'image de l'allaitement comme celle d'une femme portant son enfant au sein, et non pas d'une mère donnant le biberon. Cela pourrait être réalisé au travers de supports publicitaires, ou de façon ludique avec les plus jeunes. Un tel changement culturel ne se décrète pas; mais s'inscrit dans une perspective de long terme.²⁴

Dans un deuxième temps, il est opportun de s'intéresser aux conditions favorisant l'allaitement maternel durant le séjour à la maternité. L'initiative Hôpitaux Amis des Bébé reprend les dix recommandations de l'OMS et de l'UNICEF²⁵ dans le but de mobiliser les systèmes et les agents de santé en faveur de l'allaitement maternel. En France, trois maternités ont obtenu ce « label » : à Lons-le-Saunier, Roubaix et Cognac.

Ensuite, il paraît souhaitable de s'intéresser aux conditions matérielles et pratiques à l'issue de la maternité. Dès la sortie de la maternité, il serait utile de mettre en place un dispositif modulé de suivi. Ce dernier pourrait prendre la forme de visites régulières de professionnels au domicile (exemple de la clinique de la Sagesse) et/ou de permanences téléphoniques. Là encore, l'acceptation de l'offre des professionnels doit résulter d'un choix des personnes concernées.

Enfin, à plus long terme, il conviendrait de favoriser l'adéquation entre la vie privée et la vie professionnelle des femmes qui allaitent, afin de se rapprocher d'une durée d'allaitement de six mois, aujourd'hui recommandée.

A cette fin, une proposition visant à allonger la durée du congé maternité, pourrait être formulée. Une telle mesure limiterait la multiplication des arrêts maladie de « complaisance », permettant aux mères de prolonger la durée de l'allaitement, tout en

²⁴ Intervention B. BRANGER, du 28 septembre 2004, à l'ENSP

²⁵ Cf. annexe VI.

favorisant socialement l'allaitement maternel grâce à un système de protection sociale approprié. Cette mesure peut s'envisager à titre expérimental au niveau d'un département pilote.

3.2.4 Permettre un choix libre et éclairé

« *L'allaitement au sein n'est pas la condition nécessaire à un maternage réussi.* »²⁶ Dans les années soixante, le fait d'allaiter son enfant n'était pas toujours bien perçu. On vantait au corps médical les vertus des laits maternisés. Ainsi a été opérée une pression sur les femmes, privant nombre d'entre elles du plaisir d'un allaitement au sein pourtant bel et bien désiré. Aujourd'hui les bienfaits du lait maternel et son caractère unique et parfaitement adapté ne font plus débat, mais il faut prendre garde à ce que les justifications nutritionnelles ou relationnelles de l'allaitement maternel n'aboutissent pas à culpabiliser les parents ou mères qui n'allaitent pas.

D'un point de vue plus général, les codes de déontologie des professionnels de santé comportent tous la notion de respect de la décision du patient. Si l'information précise et complète du patient est une condition préalable au choix, le rôle des professionnels n'est pas de convaincre à tous prix les réticents à l'allaitement maternel.

Des positions trop dogmatiques peuvent même avoir un effet inverse à celui souhaité. Certaines associations militantes de l'allaitement affirment, par exemple, qu'un allaitement maternel efficace ne peut durer moins de deux ans. Face à de telles injonctions, de nombreuses mères peuvent se trouver découragées d'avance.

Afin d'apprécier l'application concrète des préconisations précitées, il nous a semblé indispensable d'envisager une évaluation de leur coût financier. Celle-ci figure en annexe VIII.

²⁶ M.D. LINDER, C. MAUPAS, « *L'allaitement de mon enfant* », préface de M. SZEJER, Hachette.

CONCLUSION

« Si le couple opte pour le sein ou le biberon, cela signifie que ce choix correspond à la meilleure solution, à ce moment-là, pour cet enfant-là, et ces parents-là. »²⁷ Il serait regrettable que le choix des parents se fasse en faveur du biberon par manque d'information ou surestimation des contraintes, ou sur la base d'idées reçues, à l'inverse, un allaitement maternel décidé contre la volonté du père ou d'autres membres influents de la famille risque d'être voué à l'échec. Les difficultés inévitables, mais surmontables, liées à l'allaitement ne peuvent être éliminées par des démonstrations scientifiques ou des discours trop moralistes. Le désir d'allaiter doit être une profonde conviction de la mère, et des parents et en ce sens, permettre un choix éclairé est indispensable.

²⁷ Intervention de B. BRANGER le 28 septembre 2004 à l'ENSP.

Bibliographie

Ouvrages :

- BERTHIER N., *Les techniques d'enquête*, Paris, Armand Colin, 1998, 254p.
- BONNET D., LE GRAND SEBILLE C., MOREL M-F., *Allaitements en marge*, Paris, L'Harmattan, 2002, 243p.
- DELAISI DE PARSEVAL G., LALLEMAND S., *L'art d'accomoder les bébés : 100 ans de recettes françaises de puériculture*, Paris, Seuil, 1980, 275p.
- ROQUES N., *Au sein du Monde. Une observation critique de l'allaitement maternel en France*, Paris, L'Harmattan, 2001, 233p.

Articles :

- BEAUFRERE B. et al., « La promotion de l'allaitement maternel : c'est aussi l'affaire des pédiatres... », *Archives de pédiatrie*, n°7, 2000, pp. 1149-1153.
- BRANGER B. et al., « Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes », *Archives de pédiatrie*, n°5, 1998, pp. 489-496.
- BRANGER B. et al., « Les motivations psycho-sociales dans le choix du mode d'alimentation du nouveau-né », *Pédiatrie sociale*, vol. 35, n°7, 1988, pp. 519-523.
- DAVID L., DE AJURIAGUERRA M., LORAS-DUCLAUX I., WALTER P., et al. « L'allaitement maternel », *La santé de l'homme*, Janvier 1999, Numéro 339, pp 15-38.
- EGO A. et al., « Les arrêts prématurés d'allaitement maternel », *Archives de pédiatrie*, n°10, 2003, pp. 11-18.
- FAUVEL M., « Maintenir la pratique de l'allaitement et le transmettre », *La santé de l'homme*, Mai-Juin 1997, Numéro 329, p 18.
- GOJARD S., « L'allaitement : une pratique sociale différenciée », *Recherches et prévisions*, Septembre 1998, Numéro 53, pp 23-34.
- HERZOG-EVANS M., « Aspects juridiques de l'allaitement maternel en France », *Revue de droit sanitaire et social*, Avril-Juin 2001, Volume 2, pp 223-240.

- LABARERE J. et al., « Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry », *Archives de pédiatrie*, n°8, 2001. pp. 807-815.
- LIESTOL K., ROSENBERG M., WALLOE L., « Breastfeeding in Norway », 1987.
- MARCHAND-LUCAS L., « Les généralistes favorisent-ils l'allaitement ? », *Revue du praticien. Médecine générale*, Février-Avril 2002, Numéro 533, pp 225-230.
- RAZUREL, C. « Les représentations de l'allaitement dans la relation patients/sage-femmes », *Recherche en soins infirmiers*, Mars 2003, N°72, pp 121-144
- TREHONY A., FRATTINI M-O, et al., « Une campagne allaitement maternel dans le Finistère : pourquoi ? », Communications 6^{ème} colloque ORSB. *Observatoire régional de santé de Bretagne*, Septembre 1993, pp. 71-74.

Rapports :

- ANAES, Service recommandations et références professionnelles, « Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant », Mai 2002.
- Promotion of breastfeeding in Europe : « Protection, promotion and support of breastfeeding. A blueprint for action », 2004.
- World Health Organization / UNICEF, « Global strategy for infant and young child feeding », 2003.
- World Health Organization, division of child health and development, « Evidence for the ten steps to successful breastfeeding », 1998.

Ouvrages et documentation à l'attention des femmes allaitantes :

- LINDER M-D, MAUPAS C., *L'allaitement de mon enfant : toutes les clés pour un allaitement réussi*, Paris, Hachette, 2000, 256p.
- NOUARI A., *L'enfant bien portant*, Paris, Seuil, 2004, 710p.
- PELLE-DOUEL C., *Le guide de l'allaitement*, Paris, Marabout, 2004, 95p.
- Comité national de l'enfance, « L'enfant du 1^{er} âge », Ed. annuelle 2004.
- « Mon futur bébé », Revue, n°1, Septembre 2004.

- CPAM, Mutualité française et Conseil général d'Ille-et-vilaine, « L'allaitement au fil temps », livret à l'attention des femmes allaitantes distribué dans les maternités d'Ille-et-vilaine, 2004.

Thèses :

- RUELLAND-MAYAL A-C, *La promotion de l'allaitement maternel : quelle place pour le médecin généraliste ?*, Rennes 1, 2003.
- RIHET M., *Regards d'adolescents sur l'allaitement*, Rennes 1, 2004

Sites Internet spécialisés :

- La Leche League France: www.lllfrance.org
- Action pour l'allaitement (APA): action.allaitement.free.fr
- Solidarilait: perso.wanadoo.fr/anpalm
- Coordination Française pour l'allaitement maternel (CoFam): www.coordination-allaitement.org
- Allaitement de jumeaux et plus: www.allaitement-jumeaux.com
- Mille infos sur l'allaitement maternel: lesmiam.free.fr
- Information pour l'allaitement (IPA) : www.info-allaitement.org
- Infor-allaitement: www.infor-allaitement.be

Liste des annexes

Annexe I : Définitions de l'allaitement maternel (ANAES)

Annexe II : Grille d'entretien pour les professionnels

Annexe III : Grille d'entretien pour les mères

Annexe IV : Rapport des entretiens réalisés avec les mères

Annexe V : Rapport des entretiens réalisés en Norvège

Annexe VI : Les dix recommandations de l'OMS et de l'UNICEF

Annexe VII : Actions réalisées par le Finistère et le Morbihan dans la
promotion de l'allaitement

Annexe VIII : Estimation du coût financier des préconisations

Annexe I : Définitions de l'allaitement maternel (ANAES)

S'appuyant sur les travaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'*Interagency Group for Action on Breastfeeding* (IGAB), le groupe de travail de l'ANAES (rapport, 2002) propose les définitions suivantes :

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

En raison du manque de consensus dans la littérature, l'adjonction de vitamines ou de sels minéraux n'a pas été prise en compte dans les définitions.

Le sevrage correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel. Le sevrage ne doit pas être confondu avec le début de la diversification alimentaire.

Annexe II : Grille d'entretien pour les professionnels

1°) Formation professionnelle

- Quelles formation reçue sur l'allaitement maternel : initiale, continue ?
- Quels moyens de mise à jour des connaissances ?

2 °) Positionnement par rapport à l'allaitement maternel

- Positionnement professionnel et personnel par rapport à l'allaitement maternel
- Quel est le temps dévolu à l'information / promotion de l'allaitement par rapport à l'activité en général ?
- Profil des patientes rencontrées (profil socio-professionnel, âge, motif de consultation)
- Avis sur les « préparations pour nourrissons » et contact avec les commerciaux de l'industrie des " préparations pour nourrissons"

3°) Rôle du professionnel dans la décision d'allaiter

- Quelle influence sur la décision d'allaiter ?
- Quels sont les supports utilisés ? (plaquettes, réunions, etc.)
- Typologie des femmes qui allaitent/n'allaitent pas

4°) Accompagnement de la femme qui allaite

- Quelles sont les modalités d'accompagnement de la femme allaitante ?
- Présence et rôle du père
- Quels sont les principaux facteurs qui poussent les femmes à arrêter d'allaiter ?
- Dans quelles circonstances êtes vous amené à recommander d'arrêter un allaitement et pourquoi ?

5°) L'allaitement maternel en Ille-et-Vilaine

- Spécificités du département en matière d'allaitement maternel
- Tendances constatées

6°) Actions générales en faveur de l'allaitement maternel

- Actions réalisées pour promouvoir le choix et le maintien dans la durée de l'allaitement maternel
- Freins éventuels constatés à la mise en place de programmes de promotion de l'allaitement maternel
- Propositions éventuelles d'actions en ce sens (niveau national et niveau local)

Annexe III : Grille d'entretien pour les mères

Nom de l'interviewer	
Date accouchement	
Hôpital/service	

PROFIL

Prénom

Age au moment de l'entretien 15-20 21-25 26-30 31-35 36-40 40 ans
et +

Age au moment de l'accouchement 15-20 21-25 26-30 31-35 36-40 40 ans
et +

Lieu habitation

Occupation

Activité mari

Nombre d'enfants

CHOIX

Allaitement maternel

Biberons

mixte

Dans ce cas : durée prévue de l'allaitement et pour quelles raisons (*reprise travail...*) ?

Ou : quelles ont été les contraintes rencontrées ? Vous ont-elles amené à arrêter d'allaiter ?

Vos autres enfants ont-ils été nourris de la même façon ? Si non, pourquoi ?

POURQUOI Quand votre décision a-t-elle été prise ? Y songiez-vous déjà à l'adolescence ?

Avez-vous changé d'avis au cours de la grossesse ? Pour quelles raisons ?

Quelle image aviez-vous de l'allaitement ?

Quels ont été les arguments mis en balance ?

Cette décision a-t-elle fait l'objet de discussions ? *Avec qui ? Famille ? Qui dans la famille ?* Quelle est la position de votre conjoint ? Y'a-t-il dans votre entourage proche (*amis, famille dont maman ?*) des personnes qui ont fait le choix d'allaiter ou de ne pas allaiter ?

Quelles ont été vos sources de conseils ? *livres, revues, TV, associations...*

Avez-vous bénéficié d'une aide/information de la part des professionnels de santé : (*faire préciser*) *PMI, pédiatre libéral, médecin de famille, personnel de l'hôpital ?*

- concernant l'allaitement
- concernant les préparation pour nourrissons

A quel moment ? (*avant/après l'accouchement*)

Annexe IV : Rapport des entretiens réalisés avec les mères

Echantillon de vingt mamans.

▪ Profils variés

Tranches d'âge	15-20	21-25	26-30	31-35	36-40	+ de 40	+ de 60
Au moment de l'entretien		1	3	8	1	5	2
Au moment de l'accouchement	1	2	8	8	1		

Mères de **différentes générations** mais dont la plupart avaient de 26 à 35 ans au moment de l'accouchement.

1 mère dans son dernier mois de grossesse

7 mères dans leur premier mois après l'accouchement

13 mères ayant passé cette étape

A dessein, nous avons recherché à diversifier les **provenances géographiques** :

- 7 mamans venaient d'Ille-et-Vilaine : 5 entretiens effectuées à la maternité de Fougères, 1 entretien avec une mère ayant accouché à l'hôpital Sud de Rennes et 1 entretien avec une mère ayant accouché à la clinique de Brequigny (proche de Rennes)

- 3 avec des mères parisiennes : Antoine Béclère, St Vincent-de-Paul et Clinique Ste Félicité

- 7 mères de province : une mère du nord de la France (Dunkerque), trois mères de l'est (clinique et hôpital à Mulhouse), trois mères du sud (hôpital d'Ajaccio, d'Arles et Hospices civils de Lyon)

- une mère ayant accouché dans les DOM-TOM (Guadeloupe)

- deux mères (grand-mères aujourd'hui) ayant accouché à domicile

R : groupe témoin en Ille-et-Vilaine trop peu nombreux mais du fait des difficultés rencontrées dans les maternités.

Milieux socio-professionnels très divers avec une légère prédominance des catégories supérieures.

Nombre d'enfants	1 enfant	2 enfants	3	4
Nombre de mères	8	9	2	1

⇒ Le panel donne un aperçu assez fidèle de la population française : origine géographique et milieux socio-professionnels divers, femmes de diverses générations mais dont la plupart avait de 26 à 35 ans au moment de l'accouchement, enfin en grande majorité des femmes n'ayant qu'un ou deux enfants. Cependant, il n'est pas possible de l'analyser de façon statistique, trop de variables entrant en jeu.

▪ **Mode d'alimentation choisi et durée**

Mode d'alimentation choisi	Allaitement maternel exclusif	Allaitement maternel mixte	Biberons
Nombre de mères	14	2	7

R : le nombre est supérieur à 20 car dans un cas une maman a allaité ses deux premiers enfants mais pas les deux derniers et dans l'autre un allaitement mixte pour le premier et au biberon pour le 2 autres.

La plupart des mères venant d'accoucher et souhaitant allaiter (6 femmes) n'avait pas une idée préconçue de la **durée** (sauf deux mères ayant déjà eu un autre enfant, l'une souhaitant allaiter moins longtemps que pour l'aîné pour « *ne pas maintenir trop longtemps le lien fusionnel* ») qui dépendra des conditions d'allaitement : « *le plus longtemps possible... on verra* ». La plupart pensent que les conditions de l'allaitement vont déterminer la durée : reprise du travail et éventuels problèmes physiologiques (« *crevasses* », « *montées de lait* »).

Durée effective pour les mères ayant accouché depuis plus longtemps : 1 mois, 2 mois (deux mères), 3 mois (deux mères), plus de 6 mois et 13 mois.

Pour les femmes ayant accouché depuis plus longtemps et ayant allaité (8 femmes), les principales contraintes rencontrées : la reprise du travail (3 occurrences), difficultés physiques et physiologiques (« *abcès* », « *crevasses* », « *manque de lait* », « *fatigue* » : 4 mères). Une maman était gênée à l'idée d'allaiter son « *petit enfant* » n'ayant plus l'apparence d'un nourrisson au-delà de 2 mois.

Une mère détaille ses difficultés malgré sa motivation et sa persévérance : manque de soutien, conseils contradictoires des professionnels et le manque d'infrastructures adaptées pour la mère allaitante en France.

Les femmes n'ayant pas allaité citent diverses raisons : la reprise du travail, la fatigue notamment après une grossesse difficile, l'absence d'encouragement pour l'allaitement maternel à d'autres époques.

Comparaison au sein de la fratrie

7 femmes ont adopté le même mode d'alimentation pour tous leurs enfants.

2 femmes ont souhaité allaiter moins longtemps leur dernier enfant.

3 autres ont fait un choix différent en fonction des enfants : l'une a allaité les 2 premiers mais pas les deux derniers du fait de complications survenues lors de l'accouchement, une autre a souhaité allaiter le deuxième considérant finalement les avantages nutritionnels pour l'enfant et pour la troisième, l'absence de motivation n'a pas permis de renouveler la tentative d'allaiter.

▪ **Causes de ce choix**

Moment de la décision. Eventuelle évolution

- Une seule d'entre elles se souvient s'être positionnée dès son adolescence

- 8 femmes ont effectué leur choix avant la grossesse, dont 2 ayant opté pour le biberon

- 10 femmes se sont décidées durant la grossesse, dont 3 ayant choisi le biberon

- 2 mamans ont attendu la naissance pour prendre position, l'une ayant choisi l'allaitement au sein, l'autre le biberon

R : contrairement aux dires des professionnels, une seule femme avait fait son choix à l'adolescence. Mais l'enquêteur n'a pas toujours fait préciser la maman. En outre, peut-être que dans certains cas, les mères ayant répondu « dès le début de la grossesse », veulent en réalité signifier que cette décision a été prise bien avant.

Une seule femme a changé d'avis juste avant sa grossesse.

Rôle des professionnels :

Six femmes avaient eu une information sur l'allaitement avant l'accouchement dont deux par une sage-femme et deux par un gynécologue.

Après l'accouchement, plus de femmes ont obtenu des informations, on peut penser qu'elles ne sont pas de même nature.

On peut classer les arguments évoqués par les **mères ayant allaité** en 4 items²⁸ :

a) Le rationnel

La principale raison évoquée a été la santé de l'enfant (6 occurrences), de plus deux mères ont invoqué l'argument de la qualité du lait maternel
acquisition de connaissances : trois mères ont déclaré s'être informée sur la question de manière approfondie (principalement ouvrages et revues)
la santé de la mère a été mentionnée une fois

b) Les facteurs contextuels

- Influence de la mère : un tiers environ des femmes ayant allaité ont justifié ce choix par le fait qu'elles ont été elles-mêmes allaitées.
- Plus largement, l'influence de la famille et de l'entourage a été un élément prépondérant pour 8 femmes.
- L'adhésion du conjoint est un autre facteur essentiel pour les femmes allaitant. Deux femmes sont allées à l'encontre de l'avis de leur époux, l'un a allaité alors que son conjoint n'y était pas favorable et l'inversement. Dans six cas les mères ont mentionné la neutralité du conjoint, soit parce qu'il respectait la décision de sa femme, soit parce qu'il n'avait « pas son mot à dire » (pour trois femmes plus âgées)
- Deux femmes ont cité l'aspect pratique de l'allaitement au sein (femmes venant d'accoucher)

c) Le ressenti

- Lien mère-enfant a été cité par 7 mères : « acte d'amour », « acceptation de mon rôle de mère »...
- Le ressenti de la maman, ses sensations par rapport au corps sont des arguments cités à 4 reprises : « plaisir », « envie »...
- Perceptions de la mère par rapport à ce qu'elle apporte à son enfant : le bien-être du bébé a été mentionné à trois reprises (« bébé pleure moins car nourri à la demande »...)

d) Le normatif

- Le discours des professionnels et leur soutien (4 fois)

²⁸ Items inspirés de l'article « Les représentations de l'allaitement dans la relation patientes/sages-femmes », *Recherche en soins infirmiers*, P131 à 143, N°72, mars 2003

- Le naturel comme normatif (4 fois)
- L'effet de mode a été cité par deux mamans, en lien avec une « pression sociale » plus forte.

On classera les arguments évoqués par **les mères n'ayant pas allaité** selon les mêmes items :

a) Le rationnel

Les contraintes physiques ont été citées par 3 mères, deux autres ont évoqué une grossesse ou un accouchement difficile.

Le manque d'expérience ou d'informations est un argument pour 3 mères

b) Facteurs contextuels

- 4 femmes ont expliqué que leur entourage n'allaitait pas, dont trois qui n'avaient pas elles-mêmes été allaitées par leur mère. R : une seule femme a fait un choix différent de celui de sa propre mère en n'allaitant pas.

2 femmes trouvent le biberon plus pratique (femmes plus âgées)

L'isolement influant la décision pour 2 mères

1 femme a avancé l'argument de la reprise du travail

Enfin 1 femme a évoqué la nécessité d'un traitement égalitaire au sein de la fratrie

c) Le ressenti

Pudeur : 2 fois

Dépendance (2 fois) : « peur d'être l'esclave de mon enfant »

Image bestiale : 2 fois

1 femme souligne son manque d'envie

d) Le normatif

Pour 2 personnes, l'allaitement n'était pas à la mode à l'époque (une femme de la même génération a dit exactement le contraire)

Annexe V : Rapport des entretiens réalisés en Norvège

Introduction

En matière d'allaitement maternel, les pays scandinaves sont connus pour avoir des performances exceptionnelles dans le choix de ce mode d'alimentation de l'enfant par les parents et dans sa durée. Quelle est la situation exacte de l'allaitement maternel notamment en Norvège où un groupe d'élèves directeurs d'établissements sociaux et médicaux sociaux et sanitaires et sociaux de l'ENSP se rendent pour un voyage d'étude, en septembre 2004 ? Quelle histoire l'allaitement maternel y a-t-il ? Comment explique-t-on ces résultats ? Quelle promotion et quels moyens y déploient-on ? Quelles difficultés y rencontre-t-on et comment les traite-t-on ? Quelles limites pose-t-on à sa mise en oeuvre ? Nous présumons que les résultats de notre enquête peuvent utilement alimenter nos réflexions et l'élaboration d'une stratégie visant la promotion de l'allaitement maternel auprès des parents et des professionnels sur le secteur géographique de l'Ille et Vilaine particulièrement en réponse à la commande exprimée.

1. Matériels et méthodes

Deux entretiens ont été réalisés en Norvège, dans la capitale et dans la région centre :

- Le premier au National Breastfeeding Center (Centre national pour l'allaitement maternel) d'Oslo avec deux responsables chargées de la promotion, de la mise en oeuvre et de la formation continue en matière d'allaitement maternel auprès des services et des professionnels sur l'ensemble du territoire. Une grille d'entretien avait été préalablement élaborée et portait essentiellement sur le recueil de données, l'histoire, le programme actuel, l'évaluation du programme.
- Le deuxième à la maternité de l'hôpital de Trondheim (région centre de Norvège) avec la responsable des sages-femmes. La grille d'entretien visait la vérification des premières données ainsi qu'un complément d'informations rendu possible par le terrain lui-même et la professionnelle rencontrée. Les questions ont ainsi porté sur les taux d'allaitement maternels nationaux et locaux, les droits des parents en matière de congés maternité et paternité, le suivi de grossesse (qui, où, comment ?), les obstacles éventuels à la mise en oeuvre des 10 recommandations de l'OMS et l'UNICEF pour la réussite de

l'allaitement maternel (informations en notre possession depuis l'entretien d'Oslo), la promotion locale, le travail en réseau notamment avec les support groups (groupe d'entraide vers lesquels les parents sont dirigés à la sortie de maternité)...Une visite de la maternité a été proposée par la professionnelle.

2. Résultats

Le recueil des données

A la dernière enquête de 1998, les taux d'allaitement maternel atteignent 99% à la sortie de maternité, 80% aux six mois de l'enfant, 36% lorsque l'enfant atteint son premier anniversaire. Les données sont nationales et non locales : elles sont effectuées par des statisticiens sur enquête de population et non auprès des maternités ou services partenaires de surveillance de l'enfant.

Les motifs des résultats

Références d'ouvrages et photocopies à l'appui, les responsables au National Breastfeeding Center évoquent *l'histoire* particulière de la Norvège en matière d'allaitement maternel au cours du dernier siècle et plus encore les cinq dernières décennies. Elles distinguent plusieurs périodes où l'allaitement maternel a connu des performances diverses notamment depuis la deuxième guerre mondiale :

- 1945 / 1965 : les taux d'allaitement maternel baissent atteignant à peine 30% en 1960. La médicalisation de l'accouchement, la séparation de la mère et de l'enfant en maternité à cette époque, la croyance en la technologie, l'émergence du commerce des substituts au lait maternel, le travail des femmes, les doutes nouveaux des femmes elles-mêmes sur leur capacité à nourrir leur enfant sont des facteurs susceptibles d'expliquer la crise de l'allaitement maternel selon les responsables rencontrés.
- 1965 / 1970 : des mères norvégiennes ont créé un important mouvement social très populaire et demandé une formation à l'allaitement maternel. Mythe ou réalité, cet « empowerment » des mères (le traitement des besoins par les personnes elles-mêmes) a constitué une rupture décisive dans les pratiques des femmes qui se sont réappropriées l'allaitement maternel. C'est le début d'une inversion de tendance observable par le recueil des données. Aucun autre acteur (niveau national ou local) ne serait intervenu dans cette phase.
- 1980 / 1990 : un programme national émerge : communication par des plaquettes émanant du ministère, soutien aux groupes d'entraide et travail en réseau, formation des médecins.

- 1993 à aujourd'hui : la Norvège aligne son programme sur celui préconisé par l'OMS et l'UNICEF. Les 10 recommandations sont mises en œuvre et leur évaluation est organisée. Des enquêtes auprès des mères et des professionnels sont réalisées annuellement jusqu'en 1998 (NDR : la personne rencontrée à Trondheim se souvient d'une enquête réalisée l'an passé ?)

Les **droits** a congés maternité et paternité existent et sont souples. Les mères ont le choix entre deux types de congé et peuvent ainsi opter pour un congé de 42 semaines rémunéré à 100 % du traitement ou un congé de 52 semaines financé à 80 %. Les pères bénéficient d'un congé de 4 semaines. Mères et pères peuvent répartir souplement leurs congés et reprendre une activité leur permettant d'être l'un ou l'autre présent auprès de leur enfant. A leur reprise d'activité, les mères allaitantes bénéficient d'un temps supplémentaire quotidien de deux heures pour l'alimentation de leur enfant.

L'équipement d'accueil de la petite enfance (crèche, jardin d'enfant) et l'accueil familial développés sur l'ensemble du territoire permettent l'exercice effectif de ce droit.

Les futurs parents ont le choix du **suivi de grossesse et de la préparation à l'accueil de leur enfant** par un médecin ou par une sage-femme selon les termes de la loi. Cependant, la pénurie de sages-femmes (2000 en Norvège / 8000 en Suède) rend parfois difficile ce choix et chaque district, étant en charge du financement de la promotion de l'allaitement maternel a des décisions meilleures à prendre pour encourager le suivi par les sages-femmes qui ont une formation initiale et continue plus importante dans ce domaine que les généralistes.

A la sortie de la maternité, trois types d'accompagnement et de services sont offerts aux parents : le suivi hospitalier pendant 14 jours après la date de sortie, les services petite enfance de la ville (type PMI) ou les groupes d'entraides en matière d'allaitement maternel. Les maternités communiquent aussi les n° de téléphone et les emails des mères qui ont accepté qu'ils soient transmis.

Le **travail en réseau** hôpital - groupes d'entraide n'est pas aisé en raison de la fluidité de ces groupes, de l'absence de professionnalisation et de la logique même d'autonomisation de ces groupes par rapport à l'hôpital.

Il existe peu de contre-indications à l'allaitement maternel selon les professionnels norvégiens rencontrés. Même les femmes présentant des implants mammaires peuvent faire le choix d'allaiter au prix cependant de leur implant.

Les mères et les pères ont le droit d'exprimer leur refus d'allaitement maternel et les professionnels respectent ce choix. Cependant, la pression sociale est forte et souvent les femmes elles-mêmes s'imposent d'allaiter.

3. Discussion

La notion « d'empowerment » ou comment les mères massivement, dans un grand mouvement populaire ont pris elles-mêmes en main le traitement de leur besoin et ont été demandeuses de formation à l'allaitement maternel est à la base d'un mouvement qui allait résolument inversé la courbe des données vers les excellents résultats que la Norvège connaît en matière d'allaitement maternel aujourd'hui. La création de réseaux et de groupes d'entraide notamment est une offre de service simple aux mères et aux pères qui répond à nombre de leurs attentes et besoins.

La démedicalisation de l'accueil de l'enfant au moment de sa naissance et au-delà, la reprise de confiance des mères dans leurs capacités à apporter des réponses adaptées aux besoins de leur enfant par leur propre lait, les droits des parents à congés maternité et paternité de durée supérieure à celles connues en France contribuent efficacement à l'initiation et au prolongement de l'allaitement maternel.

L'adoption du programme OMS et UNICEF en faveur de l'allaitement maternel et ses dix recommandations, la formation initiale et continue des professionnels sanitaires et sociaux ainsi que l'évaluation régulière de la mise en œuvre du programme dans les services de soins et de santé apportent des garanties de fiabilité et de pérennité indispensables.

Conclusion

La Norvège a traversé avec succès un temps de crise de l'allaitement maternel. Son expérience sans être transposable offre des éléments de réflexions qui peuvent nous inspirer utilement pour la promotion de l'allaitement maternel dans son choix et sa durée en Ille et Vilaine. Comment est suscitée la demande des futures mères et pères dans ce département-ci ? Quelles communications et formations sur l'allaitement maternel des futurs parents et des professionnels sont réalisées aujourd'hui ? Quelles sont les faiblesses actuelles du système et les forces sur lesquelles il est possible de compter ?

Annexe VI : Les dix recommandations de l'OMS et de l'UNICEF

Source : Tiré de Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel - Le rôle spécial des services liés à la maternité, Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, OMS, Genève, 1989, et de The Global Criteria for the WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative, UNICEF, 1992.

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient :

- 1 - Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
- 2 - Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
- 3 - Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
- 4 - Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
- 5 - Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
- 6 - Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
- 8 - Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
- 9 - Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
- 10 - Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Par ailleurs, les établissements devraient refuser de recevoir, gratuitement ou à prix réduit, des lots de substituts du lait maternel, de biberons ou de tétines.

Annexe VII : Actions réalisées par le Finistère et le Morbihan dans la promotion de l'allaitement

Le Finistère²⁹

Constat de départ :

L'évolution du taux d'allaitement dans le département est à la hausse depuis les années 70 (8,47% en 1974) mais reste bien inférieur à la moyenne nationale en 1992 (28,05% à la sortie de la maternité).

Au préalable, il faut également souligner la mobilisation des professionnels susceptibles de prendre part aux actions de promotion.

Dans le but de recueillir des informations et de promouvoir l'allaitement, un groupe de travail associant le Conseil général, des représentants du CODES, des sages-femmes, et des puéricultrices a été constitué. Il a retenu les actions suivantes :

- organisation de trois stages de formation et de trois journées de sensibilisation par le Docteur THIRION pour les professionnels de santé du département.
- Edition d'un guide pratique de l'allaitement maternel à l'usage des professionnels
- Programme pour les médecins dans le cadre de la formation médicale continue
- Sensibilisation des étudiants à la Faculté de Médecine
- Sortie d'un film de promotion sur l'allaitement maternel, réalisé par l'association « Groupe d'information sur la Naissance et l'Allaitement Maternel » grâce au soutien du Conseil Général.

Dans un deuxième temps était prévue une information large du public par des campagnes d'affichage et la distribution de dépliants, ainsi qu'un meilleur accompagnement pour les femmes avec l'édition de guides et la mise en place de permanences téléphoniques.

²⁹ D'après le document de l'ORSB cité en annexe

Le Morbihan³⁰

L'association de sages-femmes « *Naître au Morbihan* » créée en 1997 joue le rôle moteur dans la promotion de l'allaitement.

Ses objectifs sont

- informer, accompagner et soutenir le couple et l'enfant
- unifier le discours des professionnels de santé
- mettre à disposition du public et des professionnels une documentation adaptée
- informer le grand public sur l'allaitement maternel afin de modifier son image

Les moyens engagés :

- formation sur l'allaitement maternel pour l'ensemble du personnel des maternités du département
- visiteuse prévention allaitement auprès des médecins libéraux
- plaquette d'information pour les mères et les professionnels
- soutien téléphonique 7/7
- affichage grande diffusion

Les résultats obtenus sont spectaculaires, prouvant que le déterminisme ou l'inertie ne sont pas écrasants en matière d'allaitement.

Une évolution de 17,5% depuis 1996 pour atteindre 44,5% en 2000.

³⁰ Tiré de la thèse de M. RIHET citée dans la bibliographie

Annexe VIII : Evaluation financière des préconisations formulées en matière d'encouragement à la pratique de l'allaitement maternel

Mesures préconisées	Estimation du coût de la mesure
Enquêtes ponctuelles pour connaître le taux d'allaitement	10 000 euros*
Fabrication de 100 000 plaquettes d'information	25 000 euros*
Recrutement d'une sage femme	40 000 euros*
Organisation d'un retour modulé sur l'ensemble des maternités du département	468 000 euros*
Octroi d'un mois de congé maternité supplémentaire (tenant compte d'un salaire mensuel médian de 1200 euros)	14 000 000 euros*

* : chiffrage approximatif

Coût total des préconisations : 14 943 000 euros.

Le budget consacré à l'action sociale par le Conseil Général d'Ille-et-Vilaine est de 198 000 000 euros. Dès lors, le financement de la totalité de ces mesures représenterait 7,6 % du budget d'action sociale consacré uniquement à la promotion de l'allaitement maternel. Cela semble difficilement envisageable.

En revanche, le financement de l'ensemble des mesures à l'exception du mois de congé maternité supplémentaire ne représente que 0,27 % du budget consacré à l'action sociale (coût estimé = 543 000 euros). Cela paraît déjà plus réaliste.