

> SOMMAIRE // Contents

ARTICLE // Article

Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011
// Breastfeeding prevalence in maternity wards according to parents and delivery characteristics. Results from the ELFE Survey in maternity units, mainland France, 2011p. 440

Claire Kersuzan et coll.

*Institut national de la recherche agronomique (Inra),
UR 1303-Alimentation et sciences sociales (Aliss),
Ivry-sur-Seine, France*

ARTICLE // Article

Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013)
// Breastfeeding duration in France (Epifane 2012-2013)p. 450

Benoît Salanave et coll.

Unité de surveillance périnatale et nutritionnelle (Uspen), Institut de veille sanitaire, Université Paris 13, Bobigny, France

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de l'InVS. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'oeuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directeur de la publication : François Bourdillon, directeur général de l'InVS
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnchapel-Messaï
Secrétaires de rédaction : Laetitia Gouffé-Benadiba, Farida Mihoub
Comité de rédaction : Dr Pierre-Yves Bello, Direction générale de la santé ; Dr Juliette Bloch, CNSA ; Cécile Brouard, InVS ; Dr Sandrine Danet, ATIH ; Dr Claire Fuhrman, InVS ; Dr Bertrand Gagnière, Cire Ouest ; Anabelle Gilg Soit Ilg, InVS ; Dorothee Grange, ORS Île-de-France ; Dr Nathalie Jourdan-Da Silva, InVS ; Agnès Lefranc, InVS ; Dr Marie-Eve Raguenaud, Cire Limousin/Poitou-Charentes ; Dr Sylvie Rey, Drees ; Hélène Therre, InVS ; Stéphanie Toutain, Université Paris Descartes ; Dr Philippe Tuppin, CnamTS ; Pr Isabelle Villena, CHU Reims.
Institut de veille sanitaire - Site Internet : <http://www.invs.sante.fr>
Prépresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

PRÉVALENCE DE L'ALLAITEMENT À LA MATERNITÉ SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS ET LES CONDITIONS DE L'ACCOUCHEMENT. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE ELFE MATERNITÉ, FRANCE MÉTROPOLITAINE, 2011

// BREASTFEEDING PREVALENCE IN MATERNITY WARDS ACCORDING TO PARENTS AND DELIVERY CHARACTERISTICS. RESULTS FROM THE ELFE SURVEY IN MATERNITY UNITS, MAINLAND FRANCE, 2011

Claire Kersuzan¹ (claire.kersuzan@ivry.inra.fr), Séverine Gojard¹, Christine Tichit¹, Xavier Thierry², Sandra Wagner³, Sophie Nicklaus⁴, Bertrand Geay⁵, Marie-Aline Charles³, Sandrine Lioret³, Blandine de Lauzon-Guillain³

¹ Institut national de la recherche agronomique (Inra), UR 1303-Alimentation et sciences sociales (Aliss), Ivry-sur-Seine, France

² Institut national d'études démographiques (Ined), Paris, France

³ Inserm, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP) ; Université Paris-Sud, UMR-S 1018, Villejuif, France

⁴ Centre des sciences du goût et de l'alimentation ; Inra, UMR 1324 ; CNRS, UMR 6265 ; Université de Bourgogne, Dijon, France

⁵ Université de Picardie, UMR 7319-Centre universitaire de recherches administratives et politiques de Picardie, Amiens, France

Soumis le 17.06.2014 // Date of submission: 06.17.2014

Résumé // Abstract

Objectifs – À partir des données de l'étude Elfe (Étude longitudinale française depuis l'enfance), cet article présente la prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement.

Méthodes – L'étude Elfe porte sur plus de 18 000 nourrissons nés tout au long de l'année 2011 dans un échantillon aléatoire de maternités de France métropolitaine. Les données portant sur l'alimentation lactée ont été recueillies à la maternité par questionnaire administré en face-à-face par le personnel médical.

Résultats – Plus des deux-tiers des nourrissons (70,5%) recevaient du lait maternel à la maternité (59,0% de façon exclusive, 11,5% en association avec des préparations pour nourrissons). Ce taux moyen cachait des différences importantes selon le contexte de la naissance et les caractéristiques des parents. Les taux d'allaitement étaient plus faibles en cas de complications à la naissance ainsi que chez les nourrissons dont les parents étaient nés en France, étaient ouvriers, employés ou sans profession, et chez ceux dont les mères avaient un niveau d'études intermédiaire. La pratique de l'allaitement diminuait aussi quand la mère était fumeuse, peu investie dans la préparation à la naissance et lorsqu'elle était en situation d'insuffisance ou de surcharge pondérale avant la grossesse. Ces mêmes caractéristiques sociales renforçaient la partition des choix entre allaitement exclusif et allaitement partiel, exception faite des mères étudiantes et étrangères qui pratiquaient plus que les autres un allaitement partiel, malgré leur forte propension à allaiter.

Conclusion – La prévalence de l'allaitement total en maternité varie selon de nombreuses caractéristiques des parents, des naissances et de l'accouchement. La plupart de ces caractéristiques influencent aussi le choix de l'allaitement exclusif par rapport à l'allaitement partiel. Les facteurs identifiés fournissent des pistes pour élaborer des actions spécifiques de promotion de l'allaitement ciblant les groupes de mères les moins enclines à allaiter.

Objectives – Using data from the French Longitudinal Study of Children ELFE (Growing up in France), our objectives were to describe breastfeeding prevalence at maternity units and its association with both parents' characteristics and the context of delivery.

Methods – The Elfe survey is based on a representative sample of more than 18,000 infants born in 2011 in a random sample of maternity wards in mainland France. Milk feeding data were collected during the maternity stay using a face-to-face questionnaire administered by healthcare staff.

Results – More than two thirds of the infants (70.5%) were breastfed in maternity units (59.0% exclusively, 11.5% partially). This average rate concealed significant differences depending on the context of birth and parents characteristics. Breastfeeding rates were lower in case of complications at birth. Infants of lower social class and those of native-born parents as well as infants of mothers with only intermediate education level were less frequently breastfed at birth. Breastfeeding rate also decreased when the mother was underweight, overweight or obese before pregnancy, smoked during pregnancy and was not invested in delivery preparation courses. These social characteristics reinforce the choice between exclusive and mixed breastfeeding, except for students and foreign mothers who practiced mixed feeding more than other mothers despite their propensity to breastfeed.

Conclusion – The prevalence of total breastfeeding at maternity varies according to parents, birth and delivery characteristics. Most of these characteristics also influence breastfeeding exclusivity versus partial breastfeeding.

The identified factors provide guidelines to develop breastfeeding promotion campaigns targeting particular groups of mothers less likely to breastfeed.

Mots-clés : Initiation de l'allaitement, Prévalence de l'allaitement total et partiel, Facteurs de l'allaitement, Enquête Elfe
// Keywords: Breastfeeding initiation, Total and partial breastfeeding prevalence, Breastfeeding factors, ELFE survey

Introduction

L'allaitement, exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois puis associé à une diversification jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus, est aujourd'hui reconnu comme le mode d'alimentation optimal du nourrisson. Ces dernières décennies, nombre de travaux scientifiques ont conclu à un effet bénéfique de l'allaitement sur la santé de la mère et de l'enfant. Ils soulignent les effets positifs à long terme de l'allaitement, notamment sur la réduction du risque infectieux et le développement cognitif et moteur de l'enfant^{1,2}. En revanche, le bénéfice de l'allaitement sur le développement émotionnel, la fréquence des allergies et l'obésité infantiles est encore débattu³. Chez les mères, l'allaitement réduirait l'incidence des cancers du sein et améliorerait la santé en suite de couches⁴. Le lait maternel apparaît comme une forme de nutrition sur mesure, dont le volume et la composition se modifient pour s'adapter aux besoins du nouveau-né en croissance⁵. Sans en imiter parfaitement la composition, les préparations pour nourrissons représentent néanmoins une alternative sanitaire acceptable lorsque l'allaitement est impossible ou non désiré.

En France, comme dans de nombreux pays, la promotion de l'allaitement est inscrite dans les programmes de santé publique⁶. À la fin des années 1970, moins de la moitié des enfants recevaient en maternité du lait maternel seul ou en association avec des préparations pour nourrissons⁷. Le Programme national nutrition santé (PNNS) de 2006 visait l'objectif de 70% d'enfants allaités, de façon exclusive ou partielle, à la naissance en 2010. Bien que cet objectif soit aujourd'hui presque atteint (69% en 2010)⁸, la prévalence de l'allaitement total en France se situe encore parmi les plus faibles d'Europe⁹. La promotion de l'allaitement demeure donc une priorité du PNNS 2011-2015, qui a l'ambition d'augmenter sa fréquence d'au moins 15% en cinq ans¹⁰. La mise en œuvre de ces recommandations se heurte à la différenciation sociale des normes et pratiques d'allaitement qui se manifestent, dès la maternité, selon les caractéristiques sociodémographiques et culturelles de la mère et les conditions de l'accouchement. En France, les mères mariées, plus âgées, primipares, étrangères, de haut niveau d'études et occupant une position élevée dans la hiérarchie sociale initient davantage l'allaitement¹¹⁻¹³. À l'inverse, des taux plus faibles d'allaitement total sont observés chez les mères en surpoids, ayant fumé pendant la grossesse et n'ayant pas participé à des séances de préparation à l'accouchement^{11,12}. Les enfants nés par césarienne sont moins fréquemment allaités de façon exclusive ou partielle^{11,12}. En revanche, l'initiation de l'allaitement n'est pas liée à la prématurité, à la gémellarité, au rang de l'enfant et au faible poids du nourrisson à la naissance, selon les résultats d'une étude menée en maternité en 2012¹¹. L'objectif est de présenter ici les premiers résultats descriptifs

issus des données de l'étude Elfe (Étude longitudinale française depuis l'enfance) sur la prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement.

Méthodes

Elfe est la première étude de cohorte de naissance de grande envergure en population générale réalisée en France. Plus de 18 000 enfants ont été recrutés en maternité pour être suivis jusqu'à l'âge adulte dans une perspective pluridisciplinaire. Avec une représentativité nationale et un échantillon de grande taille, il s'agit de mieux comprendre l'effet à long terme de l'évolution de l'environnement, de l'entourage familial, des conditions de vie et d'alimentation des enfants sur leur développement, leur santé et leur socialisation. Les données collectées permettent d'étudier finement les déterminants socioculturels des pratiques alimentaires infantiles, de l'initiation de l'allaitement à la diversification alimentaire¹⁴.

La cohorte Elfe porte sur un échantillon d'enfants nés durant 25 jours répartis au cours de quatre vagues saisonnières d'enquêtes sur l'année 2011. Ces enfants ont été sélectionnés dans un échantillon aléatoire de 349 maternités parmi les 544 recensées en France métropolitaine. L'échantillon de l'enquête est issu d'un plan de sondage à plusieurs degrés : le premier est celui des maternités tirées au sort selon un plan stratifié avec allocations proportionnelles à leurs tailles, le deuxième renvoie aux 25 jours d'inclusions sélectionnés et le dernier, exhaustif sous certains critères d'éligibilité, est celui des nourrissons. Les nourrissons éligibles étaient d'un âge gestationnel d'au moins 33 semaines d'aménorrhée, issus d'un accouchement au plus gémellaire et d'une mère majeure, en mesure de donner un consentement éclairé dans l'une des langues proposées (français, anglais, arabe ou turc). Par ailleurs, les familles prévoyant de vivre hors métropole au cours des trois années suivantes n'ont pas été incluses. Le taux de participation des maternités était de 91,7% et 50,9% des familles ont consenti au suivi. Après exclusion des personnes ayant retiré leur consentement après le début du suivi (30) et des nourrissons nés hors des 25 jours d'inclusion de l'étude Elfe (71), l'échantillon initial se compose de 18 228 nouveau-nés.

L'enquête en face-à-face à la maternité, réalisée par le personnel médical, a recueilli des renseignements sur la situation sociodémographique des parents, le déroulement de la surveillance prénatale, la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse et les modalités d'alimentation lactée de l'enfant lors du séjour en maternité. Des informations extraites du dossier médical ont également renseigné sur le type et le terme de l'accouchement ainsi que sur l'état de santé, la taille et le statut pondéral de l'enfant.

À la maternité, les mères ont répondu au questionnaire en face-à-face alors que le nouveau-né était âgé en moyenne de 1,97 jour (7% à J0, jour de l'accouchement, 32% à J1, 35% à J2, 18% à J3 et 8% entre J4 et J14). L'alimentation lactée à la maternité a été mesurée au moment de l'entretien en face-à-face avec la mère, à partir de la question suivante : « *Aujourd'hui, comment votre/vos enfant(s) est-il/sont-ils nourri(s) ?* ». Les réponses fournies par les mères ont été classées selon plusieurs modalités : « *Au lait maternel uniquement* », « *Au lait premier âge uniquement* », « *Allaitement partiel* », « *Ne sait pas* » et « *Autre* ». Ces déclarations ont été utilisées pour distribuer les dyades mère-enfant en 3 groupes d'alimentation lactée : allaitement exclusif, allaitement partiel et préparations pour nourrissons uniquement. L'allaitement est exclusif lorsque le nourrisson ne reçoit que du lait maternel, sans aucun complément de lait artificiel au moment de l'entretien en face-à-face avec la mère. Il est partiel dès que des préparations pour nourrissons sont introduites en plus du lait maternel dans l'alimentation du nouveau-né. Enfin, les enfants ne recevant pas du tout de lait maternel sont nourris uniquement avec des préparations pour nourrissons. Les réponses données par les mères sur l'alimentation lactée de l'enfant en maternité ont été complétées et confirmées en utilisant l'information rétrospective fournie 2 mois et 1 an après l'accouchement sur l'allaitement de l'enfant depuis la naissance, les indications sur le nombre de tétées et de biberons collectées à 2 mois puis chaque mois entre 3 et 10 mois, ainsi que les données sur l'âge de l'enfant à l'arrêt de l'allaitement, recueillies 1 an après l'accouchement. Le mode d'alimentation lactée de l'enfant à la maternité demeure inconnu pour moins de 1% (n=95) des enfants de la cohorte. L'analyse porte ainsi sur 18 133 enfants.

Les résultats présentés ici sont issus d'une analyse descriptive et univariée des facteurs liés à l'allaitement en maternité. Les facteurs étudiés sont subdivisés en quatre grands groupes. Le premier correspond aux caractéristiques sociodémographiques et culturelles de la mère (pays de naissance, catégorie socio-professionnelle, niveau d'études, âge, situation professionnelle avant la grossesse). La situation conjugale est mesurée en combinant l'état matrimonial et la vie de couple. Le deuxième groupe renvoie aux indicateurs décrivant la santé et le comportement de la mère pendant la grossesse (corpulence avant la grossesse,

tabagisme pendant la période gestationnelle, nombre de cigarette(s) fumée(s) chaque jour pendant le 3^e trimestre de la grossesse, consommation d'alcool pendant la grossesse et fréquence de participation à des séances de préparation à la naissance). Le troisième groupe correspond aux caractéristiques de la naissance et de l'accouchement (rang, poids à la naissance, âge gestationnel, naissance unique ou gémellaire, mode d'accouchement, transfert de l'enfant et présence du père au moment de l'accouchement). Enfin, le dernier groupe de facteurs se rapporte aux caractéristiques sociodémographiques et culturelles du père (âge, pays de naissance, catégorie socioprofessionnelle, situation professionnelle actuelle). L'examen des facteurs liés à l'allaitement est mené pour l'allaitement total, puis en distinguant l'allaitement exclusif de l'allaitement partiel. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS® 9.4. Les analyses univariées ont été effectuées à l'aide du test du Chi² de Pearson (avec un seuil de signification fixé à 5%). Les données ont été pondérées pour tenir compte du plan de sondage stratifié et des biais liés au non consentement. Cette pondération, calculée par l'équipe Elfe, est obtenue par ajustement à partir des variables communes aux consentantes et aux non consentantes, puis par redressement à l'aide d'un calage sur les marges à partir des données de l'état-civil et de l'Enquête nationale périnatale (ENP) 2010 sur plusieurs variables (âge, région, état matrimonial, statut d'immigré, niveau d'études et primiparité)¹⁵. Les intervalles de confiance à 95% (IC95%) ont été calculés pour les résultats globaux.

Résultats

À la maternité, dans l'étude Elfe, le pourcentage d'enfants allaités par leur mère, que ce soit de façon exclusive ou partielle, était de 70,5% (IC95%: [69,8-71,2]) et de 59,0% [58,4-59,8] pour le seul allaitement exclusif (tableau 1).

Le taux moyen de l'allaitement à la maternité variait significativement selon la saison de naissance. Il était plus élevé pour les enfants nés au printemps (72,8%) que pour ceux nés à l'automne (69,4%) ou en été (70,1%) (p<0,05).

La pratique de l'allaitement en maternité était beaucoup plus fréquente chez les femmes nées à l'étranger que chez celles nées en France (tableau 2).

Tableau 1

Mode d'alimentation lactée à la maternité, Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011

	% de l'ensemble des naissances	% de l'ensemble des naissances en incluant, en cas de naissances multiples, un seul des jumeaux
	N=18 133	N=17 850
	n [IC95%]	n [IC95%]
Allaitement maternel exclusif	59,0 [58,4-59,8]	59,4 [58,8-60,3]
Allaitement partiel	11,5 [10,9-11,9]	11,2 [10,7-11,6]
Préparations pour nourrissons	29,5 [28,8-30,2]	29,4 [28,6-30,0]
Allaitement total (Exclusif+Partiel)	70,5 [69,8-71,2]	70,6 [69,9-71,4]

IC95% : Intervalle de confiance à 95%.

Tableau 2

**Modes d'allaitement selon les caractéristiques des parents, du nouveau-né et de l'accouchement (en pourcentage),
Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011**

		Effectif non pondéré	Enfants allaités en maternité, de façon partielle ou exclusive		Parmi les enfants allaités en maternité		
			%	p ¹	% Exclusif	% Partiel	p ²
Caractéristiques sociodémographiques et culturelles de la mère							
Pays de naissance	France	15 696	66,3	***	85,9	14,1	***
	Étranger	2 412	89,2		77,4	22,6	
Catégorie socioprofessionnelle	Indépendante	671	70,5	***	87,3	12,7	***
	Cadre ou profession intellectuelle supérieure	3 058	81,3		90,3	9,7	
	Profession intermédiaire	3 994	79,0		88,7	11,3	
	Employée	8 528	66,4		82,5	17,5	
	Ouvrière	635	63,3		80,6	19,5	
	Sans profession	1 184	67,2		76,8	23,2	
Niveau d'études	Ensemble des mères						
	Jamais scolarisée ou primaire	151	83,8	***	78,7	21,3	***
	Collège	743	61,3		72,4	27,6	
	CAP/BEP	2 522	54,5		79,0	21,0	
	Lycée technique ou professionnel	1 449	61,9		79,5	20,6	
	Lycée général	2 332	75,4		81,7	18,3	
	Études supérieures	10 879	78,1		87,5	12,5	
	Mères nées en France						
	Jamais scolarisée ou primaire	43	63,2	***	73,7	26,3	***
	Collège	431	40,6		78,7	21,3	
	CAP/BEP	2 335	51,5		79,6	20,4	
	Lycée technique ou professionnel	1 070	59,0		81,7	18,3	
	Lycée général	2 111	67,0		84,7	15,3	
	Études supérieures	9 670	75,6		88,7	11,3	
Situation conjugale	Mariée en couple	8 125	76,5	***	85,2	14,8	***
	Non mariée en couple	8 585	66,2		84,0	16,0	
	Seule	988	62,9		72,4	27,6	
Groupe d'âge (en différence de millésimes)	18-24 ans	2 381	64,5	***	78,2	21,8	***
	25-29 ans	5 828	69,5		83,6	16,4	
	30-34 ans	6 260	73,0		85,9	14,1	
	35 ans et plus	3 664	72,9		84,4	15,6	
Situation professionnelle avant la grossesse	En emploi	13 715	71,9	***	86,0	14,0	***
	Au foyer	1 691	66,5		79,7	20,3	
	Étudiante	451	82,4		76,8	23,2	
	Au chômage	1 030	66,0		78,0	22,0	
	En congé parental	384	65,7		86,1	13,9	
	Autres	373	71,7		81,0	19,0	
Santé et comportement de la mère pendant la grossesse							
Indice de masse corporelle (IMC) avant la grossesse	Moins de 18,5 kg/m ²	1 406	65,4	***	86,3	13,7	***
	18,5-24,9 kg/m ²	11 523	72,6		85,5	14,5	
	25-29,9 kg/m ²	3 129	69,0		79,7	20,3	
	30 kg/m ² et plus	1 783	63,4		78,8	21,2	
Tabagisme pendant la grossesse	Non	14 432	74,9	***	84,5	15,5	***
	Oui, avant le 3 ^e trimestre de grossesse	610	68,7		80,8	19,2	
	Oui, pendant le 3 ^e trimestre de grossesse	2 909	52,2		80,2	19,8	

(Suite p. 444)

Tableau 2 (suite)

Nombre de cigarettes fumées par jour pendant le 3^e trimestre de la grossesse	Aucune	14 931	74,6	***	84,3	15,7	***
	1 à 4	1 175	62,9		82,7	17,3	
	5 à 9	941	51,8		80,5	19,5	
	10 et plus	773	40,3		75,0	25,0	
Nombre de séance(s) de préparation à la naissance	Aucune	7 963	64,3	***	79,6	20,4	***
	1 à 5	3 608	74,6		84,8	15,2	
	6 à 9	5 649	78,3		89,3	10,8	
	10 et plus	294	83,5		93,5	6,5	
Alcool pendant la grossesse	Jamais	13 777	70,6	NS	83,0	17,0	***
	Seulement avant de se savoir enceinte	940	69,8		88,8	11,2	
	1 fois par mois ou moins souvent	2 896	69,7		85,8	14,2	
	4 fois par mois et plus	335	71,2		87,1	12,9	
Caractéristiques de la naissance et de l'accouchement							
Type d'accouchement	Voie basse	14 340	71,1	*	85,4	14,6	***
	Césarienne	3 306	68,2		76,8	23,2	
Transfert de l'enfant	Non	14 548	71,1	***	84,9	15,2	***
	Oui	1 040	64,0		66,8	33,2	
Type de naissance	Unique	17 566	70,8	***	84,7	15,4	***
	Gémellaire	567	62,0		54,6	45,4	
Âge gestationnel (en semaines d'aménorrhée)	33 à 36 sem.	971	58,8	***	64,8	35,2	***
	37 à 39 sem.	8 710	69,3		82,7	17,3	
	40 sem. et plus	8 169	73,4		86,9	13,2	
Poids de l'enfant (en grammes)	Moins de 2 500 g	905	57,0	***	65,0	35,0	***
	2 500-2 999 g	3 428	68,1		82,3	17,7	
	3 000-3 499 g	7 151	70,7		85,5	14,5	
	3 500 g et plus	6 257	73,8		85,2	14,8	
Rang de l'enfant	Premier-né	8 231	73,6	***	82,9	17,1	*
	Rang deux et plus	9 763	68,3		84,4	15,6	
Présence du père lors de l'accouchement	Non	3 228	67,1	***	74,1	26,0	***
	Oui	14 625	71,4		86,4	13,6	
Caractéristiques sociodémographiques et culturelles du père							
Groupe d'âge (en différence de millésimes)	Moins de 27 ans	2 386	61,5	***	80,1	19,9	***
	27 à 31 ans	5 548	69,5		86,1	13,9	
	32 à 36 ans	5 259	73,4		85,5	14,6	
	37 ans et plus	4 479	74,5		83,1	16,9	
Pays de naissance	France	15 231	67,4	***	86,0	14,0	***
	Étranger	2 564	85,4		77,0	23,0	
Catégorie socioprofessionnelle	Agriculteur	276	70,8	***	89,9	10,1	***
	Artisan, commerçant et chef d'entreprise	1 602	69,5		85,1	14,9	
	Cadre ou profession intellectuelle supérieure	3 830	80,1		89,0	11,0	
	Profession intermédiaire	2 306	76,8		86,8	13,2	
	Employé	6 575	69,7		82,0	18,0	
	Ouvrier	2 537	61,6		83,2	16,8	
	Sans profession	564	62,9		72,8	27,2	
Situation professionnelle actuelle	En emploi	16 068	71,3	***	84,8	15,2	***
	Au foyer ou au chômage	899	65,4		76,1	23,9	
	Étudiant	201	77,9		81,1	18,9	
	Autres	388	68,6		82,5	17,5	

¹ Significativité statistique du test de différences entre les proportions d'enfants allaités en maternité selon les modalités de chaque variable.

² Significativité statistique du test de différences entre les proportions d'enfants allaités de façon exclusive parmi l'ensemble des enfants allaités en maternité selon les modalités de chaque variable.

*** Significatif au seuil de 0,1% ; ** Significatif au seuil de 1% ; * Significatif au seuil de 5% ; NS : non significatif au seuil de 5%

Elle augmentait avec le niveau social des mères et leur niveau d'études, à partir du niveau CAP/BEP pour l'ensemble des mères, et à partir du niveau collège pour les seules mères nées en France. Par ailleurs, l'allaitement, qu'il soit exclusif ou partiel, était moins fréquent chez les mères non mariées, âgées de moins de 30 ans, au chômage, au foyer ou en congé parental. La prévalence de l'allaitement était également plus faible chez les femmes en situation d'insuffisance ou de surcharge pondérale avant la grossesse, chez celles ayant fumé pendant la grossesse, en particulier pendant le 3^e trimestre, et chez celles qui avaient relativement peu assisté aux séances de préparation à la naissance. Il existait une relation linéaire entre le nombre de cigarette(s) fumée(s) chaque jour par la mère pendant le 3^e trimestre de la grossesse et la proportion d'enfants recevant du lait maternel à la naissance : plus la mère fumait, moins elle allaitait. La prévalence de l'allaitement était toutefois similaire quelle que soit la consommation d'alcool pendant la grossesse. Elle variait ensuite selon plusieurs caractéristiques des naissances et de l'accouchement. Les enfants nés par césarienne, transférés pour surveillance ou en raison d'un état de santé précaire, ceux qui étaient issus d'une grossesse gémellaire ainsi que les enfants prématurés ou de faible poids de naissance étaient moins souvent allaités. En revanche, les premiers-nés des fratries ainsi que ceux dont le père était présent à l'accouchement l'étaient davantage. Les caractéristiques du père (âge, pays de naissance, catégorie socioprofessionnelle, situation professionnelle actuelle) jouaient dans le même sens que celles de la mère sur l'allaitement en maternité.

Dans la plupart des cas, les caractéristiques des parents, des naissances et de l'accouchement associées à la pratique de l'allaitement en maternité étaient aussi celles qui, lorsqu'il y avait allaitement, influençaient la préférence de l'allaitement exclusif sur l'allaitement partiel. Cependant, le fait d'être étudiante ou née à l'étranger jouait un rôle favorable plus marqué pour l'allaitement partiel que pour l'allaitement exclusif. Le rang de naissance influençait davantage l'allaitement en maternité que le type d'allaitement pratiqué. Par ailleurs, la part de l'allaitement exclusif dans l'allaitement total était sensiblement plus faible pour les jumeaux et les nouveau-nés susceptibles de présenter des problèmes de santé (enfants transférés, prématurés, de faible poids à la naissance et dans une moindre mesure, nés après césarienne).

L'étude des taux d'allaitement à la maternité en fonction de variables croisant les caractéristiques de la mère et du père a permis d'approfondir l'analyse. Cet examen a été mené pour l'un des principaux facteurs de l'allaitement en maternité, à savoir, le pays de naissance (figure). De même que celle de la mère, l'origine géographique du père était un facteur essentiel de la pratique de l'allaitement en maternité. La proportion d'enfants allaités était plus élevée lorsque les deux parents étaient nés à l'étranger (90,8%) et elle était plus faible lorsqu'ils étaient tous deux nés en France (65,5%). Les unions mixtes se situaient à un niveau

de pratique intermédiaire, avec toutefois un pourcentage d'allaitement plus élevé lorsque c'était la mère qui était née à l'étranger (88,0% contre 76,7%).

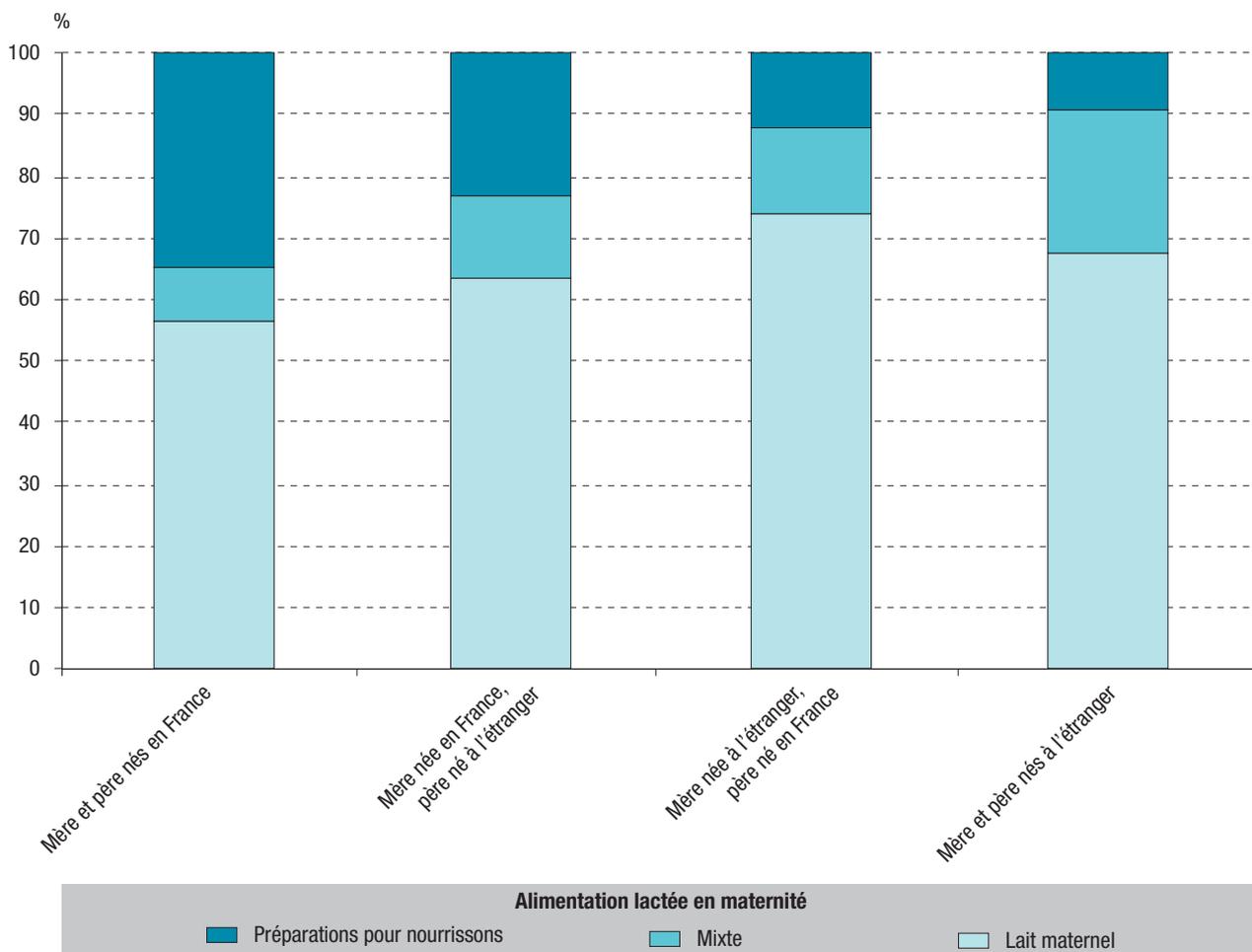
Discussion

En 2011, un allaitement au sein exclusif ou partiel à la maternité était donné à plus de deux tiers des nourrissons (70,5%). La proportion d'enfants nourris exclusivement au sein en maternité était de 59,0%. Ces nouvelles estimations viennent s'ajouter à celles obtenues à partir d'autres sources collectant, pour une période voisine, des données sur le mode d'alimentation lactée de l'enfant à la naissance : les enquêtes ENP 2010 et Épifane 2012 (voir aussi l'article de B. Salanave et coll. dans ce même numéro). Par rapport à une enquête ponctuelle et transversale en maternité (ENP 2010) ou un suivi sur 12 mois (Épifane 2012), le consentement à un suivi sur longue période a pu accroître la sélection des répondants au regard de caractéristiques associées à la pratique de l'allaitement en maternité. Un recueil anonyme d'informations sur les mères non consentantes a permis d'établir que les mères multipares, âgées de moins de 25 ans ou de plus de 40 ans, sans activité professionnelle au moment de la grossesse ou résidant en Île-de-France, ont moins souvent accepté d'entrer dans la cohorte Elfe. De plus, la comparaison du profil des participantes avec les données de l'ENP 2010 montre une sous-représentation des mères n'ayant jamais été scolarisées ou de faible niveau d'études (primaire, collège, CAP/BEP) dans l'étude Elfe¹⁵. Cette sélection a pu conduire à une surestimation de la prévalence de l'allaitement en maternité. Les pondérations calculées ont néanmoins permis de minimiser l'influence de ces biais de sélection sur la mesure du mode d'alimentation lactée de l'enfant en maternité. Ceci est confirmé par la proximité des taux d'allaitement en maternité obtenus à partir de l'étude Elfe avec ceux estimés à partir des autres sources existantes. Pour l'ensemble des naissances, uniques et gémellaires, la prévalence de l'allaitement total en maternité était de 68,8% [68,0-69,8] dans l'ENP 2010 contre 70,5% [69,8-71,2] en 2011 dans l'étude Elfe. En ne retenant, en cas de naissances multiples, qu'un seul des jumeaux, cette même prévalence atteignait 69,1% [67,3-70,8] en 2012 dans Épifane contre 70,6% [69,9-71,4] dans Elfe.

Comparée à Épifane 2012 (n=3 500), l'enquête Elfe porte sur un échantillon de plus grande taille. Les caractéristiques sociodémographiques des parents, notamment du père, recueillies dans Elfe sont plus détaillées que celles collectées à travers l'ENP 2010 et Épifane 2012. Dans l'étude Elfe, la prévalence de l'allaitement en maternité était plus faible lorsque la mère possédait un niveau d'études intermédiaire, ne participait pas ou peu aux séances de préparation à la naissance, fumait pendant la grossesse ainsi que lorsque les parents étaient jeunes, non mariés, nés en France, au chômage ou au foyer et lorsqu'ils occupaient une position peu élevée dans la hiérarchie sociale. Des taux particulièrement faibles d'allaitement étaient observés pour les prématurés

Figure

Mode d'alimentation lactée à la maternité selon le pays de naissance des parents (en pourcentage), Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011



Significativité statistique du test des différences observées (Chi2) : $p < 0,0001$

et les enfants de petit poids à la naissance. Pour des variables comparables, ces résultats confirment ceux obtenus par analyse univariée à partir des données des enquêtes ENP ou de l'étude Épipane 2012^{11,12}. Des différences avec l'étude Épipane s'observent néanmoins pour quelques variables comme la prématurité, le poids à la naissance, la gémellarité et le rang de l'enfant, liées à l'allaitement au seuil de 5% dans Elfe et qui ne le sont pas dans Épipane¹¹. Ces écarts s'expliquent probablement par la plus grande puissance statistique des tests appliqués aux données de l'enquête Elfe par rapport à ceux réalisés à partir de l'étude Épipane, dont l'échantillon est de plus petite taille.

Les résultats présentés ici sont les premiers résultats descriptifs issus de la cohorte Elfe. Ils seront prolongés par des analyses multivariées afin d'isoler l'effet respectif de chaque facteur lié à l'allaitement sur la probabilité des mères d'allaiter leur enfant à la maternité. Par ailleurs, le suivi sur longue période et la collecte d'informations plus détaillées dans l'étude Elfe que dans les autres enquêtes disponibles permettent d'envisager de nouvelles orientations de recherche. À court terme, les données sur les maternités seront mobilisées pour étudier l'effet de la région et des pratiques des maternités sur l'allaitement

à la maternité. Les informations recueillies 2 mois après la naissance compléteront l'exploration des facteurs associés à la pratique de l'allaitement en tenant compte d'autres variables : les sources de conseils mobilisées pour les soins aux nourrissons, l'expérience antérieure d'allaitement, le fait que la mère ait été elle-même allaitée ou encore, pour les mères nées à l'étranger, l'attachement aux valeurs culturelles du pays d'origine (langue parlée à la maison, durée de résidence en France). À moyen terme, l'analyse des déterminants associés à la durée de l'allaitement et à la diversification alimentaire permettra de vérifier si ces facteurs sont identiques à ceux identifiés pour l'initiation de l'allaitement. Enfin, à plus long terme, les relations entre les pratiques d'alimentation infantile et la santé ou la croissance de l'enfant seront examinées.

La prévalence de l'allaitement en France, en particulier de l'allaitement exclusif, est nettement inférieure à celle observée dans d'autres pays européens. Ainsi, alors que seulement 59% des enfants sont nourris exclusivement au lait maternel en maternité en France, cette proportion atteint par exemple 95% au Danemark, 90% en Pologne ou encore 89% en Suède¹⁶. Favoriser la diffusion de la pratique de l'allaitement à la maternité passe notamment par des interventions

de santé publique prenant en compte la diversité des populations et des attitudes. Il est donc nécessaire de connaître et de suivre régulièrement les facteurs qui font que les mères allaitent ou non leur nouveau-né en maternité.

Les résultats ont montré que le taux d'allaitement variait en fonction du niveau d'études de la mère de façon non linéaire : il était élevé pour les femmes qui avaient atteint un niveau d'études primaire ou collège, diminuait pour les niveaux CAP/BEP et augmentait ensuite avec le niveau d'études. La surreprésentation des mères nées à l'étranger parmi les mères de faibles niveaux d'études n'expliquait pas totalement cette évolution. Pour les seules mères nées en France, le taux d'allaitement demeurait plus élevé chez les mères n'ayant pas dépassé le primaire (63%) par rapport à ce qu'il était chez celles ayant un niveau d'études légèrement supérieur (collège : 41%, CAP/BEP : 52%). Cette différence s'observait aussi pour les mères nées à l'étranger, qui étaient 90% à allaiter leur nouveau-né en maternité lorsqu'elles n'avaient pas dépassé le primaire et environ 84% à le faire lorsqu'elles avaient atteint un niveau collège ou CAP/BEP. La relation non linéaire entre allaitement et niveau d'études a déjà été notée dans d'autres travaux^{17,18}. L'origine géographique de la mère influençait peu les résultats généraux pour les autres variables. Par exemple, la sous-représentation des mères nées à l'étranger parmi les mères non mariées et en couple (8% contre environ 30% dans les autres catégories) n'expliquait pas les différences d'allaitement observées selon la situation conjugale de la mère. Qu'elles soient nées en France ou à l'étranger, les mères mariées allaitaient davantage en maternité, de façon exclusive ou partielle, que les mères non mariées et en couple, ces dernières allaitant plus fréquemment que les mères seules. Pour les mères nées à l'étranger, la prévalence de l'allaitement total était de 92% chez les mères mariées, de 86% chez les mères non mariées et de 81% chez les mères seules, et respectivement de 70%, 65% et 55% pour les mères nées en France.

Malgré une réduction des écarts entre groupes sociaux depuis la fin des années 1990¹², les taux d'allaitement en maternité restaient socialement différenciés en 2011. Une manière d'atténuer sensiblement les disparités sociales françaises en matière d'initiation de l'allaitement serait d'élaborer des actions spécifiques en faveur des groupes les moins engagés dans cette démarche. Aux États-Unis, certains travaux montrent que les programmes d'information et d'éducation ciblant les groupes sociaux modestes, en particulier *via* la mise en place de soutien de proximité, entraînent une augmentation sensible des taux d'allaitement en maternité dans ces populations¹⁹.

Les enfants dont les mères avaient suivi des séances de préparation à la naissance et qui avaient assisté à un grand nombre de ces séances étaient davantage allaités en maternité. Il est probable que la diffusion d'informations sur les avantages de l'allaitement et la promulgation de conseils pour allaiter au cours des séances de préparation à la naissance favorisent l'initiation de l'allaitement. Les actions

de santé publique encourageant la participation des mères aux séances de préparation à la naissance pourraient ainsi constituer un levier efficace pour favoriser la diffusion de la pratique de l'allaitement en maternité et réduire les disparités sociales. En effet, la participation à des séances de préparation à la naissance était très fortement corrélée à l'origine sociale (plus de 70% des femmes ouvrières ou sans profession ne participaient à aucune séance de préparation à l'accouchement contre seulement 27% des femmes cadres). Cette corrélation entre participation à des séances de préparation à la naissance et origine sociale a déjà été mise en évidence à partir des données de l'ENP 2010²⁰.

Pendant la grossesse, dans l'étude Elfe, 21,7% des mères avaient fumé au moins une cigarette et 23,2% avaient consommé au moins une fois de l'alcool. Les analyses univariées ont montré que le tabagisme et la consommation d'alcool pendant la grossesse n'étaient pas liés de la même manière à l'initiation de l'allaitement en maternité. La prévalence de l'allaitement total était plus faible chez les mères qui fumaient pendant la période gestationnelle (55%), en particulier chez celles qui fumaient pendant le 3^e trimestre de la grossesse (52%). Pour ces dernières, plus le nombre de cigarette(s) fumée(s) chaque jour était important, plus le taux d'allaitement total était bas. À l'inverse, la consommation d'alcool pendant la grossesse, quelle que soit sa fréquence, ne jouait pas sur l'initiation de l'allaitement en maternité. L'inégale distribution sociale de ces deux comportements à travers la population des mères enquêtées pourrait expliquer ces différences. En effet, fumer pendant la grossesse était une pratique dont la fréquence diminuait au fur et à mesure que l'on s'élevait dans la hiérarchie sociale : les femmes qui fumaient pendant leur grossesse étaient aussi celles qui avaient le moins tendance à allaiter. Au contraire, consommer au moins une fois de l'alcool pendant la période gestationnelle était une conduite plus répandue chez les mères cadres ou exerçant une profession intermédiaire que chez les mères ouvrières ou sans profession. Ainsi, dans l'étude Elfe, seulement 10% des mères cadres avaient fumé au moins une cigarette pendant la grossesse contre environ 35% des ouvrières, ces deux proportions atteignant respectivement 32% et 21% en ce qui concerne la consommation d'alcool pendant la période gestationnelle. En outre, certains travaux concluent que les mères qui fument pendant la grossesse refusent d'allaiter par crainte des conséquences néfastes du tabac sur la qualité de leur lait et, de ce fait, sur la santé de leur enfant²¹. Or, plusieurs études ont montré un effet protecteur de l'allaitement vis-à-vis des effets négatifs du tabac pour la santé de l'enfant²². S'il importe de convaincre les mères fumeuses de cesser de fumer pendant la grossesse, il est aussi nécessaire de favoriser la diffusion de l'allaitement chez les mères qui refusent ou qui ne parviennent pas à arrêter. Cela pourrait notamment passer par une meilleure information concernant la supériorité des bienfaits de l'allaitement par rapport à ses inconvénients chez la mère fumeuse.

En plus des nombreux bénéfiques associés à l'allaitement pour tous les enfants, les recherches scientifiques montrent que le lait maternel présente des avantages spécifiques pour les nourrissons hospitalisés en néonatalogie^{23,24}. Les critères d'éligibilité dans Elfe, en particulier l'exclusion des grands prématurés nés avant 33 semaines d'aménorrhée, ne permettent pas de connaître, à partir des résultats de cette étude, le mode d'alimentation lactée en maternité de l'ensemble des nouveau-nés transférés en néonatalogie. Toutefois, en 2011, pour les seuls enfants nés après 32 semaines d'aménorrhée, la prévalence de l'allaitement en maternité était plus faible en cas d'hospitalisation en néonatalogie (64% contre 71%). En outre, quand ils étaient allaités, les enfants hospitalisés l'étaient moins de façon exclusive (67% contre 85% des enfants qui n'avaient pas été transférés). À travers des stratégies spécifiques, les professionnels de santé exerçant en maternité et en néonatalogie pourraient avoir un rôle à jouer dans l'optimisation de la prise en charge de l'allaitement pour ces dyades mères-enfants. Il pourrait s'agir notamment de favoriser un contact précoce entre la mère et l'enfant, ou encore de transmettre un discours cohérent et adapté sur les avantages de l'allaitement. L'enjeu pourrait aussi être de soutenir, de conseiller, d'aider et d'assister la mère lors des premières mises au sein²⁵. L'Étude épidémiologique sur les petits âges gestationnels (Épipage 2), débutée en 2011 et recueillant des informations sur les grands prématurés, permettra de compléter les résultats d'Elfe concernant le mode d'alimentation lactée des nourrissons hospitalisés en néonatalogie²⁶.

À travers la perception qu'il a de l'allaitement, le conjoint joue un rôle déterminant sur l'allaitement en maternité¹¹. Reconnaisant le rôle central du conjoint, le rapport « Plan d'action pour l'allaitement maternel », publié en 2010, propose d'associer le père aux informations concernant les bénéfices de l'allaitement pour la santé de l'enfant et de la mère⁹. Cependant, faute de données adéquates, rares sont les travaux français qui ont analysé précisément l'impact des caractéristiques du père de l'enfant sur l'allaitement à la naissance. Les données de la cohorte Elfe mettent en évidence certaines caractéristiques et attitudes du père corrélées à la pratique de l'allaitement en maternité. La prévalence de l'allaitement était plus faible lorsque le père était jeune, né en France, d'origine sociale modeste (notamment ouvrier), au foyer ou au chômage et lorsqu'il n'avait pas assisté à l'accouchement. Ces résultats invitent à prendre davantage en compte le rôle du père dans les actions de promotion de l'allaitement ou à cibler les actions de promotion vers les conjoints les moins susceptibles de soutenir la décision d'allaiter. Cela paraît d'autant plus important que, pour le pays de naissance, le croisement des origines géographiques des parents montre que les caractéristiques du père renforcent l'effet de celles de la mère sur la pratique de l'allaitement. Plus généralement, l'homogamie de la majorité des unions^{27,28} laisse penser que d'autres caractéristiques paternelles (origine sociale, situation professionnelle, âge...) pourraient amplifier les écarts de pratique observés à partir des seules caractéristiques de la mère.

Conclusion

Si la pratique de l'allaitement en maternité s'est diffusée au cours des dernières années, elle reste encore à encourager pour atteindre les recommandations actuelles de santé publique, *a fortiori* pour l'allaitement exclusif. Les variations observées sur l'allaitement en maternité selon certaines caractéristiques socioculturelles et démographiques permettent d'identifier des groupes à cibler lors des actions de santé publique visant la promotion de l'allaitement : les mères nées en France, celles qui sont d'origine sociale modeste ou de niveau d'études intermédiaire, ainsi que les femmes fumant pendant leur grossesse et ne participant pas ou peu aux séances de préparation à la naissance. Par ailleurs, les pères, acteurs-clés de la décision d'allaitement, devraient le plus souvent être associés à ces interventions. En ciblant ceux dont les caractéristiques sont les moins favorables à l'allaitement (pères jeunes, nés en France, d'origine sociale modeste, au foyer ou au chômage), leur implication devrait être suscitée le plus tôt possible : dès la période prénatale, au cours des séances de préparation à la naissance. ■

Remerciements

Les auteurs remercient les membres de l'équipe Elfe, et plus particulièrement Marie Cheminat, Marie-Noëlle Dufourg et Hélène Juillard pour leurs conseils et/ou précisions lors de la finalisation de cet article.

Cette recherche a bénéficié du financement de l'Agence nationale de la recherche (ANR) dans le cadre du projet ANR SOFI (« Déterminants socioculturels des pratiques alimentaires durant la première année de vie ») : ANR-12-DSSA-0001.

L'enquête Elfe est une réalisation conjointe de l'Institut national d'études démographiques (Ined), de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), de l'Établissement français du sang (EFS), de l'Institut de veille sanitaire (InVS), de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), de la Direction générale de la santé (DGS, Ministère chargé de la Santé), de la Direction générale de la prévention des risques (DGPR, Ministère chargé de l'Environnement), de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees, Ministères en charge de la Santé et de l'Emploi) et de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), avec le soutien du Ministère de la Recherche, du Comité de concertation pour les données en sciences humaines et sociales (CCDSHS) et du Ministère chargé de la Culture (Deps). Dans le cadre de la plateforme Reconai, elle bénéficie d'une aide de l'État gérée par l'ANR au titre du Programme « Investissements d'avenir » portant la référence ANR-11-EQPX-0038.

Références

- [1] Dujits L, Ramadhani MK, Moll HA. Breastfeeding protects against infectious diseases during infancy in industrialized countries. A systematic review. *Matern Child Nutr.* 2009;5(3):199-210.
- [2] Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, *et al.* Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(5):578-84.
- [3] Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, De Vine D, *et al.* Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007. 415 p. <http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf>

- [4] Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatr Clin North Am*. 2001;48(1):143-58.
- [5] Michaelsen KF, Weaver L, Branca F, Robertson A. Feeding and nutrition of infants and young children. Copenhagen: World Health Organization – Regional Office for Europe; 2000. 288 p. <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9289013540/en/>
- [6] Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technol Assess*. 2000;4(25):1-171. http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/___data/assets/pdf_file/0003/64947/FullReport-hta4250.pdf
- [7] Ministère de la Santé et des Solidarités. Deuxième Programme national nutrition santé – 2006-2010. Actions et mesures. Paris: Ministère de la Santé et des Solidarités; 2006. 51 p. <http://www.irbms.com/download/documents/programme-national-nutrition-sante-pnns-2006-2010.pdf>
- [8] Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: Inserm-Drees-DGS; 2011. 132 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
- [9] Turck D. « Plan d'action : Allaitement maternel ». Proposition d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel. Paris: Ministère de la Santé et des Sports ; 2010. 40 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf
- [10] Programme national nutrition santé 2011-2015. Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; 2011. 64 p. http://www.inpes.sante.fr/reperes_nutritionnels/pdf/pnns-2011-2015.pdf
- [11] Salanave B, de Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épipane, France, 2012. *Bull Epidemiol Hebd*. 2012;(34):383-87. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10950
- [12] Bonet M, Kaminski M, Blondel B. Differential trends in breastfeeding according to maternal and hospital characteristics: results from the French National Perinatal Surveys. *Acta Paediatr*. 2007;96(9):1290-5.
- [13] Gojard S. L'alimentation dans la prime enfance, diffusion et réception des normes de puériculture. *Revue Française de Sociologie*. 2000;41(3):475-512. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_2000_num_41_3_5291
- [14] Pirus C, Bois C, Dufourg MN, Lanoë JL, Vandentorren S, Leridon H et l'équipe Elfe. La construction d'une cohorte : l'expérience du projet français Elfe. *Population*. 2010;65(4):637-70. http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1532/publi_pdf1_construction.d.une.cohorte.elfe.pdf
- [15] Juillard H, Thierry X, Razafindratsima N, Bringe A, Lanoë JL. Pondération de l'enquête ELFE en maternité. 2014. 37 p. https://pandora.vjf.inserm.fr/public/docs/ELFE_NoteDet0.pdf
- [16] Haut Conseil de la santé publique. La santé en France et en Europe : convergences et contrastes. Avis et Rapports. Paris: HCSP; 2012. 265 p. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=268>
- [17] Gojard S. L'allaitement : une pratique socialement différenciée. *Recherches et Prévisions*. 1998;53(53):23-34. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/caf_1149-1590_1998_num_53_1_1823
- [18] Crost M, Kaminski M. L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale. *Arch Pédiatr*. 1998;5(12):1316-26.
- [19] Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;18(2):CD001688.
- [20] Vilain A, Gonzalez L. Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques. *Études et Résultats (Drees)*. 2013;(848):1-6. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er848.pdf>
- [21] Tillard B. Ce qu'il en coûte de nourrir. In : Morel MF. Allaitement en marge. Paris: L'Harmattan; 2002. pp. 23-47.
- [22] Dorea JG. Maternal smoking and infant feeding: breastfeeding is better and safer. *Matern Child Health J*. 2007;11(3):287-91.
- [23] el-Mohandes AE, Picard MB, Simmens SJ, Keiser JF. Use of human milk in the intensive care nursery decreases the incidence of nosocomial sepsis. *J Perinatol*. 1997;17(2):130-4.
- [24] Simmer K, Metcalf R, Daniels L. The use of breastmilk in a neonatal unit and its relationship to protein and energy intake and growth. *J Paediatr Child Health*. 1997;33(1):55-60.
- [25] Aagaard H, Hall EO. Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: a meta-synthesis. *J Pediatr Nurs*. 2008;23(3):e26-36.
- [26] Inserm, Université Pierre et Marie Curie. Lancement d'Épipage 2 : mieux connaître et prendre en charge la grande prématurité. Information presse. Paris: Inserm, UMPC; 2011. 3 p. <http://epipage2.inserm.fr/images/pdf/Communiqu%20Epipage2-29032011.pdf>
- [27] Vanderschelden M. Position sociale et choix du conjoint : des différences marquées entre hommes et femmes. *Données sociales – La société française*. Paris: Insee; 2006. p. 33-42. http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/donsoc06c.pdf
- [28] Vanderschelden M. L'écart d'âge entre conjoints s'est réduit. *Insee Première*. 2006;(1073):1-4. http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1073.pdf

Citer cet article

Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Thierry X, Wagner S, Nicklaus S. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011. *Bull Epidemiol Hebd*. 2014;(27):440-9. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_1.html

DURÉE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FRANCE (ÉPIFANE 2012-2013)

// BREASTFEEDING DURATION IN FRANCE (EPIFANE 2012-2013)

Benoît Salanave (benoit.salanave@univ-paris13.fr), Catherine de Launay, Julie Boudet-Berquier, Katia Castetbon

Unité de surveillance périnatale et nutritionnelle (Uspen), Institut de veille sanitaire, Université Paris 13, Bobigny, France

Soumis le 27.06.2014 // Date of submission: 06.27.2014

Résumé // Abstract

Objectifs – À partir des données de l'étude Épifane sur l'alimentation des enfants au cours de leur première année de vie, la durée de l'allaitement maternel (AM), son degré d'exclusivité et les taux d'AM à 3, 6 et 12 mois ont été estimés pour la première fois au niveau national en France.

Méthodes – L'étude a porté sur un échantillon aléatoire d'enfants nés au premier trimestre 2012 dans 136 maternités tirées au sort en France métropolitaine. Les données sur l'alimentation des enfants ont été recueillies par interrogatoire à la maternité et à 1, 4, 8 et 12 mois. Les définitions de l'AM exclusif et prédominant de l'Organisation mondiale de la santé ont été utilisées. Des courbes de Kaplan-Meier ont permis de décrire l'évolution de l'AM entre la naissance et le premier anniversaire en prenant en compte les perdus de vue.

Résultats – Parmi les 3 365 enfants inclus dans les analyses, 2 806 (83%) ont été suivis jusqu'à 12 mois. À 3 mois, 39% des enfants étaient encore allaités : 10% de façon exclusive, 11% de façon prédominante et 18% recevant aussi des préparations pour nourrissons (PN) du commerce. À 6 mois, seul un enfant sur quatre était encore allaité et plus de la moitié d'entre eux consommaient des PN en complément. À un an, seuls 9% des enfants recevaient encore du lait maternel. Parmi les enfants allaités à la naissance (74%), la moitié l'étaient encore à 15 semaines, la médiane de l'AM exclusif ou prédominant étant, quant à elle, estimée à 3 semaines et demie.

Conclusion – Les résultats de cette étude montrent que, au regard des recommandations actuelles, les mères qui ont choisi d'allaiter devraient être encouragées à maintenir un AM si possible jusqu'à 6 mois. La poursuite des analyses permettra d'identifier les facteurs associés à la durée de l'AM et d'aider ainsi au ciblage des interventions pour se rapprocher de ces recommandations.

Objectives – Data from the French survey EPIFANE on infant feeding during their first year of life were used to estimate, for the first time at the national level in France, breastfeeding duration, its degree of exclusivity and breastfeeding rates at 3, 6 and 12 months.

Methods – The survey was based on a random sample of infants born during the first quarter of 2012 in 136 maternity wards randomly selected in mainland France. Data on infant feeding were collected by interviews during the maternity stay and at 1, 4, 8 and 12 months. Predominant and exclusive breastfeeding was defined according to the World Health Organization's definitions. Kaplan-Meier curves were used to describe the evolution of breastfeeding rates from birth to 12 months taking into account lost to follow-up participants.

Results – Among 3,365 infants included in these analyses, the 12-month questionnaire was completed for 2,806 (83%) of them. At 3 months, 39% of infants were still breastfed: 10% exclusively, 11% predominantly and 18% also receiving infant formula. At 6 months, only one infant over four was still breastfed and half of them received complementary formula. At one year of age, 9% of the children were still receiving breast milk. Among breastfed infants at birth (74%), half of them were still breastfed at 105 days. The median duration for exclusive or predominant breastfeeding was 24 days.

Conclusion – The results show that, according to current recommendations, it is necessary to support mothers who have decided to breastfeed to maintain breastfeeding up to 6 months if possible. Further analyses will allow identifying factors associated with breastfeeding duration and further targeting interventions to come closer to these recommendations.

Mots-clés : Allaitement maternel, Cohorte, Nourrisson, Nutrition

// **Keywords**: Breastfeeding, Cohort, Infant, Nutrition

Introduction

Le nourrisson devrait bénéficier, au cours de ses premiers mois de vie, d'une alimentation composée exclusivement de lait maternel ou de préparations

pour nourrissons du commerce. Cette alimentation est essentielle pour sa croissance, son développement et sa santé à court, moyen et long termes¹. En raison de ses avantages pour la santé de l'enfant, mais également pour celle de sa mère^{2,3},

les recommandations internationales préconisent l'allaitement maternel de façon exclusive jusqu'à 6 mois⁴. En France, le Programme national nutrition santé (PNNS) recommande l'allaitement maternel (AM) « de façon exclusive jusqu'à 6 mois, et au moins jusqu'à 4 mois pour un bénéfice santé »⁵. En plus de l'augmentation du taux d'initiation de l'AM à la maternité, le PNNS préconise d'augmenter sa durée en poursuivant si possible l'AM après 6 mois, y compris pendant la diversification alimentaire, période au cours de laquelle sont introduits les aliments et boissons autres que le lait.

Peu de données sont disponibles, en France, au niveau national, sur la durée de l'AM. Des études anciennes (dans les années 1990) ou localisées⁶⁻¹⁰ ont établi la médiane de cette durée entre 8 et 15 semaines parmi les enfants ayant été allaités. Dans une étude réalisée en 2002 dans une maternité de la région parisienne, 33% des enfants allaités à la sortie de la maternité l'étaient toujours à 6 mois¹¹. Dans l'étude Eden, en 2003-2006, cela était le cas de 27% des enfants allaités¹². En Europe, les taux d'enfants allaités à 6 mois variaient de 33% aux Pays-Bas en 2003¹³ à 82% en Norvège en 2007¹⁴. Au Danemark, également en 2007, la durée médiane d'AM chez les enfants allaités était estimée à 18 semaines environ¹⁵.

L'étude Épifane (Épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie) a été réalisée pour décrire, sur un échantillon aléatoire national, l'alimentation des nourrissons et en particulier les pratiques et la durée de l'AM. Les objectifs sont ici d'estimer la durée de l'AM, son degré d'exclusivité et les taux d'AM à 3, 6 et 12 mois au niveau national.

Méthodes

L'étude Épifane portait sur un échantillon aléatoire de nourrissons, nés entre mi-janvier et début avril 2012, dont les mères ont été interrogées par questionnaires à la maternité ainsi qu'à 1 mois, 4 mois, 8 mois et 12 mois.

Le plan de sondage était à deux degrés : tirage au sort stratifié de 136 maternités, puis sélection de 25 mères par maternité. Le sondage aléatoire des maternités a été réalisé proportionnellement au nombre d'accouchements enregistrés dans la base de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de 2009. La stratification portait sur le statut de l'établissement (privé, public), le type d'autorisation (niveau I, II ou III) et la région (5 regroupements de régions administratives).

Les mères ayant accouché durant une période précise propre à chaque maternité sélectionnée étaient sollicitées par une sage-femme à J1 ou J2 après l'accouchement. Les mères devaient être majeures, résider en France métropolitaine et maîtriser suffisamment le français. Les enfants devaient être nés à 33 semaines d'aménorrhée ou plus et ne pas présenter une pathologie lourde ayant nécessité une chirurgie, une prise en charge particulière ou un transfert.

Deux questionnaires étaient alors remplis : l'un par la mère, portant sur ses caractéristiques socio-économiques et ses choix en matière d'alimentation de son enfant ; l'autre par la sage-femme, sur les conditions de l'accouchement issues du dossier médical. Des éléments plus détaillés sur les inclusions ont été décrits dans une précédente publication¹⁶.

Les informations sur les modalités d'alimentation de l'enfant au cours des suivis à 1, 4, 8 et 12 mois ont été recueillies par entretiens téléphoniques et auto-questionnaires (Internet ou courrier). Au cours des entretiens téléphoniques, il était notamment demandé à la mère de préciser le type d'alimentation lactée (AM ou préparations pour nourrissons du commerce), les nombres quotidiens moyens de biberons et de tétées pris par le nourrisson pour chaque semaine depuis sa naissance ou le dernier suivi, ainsi que son âge en jours au moment de l'éventuel arrêt de l'AM. Les éléments liés à la diversification étaient également recueillis, tels que l'âge au moment de faire goûter ou d'introduire régulièrement dans l'alimentation de l'enfant des aliments et des boissons autres que le lait maternel ou les préparations pour nourrissons du commerce (PN), y compris l'eau, l'eau sucrée, les tisanes et les jus de fruit.

Les PN regroupent les denrées alimentaires destinées à l'alimentation particulière des nourrissons et pouvant :

- soit répondre à elles seules aux besoins nutritionnels des nourrissons pendant les quatre à six premiers mois de leur vie (préparations 1^{er} âge ou 2^e âge) ;
- soit constituer le principal élément liquide d'une alimentation progressivement diversifiée entre quatre et douze mois (préparations de suite).

Le taux d'AM à la maternité a été défini en tenant compte de toute tentative d'AM, quelle que soit sa durée. Les informations rétrospectives fournies lors des suivis successifs jusqu'à 12 mois sur les nombres de tétées et de biberons consommés par l'enfant ont été utilisées pour confirmer les déclarations des mères à la maternité. Elles ont permis également de déterminer l'évolution de l'alimentation lactée de chaque enfant au cours de sa première année de vie. Le degré d'exclusivité de l'AM a été défini conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁴.

Définitions des modalités de l'AM

AM sans diversification

- AM exclusif : l'enfant reçoit du lait maternel, sans aucun apport d'autres liquides (eau, eau sucrée, tisane, jus de fruits), ni d'autres aliments. Seules les solutions de réhydratation orale (SRO), les médicaments ou vitamines et minéraux (sous forme de sirops, gouttes) sont autorisés ;
- AM prédominant : l'enfant reçoit du lait maternel comme source alimentaire principale, d'autres liquides (eau, eau sucrée, tisane, jus de fruits),

les SRO, les médicaments ou vitamines et minéraux (sous forme de sirops, gouttes) étant donnés. Les autres aliments ou liquides sont exclus, en particulier les PN du commerce ou les « liquides » à base d'aliments, type bouillies de céréales délayées ;

- AM mixte : l'enfant reçoit du lait maternel et des PN, éventuellement des liquides (eau, eau sucrée, tisane, jus de fruits). Les aliments semi-solides ou solides, le lait de vache, les laits d'autres animaux et les « laits végétaux » sont exclus.

AM avec diversification

L'enfant reçoit du lait maternel, quel que soit le degré d'exclusivité (cf. ci-dessus), avec ou sans PN, et consomme régulièrement au moins un aliment semi-solide ou solide, du lait de vache, du lait d'autres animaux ou des « laits végétaux ». La notion de régularité, permettant de définir la diversification pour un groupe donné d'aliments, correspond à la consommation de l'un de ces aliments ne se limitant plus au simple fait d'avoir fait goûter ponctuellement cet aliment. Le groupe d'aliments est alors considéré comme étant introduit dans l'alimentation de l'enfant.

Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées sous le logiciel Stata® V12. Les données ont été pondérées par l'inverse des probabilités d'inclusion. Pour tenir compte du plan de sondage complexe, la variable de stratification a été déclarée à l'aide de la commande `svyset` et les commandes d'analyse spécifiques à ce type de sondage ont été utilisées pour l'ensemble des analyses. Enfin, pour corriger le biais de participation, les données ont été également pondérées par calage sur marge sur les variables suivantes, issues de l'Enquête nationale périnatale (ENP) de 2010¹⁷ : l'âge (18-25 ans, 25-29 ans, 30-34 ans et 35 ans et plus), le statut matrimonial (mariée, non mariée), le niveau d'éducation (inférieur ou égal au baccalauréat, supérieur au baccalauréat), le type de grossesse (simple, multiple), le statut de l'établissement (privé, public) et son type d'autorisation (niveau I, II ou III). Des courbes de Kaplan-Meier ont été tracées pour représenter l'évolution des taux d'AM tout en tenant compte des informations disponibles pour les perdus de vue. Les tables de probabilités d'AM ont été établies selon les principes suivants :

- les probabilités d'AM étaient déterminées par les durées de l'AM pour chaque type d'AM (exclusif, prédominant, mixte, ou avec diversification) ;
- la date d'origine était la date de naissance ;
- la date de point était fixée à 1 an, soit 365 jours ;
- la date de dernière nouvelle était la date du dernier entretien téléphonique ou questionnaire recueilli ;
- les données censurées correspondaient aux perdus de vue (enfants dont on ne savait pas à la date de point s'ils étaient allaités ou pas) et aux exclus-vivants (enfants encore allaités à la date de point).

Résultats

Entre le 16 janvier et le 5 avril 2012, dans les 136 maternités participantes, 81% des mères à qui l'étude Épifane a été proposée (n=4 152) ont accepté d'y participer. Outre les variables liées aux critères d'inclusion, les mères ayant accepté de participer étaient plus souvent en couple et employées à temps plein avant leur grossesse (données présentées dans un précédent article¹⁶) que celles de l'ENP de 2010¹⁷. Parmi les 3 368 couples mère-enfant inclus lors de leur séjour à la maternité, le type d'alimentation lactée à la maternité était inconnu pour trois d'entre eux. Sur les 3 365 enfants retenus pour ces analyses, 2 806 (83%) ont été suivis jusqu'à leurs 12 mois.

Chez les mères ayant essayé d'allaiter à la maternité (n=2 427, 74%), la durée médiane d'AM établie par les probabilités d'AM, c'est-à-dire l'âge auquel la moitié des enfants étaient encore allaités, était de 105 jours, soit 15 semaines ; celle de l'AM exclusif ou prédominant était de 24 jours, soit un peu plus de 3 semaines. À 3 mois, 39% des enfants étaient allaités, 10% de façon exclusive, 11% de façon prédominante et 18% en association avec, principalement, des PN (17%) ou d'autres aliments (1%) introduits de façon régulière dans le cadre de la diversification alimentaire. À 6 mois, 23% des enfants étaient encore allaités, dont seulement 1,5% de façon exclusive ou prédominante. À 12 mois, 9% des enfants bénéficiaient encore de l'AM, complété, pour tous, par d'autres aliments ou liquides. La figure montre l'évolution sur un an des probabilités d'AM selon les 4 modalités d'exclusivité précédemment définies.

Le tableau 1 décrit l'utilisation des PN en association ou non avec l'AM. Si 41% des enfants recevaient déjà des PN à la maternité, cette proportion atteignait 79% à 3 mois et près de 90% à 6 et 12 mois. Chez les enfants allaités, l'AM mixte, associant lait maternel et PN, concernait un enfant sur cinq à la maternité et un sur deux à 3 mois. À partir de 6 mois, la quasi-totalité des enfants avait débuté leur diversification alimentaire. Le tableau 1 permet ainsi de distinguer, parmi les enfants allaités et diversifiés, ceux qui recevaient des PN de ceux qui n'en recevaient pas. Par ailleurs, dans Épifane, 17 enfants (0,5%) à 6 mois et 200 enfants (7%) à 12 mois ne recevaient ni lait maternel, ni PN.

Le tableau 2 présente les taux d'AM à la naissance, à 3, 6 et 12 mois, selon les caractéristiques des mères et les circonstances de l'accouchement, ainsi que les durées médianes d'AM dans le groupe des enfants allaités à la naissance, estimées à partir des probabilités d'AM. La plupart des variables associées à des taux d'AM plus élevés à la maternité (et déjà évoquées dans un article précédent sur l'AM jusqu'à un mois¹⁶), l'étaient également à 3, 6 et 12 mois. Le niveau d'études et le fait d'avoir été en contact peau à peau avec son bébé dans l'heure suivant l'accouchement étaient associés à l'AM de façon significative à la naissance, à 3 et 6 mois, mais ne l'étaient plus à 12 mois. L'accouchement par voie basse et le fait d'avoir bénéficié de cours de préparation

Figure

Évolution des taux d'allaitement maternel (AM) de la naissance à 12 mois, Épifane 2012-2013, France

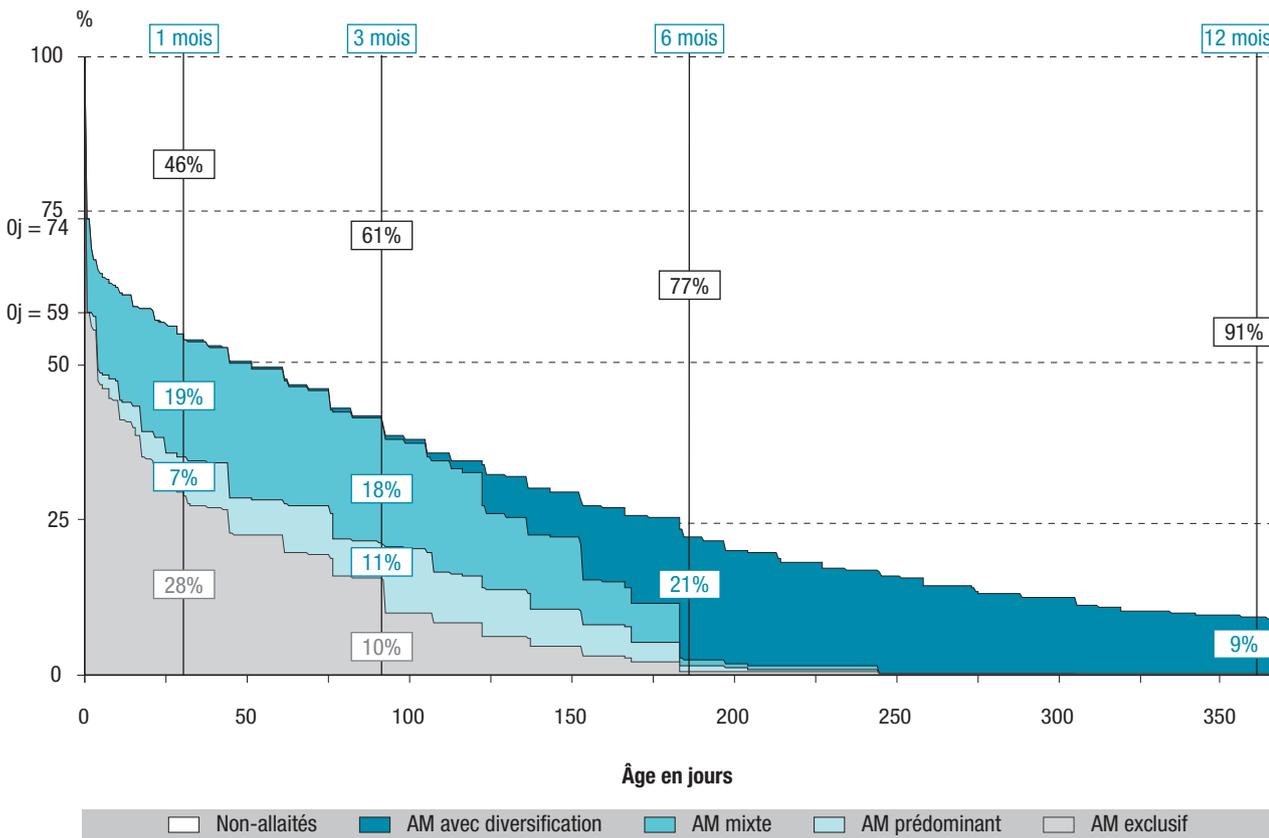


Tableau 1

Allaitement maternel^a et préparations pour nourrissons du commerce à la naissance et à 3, 6 et 12 mois, Épifane 2012-2013, France

Type d'alimentation lactée (%)	Âge			
	Naissance n=3 365	3 mois n=3 223	6 mois n=3 194	12 mois n=2 817
Ni allaitement maternel, ni préparation pour nourrissons	0,0	0,0	0,5	6,9
Allaitement maternel sans préparation pour nourrissons	58,7	21,4	10,5	5,0
Préparations pour nourrissons et allaitement maternel	15,0	17,8	12,0	4,6
Préparations pour nourrissons sans allaitement maternel	26,3	60,8	77,0	83,5

^a Allaitement maternel, quel que soit son degré d'exclusivité (exclusif, prédominant, mixte, ou avec diversification).

à l'accouchement étaient associés à l'AM à la naissance et à 3 mois, mais ne l'était plus au-delà. Les mères dont l'indice de masse corporelle (IMC) avant leur grossesse se situait entre 18,5 et 25 allaient plus fréquemment leur enfant à la naissance, mais cette différence avec les mères des autres classes d'IMC n'était plus significative dès le 3^e mois. Parmi les variables non associées à l'AM à la naissance, la parité et les grossesses multiples le sont devenues à 3, 6 et 12 mois, le poids de naissance et la prématurité n'étant quant à eux associés qu'au taux d'AM à 6 mois.

La plupart des variables liées au taux d'AM à 3 mois étaient également liées à son caractère exclusif ou prédominant (tableau 2). La prématurité et le petit poids de naissance, deux variables qui n'étaient pas liées au taux d'AM à 3 mois, étaient en revanche associées au caractère exclusif ou prédominant

de l'AM. Enfin, tout en allaitant moins fréquemment leur enfant à la naissance¹⁶, les mères nées en France, lorsqu'elles allaient, avaient tendance à allaiter plus fréquemment de façon exclusive ou prédominante (55%) que les mères nées à l'étranger (43%).

Discussion

L'étude Épifane permet de disposer pour la première fois de chiffres nationaux sur la durée de l'AM et les taux d'AM de la naissance à 12 mois. Parmi les enfants allaités en France en 2012, la durée médiane d'AM était de 15 semaines, celle de l'AM exclusif ou prédominant étant de 3 semaines et demie. À 6 mois, moins d'un enfant sur quatre était encore allaité, plus de la moitié d'entre eux consommant des PN en complément. À un an, 9% des enfants recevaient encore du lait maternel.

Tableau 2

Taux d'allaitement maternel (AM) à la naissance et à 3, 6 et 12 mois selon les caractéristiques des mères et de l'accouchement, Épifane 2012-2013, France

		Distribution %	Initiation ^a de l'AM %	Médiane d'AM ^b en jours	À 3 mois				À 6 mois		À 12 mois	
					AM %	p ^c	Part Exclusif +prédominant ^d	p ^e	AM %	p ^e	AM %	p ^e
Âge de la mère (n=3 355)	18-24 ans	17,0	67,2	61	24,8	<10 ⁻³	44,1	0,04	13,3	<10 ⁻³	4,0	<10 ⁻³
	25-29	33,1	73,8	92	37,1		48,1		20,9		7,7	
	30-34	30,7	75,7	123	44,3		57,4		25,4		9,2	
	≥35	19,2	75,8	136	47,0		52,1		28,8		10,8	
Mariée (n=3 324)	Oui	47,8	79,0	136	47,9	<10 ⁻³	50,3	NS	29,5	<10 ⁻³	11,4	<10 ⁻³
	Non	52,2	69,0	82	31,2		52,8		16,1		5,0	
Niveau d'études (n=3 273)	Bac ou moins	47,9	67,2	82	30,7	<10 ⁻³	46,8	0,02	19,0	<10 ⁻³	7,5	NS
	Bac+1 et plus	52,1	79,4	123	46,8		54,9		25,6	3	8,5	
Lieu de naissance (mère) (n=3 086)	France	82,0	70,6	91	34,7	<10 ⁻³	55,6	0,005	18,0	<10 ⁻³	5,8	<10 ⁻³
	Étranger	18,0	92,8	197	68,2		44,6		50,1		21,8	
Indice de masse corporelle (n=3 217)	<18,5	7,7	68,5	112	35,5	NS	50,6	NS	21,3	NS	7,9	NS
	18,5-24,9	64,0	74,8	105	40,7		54,1		23,1		7,3	
	25,0-29,9	18,1	74,1	92	36,8		50,0		23,1		10,9	
	≥30	10,2	70,4	92	36,4		40,5		17,8		7,1	
Tabac pendant la grossesse (n=3 329)	Non	82,9	76,9	112	43,1	<10 ⁻³	52,0	NS	25,1	<10 ⁻³	9,1	<10 ⁻³
	Oui	17,1	58,5	51	19,2		48,1		9,8		3,0	
Alcool pendant la grossesse (n=3 327)	Non	93,9	73,6	105	39,2	NS	51,6	NS	22,7	NS	8,3	NS
	Oui	6,1	74,3	90	36,4		54,9		19,4		5,9	
Préparation à l'accouchement (n=3 349)	Oui	52,3	79,5	105	42,9	<10 ⁻³	52,5	NS	22,5	NS	7,6	NS
	Non	47,7	67,2	105	34,6		50,0		22,4		8,6	
Parité (n=3 080)	Primipare	43,6	76,5	91	37,7	0,006	45,1	<10 ⁻³	19,3	<10 ⁻³	6,0	<10 ⁻³
	Multipare	56,4	73,2	123	43,0		57,4		27,0		10,5	
Type de grossesse (n=3 347)	Simple	98,7	73,9	105	39,3	0,002	51,6	0,003	22,6	0,01	8,2	<10 ⁻³
	Multiple	1,3	61,7	62	17,8		13,4		9,2		0,0	
Accouchement par voie basse (n=3 348)	Oui	81,1	74,9	105	40,0	0,03	52,4	NS	23,2	NS	8,4	NS
	Non	18,9	68,7	98	35,0		47,1		19,2		6,3	
Prématurité (n=3 331)	37 SA ^f et plus	96,4	73,8	105	39,1	NS	52,5	0,001	22,7	0,03	8,0	NS
	33 à 36 SA ^f	3,6	71,7	105	37,1		27,7		14,7		6,1	
Petit poids de naissance (n=3 350)	≥2 500 g	96,5	73,8	105	39,2	NS	52,2	0,001	22,8	0,01	8,2	NS
	<2 500 g	3,5	71,4	91	34,6		26,9		13,9		4,5	
APGAR à 5 minutes (n=3 328)	10	94,8	73,5	105	38,8	NS	51,7	NS	22,5	NS	8,0	NS
	8-9	4,6	77,3	105	42,4		50,9		20,9		8,7	
	≤7	0,6	74,7	274	47,0		40,4		43,1		23,6	
Contact peau à peau ^g (n=3 339)	≤1 heure	82,4	75,4	105	40,1	0,007	53,5	0,002	23,4	0,008	8,2	NS
	>1 heure	17,6	65,5	98	33,8		40,8		18,1		7,5	
Perception du conjoint ^h (n=3 273)	Positive	80,8	79,2	106	43,5	<10 ⁻³	52,4	<10 ⁻³	24,9	<10 ⁻³	9,0	<10 ⁻³
	Négative	1,6	35,7	44	8,3		0,0		2,0		0,0	
	NSP, sans conjoint	17,6	51,6	75	21,2		42,7		11,5		3,9	

^a Pourcentage d'enfants ayant reçu un AM quels que soient sa durée et son degré d'exclusivité.

^b Médiane en jours de la durée de l'AM parmi les enfants ayant été allaités, quels que soient sa durée et son degré d'exclusivité.

^c Analyses bivariées : significativité statistique du test des différences entre les taux d'AM, *versus* non allaités, selon les modalités de la variable.

^d Part d'AM exclusif ou prédominant (%) parmi l'ensemble des enfants allaités.

^e Analyses bivariées : significativité statistique du test des différences entre les parts d'AM exclusif ou prédominant, selon les modalités de la variable.

^f SA : semaines d'aménorrhée.

^g Moment du premier contact direct peau à peau entre la mère et son enfant après l'accouchement.

^h Variable correspondant à la question : « Avant votre grossesse, quelle image avait votre conjoint de la femme qui allaite ? ».

L'objectif d'Épifane était de fournir des estimations représentatives de l'ensemble des naissances en France. Or, comme souvent dans les études de santé, le défaut de participation à la maternité et l'abandon

au cours du suivi ont été plus fréquemment le fait des femmes les plus jeunes et de niveaux d'études les moins élevés. Ces caractéristiques étant associées à l'initiation et à la poursuite de l'AM, l'exclusion

de ces mères a pu conduire à une surestimation des taux et des durées d'AM. Le taux de participation élevé à la maternité (81%), la prise en compte du plan de sondage dans les analyses et le redressement des données sur celles de l'ENP ont permis de minimiser au mieux ces biais de sélection. Avec des naissances incluses sur une période limitée aux quatre premiers mois de l'année, un effet saisonnier a pu intervenir dans les pratiques alimentaires, en particulier sur le degré d'exclusivité de l'AM et la mise en place de la diversification alimentaire. Concernant le caractère longitudinal de l'analyse, la répétition des entretiens et la diversité des moyens de recueil au cours du suivi ont permis d'aboutir à un taux de perdus de vue relativement faible (17%) à 12 mois. De plus, le détail des données recueillies auprès des mères sur l'alimentation lactée de leur enfant et leur répétition à différents moments ont permis de déterminer le statut par rapport à l'AM de la plupart des enfants (95%) malgré les non-réponses partielles observées. Par ailleurs, l'utilisation des courbes de survie de Kaplan-Meier pour déterminer les probabilités d'AM a permis de prendre en compte l'ensemble des données disponibles selon le temps effectif de suivi de chaque couple mère-enfant enquêté. Enfin, comme pour toute étude de cohorte, la participation des mères à l'étude a pu avoir un impact sur leurs propres pratiques en matière d'alimentation de leur enfant. Des consignes strictes avaient cependant été données aux sages-femmes et aux enquêteurs pour qu'ils n'émettent aucun jugement sur les choix alimentaires de ces mères pour leur enfant.

Dans notre précédent article sur l'AM jusqu'à un mois¹⁶, 69% des mères déclaraient allaiter leur enfant au moment du remplissage du questionnaire à la maternité. La différence avec le taux d'initiation de l'AM (74%) estimé ici est due à plusieurs raisons. Le caractère longitudinal de l'étude a permis de préciser certaines données recueillies à la maternité et de compléter les informations des mères ayant échappé au recueil à un mois. Par ailleurs, une question supplémentaire sur le fait d'avoir essayé d'allaiter au sein était posée aux femmes déclarant ne donner que des PN à leur enfant au moment du remplissage du questionnaire à la maternité. Dans l'article précédent, dans un but de comparabilité avec notamment l'ENP¹⁷, ces mères n'allaitant pas au moment du recueil, mais déclarant avoir essayé quand même d'allaiter, n'étaient pas comptabilisées dans le taux d'AM à la maternité. Dans le présent article, elles l'ont été afin de tenir compte de toutes les tentatives d'AM, quelle que soit leur durée. Ceci permet ainsi de s'affranchir des variations liées au moment (entre J0 et J4) où les informations sur l'AM étaient recueillies à la maternité.

Des études ponctuelles sur l'AM ont été menées en France. Les plus anciennes, entre 1985 et 1995, avec des taux d'initiation de l'AM relativement faibles (entre 35 et 56%), ont permis d'estimer des durées médianes d'AM de 8⁹ à 10 semaines^{7,10}. Des données sur des naissances de 1999, recueillies dans trois maternités de Savoie, établissaient une médiane

de l'AM à 13 semaines⁸. Une étude plus récente, réalisée en 2002 dans une maternité de la région parisienne¹¹, montrait un taux d'initiation de l'AM de 73% à la naissance et un taux à 6 mois de 22%, proches de ceux observés dans Épifane. Le recrutement de cette maternité de niveau III était cependant spécifique avec, en particulier, des proportions de mères nées à l'étranger et de mères de niveau d'études supérieur plus élevées qu'au niveau national. La cohorte Eden, plus récente, a porté sur des naissances de la période 2003-2006¹². Les taux d'AM étaient de 71% à la maternité, 33% à 3 mois et 19% à 6 mois. Ces taux étaient légèrement inférieurs à ceux observés dans Épifane, mais l'évolution des taux sur la période entre les deux études reste difficile à interpréter en raison de la sélection particulière des participantes à l'étude Eden, avec un suivi prévu sur plusieurs années, et un recrutement limité à deux maternités (Poitiers et Nancy). Enfin, l'étude la plus récente, réalisée dans les Pays de la Loire en 2007⁶, estimait la durée d'AM à 15 semaines chez les enfants allaités, comme dans Épifane.

En Europe, les pays disposant de données publiées font état de taux d'AM entre 3 et 12 mois supérieurs à ceux observés dans Épifane. Une revue sur l'AM dans les pays industrialisés relevait les taux d'AM (quel que soit le degré d'exclusivité) à 3-4 mois de 66% en Italie et 43% au Royaume-Uni¹⁸. Aux Pays-Bas, en 2000-2003, Lanting et coll. rapportaient des taux d'AM de 43% à 3 mois et 33% à 6 mois¹³. En 2006-2007, en Norvège, où près de 99% des enfants étaient allaités à la naissance, les taux d'AM à 3, 6 et 12 mois étaient, respectivement, de 89%, 82% et 46%¹⁴. Dans cette même étude, le taux d'AM exclusif (selon la définition de l'OMS) à 3 mois était de 65%, contre seulement 10% dans Épifane. Les définitions précises du degré d'exclusivité de l'AM rendent cependant les comparaisons difficiles avec la plupart des données internationales¹⁸. Les notions d'AM exclusif ou prédominant telles que définies par l'OMS nécessitent en effet des données alimentaires très détaillées sur l'introduction de liquides autres que les PN dans l'alimentation de ces enfants. Ces informations n'étant pas toujours disponibles, la notion d'AM exclusif se limite dans de nombreuses études au fait de ne pas associer de PN à l'AM^{13,19}.

En France, comme dans la plupart des pays européens, les fréquences et durées d'AM rapportées dans la littérature sont faibles par rapport aux recommandations. Le PNNS recommande d'allaiter son enfant de façon exclusive au moins jusqu'à 4 mois ; or, à 3 mois, seuls 10% des enfants l'étaient de façon exclusive et 21% de façon exclusive ou prédominante. Même si la situation est différente dans les pays du nord de l'Europe, les écarts aux recommandations sont importants dans la plupart des pays européens. Le manque de soutien auprès des mères qui souhaitent allaiter, à la maternité et lors du retour à domicile, la durée des congés maternité ou l'image peu valorisée de la femme qui allaite sont des raisons qui pourraient expliquer la situation particulièrement défavorable de la France²⁰.

Que ce soit à 3, 6 ou 12 mois, la poursuite de l'AM était associée à la plupart des variables liées à son initiation. Les facteurs socio-démographiques et comportementaux associés à la durée de l'AM étaient ceux retrouvés fréquemment dans la littérature^{11,13,14,21,22}. La modification de certains de ces facteurs tels que les séances de préparation à l'accouchement, le contact peau à peau dans l'heure suivant l'accouchement et la perception du conjoint, pourrait éventuellement améliorer les pratiques d'AM. D'autres facteurs, comme la corpulence des mères avant la grossesse, l'accouchement par voie basse ou le tabagisme pendant la grossesse, permettraient, en identifiant les femmes moins susceptibles d'allaiter, d'améliorer les conseils et le soutien qui leurs sont fournis si elles souhaitent finalement allaiter. Par exemple, le tabagisme pendant le post-partum, qui n'est pas une contre-indication à l'AM sous réserve de certaines précautions²³, devrait faire l'objet d'un discours adapté pour ne pas décourager ces mères d'allaiter si elles le souhaitent. Ces différents éléments devraient être pris en compte dans la mise en place d'interventions spécifiques, destinées à encourager les mères qui ont choisi d'allaiter à poursuivre l'AM de leur enfant. Les analyses multivariées à venir permettront de déterminer le rôle propre de ces différents facteurs sur la poursuite de l'AM et son degré d'exclusivité.

Conclusion

Parmi les enfants allaités à la naissance, la moitié l'étaient encore à 15 semaines, la médiane de l'AM exclusif ou prédominant étant, quant à elle, estimée à 3 semaines et demie. Près de 40% des enfants étaient toujours allaités à 3 mois, mais seulement 21% de façon exclusive ou prédominante. Les résultats de cette étude montrent la nécessité de promouvoir l'AM et d'encourager sa poursuite jusqu'à 6 mois auprès des mères qui ont choisi d'allaiter, comme le recommande le PNNS. Si la promotion de l'AM passe nécessairement par une information plus importante des futures et nouvelles mères, elle devrait également faire l'objet d'une formation renforcée des personnels exerçant dans les domaines de la périnatalité, de la pédiatrie et de la protection maternelle et infantile. Le suivi des enfants de l'étude Épifane jusqu'à 12 mois permettra également de décrire la mise en place d'une alimentation diversifiée qui, progressivement, doit se substituer à l'alimentation exclusivement lactée. L'ensemble de ces éléments permettront d'adapter les messages sur l'alimentation des nourrissons au cours de leur première année de vie, pour que les pratiques se rapprochent au mieux des recommandations actuelles. ■

Références

- [1] de Onis M, Garza C, Onyango AW, Rolland-Cachera MF. Les standards de croissance de l'Organisation mondiale de la santé pour les nourrissons et les jeunes enfants. *Arch Pediatr*. 2009;16(1):47-53.
- [2] Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant – Durée optimale de l'alimentation au sein exclusive. Genève: OMS; 2001. 5 p. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/fa54id4.pdf

[3] World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Chapter 12: Public health goals and personal recommendations. Washington DC: AICR; 2007. pp. 366-93. http://www.dietandcancerreport.org/expert_report/recommendations/recommendation_breastfeeding.php

[4] World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices – Part I: definition. Conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington, DC, USA. Genève: WHO; 2008. 26 p. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf

[5] Hercberg S, Chat-Yung S, Chauliac M. The French National Nutrition and Health Program: 2001-2006-2010. *Int J Public Health*. 2008;53(2):68-77.

[6] Branger B, Dinot-Mariau L, Lemoine N, Godon N, Merot E, Brehu S, *et al*. Durée d'allaitement maternel et facteurs de risques d'arrêt d'allaitement : évaluation dans 15 maternités du réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire. *Arch Pediatr*. 2012;19(11):1164-76.

[7] Branger B, Cebron M, Picherot G, de Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pediatr*. 1998;5(5):489-96.

[8] Labarere J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, Rivier A, Callec M, Polverelli JF, *et al*. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France). *Arch Pediatr*. 2001;8(8):807-15.

[9] Lelong N, Saurel-Cubizolles MJ, Bouvier-Colle MH, Kaminski M. Durée de l'allaitement maternel en France. *Arch Pediatr*. 2000;7(5):571-2.

[10] Lerebours B, Czernichow P, Pellerin AM, Froment L, Laroche T. L'alimentation du nourrisson jusqu'à 4 mois en Seine-Maritime. *Arch Fr Pediatr*. 1991;48(6):391-5.

[11] Siret V, Castel C, Boileau P, Castetbon K, Foix L'Hélias L. Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart. *Arch Pediatr*. 2008;15(7):1167-73.

[12] Bonet M, Marchand L, Kaminski M, Fohran A, Betoko A, Charles MA, *et al*; EDEN Mother-Child Cohort Study Group. Breastfeeding duration, social and occupational characteristics of mothers in the French 'EDEN mother-child' cohort. *Matern Child Health J*. 2013;17(4):714-22.

[13] Lanting CI, Van Wouwe JP, Reijneveld SA. Infant milk feeding practices in the Netherlands and associated factors. *Acta Paediatr*. 2005;94(7):935-42.

[14] Kristiansen AL, Lande B, Øverby NC, Andersen LF. Factors associated with exclusive breast-feeding and breast-feeding in Norway. *Public Health Nutr*. 2010;13(12):2087-96.

[15] Gondolf UH, Tetens I, Michaelsen KF, Trolle E. Dietary habits of partly breast-fed and completely weaned infants at 9 months of age. *Public Health Nutr*. 2012;15(4):578-86.

[16] Salanave B, De Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épifane, France, 2012. *Bull Epidémiol Hebd*. 2012;(18):383-7. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10950

[17] Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: Institut national de la santé et de la recherche médicale, Direction générale de la santé; 2011. 132 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf

[18] Ibanez G, Martin N, Denantes M, Saurel-Cubizolles MJ, Ringa V, Magnier AM. Prevalence of breastfeeding in industrialized countries. *Rev Epidémiol Santé Publique*. 2012;60(4):305-20.

[19] Hunsberger M, Lanfer A, Reeske A, Veidebaum T, Russo P, Hadjigeorgiou C, *et al.* Infant feeding practices and prevalence of obesity in eight European countries – the IDEFICS study. *Public Health Nutr.* 2013;16(2):219-27.

[20] Expertise collective Inserm. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Déterminants sociaux de l'allaitement. Paris: Institut national de la santé et de la recherche médicale; 2014. pp. 267-307. <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/inegalites-sociales-de-sante-en-lien-avec-l-alimentation-et-l-activite-physique-une-expertise-collective-de-l-inserm>

[21] Betoko A, Charles MA, Hankard R, Forhan A, Bonet M, Saurel-Cubizolles MJ, *et al.*; EDEN Mother-Child Cohort Study Group. Infant feeding patterns over the first year of life: influence of family characteristics. *Eur J Clin Nutr.* 2013;67(6):631-7.

[22] Bulk-Bunschoten AM, Pasker-de Jong PC, Van Wouwe JP, de Groot CJ. Ethnic variation in infant-feeding practices in the Netherlands and weight gain at 4 months. *J Hum Lact.* 2008;24(1):42-9.

[23] Haute Autorité de santé. Allaitement maternel. Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Saint-Denis: HAS; 2002. 177 p. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272220/fr/allaitement-maternel-mise-en-oeuvre-et-poursuite-dans-les-6-premiers-mois-de-vie-de-lenfant

Citer cet article

Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013). *Bull Epidemiol Hebd.* 2014;(27):450-7. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html