

Année 2017

2017 TOU3 1012

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue
publiquement par

Cécile MALATERRE PROTAIS

Le 23 Février 2017

**ALLAITEMENT MATERNEL ET SEVRAGE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE :
REVUE NARRATIVE SUR LES FACTEURS LIÉS À UNE DURÉE D'ALLAITEMENT
MATERNEL INFÉRIEURE AUX RECOMMANDATIONS**

Directeur de thèse :
Docteur Michel BISMUTH

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ	Président
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU	Assesseur
Monsieur le Docteur Michel BISMUTH	Assesseur
Madame le Docteur Leila LATROUS	Assesseur
Monsieur le Docteur Damien DRIOT	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

Doyen : D. CARRIE

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

Professeur Associé de Médecine Générale
POUTRAIN Jean-Christophe

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. MONTOYA Richard	Physiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. VERGEZ François	Hématologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie		

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M. BISMUTH Serge

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Mme ESCOURROU Brigitte

Médecine Générale

Médecine Générale

Médecine Générale

Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

À Monsieur Le Professeur Pierre Mesthé,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci pour l'intérêt que vous portez à ma recherche. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

À mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Michel Bismuth,

Un immense merci pour votre confiance dans mon travail, qui m'a encouragée avant tout puis poussée à donner le meilleur pour que ma thèse aboutisse aujourd'hui, merci pour votre disponibilité et vos conseils avisés qui m'ont guidée et permis de mener à bien ce travail.

À Madame le Docteur Brigitte Escourrou,

Je vous remercie également chaleureusement pour la confiance et la bienveillance que vous avez accordées aux étudiants tout au long de l'internat et que vous m'avez accordées plus personnellement encore depuis la soutenance de mon mémoire. Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail.

À Madame le Docteur Leïla Latrous,

Tes enseignements, ta confiance, ton soutien et ta présence lors de mon SASPAS furent plus qu'enrichissants pour moi. En acceptant de juger mon travail de thèse, c'est un grand honneur que tu me fais, reçois l'assurance de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Damien Driot,

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail, et à la recherche en général, je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail. Avec tout mon respect.

À tous mes maîtres de stage depuis l'hôpital de Lavaur avec Messieurs les docteurs Vantaux et Du Reau jusqu'à Madame le docteur Pariente à la PASS de la Grave, en passant par Messieurs les docteurs Castadère, Crespy, Prevot et Lacroix et Mesdames les docteurs Gauvrit, Latrous et Cambril ainsi que l'équipe de psychiatrie de Maurice Dide et des urgences de Purpan et l'équipe du Ceggid, je suis reconnaissante de la formation que vous m'avez apportée.

À mes tuteurs durant le DES, notamment au Dr Collé, merci pour l'aide rigoureuse que vous m'avez apportée lors de mon mémoire qui a pu mener à ce travail de thèse.

À tous ceux qui défendent la formation des internes de médecine générale à Toulouse, et ailleurs, merci de l'élever à ce niveau de qualité.

À ma famille,

Avant tout à Etienne, mon époux : Merci pour le oui et tout ce qui s'en est suivi, merci aussi pour tout ce qu'il y a eu avant, merci pour nos beaux-projets que j'ai hâte de réaliser, mais aujourd'hui plus particulièrement merci pour ta patience face à ces longues années de médecine et ton soutien tout à long de mon travail, cette thèse, tu la mérites aussi !

À mes parents, mon père tout fier, et ma mère fidèle lectrice de mes travaux plus ou moins compréhensibles ! Merci pour tout ce que vous m'avez donné pour que j'en arrive ici, notamment cette éducation si généreuse, j'espère pouvoir manifester autant de générosité à mon tour envers mes proches et mes patients.

À mes trois sœurs, vous qui m'êtes si chères, merci pour ce qu'on a vécu ensemble et cette complicité que nous prendrons soin de préserver ! Une note spéciale aujourd'hui pour celle qui est déjà maman et intarissable sur le sujet de l'allaitement, pour la petite fée des mots d'encouragement et enfin pour celle qui m'a si souvent épaulée et sur qui je sais que je pourrai toujours compter !

Merci à mes beaux-parents et ma belle-famille, vous êtes d'un grand soutien ! Emmanuel, tu m'as dit un jour qu'un médecin doit prendre garde à rester humble face à son patient, ne pas oublier qu'il a la même valeur que lui et n'a de plus que lui qu'un peu de connaissance à mettre à son service. Ce conseil, et tous les autres, m'ont bien portée, je t'en remercie.

À mes grands-parents, qui m'ont toujours encouragée dans cette voie.

À mes amis et amies de toujours, aux amis rencontrés à la faculté de Marseille ou de Toulouse ... Partager les projets des uns et des autres est une belle aventure, merci d'avoir partagé les miens et continuons de croiser nos chemins pour de nouvelles aventures toujours plus belles !

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION :	2
MATERIEL ET METHODE :	3
RESULTATS :	5
1. Sélection des articles :	5
2. Résultats principaux des études :	5
DISCUSSION	21
1. Concernant les facteurs non modifiables :	21
a. Facteurs liés à la mère :	21
b. Facteurs liés au nourrisson :	23
c. Facteurs liés à l'entourage du couple mère-enfant :	23
d. Facteurs liés au système de santé ou aux politiques de santé :	24
2. Concernant les facteurs modifiables.....	25
a. Facteurs liés à la mère :	25
b. Facteurs liés à l'entourage du couple mère-enfant :	27
c. Facteurs liés à l'enfant :	28
d. Facteurs liés au système de santé ou à la politique de santé :	30
e. Facteurs liés à la pratique de l'AM :	31
3. Limites, biais et forces de l'étude :	36
4. Applicabilité dans la pratique clinique :	39
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE :	43
ANNEXE 1 : Cadre nosologique du tarissement du lait	48
ANNEXE 2 : Bénéfices et contre-indications de l'AM pour la mère et l'enfant :.....	50
ANNEXE 3 : Guide à l'usage des médecins généralistes : Typologie des mères "à risque d'AM difficile ou de sevrage précoce"	51
ANNEXE 4 : Guide à l'usage des médecins généralistes : Propositions de prise en charge ciblée en soins primaires selon les facteurs identifiés	52

INTRODUCTION :

En raison de ses avantages pour la santé de l'enfant, mais également celle de sa mère, les recommandations internationales (OMS(1),(2)) préconisent l'allaitement maternel (AM) de façon exclusive jusqu'à 6 mois depuis 2001. En France, le programme national nutrition santé (PNNS)(3) recommande depuis 2002 l'allaitement maternel « de façon exclusive » jusqu'à 6 mois, et au moins jusqu'à 4 mois pour un bénéfice santé. Il préconise également d'augmenter le taux d'initiation de l'allaitement maternel à la maternité et d'augmenter sa durée en le poursuivant si possible après 6 mois y compris pendant la diversification alimentaire.

En soins primaires, nous sommes fréquemment confrontés à prendre en charge des mères n'ayant pas réussi à poursuivre l'AM aussi longtemps qu'elles l'auraient désiré ainsi qu'à des mères qui allaitent et se plaignent de difficultés à persévérer dans l'AM, de tarissement du lait, ou encore à des mères demandant des conseils pour bien réussir et faire durer leur allaitement le plus longtemps possible.

Nous avons donc pris conscience que l'AM qui paraît chose naturelle n'est en fin de compte pas si simple et étudier les facteurs qui limitent l'AM nous a semblé pertinent d'autant que l'AM en France est encore insuffisamment répandu et interrompu précocement. Les taux et les durées d'AM, bien qu'en augmentation, se situent bien en deçà des recommandations de l'OMS et seraient même parmi les plus faibles d'Europe (4). La durée médiane d'AM serait de 15 à 17 semaines (soit 3mois et demi – 4 mois) et le taux d'AM à 6 mois de seulement 19% à 23%. (5) et (6).

Nous nous sommes posé la question de savoir pourquoi des taux et des durées d'allaitement si inférieurs aux recommandations nationales et internationales, d'autant plus que certains de nos voisins de l'UE semblent obtenir de meilleurs résultats ?

Dans la littérature, on retrouve des travaux portant sur la durée d'AM et sur certains facteurs liés à l'interruption ou bien à la poursuite de l'AM cependant il y a très peu de revues de littérature sur ce sujet et encore moins en ce qui concerne la France.

Nous avons donc décidé de réaliser une revue narrative de la littérature étudiant les facteurs liés à l'allaitement maternel parmi les couples mère/enfant de 0 à 12 mois du post-partum.

L'objectif principal de cette étude est donc de déterminer les facteurs influençant la durée de l'allaitement en France, afin de mieux comprendre ces mères qui allaitent et de mieux les conseiller dans leurs difficultés.

MATERIEL ET METHODE :

Pour répondre à notre objectif principal, nous avons donc choisi d'effectuer une revue narrative de la littérature portant sur les couples mère/enfant de 0 à 12 mois et plus précisément sur les caractéristiques sociodémographiques du foyer, les comorbidités maternelles ou infantiles, les différentes pratiques de l'AM ou encore les contraintes du système de santé retentissant sur le foyer afin d'évaluer si ces facteurs entraînent une modification de la durée de l'AM (prolongation ou sevrage plus précoce).

La revue de la littérature a été conduite sur les bases de données suivantes : PUBMED, SUDOC et BDSP entre janvier et décembre 2016.

Les critères de sélection des articles étaient les suivants :

- Études menées en France métropolitaine
- Publiées après le 01/01/2000
- Rédigées en anglais ou en français
- Types d'études : Revues de la littérature, études observationnelles analytiques prospectives ou rétrospectives, études descriptives si elles revêtaient également une dimension analytique.
- Ayant pour objectif principal ou secondaire d'étudier les facteurs liés à la durée de l'allaitement maternel
- Portant sur les couples mère / enfant entre la sortie de la maternité et 12 mois de vie du nourrisson.

Les équations de recherche comportaient les termes suivant :

Allaitement maternel, sevrage et durée. Le mot « durée » étant un « mot-vide » non répertorié dans la plupart des bases de données, les équations variaient selon la base de données.

Ainsi, sur PUBMED, l'équation était la suivante : « ("Breast Feeding"[Majr] OR "Weaning"[Majr]) AND "France"[Mesh] ». Étant donné que le concept de durée n'existait pas dans cette base de données, nous ne l'avons pas utilisé. Choisir « OU » dans la première partie de l'équation permettait d'élargir l'équation de recherche afin de ne pas méconnaître un article parlant de l'AM ou du sevrage. L'ajout du terme « "France"[Mesh] » permettait de cibler les études réalisées en France. Le filtre suivant a été ajouté : publication après le 01/01/2000.

Sur BDSP, l'équation était la suivante : « (Mcl= ([allaitement maternel] ET [sevrage])) OU (Mcl=[allaitement maternel] ET durée) ». Étant donné que la plupart des publications de la BDSP concernent la France, il n'était pas nécessaire d'ajouter ce mot-clef. Afin d'augmenter la sensibilité du recueil des articles, la recherche du mot « durée » dans tous les champs du texte a été ajoutée.

Sur SUDOC, l'absence de thésaurus a rendu l'équation de recherche plus libre : (Allaitement maternel ET sevrage) OU (Allaitement maternel ET durée). Les articles publiés avant 2000 ont été exclus manuellement.

Les critères d'exclusion après lecture des titres, résumés ou articles en intégralité :

- Thème trop éloigné, notamment
 - Études qui n'étudiaient pas les facteurs liés à l'AM
 - Études qui étudiaient seulement les facteurs liés à l'initiation de l'AM
- Études menées ailleurs qu'en France, y compris les revues de la littérature qui étudiaient les facteurs liés à l'AM dans plusieurs pays, sans se restreindre à la France
- La qualité des articles a été évaluée par une grille de lecture méthodologique : la grille STROBE, adaptée aux études observationnelles. Seuls les articles dont le score de STROBE était strictement supérieur à 11/22 étaient retenus. Ce seuil a été choisi parce qu'il s'agissait de la note « moyenne ». Néanmoins les articles en dessous de ce score ont été étudiés et l'insuffisance de leur qualité méthodologique et de leur pertinence devait être confirmée.

Un article a été ajouté à l'étude à partir des sources des premiers articles.

Pour chaque étude analysée, était recherché notamment : le ou les objectifs de l'étude, le type d'étude, la population analysée avec la taille de l'échantillon, la date de réalisation de l'étude, son lieu, la durée de suivi de la cohorte, les principaux résultats, et les limites et forces de l'étude.

La recherche a également été complétée de différentes recommandations pour la pratique clinique provenant des sociétés savantes : OMS, HAS, ainsi que d'articles en accès libre sur internet du PNNS, de l'INPES, de la leche league ...

RESULTATS :

1. Sélection des articles :

Identification : Les recherches sur les trois bases de données ont donc permis de retrouver 290 résultats.

Sélection : Après élimination des doublons, 257 travaux ont été étudiés sur leur titre et/ou résumé.

Sur PUBMED, 52 articles ont été éliminés à la lecture du titre ou de leur résumé car ils n'étudiaient pas les facteurs liés à la durée de l'AM, parce que le type d'étude ne répondait pas aux facteurs d'inclusion (ex : plan d'action...) ou parce qu'ils n'étaient pas conduits en France.

Sur BDSP, 60 ont été écartées à leur tour pour les mêmes raisons.

Sur SUDOC, le filtre « date de publication après le 01/01/2000 » n'ayant pu être activé, 31 mémoires ou thèses ont été écartés manuellement pour ce motif, puis 75 car ils n'étudiaient pas les facteurs liés à la durée de l'AM, puis 8 thèses ont été gardées et 13 autres écartées devant leur qualité et leur pertinence insuffisante.

Eligibilité : 26 travaux ont donc été lus en intégralité et évalués par la grille méthodologique STROBE. 4 articles dont le score était inférieur ou égal à 11 ont été écartés. Par ailleurs, il s'agissait d'articles que nous avons jugé de faible pertinence pour notre étude de par leur biais méthodologique et la faiblesse de leurs résultats.

Une étude a encore été éliminée à ce stade car contrairement à ce que laissait sous-entendre le résumé elle n'étudiait que les facteurs liés à l'initiation de l'AM et non à sa durée.

Ainsi, 22 articles, thèses ou mémoires, ont été inclus dans notre étude, comme le montre la figure 1.

2. Résultats principaux des études :

Les 22 articles/thèses ou mémoires sont présentés dans le tableau 1 avec leurs principaux résultats, leurs points forts et leurs limites. Ils sont classés selon leur score de qualité en fonction de la grille STROBE. Pour notre étude, le score moyen de STROBE est de 16,9/22.

Les travaux de Salanave B, et al. « Durée de l'allaitement maternel en France » (6) et « Taux d'AM à la maternité et à un mois »(7) portent sur la même cohorte, les résultats sont les mêmes. La seconde étude (7) ne présentant que les taux d'AM selon les caractéristiques des mères à un

mois alors que la première (6) présente les même résultats mais présente aussi les taux d'AM selon les caractéristiques des mères avec une durée de suivi de 12 mois. Ces deux travaux sont donc présentés dans la même ligne du tableau 1.

Il en est de même pour les travaux de Branger B, Dinot-Mariau L, Lemoine N, Godon N et al. parus en 2012 : « Durée d'allaitement maternel et facteurs de risque d'arrêt d'allaitement : évaluation dans 15 maternités du réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire »(8) et le mémoire d'obtention du diplôme de sage-femme de N. Lemoine présenté en 2009 « Durée de l'allaitement maternel jusqu'à six mois dans quinze maternités des Pays de la Loire »(9) qui concernent donc la même cohorte et présentent les mêmes résultats principaux. Ces deux travaux seront donc présentés dans la même ligne du tableau 1. En revanche, en ce qui concerne le travail de thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine « Rôle des médecins généralistes dans la durée de l'allaitement maternel: enquête prospective sur 6 mois dans 15 maternités des Pays de la Loire »(10), Lucie Mariau-Dinot étudie la même cohorte avec des objectifs légèrement différents, ses résultats principaux ne sont alors plus les mêmes, ils seront donc présentés dans une ligne à part de notre tableau.

Notre recherche n'ayant retrouvé aucune revue de la littérature ne portant que sur la France, les études analysées sont toutes des études épidémiologiques, soit comparatives observationnelles, pour deux d'entre elles ; soit descriptives avec un objectif secondaire analytique, pour les vingt autres. Seulement dix des vingt-deux études prenaient en compte les facteurs de confusion par l'utilisation d'analyses multivariées.

Figure 1: diagramme de flux

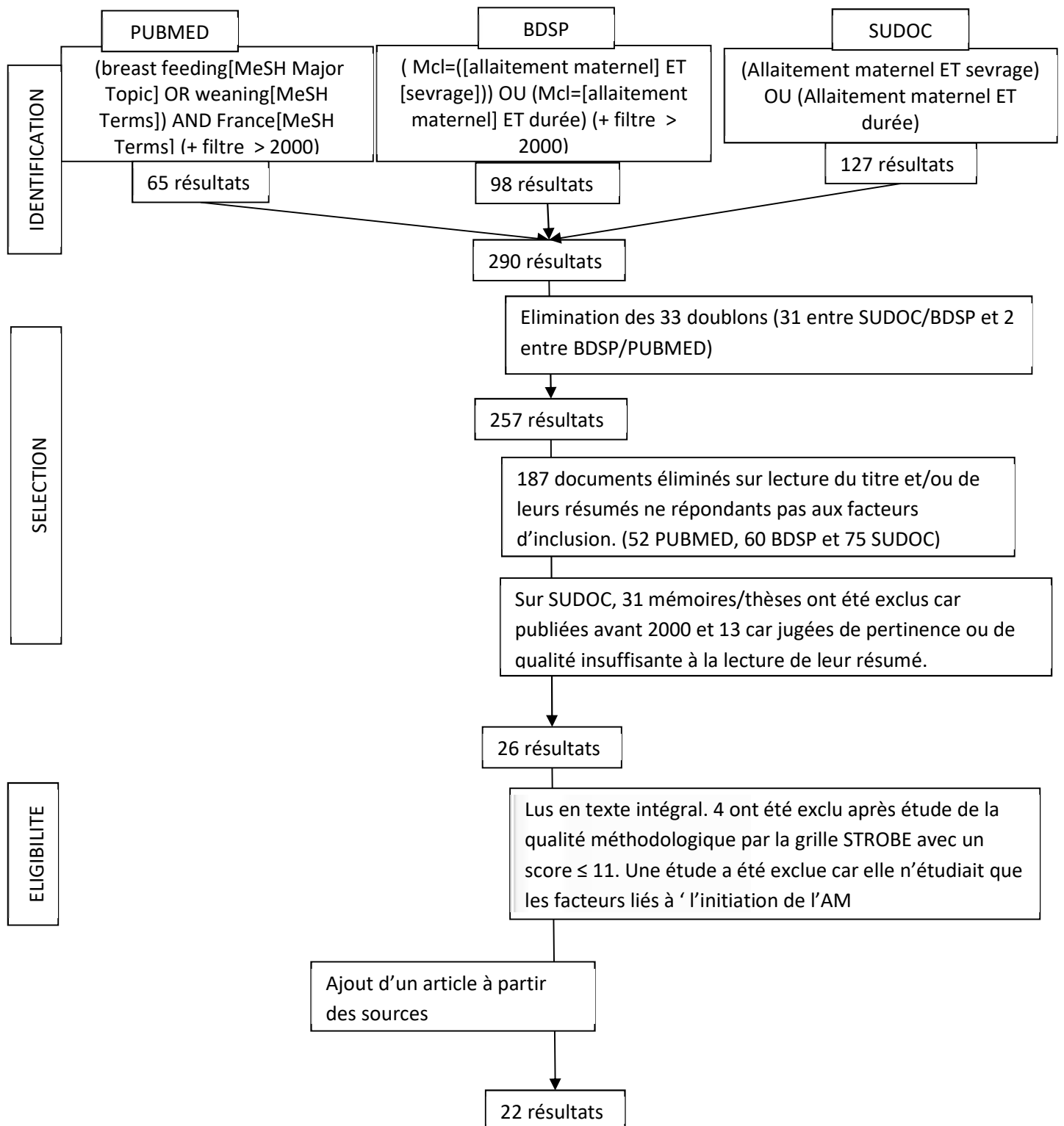


Tableau 1: analyse des 22 articles/thèse ou mémoires

<u>Nom de l'étude et des auteurs</u>	<u>Objectifs de l'étude</u>	<u>Type d'étude</u>	<u>Taille de l'échantillon, date, lieu et durée du suivi</u>	<u>Principaux résultats</u>	<u>Points forts</u>	<u>Limites</u>
1. Courtois E, Facteurs associés à la poursuite de l'allaitement jusqu'à 6 mois chez les mères allaitantes dans une maternité parisienne. (11)	Objectif I : Déterminer le taux d'AM à 6 mois, objectif II : Identifier les facteurs sociodémographiques, psychosociaux et relationnels qui influent sur ce type d'allaitement	Étude descriptive, prospective, objectif secondaire analytique	-247 couples mère/enfant -service de gynécologie obstétrique parisien - suivi 6 mois - 2010	Ainsi, les facteurs liés significativement à la poursuite de l' AM à 6 mois sont: (↑) - La présence d'une détermination à allaiter - Une sensibilité maternelle élevée à 48h - L'absence de difficultés à téter du nourrisson à 48H - L'absence d'introduction de lait commercial avant 3 mois - La présence d'une anxiété maternelle à 48h	-STROBE = 21/22 - Étude de l'anxiété et de la sensibilité maternelle (rare) -Analyse multivariée	- Étude monocentrique, échantillon de « faible » envergure et perdus de vue (247 initialement et seulement 134 à 6 mois) -> peu généralisable - Type d'étude et objectif principal descriptif, l'analyse des facteurs liés à la durée de l'AM étant seulement un objectif secondaire → ne permet pas d'affirmer de lien de causalité
2. Cambonie G, Early postpartum discharge and breastfeeding: An observational study from France(12)	Évaluer l'influence de la sortie précoce de la maternité sur le taux d'allaitement à 10 semaines	Étude observationnelle, analytique, prospective (E/NE)	-135 femmes - CHU Montpellier - suivi 10 semaines - 2006	Ainsi le résultats principal de cette étude est le suivant : Il n'y a pas de différence statistiquement significative sur l'AM à 10 semaines entre les femmes ayant bénéficié d'une hospitalisation avec sortie précoce par rapport à celles ayant bénéficié d'une hospitalisation conventionnelle.	-STROBE = 21/22 - Type d'étude E/NE, bien menée, -Recueil ciblé sur un facteur -Prise en compte des facteurs de confusions, appariement	- Étude monocentrique, échantillon de « faible » importance et peu représentatif : 135 femmes ayant choisi un AM exclusif à la maternité au CHU de Montpellier, dont 45 ayant choisi pendant la grossesse une hospitalisation courte. - Durée de suivi courte - Pertinence clinique faible
3. Laborde L, Breastfeeding outcomes with or without home access to	Objectif I : estimer le pourcentage de femmes allaitantes ayant accès aux e-	Étude descriptive, prospective, objectif secondaire analytique	-550 femmes - 9 maternités françaises volontaires pour l'étude - Suivi 6 mois	Ainsi le résultats principal de cette étude est le suivant : Après ajustement, il n'y a pas de différence statistiquement significative sur la durée d'AM entre les femmes ayant accès ou non aux e-tecnologies	-STROBE 21/22 - Prise en compte des facteurs de confusion, analyse multivariée	- Type d'étude et objectif principal descriptif, l'analyse des facteurs liés à la durée de l'AM étant seulement un objectif secondaire → ne permet

<u>Nom de l'étude et des auteurs</u>	<u>Objectifs de l'étude</u>	<u>Type d'étude</u>	<u>Taille de l'échantillon, date, lieu et durée du suivi</u>	<u>Principaux résultats</u>	<u>Points forts</u>	<u>Limites</u>
e-technologies. (13)	technologies. Objectif II : Comparer les taux d'AM en fonction de cet accès		- 2005		-recueil ciblé sur un seul facteur - suivi 6 mois -multicentrique	pas d'affirmer de lien de causalité
4. Callendret M et al. Observance des pratiques professionnelles recommandées en maternité et réduction du risque de sevrage de l'allaitement maternel dans les six premiers mois de vie(14)	Déterminer s'il existe un lien entre l'observance des pratiques professionnelles recommandées en maternité et le risque de sevrage au cours des six premiers mois.	Étude descriptive, Analyse « had hoc », à posteriori des données d'une cohorte prospective	-908 couples mère/enfant -8 maternités d'Aquitaine, Picardie et Rhône-Alpes -2005 et 2006 -Suivi 6 mois	Ainsi, une association significative est mise en évidence entre l'observance d'un nombre croissant de pratiques professionnelles et l'augmentation de la durée de l'AM (↑) Une association significative est également retrouvée entre l'augmentation de la durée de l'AM et l'observance de deux des pratiques professionnelles observées (↑) : - Éviction d'une tétine - Exclusion d'autre apport que le lait maternel	-STROBE = 20/22 -Suivi 6 mois - Recueil prospectif ciblé sur l'observance des pratiques professionnelles -multicentrique - analyse multivariée	-Analyse had hoc des données d'une étude originale -> facteurs de confusions et biais de recrutements probable - Biais de perdu de vus. - Type d'étude et objectif principal descriptif → pas de réel lien de causalité
5 et 6. Salanave B, et al. (EPIFANE 2012). Durée de l'allaitement maternel en France (6) et Taux d'AM à la maternité et à un mois (7)	Objectif I : Évaluer les taux d'AM de la naissance à 12 mois, Objectif II : déterminer leur lien avec les caractéristiques des mères et les circonstances d'accouchement	Épidémiologique, Descriptive, Prospective (longitudinale ou de cohorte) avec objectif secondaire analytique	-3365 nourrissons, -136 maternités de France (tirage au sort stratifié), -ja-av 2012. -Suivi 12 mois	Facteurs augmentant l'AM à la naissance et/ou au cours des 12 premiers mois : (↑) - Age - Statut marital - Mère née à l'étranger - Absence de tabagisme - Perception positive du conjoint de l'AM - Niveau d'études de la mère > baccalauréat - Contact peau à peau avec le bébé < H1 - Participation aux cours de préparation à la naissance - Accouchement par voie basse - IMC entre 18,5 et 25 - Grossesse simple VS multiple - Multiparité - Poids de naissance > 2500	-STROBE = 18/22 -Large échantillon :3365 -Suivi sur 12 mois -Récent : 2012 -Représentativité : France entière	-Pas de prise en compte des facteurs de confusion, pas d'étude multivariée - Type d'étude et objectif principal descriptif, → pas de réel lien de causalité -Type de facteurs étudiés essentiellement socioculturels/ démographiques et économiques et sans interroger le point de vu des mères

<u>Nom de l'étude et des auteurs</u>	<u>Objectifs de l'étude</u>	<u>Type d'étude</u>	<u>Taille de l'échantillon, date, lieu et durée du suivi</u>	<u>Principaux résultats</u>	<u>Points forts</u>	<u>Limites</u>
				- Prématurité		-Biais de sélection et de suivi (81% de participation et 83% de suivi à 12 mois)
7.Wagner S, et al. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristique s des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française ELFE, 2011(5)	Objectif I : Déterminer la durée totale d'AM, Objectif II : Évaluer les facteurs socioculturels, démographiques et économiques influençant la durée de deux types d'allaitement : AM total et AM prédominant	Épidémiolo gique, Descriptive, Prospective avec objectif secondaire analytique	-Plus de 18000 enfants (tirage au sort) - En France métropolitaine -En 2011. -Suivi 12 mois Cf leur site internet sur (15)	Facteurs liés à une durée d'allaitement plus courte : (↓) Facteurs influençant une durée d'allaitement plus longue : (↑) Liés au nourrisson : - Jumeaux - Prématurité - PN< 2500g - Age gestationnel < 40 SA - Naissance par césarienne - Transfert pour état de santé précaire Liés à la mère : - Age < 30 ans - Vivant seule ou en couple non mariée - Niveau d'études intermédiaire (CAP, BEP, Lycée) - Envisageant (2 mois après la naissance) de reprendre le travail < 10 semaines après l'accouchement - Surpoids/obésité - Tabagisme Lié au père : - Age du père < 27 ans Liés au nourrisson : - Rang élevé dans la fratrie Liés à la mère : - Congé parental de la mère avant la grossesse - Catégorie socioprofessionnelle de la mère : cadre/agriculteur/artisan/profession intermédiaire par rapport à une mère employée - Mère envisageant (2 mois après la naissance) de reprendre le travail > 18 semaines - Participation de la mère a(ux) séance(s) de préparation à la naissance Liés au père : - Age du père > 32 ans - Présence du père à l'accouchement - Revenu du foyer élevé	-STROBE = 18/22 -Large échantillon :> 18000 nourrissons -Suivi long sur 12 mois -Récent : 2011 -Représentativité : France entière	- Pas de prise en compte des facteurs de confusion, pas d'étude multivariée. Le nombre de facteurs retrouvés significativement associés étant très important, cela fait fortement ressentir ce manque. - Type d'étude et objectif principal descriptif, → pas de réel lien de causalité -Type de facteurs étudiés essentiellement socioculturels/ démographiques et économiques et sans interroger le point de vu des mères - Biais de sélection plus important (50,9% de participation (suivi annoncé 20 ans)) et biais de suivi.
8. Huet F. Identification des déterminants cliniques, sociologiques	Objectif I : Évaluer la durée de l'allaitement maternel exclusif au	Épidémiolo gique, Descriptive, Transversale avec objectif	-2773 couples mère/enfant -France entière - Des médecins ont été	Facteurs liés significativement à un AM exclusif supérieur à 4 mois: (↑) - Age >35 ans - Présence de difficultés financières - Absence d'activité professionnelle - Absence de tabagisme - Absence de consommation d'alcool - Absence de difficultés pour débiter l'allaitement	-STROBE = 18/22 -échantillon important, -Multicentrique : France entière	-Facteurs liés à l'AM exclusif seulement - Type d'étude et objectif principal descriptif, → pas de réel lien de causalité

<u>Nom de l'étude et des auteurs</u>	<u>Objectifs de l'étude</u>	<u>Type d'étude</u>	<u>Taille de l'échantillon, date, lieu et durée du suivi</u>	<u>Principaux résultats</u>	<u>Points forts</u>	<u>Limites</u>
et économiques de la durée de l'allaitement maternel exclusif (16)	niveau national et régional, Objectif II : Identifier ses déterminants.	secondaire analytique	sélectionnés par stratification géographique. Ils devaient inclure les 5 premières mères souhaitant/ devant arrêter l'AM exclusif dans les 7 jours suivants ou dans les 7 jours précédents	- Absence de gêne éprouvée pour allaiter dans un lieu public - Le fait de considérer que l'AM favorise la relation mère-enfant - Le fait d'apprécier d'allaiter leur enfant - Le fait de trouver pratique le fait d'allaiter - Absence de troubles digestifs présentés par l'enfant - Lorsque la mère travaille, l'existence dans l'entreprise d'une politique en faveur de l'allaitement maternel est également un facteur significativement associé à un AM exclusif > 4 mois	-analyse multivariée	- Biais de sélection : seulement les mères consultants un médecin (pédiatre pour 80% des professionnels recrutés) au moment du sevrage de l'AM exclusif.
9.Degrange M et al. Les mères confiantes en elles allaitent-elles plus longtemps leur nouveau-né ? (17)	Évaluer l'importance de l'association entre la confiance en soi des mères dans leur capacité à allaiter et l'AM à l'aide de l'échelle d'autoévaluation BSES.	Étude épidémiologique descriptive, prospective + évaluation d'un test de dépistage	-149 femmes -CHU de Lille (Jeanne Flandre) -2012 -Suivi 3 mois	Cette étude permet de mettre en évidence un lien significativement positif entre la poursuite de l'AM à un et trois mois et la confiance en soi des mères dans leur capacité à allaiter leur enfant, évaluée par le score BSES. Cette étude permet également d'observer que les femmes ayant l'une des caractéristiques démographiques suivantes avaient un score de BSES significativement plus élevé (et donc une durée d'AM plus longue) : - < 25 ans - Multi-allaitantes - Mariées - Sans profession - Niveau scolaire ≤ baccalauréat - Congé maternité post-natal ≥ 17 semaines AN : La valeur seuil du score BSES de 116/165 a été déterminée dans cette étude comme prédictive de la poursuite de l'AM à un, deux et trois mois	-STROBE = 18 / 22 -confiance en soi des mères dans leur capacité à allaiter → interventions de santé envisageables	-faible échantillon (149), -Suivi : 3 mois, -Monocentrique - difficulté à utiliser en pratique le score BSES. - Type d'étude et objectif principal descriptif, → pas de réel lien de causalité

<u>Nom de l'étude et des auteurs</u>	<u>Objectifs de l'étude</u>	<u>Type d'étude</u>	<u>Taille de l'échantillon, date, lieu et durée du suivi</u>	<u>Principaux résultats</u>	<u>Points forts</u>	<u>Limites</u>									
10.Labarère J et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (Savoie-France)(18)	Objectif I : Estimer la durée de l'AM, objectif II : Identifier les facteurs associés à son initiation ainsi qu'à son sevrage	Épidémiologique Descriptive prospective, objectif secondaire analytique	-353 femmes -3 maternités de Savoie (Aix-les-Bains et Chambéry) - 1999. -Suivi : 4 à 6 mois	En analyse multivariée, les facteurs retrouvés comme significativement associés à l'initiation ou à la durée de l'AM sont les suivants : <table><thead><tr><th></th><th>Augmentation (↑)</th><th>Diminution (↓)</th></tr></thead><tbody><tr><td>À l'initiation</td><td>-Age > 30 ans - Multiparité, expérience antérieure d'AM - Prématurité - Séances prépa à la naissance - Notion d'AM par la mère</td><td>-Choix tardif du mode d'alimentation -Habitat semi-rural</td></tr><tr><td>Étude de la durée</td><td>- Assiduité aux séances de préparation à la naissance</td><td>-Choix tardif du mode d'alimentation - Pratique de l'AM à horaire fixe - Utilisation tétine à la maternité - Délai de mise au sein initiale >1h - Catégorie socioprofessionnelle suivante : ouvrier/ artisan/ agriculteur</td></tr></tbody></table>		Augmentation (↑)	Diminution (↓)	À l'initiation	-Age > 30 ans - Multiparité, expérience antérieure d'AM - Prématurité - Séances prépa à la naissance - Notion d'AM par la mère	-Choix tardif du mode d'alimentation -Habitat semi-rural	Étude de la durée	- Assiduité aux séances de préparation à la naissance	-Choix tardif du mode d'alimentation - Pratique de l'AM à horaire fixe - Utilisation tétine à la maternité - Délai de mise au sein initiale >1h - Catégorie socioprofessionnelle suivante : ouvrier/ artisan/ agriculteur	-STROBE = 18/22 -Étude de l'initiation d'une part et de la durée de l'AM d'autre part - Analyse multivariée	- Type d'étude et objectif principal descriptif, → pas de réel lien de causalité -Biais de sélection et de suivi -faible échantillon (353), -Ancienneté : 1999
	Augmentation (↑)	Diminution (↓)													
À l'initiation	-Age > 30 ans - Multiparité, expérience antérieure d'AM - Prématurité - Séances prépa à la naissance - Notion d'AM par la mère	-Choix tardif du mode d'alimentation -Habitat semi-rural													
Étude de la durée	- Assiduité aux séances de préparation à la naissance	-Choix tardif du mode d'alimentation - Pratique de l'AM à horaire fixe - Utilisation tétine à la maternité - Délai de mise au sein initiale >1h - Catégorie socioprofessionnelle suivante : ouvrier/ artisan/ agriculteur													
11. Thèse Hubert et Tiercin : Impact de la durée de séjour en maternité sur l'AM et le recours aux soins maternel et pédiatriques (19)	Objectif I : Déterminer les taux d'AM à 3 mois selon la durée de séjour en maternité, Objectif II : déterminer les facteurs d'arrêt de l'AM, Objectif III : Évaluer l'impact de la durée de séjour en maternité sur	Épidémiologique analytique prospective de cohorte type E/NE	-743 mères du CHRU de Tours - inclusions du 31/10/10 au 08/09/11 -suivi 3 mois	Ainsi, pour l'objectif principal, cette étude retrouve : - L'absence de différence significative sur la durée d'AM entre le groupe avec sortie précoce de maternité et celui de durée de séjour en maternité standard. Et pour les objectifs secondaires, les facteurs significativement liés à un arrêt de l'AM avant trois mois sont : (↓) - Primiparité - Absence d'expérience antérieure d'allaitement - Tabagisme maternel - Reprise du travail avant 3 mois - Prise de la décision d'allaiter tardive - Absence d'AM à la demande	-STROBE 18/22 - Type d'étude analytique -Analyse multivariée	-Biais de sélection avec notamment des mères non joignable après sélection sur dossier et perdus de vues. - Facteurs de confusions possibles devant l'absence de randomisation pour l'inclusion dans un des deux bras de la cohorte									

<u>Nom de l'étude et des auteurs</u>	<u>Objectifs de l'étude</u>	<u>Type d'étude</u>	<u>Taille de l'échantillon, date, lieu et durée du suivi</u>	<u>Principaux résultats</u>	<u>Points forts</u>	<u>Limites</u>
	le recours au soin maternel et pédiatrique					
12.Thèse Mariau-Dinot L: Rôle des médecins généralistes dans la durée de l'allaitement maternel: enquête prospective sur 6 mois dans 15 maternités des Pays de la Loire (10)	Objectif I : Définir les taux d'AM à la sortie de maternité, et à 1 à 6 mois, Objectif II : Définir le rôle des médecins généralistes dans la poursuite de l'AM	Épidémiologique, Descriptive, Prospective, objectif secondaire analytique	-239 mère-enfants volontaires, -15 maternités du réseau santé en périnatalité des Pays de la Loire -En 2007 -Suivi 6 mois	Les facteurs retrouvés significativement associés à une durée d'AM plus longue sont : (↑) - Moment de la prise de décision avant la grossesse - Multiparité - Confiance en soi - Au moins une consultation auprès du médecin généraliste dans les 6 mois	-STROBE = 17/22 - Multicentrique	- Type d'étude et objectif principal descriptif, → pas de réel lien de causalité -Biais de sélection et de suivi - Non représentativité : Volontaires parmi réseau périnatalité des Pays de la Loire -Taille de l'échantillon (239) - Étude ciblée sur le rôle du médecin généraliste et donc non sur les facteurs liés à l'AM.
13 et 14. Branger et al. Durée d'allaitement maternel et facteurs de risques d'arrêt d'allaitement : évaluation dans 15 maternités du réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire(8) complété parle	Objectif I : Évaluer la durée médiane d'allaitement maternel Objectif II : évaluer les facteurs de risque d'arrêt de celui-ci parmi les femmes allaitantes.	Épidémiologique Descriptive prospective avec objectif secondaire analytique	-239 femmes -15 maternités du réseau santé en périnatalité des Pays de la Loire -En 2007 -Suivi 6 mois	Ainsi, les facteurs en analyse multivariée ayant été retrouvés comme ayant un lien significatif avec un allaitement plus court sont : (↓) - Age < 30 ans - Moment de la décision d'un AM pendant ou en fin de grossesse - IMC supérieur ou égal à 30 - Utilisation de biberons de complément - Nécessité de stimulation du bébé pour commencer les tétées - Le non-allaitement à la demande - Difficultés du bébé à téter	-STROBE= 16/22 - Prise en compte des facteurs de confusion avec analyse multivariée -Suivi 6 mois -Prise en compte des facteurs plus subjectifs liés au ressenti des mères tels que difficulté du bébé à téter	- Type d'étude et objectif principal descriptif, → pas de réel lien de causalité -Biais de sélection et de suivi. - Non représentativité : Volontaires parmi réseau périnatalité des Pays de la Loire -taille de l'échantillon (239)

<u>Nom de l'étude et des auteurs</u>	<u>Objectifs de l'étude</u>	<u>Type d'étude</u>	<u>Taille de l'échantillon, date, lieu et durée du suivi</u>	<u>Principaux résultats</u>	<u>Points forts</u>	<u>Limites</u>									
mémoire de N. Lemoine (9)															
15.Bonet M. et al. Breastfeeding duration, social and occupational characteristics of mothers in the french 'EDEN Mother-Child' cohort(20)	Étudier l'association entre l'AM (exclusif ou non) à 4 mois et les caractéristiques socioprofessionnelles notamment la date de retour au travail et la reprise à temps plein ou à temps partiel parmi les femmes allaitantes.	Étude épidémiologique Descriptive, Prospective avec objectif secondaire analytique	-1253 couple mère/enfant - CHU de Poitiers et Nancy, - recrutement de 2003 à 2006 - suivi 12 mois	Ainsi, en analyse multivariée, les facteurs retrouvés significativement associé à une durée d'AM plus longue sont : (↑) - Age > 35 ans - Mariée ou en couple (vs célibataire) - Multiparité - L'absence de travail avant la naissance - Retour au travail après 4 mois du post-partum - Famille d'origine étrangère - Non fumeuse avant la grossesse - Haut niveau d'éducation Ainsi, l'absence de travail et le retour au travail > 4 mois apparaissent comme des facteurs significativement liés à un AM au-delà de 4 mois et le lien semble encore plus fort pour l'AM exclusif.	-STROBE = 16/22 -Échantillon de taille importante 1253 - suivi 12 mois - analyse multivarié - +/- Récent : Entre 2002 et 2006	- Biais de sélection et de suivi (55% des couples mère-enfant éligibles dans les deux maternités ont été inclus dans l'étude, 2002 couples mère/enfant sélectionnés dans la cohorte EDEN, seulement 1253 résultats interprétables) -Cohorte initialement créée pour d'autres analyses ->facteurs de confusions probables - Type d'étude et objectif principal descriptif, → pas de réel lien de causalité									
16. Siret V, Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart (21)	Objectif I : Évaluer la durée médiane d'AM, Objectif II : analyser les facteurs liés à l'initiation et à l'arrêt à 1 mois et à 6 mois parmi les femmes allaitantes.	Épidémiologique, Descriptive, Prospective avec objectif secondaire analytique	-509 couples mère-enfant -Maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart (région parisienne) -suivi 6 mois -En 2002	<table><tr><th></th><th>Augmentation de l'AM (↑)</th><th>Diminution de l'AM (↓)</th></tr><tr><th>Naissance</th><td></td><td>-Poids de naissance < 2500g</td></tr><tr><th>A 1 mois</th><td>-Niveau d'étude supérieure - Multiparité - Naissance à terme</td><td>-Présence d'antécédents médicaux maternels - Présence d'un traitement médicamenteux pendant la grossesse</td></tr></table>		Augmentation de l'AM (↑)	Diminution de l'AM (↓)	Naissance		-Poids de naissance < 2500g	A 1 mois	-Niveau d'étude supérieure - Multiparité - Naissance à terme	-Présence d'antécédents médicaux maternels - Présence d'un traitement médicamenteux pendant la grossesse	-STROBE = 16/22 - Prise en compte des facteurs de confusion avec analyse multivariée -Suivi 6 mois	- Type d'étude et objectif principal descriptif, → pas de réel lien de causalité -Biais de sélection et de suivi -Monocentrique et non représentativité : maternité de niveau III, proportion de population étrangère et à niveau d'étude supérieure importante. - +/- Ancien : 2002 -Taille de l'échantillon : 509
	Augmentation de l'AM (↑)	Diminution de l'AM (↓)													
Naissance		-Poids de naissance < 2500g													
A 1 mois	-Niveau d'étude supérieure - Multiparité - Naissance à terme	-Présence d'antécédents médicaux maternels - Présence d'un traitement médicamenteux pendant la grossesse													

<u>Nom de l'étude et des auteurs</u>	<u>Objectifs de l'étude</u>	<u>Type d'étude</u>	<u>Taille de l'échantillon, date, lieu et durée du suivi</u>	<u>Principaux résultats</u>	<u>Points forts</u>	<u>Limites</u>
				A 6 mois - Niveau d'études supérieures - Décision d'allaiter prise pendant la grossesse - Suivi des cours de préparation à l'accouchement - Procréation Médicalement Assistée		
17. Thèse Wim mer M: Le rôle des médecins généralistes dans la durée de l'AM: enquête prospective sur 6 mois(22)	Étudier le rôle du médecin généraliste dans la poursuite de l'AM jusqu'à 6 mois	Épidémiologique Descriptive prospective, objectif secondaire analytique	-100 couples mère-enfant volontaires -maternité d'Évreux et de Vernon (Normandie) - 2013 -Suivi 6 mois	Ainsi, il retrouve quatre facteurs significativement liés à une durée plus longue d'AM: (↑) - Moment précoce de prise de décision de l'AM (avant grossesse versus pendant) - Le fait de ne pas avoir eu besoin d'aide à l'initiation de l'AM à la maternité - Le fait d'avoir été elles-mêmes allaitées - L'origine étrangère de la mère.	-STROBE 16/22 - suivi 6 mois	-Étude descriptive prospective et dont l'objectif est d'évaluer l'impact de l'action du médecin généraliste --> ne permet pas d'affirmer de lien de causalité -Biais de sélection et de suivi -faible échantillon (100)
18. S. De Lathouwer Predictive factors of early cessation of Breastfeeding. A prospective study in a university hospital.(23)	Suivi des conduites d'allaitement d'une cohorte de femmes ayant accouchées au CHU de Tours et évaluation des facteurs prédictifs d'un arrêt précoce de l'AM	Étude descriptive, prospective, objectif secondaire analytique	-115 femmes -CHU Tours -2002 -Suivi 4 mois	Ainsi le seul facteur retrouvé significativement associé à une sevrage précoce (dans les 4 premiers jours) est : (↓) - Le fait d'avoir déjà utilisé l'AA pour un aîné	-STROBE 15/22	-Échantillon de faible importance et peu représentatif. - Objectif de l'étude, méthodologie et résultats principaux peu clairs. - Type d'étude et objectif principal descriptif, → pas de réel lien de causalité -Pas d'analyse multivariée - monocentrique

<u>Nom de l'étude et des auteurs</u>	<u>Objectifs de l'étude</u>	<u>Type d'étude</u>	<u>Taille de l'échantillon, date, lieu et durée du suivi</u>	<u>Principaux résultats</u>	<u>Points forts</u>	<u>Limites</u>
19.Thèse Devergne C: Facteurs influençant l'arrêt de l'AM au cours du premier mois(24)	Objectif I : Connaître le taux d'arrêt de l'AM à un mois, Objectif II : essayer de comprendre les facteurs liés à l'arrêt de celui-ci	Épidémiologique, Descriptive, Prospective, objectif secondaire analytique	- 99 femmes - CHU de Nantes -2004/2005 -Suivi 1 mois	Ainsi, les facteurs retrouvés comme significativement associés à un sevrage précoce à un mois sont : (↓) - Profession non cadre du père - Des allaitements antérieurs de durée moyenne inférieure - Présence de crevasse ou d'engorgement à la maternité - Présence de suppléments au biberon - Prise de poids du bébé insuffisante au cours du premier mois	-STROBE 14/22	- Type d'étude et objectif principal descriptif, → pas de réel lien de causalité - Biais de sélection et de suivi -faible échantillon (99), -Suivi : 1 mois, -Non représentativité : monocentrique
20.Lelong N, et al. Durée de l'allaitement en France(25)	Recenser les résultats de deux études évaluant les facteurs favorisant l'arrêt de l'AM avant 8 semaines ou la poursuite de l'AM (exclusif ou non) plus de 8 semaines	Épidémiologique, Descriptive, objectif secondaire analytique	-deux échantillons de femmes (641 suivies entre 1993-1994 et 646 en 1995) -Différentes maternités en France -Suivi 8 semaines	Ainsi, les facteurs liés significativement à une durée d'AM supérieure à 8 semaines sont les suivants : (↑) - Age > 30 ans - Niveau d'études supérieur de la mère - Reprise du travail > 12 semaines du PP - Absence de tabagisme	-STROBE = 13/22 -Taille de l'échantillon pour l'époque : 641 + 646 - Caractère multicentrique	-Ancienneté : 1993-1995 -Suivi court 8 semaines de vie -Biais de suivi très important (1162 femmes initialement sélectionnées pour un suivi de seulement 646 d'entre elles dans la seconde cohorte)
21.Ego A et al. Les arrêts prématurés de l'AM(26)	Objectif I : suivi de femmes souhaitant allaiter plus de deux mois Objectif II : déterminer les facteurs liés à un sevrage	Épidémiologique, Descriptive, prospective, objectif secondaire analytique	-349 femmes ayant choisi d'allaiter et ayant le projet d'allaiter plus de deux mois -CHU de Lille -En 1997 et 1998 -Suivi : un mois	Ainsi, les facteurs prédictifs d'un sevrage à 1 mois sont : (↓) - Niveau d'études de la mère < niveau d'étude supérieur - Primiparité - Utilisation d'une tétine - Mise au sein tardive (> 2 premières heures de vie) - Respect d'intervalle libre entre deux tétées - Perte de poids initiale > 10% - Difficulté de l'enfant au sein (refus ou prenait mal le sein)	-STROBE = 12 /22 - Prise en compte des facteurs de confusion avec analyse multivariée - analyse plus objective des facteurs de sevrage non désirés et des facteurs de sevrage précoce	-Ancienneté (avant 2000) -Suivi court 1 mois -Biais de sélection et de suivi (relativement faible) - Type d'étude et objectif principal descriptif, → pas de réel lien de causalité

<u>Nom de l'étude et des auteurs</u>	<u>Objectifs de l'étude</u>	<u>Type d'étude</u>	<u>Taille de l'échantillon, date, lieu et durée du suivi</u>	<u>Principaux résultats</u>	<u>Points forts</u>	<u>Limites</u>
	précoce (à un mois)					
22.Fanello S et al. Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : enquête auprès de 308 femmes (27)	Comprendre les motivations et les obstacles dans le choix ou la poursuite de l'AM	Épidémiologique, descriptive, rétrospective, objectif secondaire analytique	-308 femmes ayant accouché depuis au moins 3 mois -département de Maine et Loire. -avant 2001	Ainsi, les facteurs significativement liés à l'allaitement (choix ou poursuite) sont : (↑) - Âge > 35 ans - Absence de tabagisme - Multiparité avec expérience antérieure d'AM - Mères ayant été elles-mêmes allaitées - Suivi des séances de préparations à la naissance - Congé parental en cours - Absence de prématurité	-STROBE = 12/22	-Type d'étude rétrospective augmentant les biais de mémorisation e pas de lien de causalité. -Taille de l'échantillon : 308 femmes dont seulement 156 allaitantes -Ancienneté <2001

On remarque que différents agents de santé ont choisi d'étudier l'AM sous divers angles : sa durée, les caractéristiques socio-économiques et culturelles, en interrogeant les mères sur les raisons du sevrage etc...

Jusqu'en 2011, on n'observe que des études à l'échelle régionale, puis deux grandes cohortes (ELFE(5) et EPIFANE(6)) en 2011 et 2012-2013 qui permettent d'avoir des statistiques nationales sur des échantillons plus représentatifs et étudient de nombreux facteurs sociodémographiques mais ces deux travaux de grande envergure n'utilisent pas d'analyse multivariée ce qui permet de recenser un grand nombre de facteurs potentiellement liés à l'AM mais avec un faible niveau de preuve. Les autres études à échelle régionale étudient pour certaines des facteurs plus subjectifs comme le ressenti des mères, le soutien de l'entourage, la pratique d'AM à la demande ou non... et utilisent la plupart du temps des analyses multivariées permettant de limiter les facteurs de confusion.

Les études qui ont un score de STROBE plus élevé (supérieur ou égal à 20/22) sont de manière générale des études qui n'ont qu'un objectif, n'étudiant qu'un facteur lié à l'AM (durée d'hospitalisation ; accès aux e-technologie ; application des pratiques recommandées). Les résultats de ces études ont donc plus de poids que les autres qui sont de moins bonne qualité méthodologique.

Les facteurs les plus fréquemment retrouvés liés à un allaitement maternel de moins longue durée et retrouvés dans les études dont la méthodologie est la plus adéquate sont les suivants : âge jeune de la mère, primiparité, bas statut socio-économique, bas niveau d'études de la mère, choix tardif d'allaitement, tabagisme maternel, obésité maternelle, pathologie maternelle et notamment pathologie mammaire liées à l'allaitement, reprise du travail précoce, pathologie du nourrisson, petit poids de naissance, problème de succion, prise de poids insuffisante, pratique d'un allaitement à horaire fixe, utilisation de biberons de compléments, absence de soutien de l'entourage, mère célibataire.

Les facteurs retrouvés peuvent être classés de différentes manières, ainsi dans le tableau 2 nous avons réuni tous les facteurs retrouvés significativement associés à une modification de la durée de l'AM et avons choisi de les classer selon leur type ainsi qu'en fonction de leur caractère modifiable ou non. Nous les avons également classés en fonction du nombre d'études les ayant retrouvés significatifs. (Ce nombre est reporté entre parenthèses)

Tableau 2 : Facteurs retrouvés significativement associés à une modification de la durée de l'AM classés en fonction du nombre d'études ayant retrouvés ces facteurs significatifs (Nombre reporté entre parenthèses) :

	NON MODIFIABLES	MODIFIABLES
Liés à la mère	- Parité (9)	- Tabagisme (7)
	- Âge (8)	- Ancienneté de la décision d'allaiter (6)
	- Niveau d'études de la mère (6)	- Obésité (4)
	- Expérience antérieure d'allaitement de la mère (4)	- Difficulté d'allaitement, pathologies mammaires (3)
	- Avoir été allaitée ou pas (3)	- Confiance en soi, sentiment d'auto efficacité (2)
	- Origine étrangère de la mère (3)	- Une sensibilité maternelle élevée à 48h (1)
	- Accouchement par voie basse versus césarienne (2)	- La présence d'une anxiété maternelle à 48h (1)
	- Statut socio-économique de la mère (2)	- L'absence de consommation d'alcool (1)
	- Habitat semi-rural (1)	- L'absence de gêne éprouvée pour allaiter dans un lieu public (1)
	- Avoir déjà utilisé l'allaitement artificiel pour un aîné (1)	- Le fait de considérer que l'AM favorise la relation mère-enfant (1)
Liés au nourrisson		- Le fait d'apprécier d'allaiter leur enfant (1)
		- Le fait de trouver pratique le fait d'allaiter (1)
		- La procréation par PMA (1)
		- La présence d'antécédents médicaux maternels ou de traitement maternel en cours (1)
		- Le tarissement du lait
	- Naissance gémellaire (2)	- Prématurité (5)
		- Problème de succion, difficultés à téter (3)
Liés à l'entourage	- Statut socio-économique du foyer, statut professionnel du père (3)	- Petit poids de naissance, PDN < 2 500g (3)
	- Statut marital (3)	- Perte de poids > 10% ou prise de poids insuffisante (2)
	- Âge du père (1)	- Pathologie du nourrisson (1)
		- Trouble digestifs présentés par l'enfant (1)
Liés au système ou		- Soutien du partenaire : partenaire présent à l'accouchement, partenaire en faveur de l'AM (2)
	- Congé maternité, date de reprise du travail (4)	- Participation aux cours de préparation à la naissance (5)

aux politiques de santé	- Congé parental avant la grossesse, absence d'activité professionnelle (4)	- Avoir consulté au moins une fois un médecin généraliste dans les six mois (1)
	- Existence dans l'entreprise d'une politique en faveur de l'AM (1)	
Liés à la pratique de l'AM		- Pratique d'un allaitement à la demande (4) - Recours aux biberons de complément (4) - Mise au sein précoce, contact peau à peau avec le bébé < H1 (3) - Utilisation d'une tétine (3) - Observance d'un nombre croissant des pratiques professionnelles recommandées à la maternité (1)

DISCUSSION

Notre travail nous montre qu'en France, les facteurs limitant la durée de l'AM peuvent être classés entre facteurs modifiables et facteurs non ou peu modifiables. On observe que les facteurs sont assez variés, la plupart sont liés à la mère, les autres sont liés à l'enfant, à l'entourage, mais également au système de santé, aux politiques de santé ou encore à la pratique de l'AM.

Nous verrons ainsi dans notre discussion l'ensemble de ces facteurs ainsi que leurs limites d'études et leur confrontation au reste de la littérature afin de ne retenir que les facteurs les plus pertinents et d'en déduire l'impact dans notre pratique courante ou comment promouvoir l'AM en médecine générale.

1. Concernant les facteurs non modifiables :

a. Facteurs liés à la mère :

Notre travail a permis d'identifier de nombreux facteurs non modifiables liés à la mère et retrouvés fréquemment significativement associés à une modification de la durée de l'AM :

- **L'âge élevé de la mère** (6,7), (5), (16), (18), (8,9), (20), (25), (27) qui augmente la durée de l'AM. Lorsque nous avons comparé notre travail à la littérature, nous notons que ce facteur est également toujours retrouvé, dès lors qu'il est étudié, dans les revues de la littérature concernant les pays industrialisés de l'Europe, d'Amérique du Nord ou d'Australie... (28), (29), (30), (31), (32), (33).
- La **multiparité** : d'après notre analyse, l'AM semble plus prolongé lorsqu'il ne s'agit pas du premier enfant (6,7), (5), (18), (19), (10), (20), (21), (26), (27), cette donnée est corroborée par le reste de la littérature (29), (30), (32).
- **L'expérience antérieure d'allaitement de la mère** (18), (19), (24), (27) et le fait que la **mère ait été elle-même allaitée** (18) (22), (27) sont des facteurs également retrouvés fréquemment dans notre analyse et par le reste de la littérature (29), (30).
- **L'origine étrangère de la mère** est également retrouvé comme facteur d'augmentation de la durée de l'AM dans notre étude (6,7), (20), (22) et dans la littérature (30), (31), (32).
- Le fait d'avoir **accouché par voie basse versus césarienne** est aussi retrouvé dans notre étude (6,7), (5) et dans la littérature (30), (32).

Nous avons également retrouvé deux facteurs qui se contredisent quelque peu dans notre travail :

- Le **niveau d'études de la mère** : dans notre analyse, nous avons retrouvé très fréquemment (6,7), (5), (20), (21), (25), (26), que plus il était élevé plus l'AM était prolongé. Ce résultat est concordant avec la littérature (28), (30), (29), (31), (32), (33). Ce facteur est néanmoins à pondérer légèrement car dans l'étude de la cohorte EDEN(20), l'analyse séparait en quatre catégories le niveau d'éducation (lower than high school / High school diploma / Some university et University degree) et retrouvait un taux d'allaitement à 4 mois supérieur pour les mères à bas et à haut niveau d'éducation (les deux catégories extrêmes). Cette tendance à un allaitement prolongé chez les mères à faible niveau d'éducation s'observe dans d'autres études (5), (26) sans résultats statistiquement significatifs pour autant.
- On retrouve un résultat similaire avec le **statut socio-économique** de la mère qui est associé à un AM plus prolongé lorsqu'il est élevé dans deux de nos études (5), (18) et de nombreuses fois dans la littérature (28), (29), (30), (32), (33). Il est à noter que cette tendance est cependant à pondérer par l'étude de Huet F, (16) qui retrouve la présence de difficultés financières comme un facteur lié à la persistance d'un AM exclusif au-delà de 4 mois et qui peut se comprendre parce qu'il est plus économique que l'allaitement artificiel.

Ces deux facteurs étant tout de même retrouvés très fréquemment dans notre analyse par des études de bonne qualité méthodologique et corroborés par plusieurs autres revues de la littérature, ces deux pondérations restent en point d'interrogation et on peut retenir que l'élévation du niveau d'études et du statut socio-économique restent pertinents et fort probablement liés à un AM prolongé.

Notre travail a aussi permis de recenser un facteur qui n'entraînait pas de modification de l'AM :

- L'**accès ou non aux e-technologies** (13) comme l'accès à internet ou CD-ROM. Ce résultat a une forte signification statistique mais puisqu'il ne modifie pas la durée de l'AM qu'il y ait accès ou non aux e-technologies sa pertinence clinique pour notre étude est faible et nous ne le retiendrons donc pas pour notre pratique clinique.

Dans notre travail, certains facteurs non modifiables liés à la mère ne sont retrouvés qu'épisodiquement par l'une ou l'autre des études. On retrouve ainsi :

- **L'habitat semi rural** (18)
- Et **le fait d'avoir déjà utilisé l'allaitement artificiel pour un aîné** (23) qui sont deux facteurs limitant l'AM dans le temps.

Le fait qu'ils ne soient retrouvés chacun qu'une seule fois et que ces facteurs ne soient pas retrouvés dans le reste de la littérature ne nous permet pas de les retenir dans notre travail.

b. Facteurs liés au nourrisson :

Un seul facteur non modifiable lié au nourrisson a été retrouvé dans notre travail :

- la **naissance gémellaire** (6,7), (5), cependant nous ne le retrouvons pas lors de la confrontation de nos résultats avec les revues de la littérature des autres pays industrialisés.

On pourrait s'interroger sur le rôle joué par le **sexe de l'enfant** sur la durée de l'AM : de manière anecdotique, dans certaines études le sexe féminin ou masculin du nourrisson était ressorti faiblement significatif lors d'une analyse univariée, cela n'était jamais le cas en analyse multivariée et n'a pas non plus été retrouvé dans le reste de la littérature.

Nous ne retiendrons donc pas de facteur non modifiable lié au nourrisson comme associé à l'AM dans la durée.

c. Facteurs liés à l'entourage du couple mère-enfant :

Nous avons retrouvé :

- Le **statut professionnel du père** (24) et le **statut socio-économique du foyer** (5), (16) : en effet, plus ils sont élevés, plus l'allaitement est prolongé. La confrontation à la littérature va dans le même sens pour le statut socio-économique du foyer (28), (32), (33)
- Le **statut marital** : les mères en couple et mariées semblent avoir des durées d'AM plus prolongées que les mères en couple, mais non mariées, qui ont elles-mêmes des durées d'AM plus prolongées que les mères célibataires (5), (6,7). Cette notion est confirmée par la littérature internationale (28), (29), (30), (32).

Un autre facteur lié à l'entourage a été retrouvé significativement associé à l'AM par une seule des études analysées ci-dessus (5), il s'agit de :

- **L'âge du père**, augmentant également l'AM s'il est élevé.

Cependant, celui-ci n'ayant pas été retrouvé dans d'autres études ni lors de la confrontation de nos résultats à ceux de la littérature nous ne le retiendrons pas pour notre pratique clinique.

d. Facteurs liés au système de santé ou aux politiques de santé :

Des facteurs concernant la situation professionnelle et les droits des travailleurs peuvent être classés ici, ainsi :

- **L'absence d'activité professionnelle** (16), (20), ou la présence d'un **congé parental avant la grossesse** (5), (27) sont retrouvés comme augmentant la durée de l'AM. Cela est conforté par la confrontation aux données de la littérature (29), (32), (31).
- La **présence d'un congé maternité** et la **date tardive de retour au travail** sont également retrouvés (5), (19), (20), (25) comme facteurs liés à un AM prolongé et il s'agit de facteurs qui semblent confirmés par la littérature dans les pays industrialisés (29), (30), mais également dans les pays en développement (34)

De manière ponctuelle, une des études retrouve que :

- Lorsque la mère travaille, **l'existence dans l'entreprise d'une politique en faveur de l'AM** est significativement associée à un AM exclusif après quatre mois.

Une revue Cochrane (35) (grande qualité méthodologique donc fort niveau de preuve) a évalué ce facteur concluant à une absence de données suffisantes pour conclure.

Ainsi, ce facteur n'ayant pas été retrouvé dans d'autres études ni lors de la confrontation de nos résultats à ceux de la littérature nous ne le retiendrons pas pour notre pratique clinique.

Si l'on compare la politique familiale de la France aux politiques familiales des pays à fort taux d'allaitement comme la Suède, le Danemark ou encore l'Allemagne, on peut observer de grandes différences qui pourraient expliquer en partie ces disparités sur les taux d'AM.

En France, la politique familiale (36) prévoit un congé maternité de 16 semaines (6 semaines prénatales et 10 semaines post-natales) et un congé paternité de 11 jours s'ajoutant aux 3 jours de congé de naissances rémunérés à 100% du salaire. Il existe également un congé

parental d'éducation à condition d'avoir une ancienneté d'au moins une année à la date de la naissance de l'enfant. Ce congé, d'une durée initiale maximale d'un an, peut être prolongé deux fois et doit prendre fin au plus tard au troisième anniversaire de l'enfant. Il prend la forme soit d'une réduction du temps de travail soit d'une suspension du contrat de travail. Dans le premier cas, le temps de travail doit rester au moins égal à 16 heures par semaine, et la rémunération est réduite dans la même proportion que le temps de travail. Dans le second, l'intéressé n'est pas rémunéré. Des subventions de la CAF peuvent être versées dans certains cas.

La politique familiale des pays scandinaves semble bien différente de la nôtre (36) : En Suède, il n'y a plus de congés maternité ni paternité mais il existe un congé parental rémunéré et unique à partager dans le couple. Sa durée est de 480 jours (soit environ un peu plus de 69 semaines). Sur ces 480 jours, 60 sont réservés à la mère, 60 au père, et les 360 autres sont librement partageables. Le congé parental est rémunéré à hauteur de 80 % du salaire pendant 390 jours, tandis que les 90 jours suivants sont compensés par un forfait.

Au Danemark, le congé parental a une durée de 64 semaines. Il est rémunéré pendant 32 semaines et librement partageable entre les deux parents, sous réserve qu'aucun des deux parents ne s'absente plus de 32 semaines.

En Allemagne, le congé maternité n'est que de 14 semaines rémunéré à hauteur de 100% du salaire, mais l'Allemagne a opté pour le modèle scandinave concernant le congé parental. Celui-ci est de douze mois et peut être portée à quatorze mois si le congé est partagé entre les deux parents et si chacun d'eux prend au moins deux mois. Il est rémunéré à hauteur des deux tiers du salaire et chacun des deux parents a droit à un congé non rémunéré d'une durée de deux ans.

2. Concernant les facteurs modifiables

a. Facteurs liés à la mère :

Parmi les facteurs modifiables liés à la mère, nous retrouvons :

- **L'ancienneté de la décision d'allaiter** (18), (19), (10), (8,9), (21), (22), qui a souvent et dans plusieurs études de bonne qualité méthodologique été retrouvé comme fortement lié à un AM prolongé. La plupart des études ont étudié le moment de la décision avant versus après le début de la grossesse mais certaines ont étudié la prise de décision précocement ou tardivement pendant la grossesse, dans les deux cas la prise de décision

précoce était associée à un AM plus prolongé. Les données de la littérature vont dans ce sens également (32), (31), (30), (29), (37)

La connaissance de ce facteur implique en pratique que la promotion de l'AM devrait se faire en population générale et dès le plus jeune âge. Le médecin traitant devrait pouvoir aborder cette question avec toutes ses patientes enceintes si ce n'est avec tous ses patients.

- Le **tabagisme maternel** est fréquemment associé à un AM de courte durée (6,7), (5), (16), (19), (20), (25), (27). Les données de la littérature le confirment abondamment (29), (30), (31), (32), (33).

Ainsi en soins primaires il est important de réduire la prévalence du tabagisme en population générale, plus particulièrement chez les femmes en âge de procréer, enceintes ou allaitantes. Il faut également informer qu'un AM avec tabagisme reste bénéfique pour le couple mère-enfant et donner des conseils sur la pratique de l'AM lorsqu'un tabagisme y est associé (fumer juste après les tétées, à distance de l'enfant...)

- **L'obésité maternelle** est associée à une diminution de l'AM (6,7), (5), (8), (9) ce qui est appuyé par la confrontation aux données de la littérature internationale (29), (30), (31), (32).

Les objectifs ciblés en soins primaires sont alors de réduire l'incidence de l'obésité en population générale, de dépister dès le début de la grossesse les femmes en surpoids et leur délivrer des conseils et un suivi appropriés.

- La **confiance en soi** et le **sentiment d'auto efficacité** sont associés à un AM prolongé (17), (10), la littérature internationale le confirme (29), (30), (32), (37).

Ainsi, l'observation d'une tétée au cabinet, l'accompagnement, la guidance et l'encouragement prennent toute leur place en soins primaires.

- Un autre facteur observé fréquemment est représenté par les **difficultés d'allaitement**, notamment les **pathologies mammaires** (16), (22), (24), il est aussi retrouvé par la littérature internationale (29), (30), (32), (34)

Il s'agit de facteurs modifiant l'AM surtout en phase initiale de celui-ci.

La bonne prise en charge par le praticien de premier recours est primordiale si l'on veut persévérer dans l'AM. Il s'agit également de prévenir les complications mammaires (engorgement, lymphangite, crevasse, abcès) par l'aide au bon positionnement du nourrisson, de les dépister et de les traiter le plus précocement possible. Il ne convient

pas de conseiller l'arrêt de l'AM sauf en cas d'abcès et uniquement pour le sein concerné, les autres pathologies ne constituant pas de contre-indications et nécessitant même une vidange du sein plus fréquente.

D'ailleurs, dans sa thèse(38), Audrey Reynes Lorenzi montre que 63,5% des femmes qui allaitent dans leur étude rencontrent des difficultés dans la poursuite de leur allaitement. Elle montre également que 88% d'entre elles poursuivent l'AM malgré les complications engendrées. Ces chiffres sont élevés et doivent nous inciter en tant que praticien à encourager ces femmes souhaitant poursuivre l'AM et à aider celles qui n'arrivent pas à le poursuivre.

Certains facteurs augmentant la durée de l'AM ne sont retrouvés qu'épisodiquement par l'une ou l'autre des études analysées dans notre travail :

- **Une sensibilité maternelle élevée à 48h (11),**
- **La présence d'une anxiété maternelle à 48h (11),**
- **L'absence de consommation d'alcool (16),**
- **L'absence de gêne éprouvée pour allaiter dans un lieu public (16),**
- **Le fait de considérer que l'AM favorise la relation mère-enfant (16),**
- **Le fait d'apprécier d'allaiter leur enfant (16),**
- **Le fait de trouver pratique le fait d'allaiter (16).**
- **La procréation par PMA (21)**
- **La présence d'antécédents médicaux maternels ou de traitement maternel en cours (21)**

Nous n'avons pas retrouvé ces facteurs dans le reste de la littérature internationale, ainsi, en l'absence de preuve suffisante on ne les retiendra donc pas comme résultats pertinents pour notre pratique clinique.

b. Facteurs liés à l'entourage du couple mère-enfant :

Un seul facteur est retrouvé par notre analyse comme modifiable et lié à l'entourage, il s'agit :

- **du soutien du partenaire et de son attitude en faveur de l'AM (5), (6,7).** Nous retiendrons ce facteur puisqu'il est confirmé par les données retrouvées dans la littérature

(29), (30) qui l'étudie également souvent de façon plus large comme **soutien du partenaire et/ou de l'entourage** (29), (30), (31), (32), (37), (34).

Ainsi en soins primaires il faut rechercher le soutien du père en faveur de l'AM et évaluer l'entourage soutenant de nos patientes.

c. Facteurs liés à l'enfant :

Les facteurs liés à l'enfant que nous retrouvons dans notre étude et qui sont corroborés par la littérature sont :

- Des **problème de succion**, des **difficultés à téter** (11), (8,9), (26) qui sont souvent retrouvés comme des facteurs de sevrage précoce de l'AM, ce qui semble confirmé par la littérature (29), (30), (32).

En soins primaires, les difficultés à téter étant souvent subjectives, il est important d'apprendre aux mères à savoir bien positionner le bébé au sein et à repérer les signes d'une bonne prise du sein notamment repérer la déglutition de l'enfant.

- Un **petit poids de naissance** ou un **poids de naissance < 2 500g** ont également été retrouvés comme associés à un sevrage précoce dans notre analyse (6,7), (5), (21) et de manière peu abondante dans le reste de la littérature (29), (30).

Ce facteur étant peu fréquemment retrouvé dans notre étude et dans la littérature nous le retenons mais n'accordons pas beaucoup de poids au lien de causalité éventuel qu'il entretient avec l'AM.

Nous recommandons une prise en charge appropriée et une attention particulière à l'allaitement dans les services de maternité et de néonatalogie ainsi que la poursuite des recherches et l'amélioration en ce qui concerne les suivis de grossesse.

- Une **prise de poids insuffisante** ou une **perte de poids > 10%** ont été retrouvés associés à un plus fort taux de sevrage dans notre analyse (24), (26) et dans le reste de la littérature (29), (30).

La perte du poids du nourrisson est une situation difficile à gérer pour le praticien, comme l'ont montré Sandra Deloule et Emilie Guyonnet dans leur thèse (39). Elles ont, par une étude qualitative, exploré les attitudes pratiques et les ressentis des médecins généralistes en cas d'insuffisance de prise pondérale chez un nourrisson allaité. Elles retrouvent une grande variabilité de la prise en charge d'une insuffisance pondérale (adressage spécialiste, recherche de signes de gravité, réassurance,

poursuite ou non de l'AM...) La formation spécifique et l'expérience personnelle d'allaitement maternel auraient une influence sur l'attitude pratique, contrairement au genre ou à l'opinion en faveur de l'AM. Il est également intéressant et encourageant de noter que dans leur étude la poursuite de l'allaitement maternel a été l'attitude la plus souvent proposée aux mères. Les médecins interrogés ont été peu nombreux à proposer l'arrêt de l'allaitement.

Pour diminuer l'incidence de ce facteur, nous proposons d'améliorer la prise en charge et le suivi du nourrisson, suivre régulièrement le poids du nourrisson, donner les conseils adaptés afin de favoriser la stimulation de la lactation et de l'AM et n'indiquer la prise de biberons de compléments qu'en dernier recours. Nous pourrions également avoir recours à des professionnels de l'AM dans ces situations particulières pour accompagner les mères sans les culpabiliser si l'AM est trop difficile.

Une autre notion intéressante concerne la différence entre les courbes de poids des bébés nourris au lait maternel par rapport à ceux nourris au lait artificiel. En effet, la croissance en poids et en taille est plus forte chez les nourrissons allaités au sein pendant les quatre premiers mois de vie, puis elle s'infléchit à partir de quatre mois pour arriver en moyenne, à l'âge de un an, à 600 grammes de moins et 1 cm de moins que les nourrissons nourris au lait maternisé.(40).

Il convient donc de connaître cette notion, de rassurer les mères et de savoir l'expliquer aux mères qui peuvent s'inquiéter devant un changement de couloir de la courbe de poids de leur enfant et remettre en cause la qualité de leur lait.

- La présence d'une **pathologie du nourrisson nécessitant son** transfert a été retrouvée comme facteur qui limitait la durée de l'AM dans une seule étude(5), mais on retrouve dans la littérature le facteur suivant qui s'en rapproche : **problème de santé du nourrisson** (32)

Nous avons également retrouvé des facteurs qui sont moins consensuels :

- La **prématurité** (6,7), (5), (18), (21), (27) est la plupart du temps retrouvée comme facteur limitant l'AM, sauf dans l'étude portant sur la cohorte EPIFANE (6) où la prématurité apparaît comme un facteur augmentant le taux d'AM à 6 mois de vie du nourrisson. Cette discordance semble pouvoir être due au hasard d'autant plus qu'elle n'est retrouvée que ponctuellement à 6 mois de vie de l'enfant et que dans la littérature, la prématurité apparaît également comme facteur limitant la durée de l'AM. Il est à noter

que la prématurité est assez peu étudiée puisqu'elle est souvent un critère d'exclusion et qu'on ne retrouve pas ce facteur dans la plupart des revues de la littérature.

En l'absence de preuves plus robustes, nous ne pouvons donc pas conclure quant à ce facteur.

- **L'absence de troubles digestifs présentés par l'enfant** (16) qui augmentait la durée de l'AM. Nous n'avons pas retrouvé d'étude dans la littérature qui reprenne ce facteur bien précis donc nous ne le retiendrons pas dans notre synthèse bien qu'il se rapproche d'une pathologie du nourrisson.

d. Facteurs liés au système de santé ou à la politique de santé :

Notre analyse a permis de retrouver des facteurs liés au système ou à la politique de santé modifiant la durée de l'AM :

- La **participation aux cours de préparation à la naissance** (6,7), (5), (18), (21), (27) qui semble favoriser l'AM. Cette donnée a moins été retrouvée dans la littérature sous cette forme, mais des **informations adéquates de la part des professionnels de santé** ou le **soutien des professionnels de santé** ont, eux, été retrouvés (29), (30), (32), (33). Nous retiendrons donc ce facteur en pratique clinique et proposerons d'encourager les cours de préparation à la naissance et d'être vigilant à offrir une information et un soutien adéquat aux mères.
- Le fait d'**avoir consulté au moins une fois un médecin généraliste dans les six mois** a été retrouvé significativement associé à une augmentation de la durée de l'AM dans une des études (10).
Comme ce facteur n'est pas cité à nouveau par le reste de la littérature, nous ne le retiendrons pas pour notre synthèse.

Notre travail a également permis de mettre en évidence avec bonne qualité méthodologique un facteur qui ne modifiait pas la durée de l'AM :

- La **durée de séjour en maternité** : Deux études (12), (19) montraient qu'il n'y avait pas de différence significative sur les taux et les durées d'AM entre les femmes ayant bénéficié d'une hospitalisation avec sortie précoce par rapport à celles ayant bénéficié

d'une hospitalisation conventionnelle. De même, une revue Cochrane (41) de grande qualité méthodologique et donc de fort niveau de preuve a énoncé la conclusion suivante : . « *Les politiques de sortie postnatale précoce des mères en bonne santé et de leurs nourrissons nés à terme ne semblent pas avoir d'effets indésirables sur l'allaitement ou la dépression maternelle lorsqu'elles sont associées à une politique consistant à proposer aux femmes au moins une visite à domicile d'une infirmière/sage-femme suite à leur sortie* ».

Ce facteur ne répondant pas tout à fait à notre problématique et ne modifiant pas la durée de l'AM, nous ne le retiendrons pas pour notre pratique clinique.

e. Facteurs liés à la pratique de l'AM :

Notre travail a permis de retrouver également quelques facteurs cités fréquemment et liés à la pratique de l'AM :

- Le **recours aux biberons de complément** (11), (14), (8,9), (24) diminuerait la durée de l'AM, ce qui semble confirmé par le reste de la littérature (29), (30).

Il convient donc d'encourager la stimulation de la lactation et de n'indiquer la prise de biberons de compléments qu'en dernier recours en fonction de la surveillance clinique du nourrisson.

- La **pratique d'un allaitement à la demande plutôt qu'à heure fixe** (18), (19), (8,9), (26) augmenterait la durée de l'AM. Ce facteur est également retrouvé par deux revues de la littérature (29), (30). Cependant, il a également fait l'objet d'une revue cochrane (42) concluant à l' « *absence de preuves suffisantes actuellement [...] pour apporter des modifications aux recommandations actuelles* ». Les auteurs expliquent cette absence de preuves actuelles liée à l'absence de possibilité éthique de réaliser des essais cliniques randomisés. Il est donc sous-entendu qu'il vaut mieux continuer à recommander l'AM à la demande.

Il nous semble donc justifié de surveiller la littérature en attente de preuves établies mais de continuer à proposer la pratique d'un allaitement à la demande.

- Dans le même ordre d'idées, l'**observance d'un nombre croissant des pratiques professionnelles recommandées à la maternité** a été retrouvé comme facteur significativement associé à la durée de l'AM dans une (seule) étude de bonne qualité méthodologique (14).

- **L'absence de mise au sein précoce, de contact peau à peau avec le bébé < H1** (6,7), (18), (26) diminuerait les taux d'AM, ce qui semble confirmé par deux autres revues de la littérature (29), (30).

Nous pouvons donc conseiller la mise au sein et le contact précoce entre la mère et son enfant en salle d'accouchement à la maternité.

- **L'utilisation d'une tétine** (14), (18), (26) qui diminuerait la durée de l'AM.
Ce facteur également a fait l'objet d'une revue cochrane (43) concluant à une « absence de preuve suffisante pour établir que l'usage de la tétine affectait de manière significative la prévalence ou la durée de l'AM »

Autres notions qui ressortent de la confrontation aux données de la littérature :

Concernant les taux et les durées d'AM on remarque des disparités entre la France et les autres pays industrialisés. Si en France, le taux d'AM à 6 mois oscille entre 19% (5) et 23% (6) selon les dernières études françaises de grande envergure, il était de 82% en Norvège en 2007(44). En ce qui concerne les pays en développement, d'après les chiffres de l'UNICEF(45), (46) en 2016, ce sont « seulement » 38% des enfants de moins de six mois qui sont allaités mais cela de façon exclusive, ce qui représente donc également une bien plus grande proportion que nos nourrissons en France.

Cependant si ces taux peuvent paraître pessimistes en France, les efforts en faveur de l'AM sont très encourageants car ils ont permis une nette augmentation des taux et des durées médianes d'AM en France depuis quelques années (la durée médiane qui était entre 8 et 10 semaines entre 1990 et 1999 (25) est selon les dernières études de grandes envergure entre 15 (6) et 17 (5) semaines)

Nous pouvons noter que la confrontation avec les autres données de la littérature nous permet de retrouver d'autres facteurs qui ne semblent pas avoir été étudiés en France puisqu'on ne les retrouve pas dans notre revue de la littérature. Ces facteurs sont les suivants :

- **Chirurgie de réduction mammaire**, (31) qui diminue l'AM.
- **Grossesse planifiée**, (29), (30), qui l'augmente.
- Une **dépression post-natale** (37), (29), (30) : Sa présence diminue la durée de l'AM.

- Une **perception/attitude positive envers l'AM**, (37) . Ce facteur est probablement à rapprocher de la détermination à allaiter et de l'ancienneté de la prise de décision d'allaiter.
- L'application de l'initiative « **hôpital ami des bébés** » (initiative mondiale) dans les maternités étudiées augmentait la durée de l'AM (29), (31),
- L'impact de la **séparation de la mère et du nourrisson versus cohabitation** sur la durée de l'AM a été évalué par une revue cochrane (47) ne retrouvant que « *peu de données permettant d'étayer ou de récuser l'une ou l'autre des pratiques* ».
- Enfin le **tarissement du lait** (32), (34) est un facteur qui, y compris dans la littérature internationale de bonne qualité, semble largement contesté. Par ailleurs, il est difficile à classer parce que son cadre nosologique est difficile à définir.

Dans notre analyse, nous constatons qu'il n'a jamais été étudié comme tel dans les études. En revanche, si dans les études en question était demandé aux mères les raisons du sevrage d'après elles, le tarissement du lait était une cause non négligeable : c'est par exemple la première raison évoquée par les mères dans l'étude de Siret et al. (21) représentant 67% des mères, cela regroupe 22% des mères dans l'étude de Branger et al. (8).

Des recherches supplémentaires nous permettent de dire que quand une mère pense manquer de lait, cela peut correspondre à trois cadres nosologiques :

- Des « fausses représentations » :

La perception d'un manque de lait est la situation la plus courante(48). Le comportement « normal » d'un bébé au sein étant assez mal connu, le besoin de téter fréquemment ou de nombreux autres signes sont souvent interprétés comme étant liés à un problème et en particulier un problème d'insuffisance de lait.

Les signes qui peuvent être interprétés à tort comme un problème d'insuffisance de lait sont reportés dans un tableau en annexe 1. En revanche les signes d'une bonne prise de lait par le bébé et qu'il faut savoir rechercher sont : la diurèse et l'élimination de selles régulières, la prise de poids harmonieuse, son état d'éveil, son état cutané ainsi que l'observation d'une bonne succion et déglutition lors des tétées.

- Les insuffisances « induites »

Il s'agit de la conséquence d'une conduite inappropriée de l'allaitement ou d'une inefficacité de transfert de lait par l'enfant (49), (50).

La connaissance de la physiologie de la lactation et de sa régulation permet de mieux comprendre les mécanismes d'une insuffisance « induite » : La régulation de la production de lait est à la fois endocrine (centrale, par l'intermédiaire de la prolactine et de l'ocytocine) et autocrine (périphérique par la stimulation de la sécrétion lactée). La régulation endocrine peut être modulée par un stress. La régulation autocrine elle, est influencée par la conduite de l'allaitement. Ainsi, toutes les difficultés d'allaitement peuvent se compliquer d'une insuffisance « secondaire » de lait. Et des « mauvaises conduites » d'allaitement semblent avoir d'autant plus de conséquences négatives sur l'AM qu'elles ont lieu précocement car elles semblent altérer la stimulation de la lactation à ce moment délicat qu'est l'initiation de l'AM. Inversement, une mère peut augmenter sa production lactée en améliorant l'efficacité de l'extraction du lait et en augmentant le nombre des tétées.

Par ailleurs, une méta-analyse (51) de différentes études internationales sur les volumes de lait produit par des mères allaitant de façon exclusive montre qu'après une phase d'augmentation rapide, pendant les quatre à six semaines du post-partum, la production de lait se stabilise et reste à peu près constante entre un et six mois. Pendant la première phase, le volume de lait augmente beaucoup surtout la 2ème semaine pour atteindre environ 700 à 800 ml par jour ; les mères ont besoin en moyenne de 8 à 10 tétées par jour pour obtenir ce volume, certaines ont besoin de plus, d'autres de moins, leur capacité de stockage du sein étant variable. Après quatre à six semaines, le volume de lait est assez stable ; mais il existe pour chaque mère un « seuil de fréquence » des tétées (très variable d'une mère à l'autre) qui permet d'entretenir la lactation. En dessous de cette fréquence minimale, la lactation risque de diminuer, avec involution de la glande mammaire si la mère ne donne pas plus de tétées. Ne pas limiter le nombre et la durée des tétées permet d'établir une lactation adaptée aux capacités de la mère, qui sont inconnues au démarrage.

- Les insuffisances « primaires »

Elle est liée à une incapacité pathophysiologique maternelle à produire du lait ou assez de lait. Elle est rare, et concerne probablement moins de 5% des mères (48). Les étiologies en sont rares (52) et reportées dans le tableau en annexe 3. Il est à noter qu'aucune de ces étiologies n'était ressortie comme facteur significativement associé à une modification de la durée de l'AM dans notre étude.

Nous pouvons en conclure que le tarissement du lait, n'est réel que dans les rares cas d'insuffisances « primaires » et que dans les autres cas il est soit « fausse représentation » soit induit par une modification environnementale. Il s'agit donc d'un facteur de confusion

« par définition », de plus il n'est pas mesurable par un observateur. Il en est de même pour d'autres facteurs tels que la fatigue maternelle, le projet personnel de la mère ou un nombre de tétées trop fréquent. L'intégration de ces facteurs dans une étude descriptive ou analytique en est donc complexe et nous comprenons mieux pourquoi ils n'ont pas été retrouvés dans nos études. En revanche, une étude qualitative semble avoir toute sa place afin de recueillir et d'expliquer le ressenti des mères sur les raisons du sevrage.

Dans notre comparaison avec les autres données de la littérature, nous avons également cherché à comparer nos facteurs liés à la *durée* de l'AM avec les facteurs liés à *l'initiation* de l'AM ou augmentant la prévalence de l'AM à la maternité. Il est intéressant de noter que l'ensemble des deux types de facteurs ne sont pas tout à fait superposables. En effet, la cohorte de l'étude Elfe a permis d'une part l'analyse des facteurs liés à la durée de l'AM que nous avons détaillés précédemment(5) mais également à une étude de la prévalence de l'AM à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions d'accouchement (53). L'étude de Labarère et al. (18) analysait également des facteurs liés à l'initiation de l'AM. On observe alors que la plupart des facteurs sociodémographiques (âge, statut socio-économique, IMC maternelle...) modifient à la fois l'initiation de l'AM et son maintien dans la durée, alors que d'autres (durée du congé maternité, ancienneté du choix d'allaiter, confiance en soi des mères...) ne modifient que la durée de l'AM et sont donc plus spécifiquement liés à la durée de l'AM. D'ailleurs, la reprise du travail tardif augmentait les taux d'AM plutôt tardivement, à 4 mois du post-partum (20) contrairement à d'autres facteurs comme le tabac ou l'IMC maternelle qui semblaient réduire les taux d'AM précocement dans le post-partum.

Nous avons donc vu que la plupart des facteurs que nous avons retrouvés sont concordant avec les autres travaux menés dans les pays industrialisés. Si l'on s'intéresse à présent à la littérature mondiale et aux pays en développement, il est à noter premièrement qu'elle est moins abondante, cependant, nous avons retrouvé une revue de la littérature publiée en 2015 (34), analysant les facteurs limitant ou favorisant l'AM exclusif entre 0 et 6 mois de vie de l'enfant. Cette revue de la littérature analyse 25 études de 19 pays différents et retrouve comme principaux facteurs, des facteurs de risque d'arrêt précoce de l'AM exclusif, similaires à ceux retrouvés dans notre analyse : **emploi maternel, perception maternelle d'insuffisance de lait, problème de santé maternel ou du nourrisson notamment**

pathologies mammaires liées à l'AM. Cependant d'autres facteurs sont retrouvés et apparaissent comme des facteurs potentiellement spécifiques des régions en développement : **Religion, malnutrition maternelle, problème de santé d'un autre enfant, pratiques culturelles, croyance dans l'alimentation des enfants, pression des pairs, manque d'infrastructure et d'aide sociale.** Une autre revue de la littérature conduite dans les pays en voie de développement (54) a montré que le soutien des pairs était associé significativement à une augmentation de l'AM.

3. Limites, biais et forces de l'étude :

Le principal biais de notre travail est sans doute la non exhaustivité de la recherche. En effet, il s'agit d'une revue narrative de la littérature menée par un seul chercheur.

La limitation de nos recherches aux études ayant été menées en France est à la fois une faiblesse et une force. La question soulevée dans notre travail étant pourquoi en France la durée est si inférieure aux recommandations nationales et internationales il était important de se limiter à la France dans notre travail. Cependant, l'inclusion d'études réalisées en dehors de la France aurait pu permettre de recueillir un plus grand nombre d'études et certaines études de plus haut niveau de preuve, notamment des revues de la littérature. En effet, la confrontation aux données de la littérature nous a permis de voir que les facteurs retrouvés dans les autres pays d'Europe ou d'Amérique du nord sont très peu différents de ceux retrouvés en France.

Nous pouvons ensuite remarquer et nous interroger sur le fait que certains facteurs sont très fréquemment retrouvés significativement associés à l'AM alors que d'autres le sont beaucoup plus rarement. Plusieurs explications peuvent être avancées.

Si un facteur est plus souvent retrouvé significativement associé à une modification de la durée de l'AM cela peut être parce qu'il est vraiment lié à une modification de la durée de l'AM ou bien parce qu'il est étudié plus souvent, relatif alors à un biais de publication. A l'inverse, si un facteur ressort moins souvent significatif cela peut simplement être parce qu'il a moins été étudié. En effet, toutes les études n'étudient pas les mêmes facteurs potentiellement liés à l'AM. C'est notamment le cas de certains travaux centrés

essentiellement sur les facteurs sociodémographiques alors que d'autres travaux analysent plutôt des facteurs plus subjectifs comme le moment du choix de la décision d'allaiter, la confiance en soi des mères... On note aussi que certains facteurs sont très souvent étudiés (tabagisme, âge maternel...) alors que d'autres le sont beaucoup moins fréquemment comme la confiance en soi des mères ou la prématurité qui, elle, faisait souvent partie des critères d'exclusion des études.

On peut aussi s'interroger sur le réel lien de causalité entre les facteurs et la durée de l'AM. La quasi-totalité des études analysées (vingt d'entre elles sur vingt-deux) sont des études épidémiologiques descriptives longitudinales, et prospectives pour la quasi-totalité d'entre elles. Cependant, ces études descriptives revêtent une dimension analytique/comparative par l'analyse avec comparaison de cette durée selon chacune des caractéristiques étudiées, mais il n'en reste pas moins que ces études sont construites sur un modèle descriptif et donc ne permettent pas de conclure à de réelles relations de causalité.

Par ailleurs, l'interprétation de ces résultats est soumise à un biais de confusion. En effet, si l'âge élevé et la multiparité semblent des facteurs significativement liés à la durée de l'AM importants, dans quelle proportion l'âge élevé n'est-il pas un facteur de confusion pour la multiparité ? Il en est de même pour la catégorie socioprofessionnelle et le revenu du foyer etc... Dix études sur vingt-deux utilisaient des analyses multivariées pour prendre en compte à posteriori ce biais de confusion. Cependant, les deux études les plus récentes et de grande envergure issues des cohortes ELFE (5) et EPIFANE (6,7) n'utilisaient pas d'analyse multivariée.

Néanmoins, le fait d'avoir analysé chacune des études par la grille méthodologique STROBE, éliminé des études dont le score était jugé insuffisant ($\leq 11/22$) et obtenu un score moyen de 16,9/22 permet de donner du sens à notre étude. Par ailleurs, la prise en compte a posteriori des facteurs de confusion par des analyses multivariées et l'argument de fréquence qui permet de retrouver le même facteur dans différentes études permettent de renforcer l'impact de nos résultats. Ainsi les facteurs que nous retenons en fin de compte sont ceux retrouvés fréquemment significatifs dans nos études de bonne qualité méthodologique et cohérent avec le reste des données de la littérature.

Par ailleurs, nous avons été confrontés à la difficulté dans le choix des mots-clefs. En effet, dans plusieurs bases de données (notamment PUBMED et BDSP), le concept de durée de l'allaitement ne peut pas être traduit en mot-clef puisqu'il s'agit de ce qu'on appelle un « terme vide », en effet il peut s'associer à de nombreux concepts, et n'est spécifique

d'aucun. Pour contourner cette difficulté nous avons utilisé le mot-clef « sevrage » mais avons pu constater que certains articles étudient la durée d'allaitement et les facteurs d'arrêt de celui-ci sans pour autant avoir le mot clef sevrage dans leur notice. Ainsi sur PUBMED, nous avons utilisé l'opérateur booléen OR entre Breastfeeding et Weaning afin d'élargir notre recherche et de recueillir tous les articles étudiant l'AM en France. Sur BDSP et SUDOC, nous avons intégré le mot « durée » dans tous les termes et éliminé manuellement tous les articles ne correspondant pas à notre sujet.

Ce choix dans les équations de recherche (avec les mots-clefs « AM », « durée » et « sevrage ») nous a peut-être conduit vers un biais de sélection d'études descriptives à bas niveau de preuve. Peut-être qu'en listant tous les facteurs potentiellement associés à l'AM dans nos équations de recherches nous aurions pu recueillir plus de travaux étudiant le lien entre un seul facteur et la durée de l'AM (études de type exposé/non exposé à plus fort niveau de preuve).

Enfin, une autre limite peut se voir dans l'interprétation des résultats. En effet, chacune de ces études ayant des objectifs principaux différents, des méthodes d'analyses différentes, étudiant des populations différentes, ayant des durées de suivi différentes et surtout étudiant des facteurs différents avec des critères de jugements différents, la mise en commun des résultats était ambitieuse.

Par exemple, certaines études étudient surtout des facteurs anthropologiques, socio-démographiques (5), (6,7) alors que d'autres (8), (9), (10), (16), (17), (24), étudient des facteurs tels que les difficultés de succion du bébé, la confiance en soi des mères, les pratiques de l'AM... qui sont plus subjectifs et se mesurent différemment.

Concernant la population étudiée, il est à noter que certaines études (5), (8), (9), (10), (20), (21), (26), (22) se placent parmi les femmes allaitantes et étudient donc réellement l'influence de certains facteurs sur la durée de l'allaitement alors que d'autres se placent parmi toutes les parturiantes (6,7), (27) et étudient le lien entre les différents facteurs et la présence ou non de l'allaitement à un temps T. Ces études étudient alors les raisons du choix et les facteurs associés à l'initiation de l'AM de manière judicieuse mais de manière un peu moins judicieuse la durée de l'AM puisqu'elles se placent parmi une population de femmes qui ne sont pas toutes allaitantes.

C'est pour cette raison, que nous avons préféré présenter les résultats dans un premier temps dans un grand tableau rappelant les caractéristiques de chaque étude et détaillant ses résultats

principaux sans les dénaturer. Dans un deuxième temps ont été présentés et classés dans un même tableau tous les facteurs liés à l'AM et à la fin de notre discussion, nous présenterons les principaux facteurs modifiant l'AM dans un troisième tableau.

4. Applicabilité dans la pratique clinique :

Ainsi, après avoir identifié l'ensemble de ces facteurs modifiables et non modifiables, nous retenons comme facteurs liés à la durée de l'AM ceux retrouvés fréquemment significatifs dans nos études de bonne qualité méthodologique et confirmés dans la littérature.

Nous pouvons alors en déduire l'impact de notre étude dans notre pratique courante c'est-à-dire comment promouvoir l'AM en médecine générale.

Rappelons tout d'abord qu'afin de pouvoir promouvoir au mieux l'AM, le praticien doit se tenir à jour des connaissances sur les bénéfices, risques, et contre-indications de l'AM, que nous développons en annexe 2.

En pratique clinique, le tableau suivant, reprenant les principaux facteurs influençant l'AM peut aider le praticien afin d'optimiser sa prise en charge.

Le praticien doit tout d'abord s'attacher à repérer dans sa patientèle, les patients présentant des critères non modifiables limitant l'AM que nous retrouvons dans notre colonne de gauche du tableau suivant. Il doit donc être davantage vigilant devant une mère « plus à risque d'allaitement difficile » que sont les mères jeunes, primipares ou n'ayant pas d'expérience antérieure d'allaitement, de bas niveau d'études, de bas niveau socio-économique, n'ayant pas été elles-mêmes allaitées, d'origine française, célibataires ou en couple, non mariées, qui n'ont pas ou peu de congé maternité. (Confère annexe 3)

Dans un second temps, le praticien doit s'attacher à repérer les critères modifiables limitant l'AM que nous retrouvons dans la colonne de droite du tableau suivant et s'atteler à les réduire autant que possible ou à délivrer les conseils adaptés selon les différentes situations. Il s'agit du tabagisme, de l'obésité maternelle, des difficultés mammaires liées à l'AM, des pathologies du nourrisson, problème de succion, perte du poids du bébé ou encore des « mauvaises pratiques de l'AM » comme l'allaitement maternel à heure fixe.

Enfin, le praticien doit favoriser l'allaitement envers tous ses patients en renforçant les mères dans leur capacité à allaiter, en favorisant un choix d'alimentation du nourrisson le plus précoce possible, en améliorant le suivi du nourrisson, en encourageant le soutien de l'entourage et prodiguant les conseils de « bonne pratique de l'AM ».

Dans l'annexe 4, nous avons repris les différents facteurs modifiables et les conseils de prise en charge ciblées en soins primaires.

Tableau 3: Principaux facteurs liés à une modification de la durée de l'AM

	NON MODIFIABLES	MODIFIABLES
Liés à la mère	(-) Age jeune (-) Primiparité (-) Bas niveau d'études de la mère (-) Absence d'expérience antérieure d'allaitement de la mère (-) Ne pas avoir été allaitée (-) Née en France, versus origine étrangère (-) Accouchement par césarienne versus voie basse (-) Bas statut socio-économique de la mère	(-) Tabagisme (-) Obésité (-) Difficulté d'allaitement, pathologies mammaires (+) Ancienneté de la décision d'allaiter (+) Confiance en soi, sentiment d'auto efficacité
Liés à l'entourage	(-) Bas statut socio-économique du foyer, statut professionnel du père (-) Statut marital : mère célibataire ou en couple non mariée versus mariée	(+) Soutien du partenaire et de l'entourage
Liés aux politiques de santé	(-) Absence ou courte durée du congé maternité	(+) Information, soutien du personnel de santé
Liés au nourrisson		(-) Problème de succion, difficultés à téter (-) Perte de poids > 10% ou prise de poids insuffisante (-) Pathologie du nourrisson (-) Petit poids de naissance
Liés à la pratique de l'AM		(-) Recours aux biberons de complément (-) Pratique d'un allaitement à heure fixe (-) Absence de mise au sein précoce, contact peau à peau avec le bébé < H1 (+) Observance d'un nombre croissant des pratiques professionnelles recommandées à la maternité

CONCLUSION

Notre travail permet de faire un état des lieux des connaissances des facteurs liés à un arrêt précoce de l'AM et ainsi de mieux comprendre pourquoi en France, bien qu'en nette augmentation, la durée médiane d'AM est encore inférieure aux recommandations mondiale et nationale.

Nous avons retrouvé un grand nombre de facteurs probablement liés à la durée de l'AM, et les avons classés de différentes manières : par pertinence en fonction du nombre d'études les ayant retrouvés significativement associés à l'AM ; par groupes de facteurs modifiables ou non modifiables ; par groupes de facteurs liés à la mère, à l'enfant, à l'entourage, aux politiques de santé ou encore à la pratique de l'AM.

De l'étude de ces facteurs découle une réflexion sur la promotion de l'allaitement maternel afin de se rapprocher au mieux des recommandations pour le bien-être de l'enfant et de la mère.

Ainsi, en pratique clinique, ce travail nous permet d'être plus attentif aux différents facteurs qui modifient la durée de l'AM.

L'identification des facteurs non modifiables permet de repérer les mères « à risque d'AM difficile » comme les mères jeunes, célibataires, de bas niveau d'études et socio-économique, ou bien les mères ne bénéficiant pas d'un congé maternité... afin de les accompagner par un soutien adapté durant l'allaitement.

L'identification des facteurs modifiables permet de donner des orientations ciblées de prise en charge en soins primaires, comme la lutte anti-tabac, favoriser une décision précoce concernant l'allaitement, conseiller la pratique d'un allaitement à la demande...

Nous espérons que les guides issus de ce travail pourront être diffusés et devenir des outils facilitant l'AM afin de progressivement corriger les facteurs modifiables et d'améliorer l'accompagnement des couples mère-enfant qui en ont besoin pour augmenter la durée de l'AM.

Toutefois, il convient de garder à l'esprit que l'allaitement doit rester un choix et que ce choix doit être respecté et accompagné par les professionnels de santé. En effet, promouvoir l'AM ne veut pas dire proscrire l'allaitement artificiel et nous restons convaincus qu'un biberon donné avec amour vaut mieux qu'un sein donné avec réticence.

Enfin, promouvoir l'allaitement maternel, semble aussi passer par une approche plus globale. En effet, améliorer la connaissance de la population générale sur les apports respectifs de l'AM et de l'allaitement artificiel permettrait une meilleure prise de conscience de l'impact du choix du type d'allaitement. Cela permettrait également aux mères de choisir le mode d'alimentation de leur bébé de manière plus éclairée et plus précoce. Enfin, cela permettrait probablement de modifier l'impact qu'a la société sur la femme allaitante ou désirant allaiter.

Toulouse le 23/11/2017

Vu


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 08/02/2017

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



BIBLIOGRAPHIE :

1. WHO | The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation. Geneva, Switzerland, march 2001 [Internet]. WHO. [cité 5 mars 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/nhd_01_09/en/
2. WHO | Indicators for assessing infant and young child feeding practices. 2007 washington DC, USA. [Internet]. WHO. [cité 5 mars 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/en/
3. DAZELLE C, GELBERT N, GREMMO-FEGER G, MANELA A, RAZANAMAHEFA L, RIEU D, et al. L'allaitement maternel : Les propositions du groupe de travail du PNNS. SANTE HOMME. 10 2010;(409):52-5.
4. BOURDILLON F, CANO N, SFN JD, SFP DT. des Sociétés savantes et d'experts en nutrition. [cité 16 déc 2016]; Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_societes_savantes_et_d_experts.pdf
5. WAGNER S, KERSUZAN C, GOJARD S, TICHIT C, NICKLAUS S, GEAY B, et al. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. Bull Epidémiologique Hebd. 2015;(27):522-32.
6. SALANAVE B, DE LAUNAY C, CASTETBON K. Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012). Rev DÉpidémiologie Santé Publique. sept 2014;62, Supplement 5:S182.
7. SALANAVE B, CASTETBON K, GUERRISI C, DE LAUNAY C. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épifane, France, 2012. Bull Epidemiol Hebd. 18 sept 2012;(34):383-7.
8. BRANGER B, DINOT-MARIAU L, LEMOINE N, GODON N, MEROT E, BREHU S, et al. Durée d'allaitement maternel et facteurs de risques d'arrêt d'allaitement : évaluation dans 15 maternités du Réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire. Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie. nov 2012;19(11):1164-76.
9. LEMOINE N, BRANGER B. Durée de l'allaitement maternel jusqu'à six mois dans quinze maternités des Pays de la Loire. [Nantes, France]; 2009.
10. MARIAU-DINOT L, BRANGER B. Rôle des médecins généralistes dans la durée de l'allaitement maternel: enquête prospective sur 6 mois dans 15 maternités des Pays de la Loire. [France]; 2009.
11. COURTOIS E, LACOMBE M, TYZIO S. Facteurs associés à l'allaitement maternel continu jusqu'à 6 mois chez les mères allaitantes dans une maternité de Paris. Rech Soins Infirm. juin 2014;(117):50-64.
12. CAMBONIE G, REY V, SABARROS S, BAUM T-P, FOURNIER-FAVRE S, MAZURIER E, et al. Early postpartum discharge and breastfeeding: an observational study from France. Pediatr Int Off J Jpn Pediatr Soc. avr 2010;52(2):180-6.
13. LABORDE L, GELBERT-BAUDINO N, FULCHERI J, SCHELSTRAETE C, FRANCOIS P, LABARERE J. Breastfeeding outcomes for mothers with and without home access to e-technologies. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. juill 2007;96(7):1071-5.

14. CALLENDRET M, GELBERT-BAUDINO N, RASKOVALOVA T, PISKUNOV D, SCHELSTRAETE C, DURAND M, et al. Observance des pratiques professionnelles recommandées en maternité et réduction du risque de sevrage de l'allaitement maternel dans les six premiers mois de vie. Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr. sept 2015;22(9):924-31.
15. Elfe en bref [Internet]. [cité 11 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.elfe-france.fr/index.php/fr/pour-quoi-faire/elfe-en-bref>
16. HUET F, MAIGRET P, ELIAS BILLON I, ALLAERT FA. Identification des déterminants cliniques, sociologiques et économiques de la durée de l'allaitement maternel exclusif. J Pediatr Pueric. août 2016;29(4):177-87.
17. DEGRANGE M, DELEBARRE M, TURCK D. Les mères confiantes en elles allaitent-elles plus longtemps leur nouveau-né ? Arch Pediatr. juill 2015;22(7):708-17.
18. LABARÈRE J, DALLA-LANA C, SCHELSTRAETE C, RIVIER A, CALLEC M, POLVERELLI JF, et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France)**. Arch Pédiatrie. août 2001;8(8):807-15.
19. HUBERT M, TIERCIN S, LEHR-DRYLEWICZ A-M. Impact de la durée de séjour en maternité sur l'allaitement maternel et le recours aux soins maternels et pédiatriques. [Tours, France]: SCD de l'université de Tours; 2012.
20. BONET M, MARCHAND L, KAMINSKI M, FOHRAN A, BETOKO A, CHARLES M-A, et al. Breastfeeding duration, social and occupational characteristics of mothers in the French « EDEN mother-child » cohort. Matern Child Health J. mai 2013;17(4):714-22.
21. SIRET V, CASTEL C, BOILEAU P, CASTETBON K, FOIX L'HÉLIAS L. Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart. Arch Pédiatrie. juill 2008;15(7):1167-73.
22. WIMMER M, LÉVY M. Le rôle des médecins généralistes dans la durée de l'allaitement maternel: enquête prospective sur 6 mois. [France]; 2014.
23. DE LATHOUWER S, LIONET C, LANSAC J, BODY G, PERROTIN F. Predictive factors of early cessation of breastfeeding. A prospective study in a university hospital. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1 déc 2004;117(2):169-73.
24. DEVERGNE-CLEMENT B. Facteurs influençant l'arrêt de l'allaitement maternel au cours du premier mois [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2006.
25. LELONG N, SAUREL-CUBIZOLLES MJ, BOUVIER-COLLE MH, KAMINSKI M. Durée de l'allaitement maternel en France. Arch Pédiatrie. mai 2000;7(5):571-2.
26. EGO A, DUBOS JP, DJAVADZADEH-AMINI M, DEPINOY MP, LOUYOT J, CODACCIONI X. Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. Arch Pédiatrie. 1 janv 2003;10(1):11-8.
27. FANELLO S, MOREAU-GOUT I, COTINAT JP, DESCAMPS P. Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : une enquête auprès de 308 femmes. Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie. janv 2003;10(1):19-24.

28. IBANEZ G, MARTIN N, DENANTES M, SAUREL-CUBIZOLLES M-J, RINGA V, MAGNIER A-M. Inégalités sociales d'allaitement maternel dans les pays développés. Prevalence of breastfeeding in industrialized countries. *Rev Dépidémiologie Santé Publique*. août 2012;60(4):305-20.
29. NOIRHOMME RENARD F, NOIRHOMME Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *J Pediatr Pueric*. mai 2009;22(3):112-20.
30. GRECH A, FAGOT GRIFFIN E. Facteurs influençant la durée d'allaitement maternel: pistes pour augmenter la durée. [Rouen, France]: Université de Rouen; 2014.
31. CHANTRY AA, MONIER I, MARCELLIN L. Allaitement maternel (partie 1) : fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation. Recommandations pour la pratique clinique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2015;44(10):1071-9.
32. THULIER D, MERCER J. Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN*. juin 2009;38(3):259-68.
33. WIJNDAELE K, LAKSHMAN R, LANDSBAUGH JR, ONG KK, OGILVIE D. Determinants of early weaning and use of unmodified cow's milk in infants: a systematic review. *J Am Diet Assoc*. déc 2009;109(12):2017-28.
34. BALOGUN OO, DAGVADORJ A, ANIGO KM, OTA E, SASAKI S. Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a quantitative and qualitative systematic review. *Matern Child Nutr*. oct 2015;11(4):433-51.
35. ABDULWADUD OA, SNOW ME. Interventions in the workplace to support breastfeeding for women in employment. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 17 oct 2012; Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006177.pub3/abstract>
36. Les congés liés à la naissance d'un enfant [Internet]. [cité 6 janv 2017]. Disponible sur: https://www.senat.fr/lc/lc200/lc200_mono.html
37. DE JAGER E, SKOUTERIS H, BROADBENT J, AMIR L, MELLOR K. Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Midwifery*. mai 2013;29(5):506-18.
38. REYNES LORENZI A, BRILLAC T. Motivations des femmes à poursuivre l'allaitement maternel malgré les complications. [Toulouse, France]: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2013.
39. DELOULE S, GUYONNET E, FREYENS A. Attitudes pratiques et vécu des médecins généralistes en cas d'insuffisance de prise pondérale chez un nourrisson allaité. [Toulouse, France]: Rangueil; 2016.
40. DE ONIS M, GARZA C, ONYANGO AW, ROLLAND-CACHERA M-F. Les standards de croissance de l'Organisation mondiale de la santé pour les nourrissons et les jeunes enfants. *Arch Pédiatrie*. janv 2009;16(1):47-53.
41. BROWN S, SMALL R, ARGUS B, DAVIS PG, KRASTEV A. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Libr* [Internet]. 22 juill 2002; Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002958/full>

42. FALLON A, VAN DER PUTTEN D, DRING C, MOYLETT EH, FEALY G, DEVANE D. Baby-led compared with scheduled (or mixed) breastfeeding for successful breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 juill 2014;(7):CD009067.
43. JAAFAR SH, HO JJ, JAHANFAR S, ANGOLKAR M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 30 août 2016;(8):CD007202.
44. KRISTIANSEN AL, LANDE B, ØVERBY NC, ANDERSEN LF. Factors associated with exclusive breastfeeding and breast-feeding in Norway. *Public Health Nutr*. déc 2010;13(12):2087-96.
45. Allaitement, impact sur la survie de l'enfant et situation mondiale [Internet]. UNICEF. [cité 12 juin 2016]. Disponible sur: http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24824.html
46. La situation des enfants dans le monde 2016: l'égalité des chances pour chaque enfant. UNICEF Fr. 2016;
47. JAAFAR SH, HO JJ, LEE KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 26 août 2016;(8):CD006641.
48. CIBAUD-LE TURDU N. Allaitement maternel et insuffisance de lait: prise en charge en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier;
49. Christelle. Comment augmenter votre lactation [Internet]. [cité 20 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.illfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/feuillets-de-ill-france/1006-comment-augmenter-votre-lactation>
50. RIGOURD V, NICLOUX M, HOVANISHIAN S, GIUSÉPPI A, HACHEM T, ASSAF Z, et al. Conseils pour l'allaitement maternel. [Httpswww-Em--Prem-Comdocadisups-Tlsefrdatatraitestmtm-63590](https://www-em--Prem-Comdocadisups-Tlsefrdatatraitestmtm-63590) [Internet]. 25 févr 2015; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/958075>
51. NEVILLE MC, KELLER R, SEACAT J, LUTES V, NEIFERT M, CASEY C, et al. Studies in human lactation: milk volumes in lactating women during the onset of lactation and full lactation. *Am J Clin Nutr*. déc 1988;48(6):1375-86.
52. GREMMO-FÉGER G. Allaitement maternel : l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. *Spirale*. 1 sept 2003;no 27(3):45-59.
53. KERSUZAN C, GOJARD S, TICHIT C, THIERRY X, WAGNER S, NICKLAUS S, et al. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011. *Bull Épidémiologique Hebd*. 2014;(27):440-9.
54. SUDFELD CR, FAWZI WW, LAHARIYA C. Peer support and exclusive breastfeeding duration in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2012;7(9):e45143.
55. Allaitement maternel. Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. [Internet]. ANAES; 2002 [cité 23 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf

56. KRAMER MS, CHALMERS B, HODNETT ED, SEVKOVSKAYA Z, DZIKOVICH I, SHAPIRO S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA. 24 janv 2001;285(4):413-20.
57. QUIGLEY MA, KELLY YJ, SACKER A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. Pediatrics. avr 2007;119(4):e837-842.
58. CASTETBON K, DUPORT N, HERCBERG S. Bases épidémiologiques pour la surveillance de l'allaitement maternel en France. Rev Dépidémiologie Santé Publique. oct 2004;52(5):475-80.
59. CHOURAQUI JP, DUPONT C, BOCQUET A, BRESSON JL, BRIEND A, DARMAUN D, et al. Alimentation des premiers mois de vie et prévention de l'allergie. Arch Pediatr. 2008;15(4):431-42.
60. OWEN CG, MARTIN RM, WHINCUP PH, SMITH GD, COOK DG. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. Pediatrics. mai 2005;115(5):1367-77.
61. AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH (AICR). Second Expert Report | World Cancer Research Fund International / Food, nutrition, physical activity, and prevention of cancer: a global perspective. [Internet]. 2007 [cité 12 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.wcrf.org/int/research-we-fund/continuous-update-project-cup/second-expert-report>

ANNEXE 1 : Cadre nosologique du tarissement du lait

Le tarissement du lait est une plainte fréquemment formulée par les femmes qui allaitent, cependant le cadre nosologique qui se cache derrière ce terme est vaste et complexe. Le tableau suivant permet de mieux l'appréhender.

Tableau 4: Cadre nosologique du tarissement du lait

Fausse représentation	• Un bébé qui tète très souvent : De nombreux bébés ont un grand besoin de succion ou de contacts fréquents avec leur mère. • Un bébé qui semble avoir faim peu de temps après avoir été nourri : Le lait maternel se digère plus rapidement que les laits industriels et demande moins d'efforts au système digestif immature du nouveau-né ; ainsi le bébé nourri au sein a une demande plus fréquente que l'enfant alimenté au lait artificiel. • Rythme de tétée différent de ceux des autres enfants : Chaque enfant est unique et il y a de grandes variations dans le comportement de chacun. • Un bébé qui augmente brusquement la fréquence et/ou la durée des tétées : Il arrive souvent que des bébés, très somnolents lorsqu'ils sont nouveau-nés, « s'éveillent » brusquement et se mettent à téter plus fréquemment. De plus, les bébés ont des poussées de croissance/développement autour de trois semaines, six semaines, trois mois et six mois. Afin de stimuler la lactation et d'obtenir plus de lait pour combler leurs besoins grandissants, ils se mettent à téter plus souvent que d'habitude pendant quelques jours. • Un bébé qui diminue brusquement la durée de la tétée : Par exemple, il peut réduire la tétée à quelques minutes par sein. S'il mouille et salit autant de couches que d'habitude, il se peut tout simplement qu'il soit capable d'extraire le lait plus rapidement, ayant une plus grande expérience au sein. • Un bébé maussade : De nombreux bébés ont un passage difficile tous les jours, souvent à la même période. Certains bébés sont maussades presque tout le temps. • Il peut y avoir plusieurs explications en dehors de la faim mais, souvent, il n'y a pas de raison évidente. • Une prise de poids insuffisante : Il est à noter que la prise de poids n'est pas la même chez un bébé allaité au sein et au biberon, en effet, on peut constater que chez les nourrissons allaités, la croissance en poids et en taille est plus forte pendant les 4 premiers mois que celle des nourrissons nourris artificiellement, puis elle s'infléchit à partir de 4 mois pour arriver en moyenne, à l'âge de un an à 600 grammes de moins et 1 cm de moins que chez les nourrissons nourris avec du lait artificiel. Des seins qui coulent très peu ou pas du tout, qui paraissent plus souples ou bien des modifications de la sensation pendant les tétées : Il n'y a pas forcément de relation entre le fait que les seins coulent et la quantité de lait produite. Les seins s'assouplissent lorsque la production correspond bien aux besoins du bébé et que la congestion du début a disparu. L'absence de sensations de fourmillements ou picotements, ou bien leur diminution peut survenir avec le temps. Certaines mères ne sentent pas du tout l'éjection du lait mais elles peuvent apprendre à la reconnaître en observant la manière dont leur bébé tète et avale...
---	---

Insuffisances « induites »,	• Mise au sein retardée, • Séparation d'avec le bébé pour la nuit dans les premiers jours, • Limitation du nombre des tétées, limitation de la durée des tétées, • Respect absolu d'un écart minimum entre les tétées, • Utilisation de tétine, de téterelle ou de « bouts de sein » • Utilisation de biberons de compléments • Mauvaise position du bébé au sein • Proposition d'un seul des deux seins par tétée • Stress important • Etc...
Insuffisances « primaires »	• Un mauvais développement de la glande mammaire dès la vie embryonnaire ou à la puberté, • Un trouble hormonal important, notamment thyroïdien, une hypoprolactinémie, • Une intervention chirurgicale sur les seins • Une rétention placentaire • Syndrome de Sheehan (panhypopituitarisme sur hémorragie du post partum) • Une anémie

ANNEXE 2 : Bénéfices et contre-indications de l'AM pour la mère et l'enfant :

À partir d'un rapport de l'ANAES(55) établi en 2002, ainsi que différentes sources, on peut synthétiser les bénéfices et les contre-indications de l'allaitement maternel dans les deux tableaux suivant :

Tableau 5: Bénéfices de l'AM

Bénéfices pour l'enfant :	- Réduction du risque infectieux, et notamment des infections gastro-intestinales(56), respiratoires et ORL(57) - Amélioration du développement cognitif et moteur. (58), (31) - Alimentation sur mesure dont la composition et le volume se modifie pour s'adapter aux besoins du nouveau-né en croissance. - Encore débattu : développement émotionnel, fréquence des allergies(59), de l'eczéma atopique(56), de l'obésité infantile(60).
Bénéfices pour la mère :	- Diminution de l'incidence des cancers du sein(61), - Amélioration de sa santé en suite de couches, - Favorise la rétraction de l'utérus, ce qui diminue les risques d'hémorragie et d'infection du post-partum

Les contre-indications (CI) médicales à l'allaitement maternel sont très rares :

Tableau 6: Contre-indications de l'AM

CI liées à l'enfant	- Galactosémie congénitale, - Phénylcétonurie (allaitement partiel possible avec mélange de lofenolac et de lait maternel)
CI maternelles	-Maladies infectieuses : - Séropositivité HIV dans les pays développés - Infection herpétique avec lésions sur les seins, varicelle en péri accouchement (5j avant, 2 j après) - Complications mammaires de l'allaitement: seule la présence d'un abcès mammaire contre-indique l'allaitement. En présence d'une mastite l'allaitement doit être poursuivi et même intensifié, et un prélèvement bactériologique du lait doit être réalisé pour décider d'une antibiothérapie, - Tuberculose évolutive (discutable), - Psychose (discutable), - Prise de médicaments toxiques: le risque n'est clairement établi que pour les cytostatiques, les substances radioactives, ergotamine, lithium et bromocriptine qui sont CI (commitee on drugs de l'american academy of pediatrie). Cependant toutes les spécialités n'ont pas encore été étudiées, et le principe de précaution doit s'appliquer, le praticien ne doit pas hésiter à consulter les sites de référence pour actualiser les connaissances

En fait, la principale contre-indication est le non désir d'allaiter qu'il faut savoir respecter.

ANNEXE 3 : Guide à l'usage des médecins généralistes : Typologie des mères "à risque d'AM difficile ou de sevrage précoce"

L'identification des facteurs non modifiables permet de repérer les mères « à risque d'AM difficile » afin de les accompagner par un soutien adapté durant l'allaitement.

Il s'agit des mères :

- Jeunes,
- Primipares ou multipares n'ayant jamais allaité,
- N'ayant pas été elles-mêmes allaitées,
- De niveau d'études intermédiaire ou faible,
- Nées en France,
- Célibataires ou en couple non mariées
- Ayant accouché par césarienne,
- Dont le statut socio-économique de la mère ou du foyer est bas
- Ne bénéficiant pas d'un congé maternité ou devant reprendre rapidement le travail

À cette typologie de facteurs sociodémographiques non modifiables on peut ajouter certains facteurs modifiables venant compléter le tableau. En effet, certains facteurs sont modifiables de par le fait qu'ils soient accessibles à des mesures en soins primaires, cependant le changement étant un processus long et complexe, certains facteurs dits modifiables viennent bien compléter notre typologie de couples mère-enfant à risques d'AM difficile :

Il s'agit des mères :

- Fumeuses
- Obèses
- Ayant peu confiance en elles
- Ayant choisi l'AM en fin de grossesse
- Qui ne sont pas soutenues par leur conjoint ou leur entourage

ANNEXE 4 : Guide à l'usage des médecins généralistes : Propositions de prise en charge ciblée en soins primaires selon les facteurs identifiés

L'identification des facteurs modifiables permet de donner des orientations ciblées de prise en charge en soins primaires présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 7: Prise en charge ciblée selon les facteurs identifiés

Facteurs identifiés		Prise en charge :
Liés à la mère	Ancienneté de la décision à allaiter	Il semble s'agir d'un facteur prépondérant, ainsi la promotion de l'AM devrait se faire en population générale et dès le plus jeune âge. Le médecin traitant devrait pouvoir aborder cette question avec toutes ses patientes enceintes si ce n'est avec tous ses patients.
	Tabagisme	Réduire la prévalence du tabagisme en population générale, plus particulièrement chez les femmes en âge de procréer, enceintes ou allaitantes. Informer aussi qu'un AM avec tabagisme reste bénéfique pour le couple mère-enfant, donner des conseils sur la pratique de l'AM lorsqu'un tabagisme y est associé (fumer juste après les tétées, ...)
	Obésité	Réduire l'incidence de l'obésité en population générale, dépister dès le début de la grossesse les femmes en surpoids et leur délivrer des conseils et un suivi appropriés.
	Pathologies mammaires (Crevasses, engorgement, lymphangite, abcès)	Prévenir par l'aide au bon positionnement du nourrisson, les dépister et les traiter le plus précocement possible. Ne pas conseiller l'arrêt de l'AM sauf en cas d'abcès et uniquement pour le sein concerné, les autres pathologies ne constituant pas de contre-indications et nécessitant même une vidange du sein plus fréquente. Savoir se référer aux rares contre-indications à l'AM pour l'encourager si la poursuite est possible et savoir accompagner et traiter efficacement les mères qui sont confrontées à un problème de santé.
	Confiance en soi des mères dans leur capacité à allaiter	L'observation d'une tétée, l'accompagnement et la guidance prennent alors toute leur place.
	Perception positive de l'AM	Promouvoir l'AM auprès des femmes enceintes et en population générale, le plus tôt possible en amont de la conception
	Dépression post-natale	Dépister la dépression du post-partum et à la prendre en charge efficacement en essayant de favoriser l'AM
	Plainte de tarissement du lait	Savoir expliquer la physiologie de la lactation et de sa régulation, et savoir expliquer qu'en dehors des rares cas d'insuffisance lactée primaire, il n'y a pas de tarissement du lait si la stimulation du sein par le bébé est adéquate.
Entourage	Soutien du partenaire, de l'entourage	Rechercher le soutien du père dans l'AM. Evaluer l'entourage soutenant de la femme qui allaite.
Liés au nourrisson	Problèmes de succion	Apprendre aux mères les signes d'une tétée efficace, veiller à une bonne position au sein.
	Prise de poids insuffisante	Améliorer la prise en charge et le suivi du nourrisson, suivre régulièrement le poids du nourrisson, donner les conseils adaptés afin de favoriser la stimulation de la lactation et de l'AM et n'indiquer la prise de biberons de

	, Perte de poids, pathologie du nourrisson	compléments qu'en dernier recours. Avoir recours à des professionnels de l'AM dans ces situations particulières pour accompagner les mères sans les culpabiliser si l'AM est trop difficile.
	Petit poids de naissance	Améliorer le suivi de la grossesse et la prise en charge avec une attention particulière à l'AM en maternité et en néonatalogie
Système de santé	Cours de préparation à la naissance, IHAB	Encourager les cours de préparation à la naissance, être vigilant à offrir une information et un soutien adéquat. Promouvoir l'initiative IHAB et la formation du personnel de santé
Pratique de l'AM	Allaitement à la demande	Conseiller la pratique d'un allaitement à la demande plutôt qu'à heure fixe
	Utilisation de biberons de compléments	Favoriser la stimulation de la lactation, n'indiquer la prise de biberon de compléments qu'en dernier recours en fonction de la surveillance clinique du nourrisson. Savoir conseiller l'utilisation d'un tire-lait pour les absences de la maman.
	Mise au sein précoce	Conseiller la mise au sein précoce et le contact mère-enfant précoce en salle d'accouchement à la maternité
	Bonnes pratiques d'AM	Former le personnel de santé aux « bonnes pratiques d'AM » et veiller à son application notamment à la maternité

De plus, l'encouragement de l'AM par le praticien se fait également à une échelle plus globale :

- En répondant aux questions de ses patients en rapport avec l'AM, en entamant le sujet auprès de toute femme enceinte et en délivrant des informations orales voire écrites sur les bénéfices de celui-ci. Il est important de réitérer la discussion en sachant toutefois respecter la décision de chaque mère.
- En se tenant à jour des connaissances concernant les bénéfices, risques, et contre-indications de l'AM et savoir en discuter avec les patients
- En se formant ainsi qu'en communiquant en faveur de l'AM
- Par l'utilisation des affiches et des flyers de promotion de l'allaitement en libre accès dans son cabinet
- En favorisant la prise en charge en réseaux, le suivi par une sage-femme et des spécialistes en lactation.

**ALLAITEMENT MATERNEL ET SEVRAGE EN FRANCE METROPOLITAINE:
FACTEURS LIÉS A UNE DUREE D'ALLAITEMENT INFÉRIEURE AUX
RECOMMANDATIONS**

DIRECTEUR DE THÈSE: Dr Michel BISMUTH

L'allaitement maternel (AM) est recommandé comme alimentation exclusive pendant 4 à 6 mois puis partielle le plus longtemps possible. Or, le taux d'AM et la durée médiane restent bien inférieurs. L'objectif principal de ce travail est de mettre en évidence les facteurs qui limitent l'AM en France dans sa durée par une revue narrative de la littérature en interrogeant les bases de données Sudoc, BDSP et Medline. 22 articles et thèses publiés en France depuis 2000, et analysés selon la grille STROBE et évaluant ces facteurs ont été recensés et analysés. Les principaux facteurs liés à un allaitement maternel de moins longue durée sont : âge jeune de la mère, primiparité, bas statut socio-économique, bas niveau d'étude de la mère, choix tardif d'allaitement, tabagisme maternel, obésité maternelle, pathologie maternelle et notamment pathologie mammaire liées à l'allaitement, reprise du travail précoce, pathologie du nourrisson, petit poids de naissance, problème de succion, prise de poids insuffisante, pratique d'un allaitement à horaire fixe, utilisation de biberons de compléments, absence de soutien de l'entourage, mère célibataire. L'identification des facteurs non/peu modifiables permettant alors de cibler des couples mère-enfant « à risque » d'AM interrompu précocement, et l'identification des facteurs modifiables permettant en plus de cibler des prises en charge à mettre en œuvre. Une meilleure connaissance des facteurs limitant la durée de l'AM devrait permettre de corriger les facteurs modifiables et de mettre en place des mesures d'accompagnement spécifiques des couples mère-enfant qui en ont besoin.

**BREAST-FEEDING AND WEANING IN FRANCE: FACTORS LOWER THAN
RECOMMENDATIONS**

Exclusive breastfeeding (BF) is recommended for 4 to 6 months and thereafter, continuing BF with complementary food as long as possible. However, the BF rate and the median duration remain much lower. Thereafter infants should receive complementary foods with continued breastfeeding up to 2 years of age or beyond. The main objective of this work is to highlight the factors limiting BF in France in its duration by a narrative review of literature by querying the Sudoc, BDSP and Medline databases. 22 articles and thesis published in France since 2000, analyzed according to the STROBE grid and evaluating these factors have been identified and analyzed. The main factors associated with shorter period of breastfeeding are: young age of the mother, primiparity, low socioeconomic status, low maternal education, late breastfeeding choice, maternal smoking, maternal obesity, Maternal pathology especially breast pathology related to breastfeeding, resumption of early work, infant pathology, low birth weight, sucking problem, insufficient weight gain, practice of scheduled breastfeeding, use of supplementary feeding bottles, absence of support of the entourage, single mother. The identification of factors that can not be modified can then be used to target mother-child "with risk" of interrupted BF at an early stage, and the identification of modifiable factors that make it possible to target interventions to be implemented. A better knowledge of the factors limiting the duration of the BF should make it possible to correct the modifiable factors and to take specific measures of support for the mother-child who need it.

Mots-Clés : Français: Allaitement maternel, sevrage, durée, facteurs, sociodémographique, soins primaires, France. Anglais: Breastfeeding, weaning, duration, sociodemographic, primary care, France

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France