

Faculté de santé publique

Le niveau de connaissance des femmes enceintes sur l'allaitement maternel est-il suffisant pour répondre aux recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé en matière d'alimentation des nouveau-nés ?

Au CHU UCL NAMUR sites Dinant et Namur, 2020.

Mémoire réalisé par
Lydie Sinte Pagnotta

Promoteur(s)
Pr. Véronique Deneys
Mme Céline Potiez

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Le niveau de connaissance des femmes enceintes sur l'allaitement maternel est-il suffisant pour répondre aux recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé en matière d'alimentation des nouveau-nés ?

Au CHU UCL NAMUR sites Dinant et Namur, 2020.

Mémoire réalisé par
Lydie Sinte Pagnotta

Promoteur(s)
Pr. Véronique Deneys
Mme Céline Potiez

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je souhaite remercier avant tout mes parents, sans qui la reprise des études n'aurait pu aboutir grâce à leur participation financière et le temps qu'ils ont dédié à la garde de mon fils.

Je remercie également mes collègues pour les nombreux aménagements d'horaire nécessaires à la poursuite des cours ainsi que leur soutien moral dans ce véritable challenge.

Mes amis proches ont été d'une grande aide dans la lecture et la relecture de mon travail. Je les remercie aussi pour le temps qu'ils m'ont consacré.

Je n'oublie pas mon promoteur et co-promoteur pour la confiance et l'autonomie qu'ils m'ont accordées dans la réalisation de ce travail. Leur guidance a été essentielle dans l'aboutissement de ce travail. Je les remercie sincèrement.

Je souligne également la grande disponibilité des professeurs et des assistants de la faculté ainsi que le secrétariat, accordant de l'importance à chaque demande.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitations de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

Liste des tableaux

- *Tableau 1* : Caractéristiques de la population
- *Tableau 2* : Répartition et durée des allaitements pour les multipares

Liste des figures

- *Figure 1 :* Situation professionnelle des patientes interrogées
- *Figure 2 :* Niveau d'études des patientes interrogées
- *Figure 3 :* Origine ethnique des patientes interrogées
- *Figure 4 :* Situation familiale des patientes interrogées
- *Figure 5 :* Caractéristiques obstétricales de la population selon la parité
- *Figure 6 :* Connaissance des patientes sur la durée de l'allaitement maternel recommandée
- *Figure 7 :* Connaissance des femmes enceintes sur les facteurs influençant la mise en route de l'allaitement maternel. Figure reprenant la réponse OUI aux items proposés comme influençant la mise en route de l'AM
- *Figure 8 :* Connaissance des femmes enceintes sur les facteurs influençant la mise en route de l'allaitement maternel. Figure reprenant la réponse NON aux items proposés comme influençant la mise en route de l'AM
- *Figure 9 :* Connaissance des femmes enceintes sur les facteurs influençant la mise en route de l'allaitement maternel. Figure reprenant la réponse JE NE SAIS PAS aux items proposés comme influençant la mise en route de l'AM
- *Figure 10 :* Connaissance des femmes enceintes concernant les signes témoignant d'une succion efficace
- *Figure 11 :* Connaissance des femmes enceintes à propos des signes d'efficacité de la tétée
- *Figure 12 :* Connaissance des femmes enceintes à propos des signes d'éveil montrant que le nouveau-né est prêt à téter
- *Figure 13 :* Connaissance des femmes enceintes à propos de la montée de lait
- *Figure 14 :* Connaissance des femmes enceintes à propos du repos et du sommeil pendant l'allaitement maternel
- *Figure 15 :* Connaissance des femmes enceintes concernant la gestion et la prévention des crevasses
- *Figure 16 :* Connaissance des femmes enceintes concernant l'alimentation pendant l'allaitement maternel
- *Figure 17 :* Connaissance de femmes enceintes sur les bienfaits de l'allaitement maternel pour l'enfant

- *Figure 18* : Connaissance des femmes enceintes sur les avantages de l'allaitement maternel pour elles-mêmes
- *Figure 19* : Connaissance des femmes enceintes concernant la suffisance du lait maternel pour leur bébé en termes de richesse
- *Figure 20* : Sources d'informations utilisées par les femmes enceintes concernant l'allaitement maternel
- *Figure 21* : Professionnels de la santé consultés par les femmes enceintes pour s'informer à propos de l'allaitement maternel
- *Figure 22* : Taux de participation des femmes enceintes aux séances d'informations prénatales
- *Figure 23* : Taux de participation des (futures) mères à la consultation individuelle d'allaitement en pré ou post-natale

Liste des abréviations utilisées

AAP	Académie Américaine de Pédiatrie
AM	Allaitement maternel
BFHI	Baby Friendly Hospital Initiative
Cepip	Centre d'épidémiologie prénatale
CFAM	Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel
CHU UCL	Centre Hospitalier Universitaire Université Catholique de Louvain
CINF	Consultation INFormative
CNN	Centre Néonatal
DS	DéviatiOn standard
ESPGHAN	European Society for Paediatric Aallergy and Clinical Immunology
ETP	Equivalent Temps Plein
IBCLC	International Board of Lactation Consultant Examiners
IHAB	Initiative Hôpital Amis des Bébés
IMC	Indice de Masse corporelle
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
RDV	Rendez-vous
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
SA	Semaine d'aménorrhée
TMS	Travailleur Médico Social
UE	Union Européenne
UNICEF	United Nations Children's Fund

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE	1
PARTIE THÉORIQUE	3
1. Contextualisation du problème	3
2. Recommandations internationales en matière d'allaitement maternel	4
3. Concepts mondiaux à l'égard de l'allaitement maternel.....	4
4. Adaptation des concepts internationaux à la Belgique	6
4.1. Quatre grands principes directeurs de l'IHAB	7
4.1.1. Promouvoir des pratiques de qualité partagées par toute une équipe	7
4.1.2. Protéger les parents de toute promotion commerciale en matière d'alimentation infantile	8
4.1.3. Assurer aux mères un accompagnement et des soins de qualité pendant le travail et l'accouchement	8
4.1.4. L'information éclairée.....	9
4.2. IHAB en Belgique et en-dehors.....	9
5. Typologie de l'allaitement	10
6. Les bénéfices de l'allaitement maternel	11
6.1. Pour l'enfant	11
6.2. Pour la mère.....	13
7. L'allaitement maternel en chiffres, dans le monde et en Belgique.....	15
8. Facteurs d'influence des taux et de la durée de l'allaitement maternel	16
PARTIE PRATIQUE.....	19
9. Type d'étude	19
10. Population.....	20
11. Objectifs de la recherche	20
12. Recueil des données et questionnaires	21
12.1. Traitement des données.....	22

13.	Résultats	23
14.	Discussion générale.....	47
15.	Projet d'action	55
16.	Limites de mon mémoire.....	57
	CONCLUSION	58
	BIBLIOGRAPHIE	60
	ANNEXES	65
	ANNEXE 1 - Ten steps to successful breastfeeding.....	65
	ANNEXE 2 - Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.....	66
	ANNEXE 3 - Mother Friendly.....	76
	ANNEXE 4 – Classification de l’AM selon The Interagency Group for Action in Breastfeeding.....	77
	ANNEXE 5 – Classification de l’AM selon l’OMS	78
	ANNEXE 6 – Principales études épidémiologiques consacrées à l’effet de l’AM sur le risque ultérieur de surpoids et d’obésité	79
	ANNEXE 7 - Taux d’allaitement des enfants allaités en OCDE et UE.....	80
	ANNEXE 8 - Taux d’allaitement maternel exclusif mondiaux	81
	ANNEXE 9 – Questionnaire	82
	ANNEXE 10 – Tableau résumant l’ensemble des facteurs d’influence de l’AM.....	92
	ANNEXE 11 – Signes d’éveil du nouveau-né	93
	ANNEXE 12 – Recommandations de l’OMS pendant la grossesse	94
	ANNEXE 13 – Contenu des séances d’informations.....	95
	ANNEXE 14 – Exemple de support pour illustrer les bienfaits de l’AM pour la mère et son enfant.....	97
	ANNEXE 15 – Recommandations IHAB du CHU UCL NAMUR.....	98
	ANNEXE 16 – Exemple de support pour illustrer les positions d’AM.....	99

INTRODUCTION GENERALE

L'Organisation mondiale de la Santé publiait en 2018 de nouvelles orientations pour promouvoir l'allaitement maternel dans les établissements de santé du monde entier dotés d'une maternité et d'un centre néonatal. L'OMS rappelle qu'allaiter tous les nourrissons exclusivement jusqu'à 6 mois présente de nombreux bénéfices pour eux ainsi que pour leurs mères. Jusqu'à l'âge de 2 ans, il permettrait de sauver plus de 820 000 enfants de moins de 5 ans chaque année. L'allaitement maternel a également des répercussions sur la santé jusqu'à l'âge adulte. Il permet de diminuer les dépenses des hôpitaux, des familles et des pouvoirs publics. Cependant, l'allaitement au sein exige du soutien, des encouragements et une conduite directive. En associant correctement ces mesures, il est possible d'améliorer la prévalence des allaitements dans le monde et de donner aux enfants le meilleur départ possible dans la vie [1].

En Belgique, le taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois de vie du bébé se situe aux environs des 19% [2]. Nous sommes donc loin des recommandations sanitaires universelles en matière d'alimentation du nouveau-né. Raison pour laquelle je vais tenter, à travers cette recherche, de déterminer le niveau de connaissance des femmes enceintes suivies au CHU UCL NAMUR concernant l'allaitement maternel. Ceci afin de formuler, sur base des résultats obtenus, des pistes de réflexion en vue de renforcer leurs connaissances. Le but principal de ce mémoire est donc de contribuer au renforcement des connaissances des femmes enceintes et de les aider à découvrir l'importance de l'allaitement pour espérer une hausse du nombre d'initiations ainsi que la pérennisation de la durée des allaitements. Le directeur général de l'OMS précisera dans un communiqué de presse [1] qu'il n'y a pas de méthode plus efficace ni plus essentielle que de commencer par appliquer les dix mesures en faveur d'un allaitement maternel réussi en tant que norme pour la prise en charge des mères et de leurs enfants.

J'ai donc basé mon cadre théorique sur les principales recommandations internationales et nationales pour dresser un état des lieux de la situation qui met en évidence un décalage entre les objectifs mondiaux et la réalité recensée.

Dans la partie pratique, j'ai d'abord décrit la méthode de recherche. Il s'agit d'un design concomitant ou parallèle. Il additionne à la fois des données et des résultats qualitatifs et quantitatifs mais la méthode privilégiée, dominante sera quantitative. Dans ce cadre, j'ai adressé un questionnaire destiné aux femmes enceintes.

Dans mes résultats, je présente les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon, les professionnels de la santé concernés par leur suivi de grossesse, le recueil des connaissances des femmes enceintes concernant l'allaitement ainsi que les sources qu'elles utilisent pour s'informer.

Enfin, je proposerai une discussion générale et un plan d'action avant de préciser les limites de ma recherche.

PARTIE THÉORIQUE

1. Contextualisation du problème

Diplômée sage-femme depuis 2012, j'ai travaillé pendant 7 ans au service des mamans, des couples et des bébés, ayant séjourné à la maternité du CHU UCL NAMUR : 6 années sur le site de Dinant et 1 an à Namur. Lors de mes prises en charge, je remarque très souvent que la majorité des futures mamans souhaitent allaiter mais lorsqu'elles doivent passer à la pratique, elles rencontrent beaucoup de difficultés au point d'abandonner rapidement. Des difficultés qui m'interpellent. Des mamans qui ne sont pas alertes aux signes de faim de leur bébé, des mamans qui sont perdues parmi de nombreuses informations reçues et souvent contradictoires, des mamans qui disent tout savoir sur l'allaitement alors que leur bébé est insuffisamment alimenté, etc, ... Je suis donc surprise par le niveau de connaissance des jeunes mamans à propos de l'allaitement maternel. Je constate très régulièrement que les patientes n'ont pas connaissance de l'ABC à ce sujet. Les questions sont très nombreuses et presque systématiques pour un grand nombre d'entre elles. Ces interrogations m'interpellent car les mamans bien préparées en prénatal devraient avoir la réponse à ces questions.

J'ai connu le temps où la durée du séjour en maternité était de quatre à cinq jours en moyenne. On trouvait le temps d'informer et d'aider les mamans à être autonomes pour leur sortie, qu'elles soient bien préparées ou non. Aujourd'hui, le séjour en post-partum est écourté. Il est de 72h à partir de la date d'admission avec la possibilité de rester 24h de plus s'il s'agit d'une césarienne. C'est donc court pour pouvoir encadrer une jeune maman qui souhaite allaiter et pouvoir lui donner toutes les informations nécessaires à un bon démarrage. D'autant plus s'il s'agit d'un premier bébé ou d'un premier allaitement. Et c'est encore plus court et difficile si la maman n'a aucune connaissance de base à ce sujet. L'objectif poursuivi à travers ce travail, est de mettre en lumière le niveau de connaissance des femmes enceintes en amont de l'accouchement et d'étudier les différentes pistes d'amélioration.

J'ai traduit ce constat par la problématique suivante : **Le niveau de connaissance des femmes enceintes sur l'allaitement maternel est-il suffisant pour répondre aux recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé en matière d'alimentation des nouveau-nés ?** Mon étude se limite aux patientes suivies au CHU UCL Namur sites Dinant et Namur.

J'avance comme hypothèse que le niveau n'est pas assez élevé. Je voudrais comprendre pourquoi et proposer des pistes de réflexion pour améliorer le niveau de connaissance des mamans suivies au sein des maternités du CHU.

Je pense que le niveau est insuffisant car les futures mères ne sont pas assez préparées. Soit parce qu'elles ne s'informent pas. Soit parce qu'elles s'informent mais que le contenu de l'information n'est pas adapté et suffisant pour enseigner les bases de l'allaitement maternel.

Voyons donc dans le point suivant ce que l'OMS recommande en matière d'alimentation des nourrissons.

2. Recommandations internationales en matière d'allaitement maternel

L'OMS formule comme recommandations générales que « l'allaitement est le moyen idéal d'apporter aux nourrissons tous les nutriments dont ils ont besoin pour grandir et se développer en bonne santé. Pratiquement toutes les mères peuvent allaiter, si elles ont des **informations précises** et le **soutien** de leur famille comme du **système de soins**. Le colostrum, sécrétion lactée jaunâtre et épaisse produite à la fin de la grossesse, constitue, ainsi que le préconise l'OMS, l'aliment parfait pour le nouveau-né qui doit commencer à s'alimenter dès la première heure qui suit la naissance. L'allaitement exclusif au sein est recommandé **jusqu'à l'âge de six mois**. De six mois à deux ans, voire plus, l'allaitement doit être complété par une autre alimentation. » [3]

C'est pourquoi l'OMS et l'UNICEF sont les initiateurs du concept mondial Baby Friendly Hospital Initiative en 1992 pour développer le soutien apporté par les maternités à l'allaitement. Ce label contribue à l'instauration de l'allaitement exclusif au sein dans le monde entier et, associé à un soutien général de tout le système de santé, peut aider les mères à allaiter sereinement.

Je vais donc développer dans les points suivants le détail des informations précises que l'OMS recommande de promouvoir et également comment les maternités peuvent apporter leur soutien en matière d'allaitement maternel.

3. Concepts mondiaux à l'égard de l'allaitement maternel

L'OMS publie ses recommandations [4] en 10 points sous l'appellation "Ten steps to successful breastfeeding" ou traduite en français par "Les 10 mesures en faveur d'un allaitement maternel réussi". En ANNEXE 1, vous trouverez l'illustration de ces 10 étapes que je cite ci-dessous :

- **Politique hospitalière**

Les hôpitaux aident les mères à allaiter au sein en ne faisant pas la promotion des préparations pour nourrissons, des biberons et des tétines.

- **Compétences du personnel**

Les hôpitaux aident les mères à allaiter au sein en formant le personnel à les aider à allaiter, en évaluant les connaissances et les compétences des agents de santé.

- **Soins prénatals**

Les hôpitaux aident les mères à allaiter en discutant de l'importance de l'allaitement pour les enfants et leur mère, en préparant les femmes pour savoir comment nourrir leurs enfants.

- **Soins juste après la naissance**

Les hôpitaux aident les mères à allaiter en encourageant le contact peau à peau entre la mère et l'enfant juste après la naissance, en aidant les mères à mettre tout de suite leur enfant au sein.

- **Soutien des mères pour allaiter**

Les hôpitaux aident les mères à allaiter en vérifiant la position, l'attachement, la tétée, en donnant une aide pratique pour l'allaitement, en aidant les mères pour les problèmes courants de l'allaitement.

- **Alimentation d'appoint**

Les hôpitaux aident les mères à allaiter en ne donnant que le lait maternel sauf raison médicale, en donnant la priorité aux donations de lait humain lorsqu'il faut un complément, en aidant les mères qui veulent donner des préparations pour nourrissons à le faire sans danger.

- **Maintien du nouveau-né avec sa mère**

Les hôpitaux aident les mères à allaiter en laissant mère et nouveau-né ensemble jour et nuit, en veillant à ce que les mères d'enfants malades puissent rester à proximité de leur nouveau-né.

- **Alimentation active**

Les hôpitaux aident les mères à allaiter en leur apprenant les signes montrant que le nouveau-né a faim, en ne limitant pas les heures d'allaitement

- **Biberon, tétine et sucette**

Les hôpitaux aident les mères à allaiter en conseillant les mères sur l'utilisation et les risques des biberons, des tétines et sucettes.

- **Sortie**

Les hôpitaux aident les mères à allaiter en adressant les mères vers les ressources locales pour l'aide à l'allaitement, en collaborant avec les communautés pour améliorer les services de soutien à l'allaitement.

Ces 10 étapes universelles résument donc le contenu de l'information de base que les patientes doivent savoir. Il est important qu'avant l'accouchement, la future mère ait entendu parler de ces recommandations afin d'être bien préparée et de les appliquer pour elle et son bébé. À l'inverse, pour être bien préparée, la maternité doit elle aussi former son personnel et s'organiser de façon à proposer une information de qualité.

Analysons dans le point suivant ce que propose la Belgique pour répondre aux recommandations mondiales de l'OMS.

4. Adaptation des concepts internationaux à la Belgique

Pour faire lien avec la Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) lancée par l'OMS et l'UNICEF, la Belgique a mis en place, fin 2001, un Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel (CFAM¹) et la version française de la BFHI qu'on appelle l'Initiative Hôpital Amis des Bébé (IHAB). Il a pour mission de veiller à la mise en œuvre des recommandations des concepts cités ci-dessus. Le CFAM a donc proposé un plan d'action adapté à la Belgique pour cette mise en œuvre. Un plan que le Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique, le Service Public Fédéral Santé Publique, la Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et l'UNICEF ont décidé de soutenir à partir de 2005.

L'objectif poursuivi par l'IHAB est d'assurer à chaque bébé, et à sa mère, le meilleur capital santé et de bien-être possible, dès la naissance. Raisons pour lesquelles les maternités sont incitées à améliorer leur pratique de soins et les informations données aux futurs parents. Cela

¹ Loi du 29 avril 1999 relative à la création d'un Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel

permettra aux parents de faire des choix éclairés en matière d'alimentation, de santé et d'obtenir du soutien dans leurs choix.

4.1. Quatre grands principes directeurs de l'IHAB [5]

4.1.1. Promouvoir des pratiques de qualité partagées par toute une équipe

C'est ici qu'on retrouve l'adaptation des « *Ten steps to successful breastfeeding* » à la Belgique, déclinée en 10 conditions pour le succès de l'AM. Elles résument donc les pratiques qui visent à encourager l'AM dans les services de maternité. L'IHAB est un concept global de haute qualité pour l'accompagnement de la naissance, des premiers liens parents-enfant et d'une alimentation optimale du nourrisson. C'est d'abord un état d'esprit, une capacité d'accueillir et de respecter les compétences du nouveau-né et de ses parents. Il ne s'agit en aucun cas d'un label visant une augmentation du taux d'allaitement sans prêter attention aux besoins et désirs des parents.

L'IHAB impose donc à tous les établissements qui sont en contact avec les (futures) mères et les nouveau-nés les dix conditions suivantes² ;

- ✓ Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
- ✓ Donner à tout le personnel soignant la formation et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
- ✓ Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique.
- ✓ Mettre les nouveau-nés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement à la naissance et pendant au moins une heure, encourager les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter, et offrir de l'aide si nécessaire.

² Déclaration conjointe de l'OMS/UNICEF (1989). Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel. *Le rôle spécial des services liés à la maternité*. Mise à jour et extension des lignes directrices IHAB pour des soins intégrés. 2009

- ✓ Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
- ✓ Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
- ✓ Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures sur 24.
- ✓ Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
- ✓ Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
- ✓ 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.

4.1.2. Protéger les parents de toute promotion commerciale en matière d'alimentation infantile

Faire la publicité et distribuer des substituts du lait maternel, des biberons et tétines influence négativement les pratiques des professionnels mais aussi le choix des futures mères en matière d'alimentation des nouveau-nés. C'est pourquoi l'UNICEF a rédigé un code international de commercialisation des substituts du lait maternel [6]. Vous pouvez consulter ce code en ANNEXE 2. Ce code impose donc un arrêt total de distribution d'échantillons ou de fournitures gratuites de tous les produits visés par ce dernier. En réaction à ces lignes directrices, la Belgique les a traduites par un Arrêté royal dont la dernière mise à jour date du 17/11/2007³ et ce dans l'unique but de protéger la (future) mère de toute influence commerciale.

4.1.3. Assurer aux mères un accompagnement et des soins de qualité pendant le travail et l'accouchement

À partir de 2006, l'IHAB a intégré dans sa démarche de qualité les notions du respect des besoins physiques et psychologiques des futures mères dans toute la mesure du possible, lors

³ Arrêté Royal du 17/11/2007 relatif aux denrées alimentaires destinées à une alimentation particulière, paru au *Moniteur belge* le 11/12/2007

du travail et de l'accouchement. Cela fait référence au « *Mother Friendly care* » (des soins adaptés aux besoins des mères) [7]. L'ANNEXE 3 reprend les conditions « Mother Friendly » retenues par l'OMS/UNICEF et transposées dans la politique des maternités.

4.1.4. L'information éclairée

L'IHAB respecte le choix des parents en matière d'alimentation pour leur bébé. Ce que vise l'IHAB, c'est d'encourager les meilleures pratiques et de s'assurer que les parents aient accès à une information appropriée, pertinente et non biaisée afin qu'ils soient maîtres de leur choix. Les informations doivent être offertes suffisamment tôt dans la grossesse pour permettre aux parents d'y réfléchir pleinement.

4.2. IHAB en Belgique et en-dehors

27 maternités belges sont aujourd'hui labélisées et elles sont réévaluées tous les 4 ans par le CFAM.

Le label IHAB n'est pas implémenté de façon identique dans tous les pays étant donné les situations socio-économiques et culturelles différentes. De plus, certains pays n'ont pas souhaité adhérer au label international car une des conditions supplémentaires pour obtenir ce label est d'avoir un taux de 75% d'AM exclusif à la sortie de la maternité. Cependant, au Royaume-Uni, en Australie ou au Canada, l'IHAB s'est étendu à d'autres structures que les maternités comme les centres néonataux et la pédiatrie.

Plus concrètement, voici quelques chiffres à propos du label IHAB. [7-9]

	Nombre d'établissements labélisés	Nombre de naissances/an dans les maternités labélisées	Taux de naissances dans les structures IHAB
Belgique (2015)	27	40 083 sur 122 274	32,78%
France (2019)	44	68 000 sur 753 000	9,00%
USA (2019)	604	317 356 sur 1 098 581	28,97%

5. Typologie de l'allaitement

Il paraît important de définir les différents types d'allaitements existants pour ensuite bien comprendre que l'ensemble des bénéfices du lait maternel sont observés uniquement en cas d'allaitement maternel exclusif et que la moindre introduction d'un autre liquide ou aliment peut réduire partiellement ou totalement les bienfaits du lait de mère. La littérature ne fait pas l'unanimité en termes de classification des allaitements. L'un des objectifs du Plan d'action européen datant de 2004 vise l'élaboration d'indicateurs, de définitions et de méthodes uniformisées afin qu'à l'échelon européen, les comparaisons et le contrôle des taux d'allaitement soient possibles [10]. L'ANNEXE 4 reprend un exemple de classification de l'AM selon The Interagency Group for Action in Breastfeeding. [11]

Dans le cadre de ce travail, je baserai la typologie de l'allaitement selon la classification de l'OMS dont le détail est disponible en ANNEXE 5.

Pour une bonne compréhension, je vais simplifier et résumer cette typologie en 3 catégories, couramment utilisées dans la pratique quotidienne à la maternité :

- l'allaitement maternel exclusif,
- l'allaitement mixte ou partiel,
- l'allaitement artificiel.

Selon l'OMS [12], l'AM exclusif suppose que le nourrisson n'absorbe que du lait maternel. Il ne reçoit aucun autre aliment liquide ou solide, pas même de l'eau, à l'exception des solutions de réhydratation orale, ou des gouttes/sirops de vitamines, minéraux ou médicaments.

L'AM mixte ou partiel désigne l'allaitement maternel associé à une alimentation avec une préparation pour nourrisson. C'est ce qu'on nomme les substituts du lait maternel ou plus communément les laits en poudre. L'AM partiel est aussi désigné comme tel lorsqu'il est associé à des céréales, de l'eau, de l'eau sucrée ou toute autre nourriture.

L'allaitement artificiel désigne « tout aliment commercialisé ou présenté de toute autre manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il convienne ou non à cet usage » [12]. La plupart des substituts du lait maternel sont aujourd'hui à base de lait de vache. Il en existe aussi à base de riz ou de soja.

6. Les bénéfices de l'allaitement maternel [13]

Les raisons pour lesquelles la promotion de l'AM est un véritable enjeu de santé publique résident dans le fait que le lait d'une mère est unique et inimitable au niveau de sa composition nutritionnelle et de ses apports en substances biologiques.

6.1. Pour l'enfant

L'AM permet de prévenir les infections bactériennes ou virales du jeune enfant, et ce, partout dans le monde et peu importe le statut socio-économique du pays. À condition de durer au minimum 3 mois et d'être exclusif. Cet effet préventif a tendance à s'estomper à l'arrêt de l'AM et il est moindre après six mois. Promouvoir le fait que l'AM diminue le risque d'infections chez le bébé est un des arguments le plus convaincant pour inciter les futures mères à allaiter. Les bienfaits du lait maternel agissent à la fois sur l'incidence et la gravité de la diarrhée aiguë infectieuse, de l'entéocolite ulcéro-nécrosante, des infections de la sphère ORL (rhinite, otite) et des infections respiratoires.

En ce qui concerne l'impact du lait maternel sur la prévention des allergies, les études sont controversées et les débats nombreux mais en accord sur plusieurs éléments comme éviter l'allaitement artificiel, la diversification alimentaire précoce et l'exposition au tabac. La prévention de l'allergie est utile uniquement en cas d'antécédents familiaux d'allergie. Un enfant à risque d'allergie est un enfant dont au moins un des parents du premier degré (père, mère, fratrie) est allergique [14]. Il n'est pas prouvé qu'un régime spécifique pendant la grossesse permette d'impacter la prévention des allergies à l'exception de l'arachide. En effet, l'arachide est un aliment non essentiel sur le plan nutritionnel et donc son éviction est recommandée pendant la grossesse et toute la durée de l'AM selon le British Medical Council. Certaines études recommandent également d'éviter œufs, lait, poissons et autres allergènes alimentaires au cours de l'allaitement des enfants à risque. Mais au vu du manque de résultats convaincants, il n'y pas assez d'évidence pour recommander un régime spécifique aux femmes enceintes ou allaitantes. Ces dernières recommandations ne sont à envisager qu'après analyse précise des circonstances familiales individuelles et d'un avis spécialisé. On relève comme derniers facteurs de réduction des allergies, le retard de l'introduction de la diversification alimentaire, en accord avec les recommandations de l'OMS (6 mois révolus d'AM exclusif). L'ESPGHAN recommande d'ailleurs une diversification alimentaire retardée après 6 mois avec

introduction de l'œuf, du poisson et de l'arachide après 12 mois alors que l'AAP reporte ces aliments après 24 mois voire 3 ans pour le poisson [15].

L'AM réduit le risque d'obésité pendant l'enfance et l'adolescence selon la plupart des études dont les principales sont présentées en ANNEXE 6 [13]. Elles démontrent une prévalence d'obésité plus faible chez les enfants allaités au lait de mère avec des OR allant de 0,61 à 0,85. Les enfants nourris artificiellement ont un IMC plus élevé que ceux nourris au sein à l'âge de trois mois. De quatre à cinq ans, la prévalence de l'obésité est multipliée par 2 et à 6 ans, par trois. On identifie également d'autres facteurs de risque de l'obésité comme un IMC maternel dépassant les 27, le tabagisme maternel lors de la grossesse et un statut social défavorisé. Tout cela peut s'expliquer par le fait que le nouveau-né nourri au sein régule probablement mieux les quantités de lait ingérées au sein qu'au biberon. Il existe des insulïnémies significativement plus élevées chez les nourrissons non allaités, ce qui pourrait stimuler le développement d'adipocytes et l'adipogenèse [16]. Les enfants allaités au sein semblent également mieux gérer la diversification alimentaire en appréciant les nouveaux aliments et les goûts différents au bénéfice des légumes verts et des fruits (le lait maternel change de goût en fonction de l'alimentation de la mère contrairement au lait artificiel). L'AM prévient ainsi les phénomènes de néophobie (refus de goûter certains aliments ou groupes d'aliments). Le lait de mère pourrait donc prévenir le risque d'obésité chez l'enfant étant donné sa faible teneur en protéines mais cet argument est largement controversé.

En ce qui concerne l'incidence de l'allaitement maternel sur la prévention du diabète de type I, les études que j'ai lues sont moins catégoriques. Lors de l'étude randomisée TRIGR [13] (Trial to Reduce type I diabetes in the Genetically at Risk) ayant débuté en 2002 et terminé en 2012, il a été montré qu'il n'y avait pas plus d'incidence de diabète de type I chez des nourrissons alimentés avec du lait fortement hydrolysé en comparaison à ceux alimentés avec du lait maternisé dit « normal ». En effet, le postulat de départ se basait sur le fait que l'exposition précoce des protéines complexes, comme les protéines de lait de vache, aurait une incidence sur l'apparition précoce d'un diabète. Il semblerait plutôt que ce ne soit pas le « lait de vache » qui soit incriminé mais plutôt l'altération de la barrière intestinale. En effet, il existe une corrélation connue de longue date entre la maladie cœliaque chez les enfants et les adultes atteints de diabète (2 à 8% contre 0,2 à 0,5% dans la population générale). De plus, il a été montré que, chez les patients atteints de diabète et sans présenter de maladie cœliaque, la perméabilité intestinale était augmentée. Alors qu'un régime à base de protéines hydrolysées est capable de

prévenir le diabète chez certains animaux (dans le cadre d'expérience en laboratoire), il ne corrige pas la perméabilité intestinale. Ceci suggère alors que les anomalies de perméabilité ne sont pas une conséquence du diabète mais aurait plutôt un rôle causal. On notera plutôt l'effet « anti-diabétogène » du lait maternel par son rôle protecteur de l'intestin via la prévention de diverses infections comme développé plus haut, plutôt que l'effet « diabétogène » du lait de vache. En conclusion, pour la population générale, l'incidence de l'absence d'allaitement ou la brièveté de celui-ci reste faible et ne justifie pas une recommandation systématique. Néanmoins, l'effet protecteur de l'allaitement maternel s'exerce pleinement dans des populations à risque génétique de présenter un diabète de type I où il est donc raisonnable de recommander l'allaitement.

6.2. Pour la mère

On vante sans arrêt les bienfaits de l'allaitement maternel pour l'enfant alors que les avantages pour la mère sont tout aussi importants et peuvent être des arguments supplémentaires pour convaincre et augmenter la prévalence de l'allaitement maternel.

L'ocytocine⁴ joue un rôle clé. On l'appelle même l'hormone de l'amour ou l'hormone de l'attachement. La mère sécrète des poussées d'ocytocine à chaque fois que le bébé tète, à chaque contact peau à peau ou à chaque câlin. Cela renforce le lien mère-enfant. Certains scientifiques parlent même « d'un comportement maternel amélioré » (contact visuel prolongé, réponses plus rapides aux besoins, caresses plus fréquentes) [17]. Ses effets se font ressentir très rapidement après la naissance et ce dès la première mise en sein. En effet, elle permet une contraction de l'utérus plus rapide en comparaison aux mères non allaitantes. La tétée précoce permet donc de réduire considérablement les pertes de sang et le risque hémorragique liés à la délivrance car elle facilite l'expulsion du placenta. C'est également valable les jours suivant la naissance, ce qui permet de réduire le risque d'anémie due à une carence en fer. L'ocytocine a également un effet anti-dépresseur. Une étude a démontré que les mères possédant des taux d'ocytocine plus élevés avaient moins de symptômes de baby-blues [18].

⁴ Hormone polypeptidique (constituée d'une chaîne d'acides aminés) synthétisée par l'hypothalamus et sécrétée par la posthypophyse (partie postérieure de l'hypophyse, glande située à la base du cerveau) qui la stocke, dont la fonction est de stimuler la contraction du muscle utérin et de favoriser l'allaitement. Définition issue du site internet <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ocytocine/55589>

L'AM offre des avantages organisationnels non négligeables impactant considérablement le niveau de fatigue. Allaiter est rapide et facile comme méthode pour alimenter son bébé. Surtout la nuit lorsque la maman peut allaiter couchée. L'ocytocine permet des micro-siestes et facilite également le rendormissement. Une étude [19] a mis en évidence que la différence de sommeil s'élevait à 40-45 minutes/jour entre une mère allaitante et une mère non allaitante. L'addition de ces heures supplémentaires de sommeil pourrait donc avoir un impact considérable sur le bien-être maternel.

L'AM empêche l'ovulation, ce qui entraîne une absence de règles. Il est considéré comme un moyen contraceptif efficace à 98%, équivalent à la pilule contraceptive orale ou au stérilet, à plusieurs conditions qui ont été définies par un comité d'experts de l'OMS [20] :

- ✓ allaitement maternel exclusif, sans autre mode d'alimentation du bébé,
- ✓ pas d'intervalle de plus de six heures entre deux tétées,
- ✓ au moins 6 tétées longues ou 10 tétées courtes chaque jour, de façon à ce que la stimulation du mamelon et de l'aréole dure quotidiennement de 60 à 90 minutes,
- ✓ pas de retour de couches.

Si une seule des conditions n'est pas remplie, la prolactine diminue et une ovulation peut survenir à n'importe quel moment, avant même tout retour de couches.

L'AM permet de brûler en moyenne 500 calories par jour. C'est l'équivalent d'une heure de vélo. Cela permet donc de perdre les kilos pris pendant la grossesse. Cependant, il est important de savoir que cette perte est lente et que ces effets sont réellement bénéfiques au-delà de 6 mois d'allaitement.

Promouvoir l'allaitement pour augmenter les taux de celui-ci représente un réel enjeu sur le plan économique, tant pour le portefeuille de la famille que pour celui de la sécurité sociale.

Allaiter son bébé est gratuit et représente une économie par famille de 500€ par enfant allaité au moins 3 mois. Les États-Unis ont évalué que par enfant allaité, cela représentait 1 500\$ d'économie pour la société. L'AM est donc bien plus qu'une simple décision. C'est une responsabilité tant individuelle que collective. L'AM a un réel impact, certes indirect, sur la réduction du coût des soins de santé. En effet, les enfants allaités sont moins souvent malades

ou s'ils le sont, la durée est plus courte que pour un enfant qui n'a pas reçu de lait maternel. Ce qui a également des répercussions sur le taux d'absentéisme des parents au travail. [21]

Il faut toutefois signaler que les bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé de la mère dépendent de sa durée et sont optimaux en cas d'AM exclusif principalement. À long terme, il réduit le risque de développer une maladie cardiaque ou un diabète de type 2. En effet, le risque de diabète de type 2 augmente après chaque grossesse qui n'est pas suivie d'un AM de minimum 1 mois. Il existe ainsi un impact sur le niveau de résistance à l'insuline pour des AM prolongé de plus d'un an. La durée de l'AM agirait également sur un meilleur profil métabolique diminuant ainsi ce risque. [40]. Chaque mois d'AM supplémentaire diminue également le risque de développer un cancer. Notamment celui du sein, des ovaires ou de l'utérus. Les bienfaits de l'AM se prolongent aussi au-delà de son arrêt. En effet, il améliore la minéralisation osseuse et donc diminue le risque d'ostéoporose et de fractures en vieillissant. [22]

7. L'allaitement maternel en chiffres, dans le monde et en Belgique

En Belgique, la durée moyenne d'AM exclusif est de 11 semaines. Les taux d'AM exclusif sont de 78% à la naissance, 52% à 3 mois et 19% à 6 mois de vie du bébé [2]. Ce résultat de 19% s'éloigne largement des recommandations de l'OMS souhaitant un AM exclusif universel ou presque jusqu'à 6 mois. La moyenne des enfants exclusivement allaités jusqu'à 6 mois est de 23,4% pour les pays de l'OCDE et de 27,7% pour les pays de l'Union Européenne [23]. Les taux par pays sont repris dans l'ANNEXE 7. Au niveau mondial, ce taux atteint les 43% [24]. On peut retrouver les principaux taux d'AM exclusifs mondiaux en ANNEXE 8.

Les données épidémiologiques montrent donc une grande différence entre les pays. Toutefois, on observe de manière générale une amélioration dans tous les pays depuis les années 1980. La Suède est un bel exemple à reproduire. En effet, en 1973, la prévalence de l'AM à 6 mois de vie du bébé est de 6%. En 2009, elle atteint les 72%. Cela s'explique par la prise de mesures sociales et politiques et par une information très large des familles et des professionnels [25].

En Suisse [26], « les enfants nés dans un hôpital IHAB ont plus de chance d'être allaités plus longtemps, en particulier si l'hôpital montre une conformité élevée aux directives ». Cette étude reprend les comparaisons suivantes :

	AM à 5 mois	Durée de l'AM
Maternité IHAB	42%	12 semaines AM exclusif - 35 semaines AM partiel
Maternité Non IHAB	34%	6 semaines AM exclusif - 29 semaines AM partiel

En termes d'AM exclusif, on peut constater que la durée est doublée pour les enfants nés dans un hôpital IHAB. Mais ce n'est pas pour autant que des progrès ne sont pas observés dans les autres hôpitaux. En effet, la publicité du label et les programmes de formation pour les professionnels de la santé ont accru la conscience publique quant aux avantages de l'AM, ce qui entraîne constamment une augmentation du nombre d'experts de l'allaitement maternel.

Voyons dans le point suivant les facteurs qui peuvent influencer la durée de l'allaitement maternel ainsi que sa prévalence.

8. Facteurs d'influence des taux et de la durée de l'allaitement maternel

Il existe une multitude d'éléments qui peuvent influencer le choix des mères et impacter la durée de leur allaitement. Ceux qui seront décrits ci-dessous sont repris dans les différentes publications parce qu'il est prouvé qu'ils influencent de façon significative la prévalence et la durée des allaitements, qu'ils soient exclusifs ou partiels [25].

Certains facteurs sociodémographiques et culturels ont une influence positive, d'autres négative. On retiendra que les mères plus âgées, mariées, primipares, qui ont un niveau d'instruction supérieur ou une situation socioéconomique confortable allaiteront plus et plus longtemps. À l'inverse, les jeunes femmes, seules, qui ont un faible statut socioéconomique, qui sont récemment immigrées ou qui ont déménagé à cause de la naissance, allaiteront moins et moins longtemps.

L'expérience de la maman joue également un rôle clé en termes d'influence. La (future) mère qui a elle-même été allaitée, qui a déjà vu d'autres mamans donner le sein ou qui a une expérience précédente d'un allaitement positif sans complication aura tendance à allaiter plus et plus longtemps. Par contre, un antécédent d'AM difficile ou une expérience négative (douleurs mammaires, crevasses, mastite, retard de montée de lait, fatigue, ...) ne motivera en rien la femme à allaiter l'enfant suivant et ira même jusqu'à dissuader ses pairs d'allaiter.

Le choix personnel des mères est aussi important. Plus la décision est précoce, meilleure sera l'initiation à l'AM et sa durée. Une grossesse planifiée, désirée et la décision d'allaiter avant la

grossesse ou pendant le premier trimestre sont des facteurs de succès en faveur d'un AM durable. Par contre, le fait qu'une mère est ambivalente dans son choix ou réalise un choix tardif (d'allaiter son bébé) présage un sevrage précoce.

Les préparations à la naissance, qu'elles soient organisées à l'hôpital ou en dehors, peuvent avoir une plus-value. Cela concerne tant les cours de préparation à la naissance que les séances d'informations prénatales au sujet de l'allaitement maternel. Cependant, il n'y a pas d'évidence suffisante pour dire qu'une éducation prénatale améliore le taux d'initiation de l'AM ou de la prévalence de son maintien à 3 ou 6 mois [27].

Le niveau de connaissance des mères sur la thématique (surtout les primipares) est primordial, entre autres, sur la durée optimale de l'AM exclusif recommandée par l'OMS. Seulement 65% des mères ont connaissance de cette information [25]. La perception d'une insuffisance de lait et l'incertitude des quantités bues par le bébé sont aussi des éléments en défaveur du nombre d'allaitements et de leur durée. Des perceptions qui s'appuient sur des fausses croyances, un manque de connaissance et de confiance en soi puisque l'insuffisance de lait est très rare et presque toujours secondaire à une mauvaise gestion de l'allaitement (fréquence des tétées, position du bébé au sein, introduction de compléments, ...) La confiance en soi et le sentiment d'auto-efficacité sont d'importants prédicteurs de la durée de l'allaitement maternel. Le fait d'être gênée d'allaiter en public ou de faire un baby-blues ne sont pas des facteurs d'influence significatifs sur la durée de l'AM [25].

Le discours des professionnels qui suivent les lignes directrices de l'IHAB, de l'OMS et de l'UNICEF permet d'améliorer les taux et la durée des allaitements, notamment des AM exclusifs à la sortie de la maternité. En revanche, des pratiques contraires aux 10 recommandations pour le succès de l'AM [28] les impactent négativement. Cela concerne notamment l'introduction des tétines, une mise au sein différée après la naissance, un AM à horaire fixe, l'administration d'un complément de lait artificiel, la distribution d'échantillons de lait, ...).

L'obésité maternelle (IMC supérieur ou égal à 30) et le tabagisme avant, pendant et après sont deux facteurs influençant négativement la durée de l'allaitement maternel.

L'emploi des mères et leur temps de travail sont des facteurs significativement associés à un arrêt précoce de l'allaitement. Le manque de soutien de la part de l'employeur ou des collègues,

un accès limité à un tire-lait, l'absence d'un lieu adéquat pour tirer, l'absence de frigo pour conserver le lait tiré et le manque de flexibilité des horaires pour tirer son lait pendant les heures de travail sont autant d'arguments n'aidant pas les mères à poursuivre leur allaitement lors de la reprise de leur fonction. C'est donc un frein à la poursuite d'un allaitement, même partiel. Les politiques d'emploi et les modalités du congé de maternité sont elles aussi responsables. Selon Scott et *al* [25] « en l'absence de politiques d'emploi favorables à un allaitement maternel de longue durée, des conditions de travail plus flexibles incluant davantage d'opportunités de travailler à temps partiel, de meilleures conditions au travail pour allaiter et la possibilité de bénéficier de pauses d'allaitement aideront les mères à poursuivre l'allaitement tout en reprenant le travail ».

Le mode d'accouchement, voie basse ou césarienne, n'a guère d'impact sur la durée de l'AM. Par contre, la réussite ou non de l'AM dépendra de la qualité du soutien global dont bénéficient ou non les mères, entre autres, lors de la mise en route de l'AM. Comme cité précédemment, le soutien positif du père et des pairs favorise la confiance en soi des mamans. À l'inverse, les mauvaises croyances et représentations des pairs et des grands-mères (« Es-tu sûre d'avoir assez de lait ? », « N'a-t-il pas encore faim ? ») peuvent représenter une influence néfaste [25].

Le soutien des professionnels de la santé porte également tous ses fruits en termes de prévalence et de durée. Cependant, les recommandations des experts sont encore trop méconnues de bon nombre de soignants qui sont responsables du suivi médical des futures mères et de leur bébé. Les connaissances des médecins en particulier sont insuffisantes. Le manque de soutien et d'intérêt pour l'allaitement de la part des professionnels de la santé représente une réelle influence négative. Il s'agirait, selon les soignants, d'un manque de communication avec les mères mais aussi un manque de temps pour aborder la promotion de l'AM lors des consultations prénatales [25].

J'ai mis en évidence les politiques belges en matière d'allaitement étroitement liées aux recommandations de l'OMS. J'ai énoncé les bienfaits de l'AM pour l'enfant et sa mère ainsi que les éléments qui peuvent influencer sa prévalence et sa durée. Cela nous amène alors à la partie pratique. Je me pose donc la question de savoir si **le niveau de connaissances des femmes enceintes sur l'allaitement maternel est suffisant pour répondre aux recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé en matière d'alimentation des nouveau-nés.**

PARTIE PRATIQUE

Cette étude cherche à évaluer le niveau de connaissance sur l'allaitement maternel chez les femmes enceintes qui accoucheront dans une des maternités du CHU UCL NAMUR, fusion de trois hôpitaux (Cliniques et Maternité Sainte -Elisabeth à Namur, les Cliniques Universitaires de Mont-Godinne, et la clinique Saint-Vincent de Dinant). Seuls 2 sites (Dinant et Namur) ont une maternité.

Il m'a semblé pertinent d'envisager 2 maternités différentes pour réaliser cette étude. Les maternités du CHU se prêtent bien à l'analyse au vu de leur structure et leur organisation très différentes. Et, ceci afin d'évaluer s'il existe une différence entre les deux populations de mamans interrogées. C'est aussi l'opportunité d'estimer s'il existe une différence dans les pratiques de diffusion des informations par les professionnels de la santé. En termes de démarches administratives, il est également stratégique de les avoir sélectionnées : en effet, grâce à la fusion, il n'a pas fallu multiplier les démarches pour obtenir les différentes autorisations puisqu'elles font toutes les deux parties du CHU.

9. Type d'étude

Ma recherche se base sur un design concomitant ou parallèle. Il additionne à la fois des données et des résultats qualitatifs et quantitatifs mais la méthode privilégiée, dominante est quantitative dans mon travail [29].

En effet, la méthode quantitative s'intéresse à la fréquence d'un comportement et d'une attitude, appelant à des données numériques alors que la méthode qualitative a pour objectif de comprendre des processus complexes et sensibles, requérant une compréhension du détail, elle contribue à explorer comment s'articulent des attitudes, des comportements, des expériences et permet également de générer de nouvelles idées, hypothèses et théories [29].

L'objectif de mon travail est donc d'évaluer le niveau de connaissance au sujet de l'allaitement maternel des futures mamans. Je souhaite donc objectiver, faire un état des lieux précis des connaissances des mamans (quantitatif) tout en laissant place à la subjectivité me permettant ainsi d'obtenir des pistes d'amélioration basées sur leurs expériences, leurs souhaits et leurs recommandations (qualitatif). Cette méthode mixte me semble donc être opportune dans cette recherche.

10. Population

La population concernée est l'ensemble des femmes enceintes suivies dans les maternités du CHU. L'échantillon choisi pour répondre à l'enquête est composé des femmes enceintes qui se sont présentées à leur rendez-vous de dépistage du diabète de grossesse ou lors d'un monitoring programmé.

Critères d'inclusion :

- Toutes les patientes enceintes qui sont suivies dans les maternités du CHU UCL NAMUR et qui ont reçu le questionnaire pendant leur dépistage du diabète de grossesse ou lors d'un monitoring de contrôle.

Critères d'exclusion :

- Patiente non enceinte
- Patiente ne parlant et/ou n'écrivant pas le français
- Patiente ne maîtrisant pas la langue française

Le choix d'une alimentation déjà définie pour leur futur bébé n'est pas un critère d'exclusion.

Le nombre d'enquêtes récoltées est de 186 avec la répartition comme suit : 43 à Dinant et 143 à Namur. La période de distribution et de récolte s'est réalisée du 18 décembre 2019 au 17 février 2020, soit une période de 61 jours.

11. Objectifs de la recherche

L'objectif principal est d'évaluer le niveau de connaissance des femmes enceintes afin d'évaluer s'il répond, en partie ou non, aux recommandations de l'OMS en matière d'allaitement maternel. La littérature met en évidence qu'il existe un réel décalage, entre autres, en Belgique. Je vais donc analyser si cela se vérifie ou non dans ma recherche. C'est ici que la recherche quantitative prend tout son sens.

L'objectif secondaire permettra alors d'essayer de comprendre les résultats et de les expliquer, mais aussi de dégager des pistes de solutions ou d'améliorations des différents concepts abordés. C'est ici qu'interviendront toutes les notions de la diffusion des informations et le rôle des professionnels de la santé. En effet, les supports d'informations utilisés par les femmes

enceintes et les discours des professionnels de la santé ont toute leur importance. D'où le recours aux données et résultats qualitatifs.

12. Recueil des données et questionnaires

En ce qui concerne les différentes autorisations, j'ai d'abord introduit une demande au comité d'éthique afin d'obtenir un accord pour la distribution des enquêtes. J'ai reçu une réponse positive le 12 décembre 2019. J'ai suivi la procédure demandée par le CHU et j'ai adapté les questionnaires en fonction de leurs remarques.

J'ai également sollicité la déléguée à la protection des données du CHU. En effet, le questionnaire proposé est soumis au RGPD car il existe un traitement de données à caractère personnel en fichier papier, même si l'enquête est anonymisée. Les points de contrôle ont lieu de préciser aux répondantes potentielles que ;

- la finalité de ces questionnaires est déterminée,
- qui est le responsable du traitement et s'il y aura de la sous-traitance,
- qui sont les personnes concernées,
- que le traitement des données est licite, juste et transparent,
- la durée de conservation des questionnaires,
- quand ils seront détruits et comment,
- qui y aura accès,
- le caractère non obligatoire,
- qu'aucune tentative de réidentification ne sera faite,
- que la base légale est bien respectée, c'est-à-dire qu'on a obtenu le consentement. Le fait de remplir le questionnaire est un consentement (à condition d'avoir bien précisé que ce n'est pas obligatoire dans l'introduction du questionnaire).

Après tout cela, j'ai pris contact avec les sages-femmes en chef de chaque maternité pour obtenir leur accord et fixer les modalités pratiques de distribution et de récolte des questionnaires complétés.

Comme cité ci-dessus, j'ai choisi 2 moments clés : la consultation pour le dépistage du diabète de grossesse et la consultation prénatale pour un monitoring programmé. En effet, il s'agit de moments où la maman doit faire preuve de patience (30 minutes à deux heures) et donc je

trouvais opportun de leur proposer de compléter le questionnaire en guise de passe-temps dans un contexte de consultation électorale et donc dans un climat serein. Cela a aussi comme avantage que le questionnaire est distribué et récolté simultanément par la même sage-femme. Cela facilite donc grandement la qualité de la récupération des données. Les sages-femmes récoltant les questionnaires les ont déposés dans un bac de récolte dans une armoire fermée, en attendant leur récupération par mes soins.

Le questionnaire, consultable en ANNEXE 9 comporte une introduction afin d'expliquer les objectifs de la recherche, de rappeler l'anonymat et les éléments du RGPD. Il est composé de questions fermées et de quelques questions ouvertes ou semi-ouvertes ;

- des questions permettant le recueil de données sociodémographiques, des renseignements sur les allaitements précédents pour les multipares et sur leur suivi de grossesse,
- la majorité des questions porte sur des connaissances théoriques et pratiques à propos de l'allaitement maternel. Elles se présentent sous forme de questions à choix multiples ou de questions proposant des réponses vraies et des réponses délibérément fausses. J'investigue alors pour savoir si les futures mamans connaissent les facteurs favorisant la mise en route de la lactation, les signes d'efficacité d'une tétée, les signes d'éveil du nouveau-né, l'hygiène de vie pendant la période de l'allaitement et les bienfaits de l'allaitement maternel pour elles-mêmes et leur bébé,
- des questions s'intéressant aux supports d'informations que les femmes enceintes consultent pour se documenter au sujet de l'AM et les personnes qu'elles interrogent ou consultent,
- et pour finir, des questions permettant des ouvertures vers de nouvelles pistes de réflexions et d'améliorations.

L'enquête a fait l'objet d'un pré-test auprès de 10 patientes de la maternité de Namur. En l'absence de remarques et de questions de leur part, avec un remplissage correct, ces 10 questionnaires font partie de l'échantillon total. Ils ont tous été numérotés au fur à et mesure que je les ai récoltés.

12.1. Traitement des données

La saisie des données s'est faite manuellement dans le logiciel Excel à partir des 186 questionnaires papier numérotés et correctement remplis. Le traitement et l'analyse des données ont également été réalisés avec Excel. Dans le cadre de ce mémoire, l'analyse est

essentiellement descriptive. J'ai réalisé des tableaux croisés dynamiques permettant ainsi de comparer différentes variables entre elles en se basant sur la revue de la littérature.

13. Résultats

J'ai récolté au total 186 questionnaires. 3 questionnaires ont été mis de côté (1 à Dinant et 2 à Namur) parce que le verso de plusieurs feuilles n'était pas complété ou parce que certaines parties du questionnaire étaient barrées sans explication. Ils étaient donc inexploitable. Le taux de réponses est donc de 98% et les résultats ont porté sur 183 enquêtes.

La répartition des répondantes par site est la suivante :

	n	%
Dinant	41	22,4%
Namur	142	77,6%
CHU (total)	183	100,0%

J'ai jugé opportun de connaître l'âge moyen des patientes ainsi que leur terme au moment de répondre au questionnaire pour savoir où elles en sont dans le déroulement de leur grossesse. En effet, cela pourrait éventuellement influencer leur niveau de connaissance, en fonction qu'elles soient en début de grossesse où à terme.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population (N=183)

Site	Moyenne $\pm$ DS		
	Dinant	Namur	CHU
Âge, en années	29,4 $\pm$ 4,2	30,1 $\pm$ 4,2	30,0 $\pm$ 4,2
Âge gestationnel, en semaines d'aménorrhée	31 $\pm$ 6	29 $\pm$ 5	29 $\pm$ 6

DS : déviation standard

L'étendue des âges maternels (minimum et maximum) s'étend entre 17 et 35 ans pour Dinant et de 19 à 47 ans pour Namur. L'écart type de l'âge est similaire pour les 2 sites ainsi que pour le CHU avec une moyenne d'âge comprise entre 29,4 et 30,1 ans.

La plupart des patientes ont répondu au questionnaire lorsqu'elles étaient enceintes entre 29 et 31 semaines d'aménorrhée (SA). A Dinant, la grossesse la moins évoluée est de 23 SA pour 18 SA à Namur. Et la grossesse la plus avancée est de 40 SA à Dinant pour 41 SA à Namur.

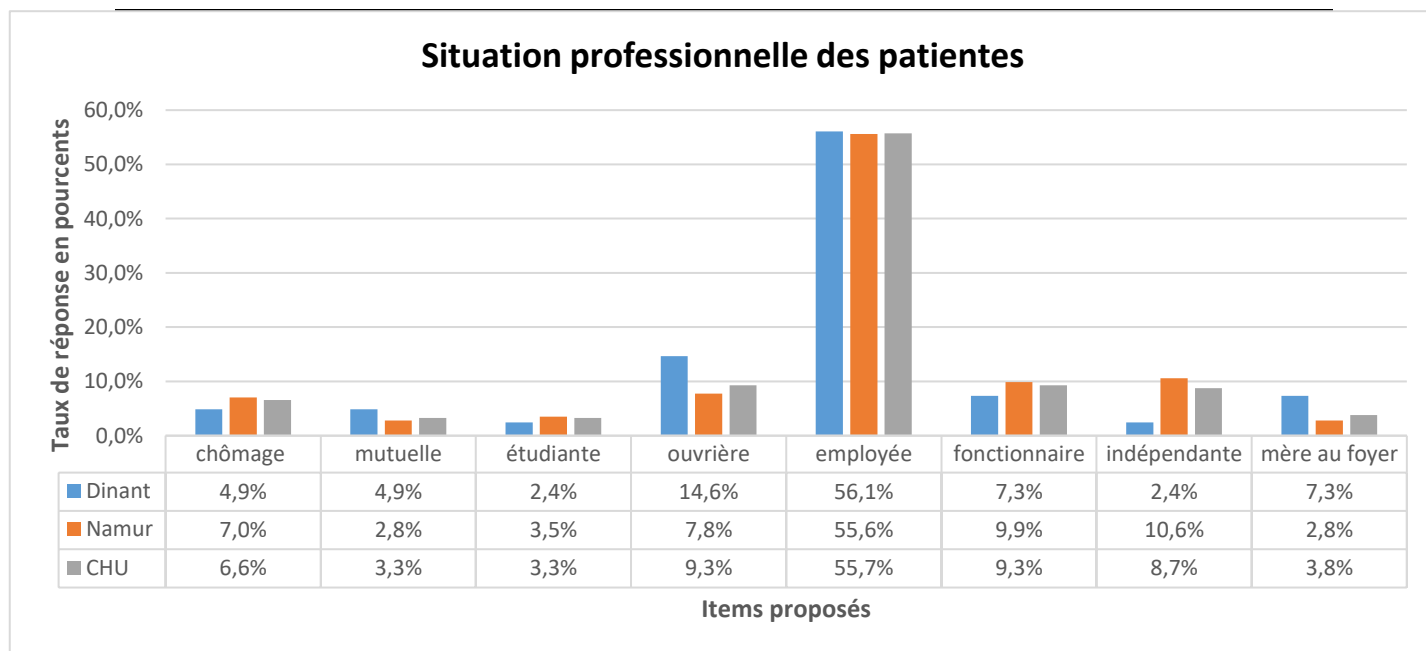


Figure 1 : Situation professionnelle des patientes interrogées

La majorité des mamans sont professionnellement actives. Moins de 10% des futures mamans sont au chômage ou sur la mutuelle. On peut observer une plus grande proportion d'ouvrières et de mères au foyer à Dinant. Inversement, on observe un taux plus élevé de femmes indépendantes à Namur.

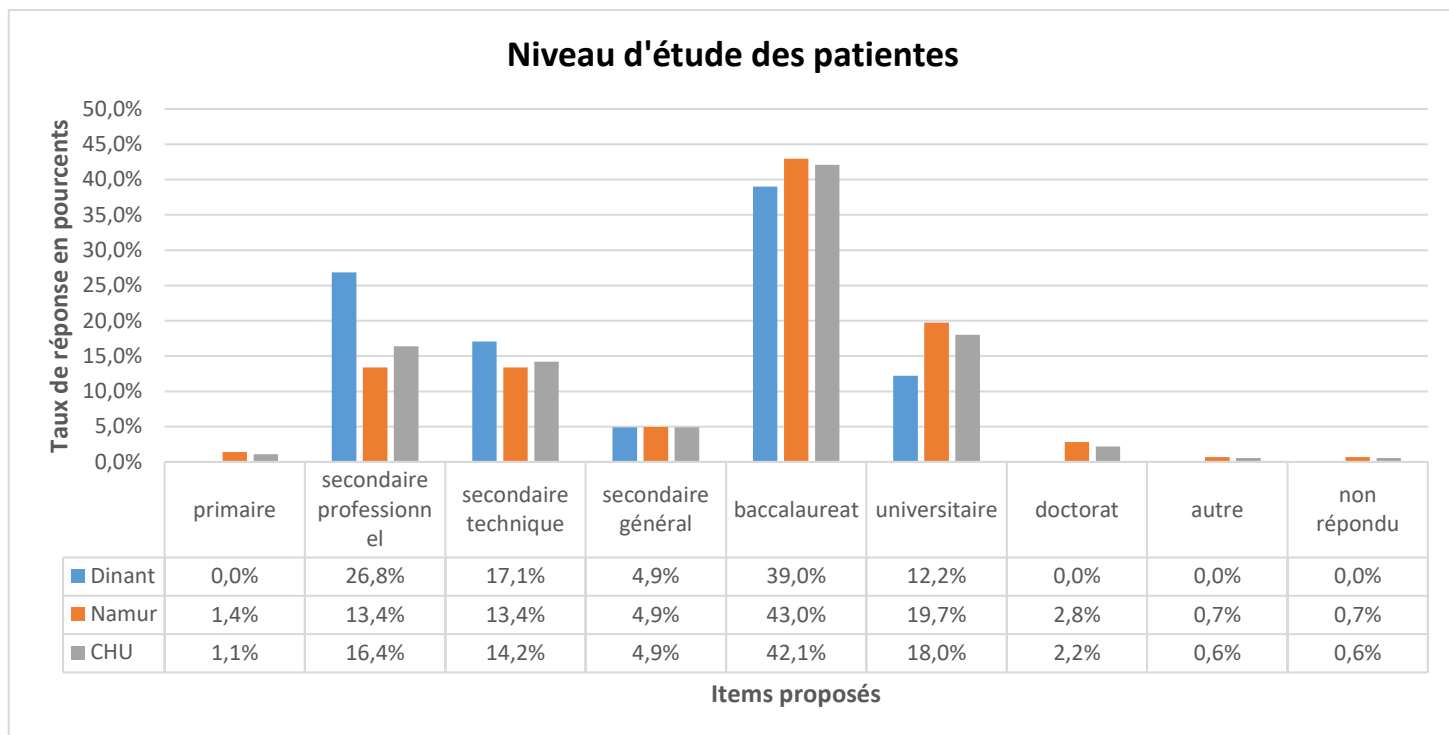


Figure 2 : Niveau d'étude des patientes interrogées

La majorité des patientes des 2 sites est graduée (baccalauréat). On note cependant une plus grande proportion de patientes diplômées de l'enseignement professionnel à Dinant. Inversement, on observe une plus grande proportion de patientes universitaires et plus à Namur.

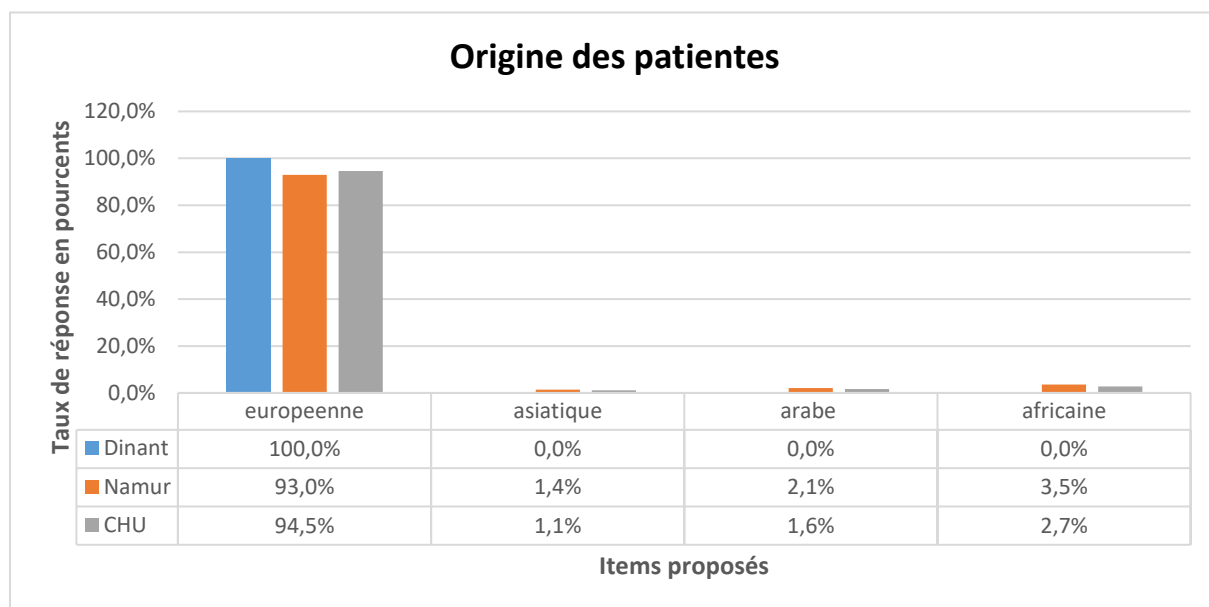


Figure 3 : Origine ethnique des patientes interrogées

Les mamans interrogées à Dinant sont toutes d'origine européenne. On observe, en minorité, à Namur, quelques personnes d'origines étrangères (africaine, arabe et asiatique).

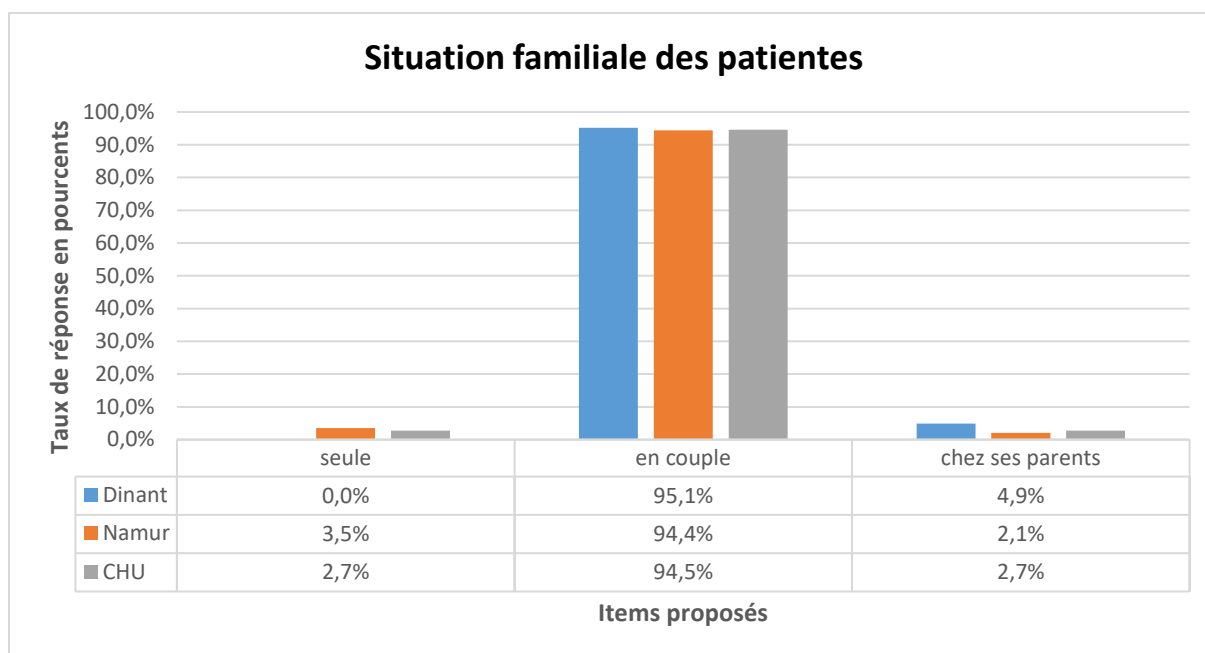


Figure 4 : Situation familiale des patientes interrogées. L’item en couple reprend les patientes mariées, en cohabitation légale ou en concubinage.

L’ensemble des patientes interrogées sont pratiquement toutes en couple. Notons qu’à Dinant, aucune patiente n’est seule comparé à Namur.

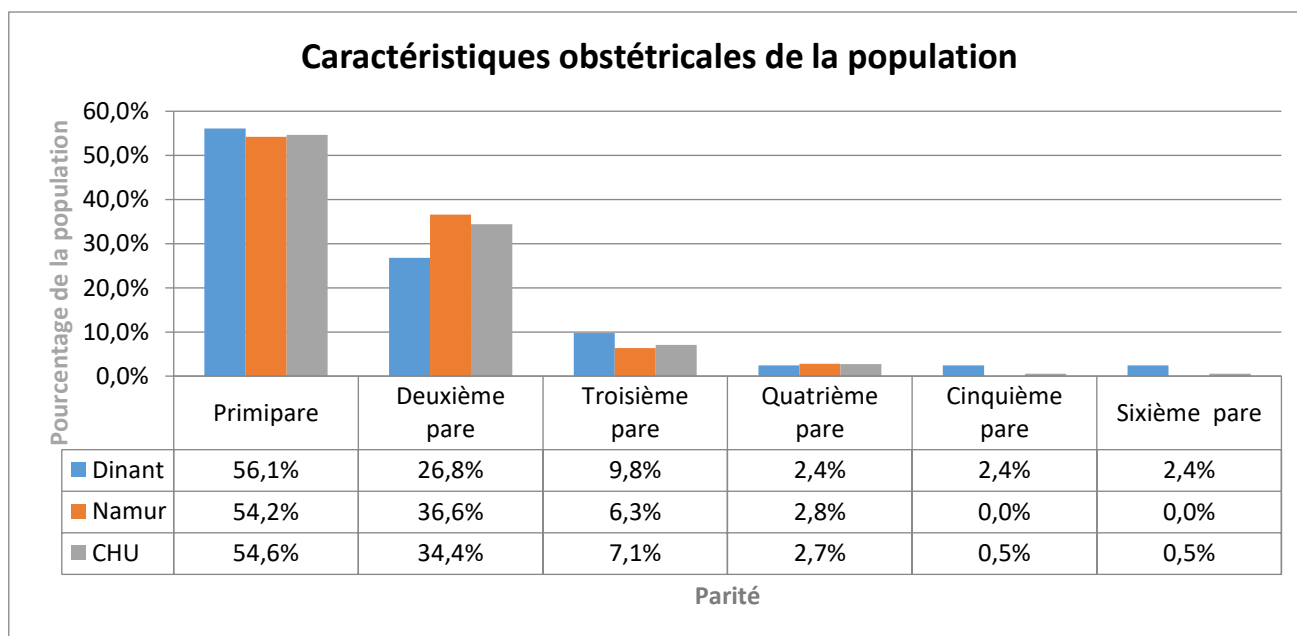


Figure 5 : Caractéristiques obstétricales de la population selon la parité

Pour la majorité des patientes interrogées, il s’agit d’un premier bébé, sites confondus. Notons que plus la parité augmente, plus le site de Dinant est représenté et ce exclusivement à partir du 5^{ième} bébé à venir.

J'ai voulu connaître l'historique des allaitements des patientes multipares pour se faire une idée du taux et de la durée de leurs allaitements précédents.

Tableau 2 : Nombre et durée des allaitements précédents des patientes multipares

N = 67	n	AM	durée	Médiane	AM	durée	Médiane
		exclusif (n)	min à max*	(P25-75)*	mixte (n)	min à max*	(P25-P75)*
1 ^{er} AM	52	37	1 à 88	18 (12-32,5)	15	3 à 64	12 (4-18)
2 ^{ième} AM	12	10	1 à 192	20 (9-48)	2	8 à 20	12 (7-17)
3 ^{ième} AM	3	3	12 à 52	32 (21-43)			

*durée exprimée en semaine(s)

La durée d'un premier AM exclusif se situe entre 1 et 88 semaines (22 mois) avec une médiane égale à 18 semaines (4,5 mois) versus 12 semaines (3 mois) pour un AM mixte.

La durée d'un deuxième AM exclusif se situe entre 1 à 192 semaines (48 mois) avec une médiane égale à 20 semaines (5 mois) versus 12 semaines (3 mois) pour un AM partiel.

La durée d'un troisième AM exclusif se situe entre 12 (3 mois) et 52 semaines (13 mois) avec une médiane égale à 32 semaines (8 mois).

Au plus les expériences d'allaitement s'accumulent, au plus la durée des AM mixtes est courte, voire inexistante à partir du 3^{ième} bébé.

L'analyse de la durée des allaitements précédents pour les multipares est peu significative au vu de la taille de l'échantillon et de la subjectivité de la question sur les expériences antérieures.

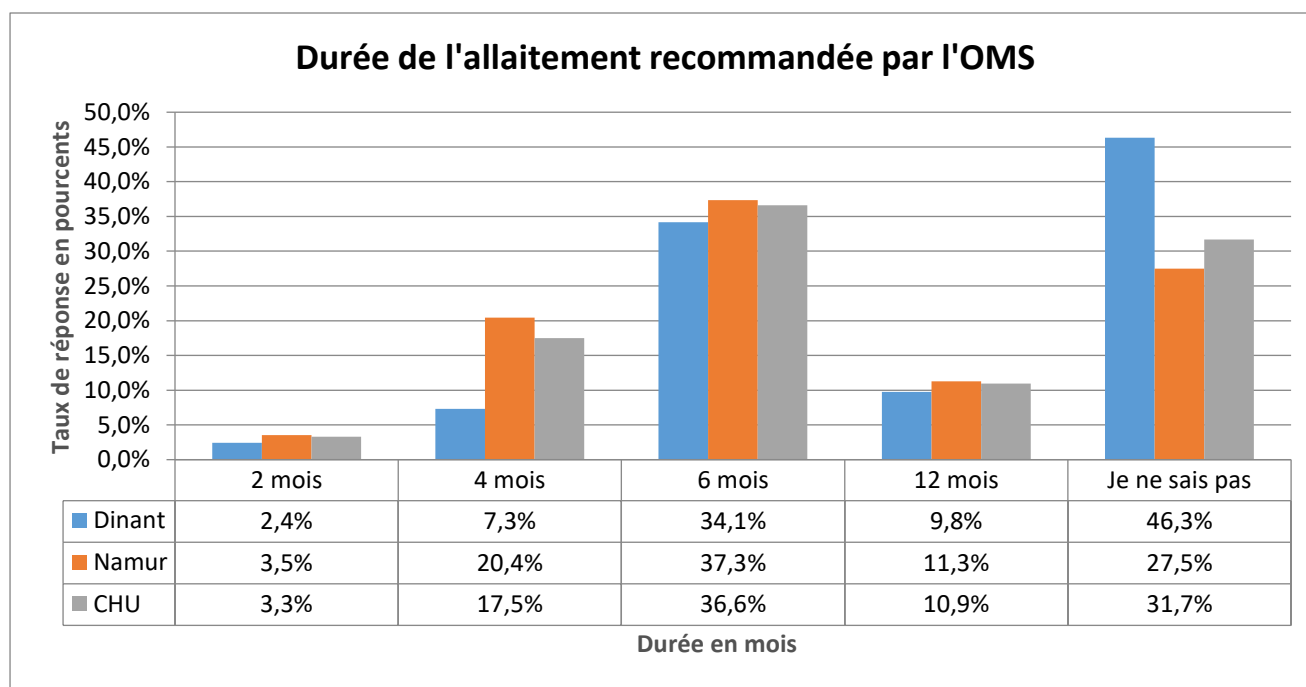


Figure 6 : Connaissance des patientes sur la durée de l'allaitement maternel recommandée

Le taux de bonne réponse est semblable tant à Dinant qu'à Namur (6 mois). Notons cependant une grande proportion de patientes ignorant la réponse à Dinant comparé à Namur.

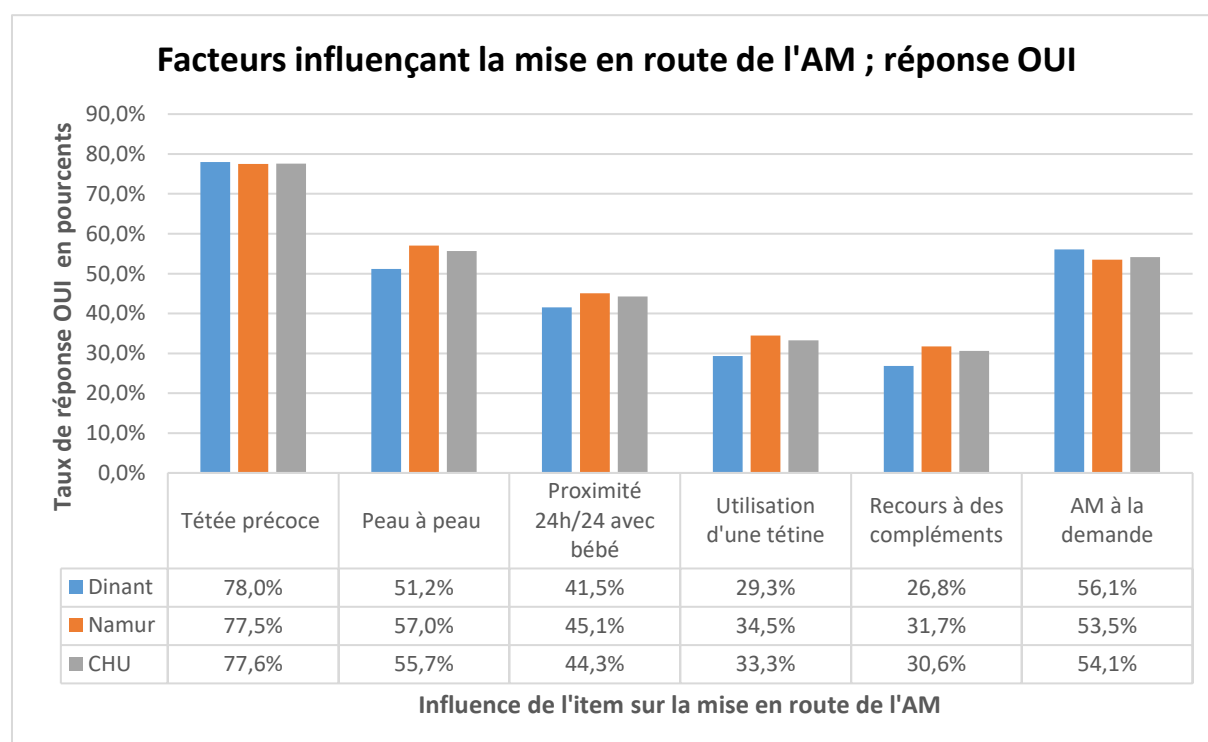


Figure 7 : Connaissance des femmes enceintes sur les facteurs influençant la mise en route de l'allaitement maternel. Figure reprenant la réponse OUI aux items proposés comme influençant la mise en route de l'AM.

De manière générale, on n'observe peu de discordance entre les sites. Les connaissances sont semblables quant aux éléments qui peuvent influencer la mise en route de l'AM.

On retiendra que la mise au sein précoce, le peau à peau et l'AM à la demande sont connus par au moins la moitié des patientes. Cependant, le fait d'être avec son bébé H24, d'utiliser une tétine ou encore d'avoir recours à des compléments de lait artificiel, sont des notions beaucoup moins connues des futures mamans, quant à la possibilité d'influencer négativement la mise en route de l'AM.

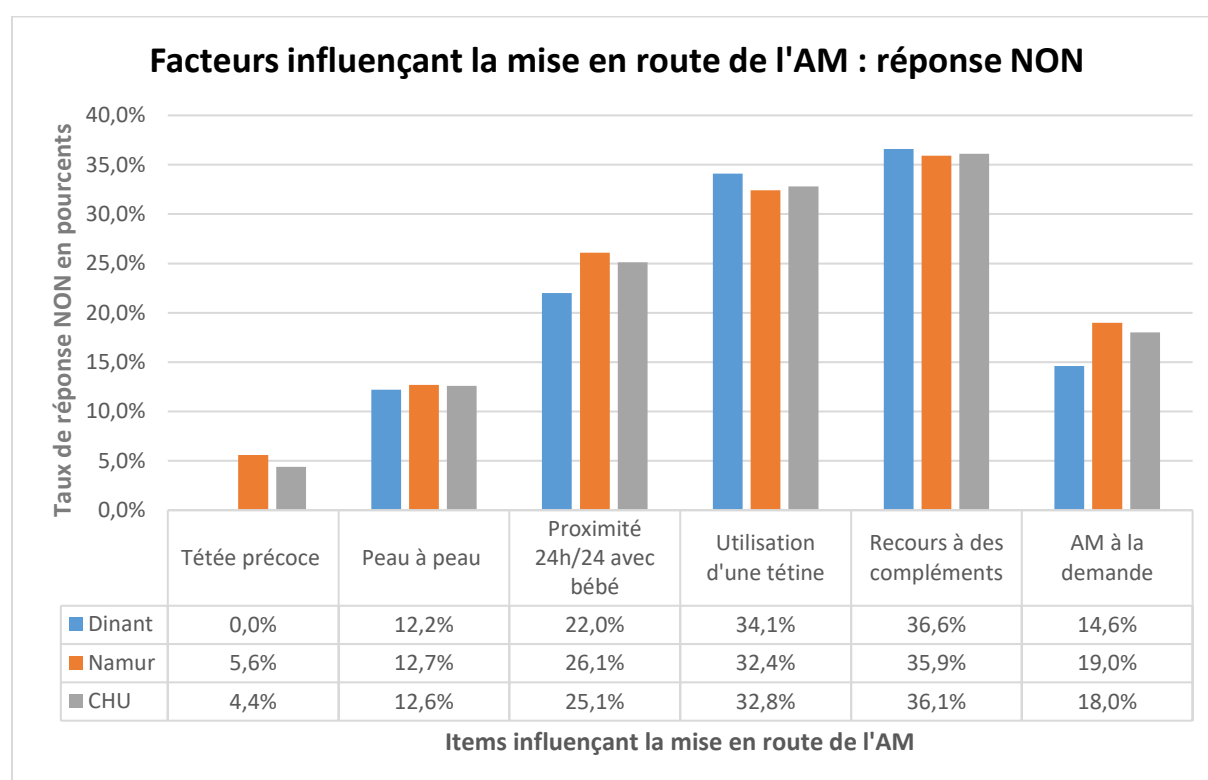


Figure 8 : Connaissance des femmes enceintes sur les facteurs influençant la mise en route de l'allaitement maternel. Figure reprenant la réponse NON aux items proposés comme influençant la mise en route de l'AM.

En lien avec la figure précédente, l'analyse est tout à fait en adéquation. Les items comme la proximité 24h sur 24 avec son bébé, l'utilisation d'une tétine et le recours à des compléments sont réellement des facteurs d'influence méconnus des (futures) mères. Aucun site ne se démarque.

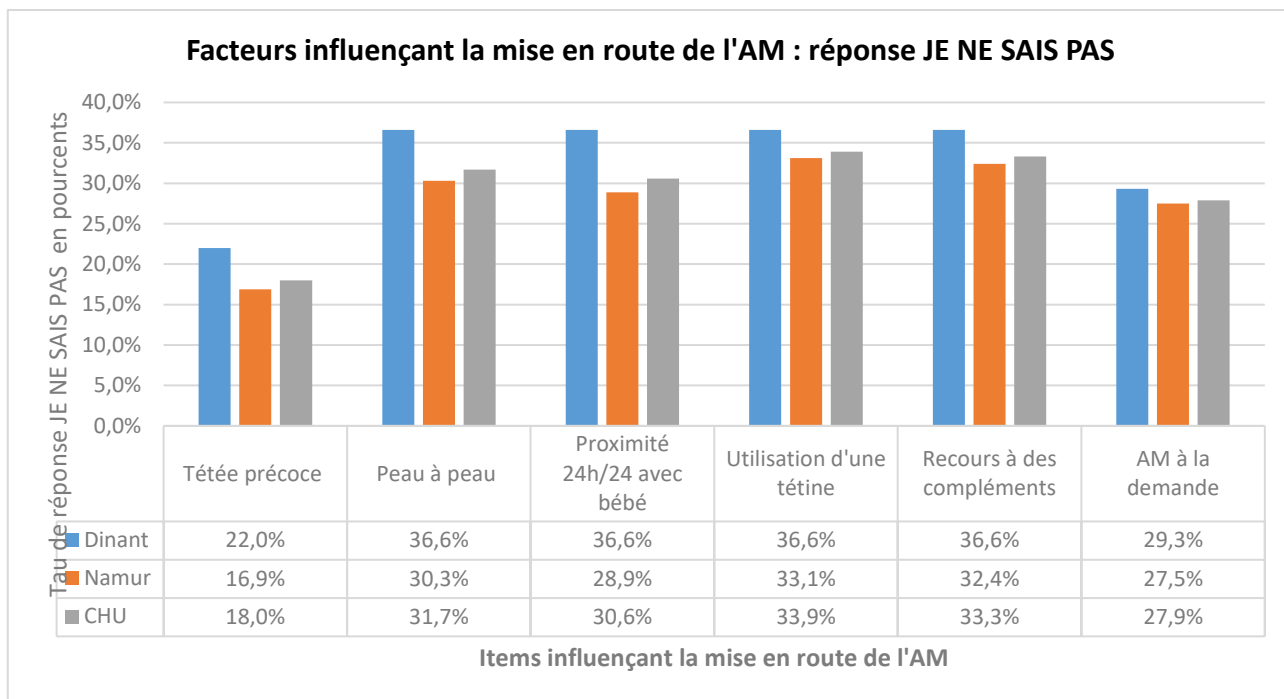


Figure 9 : Connaissance des femmes enceintes sur les facteurs influençant la mise en route de l'allaitement maternel. Figure reprenant la réponse JE NE SAIS PAS aux items proposés comme influençant la mise en route de l'AM.

En moyenne, 1 patiente sur 3 ne connaît pas les facteurs influençant la mise en route de l'AM. On peut observer, par rapport à la moyenne du CHU que le site de Dinant a un plus grand nombre de patientes ayant répondu je ne sais pas.

3 patientes ont identifié correctement tous les items à Dinant pour 13 à Namur.

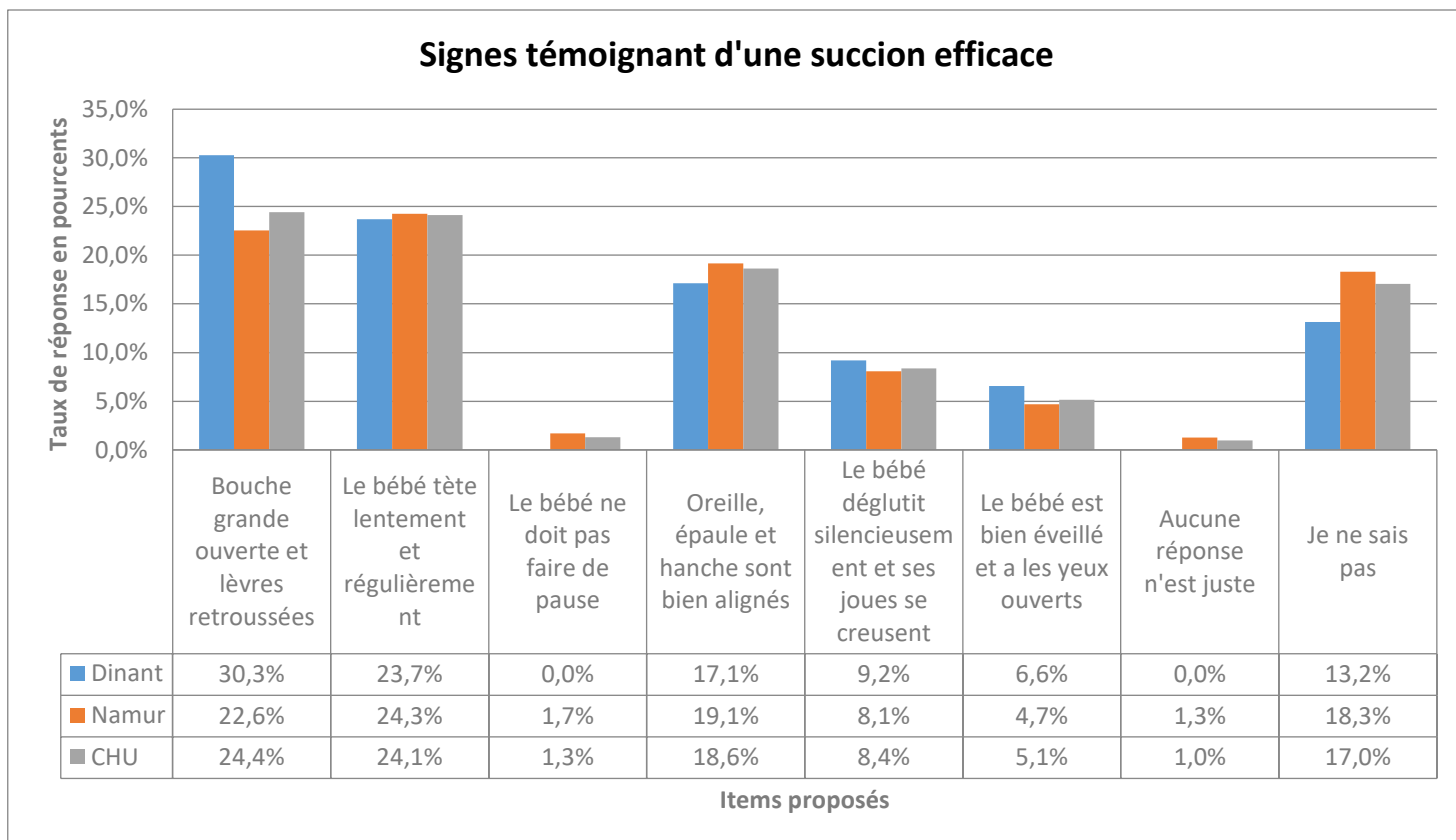


Figure 10 : Connaissance des femmes enceintes concernant les signes témoignant d'une succion efficace.

Les signes témoignant que la succion est efficace ont bien été identifiés : bouche grande ouverte et lèvres retroussées, succion lente et régulière et l'alignement oreille, épaule et hanche. Néanmoins, les taux de réponses sont bas avec en moyenne, 1 patiente sur 4 qui a connaissance de ces signes.

15 patientes ont répondu correctement dont 5 à Dinant et 10 à Namur.

Notons tout de même que 53 des futures mamans n'ont pas su répondre à la question. 10 à Dinant pour 43 à Namur

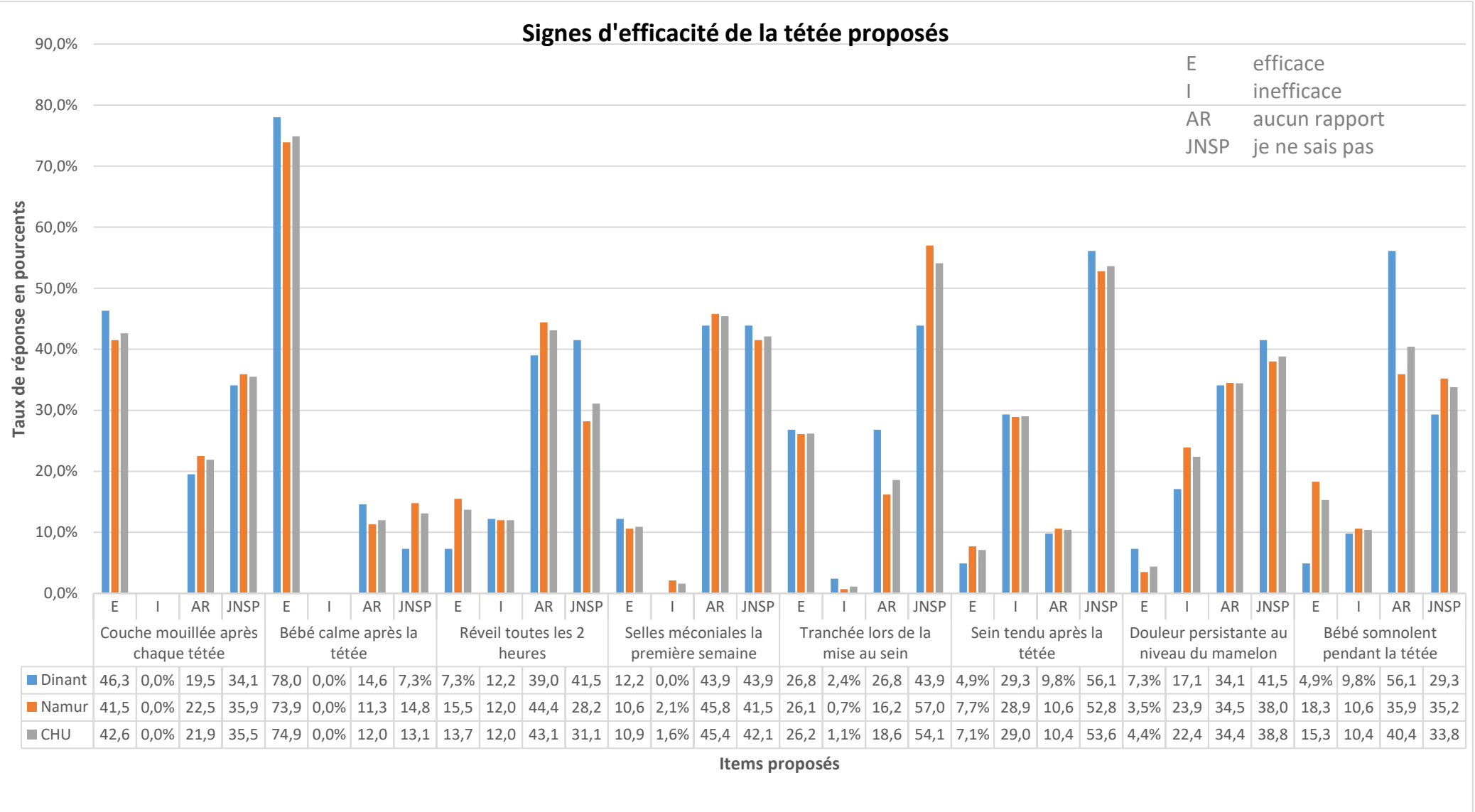


Figure 11 : Connaissance des femmes enceintes à propos des signes d'efficacité de la tétée

Un des premiers signes sur lequel la maman peut se fier pour juger de l'efficacité des mises au sein est d'évaluer si les couches sont presque à chaque fois mouillées après la tétée. Presque la moitié des patientes interrogées en ont connaissance, sites confondus. Notons tout de même qu'1 patiente sur 5 affirme que le fait d'avoir la couche mouillée après la tétée n'a aucun rapport avec l'efficacité des tétées. Plus ou moins 1 patiente sur 3 n'a pas su répondre.

Le fait que le bébé soit calme après la tétée est un item témoignant de l'efficacité de la tétée. Ce dernier est très bien connu par la majorité des futures mères.

Un bébé qui se réveille toutes les 2h n'a aucun rapport avec l'efficacité de la tétée. 43,1% des patientes le savent. Cependant, on observe une plus grande proportion de futures mamans à Dinant qui n'ont pas su répondre en comparaison avec Namur.

L'évolution de la couleur des selles du bébé la première semaine témoigne de la bonne efficacité des tétées. Elles passeront du noir (méconiales) au vert puis au jaune la première semaine de vie du bébé. Des selles méconiales la première semaine témoignent donc de l'inefficacité des tétées. 45,4% des patientes pensent que cela n'a aucun rapport et 42,1% n'en savent rien. Il n'existe pas de différence entre les sites.

Lorsque les tétées sont efficaces, les mamans ressentent des contractions assez importantes les 24-48h premières heures lors des mises au sein. 1 patiente sur 4 le sait. Néanmoins, 1 patiente sur 2 ne le sait pas avec une grande proportion à Namur.

Après la mise au sein, le sein auquel le bébé a bu doit obligatoirement être assoupli et non tendu. Si le sein reste tendu, la tétée est alors inefficace. 29% des patientes interrogées le savent. Toutefois, la moitié des patientes n'ont pas su répondre à la question.

Le fait d'avoir mal au niveau du mamelon pendant toute la durée de la tétée est dans la plupart des cas lié à une mauvaise position qui peut entraîner l'inefficacité de la tétée. 1 patiente sur 5 le sait avec une plus grande proportion à Namur. 34,4% des femmes interrogées pensent que cela n'a aucun rapport et 38,8% n'ont pas su répondre.

Un bébé somnolent ne témoigne en rien de l'efficacité ou non de la tétée. Cela n'a aucun rapport. 40,4% des patientes l'ont bien identifié. Notons que Dinant se démarque par rapport à Namur pour cet item.

Aucune patiente n'a réalisé de sans faute pour cette question.

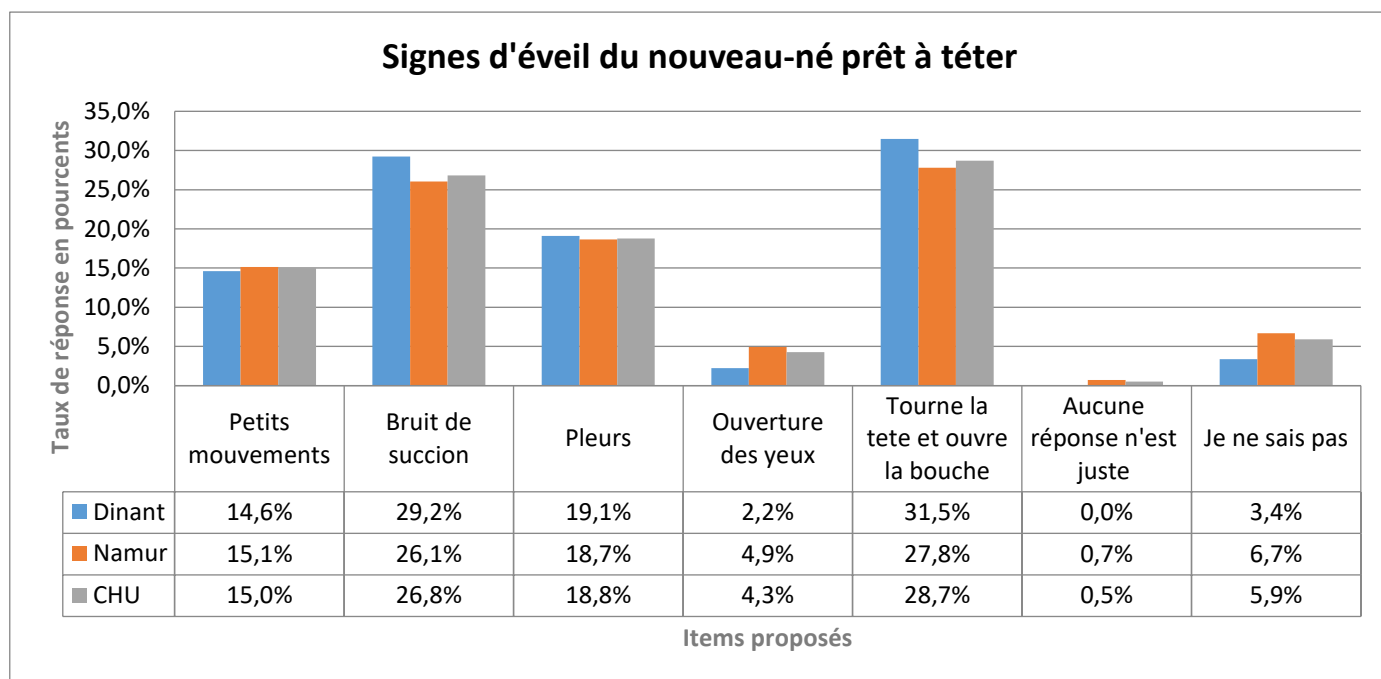


Figure 12 : Connaissance des femmes enceintes à propos des signes d'éveil montrant que le nouveau-né est prêt à téter

Le moment idéal pour proposer le sein est l'éveil calme. Il se définit par les items proposés ci-dessus excepté les pleurs alors qu'1 maman sur 5 pensent que les pleurs est le moment idéal pour proposer le sein.

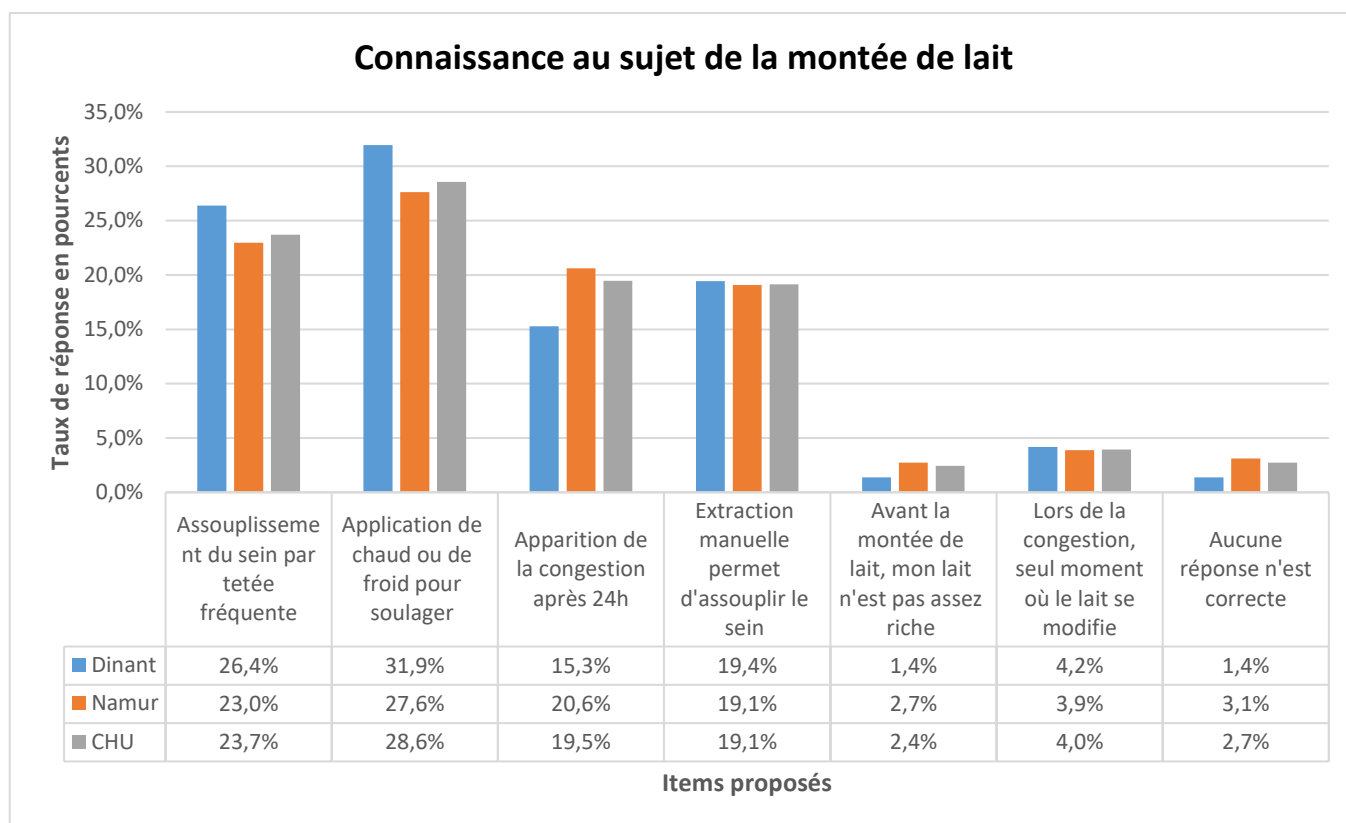


Figure 13 : Connaissance des femmes enceintes à propos de la montée de lait

La congestion mammaire se gère bien par des mises au sein fréquente. 23,7% des patientes le savent. Appliquer du chaud ou du froid permet de soulager des seins tendus. 28,6% l'ont identifié. La montée de lait arrive environ 48 à 72h après l'accouchement et non après 24h comme 19,5% ont répondu. L'extraction manuelle du lait est une très bonne technique pour assouplir les seins. Seulement 19,1% des patientes en ont connaissance.

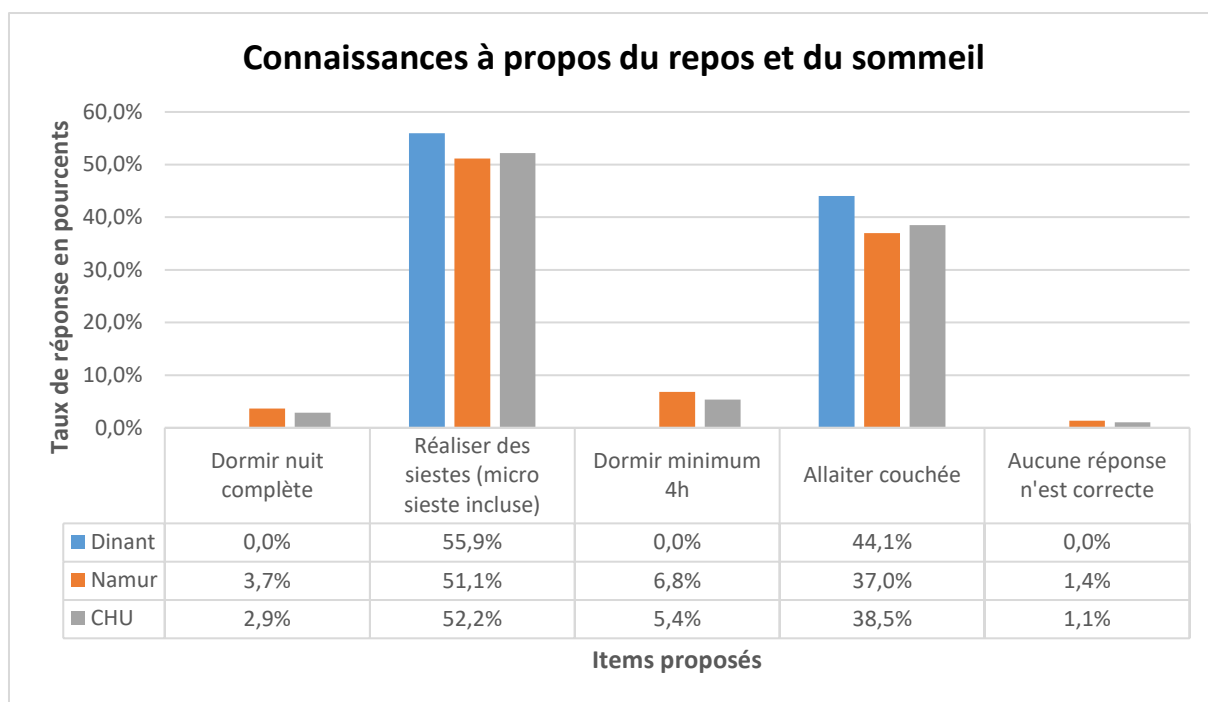


Figure 14 : Connaissance des femmes enceintes à propos du repos et du sommeil pendant l’allaitement maternel

Globalement, les femmes enceintes maîtrisent bien la thématique au sujet de l’allaitement et du repos. Plus de la moitié sait qu’il est important de réaliser de siestes. 38,5% des femmes savent qu’il est également possible d’allaiter couchée afin de faciliter son repos.

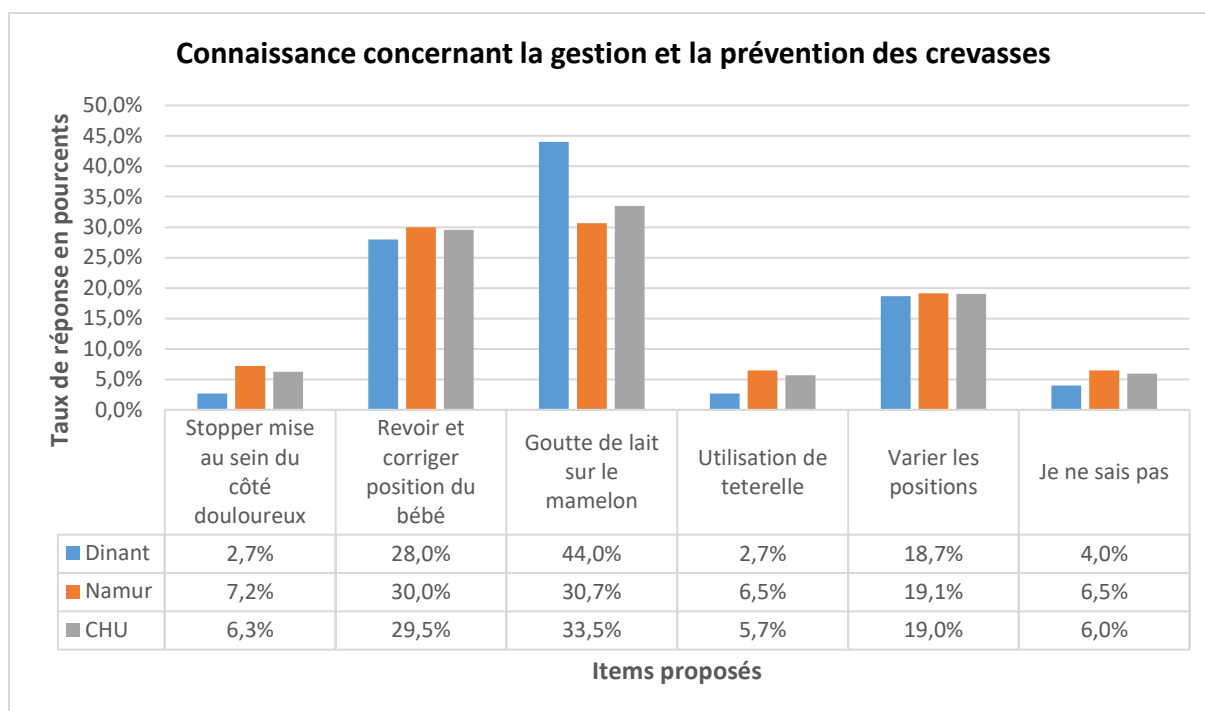


Figure 15 : Connaissances des femmes enceintes concernant la gestion et la prévention des crevasses

La grande majorité des futures mamans sait qu'il est préférable de ne pas stopper la mise au sein du côté douloureux puisque seulement 6,3% d'entre elles ont voté en faveur de cet item. Tout comme l'utilisation d'une tétérèlle pour 5,7% des répondantes. On observe une plus grande proportion de mauvaises réponses à Namur qu'à Dinant.

29,5% des femmes savent qu'il est important de revoir et corriger la position du bébé pour prévenir l'apparition des crevasses.

Etaler une goutte de lait sur le mamelon après chaque tétée est aussi un geste important pour prévenir l'apparition des crevasses. 33,5% des femmes enceintes en ont connaissance avec une plus grande proportion à Dinant.

Seulement 19% des femmes savent qu'il est important de varier les positions au cours de la journée afin d'éviter de fragiliser la peau du mamelon toujours au même endroit.

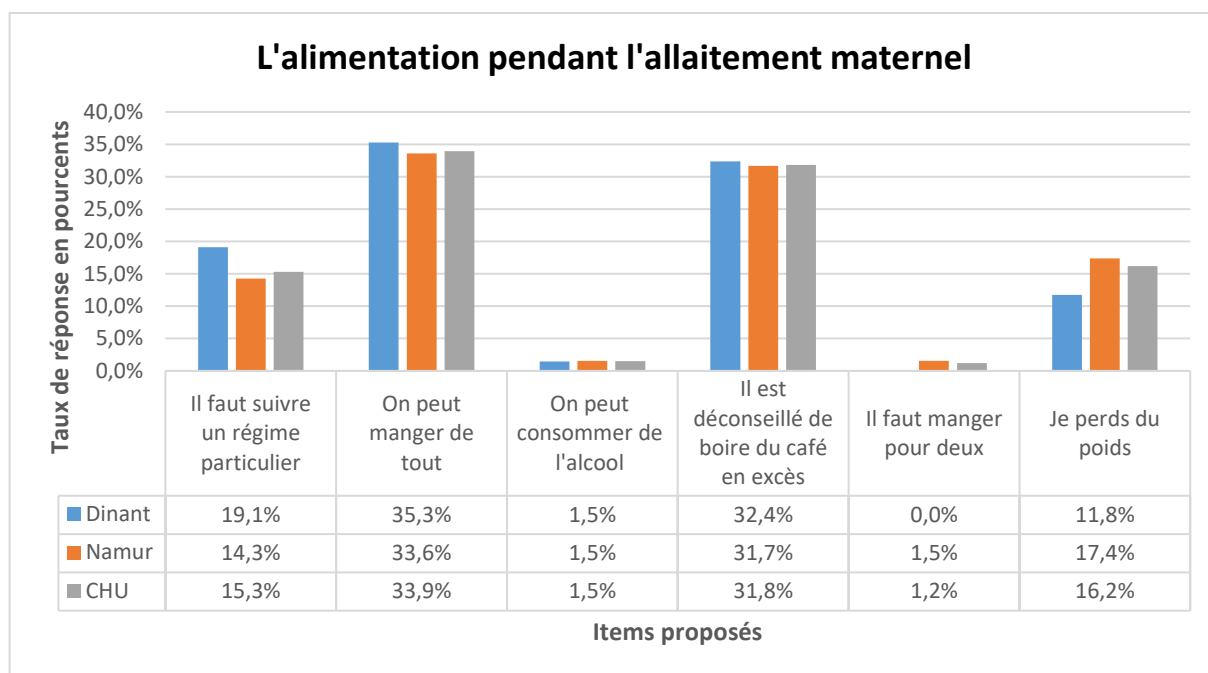


Figure 16 : Connaissance des femmes enceintes concernant l'alimentation pendant l'allaitement maternel

Globalement, les femmes enceintes connaissent les conseils en termes d'alimentation lors de l'allaitement maternel sans réelle différence entre les sites.

Bienfaits de l'AM pour l'enfant

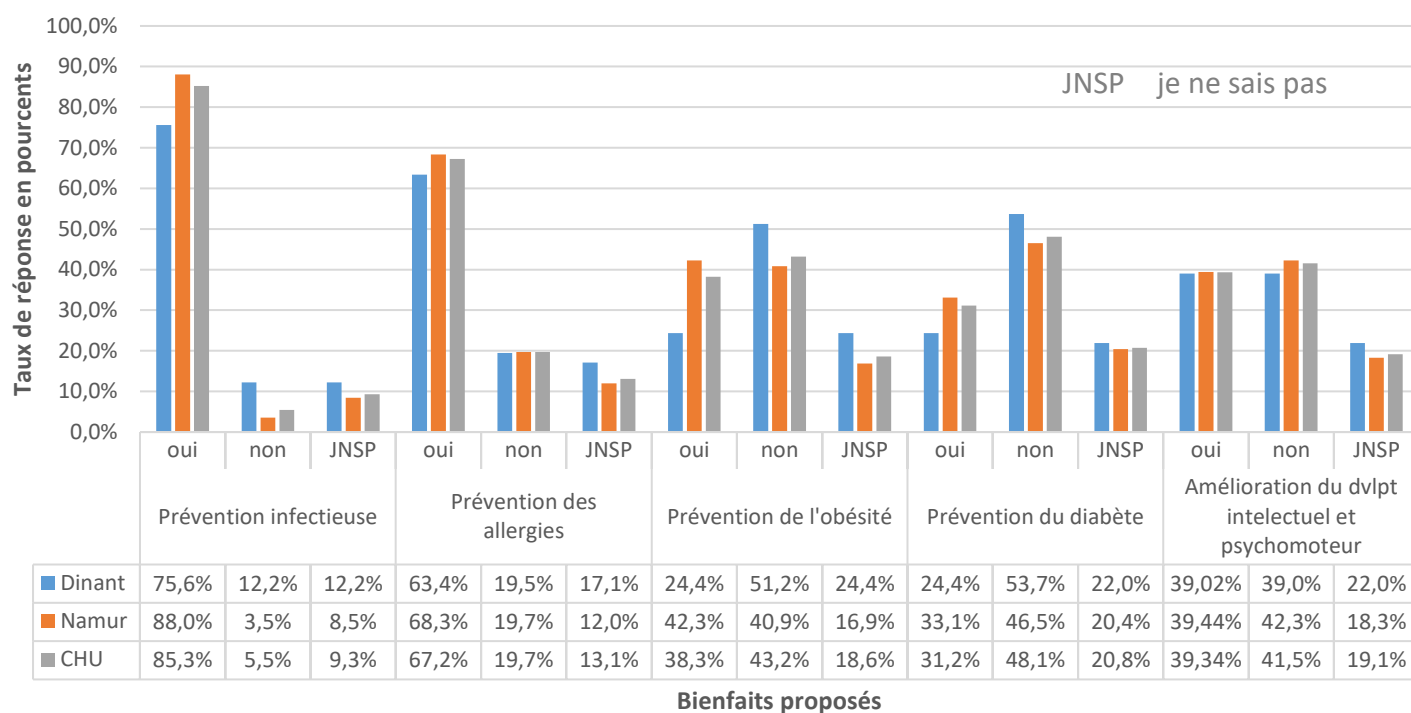


Figure 17 : Connaissance de femmes enceintes sur les bienfaits de l'allaitement maternel pour l'enfant

Allaiter son bébé le protège contre les infections. C'est le bienfait le plus connu parmi tous les autres avec une plus grande proportion à Namur comparé à Dinant. 85,3% des patientes interrogées le savent.

La prévention des allergies est aussi un avantage assez bien connu des femmes enceintes pour 67,2% d'entre elles.

Pour ce qui concerne la prévention de l'obésité, du diabète ou de l'amélioration du développement intellectuel et psychomoteur, la tendance pour le CHU est portée vers le fait que l'AM n'a pas de bienfait sur ces items.

Notons que pour la prévention de l'obésité, Namur se démarque assez. En effet, 42,3% des patientes le savent contre 24,4% à Dinant. Je ne suis pas étonnée de lire les résultats au sujet de la prévention du diabète, tant la littérature est aussi controversée. En ce qui concerne l'amélioration du développement intellectuel et psychomoteur, il y a autant de femmes qui savent que de patientes qui ne savent pas.

De manière globale, seule la prévention des infections et des allergies sont les bienfaits les plus connus.

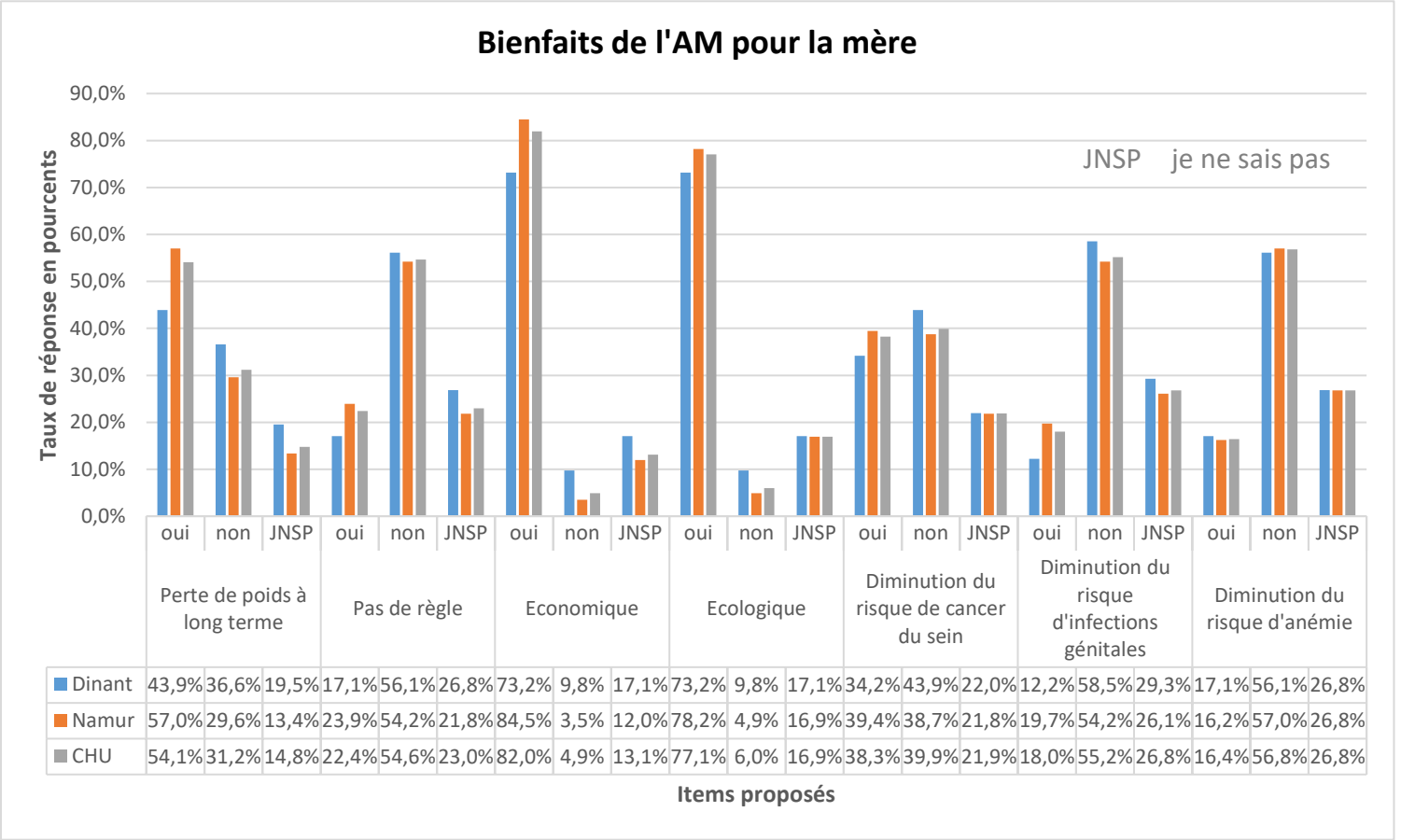


Figure 18 : Connaissance des femmes enceintes sur les avantages de l’allaitement maternel pour elles-mêmes

Les concepts d’économie et d’écologie en termes d’avantages semblent les plus connus des femmes enceintes. Notons qu’une plus grande proportion de patientes à Namur trouve que l’AM est économique comparé à Dinant.

Un peu plus de la moitié des patientes sait qu’à long terme, allaiter permet de perdre du poids. Namur se démarque à nouveau sur cet item.

L’absence de règles lors d’un allaitement exclusif est très peu connu par les femmes interrogées. Seulement 1 patiente sur 5 le sait.

La diminution du risque de cancer du sein, d'infections génitales et d'anémie sont des concepts très mal connus des patientes.

Globalement, les femmes enceintes semblent mieux connaître les bénéfices de l'allaitement pour leur bébé que pour elles-mêmes.

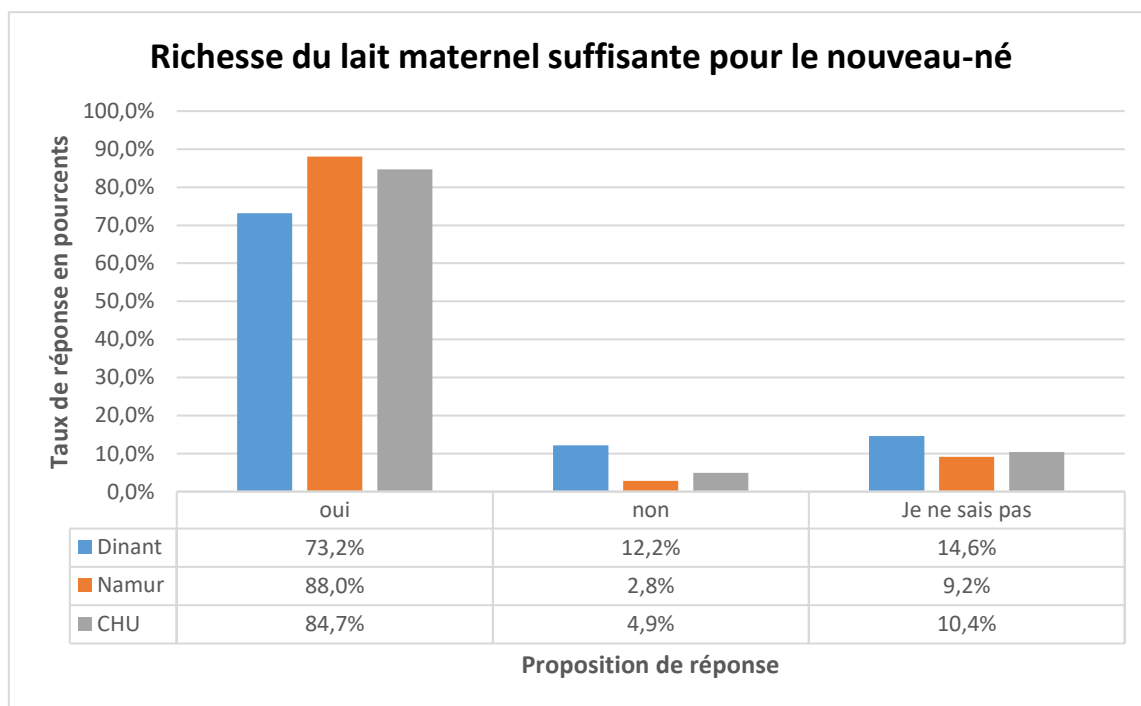


Figure 19 : Connaissance des femmes enceintes concernant la suffisance du lait maternel pour leur bébé en termes de richesse

La majorité pense que leur lait est suffisamment riche pour nourrir leur bébé. Cela fait le lien avec le 5^{ième} item de la figure 13 (avant la montée de lait, mon lait n'est pas assez riche).

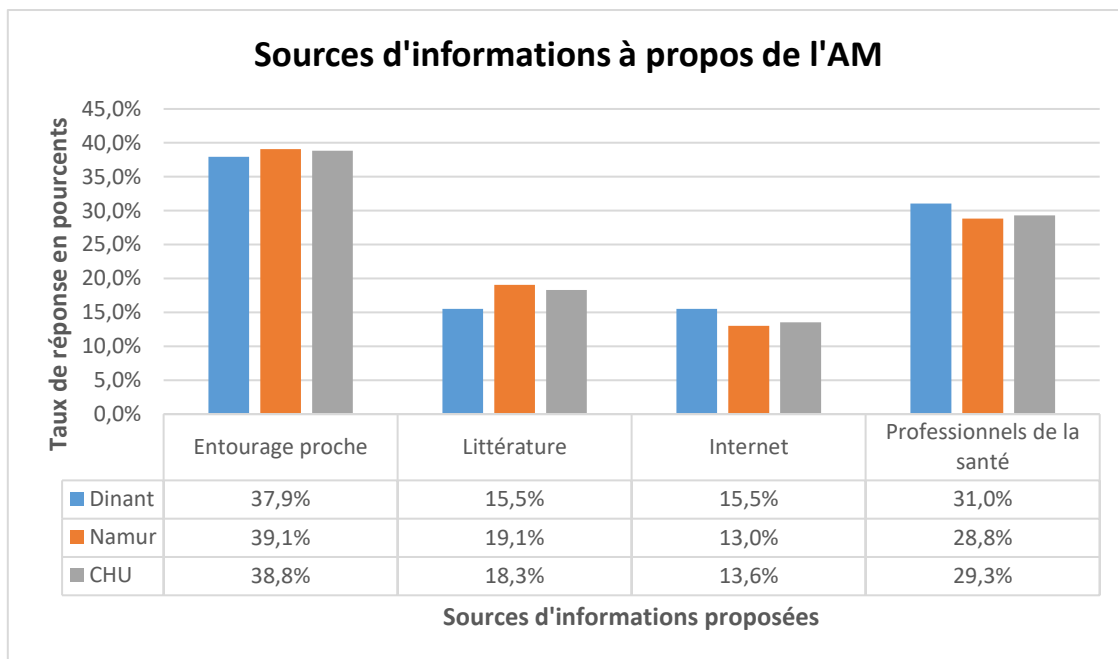


Figure 20 : Sources d'informations utilisées par les femmes enceintes concernant l'allaitement maternel

Les femmes interrogées ont principalement recours à leur entourage et aux professionnels de la santé pour s'informer au sujet de l'allaitement maternel. Contre toute attente, Internet ne fait pas partie du number one comme sources d'informations.

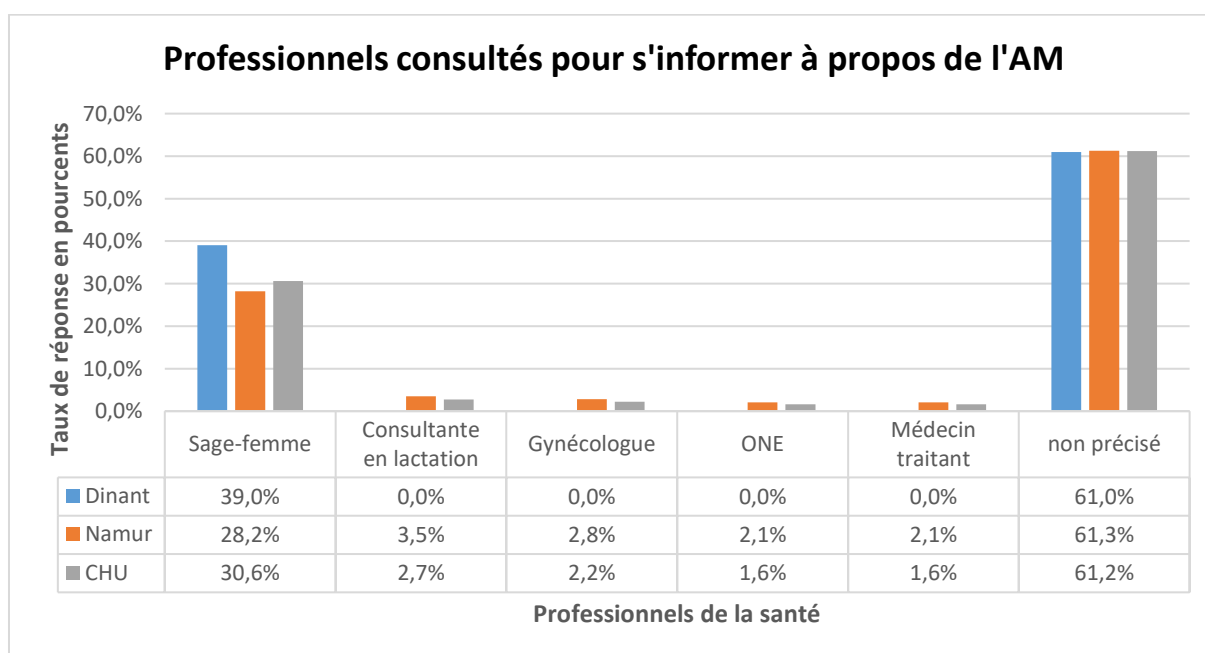


Figure 21 : Professionnels de la santé consultés par les femmes enceintes pour s'informer à propos de l'allaitement maternel.

Les sages-femmes sont majoritairement les plus consultées pour obtenir des informations sur la thématique de l'AM. Les patientes de Dinant consultent d'avantage et exclusivement les sages-femmes qu'à Namur.

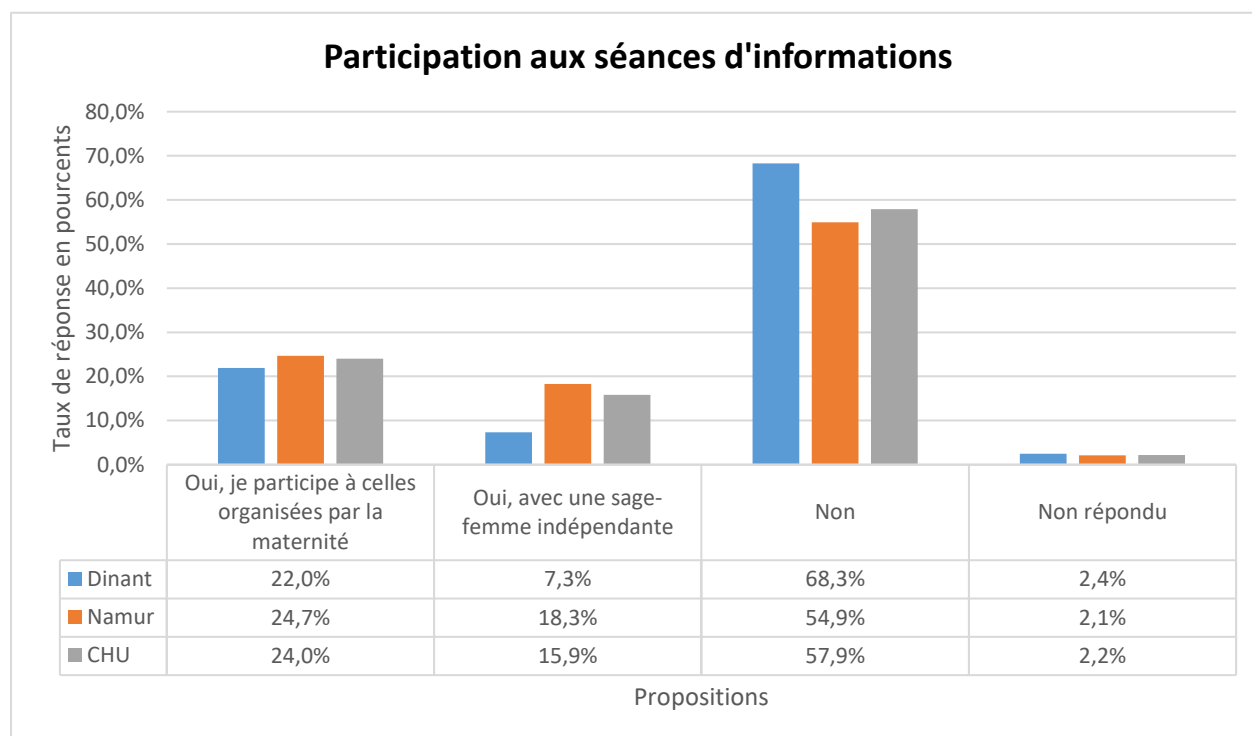


Figure 22 : Taux de participation des femmes enceintes aux séances d'informations prénatales

Plus de la moitié des femmes enceintes ne participent pas aux séances d'informations collectives qu'elles soient organisées par l'hôpital ou par des professionnels de la santé extérieurs. Avec une plus grande proportion à Dinant. On remarque aussi que Namur a beaucoup plus recours aux sages-femmes indépendantes.

Parmi les 44 patientes qui assistent aux séances d'informations à l'hôpital,

22 n'y ont pas encore participé mais sont déjà inscrites

15 ont reçu de l'information sur l'AM

4 n'ont pas reçu d'informations sur l'AM

Parmi les 15 femmes qui ont reçu de l'information sur l'AM,

9 jugent être suffisamment bien préparées à l'AM

5 disent ne pas l'être assez

Parmi les 5 patientes disant ne pas être assez préparées, 3 se justifient :

- 1- séances non spécifiques à l'AM,
- 2- nous ne sommes pas assez conscientisées des difficultés que peut représenter l'AM,
- 3- nous ne recevons pas assez d'explications.

Parmi les 29 patientes qui assistent aux séances d'informations à l'extérieur,

7 n'y ont pas encore participé mais sont déjà inscrites

18 ont reçu de l'information sur l'AM

8 n'ont pas reçu d'informations sur l'AM

Parmi les 14 femmes qui ont reçu de l'information sur l'AM,

9 jugent être suffisamment bien préparées à l'AM

4 disent ne pas l'être assez

Parmi les 4 patientes disant ne pas être assez préparées, 2 se justifient :

- 1- les informations théoriques ne permettent pas d'être réellement préparées, il faut de la pratique,
 - 2- pas assez d'explications pour se sentir prête.
-

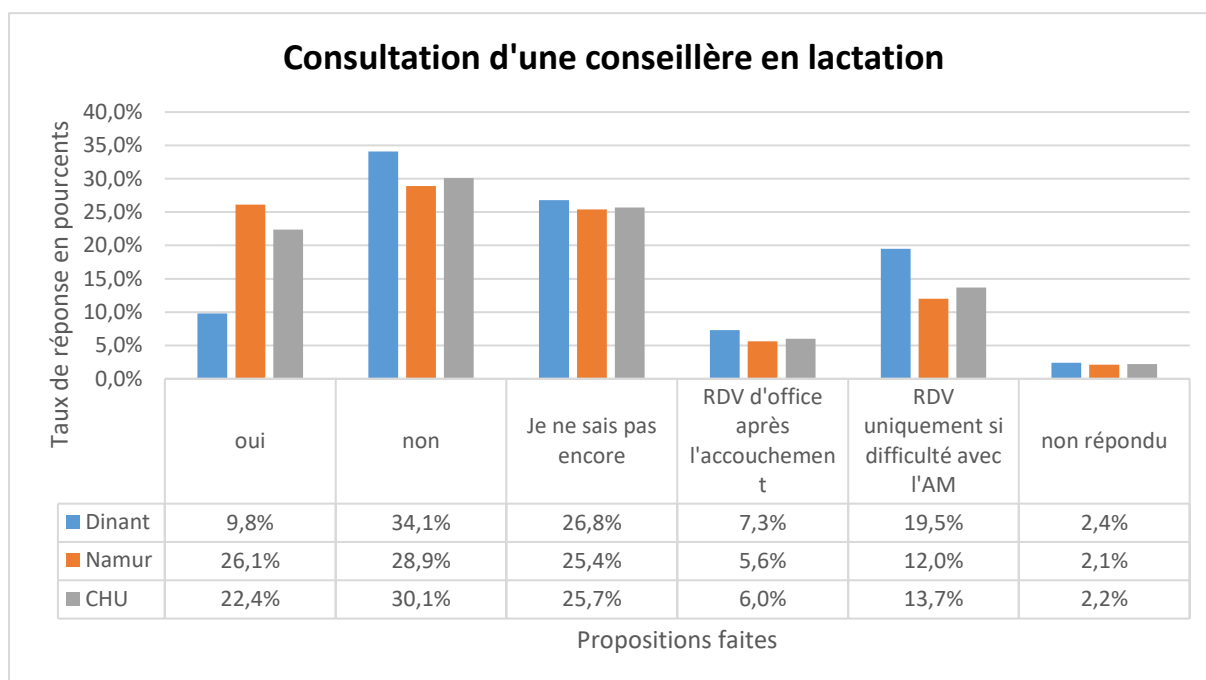


Figure 23 : Taux de participation des (futures) mères à la consultation individuelle d'allaitement en pré ou post-natale

On observe une nette discordance entre Dinant et Namur au niveau de la fréquentation de la consultation en allaitement. En effet, 26,1% des patientes à Namur disent consulter une conseillère en lactation contre 9,8% à Dinant.

30,1% des femmes interrogées ont répondu d'emblée qu'elles ne consulteront pas de conseillère en lactation et 25,7% ne savent pas encore ce qu'elles feront.

La dernière question, numéro 38, est une question ouverte. Elle a permis aux répondantes de s'exprimer par rapport à ce que la maternité pourrait mettre en place ou améliorer pour que l'information donnée au sujet de l'AM en prénatal soit optimale.

51 patientes ont souhaité s'exprimer. J'ai classé leurs remarques et suggestions en fonctions de différentes catégories.

En termes de services de soins proposés :

- informer davantage sur les difficultés de l'AM (n=10),
- organiser des demi-journées de cours à la fois théoriques et pratiques (n=4),
- être informée plus tôt pendant la grossesse (n=3),
- après l'accouchement, faire passer d'emblée une consultante en lactation pendant le séjour à la maternité (n=3),
- organiser des séances de partage d'expériences (n=1),
- pouvoir disposer d'une application smartphone et de capsules vidéo (n=2),
- rendre obligatoire la consultation individuelle avec la sage-femme (n=10),
- éviter le retour à domicile si la montée de lait n'a pas encore eu lieu ou si l'AM est compliqué (n=3).

En termes d'infrastructures :

- chambre individuelle pour toutes les mamans (n=1).

En termes de communication et/ou concernant les professionnels de la santé :

- augmenter le nombre de consultantes en lactation et leur disponibilité (n=1),
- encourager les gynécologues à avoir une attitude plus positive envers l'AM (n=2),
- beaucoup trop de discours contradictoires entre les sages-femmes et les médecins (n=4),
- flyers, brochures, affiches dans toutes les salles d'attente, les cabinets, les couloirs, les chambres (n=7).

14. Discussion générale

Pour rappel, l'objectif principal de cette recherche est d'évaluer les connaissances des femmes enceintes suivies au CHU UCL NAMUR, maternités de Dinant et Namur, à propos de l'allaitement maternel. L'OMS recommande d'allaiter exclusivement son bébé jusqu'à ses 6 mois, et partiellement jusqu'à ses 2 ans. Nous avons vu que la prévalence de l'AM en Belgique à 6 mois de vie du bébé est bien éloignée des taux universels prescrits. En effet, je suis convaincue que pour initier un AM, le meilleur qu'il soit, les patientes doivent être préparées et avoir les connaissances de base à propos de l'AM et ce, avant même d'accoucher. Informer au mieux les futures mères et leur entourage sur les enjeux que l'allaitement maternel peut représenter pour leur santé et celle de leur bébé est un véritable défi de santé publique. J'ai alors décrit les connaissances des femmes enceintes. Parallèlement, ce mémoire me permettra de proposer des pistes de solutions, d'améliorations, de réflexions pour augmenter la pérennité des allaitements maternels à notre niveau, en tant qu'institution de soins et notre devoir d'information et d'éducation. Dans cette discussion, Je vais donc nuancer les résultats et les comparer à ceux des articles scientifiques. Néanmoins, il est important de préciser que la majorité des études faites à ce sujet, concernent des patientes qui ont déjà accouché. C'est un biais que je développerai dans le chapitre correspondant aux limites de mon mémoire.

La moyenne d'âge de mon échantillon est de 30 ans (DS), presque la totalité est en couple (94,5%) et une majorité a fait au minimum un baccalauréat (62,3%). Plus de la moitié sont des primipares (54,6%). La plupart des études montre que l'allaitement maternel est lié aux caractéristiques socioéconomiques des mères [25]. L'ANNEXE 10 présente un tableau résumé de toutes ces caractéristiques pouvant influencer positivement ou non l'allaitement maternel. Mon échantillon répond en majorité, pour chaque caractéristique étudiée, à une attitude positive envers l'allaitement maternel et donc avec un niveau de connaissance qui doit être globalement bon. Une étude menée en 2009 lors d'une enquête de couverture vaccinale en Wallonie [30] met en évidence que les mères les plus jeunes, qui n'ont pas de diplôme de l'enseignement supérieur et qui ont un temps de travail moindre sont les plus à risque de se détourner facilement de l'AM.

L'article de Guigui G. [31] appuie également les facteurs socioéconomiques comme influence de la prévalence des allaitements maternels. Dans son étude, les mères allaitantes sont plus âgées que les mères qui donnent le biberon. Les mères qui donnent le sein sont beaucoup plus

souvent mariées (67,0% de son échantillon) et le niveau d'étude des mères qui ont choisi d'allaiter est supérieur à celles qui ont opté pour l'allaitement artificiel.

Il est donc important que les professionnels de la santé puissent repérer cette population de femmes à risque qui ont des connaissances réduites en la matière ou qui souffrent peut-être de peu d'estime d'elles-mêmes pour mener à bien un allaitement maternel pouvant se pérenniser.

Cependant, il faut garder à l'esprit que jusqu'à présent, les enquêtes de population sont la seule façon de connaître les prévalences de durée et les facteurs associés à l'AM en Wallonie. En effet, les sources des données statistiques sur l'allaitement en Belgique francophone sont peu nombreuses. Les maternités labélisées IHAB sont au nombre de 27 (6 à Bruxelles, 8 en Wallonie, 13 en Fandre), soit 24% des maternités belges. Ce sont les seules à devoir délivrer des statistiques annuelles au SPF Santé publique. Mais ces données ne concernent que la prévalence des AM à la sortie de la maternité. En 2015, les maternités ont la possibilité d'émettre l'avis de naissance par Internet. Cette plateforme s'appelle e-Birth. Un item concernant l'intention d'allaiter est inclus et permet ainsi au Cepip de réaliser des statistiques à ce propos, qui peuvent cependant être totalement biaisées puisque cet avis est complété juste après la naissance de l'enfant. À ce jour, l'ONE est donc le seul organisme à récolter les données d'allaitement en routine en Belgique francophone [30].

L'OMS recommande un AM exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois pour une croissance, une santé et un développement optimaux des enfants [1,3]. Toutefois, seulement 36,6% des femmes interrogées le savaient. A côté de ce constat, 31,7% des femmes enceintes ont répondu par « je ne sais pas ». On observe une plus grande proportion de cette réponse à Dinant. (46,3% contre 27,5% à Namur). Et pourtant, un manque d'informations sur la durée optimale de l'allaitement au sein représente un facteur d'influence négative sur la durée factuelle de l'AM des mères [25]. En 2016, une étude [32] menée dans des pays à hauts revenus, affirme qu'il n'existe pas suffisamment de preuves issues d'essais contrôlés randomisés permettant de suggérer que l'éducation prénatale à l'allaitement se traduit par un AM plus long et plus fréquent à 3 mois de vie du bébé. On peut donc soulever des éléments contradictoires en fonction des différentes études recensées à propos de l'éducation prénatale.

Les facteurs qui peuvent influencer la mise en route de l'allaitement maternel sont basés sur les 10 étapes pour la réussite d'un AM décrit par l'OMS et l'IHAB [5]. Ce sont les concepts clés qu'il est important que les femmes enceintes maîtrisent avant d'accoucher. Les maternités labélisées IHAB doivent afficher ces recommandations partout (dans les salles d'attente, les

chambres, les couloirs, ...) et en faire la promotion. Les maternités du CHU ne sont pas labélisées IHAB mais sont candidates pour l'obtenir fin 2020. Tout item confondu, 49,3% des patientes connaissent les grands principes de base. Analysés séparément, l'utilisation d'une tétine et le recours à des compléments comme étant des facteurs d'influence négative, sont méconnus par approximativement 70% des patientes interrogées. Pourtant, donner un complément de lait artificiel à un bébé allaité altère les bénéfices de l'AM exclusif pour l'enfant et donne lieu à une moins bonne stimulation de la lactation pour la mère. Donner une tétine aux nouveau-nés serait à l'origine de tétées plus courtes et moins fréquentes, entraînant des difficultés d'allaitement dont notamment la confusion sein/tétine. La grande majorité des femmes enceintes interrogées ne savent pas que le mécanisme de succion au sein ou à la tétine est différent alors que pour le nouveau-né, c'est un apprentissage également de pouvoir téter correctement au sein. Il est donc primordial qu'il s'adapte à un seul et unique mécanisme de succion les premières semaines de vie. L'attitude et les discours des professionnels de la santé sont tous autant contradictoires que différents par rapport aux recommandations IHAB et davantage au niveau médical.

Pouvoir identifier si la succion du bébé au sein est correcte ou reconnaître les signes révélateurs que les tétées sont efficaces, sont des notions globalement méconnues des patientes enceintes interrogées. En effet, 8,2% des femmes connaissent les signes d'une succion efficace, à savoir la bouche grande ouverte et les lèvres retroussées, l'alignement tête, épaule et hanche ainsi qu'une succion ample et régulière. En effet, ce sont les premiers repères que l'on donne aux mamans lors de la première mise en sein. Et aucune des patientes n'a pu identifier correctement tous les signes d'efficacité de la tétée. Un des premiers signes visibles pour évaluer l'efficacité des tétées réside dans la surveillance de la miction du nouveau-né. Tant au niveau de la fréquence des urines que la couleur des selles. 21,9% des patientes pensent que le fait d'avoir une couche mouillée après presque chaque tétée n'a aucun rapport avec l'efficacité des tétées ou 35,5% ne le savent pas. Tout comme 42,1% des futures mamans ne connaissent pas le rapport existant entre la couleur des selles et l'efficacité ou non des tétées.

Le fait que le bébé soit calme, repu, après la tétée est globalement bien connu de mon échantillon (74,9%). C'est le signe le mieux connu parmi tous les autres.

43,1% des patientes ont également bien identifié que le fait qu'un bébé qui se réveille toutes les heures n'a aucun rapport avec l'efficacité des tétées.

Des signes physiques présents chez la maman peuvent aussi l'alerter sur l'efficacité ou non de la tétée. En effet, les premiers jours, la maman peut ressentir des petites contractions, qu'on

appelle tranchées lorsque son bébé tire bien au sein. De plus, après une tétée efficace, le sein auquel le bébé a bu doit être assoupli et ne peut plus être tendu comme il l'était juste avant la mise au sein. Plus de la moitié des femmes n'ont pas connaissance de ces petits repères.

On explique dès que possible que la mise au sein ne doit pas faire mal. Si c'est le cas, il est important de corriger la position du bébé ou d'investiguer la cause pour que cela ne s'aggrave pas. 53,6% des patientes ne le savent pas.

Une bonne information pour pouvoir identifier si la succion et les tétées sont efficaces permettrait d'améliorer la confiance des (futures) mères, et permettrait ainsi de diminuer le nombre de sevrages précoces [33].

Les signes d'éveil du nouveau-né montrant qu'il est prêt à téter semblent partiellement connus par les futures mamans. 2 signes sont principalement bien identifiés, celui de bruit de succion (26,8%) et le fait que l'enfant tourne la tête et ouvre la bouche (28,7%). Par contre, seulement 2 patientes interrogées ont identifié correctement tous les signes d'éveil et 37,2% des femmes pensent que les pleurs du bébé sont un des signes que bébé est prêt à téter mais hélas il est déjà trop tard à ce moment-là. Il faudra calmer le bébé et puis seulement repérer à nouveau les signes d'éveil pour lui proposer le sein le plus sereinement possible, comme le propose l'ANNEXE 11. Cette annexe est un très bon outil à proposer aux femmes enceintes afin qu'elles puissent se préparer au mieux à reconnaître les signes de faim et surtout pas attendre que leur bébé pleure [34].

Les connaissances au sujet de la montée de lait, aussi appelée congestion mammaire, sont d'autant plus importantes que la durée de séjour à la maternité a été écourtée. En effet, beaucoup de mamans quitteront l'hôpital avant même d'avoir eu leur congestion. Elles devront donc la gérer à domicile, sans appel infirmier sous la main. 19,2% des patientes pensent que la montée laiteuse survient 24h après l'accouchement. Or la congestion mettra 48 à 72h pour apparaître. Il est donc important que les femmes sachent comment la gérer, ce qui est normal et ce qui ne l'est pas. Seulement 10,4% des patientes ont bien connaissance des items à propos de la montée de lait. 80,9% ne savent pas que l'expression manuelle du lait permet d'assouplir le sein et 71,4% ne savent pas que l'application de chaud ou de froid permet de soulager l'inconfort lié à la congestion.

La plupart des futures mères ont une bonne connaissance à propos du repos et de l'allaitement maternel. 97,1% savent qu'allaiter leur bébé est incompatible avec des nuits de sommeil complètes et que faire des siestes (même micros) est le meilleur moyen de se reposer (52,2%). Un peu plus de la moitié (38,5%) savent également qu'on peut allaiter couchée, notamment la nuit.

La gestion des crevasses est un sujet que les femmes enceintes maîtrisent. En effet, 93,7% des femmes savent qu'il ne faut pas stopper la mise au sein du côté blessé. Néanmoins, 29,5% savent qu'il faut revoir et corriger la position du bébé en cas de douleur et 33,5% savent qu'elles devront étaler une goutte de lait sur leur mamelon après chaque tétée en prévention. On note une plus grande proportion de femmes informées sur cet item à Dinant à raison de 44% pour 30,7% à Namur. Cependant, le fait de varier systématiquement la position du bébé au sein d'une tétée à l'autre est connu par seulement 19,0% des patientes interrogées. Les crevasses sont responsables de douleur et d'angoisse pour les nouvelles mères. C'est un motif fréquent d'abandon précoce de l'AM lors du séjour en maternité mais aussi vecteur d'une expérience négative pour la maman. Il est donc primordial que les futures mères soient informées de ces petits gestes préventifs afin de les mettre en pratique dès les premières tétées.

Globalement, les femmes enceintes connaissent les conseils en termes d'alimentation pendant l'allaitement. 84,7% savent qu'il ne faut pas suivre un régime particulier et 33,9% qu'une alimentation équilibrée et variée suffit. 98,8% savent qu'il ne faut pas manger pour deux. 98,5% sont bien au courant que la consommation d'alcool n'est pas recommandée. Peut-être que la formulation de la question portait à confusion pour les quelques répondantes (1,5%) affirmant qu'une consommation d'alcool n'est pas interdite pendant l'allaitement. Dans la thèse de AC. Le Fournier-Chancerelle [35], 1,1% des femmes interrogées dans cette étude pensaient qu'il était possible de boire de l'alcool lors de l'AM, c'est similaire aux résultats que j'ai obtenus. 31,8% des femmes savent qu'une consommation excessive de café n'est pas recommandée. En effet, la caféine et même la théine passent dans le lait maternel, il est conseillé de ne pas dépasser 300 mg/jour (entre 2 et 3 tasses à café de 250 ml) [21]. L'AM au long terme, permet de perdre du poids, 83,8% des patientes l'ignorent.

Pour les questions concernant les bienfaits de l'AM pour la mère et son enfant, je n'ai pas laissé l'opportunité de répondre « je ne sais pas » dans le questionnaire, il fallait répondre soit oui, soit non. C'est pourquoi, toutes les absences de réponses à ces deux questions ont été comptabilisées de la sorte.

La majorité des femmes interrogées ont bien connaissance qu'allaiter leur bébé le protégera bien des infections (85,3%) et préviendra des allergies (67,2%). Pour ce qui concerne la prévention de l'obésité, du diabète et l'impact de l'AM sur le développement de l'enfant, les femmes (44,3%) pensent que l'AM n'a pas d'impact sur ces items. Dans l'étude de Guigui G réalisée en 2007 [31], 58% des mamans interrogées avaient identifié que l'AM avait un impact sur la prévention de l'obésité, contre 38,3% dans ma recherche.

La grande majorité des femmes interrogées savent que l'AM est économique (82,0%), et écologique (77,1%). 54,1% savent qu'à long terme, l'AM permet de perdre du poids, contre 59% dans l'étude citée ci-dessus. Pour les autres items impactant directement leur santé, la plupart des femmes n'ont pas conscience du tout que l'AM peut leur être bénéfique. Seulement 3,3% des patientes ont identifié tous les bienfaits de l'AM pour elles-mêmes.

Globalement, les grands bénéfices de l'AM pour l'enfant sont connus par mon échantillon (infections, allergies). A l'inverse, la prévention de l'obésité, du diabète et l'amélioration du développement intellectuel et psychomoteur sont des bienfaits souvent ignorés. En ce qui les concerne, les femmes enceintes ont bien conscience des avantages pratiques de l'AM contrairement aux bénéfices biologiques qu'il peut représenter.

L'OMS prône l'information aux femmes enceintes sur les bienfaits de l'allaitement maternel [4], voir ANNEXE 12. Mon échantillon ne semble pas avoir totalement bénéficié de tous ces conseils. Alors soit elles les ont reçus et ne les ont pas intégrés, soit elles ne les ont pas encore reçus et cela suivra, soit on peut revoir la transmission de l'information vers toutes les femmes enceintes afin de l'améliorer.

Un de mes objectifs secondaires est de savoir comment les femmes enceintes s'informent à propos de l'allaitement maternel.

La source la plus citée concerne l'entourage proche (38,8%). Ce taux est inférieur à celui retrouvé dans l'échantillon de l'étude de Sage L. [36] (53,15%). Bien que l'entourage soit une ressource essentielle dans l'accompagnement et le soutien à la parentalité, ce n'est pas une des sources les plus fiables en matière de conseils. En effet, chaque pair conseillera la (future) mère en fonction de sa propre expérience, de traditions familiales ou d'idées reçues, ce qui peut vite mettre à mal la confiance en soi des mères dans leur capacité à allaiter.

Après les proches, viennent les professionnels de la santé pour 29,3% des femmes interrogées. 30,6% d'entre elles ont sollicité les sages-femmes. Parmi les autres professionnels, elles citent les conseillères en lactation (2,7%), les gynécologues (2,2%), leur médecin traitant (1,6%) ou

encore l'ONE (1,6%). Notons qu'à Dinant, les patientes répondantes ont recours exclusivement aux sages-femmes.

Vient ensuite le recours à la littérature. Parmi les 18,3% de patientes qui ont recours aux brochures, certaines d'entre elles ont précisé à quels types de littérature elles ont eu recours. 10 ont consulté les brochures de l'ONE et 2 ont lu des ouvrages de référence comme « De la naissance au sevrage » de M. Thirion ou encore « Votre grossesse jour après jour » de Larousse. La maternité de Namur distribue une brochure complète au sujet de l'AM qu'on appelle « Le temps d'allaiter ». Seulement 14 des patientes interrogées disent l'avoir lue. Dans l'étude de 2006 menée par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales du département Rhône-Alpes [36], les ouvrages les plus cités étaient également ceux de M. Thirion.

Finalement, Internet vient en dernier lieu comme support d'informations. Parmi les 13,5% des patientes qui ont surfé sur Internet, certaines ont précisé quels sites elles ont consultés. La maison des maternelles et la Leach League sont les deux sites les plus consultés (par 8 patientes pour chacun d'entre eux). La recherche via Google concerne 6 femmes enceintes. Le site Naitre et Grandir ainsi que Youtube ont également été consultés chacun par 1 patiente. Cependant, la rigueur scientifique de certains sites internet peut être remise en cause. Il est donc important d'en informer les patientes.

Dans une enquête canadienne [38] sur l'expérience de la maternité réalisée entre 2006 et 2007, 32,7% des femmes canadiennes participent aux rencontres prénatales. C'est un peu plus que pour mon échantillon (24,0%). Mon questionnaire ne permettait pas de savoir pourquoi elles participent ou non aux séances. Les personnes les plus instruites et les plus éduquées, ainsi que celles qui ont une situation socio-économique favorable représentent la population la plus assidue aux séances d'informations, selon cette étude. Elle précise également que les femmes qui auraient besoin d'y participer ne sont donc pas celles qui y assistent le plus. La littérature scientifique apporte comme précision que les personnes qui participent aux rencontres prénatales sont celles qui souhaitent apprendre et se préparer à la grossesse, au travail, à l'accouchement et au post-partum. Elles y participent aussi pour réduire stress et anxiété, apprendre les soins du nouveau-né, obtenir des réponses à leurs questions, recevoir du soutien social des pairs et intégrer le conjoint. Parmi les femmes qui ne participent pas à ces ateliers, les motifs sont multiples, comme le peu de valeur accordée à l'éducation prénatale, le fait que ce soit inutile et non nécessaire d'y assister, par manque d'intérêt, par manque de temps lié à des obligations professionnelles, par problème de locomotion ou de manque de places aux

séances, ou tout simplement par méconnaissance de ces rencontres. L'Organisation mondiale de la santé a présenté en 2005 un document [39] sur l'efficacité des rencontres prénatales élaborées à partir de revues systématiques d'études randomisées, semi-randomisées et d'études d'observation permettant de constater que l'éducation prénatale (combinée à l'éducation postnatale) a un effet positif sur l'allaitement (plus d'initiations et d'allaitements exclusifs prolongés), mais que l'efficacité de l'éducation prénatale sur les variables d'accouchement et de parentalité reste à démontrer. En ANNEXE 13, j'ai détaillé le contenu de la séance d'information des maternités du CHU. Elles sont organisées une fois par mois. La séance sur l'allaitement à Dinant est animée par une sage-femme à l'aide d'un power point. À Namur, elle est animée par une sage-femme consultante en lactation sans support visuel de type Powerpoint. Chaque site organise également des consultations individuelles en allaitement pré ou postnatales sur rendez-vous avec une consultante en lactation. Chaque maternité organise une journée de consultation par semaine offrant 8 plages de 1h chacune. J'aurais souhaité participer à l'une d'entre elles afin de lister les thématiques abordées et pouvoir comparer les informations données entre chaque site mais les conditions de travail à cause du Covid-19 ne me l'ont pas permis.

À travers l'analyse des résultats obtenus, il n'y a pas vraiment de gros points discordants qui ressortent entre les 2 maternités. Je peux cependant relever quelques éléments. La moyenne d'âge est identique (30 ans) ainsi que la médiane de l'âge gestationnel auquel les patientes ont répondu pour les 2 sites (27 semaines d'aménorrhée). On observe plus d'ouvrières, de patientes diplômées de l'enseignement professionnel et de grandes multipares à Dinant, comparé à plus de patientes indépendantes et de plus hauts diplômes à Namur. On peut aussi voir que beaucoup plus de patientes à Dinant ignorent la durée recommandée d'AM ainsi que les facteurs influençant la mise en route de l'AM. Dinant se démarque en ce qui concerne l'application de la goutte de lait après chaque tétée en prévention des crevasses. Les patientes de la maternité de Dinant participent beaucoup moins aux séances d'informations et consultent moins les consultantes en lactation alors qu'à Namur, les patientes se dirigent assez bien vers des sages-femmes indépendantes.

Après avoir mené au mieux cette discussion, je vais tenter d'apporter des pistes de solution pour améliorer d'avantage l'information aux femmes enceintes concernant l'allaitement maternel au CHU UCL NAMUR.

15. Projet d'action

Informar les futures mamans par le biais de séances d'informations, de brochures ou de fascicules ne suffit pas pour toucher la majorité d'entre elles, et encore moins quand il s'agit d'une population de femmes à risques. Pour informer et toucher plus et mieux, il semble important que les professionnels de la santé **accompagnent** ces patientes dans l'intégration et la maîtrise de toutes ces informations liées à l'AM. Inonder les patientes avec une multitude d'informations ne suffira pas. Je pense qu'il est important de diffuser un nombre d'informations limitées, suffisantes et pertinentes mais de les répéter à plusieurs moments de la grossesse afin de contrôler l'intégration de ces informations. Pour résumer, il semblerait très intéressant qu'au décours de la grossesse, les patientes aient connaissance des thématiques suivantes ;

- les bienfaits de l'AM pour elle-même et leur bébé (ANNEXE 14),
- les facteurs influençant la mise en route de l'AM (recommandations IHAB- ANNEXE 15),
- les signes d'une succion efficace,
- les signes d'une tétée efficace,
- les signes d'éveil du nouveau-né (ANNEXE 11),
- le moment idéal pour proposer le sein,
- la gestion de la montée de lait,
- les bonnes positions et les gestes préventifs des crevasses (ANNEXE 16).

Si toutes les mamans qui souhaitent allaiter maîtrisent ces concepts, ce ne pourra que leur être bénéfique lors du séjour en maternité car elles pourront se concentrer sur la mise en pratique et seront bien préparées pour initier au mieux leur AM. Les sages-femmes pourront alors aller plus loin dans l'information concernant l'AM qu'il était inutile de maîtriser pendant la grossesse (sommeil, alimentation, co-dodo, portage, massage, retour à la maison, pic de croissance, coliques, ...) et de ce fait, augmenteront davantage la confiance des mères vis-à-vis de l'allaitement et de la gestion des difficultés de l'AM si elles se présentent.

Cumuler les informations à l'AM lors de RDV de suivi de grossesse semble être une bonne piste pour toucher toutes les mamans car pour une grande partie, se déplacer uniquement pour des séances d'information ou simplement y consacrer de leur temps ne semble pas acceptable. Je pense également que transmettre ces informations de façon ludique et didactique ne peut que susciter de l'intérêt : proposer des fiches-résumés très accrocheuses et un petit test de connaissances soit via une tablette disponible lors du dépistage du diabète de grossesse ou d'un

monitoring de contrôle, soit via un lien internet disponible sur les smartphones, affichés dans les salles d'attente des consultations par exemple. Cela permettrait de les conscientiser à s'informer si elles voient que leur score n'est pas bon. Ce sont des outils qui pourraient être utiles pour le personnel soignant afin de vérifier la bonne transmission des informations. Cela pourrait permettre également d'uniformiser les discours entre les professionnels de la santé au service des (futurs) mères.

De plus, le service communication du CHU pourrait collaborer activement pour créer ce type d'outils. Quelques propositions de fiches récapitulatives et accrocheuses sont proposées en ANNEXES 11,14,15 et 16. Ces affiches pourraient également être affichées dans tous les box bébé des chambres de la maternité à condition qu'elles ne soient pas surchargées pour ne pas perdre le lecteur.

A chaque hospitalisation d'une grossesse à risque, il serait également très intéressant de programmer le passage d'une consultante en lactation afin de réaliser une information prénatale.

Revoir et adapter le contenu des séances d'informations pourrait également être intéressant en incluant le test des connaissances en fin de séance afin de revoir certains concepts en fonction de taux de bonnes ou mauvaises réponses. Cela permettrait vraiment d'auditer si les informations essentielles ont été intégrées par les participantes favorisant ainsi les moments d'échange.

Des capsules vidéo sur l'allaitement sont en cours de construction et devraient paraître pour fin 2020. (Extraction manuelle du lait, les différentes positions, l'utilisation du tire-lait, ...).

Les maternités du CHU étant candidates au label IHAB, l'ensemble des professionnels de la santé en contact avec les (futurs) mamans ont tous reçu une formation reconnue entre fin 2019 et début 2020 à raison de 20h pour les sages-femmes et les puéricultrices et de 3h pour les médecins (gynécologues et pédiatres) et professionnels apparentés (kinésithérapeutes, TMS de l'ONE, psychologues, assistantes sociales,).

16. Limites de mon mémoire

Une des limites de ma recherche réside dans la construction du questionnaire. En effet, certaines questions ne laissaient pas l'opportunité aux répondantes de cocher la mention "je ne sais pas" ou encore d'apporter une justification quand cela aurait pu être intéressant d'apporter des éléments nuancés aux réponses.

De plus, la majorité des études recensées sont basées sur les connaissances des femmes qui ont déjà accouché, le plus souvent lors du séjour en post-partum. Ce qui peut représenter un biais dans mes comparaisons et dans l'évaluation des connaissances de mon échantillon. En effet, les parturientes ont sans doute bénéficié de conseils à la maternité et expérimenté quelque peu l'allaitement avant d'avoir répondu aux questionnaires.

Finalement, une difficulté supplémentaire réside dans le fait que nous ne disposons pas des données épidémiologiques complètes en Belgique concernant l'allaitement après le départ de l'hôpital. Celles-ci permettraient de réaliser des statistiques sur le type et la durée des allaitements à 3, 6 et 12 mois, de façon annuelle. Seules les enquêtes en population le permettent en différé, ce qui augmente la subjectivité des résultats.

CONCLUSION

Mes résultats ont montré que les femmes enceintes avaient des connaissances très variables en fonction des diverses thématiques concernant l'allaitement maternel. Dans l'ensemble, ces connaissances sont insuffisantes pour pouvoir initier un allaitement maternel le plus optimal possible lors du séjour en maternité et permettre de le pérenniser dans le temps conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé.

Je me suis également intéressée aux sources d'informations utilisées par les patientes pour s'informer à propos de l'allaitement. Toutes les futures mères ont recours à au moins une source d'information. La plus commune concerne d'abord l'entourage proche. Les professionnels de la santé sont ensuite consultés avec une nette préférence pour les sages-femmes, soit lors des séances de préparation à la naissance ou lors de consultations individuelles. En troisième position, les patientes optent pour la lecture et puis pour Internet.

Les professionnels de la santé, et entre autres, les sages-femmes, ont donc un rôle très important à jouer dans la transmission des informations au sujet de l'allaitement maternel mais aussi dans le contrôle de l'intégration de ces connaissances par les futures mères. C'est essentiel pour la bonne mise en route de la lactation lors du séjour à la maternité et du retour à domicile mais aussi pour anticiper au mieux les difficultés que peut parfois représenter l'allaitement maternel, motifs d'abandon fréquent et précoce.

Il est également indispensable d'informer les patientes qu'il existe une consultation prénatale (et postnatale) en allaitement maternel à l'hôpital ainsi que des aides extérieures à leur disposition prêtes à répondre à leurs questions ou les aider dans leurs difficultés. Encourager les (futurs) parents à participer davantage aux séances d'informations n'est qu'une occasion supplémentaire d'asseoir leurs connaissances en la matière. D'autant plus que le coût de ces offres de soin est entièrement pris en charge par les mutuelles.

Il est donc important de continuer à promouvoir davantage l'allaitement maternel et d'améliorer autant que possible la communication entre les professionnels de la santé et la patientèle. Les sages-femmes, par leur place angulaire, entre le médecin et la patiente, ont une place prépondérante et privilégiée auprès des (futurs) mères dans l'accompagnement et le soutien qu'elles peuvent offrir.

Cependant, il serait très intéressant de pouvoir comparer les informations données aux femmes enceintes par les professionnels de la santé lors des consultations de suivi de grossesse, des séances d'informations ou de consultations d'allaitement aux informations retenues par les patientes avant qu'elles accouchent afin de pouvoir évaluer leurs connaissances et réaliser une remise à niveau si nécessaire. Ceci pourrait faire l'objet d'une recherche complémentaire à mon mémoire.

Il existe à ce jour 26 (sur 97) maternités labellisées "Initiative Hôpital Amis des Bébé" en Belgique, ce qui représente 26,84% des maternités belges, soit approximativement 32% des naissances. Appliquer les recommandations de l'OMS au niveau national permettrait une meilleure information aux femmes enceintes, l'augmentation de la prévalence de l'allaitement maternel et de sa durée en Belgique.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] OMS. *Nouvelles orientations pour promouvoir l'allaitement maternel dans les établissements de santé du monde entier : communiqué de presse*. 2018 [consulté le 12 février 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/detail/11-04-2018-who-and-unicef-issue-new-guidance-to-promote-breastfeeding-in-health-facilities-globally>
- [2] LEBACQ T. Allaitement maternel exclusif. In Lebacq T, Teppers E (ed). *Enquête de consommation alimentaire 2014-2015* [Version électronique]. Rapport 1. WIV-ISP, Bruxelles, 2015. pp. 193-209
- [3] OMS. Thèmes de santé. *Allaitement*. (s.d.). Disponible à l'adresse : <http://www9.who.int/topics/breastfeeding/fr/>. Consulté le 12 février 2020.
- [4] OMS. Nutrition. *Dix mesures en faveur d'un allaitement maternel réussi – infographies*. (s.d.). Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/nutrition/bfhi/infographics/fr/>. Consulté le 12 février 2020.
- [5] SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. *Comment obtenir le label « Hôpital Ami des Bébé » en Belgique ? : Guide pratique pour la mise en œuvre des critères de l'IHAB et l'obtention du label*. 7^{ème} édition. 2017. 51 p.
- [6] OMS. (1981). *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*.
- [7] SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. *Feed-back sur les rapports annuels des hôpitaux participant au projet « Contrat de formation en allaitement maternel et soins axés sur le développement »* [Version électronique]. Activités 2013-2015.
- [8] Initiative Hôpital Amis des Bébé – France. 2020 [consulté le 15 avril 2020]. Disponible à l'adresse <https://amis-des-bebes.fr/etablissements-labelises-ihab.php>
- [9] Baby-Friendly USA. 2020 [consulté le 15 avril 2020]. Disponible à l'adresse <https://www.babyfriendlyusa.org/>

[10] Commission Européenne, Direction de la Santé Publique et de l'évaluation des Risques. *EU project on Promotion of breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in europe : a blueprint for action*. 2004

[11] Labbok M, Krasovec K. Toward consistency in breastfeeding definitions. *Stud Fam Plann*. 1990 ; 21 (4) : 226-30.

[12] Organisation mondiale de la Santé. Indicateurs servant à évaluer les modes d'allaitement maternel. Genève; 1991. Report No.: WHO/CDD/SER/91.14, Corr. 1.

[13] BOCQUET A., BRESSON JL., BRIEND A., CHOURAQUI JP., DARMAUN D., DUPONT C., *et al. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère* [Version électronique]. 2005. 67 p.

[14] European Society of Paediatric Allergy and Clinical Immunology. Hydrolysed cow's milk formulae. Allergenicity and use in treatment and prevention. An ESPACI position paper. *Pediatr Allergy Immunol*. 1993 ; 4 : 101-111.

[15] Chouraqui, J. P., Dupont, C., Bocquet, A., Bresson, J. L., Briend, A., Darmaun, D., ... & Putet, G. (2008). Alimentation des premiers mois de vie et prévention de l'allergie. *Archives de pédiatrie*, 15(4), 431-442.

[16] Lucas A, Boyes S, Bloom SR, Aynsley-Green A. *Metabolic and endocrine responses to a milk feed in six-day-old term infants : differences between breast and cow's milk formula feeding*. *Acta Paediatr Scand* 1981 ; 70 : 195-200.

[17] Britton JR., *et al.* Breastfeeding, sensitivity, and attachment. *Pediatrics*. 2006, 118 (5), pp. 1436-1443.

[18] Stuebe AM *et al.* Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013, 22 (4), pp. 352-361.

[19] Doan T *et al.* Breast-feeding increases sleep duration of new parents. J Perinat Neonatal Nurs. 2007, 21(3), pp. 200-206.

[20] THIRION M. 2003. Santé et allaitement maternel : effet contraceptif de l'allaitement maternel [consulté le 15 mars 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.santeallaitementmaternel.com/se_former/comprendre_lactation/comment_ca_marche/dans_le_temps/effet_contraceptif.php

[21] ONE. Allaitement maternel. Guide à l'usage des professionnels de la santé. Edition 2019 Belgique, 2001. 70 p.

[22] MEDELA. Quels sont les bienfaits de l'allaitement pour la mère ? (s.d.) [consulté le 20 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.medela.fr/allaitement/experience-de-maman/bienfaits-allaitement-pour-mere>

[23] OECD Family database. CO1.5: Breastfeeding rates. 2009 [consulté le 25 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.oecd.org/fr/els/famille/basededonnees.htm>

[24] UNICEF. *From the first hour of life : Making the case for improved infant and young child feeding everywhere*, 2016. 104 p.

[25] NOIRHOMME-RENARD F., NOIRHOMME Q. 2009. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 22(3), pp 112-120.

[26] MERTEN S., DRATVA J., ACKERMANN-LIEBRICH U. 2005. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level ? *Pediatrics*, 116 (5), pp 702-708.

[27] COFAM. Promotion de l'allaitement maternel pendant la grossesse, à l'accouchement et pendant le séjour à la maternité [consulté le 25 mars 2020]. 2019. Disponible à l'adresse :

https://www.coordination-allaitement.org/images/publications/cs_cofam_facteurs_favorisants_10_avril_2019.pdf

[28] OMS. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. Genève. 1999. 128 p.

[29] AUJOLAT I., Introduction aux méthodes qualitatives en Santé publique. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert. 2017.

[30] ROBERT E, SWENNEN B. Enquête de couverture vaccinale en Wallonie (Bruxelles excepté). Provac, Ecole de santé publique, ULB. 2009.

[31] GUIGUI, G. (2007). Connaissances et méconnaissances des mères sur l'allaitement. *Devenir*, vol. 19 (3), pp 261-297.

[32] LUMBIGANON P., MARTIS R., LAOPAIBOON M., FESTIN MR., HO JJ., HAKIMI M., Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016 [consulté le 25 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22972092>

[33] *Paediatrics & Child Health* (2004). Le sevrage de l'allaitement, 9(4), 259–263.

[34] LA LECHE LEAGUE France. Allaitement à la demande, allaitement aux signes d'éveil. 2009 [consulté le 15 avril 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/feuillets-de-lll-france/998-allaitement-aux-signes-deveil-allaitement-a-la-demande>

[35] LE FOUNIER-CHANCERELLE AC. L'allaitement maternel : niveau de connaissances des mères et place du pharmacien d'officine dans sa poursuite en sortie de maternité. [Thèse de doctorat en science pharmaceutique]. Nantes : université de Nantes ; 2009.

[36] SAGE L. Connaissances sur l'allaitement maternel des femmes allaitantes avant leur sortie de maternité au CHU Estaing de Clermont-Ferrand. [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme]. Clermont-Ferrand : université d'Auvergne-Clermont ; 2014.

[37] DRASS du Rhône-Alpes. Etude relative aux durées et aux facteurs qui influencent le déroulement de l'allaitement maternel en Rhône-Alpes en 2004/2006. Juillet 2008. 195 p.

[38] Moreau, D., Polomeno, V., de Pierrepont, C., Tourigny, J., Ranger, M. (2015). Les rencontres prénatales : sont-elles utiles ? La perception des couples parentaux franco-ontariens de la région d'Ottawa. *Recherche en soins infirmiers*, 123 (4), 36-48.

[39] World Health Organization Europe. What is the effectiveness of antenatal care ? – Supplément 4 [Consulté le 15 avril 2020]. Disponible à l'adresse : www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74660/E87997.pdf

[40] LA LECHE LEAGUE France. Diminution du risque de diabète pour la mère qui allaite, quelques études. [Consulté le 15 avril 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.lllfrance.org/1958-diminution-du-risque-de-diabete-pour-la-mere-qui-a-allaité-quelques-etudes>

ANNEXES

ANNEXE 1 - Ten steps to successful breastfeeding

OMS. Nutrition. *Dix mesures en faveur d'un allaitement maternel réussi* – infographies. (s.d).

Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/nutrition/bfhi/bfhi-poster-A2-fr.pdf>. Consulté le 12 février 2020.



Article 1. But du Code

Le but du présent Code est de contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein et en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriées.

Article 2. Champ d'application du Code

Le présent Code s'applique à la commercialisation et aux pratiques y relatives des produits suivants : substituts du lait maternel, y compris les préparations pour nourrissons ; autres produits lactés, aliments et boissons, y compris les aliments de complément donnés au biberon, quand ils sont commercialisés ou présentés de toute autre manière comme appropriés, avec ou sans modification, pour remplacer partiellement ou totalement le lait maternel ; biberons et tétines. Il s'applique aussi à la qualité et à la disponibilité de ces produits et à l'information concernant leur utilisation.

Article 3. Définitions

Aux fins du présent code : par : on entend :

“Agent de santé” une personne travaillant dans un service relevant d'un système de soins de santé, au niveau professionnel ou non professionnel, y compris à titre bénévole, sans rémunération.

“Aliment de complément” tout aliment fabriqué industriellement ou confectionné sur le plan local, pouvant convenir comme complément du lait maternel ou des préparations pour nourrissons, quand le lait maternel ou les préparations ne suffisent plus pour satisfaire les besoins nutritionnels du nourrisson. De tels aliments sont aussi communément appelés “aliments de sevrage” ou “compléments du lait maternel”.

“Commercialisation” promotion, distribution, vente, publicité d'un produit, relations avec le public et services d'information le concernant.

“Distributeur” une personne, une société ou toute autre entité du secteur public ou privé se livrant (directement ou indirectement) à la commercialisation d’un produit visé par le présent Code au niveau de la vente en gros ou au détail. Le “distributeur en gros” est l’agent de vente d’un fabricant, son représentant, son distributeur national ou son courtier. 9

“Echantillons” des exemplaires uniques ou de petites quantités d’un produit, fournis gratuitement.

“Emballage” toute forme de conditionnement des produits pour leur vente au détail, en tant qu’unités normales, y compris le papier d’emballage.

“Etiquette” outre l’étiquette proprement dite, tout label, marque, signe figurant ou autrement descriptif, écrit, imprimé, stencilé, marqué, estampé ou empreint, ou fixé sur l’emballage (voir ci-dessus) de tout produit visé par le présent Code.

“Fabricant” une société ou une autre entité du secteur public ou privé ayant (soit directement, soit par l’intermédiaire d’un agent ou d’une entité qu’elle contrôle ou à laquelle elle est liée par contrat) pour activité ou pour fonction de fabriquer un produit visé par le présent Code.

“Personnel de commercialisation” toute personne dont les fonctions comportent la commercialisation d’un ou de plusieurs produits visés par le présent Code.

“Préparations pour nourrissons” un substitut du lait maternel formulé industriellement, conformément aux normes applicables du Codex Alimentarius, pour satisfaire les besoins nutritionnels normaux du nourrisson jusqu’à l’âge de quatre à six mois et adapté à ses caractéristiques physiologiques. Ces aliments peuvent aussi être confectionnés à domicile, auquel cas on les dit “préparés à la maison”.

“Stocks” quantités d’un produit fournies pour être utilisées pendant une période prolongée, gratuitement ou à bas prix, à des fins sociales, y compris celles fournies aux familles nécessiteuses.

“Substituts du lait maternel” tout aliment commercialisé ou présenté de toute autre manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu’il convienne ou non à cet usage.

“Système de soins de santé” les institutions ou organisations gouvernementales, non gouvernementales ou privées destinées à assurer, directement ou indirectement, des soins de santé aux mères, aux nourrissons et aux femmes enceintes, ainsi que les crèches ou autres institutions de soins aux enfants. Le système de soins de santé comprend aussi les agents de santé exerçant à titre privé. Il n’englobe pas, aux fins du présent Code, les pharmacies ou autres points de vente réguliers.

Article 4. Information et éducation

4.1 Les gouvernements devraient assumer la responsabilité de veiller à ce qu’une information objective et cohérente sur l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant soit fournie aux familles et à tous ceux qui jouent un rôle dans le domaine de la nutrition du nourrisson et du jeune enfant. Cette responsabilité devrait s’appliquer soit à la planification, à la distribution, à la conception et à la diffusion de l’information, soit au contrôle de ces activités.

4.2 Les matériels à but d’information et d’éducation, qu’il s’agisse de documentation écrite ou de matériel audio-visuel, établis à l’intention des femmes enceintes et des mères de nourrissons et de jeunes enfants et portant sur l’alimentation des nourrissons, devraient comporter des renseignements clairs sur tout ce qui suit : a) les avantages et la supériorité de l’allaitement au sein ; b) la nutrition maternelle et la façon de se préparer à l’allaitement au sein et de le poursuivre ; c) l’effet négatif d’une alimentation partielle au biberon sur l’allaitement au sein ; d) la difficulté de revenir sur la décision de ne pas nourrir son enfant au sein ; e) en cas de besoin, l’utilisation correcte des préparations pour nourrissons, qu’elles soient industrielles ou confectionnées à la maison. Lorsqu’ils contiennent des renseignements sur l’utilisation des préparations pour nourrissons, ces matériels devraient faire état des incidences sociales et financières de cette utilisation et signaler les dangers pour la santé de l’utilisation d’aliments ou de méthodes d’alimentation inadéquats et, en particulier, de l’utilisation non nécessaire ou incorrecte des préparations pour nourrissons et autres substituts du lait maternel. Ces matériels ne devraient employer aucune image ou texte de nature à idéaliser l’utilisation de substituts du lait maternel.

4.3 Les fabricants ou les distributeurs ne devraient faire de dons d'équipement ou de matériels à but d'information ou d'éducation qu'à la demande et avec l'approbation écrite de l'autorité publique compétente ou dans le cadre des directives énoncées à cet effet par les pouvoirs publics. De tels équipements ou matériels pourront porter le nom ou l'emblème de la firme donatrice, mais ne devraient pas faire spécifiquement référence à un produit commercial visé par le présent Code, et ne devraient être distribués que par l'entremise du système de soins de santé.

Article 5. Grand public et mères

5.1 Il ne devrait y avoir ni publicité, ni aucune forme de promotion auprès du grand public de produits visés par le présent Code.

5.2 Les fabricants et les distributeurs ne devraient fournir ni directement ni indirectement aux femmes enceintes, aux mères ou aux membres de leurs familles des échantillons de produits visés par le présent Code.

5.3 Conformément aux paragraphes 5.1 et 5.2, il ne devrait y avoir pour les produits visés par le présent Code ni publicité aux points de vente, ni distribution d'échantillons, ni aucune autre pratique promotionnelle de la vente 11 directe aux consommateurs au niveau du commerce de détail, telle qu'étalages spéciaux, bons de réduction, primes, ventes spéciales, ventes à perte et ventes couplées. Cette disposition ne devrait pas restreindre l'élaboration de politiques et de pratiques en matière de prix visant, à long terme, à fournir des produits à meilleur marché.

5.4 Les fabricants et distributeurs ne devraient pas distribuer en cadeau aux femmes enceintes ni aux mères de nourrissons et de jeunes enfants des articles ou ustensiles de nature à promouvoir l'utilisation de substituts du lait maternel ou l'alimentation au biberon.

5.5 Le personnel de commercialisation ne devrait pas chercher à avoir, à titre professionnel, des contacts directs ou indirects d'aucune sorte avec les femmes enceintes ou les mères de nourrissons et de jeunes enfants.

Article 6. Systèmes de soins de santé

6.1 Les autorités sanitaires des Etats Membres devraient prendre des mesures appropriées pour encourager et protéger l'allaitement au sein et promouvoir les principes du présent Code ; elles devraient fournir aux agents de santé des renseignements et des conseils appropriés concernant leurs responsabilités, y compris les renseignements énumérés au paragraphe 4.2

6.2 Aucune installation d'un système de soins de santé ne devrait être utilisée pour la promotion de préparations pour nourrissons ou d'autres produits visés par le présent Code. Celui-ci n'exclut cependant pas la diffusion d'informations aux professionnels de la santé, comme prévu au paragraphe 7.2.

6.3 Les installations des systèmes de soins de santé ne devraient pas être utilisées pour l'exposition de produits visés par le présent Code, ni pour la présentation de placards ou d'affiches concernant ces produits, ni pour la distribution de matériels fournis par un fabricant ou par un distributeur, à l'exception de ceux qui sont énumérés au paragraphe 4.3.

6.4 Il ne devrait pas être permis aux systèmes de soins de santé d'employer des "représentants de services professionnels", des "puéricultrices" ou des personnels similaires fournis ou rémunérés par les fabricants ou les distributeurs.

6.5 Seuls les agents de santé, ou d'autres agents communautaires en cas de nécessité, devraient pouvoir faire des démonstrations d'alimentation au moyen de préparations pour nourrissons, soit fabriquées industriellement, soit confectionnées à la maison, et les démonstrations ne devraient être faites qu'aux mères ou aux membres des familles en ayant besoin ; les renseignements fournis devraient comprendre une explication claire des risques d'une utilisation incorrecte.

6.6 Le don ou la vente à bas prix à des institutions ou organisations de stocks de préparations pour nourrissons ou d'autres produits visés par le présent Code, 12 que ce soit en vue d'une utilisation à l'institution même ou en vue d'une distribution à l'extérieur est autorisé. De tels stocks ne devraient être utilisés ou distribués qu'en faveur des nourrissons qu'on est obligé d'alimenter au moyen de substituts du lait maternel. Si la distribution est faite pour utilisation en dehors des institutions, elle ne devrait l'être que par les institutions ou organisations

concernées. De tels dons ou ventes à bas prix ne devraient pas être faits par des fabricants ou distributeurs pour promouvoir les ventes.

6.7 Quand des stocks de préparations pour nourrissons ou d'autres produits visés par le présent Code qui proviennent de dons sont distribués à l'extérieur d'une institution, l'institution devrait prendre des mesures pour garantir que les stocks pourront être entretenus aussi longtemps que les nourrissons concernés en auront besoin. Les donateurs ainsi que les institutions ou organisations concernées ne devraient pas perdre de vue cette responsabilité.

6.8 Outre ceux qui sont mentionnés au paragraphe 4.3, l'équipement et les matériels donnés à un système de soins de santé pourraient porter le nom ou l'emblème du donateur, mais ne devraient faire mention d'aucun produit commercial visé par le présent Code.

Article 7. Agents de santé

7.1 Les agents de santé devraient encourager et protéger l'allaitement au sein ; et ceux qui s'occupent spécialement de la nutrition des mères et des nourrissons devraient se familiariser avec les responsabilités qui leur incombent en vertu du présent Code, y compris en ce qui concerne les renseignements énumérés au paragraphe 4.2.

7.2 Les informations fournies aux professionnels de la santé par les fabricants et les distributeurs au sujet des produits visés par le présent Code devraient se borner aux données scientifiques et aux faits ; ces informations ne devraient ni impliquer ni donner l'impression que l'alimentation au biberon est équivalente ou supérieure à l'allaitement au sein. Parmi ces informations devraient aussi figurer les renseignements énumérés au paragraphe 4.2.

7.3 Les fabricants ou distributeurs ne devraient pas offrir d'avantages en espèces ou en nature aux agents de santé ou aux membres de leurs familles pour promouvoir des produits visés par le présent Code, et de tels avantages ne devraient être acceptés ni par les agents de santé, ni par les membres de leurs familles.

7.4 Il ne devrait être fourni aux agents de santé ni échantillons de préparations pour nourrissons ou autres produits visés par le présent Code, ni matériel ou ustensiles servant à leur préparation ou à leur utilisation, sauf s'il en est besoin à des fins d'évaluation professionnelle ou de

recherche au niveau institutionnel. Les agents de santé ne devraient pas donner d'échantillons de préparations pour nourrissons aux femmes enceintes, aux mères de nourrissons et de jeunes enfants ni aux membres de leurs familles. 13

7.5 Les fabricants et distributeurs de produits visés par le présent Code devraient porter à la connaissance de l'institution à laquelle appartient un agent de santé bénéficiant de ce qui suit toute contribution faite à cet agent ou en sa faveur en vue d'une bourse d'études, d'un voyage d'étude, d'une bourse de recherche, de la participation à des conférences professionnelles, ou d'activités analogues. Le bénéficiaire devrait également faire pareille déclaration.

Article 8. Personnel des fabricants et distributeurs

8.1 Dans les systèmes où le personnel de commercialisation reçoit des primes à la vente, le volume des ventes de produits visés par le présent Code ne devrait pas entrer en ligne de compte pour le calcul des primes, et il ne devrait pas être fixé de quota de vente pour ces produits. Cette disposition ne devrait pas être interprétée comme empêchant le versement de primes sur la base des ventes des autres produits commercialisés par les sociétés concernées.

8.2 Le personnel employé à la commercialisation de produits visés par le présent Code ne devrait pas, dans le cadre de son travail, remplir de fonctions éducationnelles en relation avec des femmes enceintes ou des mères de nourrissons et de jeunes enfants. Cette disposition ne devrait pas être interprétée comme empêchant que ce personnel soit utilisé pour d'autres fonctions par le système de soins de santé, à la demande et avec l'approbation écrite de l'autorité compétente du gouvernement concerné.

Article 9. Etiquetage

9.1 Les étiquettes devraient être conçues de manière à fournir les renseignements nécessaires pour une utilisation appropriée du produit, et à ne pas décourager l'allaitement au sein.

9.2 Les fabricants et distributeurs de préparations pour nourrissons devraient veiller à ce que soit imprimée sur chaque emballage, ou sur une étiquette qui ne puisse pas en être détachée facilement, une inscription claire, bien visible et facile à lire et à comprendre, en une langue appropriée, comprenant tout ce qui suit : a) les mots "Avis important" ou leur équivalent ; b)

une mention de la supériorité de l'allaitement au sein ; c) la mention du fait que le produit ne doit être utilisé que sur l'avis d'un agent de santé qui en aura indiqué la nécessité et expliqué le mode d'emploi correct ; d) des instructions concernant la préparation appropriée du produit, avec mise en garde contre les risques, pour la santé résultant d'une préparation inadéquate. Ni l'emballage ni l'étiquette ne devraient comporter de représentation de nourrissons ni d'autres représentations graphiques de nature à idéaliser l'utilisation des préparations pour nourrissons. Ils pourront toutefois comporter des représentations graphiques facilitant l'identification du produit en tant que substitut du lait maternel et en illustrant les méthodes de préparation. Il ne devrait pas y figurer les termes tels que "humanisé" ou "maternisé" ni de termes similaires. Sous réserve des conditions ci-dessus, des renseignements complémentaires sur le produit et son utilisation correcte pourront être joints à l'emballage ou à l'unité 12 de produit vendu au détail. Cette disposition devrait s'appliquer au cas où les étiquettes comportent des instructions concernant la manière de modifier un produit pour en faire une préparation pour nourrissons.

9.3 Les produits alimentaires visés par le présent Code, commercialisés en vue de l'alimentation des nourrissons, qui ne répondent pas à toutes les conditions auxquelles doivent satisfaire les préparations pour nourrissons mais qui peuvent être modifiés en vue d'y répondre, devraient porter sur l'étiquette une mise en garde prévenant que le produit non modifié ne doit pas être l'unique aliment du nourrisson. Etant donné que le lait condensé sucré ne convient ni pour l'alimentation des nourrissons, ni pour une utilisation comme principal ingrédient d'une préparation pour nourrissons, l'étiquette de ce produit ne devrait pas comporter d'indications faisant figure d'instructions sur la manière de le modifier à cet effet.

9.4 L'étiquette des produits alimentaires visés par le présent Code devrait préciser également tout ce qui suit : a) les ingrédients utilisés ; b) l'analyse (composition) du produit ; c) les conditions de stockage requises ; et d) le numéro de lot et la date limite de consommation, en fonction des conditions climatiques et de stockage du pays concerné.

Article 10. Qualité

10.1 Comme la qualité des produits est un élément essentiel de la protection de la santé des nourrissons, cette qualité devrait être d'un haut niveau reconnu.

10.2 Les produits alimentaires visés par le présent Code devraient répondre, quand ils seront vendus ou distribués de toute autre manière, aux normes applicables en la matière recommandées par la Commission du Codex Alimentarius ainsi qu'aux dispositions du Code d'usages du Codex en matière d'hygiène pour les aliments destinés aux nourrissons et enfants en bas âge.

Article 11. Mise en oeuvre et contrôle

11.1 Les gouvernements devraient prendre des mesures pour donner effet aux principes et au but du présent Code, eu égard à leurs structures sociales et législatives, y compris par l'adoption d'une législation, d'une réglementation ou d'autres mesures nationales appropriées. Ils devraient rechercher à cette fin, quand ce serait nécessaire, la collaboration de l'OMS, du FISE et d'autres institutions du système des Nations Unies. Les politiques adoptées et les mesures prises au plan national, y compris les lois et les règlements, pour donner effet aux principes et au but du présent Code devraient être rendues publiques, et appliquées sur la même base à tous ceux qui participent à la fabrication et à la commercialisation des produits visés par le présent Code.

11.2 Le contrôle de l'application du présent Code est du ressort des gouvernements agissant individuellement, et collectivement par l'entremise de l'Organisation mondiale de la Santé, comme prévu aux paragraphes 11.6 et 11.7. Les 13 fabricants et distributeurs des produits visés par le présent Code ainsi que les organisations non gouvernementales, les groupements professionnels et les organisations de consommateurs appropriés devraient collaborer avec les gouvernements à cette fin.

11.3 Indépendamment de toute autre mesure prise en vue de la mise en œuvre du présent Code, les fabricants et distributeurs de produits visés par le présent Code devraient se considérer comme tenus de surveiller leurs pratiques de commercialisation conformément aux principes et au but du présent Code, et de faire en sorte que leur conduite à tous les niveaux soit conforme à ces principes et à ce but.

11.4 Les organisations non gouvernementales, les groupements professionnels, les institutions et les individus concernés devraient assumer la responsabilité d'appeler l'attention des fabricants ou distributeurs sur les activités qui seraient incompatibles avec les principes et le

but du présent Code, pour que des mesures appropriées puissent être prises. L'autorité gouvernementale compétente devrait être également informée.

11.5 Les fabricants et les distributeurs en gros des produits visés par le présent Code devraient porter à la connaissance de tous les membres de leur personnel de commercialisation tant le Code que les responsabilités qui en découlent pour eux.

11.6 Conformément à l'article 62 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, les Etats membres informeront annuellement le Directeur général des mesures prises pour donner effet aux principes et au but du présent Code.

11.7 Le Directeur général fera rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé, les années paires, sur la situation en ce qui concerne la mise en œuvre du Code ; sur demande, il fournira un appui technique aux Etats membres préparant une législation ou une réglementation nationale, ou prenant d'autres mesures appropriées pour la mise en œuvre et la promotion des principes et du but du présent Code.

ANNEXE 3 - Mother Friendly

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. *Feed-back sur les rapports annuels des hôpitaux participant au projet « Contrat de formation en allaitement maternel et soins axés sur le développement »* [Version électronique]. Activités 2013-2015. pp 8.

Les conditions « Mother Friendly » retenues par l'OMS/UNICEF et transposées dans la politique des maternités sont :

- Encourager les mères à se faire aider, physiquement et émotionnellement, par les personnes de leur choix, de façon continue pendant le travail et l'accouchement.
- Permettre aux mères de boire et manger léger pendant le travail.
- Encourager les mères à prendre en considération les méthodes non médicamenteuses pour soulager les douleurs, en respectant leurs préférences personnelles.
- Encourager les mères à marcher et bouger pendant le travail et à adopter les positions de leur choix pour la naissance.
- Éviter des procédures invasives comme la rupture des membranes, l'épisiotomie, l'accélération ou l'induction du travail, les délivrances instrumentées ou la césarienne.

ANNEXE 4 – Classification de l'AM selon The Interagency Group for Action in Breastfeeding

Labbok M, Krasovec K. Toward consistency in breastfeeding definitions. *Stud Fam Plann.* 1990 ; 21 (4) : 226-30.

Label	Definition
Exclusive	No other liquid or solid is given to the infant
Almost Exclusive	Vitamins, minerals, water, juice or ritualistic feeds given infrequently in addition to breastfeeds
Partially-high	More than 80% of feeds are breastfeeds
Partially-medium	20-80% of feeds are breastfeeds
Token	Minimal, occasional, irregular, breastfeeds

ANNEXE 5 – Classification de l'AM selon l'OMS

Organisation mondiale de la Santé. Indicateurs servant à évaluer les modes d'allaitement maternel. Genève; 1991. Report No.: WHO/CDD/SER/91.14, Corr. 1.

Mode d'alimentation du nourrisson	Il faut offrir au nourrisson	Il est permis d'offrir au nourrisson	Il n'est pas permis d'offrir au nourrisson
Allaitement maternel exclusif	Lait maternel (y compris du lait exprimé ou du lait de nourrice)	Gouttes, sirops (vitamines, sels minéraux, médicaments)	Quoi que ce soit d'autre
Allaitement maternel prédominant	Lait maternel (y compris du lait exprimé ou de nourrice) comme source principale de nourriture	Liquides (eau et boissons à base d'eau, jus de fruits, SRO), liquides traditionnels et gouttes ou sirops (vitamines, sels minéraux, médicaments)	Quoi que ce soit d'autre (en particulier du lait qui n'est pas d'origine humaine, des liquides à base d'aliments)
Alimentation complétée	Lait maternel et aliments solides ou semi-solides	Tout aliment ou liquide, y compris du lait qui n'est pas d'origine humaine	
Allaitement maternel	Lait maternel	"	
Allaitement au biberon	Tout aliment liquide ou semi-solide contenu dans un biberon	" Lait maternel au biberon également	

ANNEXE 6 – Principales études épidémiologiques consacrées à l'effet de l'AM sur le risque ultérieur de surpoids et d'obésité

BOCQUET A., BRESSON JL., BRIEND A., CHOURAQUI JP., DARMAUN D., DUPONT C., et al. *Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère* [Version électronique]. 2005. pp 36

Auteur Pays	Type d'étude	Age à l'évaluation	Nombre de sujets	Critère d'allai- tement au sein	Résultats (Odds ratio)
Von Kries R, 1999 Allemagne	Rétrospective	5-6 ans	9 357	Allaitement exclusif < 2 mois, 3-5 mois, 6-12 mois, >12 mois	Surpoids : 0,79 Obésité : 0,75 Dose-dépendant
Hediger ML, 2000 Etats-Unis	Rétrospective « NHANES 3 »	8-11 mois 5 ans	7 763	Allaitement exclusif 4 mois	8-11 mois : - 200 g > 11 mois : non significatif
Ravelli, 2000 Pays-Bas	Rétrospective « Dutch Famine »	48-53 ans	625	Allaitement à 10 jours de vie	Non significatif pour l'IMC
Gillman MW, 2001 Etats-Unis	Rétrospective « Growing up today study »	9-14 ans	15 341	Allaitement < 3mois contre > 7 mois	Surpoids : 0,80
J. Armstrong J, 2002 Ecosse	Rétrospective	39-42 mois	32 200	Allaitement exclusif à 6-8 semaines	Obésité : 0,70
Li, 2003 Grande- Bretagne	Rétrospective	8 ans	2 631	Allaitement au sein < 1 semaine, 1 semaine-1 mois, 2-3 mois, 4-6 mois, 7-9 mois, > 9 mois	Non significatif
Toschke AM, 2002 Rép. Tchèque	Rétrospective	6-14 ans	33 768	Allaitement exclusif	Surpoids : 0,80
Bergmann KE, 2003 Allemagne	Prospective	6 ans	1 314	Allaitement exclusif > 2 mois	Surpoids : 0,58
Victora, 2003 Brésil	Prospective	18 ans	2 000	Allaitement prédominant 3 à 5 mois contre autres durées (> 1 mois - > 12 mois)	Surpoids : 0,42 Obésité : 0,38
Parsons, 2003 Grande- Bretagne	Rétrospective	16 ans 33 ans	12 857	Allaitement seul	Non significatif après ajustement des facteurs de confusion
Zadik, 2003 Israël	Prospective	18 ans	961	Allaitement exclusif	Non significatif
Grummer LM, 2004 Etats-Unis	Prospective CDC*	5 ans	189 891	Allaitement au sein contre biberon exclusif pendant 6 à 12 mois >12 mois contre jamais	Surpoids dans la seule population hispanique : 0,70 0,49

* CDC : Center for Disease Control, Atlanta, Georgia, USA

[Sommaire >>](#)

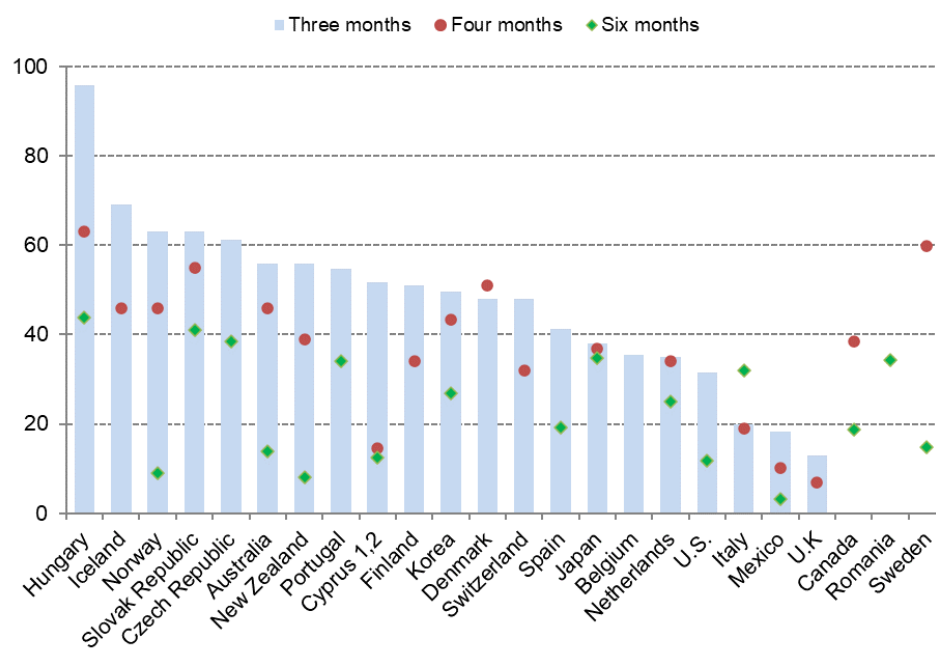
ANNEXE 7 - Taux d'allaitement des enfants allaités en OCDE et UE

OCDE Family database. CO1.5: Breastfeeding rates. 2009 [consulté le 25 mars 2020].

Disponible à l'adresse : <https://www.oecd.org/fr/els/famille/basededonnees.htm>

Year	Country	Proportion of children who were exclusively breastfed at		
		Three months	Four months	Six months
2007	Hungary	95,8	63,1	43,9
2000	Iceland	69,0	46,0	
2006	Norway	63,0	46,0	9,0
2007*	Slovak Republic	63,0	55,0	41,0
2007	Czech Republic	61,2		38,4
2004	Australia	56,0	46,0	14,0
2006/07	New Zealand	56,0	39,0	8,0
2003	Portugal	54,7		34,1
2006	Cyprus 1,2	51,6	14,6	12,4
2005	Finland	51,0	34,0	
2006	Korea	49,6	43,4	26,8
1999/2001	Denmark	48,0	51,0	
1994	Switzerland	48,0	32,0	
2006	Spain	41,2		19,3
2005	Japan	38,0	36,8	34,7
	Belgium	35,4		
2005	Netherlands	35,0	34,0	25,0
2005	U.S.	31,5		11,9
2005	Italy	20,0	19,0	32,0
2006	Mexico	18,4	10,2	3,2
2005	U.K	13,0	7,0	
2003	Canada		38,4	18,7
2005	Romania			34,4
2006	Sweden		59,8	14,9
	OECD - average	47,4	38,9	23,4
	EU- average	49,8	38,4	27,7

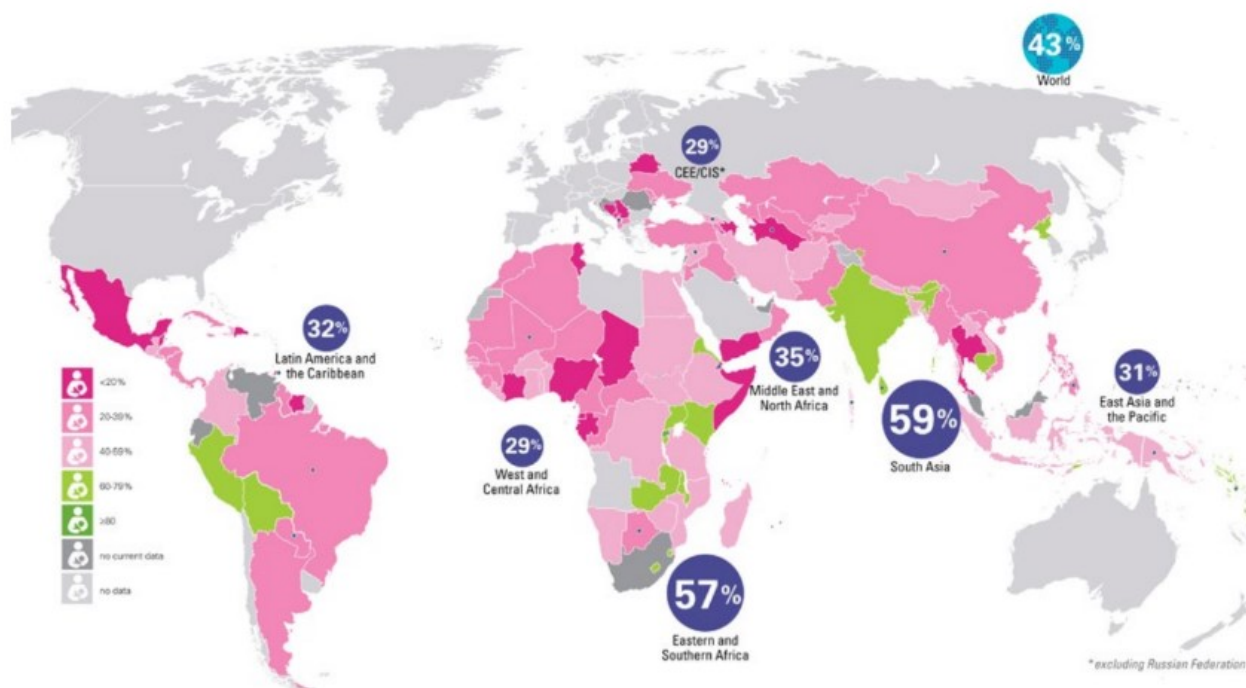
Chart CO1.5.B: Proportion of children who were exclusively breastfed at 3, 4 and 6 months, around 2005



ANNEXE 8 - Taux d'allaitement maternel exclusif mondiaux

UNICEF. *From the first hour of life : Making the case for improved infant and young child feeding everywhere*, 2016. p 43.

Globally, just over two out of five infants are exclusively breastfed



Per cent of infants 0-5 months of age exclusively breastfed, by country and region, 2015

ANNEXE 9 – Questionnaire

SINTE Lydie

UCL Faculté de Santé publique

lydie.sinte@student.uclouvain.be

Responsable de traitement des données : CHU UCL Namur

Délégué à la protection des données : dpo-chu@uclouvain.be

Mademoiselle, Madame, future maman,

Sage-femme et mémorante en santé publique, j’effectue mon travail de fin d’étude sur la thématique de l’allaitement maternel.

Ce questionnaire anonyme (et sans aucune tentative de réidentification) vous est adressé si vous êtes enceinte et si vous êtes suivie au CHU UCL NAMUR, maternités des sites de Dinant et Sainte-Elisabeth. Si vous êtes d’accord, ce questionnaire peut être rempli lors de votre dépistage du diabète de grossesse ou lorsque vous venez faire un monitoring de contrôle. Ensuite, il peut être remis à la sage-femme qui vous l’a distribué.

L’objectif de cette étude est de mieux connaître les connaissances des mamans à propos de l’allaitement maternel. C’est pourquoi je vous sollicite pour répondre à ce questionnaire afin de contribuer à l’amélioration de l’accompagnement concernant l’allaitement maternel. Cela ne vous prendra que quelques minutes. Il est très important que vous répondiez le plus spontanément possible et sans consulter de littérature à ce sujet pendant que vous répondez. Cela pourrait influencer l’analyse.

Je vous remercie d’avance pour le temps que vous me consacrerez et je reste disponible si vous avez la moindre question.

Un tout grand merci, Lydie

- ✓ Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :...../...../20.....
- ✓ Date prévue de l’accouchement :/...../20.....

1. **Maternité où vous accoucherez** (*entourer*) : Dinant - Sainte Elisabeth
2. **Votre âge** :ans
3. **Votre situation professionnelle** : (*cocher 1 réponse*)
 - ☐ Employée
 - ☐ Ouvrière
 - ☐ Indépendante
 - ☐ Fonctionnaire
 - ☐ Étudiante
 - ☐ Mutuelle
 - ☐ Chômage
 - ☐ Autres :
4. **Votre niveau d'études** : (*cocher 1 réponse*)
 - ☐ Primaire
 - ☐ Secondaire générale
 - ☐ Secondaire technique
 - ☐ Secondaire professionnel
 - ☐ Baccalauréat (Graduat)
 - ☐ Universitaire (Licence)
 - ☐ Autres :
5. **Votre origine** : (*cocher 1 réponse*)
 - ☐ Européenne
 - ☐ Africaine
 - ☐ Arabe
 - ☐ Asiatique
 - ☐ Autre :
6. **Votre situation familiale** : (*cocher 1 carré et entourer la proposition adéquate*)
 - ☐ Je vis seule (célibataire – séparée – divorcée)
 - ☐ Je vis en couple (concubinage – cohabitation légale – mariée)
 - ☐ Je vis chez mes parents
 - ☐ Autres :

7. Nombre d'enfant(s) sans compter celui à venir :

	Âge	Type d'allaitement (<i>entourer</i>)	Durée de l'AM	Commentaire(s) sur votre AM
Enfant 1		AM ⁵ exclusif – AM mixte – BIB ⁶		
Enfant 2		AM exclusif – AM mixte – BIB		
Enfant 3		AM exclusif – AM mixte – BIB		
Enfant 4		AM exclusif – AM mixte – BIB		
Enfant 5		AM exclusif – AM mixte – BIB		
Enfant 6		AM exclusif – AM mixte – BIB		

8. Quel professionnel de la santé suit PRINCIPALEMENT votre grossesse : (*cocher 1 réponse*)

- ☐ Gynécologue
- ☐ Sage-femme
- ☐ Médecin traitant
- ☐ Autre :.....

9. Quel autre professionnel de la santé intervient ou interviendra régulièrement au cours de votre grossesse : (*cocher une ou plusieurs proposition(s)*)

- ☐ Sage-femme en parallèle avec votre gynécologue
- ☐ ONE (Travailleuse Médico-Sociale (TMS))
- ☐ Psychologue
- ☐ Assistante sociale
- ☐ Kiné
- ☐ Autres :.....

10. Quelle est la durée d'allaitement maternel recommandée pour vous et votre bébé ? (*cocher 1 réponse*)

- ☐ 2 mois
- ☐ 4 mois
- ☐ 6 mois
- ☐ 12 mois
- ☐ Je ne sais pas

⁵ AM : allaitement maternel (AM exclusif = uniquement le sein – AM mixte = sein + biberon ou sein + lait artificiel)

⁶ BIB : biberon

11. Le peau à peau pratiqué immédiatement après la naissance influence-t-il la mise en route de l'allaitement maternel ? (cocher 1 réponse)

- ☐ Oui
- ☐ Non, le peau à peau n'a aucune influence sur la mise en route de l'allaitement
- ☐ Je ne sais pas

12. Mettre votre bébé au sein dès que possible après la naissance influence-t-il la mise en route de l'AM ? (cocher 1 réponse)

- ☐ Oui
- ☐ Non, mettre au sein précocement n'a aucune influence sur la mise en route de l'allaitement
- ☐ Je ne sais pas

13. Le fait d'être 24h sur 24 avec mon bébé influence-t-il la mise en route de l'allaitement ? (cocher 1 réponse)

- ☐ Oui
- ☐ Non, cela n'a aucune influence sur la mise en route de l'allaitement
- ☐ Je ne sais pas

14. Utiliser une tétine ou une sucette influence-t-il la mise en route de l'allaitement maternel ? (cocher 1 réponse)

- ☐ Oui
- ☐ Non, donner une tétine à mon bébé n'a aucune influence sur la mise en route de l'AM
- ☐ Je ne sais pas

15. Donner un complément de lait artificiel à mon bébé influence-t-il la mise en route de l'AM (cocher 1 réponse)

- ☐ Oui
- ☐ Non, donner un complément n'a aucune influence sur la mise en route de l'allaitement
- ☐ Je ne sais pas

16. Donner le sein à volonté sans restriction de durée ou de fréquence influence-t-il la mise en route de l'AM ? *(cocher 1 réponse)*

- ☐ Oui
- ☐ Non, cela n'a aucune influence sur la mise en route de l'allaitement
- ☐ Je ne sais pas

17. Quels sont les signes d'une succion pouvant témoigner que la tétée est efficace ? *(cocher 1 ou plusieurs propositions)*

- ☐ Bouche grande ouverte et lèvres retroussées
- ☐ Le bébé tète lentement et de façon régulière
- ☐ Le bébé ne doit pas faire de pause
- ☐ Oreille, épaule et hanche sont bien alignés
- ☐ Le bébé déglutit silencieusement et ses joues se creusent
- ☐ Le bébé est bien éveillé et a les yeux ouverts
- ☐ Aucune réponse n'est juste
- ☐ Je ne sais pas

18. La couche de mon bébé est mouillée après presque chaque tétée, cela montre que les tétées sont *(cocher 1 réponse)*

- ☐ Efficaces
- ☐ Inefficaces
- ☐ Aucun rapport avec l'efficacité de la tétée
- ☐ Je ne sais pas

19. Mon bébé est calme après la tétée, cela montre que la tétée est *(cocher 1 réponse)*

- ☐ Efficace
- ☐ Inefficace
- ☐ Aucun rapport avec l'efficacité de la tétée
- ☐ Je ne sais pas

20. Mon bébé se réveille toutes les 2 heures, cela montre que les tétées sont *(cocher 1 réponse)*

- ☐ Efficaces
- ☐ Inefficaces
- ☐ Aucun rapport avec l'efficacité de la tétée
- ☐ Je ne sais pas

21. Les selles de mon bébé sont méconiales (noires) pendant la première semaine de l'allaitement, cela témoigne que les tétées sont *(cocher 1 réponse)*

- ☐ Efficaces
- ☐ Inefficaces
- ☐ Aucun rapport avec l'efficacité de la tétée
- ☐ Je ne sais pas

22. Si j'ai des contractions (arrière-douleur ou tranchées) pendant la mise au sein, cela montre que la tétée est *(cocher 1 réponse)*

- ☐ Efficace
- ☐ Inefficace
- ☐ Aucun rapport avec l'efficacité de la tétée
- ☐ Je ne sais pas

23. Le sein auquel mon bébé a bu est tendu après la tétée, cela montre que la tétée est *(cocher 1 réponse)*

- ☐ Efficace
- ☐ Inefficace
- ☐ Aucun rapport avec l'efficacité de la tétée
- ☐ Je ne sais pas

24. Je ressens une douleur persistante au niveau du mamelon lors des tétées, cela montre que la tétée est *(cocher 1 réponse)*

- ☐ Efficace
- ☐ Inefficace
- ☐ Aucun rapport avec l'efficacité de la tétée
- ☐ Je ne sais pas

25. Mon bébé est somnolant pendant la tétée, cela montre que la tétée est *(cocher 1 réponse)*

- ☐ Efficace
- ☐ Inefficace
- ☐ Aucun rapport avec l'efficacité de la tétée
- ☐ Je ne sais pas

26. Quel est le moment idéal pour donner le sein à mon bébé : (cocher 1 réponse)

- ☐ Lorsqu'il pleure
- ☐ Lorsqu'il s'éveille
- ☐ Lorsqu'il dort
- ☐ Je ne sais pas

27. Quels sont les premiers signes d'éveil qui montrent que votre bébé est prêt pour une mise au sein ? (cocher 1 ou plusieurs proposition(s))

- ☐ Il commence à gesticuler (petits mouvements)
- ☐ Il fait comme s'il tétait dans le vide (bruit de succion)
- ☐ Il pleure
- ☐ Il ouvre les yeux
- ☐ Il tourne la tête et ouvre la bouche
- ☐ Aucune réponse n'est juste
- ☐ Je ne sais pas

28. À propos de la « montée de lait », quelle(s) proposition(s) est/sont justes ?

- ☐ Mettre mon bébé au sein fréquemment permet de l'assouplir
- ☐ Appliquer du chaud ou du froid permet de soulager l'inconfort ressenti pendant la montée de lait
- ☐ Elle survient approximativement 24h après l'accouchement
- ☐ L'extraction manuelle du lait permet d'assouplir le sein
- ☐ Avant la montée de lait, mon bébé n'a pas assez à manger, le lait n'est pas assez riche
- ☐ C'est le seul moment où mon lait se modifie au niveau de sa composition
- ☐ Aucune de ces réponses n'est correcte

29. À propos de la fatigue et de votre sommeil pendant la durée de votre allaitement, quelle(s) proposition(s) est/sont juste(s) ?

- ☐ Il est préférable de dormir des nuits complètes
- ☐ Il est conseillé de réaliser des siestes la journée (micro-sieste comprises)
- ☐ Il est recommandé de dormir au moins 4h d'affilée lorsque je m'endors
- ☐ Il est possible d'allaiter couchée dans mon lit
- ☐ Aucune des propositions ci-dessus n'est juste

30. Quelle est l'attitude à adopter si j'observe un début de crevasse ou de gerçure au niveau du mamelon ? (cocher 1 ou plusieurs proposition(s))

- ☐ Il faut stopper la mise au sein du côté douloureux
- ☐ Il faut revoir et corriger la position de mon bébé lorsqu'il est au sein
- ☐ Après chaque tétée, il est efficace d'étaler une goutte de lait sur mon mamelon
- ☐ Il faut utiliser systématiquement une tétérèlle (bout de sein en plastique)
- ☐ Il faut varier systématiquement les positions au sein pour prévenir l'apparition des crevasses
- ☐ Je ne sais pas

31. Pendant l'allaitement : (cocher 1 ou plusieurs proposition(s))

- ☐ Il faut suivre un régime particulier
- ☐ On peut manger de tout
- ☐ On peut consommer de l'alcool, ce n'est pas interdit
- ☐ Il est déconseillé de consommer du café de façon excessive
- ☐ Il faut manger pour deux
- ☐ Je perds du poids

32. Quels sont les avantages de l'allaitement maternel pour votre bébé : (entourer oui ou non)

- ❖ L'AM permet une prévention contre les infections : OUI NON
- ❖ L'AM permet une prévention contre les allergies : OUI NON
- ❖ L'AM permet une prévention contre l'obésité : OUI NON
- ❖ L'AM permet une prévention contre le diabète : OUI NON
- ❖ L'AM améliore le développement intellectuel et psychomoteur de mon bébé : OUI
NON

33. Quels sont les avantages de l'allaitement maternel pour vous : (entourer oui ou non)

- ❖ L'AM permet de perdre du poids à long terme : OUI NON
- ❖ Pas de règles pendant l'AM : OUI NON
- ❖ L'AM est économique : OUI NON
- ❖ L'AM est plus écologique que le biberon : OUI NON
- ❖ L'AM diminue le risque du cancer du sein : OUI NON
- ❖ L'AM diminue le risque d'infections génitales : OUI NON
- ❖ L'AM diminue le risque d'anémie (manque de fer dans le sang) : OUI NON

34. Pensez-vous que votre lait soit suffisamment riche pour votre bébé ? : OUI NON

(entourer oui ou non)

35. Par quel(s) moyens avez-vous reçu/trouvé de l'information au sujet de l'allaitement maternel ?

(cocher 1 ou plusieurs propositions)

- ☐ Famille, amis, entourage, etc. Qui ?.....
- ☐ Brochure, revue, magazine, livre, etc. Lesquels ?.....
- ☐ Internet. Quels sites ?.....
- ☐ Professionnel de la santé. Lesquels ?.....

36. Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance pour cette grossesse ?

- ☐ Oui, je participe à celles organisées par la maternité
- ☐ Oui, avec une sage-femme indépendante, en dehors de l'hôpital
- ☐ Non

36.1. Si oui, avez-vous reçu des informations sur l'allaitement maternel ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

36.1.1. Si oui, ces informations vous ont-elles suffisamment bien préparées à l'allaitement maternel ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

36.1.1.1. Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

37. Avez-vous (ou allez-vous) consulter une sage-femme consultante en lactation pendant votre grossesse pour une consultation individuelle pour vous informer au sujet de l'allaitement maternel?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas encore
- ☐ Je prendrai d'office rendez-vous après mon accouchement
- ☐ Je prendrai rendez-vous uniquement si je rencontre des difficultés avec mon allaitement

38. Selon votre expérience ou vos recommandations, qu'est-ce que la maternité pourrait mettre en place ou améliorer pour que l'information donnée au sujet de l'allaitement maternel en prénatal soit optimale ?

.....

.....

.....

.....

.....

ANNEXE 10 – Tableau résumant l'ensemble des facteurs d'influence de l'AM

NOIRHOMME-RENARD F., NOIRHOMME Q. 2009. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 22(3), p. 114

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

ANNEXE 11 – Signes d'éveil du nouveau-né

LA LECHE LEAGUE France. Allaitement à la demande, allaitement aux signes d'éveil. 2009 [consulté le 15 avril 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/feuillets-de-lll-france/998-allaitement-aux-signes-deveil-allaitement-a-la-demande>



ANNEXE 12 – Recommandations de l’OMS pendant la grossesse

OMS. Nutrition. *Dix mesures en faveur d’un allaitement maternel réussi* – infographies. (s.d).

Disponible à l’adresse : <https://www.who.int/nutrition/bfhi/infographics/fr/>.



Dinant

- Idées reçues
- Physiologie de l'AM
- Evolution du lait
- Fabrication
- Alimentation de la maman
- Avantages pour le bébé
- Avantages pour la maman
- Inconvénients
- Désagréments
- Tétée d'accueil
- Pratique de l'AM
- Mise au sein
- Les positions
- Signe d'une tétée efficace
- Signe d'un bébé bien nourri
- Recommandations
- Massage et expression manuelle
- Tire lait
- Conservation du lait

Namur

Accueil

- Connaître les intentions des participantes : désir ou hésitation pour orienter le contenu
- Distribution des documents de l'allaitement divers

Petit historique de l'allaitement

Avantages de l'allaitement maternel

- Pour la mère
- Pour l'enfant

Peau à peau et tétée d'accueil

Evolution de l'allaitement durant le séjour

- Allaitement à l'éveil, expression manuelle, fréquence et durée de la tétée, la nuit de chambard, la montée de lait,

Quelques difficultés et leurs traitements

- les crevasses et leurs traitements
- le tire-lait : indications et mode d'emploi
- gobelet, DAL, biberon
- sucette, téterelles, complément de lait maternel

Questions- réponses

Partie pratique (avec une poupée et un sein)

- positions de mise aux seins : madone, madone inversée, ballon de rugby couché ou assis, couchée
- bonne prise du sein : repères et physiologie

Les avantages de l'allaitement maternel

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

"Si chaque enfant était mis au sein dans l'heure qui suit la naissance, si on ne lui donnait que du lait maternel pendant les six premiers mois et si l'allaitement maternel était maintenu jusqu'à l'âge de deux ans, on sauverait près de 800 000 vies d'enfants chaque année."

Pour le bébé



Une meilleure immunité
L'allaitement transmet au bébé les anticorps de la mère et améliore donc les défenses immunitaires de l'enfant, tel un bagage pour la vie.



Une meilleure santé à l'âge adulte
Les enfants allaités ont moins de risque d'obésité, de maladie chronique (maladie de Crohn, diabète, leucémie...) et d'hospitalisation une fois adultes.



De meilleurs indicateurs biologiques
L'allaitement diminue le risque d'hypertension chez l'enfant, mais aussi le taux de mauvais cholestérol.



De meilleurs résultats intellectuels
L'allaitement serait bénéfique pour le quotient intellectuel (QI) de l'enfant et augmenterait donc son niveau de scolarité.



Un lait sur-mesure pour bébé
Le lait sécrété par la mère est adapté aux besoins de son bébé et contribue à son développement physique et intellectuel.

Pour la maman



Une effet contraceptif presque total
L'allaitement durant les 6 premiers mois suivant l'accouchement assure 98% de protection contre une nouvelle grossesse.



Un effet anti-cancer
L'allaitement maternel diminue significativement le risque de cancer du sein et de l'ovaire chez la mère.



Un effet minceur
L'allaitement est bon pour la ligne : il aide à retrouver son poids d'avant la grossesse et lutte contre l'obésité maternelle.



Un moyen de lutte contre le VIH/Sida
L'enfant est davantage protégé s'il est allaité et que la mère prend parallèlement un traitement antirétroviral contre le VIH.



Un lien mère-enfant plus fort
L'allaitement favorise l'attachement mère-enfant grâce au contact de la peau et à la sécrétion d'ocytocine, hormone de l'attachement et de l'amour par excellence. L'allaitement diminue aussi le stress de la mère.

Source : site internet de l'OMS
(<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/fr/>)

Infographie : Hélène Bour pour topsante.com



LABEL IHAB

HÔPITAL AMI DES BÉBÉS

En Belgique, une grande majorité des futures mères projettent d'allaiter leur enfant, et la moitié renoncerait dès les premières semaines faute de conseils ou d'accompagnement. Le personnel médical et paramédical de nos maternités s'engage par la démarche « Hôpital Ami des Bébé » à assurer aux parents et à leur enfant une politique d'accompagnement et d'allaitement.

VOICI LES 10 RECOMMANDATIONS QUI CONCRÉTISENT CET ENGAGEMENT.

- L'adoption d'une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
- La formation de tous les personnels soignants afin de mettre en œuvre cette politique.
- L'information à toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
- Le peau à peau dès la naissance, d'une durée d'une heure minimum, si les conditions le permettent. L'aide aux mères pour allaiter leur enfant peu après la naissance ; leur encouragement à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter.
- Les conseils aux mères pour pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
- La garantie de ne donner au nouveau-né aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale ; Le respect de l'interdiction de la promotion et de la distribution des substituts de lait maternel et des biberons, tétines et sucettes ; Les informations sur les différentes méthodes d'allaitement autres que le biberon.
- La présence du nouveau-né 24h/24 auprès de sa mère.
- L'encouragement à l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
- Les explications sur les inconvénients des tétines et des sucettes lors de l'allaitement au sein.
- L'encouragement à 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.

chuuclnamur.be

f in t YouTube i



ANNEXE 16 – Exemple de support pour illustrer les positions d'AM

<https://www.pinterest.co.uk/pin/827817975241768762/>

6 POSITIONS POUR ALLAITER



Placer bébé, ventre contre vous

Oreille, épaule et hanche de bébé sur une même ligne droite

Sa bouche doit recouvrir toute l'aréole du sein et son menton être en contact

✓

✗

Les positions pour allaiter

En berceau

Position assise ou debout
Un oreiller rend l'allaitement plus confortable
Recommandée pour un nouveau-né

Ballon de rugby

Position assise
Placer un coussin pour caler votre bras
Recommandée après une césarienne



Allongée, sur le côté

Position allongée
Très relaxant et reposant pour la maman
Recommandée pour allaiter la nuit



En cavalier

Position assise
Vous gagnez en liberté de mouvements
Recommandée avec des bébés plus grands



Biological Nurturing

Position semi-assise
La plus naturelle pour le bébé
Recommandée si vous avez mal au dos



En berceau croisé

Position assise
À privilégier pour un bébé peu tonique
Recommandée pour les premiers jours

! Avec un bébé souffrant de reflux, **privilégier la position verticale** pendant et après la tétée

