

18 septembre 2012 / n° 34

p. 383 Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épipane, France, 2012 /
Breastfeeding rates in maternity units and at 1 month. Results from the EPIFANE survey, France, 2012

Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épipane, France, 2012

Benoît Salanave (benoit.salanave@univ-paris13.fr), Catherine de Launay, Caroline Guerrisi, Katia Castetbon

Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), Institut de veille sanitaire, Université Paris 13, Bobigny, France

Résumé / Abstract

Objectifs – À partir des données de l'étude Épipane portant sur l'alimentation des enfants au cours de leur première année de vie, sont présentés ici les taux d'allaitement maternel à la maternité et à 1 mois, et décrites leurs évolutions selon les caractéristiques des mères.

Méthodes – L'étude porte sur un échantillon aléatoire de nourrissons nés entre le 16 janvier et le 5 avril 2012 dans 136 maternités tirées au sort sur tout le territoire de France métropolitaine. Les données sur l'alimentation lactée ont été recueillies à la maternité par auto-questionnaire et à 1 mois par interview téléphonique.

Résultats – Plus des deux-tiers des nourrissons (69%) recevaient du lait maternel à la maternité (60% de façon exclusive, 9% en association avec des formules lactées). Dès l'âge de 1 mois, ils n'étaient plus que la moitié (54%) à être allaités, et seulement 35% de façon exclusive. Les taux d'allaitement maternel variaient selon l'âge, le statut marital, le niveau d'études, le lieu de naissance, l'indice de masse corporelle et le tabagisme pendant la grossesse. De plus, la participation à des séances de préparation à l'accouchement, un contact peau à peau suivant la naissance et une perception positive de l'allaitement maternel par le conjoint étaient des facteurs favorisant sa pratique à la maternité et à 1 mois.

Conclusion – Les actions pour la promotion de l'allaitement maternel devraient particulièrement s'intéresser à la diminution rapide de l'allaitement maternel exclusif, mesurable dès la première semaine, et concerner particulièrement les jeunes mères et celles de faible niveau d'éducation. Les facteurs identifiés ici et qui sont modifiables fournissent des pistes d'intervention à évaluer.

Breastfeeding rates in maternity units and at 1 month. Results from the EPIFANE survey, France, 2012

Objectives – Using data from the French survey EPIFANE on feeding practices of infants during their first year of life, our objectives were to describe breastfeeding rates at birth and at 1 month, and their trends across mothers' characteristics.

Methods – The EPIFANE survey was based on a 2-stage stratified random sample of infants born between 16 January and 5 April 2012 in 136 maternity wards in mainland France. Milk feeding data were collected during the maternity stay using a self-completed questionnaire, and at one month by phone interview.

Results – More than two thirds of the infants (69%) were breastfed in maternity units (60% exclusively, 9% partially). At 1 month, over half of them (54%) were breastfed and only 35% exclusively. Breastfeeding rates varied according to the mother's age, marital status, education, birthplace, body mass index and smoking status during pregnancy. Moreover, attending delivery preparation courses, early skin-to-skin contact and partner positive perception of breastfeeding were positively associated with breastfeeding in maternity units and at one month.

Conclusion – Actions to promote breastfeeding should be particularly focused on the rapidly decreasing rates of breastfeeding as early as the first week after delivery. They should specifically target young mothers and those with a low educational level. Modifiable factors as identified here provide intervention perspective for further evaluation.

Mots-clés / Keywords

Allaitement maternel, cohorte, facteurs sociaux, préparation pour nourrissons, nourrisson, nutrition / *Breastfeeding, cohort, social characteristics, infant formula, newborns, nutrition*

Introduction

L'alimentation au cours des premiers mois de la vie contribue de façon majeure à la croissance [1] et au bon développement du nourrisson [2]. Malgré l'amélioration de la qualité nutritionnelle des formules lactées du commerce, de nombreux travaux de recherche ont démontré que le lait maternel était plus

bénéfique à la santé de l'enfant, notamment pour la prévention des allergies [3] et des infections gastro-intestinales [4], respiratoires et oto-rhino-laryngologiques [5]. Concernant les mères, les suites de couches sont facilitées, avec un moindre risque d'infections et d'hémorragies du post-partum, l'allaitement protégeant de ce fait contre les carences en fer [6]. Son effet protecteur sur le risque de cancer

du sein a été jugé suffisamment convaincant pour que la pratique de l'allaitement maternel fasse partie des recommandations de prévention des cancers au niveau international [7]. Des risques moindres de diabète et d'obésité, le développement intellectuel des enfants ou la prévention du cancer ovarien chez les mères seraient associés à la pratique d'un allaitement maternel prolongé, mais des études supplémentaires

doivent encore confirmer ces relations [8]. Cependant, pour les femmes ne pouvant pas ou ne souhaitant pas allaiter, l'utilisation des formules lactées reste, dans un pays développé comme la France, une alternative tout à fait acceptable pour la santé des enfants.

Alors que la promotion de l'allaitement maternel fait partie des objectifs du Programme national nutrition santé (PNNS), sa pratique semble, en France, très en deçà des taux rapportés dans d'autres pays européens [9]. Les Enquêtes nationales périnatales (ENP) ont montré que le pourcentage d'enfants allaités au sein en maternité était passé de 37% en 1972 à 53% en 1998, pour atteindre 69% en 2010 (60% de façon exclusive) [10]. L'initiation de l'allaitement est très variable selon les caractéristiques des mères [11]. Par ailleurs, seules des données très anciennes [12] ou locales [13] existent sur la durée de sa pratique.

L'étude Épipane (Épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie) a été mise en place pour décrire de façon régulière, sur un échantillon aléatoire national de nourrissons, les pratiques et la durée de l'allaitement maternel, l'utilisation des formules lactées du commerce et les modalités de la diversification alimentaire [14]. Ce système de surveillance, complémentaire des données issues de la recherche, sera utile pour informer le public, évaluer les politiques de santé publique et orienter les actions de promotion de l'allaitement maternel et d'une alimentation adéquate du jeune enfant. L'objectif est de présenter ici les taux d'allaitement maternel à la maternité et à 1 mois, et de décrire ces évolutions précoces selon les caractéristiques des mères, d'après les données recueillies dans l'étude Épipane.

Méthodes

L'étude Épipane porte sur un échantillon aléatoire de nourrissons, nés entre mi-janvier et début avril 2012 dans des maternités tirées au sort sur tout le territoire de France métropolitaine et suivis pendant 12 mois. Les mères sont interrogées par questionnaires à la maternité ainsi qu'à 1 mois, 4 mois, 8 mois et 12 mois. En se basant sur l'attrition observée au cours de l'étude pilote [14], l'inclusion de 3 500 nouveau-nés (25 enfants dans 140 maternités) permet d'anticiper une participation d'environ 3 000 mères à 12 mois.

Le plan de sondage était à deux degrés : tirage au sort stratifié des maternités, puis sélection des nourrissons à inclure. Le sondage aléatoire des maternités a été réalisé proportionnellement au nombre d'accouchements enregistrés dans la base de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de 2009. Les maternités ayant effectué moins de 365 accouchements ont été exclues. La stratification portait sur le statut de l'établissement (privé/public), le type d'autorisation (niveaux I, II ou III) et la région (5 regroupements de régions).

Les mères sélectionnées devaient être majeures, résider en France métropolitaine et maîtriser suffisamment le français ou avoir la possibilité de se faire assister pour le remplissage des questionnaires. Les enfants devaient être nés à 33 semaines d'aménorrhée ou plus, ne pas avoir été transférés vers un autre service dans les jours suivant la naissance et ne pas présenter une pathologie lourde anténatale. En cas de naissance multiple, un seul enfant était inclus dans l'étude.

À partir d'un jour fixé dans chaque maternité, les mères des nouveau-nés vérifiant ces critères d'inclusion étaient recrutées de façon exhaustive, la période de recrutement se poursuivant jusqu'à

l'inclusion de 25 mères. Une sage-femme proposait de participer à J1 ou J2 après l'accouchement. La mère signait un accord de participation et indiquait ses coordonnées (adresse et téléphone). Deux questionnaires étaient alors remplis :

- l'un par la mère, notamment sur son âge, sa taille et son poids avant la grossesse, son statut par rapport à l'emploi, son niveau d'éducation, sa situation maritale et les modalités d'alimentation lactée de son enfant lors des premiers jours à la maternité ;
- l'autre par la sage-femme, sur les antécédents médicaux et obstétricaux, la date d'accouchement et l'issue de la grossesse.

Les informations sur les modalités d'alimentation de l'enfant à 1 mois ont été recueillies par entretiens téléphoniques et auto-questionnaires. Ces derniers étaient remplis par les mères sur Internet ou en version papier envoyée par courrier. Au cours des entretiens téléphoniques, il était notamment demandé à la mère de préciser les nombres quotidiens moyens de biberons et de tétées pris par le nourrisson pour chaque semaine depuis sa naissance, ainsi que son âge en jours au moment de l'éventuel arrêt de l'allaitement maternel. La classification des couples mère-enfant dans les groupes d'alimentation lactée reposait en premier lieu sur les réponses fournies par les mères selon trois modalités : « allaitement maternel exclusif » (sans autre lait que du lait maternel), « allaitement mixte » (lait maternel et formules lactées) ou « formules lactées seules », à la maternité et à 1 mois. Nous avons par ailleurs utilisé les informations rétrospectives fournies à l'interview à 1 mois sur les nombres de tétées et de biberons lors de chaque semaine pour confirmer ces informations et compléter la description des évolutions hebdomadaires.

Les analyses ont été réalisées sous le logiciel Stata® V12. Les données ont été pondérées par l'inverse des probabilités d'inclusion. Pour tenir compte du plan de

sondage complexe, la variable de stratification a été déclarée à l'aide de la commande « svyset » et les commandes d'analyse spécifiques à ce type de sondage ont été utilisées pour l'ensemble des analyses. Enfin, pour tenir compte d'un éventuel biais de participation, les données ont été également pondérées par calage sur marge sur deux variables issues de l'ENP 2010 : l'âge (en 4 classes : 18-25 ans, 25-29, 30-34 et 35 et plus) et le statut matrimonial (mariée, non mariée). Les intervalles de confiance à 95% [IC95%] ont été calculés pour les résultats globaux.

Résultats

Entre le 16 janvier et le 5 avril 2012, 136 maternités ont participé aux inclusions. Parmi les naissances enregistrées pendant cette période, 14% ne remplissaient pas les critères d'éligibilité. Parmi les naissances éligibles, 19% des mères à qui l'étude a été proposée ont refusé d'y participer. À la maternité, les mères ont rempli le questionnaire, à un âge du nouveau-né en moyenne de 1,8 jour (8% à J0, jour de l'accouchement, 37% à J1, 31% à J2, 18% à J3 et 6% entre J4 et J9). Les analyses présentées ici ont porté sur 2 936 mères (87% des inclusions totales), dont les questionnaires collectés à la maternité et à 1 mois étaient disponibles et les données nécessaires au redressement, renseignées. À 1 mois, 89% des mères interrogées par téléphone ont également rempli un auto-questionnaire (80% sur Internet et 20% par courrier papier). Les mères exclues des analyses, principalement pour absence de suivi à 1 mois, étaient plus jeunes, moins souvent mariées, d'un niveau d'études inférieur et plus souvent sans emploi. En revanche, elles ne présentaient pas de différences pour les variables liées à l'accouchement (mode d'accouchement, prématurité, petit poids de naissance, score d'Apgar).

Les mères participant à l'étude Épipane étaient plus souvent en couple et employées à temps plein avant leur grossesse que celles de l'ENP 2010 (tableau 1).

Tableau 1. Caractéristiques des femmes incluses dans l'étude Épipane et comparaison avec les données de l'enquête nationale périnatale (ENP) de 2010 / Table 1. Characteristics of the women included in the EPIFANE survey and comparison with the 2010-National Perinatal Survey (ENP)

		ENP 2010	Épipane 2012		
		n=14 681	n=2 936		p ^b
		%	Données brutes %	Données redressées ^a %	
Âge de la mère (ans)	< 24	17,0	12,4	15,4	0,13
	25-29	33,1	32,3	33,0	
	30-34	30,7	35,8	31,3	
	≥ 35	19,2	19,5	20,3	
Vie en couple (n=2 908)	Oui	92,8	95,3	95,2	<10 ⁻³
	Non	7,2	4,7	4,8	
Mariée	Oui	47,3	45,2	48,1	0,41
	Non	52,7	54,8	51,9	
Niveau d'études (n=2 873)	Bac ou moins	48,2	44,8	45,5	0,03
	Bac+1 et plus	51,8	55,2	54,5	
Emploi avant la grossesse (n=2 933)	Temps plein	55,7	63,9	63,0	<10 ⁻³
	Temps partiel	14,5	13,3	13,0	
	Pas d'emploi	29,8	22,8	24,0	
Accouchement par voie basse (n=2 930)	Oui	79,0	81,3	81,3	0,002
	Non	21,0	18,7	18,7	
Prématurité (n=2 917)	37 SA ^c et plus	94,4	96,5	96,6	<10 ⁻³
	33 à 36 SA	5,6	3,5	3,4	
Petit poids de naissance (n=2 931)	2 500 g et plus	92,9	96,2	96,3	<10 ⁻³
	< 2 500 g	7,1	3,8	3,7	
Apgar à 5 minutes (n=2 912)	10	92,7	94,9	94,7	<10 ⁻³
	8-9	5,6	4,5	4,7	
	≤ 7	1,7	0,6	0,6	
Niveau de la maternité	Niveau I	30,1	31,1	28,6	<10 ⁻³
	Niveau II	46,8	47,5	47,2	
	Niveau III	23,1	21,4	24,2	
Statut de la maternité	Public	71,8	72,0	72,1	0,37
	Privé	28,2	28,0	27,9	

^a Données pondérées et redressées sur l'âge et le statut matrimonial ; ^b Significativité statistique du test de comparaison entre les données de l'ENP et celles redressées d'Épipane ; ^c SA : semaines d'aménorrhée.

Des différences significatives étaient également observées avec les autres variables, en particulier celles liées aux critères d'éligibilité, mais avec des écarts faibles.

À la maternité, le taux d'initiation de l'allaitement maternel était de 69,1% [67,3-70,8]. Plus de la moitié des mères (59,7% [57,9-61,6]) nourrissaient leur enfant exclusivement au sein et 9,3% [8,3-10,5] pratiquaient un allaitement mixte associant lait maternel et formules lactées. Un peu moins d'un tiers des mères (30,9% [29,2-32,7]) ne donnaient que des biberons de formules lactées à leur nourrisson.

À l'âge d'1 mois, l'allaitement maternel concernait 54,4% [52,5-56,2] des enfants : 35,4% [33,6-37,2] de manière exclusive et 19,0% [17,5-20,5] en allaitement mixte. Près de la moitié des mères (45,6% [43,8-47,5]) utilisaient des formules lactées seules pour nourrir leur enfant.

Le tableau 2 présente les taux d'allaitement maternel (exclusif + mixte et exclusif) à la maternité et à 1 mois, selon les caractéristiques des mères et les circonstances de l'accouchement. Les femmes de niveau d'études inférieur ou égal au baccalauréat initiaient moins fréquemment un allaitement maternel à la maternité que celles de niveau supérieur, cet écart s'amplifiant à 1 mois (baisse relative de -28,5% et de -15,9% respectivement). Par rapport aux femmes nées en France, celles nées à l'étranger allaitaient plus fréquemment et présentaient également la baisse relative la plus faible (-10,5%) entre les taux d'allaitement à la maternité et à 1 mois. Les baisses relatives du taux d'allaitement les plus importantes étaient observées chez les mères ayant fumé pendant la grossesse (-32,6%), chez celles de 18-24 ans (-34,5%) et chez celles ayant eu une naissance multiple (-40,2%). Par ailleurs, les mères ayant accouché par césarienne débutaient un allaitement au sein à la maternité moins fréquemment que celles ayant accouché par voie basse, et elles avaient davantage tendance à arrêter l'allaitement maternel au cours du premier mois. Enfin, les femmes dont le conjoint avait une perception négative de l'allaitement maternel affichaient des taux d'allaitement très faibles : 28,7% à la maternité et 20,4% à 1 mois. Des différences notables des taux à la maternité comme à 1 mois étaient également observées selon le statut marital, la corpulence, le suivi de séances de préparation à l'accouchement et le contact peau à peau dans l'heure suivant la naissance. Les taux d'allaitement maternel étaient cependant similaires selon la consommation d'alcool pendant la grossesse, la parité, la prématurité, le poids de naissance et le score d'Apgar.

La part d'allaitement maternel exclusif parmi les mères qui allaitaient à la maternité (tableau 2) était plus faible pour les mères de 18-24 ans, ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat, minces ou obèses avant la grossesse et n'ayant pas suivi de préparation à l'accouchement. De plus, les femmes qui allaitaient à la maternité et avaient connu des complications lors de la grossesse et de l'accouchement (naissance multiple, césarienne, prématurité, petit poids de naissance, Apgar faible) étaient statistiquement moins enclines à pratiquer un allaitement maternel exclusif. À 1 mois, les mêmes groupes à risque de ne pas pratiquer un allaitement maternel exclusif étaient retrouvés, auxquels s'ajoutaient les femmes nées à l'étranger et les primipares. En revanche, le suivi de séances de préparation à l'accouchement et l'Apgar n'étaient plus significativement associés à la pratique d'un allaitement maternel exclusif à 1 mois.

Tableau 2 Taux d'allaitement maternel (exclusif + mixte et exclusif) à la maternité et à 1 mois selon les caractéristiques des mères et de l'accouchement, étude Épifane 2012 (n=2 936), France / **Table 2** Breastfeeding rates (partial + exclusive; exclusive) at maternity units and at 1 month by mothers' and delivery characteristics, EPIFANE Survey 2012 (n=2,936), France

		À la maternité		À 1 mois		Écart relatif ^a
		% d'allaitement maternel (dont exclusif ^b)	p ^c	% d'allaitement maternel (dont exclusif ^b)	p ^c	
Âge de la mère (ans)	18-24	63,7 (80,6)	0,02 (*)	41,7 (57,5)	<10 ⁻³ (*)	-34,5
	25-29	67,7 (88,9)		54,1 (67,9)		-20,1
	30-34	71,8 (87,7)		57,9 (67,9)		-19,4
	≥ 35	71,1 (84,8)		58,8 (60,7)		-17,3
Mariée	Oui	73,2 (86,0)	<10 ⁻³	60,5 (64,0)	<10 ⁻³	-17,3
	Non	65,2 (87,0)		48,7 (66,3)		-25,3
Niveau d'études (n=2 873)	Bac ou moins	62,4 (82,9)	<10 ⁻³ (*)	44,6 (60,1)	<10 ⁻³ (*)	-28,5
	Bac+1 et plus	74,7 (89,3)		62,8 (68,3)		-15,9
Lieu de naissance (mère) (n=2 631)	France	66,5 (88,0)	<10 ⁻³	51,3 (68,7)	<10 ⁻³ (*)	-22,9
	Étranger	92,2 (82,6)		82,5 (60,6)		-10,5
Indice de masse corporelle (n=2 827)	<18,5	61,8 (83,4)	0,01 (*)	46,9 (68,1)	0,01 (*)	-24,1
	18,5-24,9	71,2 (89,5)		57,1 (69,1)		-19,8
	25,0-29,9	70,1 (82,9)		52,4 (57,5)		-25,2
	≥ 30	63,3 (74,8)		49,4 (49,3)		-22,0
Tabac pendant la grossesse (n=2 920)	Non	71,9 (86,6)	<10 ⁻³	57,7 (65,5)	<10 ⁻³	-19,7
	Oui	54,3 (85,6)		36,6 (62,1)		-32,6
Alcool pendant la grossesse (n=2 915)	Non	69,1 (86,6)	0,94	54,3 (64,8)	0,98	-21,4
	Oui	68,8 (84,7)		54,4 (70,8)		-20,9
Préparations accouchement (n=2 934)	Oui	74,7 (88,3)	<10 ⁻³ (*)	59,8 (66,4)	<10 ⁻³	-19,9
	Non	61,8 (83,7)		47,4 (62,9)		-23,3
Parité (n=2 624)	Primipare	71,1 (85,8)	0,06	53,8 (64,3)	0,68 (*)	-24,3
	Multipare	67,4 (88,2)		54,7 (70,1)		-18,8
Type de grossesse (n=2 928)	Simple	69,2 (86,8)	0,32 (*)	54,5 (65,4)	0,048 (*)	-21,2
	Multiple	60,0 (47,6)		35,9 (32,2)		-40,2
Accouchement par voie basse (n=2 930)	Oui	69,9 (87,5)	0,049 (*)	55,4 (67,3)	0,02 (*)	-20,7
	Non	65,4 (81,9)		49,8 (55,1)		-23,9
Prématurité (n=2 917)	37 SA ^d et plus	69,2 (87,1)	0,51 (*)	54,4 (66,0)	0,99 (*)	-21,4
	33 à 36 SA	66,0 (66,4)		54,3 (42,1)		-17,7
Petit poids de naissance (n=2 931)	2 500 g et plus	69,3 (87,3)	0,27 (*)	54,5 (66,0)	0,77 (*)	-21,4
	< 2 500 g	63,9 (63,9)		53,0 (42,3)		-17,1
Apgar à 5 minutes (n=2 912)	10	68,8 (86,9)	0,65 (*)	54,1 (65,2)	0,22	-21,4
	8-9	70,8 (83,0)		55,9 (69,8)		-21,0
	≤ 7	77,4 (51,9)		73,1 (44,4)		-5,6
Contact peau à peau^e (n=2 935)	≤ 1 heure	70,4 (87,3)	0,002 (*)	55,9 (66,9)	0,001 (*)	-20,6
	> 1 heure	63,0 (82,0)		47,3 (55,5)		-24,9
Perception du conjoint^f (n=2 876)	Positive	74,9 (87,5)	<10 ⁻³ (*)	59,4 (66,6)	<10 ⁻³ (*)	-20,7
	Négative	28,7 (85,0)		20,4 (54,4)		-28,9
	NSP ou sans conjoint	45,4 (79,9)		34,3 (54,3)		-24,4

^a Écart relatif entre les taux d'allaitement (exclusif + mixte) à la maternité et à 1 mois = (taux à 1 mois - taux maternité) / taux maternité ; ^b Part d'allaitement exclusif (%) parmi l'ensemble des enfants allaités que ce soit de façon exclusive ou mixte ; ^c Significativité statistique du test de différences entre les taux d'allaitement (exclusif + mixte), versus non allaités, selon les modalités de la variable ; ^d Le signe (*) marque la significativité statistique du test de différence entre les parts d'allaitement exclusif (entre parenthèses), versus allaitement mixte, selon les modalités de la variable ; ^e SA : semaines d'aménorrhée ; ^f Moment du premier contact direct peau à peau entre la mère et son enfant après l'accouchement ; ^g Variable correspondant à la question : « Avant votre grossesse, quelle image avait votre conjoint de la femme qui allaite ? »

En détaillant par semaine révolue le suivi au cours du premier mois, on constate que le taux d'allaitement maternel exclusif diminuait fortement pendant la première semaine (figure 1). Au-delà de cette première semaine, l'allaitement maternel exclusif continuait de diminuer de façon un peu moins prononcée, tandis que l'utilisation de formules lactées et la part de l'allaitement mixte augmentaient régulièrement.

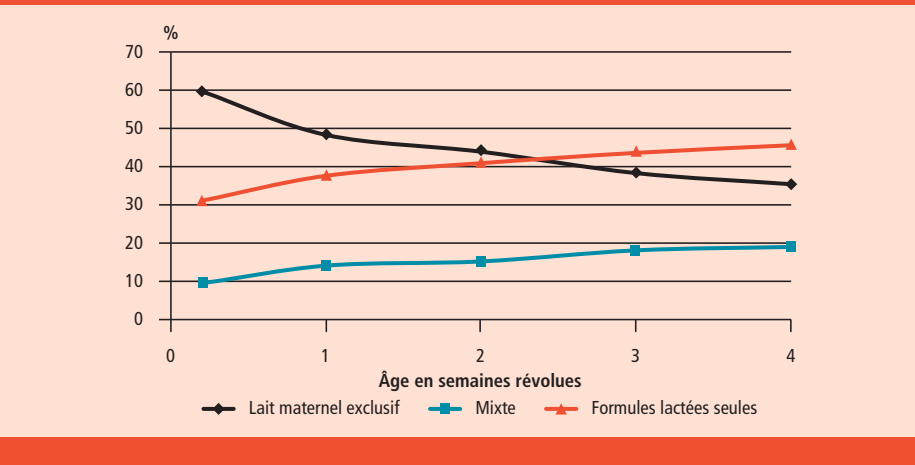
Outre cette baisse particulièrement marquée de l'allaitement exclusif au cours de la première semaine, observée quel que soit le niveau d'éducation (figure 2), les femmes de niveau scolaire inférieur au baccalauréat pratiquaient beaucoup moins fréquemment un allaitement maternel exclusif, depuis la maternité jusqu'à 1 mois, que celles de niveau d'éducation supérieur. De surcroît, chez les femmes de niveau d'études inférieur au baccalauréat, la proportion d'enfants nourris exclusivement au sein devenait inférieure à celle des enfants nourris par formules lactées seules dès la première semaine, alors que chez les femmes de niveau scolaire supérieur au baccalauréat, la proportion d'enfants nourris au sein était toujours, à 4 semaines, supérieure à celle des enfants nourris par des formules lactées. Les courbes de l'allaitement

mixte avaient des valeurs et des évolutions relativement proches selon le niveau d'éducation.

Discussion

Ces résultats, issus de l'étude Épifane, permettent de disposer de chiffres nationaux récents sur l'évolution des taux d'allaitement maternel de la maternité jusqu'à 1 mois de vie de l'enfant. En 2012, plus des deux-tiers des nourrissons (69%) recevaient du lait maternel à la maternité, que ce soit de façon exclusive ou mixte ; dès 1 mois, ils n'étaient plus que la moitié (54%) à être allaités et seulement 35%, de façon exclusive. Dès la première semaine, plus de la moitié des nourrissons (52%) recevaient déjà des formules lactées. Que ce soit à la maternité ou à 1 mois, les taux d'allaitement étaient plus élevés avec l'âge, le fait d'être mariée, d'avoir un niveau d'études supérieur au baccalauréat, d'être née à l'étranger, de ne pas avoir fumé pendant sa grossesse, d'avoir suivi des cours de préparation à l'accouchement, d'avoir été en contact direct peau à peau avec son enfant dans l'heure suivant l'accouchement et de savoir que son conjoint avait une perception positive de la femme qui allaite.

Figure 1 Évolution des taux d'alimentation lactée de la maternité à 1 mois, étude Épifane 2012, France / Figure 1 Trends in breastfeeding rates from maternity units to 1 month, EPIFANE survey 2012, France



L'objectif de l'étude Épifane était de fournir des résultats représentatifs de l'ensemble des naissances issues de mères résidant en France métropolitaine, à l'exclusion des grands prématurés (nés avant 33 semaines d'aménorrhée) et des nourrissons souffrant de problèmes graves de santé. La prise en compte des probabilités d'inclusion et du plan d'échantillonnage dans les analyses effectuées a amélioré la représentativité des estimations. Les écarts avec les données de l'ENP 2010 s'expliquent principalement par les critères d'inclusion qui, dans l'étude Épifane, étaient un peu plus restrictifs en matière d'âge et de grande prématurité. Par ailleurs, le défaut de participation observé à la maternité était plus souvent le fait de femmes plus jeunes, entre 18 et 24 ans, ou d'un niveau d'éducation moins élevé, comme usuellement dans les enquêtes de santé. De la même façon, les mères perdues de vue à 1 mois étaient différentes des mères toujours incluses dans le suivi, et ce pour des caractéristiques qui sont associées à l'initiation et à la poursuite de l'allaitement maternel (âge, niveau d'études). Leur exclusion a pu ainsi conduire à une surestimation des taux d'allaitement maternel. Le redressement effectué sur l'âge et le statut matrimonial, la diversité des outils de recueil (téléphone, Internet, courrier) et les taux de participation relativement élevés (81% à la maternité, 87% de suivi à 1 mois) ont cependant permis de minimiser ces biais. Ceci est aussi confirmé par la similitude des taux d'initiation de l'allaitement à la maternité (en utilisant un mode de classification comparable) estimés à 68,7% [67,9 - 69,7] en 2010 dans l'ENP et à 66,4% [64,6 - 68,2] en 2012 dans Épifane.

L'ENP ne portant que sur le séjour à la maternité, la comparaison des taux à 1 mois avec notre étude n'était pas possible.

Si les taux d'initiation de l'allaitement maternel sont en France proches de certains pays, principalement du Sud de l'Europe, ils restent, en 2012 comme en 2010, très inférieurs aux taux de la plupart des pays nordiques [9]. En Norvège par exemple, la quasi-totalité (98%) des mères qui accouchent initient l'allaitement maternel dès la maternité et, à 1 mois, elles sont encore plus de 96% à nourrir leur enfant au sein [15] ; l'allaitement mixte n'est pratiqué que par 10 et 15% des mères, respectivement. Des efforts importants en matière de promotion de l'allaitement maternel, qui devrait être poursuivi de façon exclusive pendant les six premiers mois selon les recommandations internationales [6], sont donc nécessaires en France.

Les facteurs sociaux et démographiques associés à la mise en place de l'allaitement, comme à sa poursuite à 1 mois, étaient ceux fréquemment retrouvés dans la littérature comme le niveau d'éducation [11;16], le lieu de naissance [11;17], ou le tabagisme pendant la grossesse [16;18]. À 1 mois, nos résultats permettent de souligner l'aggravation des écarts entre ces différents groupes sociaux. En considérant les parts d'enfants nourris exclusivement au sein, l'augmentation de tels écarts était également observée dans la plupart des groupes à risque.

Le fait d'avoir bénéficié de cours de préparation à l'accouchement était associé à des taux

d'allaitement plus élevés. De plus, la perception du conjoint vis-à-vis de l'allaitement maternel était associée à son initiation, ce qui est confirmé par d'autres études [17]. Dans l'étude Épifane, la perception du conjoint était aussi associée à la poursuite de l'allaitement à 1 mois. Même si le caractère transversal d'Épifane ne permet pas de mettre en évidence des liens de cause à effet entre ces variables et l'allaitement maternel, ces associations soulignent l'importance probable de l'information dispensée pendant la grossesse pour la promotion de l'allaitement maternel, comme cela a été démontré par ailleurs [19]. La participation à des séances de préparation à l'accouchement, la perception de l'allaitement ou encore le contact peau à peau dans un délai court après la naissance, sont par ailleurs des facteurs possiblement modifiables par des actions de santé publique, tant auprès de la population que des personnels de santé impliqués dans la prise en charge périnatale.

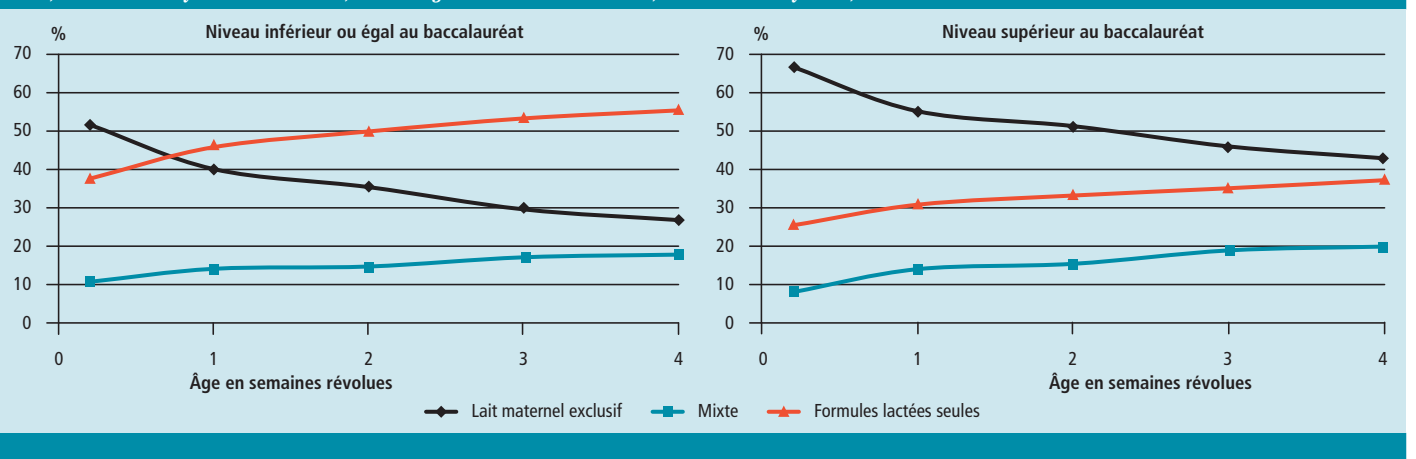
Conclusion

Le suivi des enfants dans l'étude Épifane jusqu'à 12 mois permettra de décrire l'évolution de leur alimentation lactée (durée de l'allaitement, niveau d'exclusivité de l'allaitement maternel, utilisation des formules lactées) ainsi que la mise en place de l'alimentation diversifiée qui vient progressivement se substituer à l'alimentation lactée exclusive. Sur la base des observations présentées ici, il apparaît d'ores et déjà que les actions de santé publique visant la promotion de l'allaitement maternel devraient aussi s'intéresser à la diminution de l'allaitement maternel exclusif, particulièrement rapide au cours de la première semaine et qui se poursuit régulièrement au-delà. Elles devraient également tenir compte des facteurs sociaux et démographiques pour cibler les groupes à risque, en particulier les jeunes mères et celles de faible niveau d'éducation. Enfin, ces interventions devraient avoir lieu pendant la grossesse, à la naissance et lors du post-partum précoce, pour que les pratiques d'alimentation des nourrissons au cours des premières semaines de vie se rapprochent des recommandations actuelles.

Références

- [1] de Onis M, Garza C, Onyango AW, Rolland-Cachera MF; le Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Les standards de croissance de l'Organisation mondiale de la santé pour les nourrissons et les jeunes enfants. Arch Pediatr. 2009;16(1):47-53.
- [2] Koletzko B. Early nutrition and its later consequences: New opportunities. Adv Exp Med Biol. 2005;569:1-12.

Figure 2 Évolution des taux d'alimentation lactée de la maternité à 1 mois selon le niveau d'études, étude Épifane 2012, France / Figure 2 Trends in breastfeeding rates, from maternity units to 1 month, according to the educational level, EPIFANE survey 2012, France



- [3] 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.
- [4] 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.* 2001;285(4):413-20.
- [5] Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics.* 2007;119(4):e837-42.
- [6] Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant - Durée optimale de l'alimentation au sein exclusive. OMS 2001. Disponible à : http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/fa54id4.pdf
- [7] World Cancer Research Fund (WCRF). Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. American Institute for Cancer Research (AICR) 2007. Disponible à : http://www.dietandcancerreport.org/expert_report/recommendations/recommendation_breastfeeding.php
- [8] Castetbon K, Dupont N, Hercberg S. Bases épidémiologiques pour la surveillance de l'allaitement maternel en France. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2004;52(5):475-80.
- [9] Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr.* 2005;8(1):39-46.
- [10] Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Inserm-U.953. Paris: Inserm ; Drees ; 2011. 132 p. Disponible à : <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-naissances-en-2010-et-leur-evolution-en-2003,9625.html>
- [11] Bonet M, Kaminski M, Blondel B. Differential trends in breastfeeding according to maternal and hospital characteristics: Results from the French National Perinatal Surveys. *Acta Paediatr.* 2007;96(9):1290-5.
- [12] Lelong N, Saurel-Cubizolles MJ, Bouvier-Colle MH, Kaminski M. Durée de l'allaitement maternel en France. *Arch Pediatr.* 2000;7(5):571-2.
- [13] Siret V, Castel C, Boileau P, Castetbon K, Foix LL. Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart. *Arch Pediatr.* 2008;15(7):1167-73.
- [14] De Launay C, Salanave B, Deschamps V, Castetbon K. Épipane - Étude pilote 2010. *Épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie.* Paris: Institut de veille sanitaire ; 2011. 16p. Disponible à : [http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/\(id\)/PMB_10340](http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/(id)/PMB_10340)
- [15] Håggkvist AP, Brantsaeter AL, Grjibovski AM, Helsing E, Meltzer HM, Haugen M. Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutr.* 2010;13(12):2076-86.
- [16] Di Napoli A, Di Lallo D, Pezzotti P, Forastiere F, Porta D. Effects of parental smoking and level of education on initiation and duration of breastfeeding. *Acta Paediatr.* 2006;95(6):678-85.
- [17] Scott JA, Binns CW, Graham KI, Oddy WH. Temporal changes in the determinants of breastfeeding initiation. *Birth.* 2006;33(1):37-45.
- [18] Weiser TM, Lin M, Garikapaty V, Feyerharm RW, Bensyl DM, Zhu BP. Association of maternal smoking status with breastfeeding practices: Missouri, 2005. *Pediatrics.* 2009;124(6):1603-10.
- [19] Ahluwalia IB, Morrow B, Hsia J, Grummer-Strawn LM. Who is breast-feeding? Recent trends from the pregnancy risk assessment and monitoring system. *J Pediatr.* 2003;142(5):486-91.

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

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

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnchapel-Messai
Secrétaires de rédaction : Laetitia Gouffé-Benadiba, Farida Mihoub

Comité de rédaction : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Pierre-Yves Bello, Direction générale de la santé ; Dr Juliette Bloch, CNSA ; Dr Sandrine Danet, ATIH ; Dr Claire Fuhrman, InVS ; Dr Bertrand Gagnière, Cire Ouest ; Anabelle Gilg Soit Ilg, InVS ; Dorothée Grange, ORS Ile-de-France ; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Éric Jouglu, Inserm CépIdc ; Dr Nathalie Jourdan-Da Silva, InVS ; Dr Guy La Ruche, InVS ; Agnès Lefranc, InVS ; Dr Bruno Morel, ARS Rhône-Alpes ; Dr Valérie Schwoebel, Cire Midi-Pyrénées ; Hélène Therre, InVS.