



**La situation de l'allaitement maternel en Wallonie et à  
Bruxelles au travers d'enquêtes de couverture vaccinale**

**Thèse présentée en vue de l'obtention du titre de Docteur en  
Sciences de la Santé publique**

**Emmanuelle Robert**

Promotrice de thèse : Michèle Dramaix  
Co-promoteur de thèse : Yves Coppieters

**Année académique 2015-2016**

Promotrice

Professeur Michèle Wilmet-Dramaix

Co-promoteur

Professeur Yves Coppieters t'Wallant

Membres du Comité d'accompagnement

Dr Daniel Brasseur

Professeur Katia Castetbon

Professeur Philippe Hennart

Dr Béatrice Swennen

Membres du Jury

Dr Bernard Branger

Dr Daniel Brasseur

Professeur Katia Castetbon

Professeur Yves Coppieters t'Wallant

Dr Blandine de Lauzon-Guillain

Professeur Philippe Hennart

Dr Béatrice Swennen

Professeur Michèle Wilmet-Dramaix

Dr Wei-Hong Zhang

## Remerciements

Tout d'abord je tiens à remercier très vivement le Docteur Béatrice Swennen qui m'a donné l'opportunité d'intégrer l'école de santé publique en tant que chercheuse. Sa confiance exprimée sous différentes formes et sans cesse renouvelée au fil de toutes ces années m'a permis d'aboutir à la concrétisation de ce travail.

Mes remerciements s'adressent aussi au Professeur Michèle Dramaix pour la qualité de ses enseignements et sa disponibilité sans égale ainsi qu'au Professeur Yves Coppieters t'Wallant qui m'a aidé à y voir plus clair et à remettre un peu d'ordre dans toutes mes idées tentaculaires.

Je tiens à remercier également les membres de mon comité d'accompagnement, le Dr Daniel Brasseur, le Professeur Philippe Hennart et le Professeur Katia Castetbon.

Merci au Dr Wei-Hong Zhang pour sa vigueur, sa bonne humeur, son dynamisme toujours très stimulants.

Je suis également reconnaissante au Dr Bernard Branger et au Dr Blandine de Lauzon-Guillain d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

J'ai une pensée pour le Professeur Bruno Dujardin trop tôt disparu qui m'a donné l'impulsion pour me lancer dans cette aventure.

Ce travail comme toutes les enquêtes de couverture vaccinale n'auraient pu se faire sans les centaines de parents interrogés au fil de toutes ces années, ni sans le travail des enquêteurs. J'ai une pensée toute particulière pour Solange et sa pugnacité démontrée lors des deux dernières enquêtes.

Parce que la forme compte aussi, un tout grand merci à Nathalie da Costa Maya de rendre nos travaux toujours un peu plus beaux.

Merci à Charlotte Lonfils pour son aide de dernière minute.

Ma famille, mes amis, merci d'être présents tout simplement.

Ulysse, Elliot, parce que sans vous, je n'aurais connu ce bonheur...

## Liste des abréviations

AM :	Allaitement maternel
AME :	Allaitement maternel exclusif
AR :	Arrêté royal
ASBL :	Association sans but lucratif
BDMS :	Banque de données médico- sociales de l'ONE
CE :	Carnet de l'enfant
CEPIP :	Centre d'épidémiologie périnatale
CFAM :	Comité fédéral de l'allaitement maternel
CSS :	Conseil supérieur de la santé
CV:	Couverture vaccinale
DKF:	Dienst für Kind und Familie
DS :	Déviation standard
DTPa :	Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche acellulaire
ECHIM:	European Community Health Indicators Monitoring
ECV :	Enquête de couverture vaccinale
EMRC :	Étude multicentrique sur les valeurs de référence pour la croissance
ESP :	École de santé publique de l'ULB
GGSIÉ :	Direction générale statistique et information économique
FIL:	Feedback inhibitor of lactation
FWB:	Fédération Wallonie-Bruxelles
Hamlet:	Human a-lactalbumin Made Lethal to Tumor cells
HIB :	Vaccin contre l' <i>Haemophilus Influenzae</i> de type b
IC 95% :	Intervalle de confiance à 95%
IHAB :	Initiative hôpital ami des bébés
INAMI :	Institut national d'assurance maladie-invalidité
IPV:	Vaccin Polio injectable
ISP :	Institut de santé publique
KCE :	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
KenG:	Kind en Gezin
LMICs:	Low and middle-income countries
MénC:	Vaccin contre les infections à Méningocoque C
Milac :	Milieu d'accueil de l'enfant
MCAE :	Milieu communal d'accueil de l'enfance
MMR :	Measles-mumps-rubella (rougeole, oreillons, rubéole)
NCHS:	National Center for Health Statistics
OCDE :	Organisation de coopération de développement économique
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONE :	Office de la Naissance et de l'Enfance
PIM :	Perceived insufficient milk
PMI :	Protection maternelle et infantile
RRO :	Vaccin contre la Rougeole-Rubéole-Oreillons
TMS :	Travailleur(se) médico-social(e)
ULB :	Université libre de Bruxelles
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Vaccin tétravalent :	Permet de vacciner contre 4 maladies DTPa-IPV
Vaccin hexavalent :	Permet de vacciner contre 6 maladies DTPa-VHB-IPV-HIB
Vaccin pentavalent :	Permet de vacciner contre 5 maladies DTPa-IPV-HIB
VHB :	Vaccin hépatite B

Le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* sera fréquemment mentionné comme « Code »

<b>PARTIE I : CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES</b> .....	<b>9</b>
<b>1. Introduction</b> .....	<b>9</b>
<b>2. Cadre épistémologique</b> .....	<b>14</b>
<b>3. Bénéfices de l’allaitement maternel</b> .....	<b>15</b>
3.1 Avantages de l’allaitement maternel sur le plan sanitaire .....	16
3.2 Avantages de l’allaitement sur le plan économique .....	18
3.3 Avantages écologiques et de durabilité .....	19
<b>4. Contexte historique et institutionnel</b> .....	<b>20</b>
4.1 L’histoire, quelques étapes clés.....	20
4.2 Principaux textes internationaux concernant l’allaitement maternel.....	23
4.3 Religion et allaitement.....	25
4.4 Typologie de l’allaitement maternel .....	26
4.5 Durées de l’allaitement .....	30
<b>5. Contexte international</b> .....	<b>30</b>
5.1 Prévalences de l’allaitement maternel au niveau international et évolutions globales.....	30
5.2 Allaitement : vers une nouvelle norme.....	33
<b>6. Contexte national</b> .....	<b>34</b>
6.1 Structures institutionnelles belges qui promeuvent l’allaitement maternel .....	34
6.2 Sources de données statistiques sur l’allaitement en Belgique francophone .....	37
<b>7. Cadres conceptuels</b> .....	<b>39</b>
<b>PARTIE II : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE</b> .....	<b>44</b>
<b>1. Questions de recherche, hypothèses et objectifs</b> .....	<b>44</b>
<b>2. Méthodologie</b> .....	<b>47</b>
2.1 Population et échantillon.....	47
2.2 Déroulement des enquêtes.....	48
2.3 Variables étudiées .....	49
2.4 Définitions .....	50

<b>PARTIE III : RÉSULTATS .....</b>	<b>52</b>
<b>1. Principaux résultats concernant les couvertures vaccinales .....</b>	<b>52</b>
1.1 Schéma vaccinal recommandé en FWB.....	52
1.2 Couvertures vaccinales.....	52
1.3 Résultats complémentaires .....	54
1.4 Recommandations .....	55
<b>2. Résultats allaitement maternel.....</b>	<b>55</b>
2.1 Allaitement maternel à la maternité .....	55
2.1.1 Estimation de la prévalence de l'AM au travers de l'enquête de couverture vaccinale réalisée en 2009 (article 1) .....	55
2.1.2 Facteurs associés de l'allaitement maternel à la maternité, données rétrospectives issues d'une enquête de couverture vaccinale (article 2).....	64
2.1.3 Comparaison des prévalences à la maternité issues de l'enquête de couverture vaccinale (2012) comparées avec les données récoltées en routine pour la Wallonie .....	74
2.1.4 Facteurs associés à l'allaitement maternel à la maternité en Région bruxelloise.....	77
(article 3) .....	77
2.1.5 Comparaison des données issues de l'enquête de couverture vaccinale avec les données récoltées en routine pour Bruxelles (2012) .....	84
2.2 Durées de l'allaitement maternel .....	86
2.2.1 Breastfeeding duration: a survival analysis data from a regional immunization survey (article 4) .....	86
2.2.2 Durées d'allaitement maternel à Bruxelles : analyse de survies issues d'une enquête de couverture vaccinale (article à soumettre pour publication) .....	95
2.3 Mise en perspective des résultats issus des enquêtes de couverture vaccinale (2012).....	109
2.3.1 Comparaison des durées d'allaitement entre Bruxelles et la Wallonie .....	110
2.3.2 Situation épidémiologique de la Wallonie et de Bruxelles par rapport aux pays à hauts revenus .....	110
2.3.3 Comparaison des enquêtes de couverture vaccinale avec les différents objectifs définis par l'ONE ...	111
2.4 Initiation et durée de l'allaitement maternel exclusif en Belgique francophone (2015) (article soumis pour publication) .....	112
2.5 Raisons de sevrage, perception d'insuffisance de lait et insatisfaction des mères.....	131
2.5.1 Physiologie de la lactation .....	131
2.5.2 Perception d'insuffisance de lait .....	132
2.5.3 Insatisfaction quant à la durée d'allaitement et raison principale de sevrage .....	133
2.5.4 Raisons de sevrage précoce, perception d'insuffisance de lait et insatisfaction des mères : comparaisons de deux régions belges (article 5) .....	134
2.5.5 Formation des intervenants sanitaires.....	146
2.5.6 Trois périodes pour la promotion de l'allaitement .....	147
2.5.7 Enjeux du manque de suivi à domicile .....	150

<b>PARTIE IV : DISCUSSION.....</b>	<b>152</b>
<b>PARTIE V : RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>173</b>
<b>Au niveau épidémiologique.....</b>	<b>173</b>
Indicateurs d'« allaitement total » et d'« allaitement exclusif » actuels à utiliser.....	173
Récolte des indicateurs et usage des définitions reconnues internationalement .....	174
Utilisation des méthodes statistiques uniformisées et des unités de temps cohérentes .....	175
Prise de conscience de la faiblesse des indicateurs existants en routine.....	176
<b>Au niveau des professionnels.....</b>	<b>177</b>
Meilleure formation des prestataires de soins .....	177
<b>Au niveau institutionnel.....</b>	<b>178</b>
Guidelines communes à l'échelon régional ou national .....	178
Développement d'un axe sur la promotion de la durée de l'allaitement.....	178
<b>Liste des tableaux.....</b>	<b>180</b>
<b>Liste des figures .....</b>	<b>181</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>182</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>190</b>

---

*Au commencement, il y avait une énorme goutte de lait (Contes africains de la création recueillis par U. Beier, Gardonne, Fédérop, 1970).*

---

# Partie I : Considérations générales

---

## 1. Introduction

Quand l'acteur de santé publique développe un programme, prend des initiatives ou des décisions, il doit avoir des preuves que sa démarche améliore la santé de la population visée. La collecte rigoureuse de données menée de façon scientifique permet d'éclairer les décisions politiques que les autorités doivent prendre en matière de santé. L'épidémiologie est l'un des outils qui aide l'acteur de santé publique à asseoir son savoir sur base de données statistiques et qui l'aide aussi à prendre des décisions.

Dans une logique de surveillance, les enquêtes de couverture vaccinale (ECV) sont réalisées en Wallonie depuis 1989 à un rythme d'une enquête tous les 3 ans. En 2015, a eu lieu la dixième et dernière enquête. À Bruxelles celles-ci ont lieu depuis 1995. En 2012, a eu lieu la quatrième enquête régionale. L'objectif principal de ces études est d'établir les couvertures vaccin par vaccin et maladie par maladie. Ces taux permettent d'estimer le pourcentage d'enfants protégés contre les maladies évitables par la vaccination. La comparaison des taux vaccinaux de la population aux différents seuils critiques d'immunité collective permet d'établir le degré d'immunité de groupe et de protection contre les maladies. Différents objectifs opérationnels émanent de ces enquêtes. L'un de ceux-ci vise la mise en évidence de l'existence éventuelle de sous-groupes de population moins bien vaccinés. Les inégalités sociales présentent souvent un gradient de « bonne santé » en fonction directe du milieu social. La question de l'efficacité du programme développé en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) peut se poser en termes de réduction des inégalités de santé en matière de vaccination grâce aux différents outils mis en place. Ce travail de récolte de données sur tout le territoire francophone permet depuis plus de 20 ans d'ajuster les politiques en matière de vaccination, notamment au travers de recommandations qui visent les autorités ou le programme en tant que tel mais aussi les services de protection maternelle et infantile ou la médecine privée.

De façon plus générale, les enquêtes représentatives qui ont lieu à un rythme régulier permettent une surveillance précise d'un sous-groupe de la population. Un autre avantage de celles-ci tient du fait qu'elles peuvent être réalisées en un temps relativement réduit. Ce type d'étude à budget limité, permet d'inclure des modules connexes et de développer une surveillance épidémiologique sur une thématique qui n'existerait, nulle part, par ailleurs. De cette façon, « l'allaitement maternel » et « les milieux d'accueil », deux volets complémentaires et cohérents par rapport au champ de la santé infantile ont pu être développés dans ces enquêtes. Seul, celui de l'allaitement maternel sera étudié dans le cadre de ce travail.

À la demande de l'Office de de la Naissance et de l'enfance (ONE), quatre questions dichotomiques ont été introduites dans l'enquête de CV ayant eu lieu en Wallonie en 2009. En voulant comparer nos résultats à d'autres sources, nous avons fait le constat du peu de données existantes mais aussi du manque de clarté dans la façon dont nos questions avaient été formulées. Ce constat issu de cette enquête est la genèse de tout le processus de réflexion qui a suivi et mené à l'élaboration du module thématique dans l'enquête de 2012 et aussi celui de 2015.

En effet, étant donné, d'une part, la difficulté de trouver en FWB des données consistantes sur l'allaitement maternel et sur le profil des mères allaitantes et d'autre part, faisant le constat au travers des chiffres de l'OCDE de taux d'allaitement inférieurs en Belgique à la plupart des pays européens ou occidentaux, il semblait opportun d'introduire un module complet sur l'allaitement maternel dans les enquêtes de couverture vaccinale qui ont été réalisées en 2012. Ce module avait pour but de décrire la si-

tuation de l'allaitement maternel de façon fiable. Disposer d'informations socioéconomiques concernant les parents est fondamental puisque la littérature internationale montre que l'allaitement est directement lié à ces dernières, à savoir la parité, le niveau d'études des mères et des pères, le temps de travail du ménage, les revenus parentaux, la nationalité d'origine des parents, etc.

En 2012, trois enquêtes représentatives des trois régions belges ont été réalisées incluant pour la partie francophone du pays un module complet sur l'allaitement et quelques questions dans l'étude flamande (1–3). Ces résultats apportent des données nuancées sur l'allaitement en Wallonie et à Bruxelles et montrent de très fortes disparités régionales. La description de la situation épidémiologique de l'allaitement se fera au travers de différents articles publiés en 2014. Ceux-ci permettent de connaître les taux d'allaitement en Wallonie et à Bruxelles en tenant compte des définitions reconnues internationalement. De cette façon, les prévalences de mise au sein tant à la naissance qu'à la sortie de la maternité mais aussi les durées d'allaitement seront fournies en étant analysées en fonction de prédicteurs sociodémographiques.

Au-delà de présenter la situation épidémiologique de l'allaitement dans les deux Régions, en vérifiant l'atteinte des objectifs à la naissance, à 3, 6 et 12 mois définis par l'ONE, tout un sous-chapitre concernera les motifs de non-initiation et d'arrêt de l'allaitement. Celui-ci est le plus novateur car il se concentre à la fois sur le désir de durée exprimée par la mère et l'adéquation avec la durée réalisée. En effet, dans la plupart des enquêtes qui concernent l'allaitement maternel, les objectifs visés sont ceux définis par l'OMS, la PMI, ou autre société savante. Par conséquent, les taux décrits sont le plus souvent comparés aux recommandations sans tenir compte des préoccupations des mères. Concernant un sujet aussi intime que l'allaitement, il peut sembler opportun de connaître l'envie et le degré d'insatisfaction des mères. La question de savoir si les mères insatisfaites avaient un profil particulier ou similaire aux autres trouvera des réponses. Il sera montré par ailleurs que la perception de manque de lait est un réel problème tant quantitatif que qualitatif. La question de savoir si certaines femmes sont plus vulnérables face à ce syndrome de « manque de lait » sera posée. Vu l'étendue du sujet et des questions qu'il pose, toute une réflexion en amont et en aval de l'article publié sera développée en abordant notamment la problématique du séjour à la maternité raccourci depuis peu dans notre pays. Pour aider à la compréhension du principe de l'offre et de la demande à la base de la lactation, des notions de physiologie de l'allaitement seront abordées permettant de mieux comprendre l'enjeu d'une mise au sein efficace sans l'aide de préparations pour nourrissons, à l'origine encore trop souvent d'une perception d'insuffisance de lait, elle-même souvent responsable d'un sevrage précoce. Des pistes et recommandations seront envisagées à l'issue de ce chapitre car nous montrons que si les mères n'allaitent pas assez longtemps, ce n'est bien souvent pas un choix. En effet, en Wallonie et à Bruxelles, les mères qui ont initié l'allaitement aimeraient bien souvent allaiter plus longtemps, seule une minorité de celles-ci sont satisfaites de la durée de l'allaitement vécu.

Le choix d'allaiter dépend d'un grand nombre de facteurs qui dépassent largement le cadre de l'épidémiologie (tradition culturelle, position de la femme dans la société, culture médicale, soutien familial, religion, etc.) car contrairement aux autres mammifères, l'allaitement est chez l'homme beaucoup plus qu'un simple acte physiologique. L'allaitement obéit à la fois à « une loi naturelle » et à une « construction sociale » (4). Dans ce sens, la situation de l'allaitement maternel en Fédération Wallonie-Bruxelles sera appréhendée par une approche holistique. Dans un premier temps, les grandes étapes de l'histoire, les textes internationaux servant de référence aux législations nationales seront abordés. Dans un second temps, le contexte national sera analysé au travers des institutions belges promouvant l'allaitement maternel. Dans un troisième temps, la situation épidémiologique internationale décrira, quant à elle, dans les grandes lignes, les taux enregistrés dans les pays à hauts revenus. Par la suite, un cadre conceptuel tenant compte à la fois des facteurs intervenant au niveau international, institutionnel, environnemental et au niveau individuel sera construit. Le premier modèle décrira un maximum de facteurs impactant la décision d'allaiter, le second concernera l'allaitement dans sa durée. Le contexte culturel et historique propre à nos régions sera aussi développé dans ces cadres conceptuels.

Sur base de ces deux modèles conceptuels élaborés à partir des différents constats, les questions de recherche et les hypothèses de travail seront posées. Par la suite, les différents objectifs seront proposés.

Aujourd'hui encore, dans de nombreuses situations, c'est le bébé allaité qui est comparé au bébé alimenté au biberon et non l'inverse. En moins d'un siècle, le lait de vache transformé a pris le pas sur le lait maternel, qui reste pourtant de loin la nourriture la plus adaptée aux besoins du nourrisson et du jeune enfant. Les fonctions physiologiques de l'homme actuel sont en effet, le produit de millions d'années d'évolution. Alors que les mammifères, qui ont tous en commun d'être nourris grâce aux mamelles de leur mère, apparaissent il y a 200 millions d'années, l'ordre des primates apparaît, quant à lui, il y a 70 millions d'années et *l'homme moderne* apparaît il y a 90000 ans (5). Pour tous les mammifères, l'allaitement pendant des millions d'années a été essentiel, chaque naissance entraînant une production de lait dont la survie du petit dépendait. Selon des études effectuées sur des ossements, il est permis de penser que pendant la préhistoire l'enfant était allaité deux à trois ans (5). Par ailleurs, les premiers biberons dateraient de -4000 ans (5). L'allaitement par une autre femme, lors du décès de la mère notamment, a probablement toujours existé et se fait encore aujourd'hui dans les pays les moins favorisés. L'allaitement par une nourrice alors que la mère est encore vivante s'est très fortement développé en France aux 17<sup>ème</sup> et 18<sup>ème</sup> siècles.

Suite à la production massive des préparations commerciales de bonne qualité, suite à l'intensification du travail féminin et suite à la médicalisation de l'accouchement, les mères de nos régions ont fortement délaissé l'allaitement dans les années 1960-1970 qui marquent le nadir des taux d'allaitement au 20<sup>ème</sup> siècle. Les mères étaient soutenues par le corps médical qui ne promouvait plus l'allaitement. À cette époque, les connaissances sur l'allaitement qui se transmettaient par la culture féminine sont tombées dans le giron médical encore très masculin. Aujourd'hui, les mères comptent sur le corps médical pour acquérir les compétences nécessaires. Cependant, en Belgique, tout du moins, le corps (para)médical, hormis les sages-femmes, n'est pour ainsi dire pas formé sur le sujet. Les mères font pourtant confiance aux discours des différents professionnels rencontrés lors de leur parcours de soins. Elles se laisseront souvent influencer par des professionnels plus à l'aise avec une alimentation au biberon qu'une alimentation au sein.

Pourtant, l'allaitement maternel présente un grand nombre d'avantages pour l'enfant: la diminution entre autres, du risque d'infections gastro-intestinales, d'infections respiratoires, d'otites, d'entérococolites nécrosantes ou encore d'infections urinaires. La mise au sein présente des avantages pour la mère, principalement une diminution de risques de cancer du sein en préménopause et de cancer de l'ovaire.

Vu tous ces avantages, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande depuis 2001 un allaitement maternel exclusif (AME) jusqu'à 6 mois et complété jusqu'à deux ans et au-delà (6). Des initiatives sont prises à l'échelon mondial ou européen pour promouvoir l'allaitement, notamment *le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* en 1981, *la Déclaration d'Innocenti* (7) pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel en 1990, l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) lancée par l'OMS et l'Unicef (8) en 1991, la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, adoptée par tous les pays membres en 2003 (8), ainsi qu'en 2004, le Plan d'action (9) pour la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement maternel en Europe.

En Belgique, au niveau national, le Comité fédéral de l'allaitement maternel (CFAM) existe depuis 2001. Ce dernier rend des avis, suscite des initiatives et encourage la réalisation d'actions en faveur de l'allaitement maternel. Ce comité est chargé de la mise en œuvre de l'IHAB. À ce jour, 24% des maternités sont labellisées dans le pays soit 27 (6 à Bruxelles, 8 en Wallonie et 13 en Flandre) sur un total de 113 sites que compte le pays<sup>1</sup>. Les maternités IHAB ont comme mission de favoriser les conditions optimales

---

<sup>1</sup><http://www.sante.belgique.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/19105584.pdf> (visité le 18 mars 2016)

pour la mère et l'enfant lors de la naissance et pendant le séjour à la maternité, afin de protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel (10). Dans ce but, les services de santé sont incités à améliorer leurs pratiques de soins ainsi que les informations qu'ils donnent aux futurs parents.

En Belgique, au niveau national, depuis peu, l'enregistrement systématique des données concernant l'allaitement se met en place, dans les maternités utilisant la version électronique des avis de naissances (e-Birth). Quarante pourcents des maternités sont concernées à l'heure actuelle. Pour la partie francophone du pays, l'ONE récolte en routine les données de l'allaitement à la maternité. Cependant, pour diverses raisons qui seront expliquées dans les différents articles présentés dans ce travail, ces données ne sont pas suffisantes pour appréhender la situation épidémiologique de l'allaitement dans cette partie du pays.

Peu de rigueur existe dans l'usage des différentes définitions de l'allaitement tant dans la littérature scientifique que sur le terrain (11,12). Cette situation n'est pas neuve, elle est décrite par les spécialistes depuis plus de 20 ans. Elle prévaut aussi en Belgique (13).

Par ailleurs, contrairement à d'autres pays (Australie, Suisse, États-Unis, ...), la Belgique et la Belgique francophone en particulier ne possède pas de lignes directrices sur l'allaitement maternel. Cet état de fait ne facilite pas la cohérence des différentes initiatives mises en place. En effet, le manque de cohérence existe dans le discours des différents prestataires de soins. Ceux-ci se contredisent souvent. En effet, tant sur le terrain (gynécologues, pédiatres, sages-femmes, pharmaciens, ...), qu'au niveau des institutions (ONE, CFAM, ...) les différents acteurs ne se concertent pas suffisamment. Les initiatives existantes ne sont pas suffisamment coordonnées entre les différentes instances fédérées. Une question reste donc ouverte : de quelle façon ce manque impacte-t-il le champ de l'allaitement maternel?

Depuis janvier 2015, le séjour à la maternité est raccourci d'une demi-journée, il est prévu un nouveau raccourcissement d'une demi-journée d'ici quelques années. Avant que cette décision ne soit effective, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) dénonçait pourtant un manque de coordination de soins ou d'itinéraire clinique après le séjour à la maternité ; le pays ne manque pas d'offre de soins ni d'aide à domicile, mais celle-ci est fragmentée et un grand nombre de familles ignorent les différentes possibilités existantes (14). Par conséquent, une fois sortie de la maternité, les mères qui affronteront au mieux les difficultés, seront celles qui seront les plus proactives à trouver de l'aide. Ce comportement est le plus souvent associé aux milieux les plus favorisés. Il est trop tôt pour évaluer l'impact du raccourcissement du séjour en maternité qui prévaut aujourd'hui. Il est probable que cette décision politique impactera négativement le maintien de l'allaitement une fois la dyade mère-enfant rentrée à domicile. Nous développerons les arguments d'une telle hypothèse.

On ne peut envisager de décrire la situation de l'allaitement pour ce qui concerne la durée sans mentionner le congé de maternité. Celui-ci est de 14 semaines maximum après l'accouchement. Ce qui fait de la Belgique l'un des pays à avoir le congé de maternité le plus court d'Europe. Alors même si des possibilités de congé d'allaitement et/ou congé parental existent moyennant certaines conditions, vu la baisse de revenu que ces congés occasionnent, seules les familles les plus aisées financièrement peuvent se le permettre. Dans ce cas-ci aussi, l'idée du manque de cohérence politique par rapport à la problématique peut être envisagée.

L'allaitement cristallise des valeurs qui sont variables d'une époque à l'autre et d'une société à l'autre. L'allaitement maternel véhicule de nombreuses valeurs (liberté, autonomie, indépendance, ...) et interroge aussi continuellement la place du père dans la dyade mère-enfant tout comme la norme en matière d'alimentation du jeune enfant. L'allaitement met-il en exergue un tabou dans une société où le sein est avant tout un objet érotique ? Cette réalité explique peut-être pourquoi l'un des facteurs le plus fortement associé à l'initiation de l'allaitement est l'attitude du conjoint vis-à-vis de celui-ci.

En septembre 2010, une question parlementaire<sup>2</sup> faisant suite à la semaine mondiale de l'allaitement maternel a été posée par le Ministre compétent concernant les décisions et recommandations prises lors de cette semaine ainsi que sur l'évolution de l'allaitement maternel en Belgique. La façon dont les réponses ont été formulées ne signalait pas l'inexistence de données sur l'allaitement exclusif ni plus largement celle de la difficulté réelle de trouver des données fiables et précises sur la problématique de l'allaitement en Belgique. Les réponses fournies donnaient, par conséquent, l'impression que le pays gérait correctement la surveillance de l'allaitement. Qu'en est-il de la conscience de la part des prestataires de soins et gestionnaires de santé publique concernant le manque de données scientifiques sur les différents types d'allaitement et sur les durées de ceux-ci ?

Les résultats issus des enquêtes de couverture vaccinale et toute la réflexion autour de ceux-ci montrent que la promotion de l'allaitement maternel doit devenir une préoccupation majeure de santé publique dans notre pays. En effet, les taux d'allaitement belges, comme nous le verrons, étaient et restent, parmi les plus bas des pays de l'OCDE et pays à hauts revenus. Il est par conséquent, nécessaire d'agir et d'avoir des politiques cohérentes en la matière dans notre pays. En effet, peu de stratégies existent en complément à l'Initiative hôpital ami des bébés (IHAB) pour promouvoir la mise au sein et rien ne semble exister pour promouvoir l'allaitement dans sa durée. La description de la réalité épidémiologique et plus largement l'analyse de la problématique contextualisée de façon précise menant à un cadre de réflexion seront essentielles pour formuler des recommandations afin de renforcer et/ou réorienter la promotion de l'allaitement en FWB et inscrire l'allaitement comme enjeu majeur de la santé périnatale. Le refus banalisé de l'allaitement et le sevrage massif dès les premières semaines devraient interpeller et susciter une remise en question de la politique de promotion actuelle.

---

<sup>2</sup><https://www.lachambre.be/kvvcr/showpage.cfm?section=qrva&language=fr&cfm=qrvaXml.cfm?legislat=53&dossierID=53-b007-602-0063-0000201000710.xml> (consulté le 29 mars 2016)

## 2. Cadre épistémologique

Le cadre d'analyse utilise différentes approches pour traiter la problématique de l'allaitement maternel.

- Afin de comprendre la réalité actuelle, les grandes étapes historiques de l'allaitement (non)-maternel seront envisagées. De la même façon, les différentes influences de la religion et du féminisme égalitariste ou à l'inverse essentialiste sur l'allaitement seront abordées.
- Une synthèse des textes fondateurs qui promeuvent l'allaitement à l'échelle internationale et parmi ceux-ci ceux que la Belgique a ratifié seront envisagés afin de contextualiser la thématique à l'échelle nationale et régionale. Les répercussions et stratégies mises en place à la suite de la ratification seront décrites.
- Un cadre conceptuel holistique de l'initiation de l'allaitement maternel sera construit sur base de ce qui précède.
- Un cadre conceptuel holistique de l'allaitement dans sa durée sera construit sur base de ce qui précède.
- La description quantitative que nous appréhenderons par les méthodes épidémiologiques usuelles afin de visualiser de manière chiffrée la situation de la mise au sein et de la durée de l'allaitement sera réalisée.
- Afin de mieux appréhender les raisons de sevrage, un classement sur base de questions ouvertes a été réalisé. Cette analyse sera basée sur un discours d'ordre plus subjectif qu'objectif. Le point de vue émique sera considéré<sup>3</sup> dans ce cas-ci.
- Des recommandations méthodologiques et opérationnelles élaborées à partir des différents constats seront fournies. Elles concerneront principalement la qualité des données.
- Un point de vue anthropologique, basé sur l'observation participante, orientera certaines questions. Pour M. Kilani, l'anthropologue doit être attentif à distinguer les aspects explicites, des aspects implicites, la fonction explicite (fonction manifeste d'un phénomène), de sa fonction implicite (fonction latente), et par ailleurs faire la différence entre la norme et la règle et les pratiques sociales concrètes. « Pour ce faire, il faut confronter systématiquement normes, opinions et discours d'une part et pratiques, comportement et actions d'autre part. » (16) En effet, étant en partie formée aux méthodes anthropologiques et étant au moment de la rédaction de ce travail dans un premier temps maman ayant allaité, puis enceinte, ayant accouché dans une maternité IHAB et à nouveau maman allaitante avec un enfant fréquentant une consultation ONE et gardé au sein d'une structure de l'ONE, j'ai eu l'occasion d'observer personnellement ce que je décris dans mon travail. Ce statut particulier d'« expert » tout en étant bénéficiaire des services m'a été fort utile pour décrypter une certaine réalité. Ces allers-retours entre revues de la littérature, travail épidémiologique, questionnement et vécu personnel, questions sans réponse des prestataires de soins et/ou en contradiction avec mes connaissances ont sans cesse nourri la réflexion.

---

<sup>3</sup> L'approche émique recherche le sens qu'un comportement/symptôme aura dans le vécu de l'acteur social, là où l'approche étique favorise le point de vue consensuel des experts (15). De façon générale, dans les institutions médicales, il y a peu de poids et de voix donnés au point de vue émique, il n'en est en général pas tenu compte. Ce point de vue particulier donne un angle de vue différent du regard étique, plus fréquemment utilisé en épidémiologie.

### *3. Bénéfices de l'allaitement maternel*

Les principaux avantages et bénéfices de l'allaitement maternel aux niveaux individuel et sociétal seront envisagés avant de rentrer dans le vif du sujet. Cette brève description permettra d'emblée de comprendre pourquoi la promotion de l'allaitement maternel doit devenir ou rester un sujet essentiel du domaine de la santé publique.

Le lait maternel est l'aliment de choix pour le nourrisson. La composition de celui-ci évolue en fonction de l'âge de l'enfant mais aussi en fonction de la durée de la tétée. Le lait de fin de tétée contient plus de graisses que celui de début de tétée. Le lait synthétisé, y compris le colostrum, pour un prématuré ne sera pas le même que celui d'un enfant né à terme (17,18). Ce lait « évolutif » est constamment adapté aux besoins du bébé et spécifique à chaque dyade mère-enfant. La valeur énergétique moyenne retenue pour le lait de femme est en général 67 kcal/100 ml (17). En effet, cette valeur varie en fonction de l'heure de la tétée, d'un sein à l'autre et au cours d'une même tétée (17).

Le lait se compose d'eau, de glucides (principalement du lactose (7%)), de lipides (2.1% à 5%), de protéines (0.9%) (hormones, enzymes, facteurs de croissance, agents protecteurs), de vitamines (hydro et liposolubles), de composés azotés non protéiques, minéraux, de composantes ioniques et de cellules vivantes (18). Le lait humain est celui qui contient le moins de protéines. Un ml de lait maternel comporte plus de 6000 cellules vivantes et de milliers d'éléments dont plusieurs sont encore mal connus (18). Outre les nutriments, il renferme des composantes microbiennes, antivirales et d'autres composants qui aident à moduler le système immunitaire. En comparaison au lait humain, le lait de vache comporte un taux de protéines nettement supérieur, un taux de lactose inférieur et un taux de lipides équivalent. La charge osmotique rénale est différente selon que le bébé reçoit du lait de vache reconstitué ou du lait maternel. Étant donné que l'absorption des protéines de vache est plus difficilement assimilable par le bébé, les préparations commerciales doivent compenser cette efficacité moindre par une augmentation de la teneur en protéines. Ceci entraînant une charge osmotique rénale plus importante à un moment où le rein du bébé est encore relativement immature (18).

Par ailleurs, la qualité du lait maternel va influencer la qualité du microbiome du nourrisson. Le mode d'accouchement et le type de lait ingéré sont les deux déterminants du microbiome de l'enfant (19). La première colonisation de l'intestin va induire une première réponse immunitaire importante. Celle-ci sera différente pour un enfant né par voie basse ou né par césarienne. Les premiers colonisateurs de l'intestin de l'enfant sont soit ceux de l'intestin de la mère quand l'enfant est né par voie basse, soit ceux de la peau quand l'enfant est né par césarienne (19). Cependant, si l'enfant est né par césarienne mais allaité exclusivement, de par la présence des oligosaccharides du lait humain (HMO's) qu'il contient, le type de microbiome est identique à celui d'un enfant né par voie basse. Plus de 8% des calories reçues par le lait maternel servent à fournir des probiotiques qui supportent la croissance de bactéries spécifiques. Il y a une interaction spécifique entre le lait maternel et le microbiome de l'enfant, entraînant des effets sur le métabolisme et l'immunité de l'enfant. La césarienne, les antibiotiques périnataux et l'interruption de l'allaitement sont les 3 facteurs majeurs qui affectent ce processus de co-évolution immunitaire entre la mère et son enfant (19). Les capacités du microbiome à réguler la réponse de l'hôte dépendent du type de colonisation de l'intestin. Des modes de colonisation anormaux ont un effet délétère à long terme sur l'immunité et l'homéostasie métabolique (19).

Par ailleurs, les composants individuels du lait maternel peuvent influencer directement le programme épigénétique de l'enfant. L'existence de cellules souches pluripotentes secrétées dans le lait maternel est démontrée depuis peu (20,21).

Toutes ces particularités font du lait maternel beaucoup plus qu'un lait parfaitement approprié aux besoins de l'enfant. Il est « le médicament » le plus personnellement adapté à un moment où l'expression génétique est en train de se construire (19).

Autrement dit, les différents composants, confèrent au lait maternel de multiples propriétés, autres que nutritionnelles : trophiques, anti-inflammatoires, anti-infectieuses, immunologiques et épigénétiques (22).

Les bénéfices de l'allaitement maternel profitent tant à l'enfant qu'à la mère, mais aussi à la société au point de vue sanitaire, économique et sur le plan écologique.

### 3.1 Avantages de l'allaitement maternel sur le plan sanitaire

Un grand nombre de revues systématiques ont été réalisées et montrent les différents effets de l'allaitement sur la santé de l'enfant et de la mère. Le tableau présenté ci-dessous synthétise les résultats issus de 28 revues systématiques et méta-analyses présentées dans le numéro spécial du Lancet publié en janvier 2016 (19). Seuls les avantages de l'allaitement (ou inconvénients) présentés dans cet article sont montrés, ils concernent les pathologies les plus fréquentes rencontrées chez les nourrissons. Ces avantages ne sont pas exhaustifs. De nombreux autres avantages de l'allaitement sont discutés par ailleurs (17,18,23), notamment, la mort subite du nourrisson, le diabète de type I, la maladie cœliaque, *etc.*

L'effet dose-réponse existe pour la plupart des avantages associés à l'allaitement (23). Autrement dit, plus l'enfant est allaité longtemps, plus longtemps il tire les avantages de l'allaitement. Il en est de même pour la mère. Les contre-indications à l'allaitement sont rares (VIH/SIDA dans les pays industrialisés, galactosémie congénitale). Le seul point négatif de l'allaitement est l'augmentation du risque de carie dentaire pour un allaitement prolongé de plus de 12 mois et pour un allaitement nocturne (18).

**Tableau 1. Effets de l'allaitement sur la santé de l'enfant et celle de la mère (inspiré de Victoria et al.) (19)**

<b>Effets protecteurs de l'AM sur la santé de l'enfant</b>	
<b>Évidence forte</b>	
Mortalité causée par les maladies infectieuses	
Infections gastro intestinales incluant les diarrhées	
Infections respiratoires basses	
Otite moyenne aigue	
	Chez l'enfant de moins de 2 ans et uniquement si allaitement prolongé
Quotient intellectuel	
Malocclusion dentaire	
<b>Résultats concordants le plus souvent</b>	
Réduction de BMI	
Moindre risque de surpoids et d'obésité	
<b>Impact potentiel</b>	
Rhinite allergique	Uniquement chez l'enfant de moins de 5 ans
Diabète type II	

<b>Pas d'effet</b>	
Asthme et respiration sifflante	
Allergie alimentaire	
Eczéma	
Pression sanguine systolique	
Pression sanguine diastolique	
Cholestérol total	
<b>Effet négatif</b>	
Carie dentaire	Si allaitement de plus de 12 mois et allaitement nocturne
<b>Effets sur la santé de la mère</b>	
<b>Évidence forte</b>	
Aménorrhée prolongée	Particulièrement en préménopause
Cancer du sein	
Cancer de l'ovaire	
<b>Évidence scientifique insuffisante</b>	
Anémie ferriprive	
Ostéoporose	
Diabète type II	
Diminution de poids lié au post-partum	

Comme dit précédemment, il existe un effet dose-réponse pour les différents avantages de l'allaitement. À l'échelle d'une population une augmentation des durées d'allaitement apporterait une réduction importante de certaines pathologies. Après une imposante méta-analyse portant sur 50302 femmes avec un cancer du sein et 96973 femmes sans maladie, les auteurs du travail concluent que si les femmes avaient en moyenne 2.5 enfants et qu'elles les allaitaient chacune pendant six mois de plus qu'elles ne le font maintenant, environ 25000 cancers (5%) du sein pourraient être évités chaque année. Si chaque enfant pouvait être allaité pendant 12 mois additionnels, ce sont environ 50000 cancers (11%) qui pourraient être évités annuellement (18).

Lors de la sortie du numéro spécial du Lancet sur l'allaitement maternel (19,24–26), fin janvier 2016, cet argument « généraliser l'allaitement permettrait de sauver 823000 enfants de moins de 5 ans et de diminuer de 20000 cas le nombre de cancer du sein <sup>4</sup> » à travers le monde a été mis en évidence dans la presse de différents pays.

Le tableau ci-dessous montre les 15 premières causes de mortalité ainsi que le nombre absolu de décès par cause chez l'enfant de 0 à 4 ans au niveau mondial. Vu l'effet bénéfique de l'allaitement sur des pathologies telles que les infections respiratoires et diarrhéiques et vu le nombre de décès chez l'enfant de moins de 5 ans liés à ces différentes pathologies, il apparaît évident que l'allaitement peut sauver un

<sup>4</sup> [http://www.lemonde.fr/planete/article/2016/01/29/generaliser-l-allaitement-maternel-sauverait-plus-de-800-000-enfants-par-an-dans-le-monde\\_4855668\\_3244.html](http://www.lemonde.fr/planete/article/2016/01/29/generaliser-l-allaitement-maternel-sauverait-plus-de-800-000-enfants-par-an-dans-le-monde_4855668_3244.html) (consulté le 31 mars 2016)  
<http://www.theguardian.com/global-development/2016/jan/28/breastfeeding-could-prevent-800000-child-deaths-lancet-says> (consulté le 31 mars 2016)  
<http://www.nrc.nl/nieuws/2016/01/29/borstvoeding-kan-800-000-kinderlevens-redden> (consulté le 31 mars 2016)

nombre important de vies mais aussi réduire fortement la morbidité. L'allaitement permet, en cas d'insécurité alimentaire, d'éviter les complications liées à celle-ci. *A contrario*, dans les pays où l'obésité est importante une augmentation des taux d'allaitement pourrait être l'une des solutions pour réduire l'incidence de celle-ci tant pour les mères que pour les enfants.

**Tableau 2. Les 15 premières causes de mortalité de l'enfant de 0 à 4 ans et nombre de décès à travers le monde<sup>5</sup> (OMS)**

Rang	Mortalité 0-4 ans
1	Conditions périnatales 3180174
2	Infections respiratoires voies hautes 1755385
3	Maladies diarrhéiques 1716410
4	Malaria 828666
5	Rougeole 396072
6	Anormalité congénitales 370785
7	HIV/SIDA 258861
8	Coqueluche 254314
9	Méningite 156304
10	Tétanos 144325
11	Malnutrition 135517
12	Syphilis 63875
13	Noyade 58467
14	Accidents de la route 56778
15	Incendies 46656

### 3.2 Avantages de l'allaitement sur le plan économique

Allaiter un enfant engendre des économies tant pour les ménages que pour la société. Les résultats des analyses ECV en FWB montrent qu'au niveau individuel en FWB, les femmes qui ont le plus de difficultés financières initient moins souvent l'allaitement. Dans les pays socioéconomiquement favorisés, ce constat fait partie de la « sociologie » de l'allaitement. L'économie engendrée par le ménage quand la femme allaite, est réalisée à plusieurs niveaux, celle du lait à acheter et *a priori* un moindre coût lié aux consulta-

<sup>5</sup> [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/key\\_facts/VIP\\_key\\_fact\\_4.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/key_facts/VIP_key_fact_4.pdf?ua=1) (visité le 1 mai 2016)

tions médicales et aux médicaments. Six mois d'alimentation avec des préparations lactées nécessitent une dépense minimale approximative de 500 euros en lait et en accessoires par ménage.

Les estimations d'économies à l'échelle d'une population dans le cas d'un plus grand nombre de femmes allaitantes, présentent une forte variabilité car toutes les études n'incluent pas dans le calcul les mêmes pathologies. Certaines études, prennent en compte des paramètres tels que les revenus perdus à cause de l'enfant malade, les coûts sociaux (absentéisme, ...). Malgré les différentes manières de réaliser les calculs, toutes les études montrent que l'allaitement entraîne des dépenses de santé et dépenses connexes moindres. En termes de politiques de santé publique, cet élément est considérable. En effet, le nombre de décès et de pathologies qui auraient pu être évités par l'allaitement entraînent un coût certain pour la société dans son ensemble. "In countries with infant mortality is low, artificially fed infants require hospital treatment up to 5 times more often than those who are partly breastfed. In France the cost of these extra admissions is conservatively estimated to be over 12 US million dollars with the cost of outpatient and other treatments making a total of 199 million US dollars" (24). Une étude réalisée au Québec, en 1998, chiffre à 160 dollars le surcoût de la surutilisation des services de santé par enfant non allaité (coût qui ne couvre que les trois principales pathologies pendant la première année de vie, les gastro-entérites, l'otite moyenne et maladies respiratoires) (18). Aux États-Unis, une étude réalisée en 2001, montre que si 75 % (prévalence de 69% en 2001) des enfants étaient allaités à la maternité et 50% à 6 mois (prévalence de 29% en 2001) une économie de 3.6 milliards de dollars pourrait être réalisée (18). Aux États-Unis: "a recent study estimates that 10.5 billion dollars a year would be saved and 741 deaths preventable each year if 80% of infants in the United States were exclusively breastfed until 6 months" (27).

Toutes les estimations indiquent que même les sociétés avancées socioéconomiquement seraient tout à fait bénéficiaires tant au niveau sanitaire qu'économique à avoir des taux d'allaitement les plus élevés possibles. L'allaitement permet de sauver un nombre important de vies et réduit fortement la morbidité. Ces arguments sont sous-jacents à certains *objectifs de développement durable*.<sup>6</sup> L'allaitement est une stratégie de prévention sanitaire de premier choix qui permet de réduire les inégalités sans coût supplémentaire. L'allaitement a donc un impact sur la réduction de la pauvreté mais pas seulement « it also contributes to equity by giving all children a nutritional head start for success in life » (24). En effet, l'allaitement est un comportement de santé bénéfique qui est plus fréquent dans les pays pauvres que dans les pays riches. L'allaitement maternel pourrait avoir un rôle important dans la lutte contre les inégalités en offrant des chances égales à tous les enfants de se développer et de contribuer à l'économie nationale.

### 3.3 Avantages écologiques et de durabilité

Alors que le lait maternel est produit et administré sans pollution, la production, la transformation, l'emballage et le transport de préparations pour nourrissons génèrent une empreinte écologique non négligeable. En effet, pour que le lait de vache devienne de telles préparations une série de transformations sont nécessaires et exigent beaucoup de ressources et d'énergie. Il en est de même pour obtenir le lait de vache et nourrir celles-ci.

Allaiter contribue donc à réduire les déchets et la pollution qui y est associée (transport, engrais pour nourriture pour les vaches, contenants). "More than 4000 L of water are estimated to be needed along the production pathway to produce just 1 kg of breastmilk-substitute powder" (24).

---

<sup>6</sup> <http://www.undp.org/content/undp/fr/home/sdgoverview/post-2015-development-agenda.html> (visité le 21 mars 2016)

En septembre 2015, le nouveau programme de développement a été adopté par les états membres de l'ONU. Dix-sept objectifs mondiaux<sup>7</sup> ont été définis pour mettre fin à la pauvreté, lutter contre les inégalités et l'injustice et faire face aux changements climatiques d'ici 2030. En généralisant l'allaitement, l'impact se fera sentir sur plusieurs de ces nouveaux objectifs (ex : inégalités réduites, bonne santé et bien-être, consommation et production responsables, ...). La généralisation de l'allaitement exclusif doit être une priorité pour réduire la mortalité infantile. "The modest changes in breastfeeding rates since 2000 have contributed to the fact that most low and middle-income countries (LMICs) did not reach the fourth Millennium Development Goal, to reduce under-5 mortality by two-thirds" (24).<sup>6</sup>

## 4. Contexte historique et institutionnel

### 4.1 L'histoire, quelques étapes clés

Dans un premier temps, les grandes étapes de l'histoire de l'allaitement seront abordées afin de mieux comprendre la situation épidémiologique actuelle. En effet, des facteurs historiques tels que la mise en nourrice, le féminisme et la généralisation des préparations commerciales entre autres, influencent la situation actuelle de l'allaitement.

Le recours à des nourrices mercenaires était fréquent dans la Rome Antique (28). En France, au Moyen-Âge et jusqu'au 16<sup>ème</sup> siècle, la mise en nourrice reste une pratique confinée à l'aristocratie (5). Au 17<sup>ème</sup> siècle, les enfants de la haute bourgeoisie sont à leur tour placés en nourrice. L'Église n'a jamais condamné cet usage païen malgré les ravages en termes de mortalité qu'il causait (28)<sup>8</sup>. La croyance que le sperme gâte le lait maternel a perduré pendant des siècles et se retrouve encore aujourd'hui dans de nombreuses cultures. Les relations conjugales devaient en conséquent être suspendues pendant l'allaitement (28) et la mise en nourrice était la solution la plus adaptée. Au 18<sup>ème</sup> siècle, le phénomène de la mise en nourrice s'étend à toutes les classes de la société urbaine. À l'aire du développement industriel, les femmes sont amenées à se décharger de l'allaitement pour accéder à l'emploi salarial (30).

L'usage de la mise en nourrice est un indicateur de l'organisation sociale d'ici ou d'ailleurs et en particulier du statut social des femmes (30). En 1780, à Paris, 90% des nouveau-nés sont envoyés en nourrice à la campagne, 5% sont allaités par « une nourrice sur lieux » et 5% sont allaités par leur mère (5). « À cette époque, une femme est avant tout une épouse, une personne qui a des devoirs sociaux puis seulement une mère » (28). Toute la société approuve cette pratique et les femmes ne paraissent pas s'en plaindre. « Au 18<sup>ème</sup> siècle, la Française des classes les plus favorisées est avec l'Anglaise la femme la plus libre du monde » (31). Ce modèle peu commun de femme émancipée, libérée des soucis de maternage et dont l'identité ne se résume pas à la maternité est hérité du siècle des Lumières. La France est le pays d'Europe où l'usage de « nourrice sur lieu » ou en campagne a été le plus important. Cette industrie nourricière (29) a perduré pendant plusieurs siècles. « En dépit de la révolution des mœurs intervenue à la fin du 18<sup>ème</sup> siècle qui perdura jusqu'à l'avènement du féminisme, la société française a toujours conservé un point de vue très particulier sur le statut des femmes et leurs devoirs maternels » (31).

À partir du 19<sup>ème</sup> siècle, le statut de l'enfant change grâce à différents facteurs, notamment la politique nataliste (29) et l'influence de l'idéologie de Rousseau (1712-1778), prônée à travers l'Émile (1762) (31). L'auteur insiste beaucoup plus qu'on ne l'avait fait avant lui sur l'importance des soins maternels dans l'éducation (28). La mère est sommée d'être attentive et responsable vis-à-vis de son enfant qui devient

---

<sup>7</sup> Site internet idem

<sup>8</sup> Selon les registres des années 1865 et 1866, 52% des enfants parisiens mourraient en nourrice pour 20% d'enfants du pays (29)

un bien précieux. Un plus grand nombre de mères se sont mises à allaiter leurs enfants et à les garder sous le toit parental. Au 19<sup>ème</sup> siècle, 50% des bébés parisiens sont encore placés en nourrice. Dans les milieux les plus aisés, dans lesquels les mères étaient encore réticentes à nourrir elles-mêmes leur enfant, les nourrices vivaient au domicile de l'enfant. En Belgique, « l'allaitement maternel n'était pas généralement pratiqué. Il était, semble-t-il peu fréquent dans les catégories extrêmes de la hiérarchie sociale » (32). Néanmoins, l'industrie nourricière n'était pas aussi répandue en Belgique qu'elle ne l'a été en France (32). La mise en nourrice des enfants d'ouvrières était pratiquée mais semblerait-il dans des communes proches de leur lieu de résidence ou de travail. En France, le pratique de « nourrice sur lieux » perdura jusqu'à la découverte de la pasteurisation (vers 1865) et de l'asepsie (vers 1880). Ces deux techniques marquèrent une étape importante dans l'histoire du biberon puisque jusque-là celui-ci était le plus souvent mortifère. Au 19<sup>ème</sup> siècle, on assiste à une multiplication de son usage et des modèles mis sur le marché (32). Selon leur forme, certains modèles sont plus mortels que d'autres car plus difficiles à nettoyer. En Belgique, tout comme dans le Nord-Pas-de-Calais, le biberon « au long tuyau » ou au « long tube » est le plus utilisé et est l'un des plus meurtriers (32).

De façon générale, « le biberon qui peut être vu comme l'instrument de l'alimentation scientifique » (33) permet de mesurer de façon objective la quantité de liquide absorbé et par la même occasion permet au médecin de s'immiscer plus facilement dans la dyade mère-enfant. La puériculture est reconnue comme discipline en 1863 et la pédiatrie comme spécialisation médicale en 1872. La gente masculine commence à avoir le plein pouvoir sur les recommandations, les techniques de nourrissage et de maternage. Les médecins « ne tardent pas à déprécier « l'instinct maternel » qui ignore tout progrès » (28). Ceux-ci considèrent à cette époque que les pratiques maternelles, empiriques doivent passer sous contrôle d'une culture savante et masculine. Depuis lors, l'emprise médicale n'a fait que croître. « L'amour maternel s'en accommode, non sans déboires : souvent la jeune mère se croit ignorante, incapable, elle perd confiance en soi et vit dans l'inquiétude » (28).

Malgré la découverte de l'asepsie et la pasteurisation des biberons, les médecins continuent à privilégier l'allaitement maternel. À l'encontre des avertissements des médecins, nombre de mères utilisèrent le biberon jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale. À la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, cet usage était catastrophique quel que soit le pays considéré. En 1874, « les statistiques de la Direction des Nourrices de Paris indiquent un taux de mortalité infantile de 20% pour l'élevage au sein et de 49% pour le biberon (29) » (Outre-Atlantique, « entre 1889 et 1896 à la crèche de l'hôpital de la miséricorde de Montréal, environ 88% des nouveau-nés qui n'étaient pas allaités mouraient dans leur première année de vie (18) ». La grande majorité de ces enfants mouraient de diarrhées et autres maladies infectieuses.

À l'aube du 20<sup>ème</sup> siècle, la France, la Belgique, l'Angleterre-Pays-de-Galle, l'Allemagne, l'Autriche et le Danemark voient s'amorcer de façon décisive, un mouvement de baisse rapide et continue de la mortalité infantile (32). La Suède, la Norvège, la Finlande et les Pays-Bas ont précédé le mouvement de plusieurs décennies, voire de près d'un siècle (notamment en Suède). Dans ces pays l'allaitement maternel était beaucoup plus répandu qu'en France ou en Belgique (32).

« Pour les médecins des trois premières décennies du 20<sup>ème</sup> siècle, il ne fait aucun doute que la grève de l'allaitement maternel provoque un plus grand nombre de décès de nouveau-nés chaque année » (18). À cette période les accouchements se sont médicalisés et les enfants dans les hôpitaux étaient séparés de leur mère à la naissance, le colostrum n'était pas toujours donné, l'enfant devait parfois jeuner pendant plusieurs heures. Ceux-ci étaient mis au sein avec un horaire rigide, parfois avec pesées avant et après le sein. Dans les consultations ONE<sup>9</sup> de l'époque, la régularité des tétées est une règle absolue quitte à devoir le réveiller ou le laisser pleurer s'il désire des tétées supplémentaires (34). Dans la revue « l'Enfant » de l'Œuvre de la naissance et de l'enfance, M. Graffar relate les pratiques suivies dans la plupart des maternités en Belgique. « L'enfant n'est pas mis au sein à la naissance et ne reçoit rien à boire pendant les premières 24h heures environ. Il va ensuite au sein 6 fois par jour ; on respecte

---

<sup>9</sup> L'Œuvre Nationale de l'Enfance est créée pendant la guerre 14-18.

un intervalle de 3 heures entre chaque tétée. Si l'enfant pèse au moins 3kg, on ne lui donne pas de repas la nuit » (35). Laissez l'enfant pleurer, brisez sa volonté déjà à cet âge pour n'avoir pas à la briser plus tard quelque fois bien difficilement (34). A. Sand mentionne encore ce type de pratiques en Belgique dans les années 1960 (36).

Les laits commerciaux de qualité envahissent le marché dans les années d'après-guerre. Le véritable triomphe du biberon commence à cette époque. Celui-ci sera considéré comme la solution qui concilie les intérêts personnels de la femme et de la mère. L'utilisation des substituts de lait maternel se généralise avec l'arrivée en force des femmes sur le marché du travail. Le biberon est associé à la modernité et au progrès. Le féminisme de cette période, qui a joué un rôle important dans l'émancipation des femmes, se mêle de l'alimentation des nourrissons. Simone de Beauvoir, dans les années 50, considère d'ailleurs l'allaitement comme une servitude épuisante. Elle donnera le ton à toute une génération de mères (37). En opposition à cette nouvelle culture du biberon qui se met en place, en 1956, la Leche League<sup>10</sup> est créée aux États-Unis dans le but de promouvoir l'allaitement maternel.

Dans les années 1960, période qui fait suite au commencement de la médicalisation de la naissance, les taux d'allaitement étaient au plus bas un peu partout dans les pays occidentaux (18). Cette époque correspond à la rigueur des idées pasteuriennes. Tout se calcule et se mesure. L'obsession des horaires et des pesées est bien réelle. Le passage en milieu médical affaiblit considérablement l'influence des grands-mères et traque les usages traditionnels dans un de leurs derniers refuges (28). Le savoir traditionnel se perd au profit du savoir savant. Cependant, le contexte sociétal de ces années « Peace and Love » a vu émerger des groupes de femmes qui se sont battues pour protéger l'allaitement et la maternité et la Leche League n'a fait que croître depuis lors (31).

Dans les années 1970, le féminisme s'est divisé en deux tendances opposées. La branche universaliste mettait en avant la qualité universelle de l'humain : « tout ce qui accuse la différence des sexes est d'origine culturelle et peut donc être modifié ; l'égalité entre hommes et femmes n'advient que quand les stéréotypes traditionnels auront été abolis » (28). Le féminisme essentialiste quant à lui considère l'enfantement comme un privilège auquel les hommes n'ont pas droit. Ce courant féministe provenant des États-Unis met en avant chaque « aspect de l'expérience biologique des femmes (...) il exaltait les règles, la grossesse et l'accouchement » (31). Ce féminisme essentialiste ou différentialiste considère la féminité comme une essence mais aussi comme une vertu dont la maternité est le cœur. Ce courant tourne le dos au féminisme universaliste de Simone de Beauvoir qui préconisait une politique de l'égalité et de la mixité. « Des deux côtés de l'Atlantique, beaucoup s'enthousiasmèrent pour ce nouvel essentialisme qui célébrait le primat de la nature et les qualités féminines découlant de l'expérience maternelle. Ce maternalisme présentait l'avantage de dépasser la problématique de l'instinct qui suscite toujours de farouches oppositions » (31). Ces deux trajectoires du féminisme n'auront pas le même impact sur l'allaitement.

Les années 1980 marquent une période de changements. Les institutions internationales préconisent de remettre l'allaitement maternel au centre des politiques sanitaires. Les textes internationaux rédigés à cette période sont les références qui servent de base aux différentes stratégies mises en place à l'heure actuelle.

---

<sup>10</sup> La Leche League est aujourd'hui une ONG reconnue internationalement. Elle occupe un statut consultatif auprès des Nations Unies (UNICEF) et est présente dans 70 pays.

## 4.2 Principaux textes internationaux concernant l'allaitement maternel

En 1981, le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* a été adopté par l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS). Cette Assemblée est l'organe de décision suprême de l'OMS. Le Code est une recommandation faite aux États Membres de l'OMS auxquels il est demandé de traduire le Code dans les différentes législations nationales. La Belgique a ratifié une grande partie de ce Code par l'Arrêté Royal du 27/9/1993 relatif aux denrées alimentaires destinées à une alimentation particulière (soit 12 ans après l'adoption du Code par l'AMS). Le Code cherche à protéger le consommateur contre les pratiques commerciales susceptibles de décourager l'allaitement maternel. Cet AR donne effet à la grande majorité des principes du Code mais pas à son intégralité comme cela avait été recommandé (13).

Le résumé du *Code international de commercialisation des substituts de lait maternel* et des résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la santé en 10 points principaux est présenté dans le tableau ci-dessous (inspiré de Baudry, (18)).

1. Ne pas promouvoir les laits artificiels, tétines ou biberons auprès du grand public
2. Ne pas distribuer d'échantillon gratuit aux femmes enceintes ou aux parents
3. Ne pas promouvoir ces produits dans le système de soins de santé (pas d'échantillon, ni d'approvisionnement gratuits)
4. Ne pas recourir à du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux parents
5. Ne pas distribuer de cadeaux et d'échantillons personnels aux professionnels de santé
6. Ne pas promouvoir d'aliments commerciaux pour bébés comme les solides en pots, les céréales, les jus, l'eau embouteillée, afin de ne pas nuire à l'allaitement exclusif
7. Exiger que chaque emballage ou étiquette mentionne clairement la supériorité de l'allaitement au sein et comporte une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle
8. S'assurer que les fabricants et les distributeurs fournissent aux professionnels de la santé une information scientifique et se limitant aux faits
9. S'assurer que tous les produits sont de bonne qualité, que la date limite de consommation y est indiquée et que les emballages ne comportent pas de termes comme humanisé ou maternisé
10. Afin d'éviter les conflits d'intérêts, faire en sorte que les professionnels de la santé qui travaillent auprès des nourrissons et des jeunes enfants ne reçoivent pas de soutien financier des compagnies de produits alimentaires pour bébés (vacances, invitation à des congrès, etc.).

En 1989, est énoncée la *déclaration conjointe OMS/UNICEF sur l'allaitement et les services de maternité*. Celle-ci énonce pour la première fois les *10 conditions pour favoriser le succès de l'allaitement*. Ces conditions serviront de base à la politique de l'IHAB et seront les conditions essentielles pour qu'une maternité puisse être labellisée si elle le souhaite.

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit.
2. Donner à tous les membres du personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique.
4. Mettre les nouveau-nés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement à la naissance et pendant au moins une heure, encourager les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter, et offrir de l'aide si nécessaire.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.

6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24h par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

En 1990, *la Déclaration d'Innocenti* (5) rappelle les durées idéales de l'allaitement et propose les moyens d'y parvenir. Ce texte se concentre sur l'importance globale de l'allaitement maternel et les responsabilités qui incombent à tous les gouvernements de mettre en œuvre des programmes pour promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement. La Déclaration préconise « un renforcement d'une civilisation de l'allaitement, énergétiquement défendu contre l'incursion d'une civilisation du biberon ». Pour ce faire, la déclaration propose 4 objectifs opérationnels que devraient viser les gouvernements de chaque pays pour 1995:

- Désigner un coordonnateur national doté de pouvoirs appropriés et créer un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement, composé de représentants des services gouvernementaux compétents, d'organisations non gouvernementales et d'associations professionnelles dans le domaine de la santé.
- Faire en sorte que chaque établissement assurant les prestations de maternités respecte pleinement *les 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel* énoncées dans la *déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF* sur l'allaitement et les services de maternité.
- Mettre en œuvre intégralement les principes et l'objectif du *code international de commercialisation des substituts de lait maternel* et des résolutions pertinentes adoptés ultérieurement par l'Assemblée Mondiale de la Santé.
- Promulguer les lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant et adopter des mesures pour assurer leur application. » (18)

En 1992, l'OMS et l'UNICEF lancent l'Initiative hôpital ami des bébés (IHAB). L'idée était de donner une reconnaissance aux hôpitaux dont les services de maternité avaient mis en œuvre *les 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel* énoncé dans la *déclaration conjointe OMS/UNICEF* de 1989 de même que le *Code International de commercialisation des substituts de lait maternel*.

Comme le recommande *la Déclaration d'Innocenti* (7), chaque pays élabore ses propres stratégies pourvu qu'elles respectent les principes des instruments internationaux.

En 2002, *la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant* (2002)(6) adoptée par tous les états membres de l'OMS réaffirme la pertinence et l'urgence des 4 cibles opérationnelles de la *Déclaration d'Innocenti*. Cette stratégie, tout en proposant de nouvelles cibles opérationnelles<sup>11</sup> préconise des mesures prioritaires pour les gouvernements et autres agents de la société.

En 2004, *le Blueprint for Action* (38) (2004) ou le *Plan d'action européen* met en exergue les actions qu'un programme national ou régional devrait inclure et mettre en œuvre. Ce plan comprend des interventions spécifiques dont l'efficacité a été scientifiquement étayée. Il est recommandé que les interventions spécifiques pour la protection, promotion et le soutien à l'allaitement s'appuient sur un programme efficace d'information, éducation et communication et sur une formation appropriée tant initiale que conti-

<sup>11</sup> [http://www.who.int/nutrition/publications/gs\\_infant\\_feeding\\_text\\_fre.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_fre.pdf) (visité le 4 avril 2016)

nue. Le contrôle, l'évaluation des interventions ainsi que la recherche, selon le plan d'action font aussi partie des priorités d'interventions pour améliorer la situation de l'allaitement en Europe (38). Par ailleurs, ce plan fait le constat que « les recommandations du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* n'ont pas été correctement diffusées auprès des professionnels de santé et du grand public et aucun contrôle valable de son application n'a été effectué, sauf par les ONG, qui n'ont pas le pouvoir de sanctionner les infractions » (38).

### 4.3 Religion et allaitement

En 1960, A. Sand mentionnait l'argument religieux comme pouvant jouer un rôle dans la promotion de l'allaitement. Il précisait d'ailleurs que d'expériences personnelle, la propagande de l'allaitement maternel était plus fervente dans les maternités laïques (36). Pour lui, ce constat coïncidait avec les statistiques de Tuyns et Landrain<sup>12</sup> qui attribuaient un taux plus faible d'allaitement aux provinces belges où la majorité de la population était catholique (36).

Plus récemment, plusieurs études ont montré que la religion pouvait avoir une influence importante sur l'allaitement. Ces études, principalement réalisées aux États-Unis, ne peuvent pas complètement être extrapolées à la Belgique vu la grande différence dans la façon d'aborder le culte entre les deux pays. Il est cependant intéressant de noter que les études vont dans le sens d'une fréquence d'allaitement moindre chez la mère protestante d'obédience « commune » et chez les catholiques. Hormis les baptistes, toutes les autres obédiences protestantes obtiennent des taux significativement plus élevés. Les mères musulmanes sont de loin celles qui allaitent le plus souvent. L'impact de la religion se marque positivement sur la durée de l'allaitement (39).

Un article étudiant la différence de comportement entre les catholiques et les protestants entre 1845 et 1945 aux Pays-Bas (40) permet peut-être de donner une explication possible au taux plus faible d'allaitement que l'on retrouve chez les mères flamandes. Ces arguments vont dans le sens de l'hypothèse formulée par A. Sand (36). Des différences de conception de la famille entraînent des comportements différents selon le courant religieux considéré. Le protestantisme libéral s'oppose au protestantisme orthodoxe. Les catholiques hollandais à l'époque, étant en grande minorité, ont adopté des comportements extrêmes au point que l'on peut qualifier ce catholicisme d'orthodoxe (contraste avec les catholiques belges). Dès le 16<sup>ème</sup> siècle, la Réforme apporte de nouvelles valeurs et dans les milieux huguenots, les vertus familiales sont louées au détriment de l'orgueil nobiliaire. Le mariage commence à compter, au sein même du lignage et les devoirs « naturels » de la mère y trouvent leur importance. De façon générale, l'église protestante se tourne vers la protection des époux entre eux. En Hollande, on observe que le protestantisme libéral est assez au faite des recommandations scientifiques qui à ce moment-là recommandent un espacement des naissances dans une idée de néo malthusianisme (coût interrompu et avortement). Par contre, les catholiques se comportent comme les protestants orthodoxes qui voient d'un mauvais œil la limitation des naissances dans le cadre du mariage. Étant donné que l'allaitement maternel permet d'espacer les naissances, les institutions religieuses le promeuvent ou au contraire le déconsidèrent. "The Catholic clergy started in the same period a campaign against breastfeeding on the grounds that exposing the breasts was something shameful" (40). L'article démontre le lien entre ces arguments et les taux d'allaitement différents selon l'obédience, les catholiques allaitent moins que les protestantes qui allaitent moins que les juives. Par conséquent, la mise en nourrice sera moins fréquente dans les territoires protestants que catholiques.

L'interdiction religieuse de tout rapport sexuel pour la mère pendant la période de l'allaitement semble se retrouver dans un grand nombre de cultures. La rigueur de ce tabou sexuel explique en partie le succès de la mise en nourrice dans les milieux les plus aisés dans nos régions.

---

<sup>12</sup> En 1948, selon ces auteurs, 75% des mères ont allaités leur enfant (90% pour la province de Liège et le Limbourg tandis qu'en Flandres la proportion ne dépasse pas 60%) (cité par A. Sand).

L'allaitement dans le Coran est recommandé pour une durée de deux ans (sourate 2,233). Dans les questionnaires de 2012 et 2015, plusieurs mamans ont d'ailleurs justifié leur choix d'allaiter pour cette raison. Avec l'Islam, la dimension symbolique du lait de femme est d'importance. Le nourrissage de l'enfant n'est pas la seule fonction du lait maternel. Ceci s'illustre notamment par le statut particulier qui concerne les « enfants de lait » qui dépasse dans le monde arabo-musulman la seule dimension religieuse. En effet, les préceptes du Coran concernant les « enfants de lait » ont été transposés dans le droit positif de la plupart des pays musulmans (41). Ceux-ci considèrent la femme qui a allaité un enfant, qui n'est pas biologiquement le sien, comme la mère de celui-ci. Les frères et sœurs de lait ne peuvent d'ailleurs pas se marier entre eux. La prohibition s'applique aussi à la descendance. Cette parenté de lait particulièrement codifiée dans le monde arabo-musulman est « inconnue dans le droit positif des pays occidentaux » (41). « Le lait maternel bouleverse les systèmes juridiques de la parenté en créant un rapport filial en dehors de tout lien de consanguinité (...) l'allaitement s'inscrit dans le dogme » (41). Il se range dans la catégorie des interdictions et des dispositions légales lui sont consacrées » (41).

Selon le Talmud, l'allaitement est un devoir sacré (Ketoubot 5,5), il peut aussi être réalisé par une nourrice, notamment quand la mère a des jumeaux l'un de ceux-ci peut lui être confié. La tétée à la demande est préconisée. Il est mentionné que le nourrisson est capable de téter toute la journée (Sota 4,3). La nuit, il doit être réveillé trois fois dont la 3<sup>ème</sup> tétée est celle du matin (Berathot 3a). Selon les différents passages, la durée de l'allaitement sera de 18 mois (Ketoubot 60b) ou de 5 ans (Nidda, 2,3).

*A contrario*, la Bible ne mentionne pas de durée d'allaitement maternel particulière. L'allaitement est souvent représenté dans l'iconographie religieuse notamment avec les nombreuses vierges à l'enfant. Le Pape François au travers des propos de Mgr Zimowski, représentant du Saint Siège à l'Assemblée générale de l'OMS, s'est positionné en mai 2014 en faveur de l'allaitement maternel notamment à travers ces propos « il doit y avoir des lois qui garantissent sa pratique sur les lieux de travail et en public<sup>13</sup> ».

#### 4.4 Typologie de l'allaitement maternel

La littérature est consensuelle et cela depuis plus de 20 ans pour dénoncer le flou qui persiste tant sur le terrain que dans la littérature scientifique en matière d'usage des définitions de l'allaitement (12,42). "Because of lack of clear or consistent definitions used in the BF publications, generalization and comparison of findings have been difficult and interpretation of findings is often limited" (11). L'un des objectifs du Plan d'action européen, qui rappelons-le, date de 2004 vise l'élaboration d'indicateurs, de définitions et de méthodes uniformisées afin qu'à l'échelon européen, les comparaisons et le contrôle des taux d'allaitement soient possibles (38). Pourtant la difficulté reste d'actualité. Des définitions d'allaitement reconnues internationalement existent pourtant depuis de nombreuses années. L'OMS a défini les différents types d'allaitement à deux reprises en (43) 1991 et en 2007. Le tableau ci-dessous présente ces différentes définitions.

**Tableau 3. Définitions de l'allaitement maternel de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2007)**

Label	Définition
Allaitement maternel exclusif	Le nourrisson ne se nourrit que du lait de sa mère ou d'une nourrice, ou encore de lait exprimé, et ne prend aucun autre liquide ou solide à l'exception de gouttes ou de sirops contenant des vitamines, des sels minéraux, du SRO ou des médicaments.
Allaitement maternel prédominant	Le lait maternel est la principale source de nourriture du nourrisson. Toutefois, il peut arriver qu'on lui offre de l'eau ou des boissons à base d'eau (eau sucrée et

<sup>13</sup> <http://fr.aleteia.org/2014/05/23/onu-le-saint-siege-encourage-lallaitement-en-public/> (visité le 16 mars 2016)

	aromatisée, thés, tisanes, ...) ; des jus de fruits, des vitamines sous forme de gouttes et de sirops, des sels minéraux et des médicaments, ou encore des liquides traditionnels (en quantité limitée). À l'exception des jus de fruit et de l'eau sucrée, cette définition exclut tout liquide à base d'aliments.
Allaitement maternel complet (full BF)	Allaitement exclusif + Allaitement prédominant
Allaitement maternel (BF)	L'enfant se nourrit de lait maternel (pris directement au sein ou exprimé)
Alimentation complétée (complementary feeding)	L'enfant prend à la fois du lait maternel et des aliments solides (ou semi-solides)
Alimentation au biberon (bottle-feeding)	L'enfant se nourrit au biberon d'aliments liquides ou semi-liquides

Un élément majeur apparaît d'emblée, qu'il s'agisse des définitions de 1991 ou celles revues en 2007, la définition de l'allaitement maternel « partiel » ou « mixte » n'apparaît pas dans cette liste de définitions. Or, dans de nombreux articles scientifiques et sur le terrain, il est souvent fait allusion à l'allaitement partiel ou mixte. Pour ce travail et les différents articles rédigés, sera sous-entendue comme allaitement « mixte » ou « partiel », la définition inspirée « des lignes directrices de l'allaitement maternel au Québec » : à savoir « le mode d'alimentation où l'enfant est tantôt allaité, tantôt alimenté avec des substituts de lait maternel, qu'il s'agisse de préparations commerciales pour nourrissons, de céréales ou d'autres aliments » (18).

Le tableau ci-dessous envisage les définitions de l'OMS d'une façon plus usuelle : en fonction de ce que peut, ou non, recevoir l'enfant.

**Tableau 4. Critères définissant les pratiques d'alimentation des nourrissons (OMS, 2001)**

Mode d'alimentation	Nécessite que l'enfant reçoive	Permet que l'enfant reçoive	Ne permet pas que l'enfant reçoive
Allaitement maternel exclusif	Lait maternel (y compris le lait tiré du sein de sa mère ou d'une nourrice)	SRO, gouttes, sirops (vitamines, sels minéraux, médicaments)	Quoi que ce soit d'autre
Allaitement maternel prédominant	Lait maternel (y compris le lait tiré du sein de sa mère ou d'une nourrice) comme source principale d'alimentation	Certains liquides (eau et boissons dérivées de l'eau, jus de fruits), liquides rituels et SRO, gouttes ou sirops (vitamines, sels minéraux, médicaments)	Quoi que ce soit d'autre (en particulier, le lait d'origine animale, des liquides alimentaires)
Alimentation de	Lait maternel (y compris le	Toute autre chose : autre	Sans objet

complément °	lait tiré du sein de sa mère ou d'une nourrice) et aliments solides ou semi-solides	nourriture ou boisson, y compris le lait d'origine animale ou la préparation pour nourrisson	
Allaitement au sein	Lait maternel (y compris le lait tiré du sein de sa mère ou d'une nourrice)	Toute autre chose : autre nourriture ou boisson, y compris le lait d'origine animale ou la préparation pour nourrisson	Sans objet
Alimentation au biberon	Tout liquide (y compris le lait maternel) ou aliments semi-solides donnés avec un biberon et une tétine	Toute autre chose : autre nourriture ou boisson, y compris le lait d'origine animale ou la préparation pour nourrisson	Sans objet

° « Le terme «alimentation de complément», réservé pour décrire l'alimentation adéquate des enfants allaités au sein après l'âge de 6 mois n'est plus utilisé dans les indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. L'indicateur utilisé précédemment «taux d'alimentation complétée en temps opportun» (1), associant la poursuite de l'allaitement au sein à la consommation d'aliments solides, semi-solides et mous, était très difficile à interpréter. Par conséquent, il a été remplacé par l'indicateur «**introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous**» qui mesure une pratique d'alimentation unique. Néanmoins, le terme **alimentation de complément** est encore très utile pour décrire les pratiques d'alimentation adéquates chez **les enfants allaités au sein entre 6 et 23 mois** et continuera à être employé dans les efforts programmatiques pour améliorer l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants tels qu'ils ont été établis par la Stratégie mondiale pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (8). Le taux d'alimentation complétée en temps opportun peut également être calculé à partir des données obtenues avec l'évaluation des indicateurs nouveaux ou réactualisés.

La note en dessous du tableau 4 a été recopiée telle quelle du document « Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant » (44) de l'OMS. Ce concept d'« alimentation de complément » n'est pas facile à comprendre. Ce qui semble apparaître c'est le fait que la dénomination « alimentation de complément » devrait être réservée à l'enfant de plus de 6 mois, ce qui dans les faits est rarement le cas.

Baudry résume les différentes définitions d'une façon très synthétique (18) :

**Tableau 5. Types d'aliments et liquides autorisés selon la nature de l'allaitement**

	Lait humain	Médicaments, vitamines, sels minéraux	Eau	Liquides à base d'eau, jus de fruits	Préparation commerciales	Céréales, autres aliments
Allaitement exclusif	x	x				
Allaitement prédominant	x	x	x	x		
Allaitement mixte*	x	x	x	x	x	x
Allaitement total	x	x	x	x	x	x
Alimentation artificielle		x	x	x	x	x

\*L'enfant est nourri tantôt au sein, tantôt avec des substituts de lait maternel, qu'il s'agisse de préparations commerciales pour nourrissons, de céréales ou autres aliments (45)

D'autres classifications de l'allaitement maternel existent comme celles de l'*Interagency Group for Action on breastfeeding* (IGAB, 1988) qui définit les différents types d'AM de la sorte (46) :

**Tableau 6. Définitions proposées par de l'Interagency Group for Action on breastfeeding**

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

En 2012, une revue systématique de la littérature arrive au constat que sur 78 articles éligibles 38 ne rencontraient pas la définition de l'allaitement exclusif. Sur les 9 études finalement retenues, la plupart utilisent les définitions de l'IGAB (46) mentionnées dans le tableau ci-dessus. L'un des constats de cette revue systématique concerne la difficulté d'interprétation des résultats à cause de la variation des définitions de l'AM exclusif.

Ce constat est toujours d'actualité. Les auteurs des articles publiés dans la récente revue du Lancet en 2016, nuancent cependant le propos. « Data availability for breastfeeding patterns shows an unusual distribution. Health authorities and researchers in high-income countries seem to neglect breastfeeding to such an extent that most of these countries are unable to report on reliable, standardised indicators. This situation contrasts sharply with the high quality of data for breastfeeding in low-income and middle-income countries (LMICs), as a consequence of the regular conduct of standardised surveys such as the Demographic and Health Surveys<sup>14</sup> and Multiple Indicator Cluster Surveys<sup>15</sup> » (19).

L'article publié dans le cadre de ce travail et portant sur les données d'allaitement issues de l'enquête ECV 2009 souffre de ce problème de définitions précédemment décrit (47). Les quatre questions concernant l'allaitement ont été introduites dans l'enquête de couverture vaccinale à la demande de l'ONE. Ce dernier a formulé les questions dans le but de pouvoir comparer les taux obtenus avec les différents objectifs définis par l'institution (48). Il s'agira donc d'estimer la prévalence à différents moments de l'allaitement tous types confondus (« any bf »). Voulant comparer les données récoltées au travers de l'ECV 2009 avec d'autres sources existantes, notamment internationales, l'imprécision de la façon dont les questions ont été formulées a été constatée. Outre les données récoltées au travers de l'ECV 2009, ce constat de manque de rigueur concernait toutes les données d'allaitement en FWB. Face à ce constat de l'inexistence de données représentatives à l'échelle régionale utilisant des définitions de l'OMS, il a été décidé d'introduire un module complémentaire sur l'allaitement dans l'ECV de 2012.

<sup>14</sup> Les enquêtes démographiques et de santé (EDS) sont réalisées auprès de ménages. Elles sont représentatives au niveau national et fournissent des données pour un large éventail d'indicateurs d'évaluation dans les domaines de la population, la santé et la nutrition. <http://www.dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/DHS.cfm#sthash.Dk8OzcbP.dpuf> (Consulté le 19 février 2016)

<sup>15</sup> UNICEF assists countries in collecting and analyzing data in order to fill data gaps for monitoring the situation of children and women through its international household survey initiative the Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS). (Consulté le 19 février 2016)

## 4.5 Durées de l'allaitement

À l'instar des textes religieux musulmans et juifs, des documents historiques ont laissé quelques traces écrites par rapport aux durées d'allaitement recommandées à différentes périodes. En -3000, les durées d'allaitement de trois ans sont retrouvées dans les textes chez les Égyptiens et chez les Hébreux (5). Entre -1500 et -800, un allaitement exclusif d'un an est recommandé en Inde, suivi d'un allaitement complété jusqu'à l'âge de deux ans (5). Les contrats des nourrices chez les Grecs (-1000 -400) mentionnent un allaitement exclusif de 6 mois. Dans les mondes grec, arabe et romain, les médecins conseillent un allaitement oscillant entre 18 mois et trois ans (5). A la Renaissance, vu le nombre de représentations iconographiques d'enfants allaités à un an, on peut supposer qu'ils étaient encore nourris de la sorte à cet âge. Au 17<sup>ème</sup> siècle, dans les familles, les naissances se succèdent environ tous les 25 à 30 mois, ce qui laisse supposer un allaitement prolongé et de fréquentes tétées pour assurer l'effet contraceptif de l'allaitement. Au 19<sup>ème</sup> siècle, en Belgique, le profil par âge de la mortalité infantile de même que la structure des causes de décès laissent penser que l'allaitement est de très courte durée (moins d'un mois) dans les deux provinces flamandes. « L'énorme mortalité par coqueluche ou rougeole dont souffraient les nourrissons de Flandre Occidentale (1 décès sur 20 naissances) pourrait être l'indicateur d'un abandon largement répandu de l'allaitement maternel » (32). La pratique d'un sevrage plus tardif vers 6 mois prévaut dans le reste du pays à l'exception du Brabant où prévaut une situation intermédiaire (32).

L'allaitement peut être plus long comme c'est le cas, encore aujourd'hui, chez les San Bushmen du désert du Kalahari où l'enfant est allaité jusqu'à 3-4 ans (49) et à Hawaï pendant 5 ans (5). Une étude regroupant les données de durée d'allaitement de 64 sociétés traditionnelles montre une courbe en cloche avec un maximum de sevrage entre 2.5 ans et 3 ans (5).

L'Organisation Mondiale de la Santé recommande depuis 2001 un allaitement exclusif de 6 mois (jusqu'à, cet allaitement était recommandé 4 mois), qui sera poursuivi par un allaitement complété pour une durée de deux ans au moins. Ces objectifs sont recommandés pour tous les enfants, que ceux-ci proviennent de pays développés, émergents ou en développement. Aujourd'hui, 6 mois et deux ans, sont les 2 références mentionnées dans les différents textes internationaux concernant l'allaitement maternel.

## 5. Contexte international

### 5.1 Prévalences de l'allaitement maternel au niveau international et évolutions globales

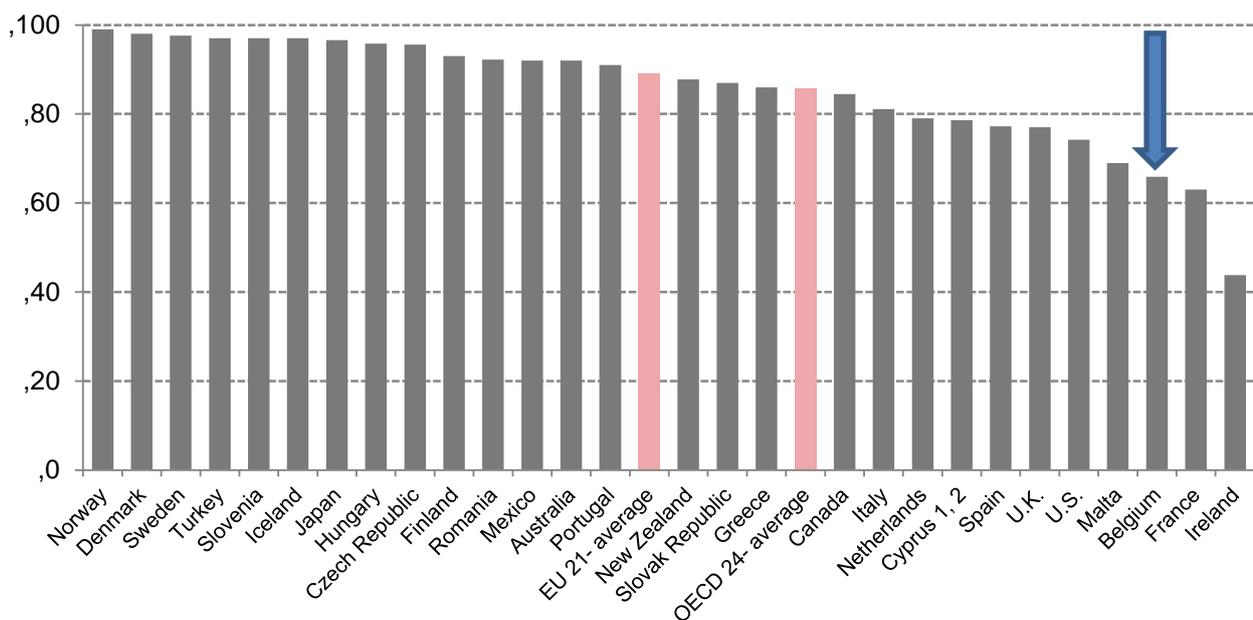
En ce qui concerne la récolte des données, l'OMS a rédigé un guide pratique sur les « indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant » (44). Celui-ci rappelle les différentes définitions de l'allaitement mais précise aussi comment réaliser la récolte de données. Ce guide mentionne les numérateurs et dénominateurs pour chaque indicateur à calculer en précisant l'âge des enfants visés. L'OMS, l'Unicef, l'USAID entre autres se chargent de la récolte de données avec des enquêtes standardisées telles que « les enquêtes démographiques et de santé »<sup>16</sup>. De cette façon, les données des pays à faibles et moyens revenus sont récoltées selon un protocole commun et standardisé. Les données récoltées dans les pays en développement sont de ce fait de meilleure qualité que la plupart

<sup>16</sup> Ou *Demographic and Health Surveys* (DHS). Ces enquêtes sont réalisées depuis 1984. Elles ont pour but l'analyse de données sur la population, la santé, le sida et l'alimentation dans les pays en développement. Elles sont réalisées dans plus de 75 pays en développement.

de celles issues de pays occidentaux qui ne tiennent pas compte des définitions lors de la récolte de données. En effet, dans la plupart des pays occidentaux, le système de surveillance des taux d'allaitement est encore peu développé (18). « We obtained complete information about 127 of the 139 low-income and middle-income countries (LMICs) accounting for 99% of children from such countries. For high-income countries, we obtained data for 37 of 75 countries, but for several countries, only a subset of the indicators were available these data should, therefore, be interpreted with caution » (19). “Information about early initiation or exclusive or continued breastfeeding at 2 years was not available for most high-income countries” (19).

Vu le peu d'études réalisées à l'échelon belge et vu la complexité institutionnelle de la Belgique, fournir les données d'allaitement aux institutions internationales pour l'entièreté du pays n'est pas systématique. Il n'est donc pas aisé de trouver des sources de données comparant la Belgique aux autres pays, même s'il en existe néanmoins certaines.

Le graphe publié par l'OCDE en 2005 montre que la Belgique occupe le trio de queue avec la France et l'Irlande pour les prévalences d'allaitement à la naissance, toute forme d'allaitement confondue. De même, la situation de l'allaitement en Belgique est bien en deçà de la moyenne des 24 pays de l'OCDE considérés. A. Cattaneo classe la Belgique parmi les pays à avoir l'initiation et les durées les plus faibles (12).



**Figure 1. Proportion d'enfants qui ont été allaités au sein des pays de l'OCDE (2005)**

Source : OECD Family database (2005)<sup>17</sup>

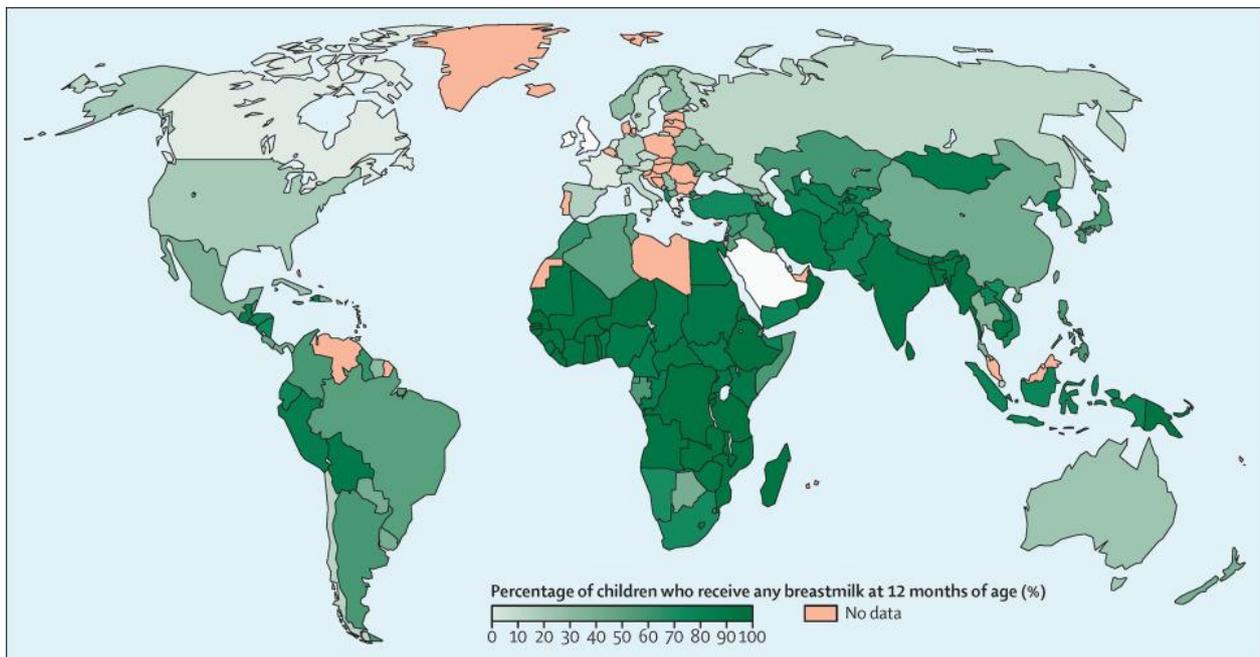
En 2007-2008, l'étude européenne IDEFICS a montré que la Belgique avait la proportion la plus élevée d'enfants n'ayant jamais été allaités exclusivement (46 %), de même que la durée d'allaitement maternel exclusif la plus courte (1,7 mois) parmi 10 pays européens participant à l'étude (50).

Plus récemment, selon l'article du Lancet publié en janvier 2016, les prévalences d'allaitement à la **naissance** (ever BF) étaient de 55% en Irlande, 63% en France, 77% en Espagne, 79% aux États-Unis, 81%

<sup>17</sup> <https://www.oecd.org/els/family/43136964.pdf> (consulté le 6 avril 2016)

en Angleterre, 82% en Allemagne, 89% au Canada et >90% en Suisse, Suède, Norvège, Finlande, Autriche, Australie (19). Cette étude qui reprend des données de 153 pays, n'en fournit pas pour la Belgique. "Of the 34 high income countries with 50000 or more annual births, we were unable to obtain national information for following countries: Belgium, Israel, Kuwait, Poland, Portugal, Slovakia and United Arab Emirates" (19). Ceci explique le manque de données pour la Belgique sur la carte géographique présentée plus bas.

La carte ci-dessous (19) représente la distribution des taux d'allaitement à **12 mois** dans ces 153 pays entre 1995 et 2013. Celle-ci permet de visualiser l'hétérogénéité des taux d'allaitement à travers le monde. De façon générale, ces taux sont de loin inférieurs dans les pays à hauts revenus. Les prévalences les plus élevées se retrouvent en Afrique subsaharienne (>97.2% au Burkina Faso et au Sénégal), en Asie du Sud (60% Philippines) et dans certains pays d'Amérique Latine (77% Équateur, Nicaragua, 75%) (19).



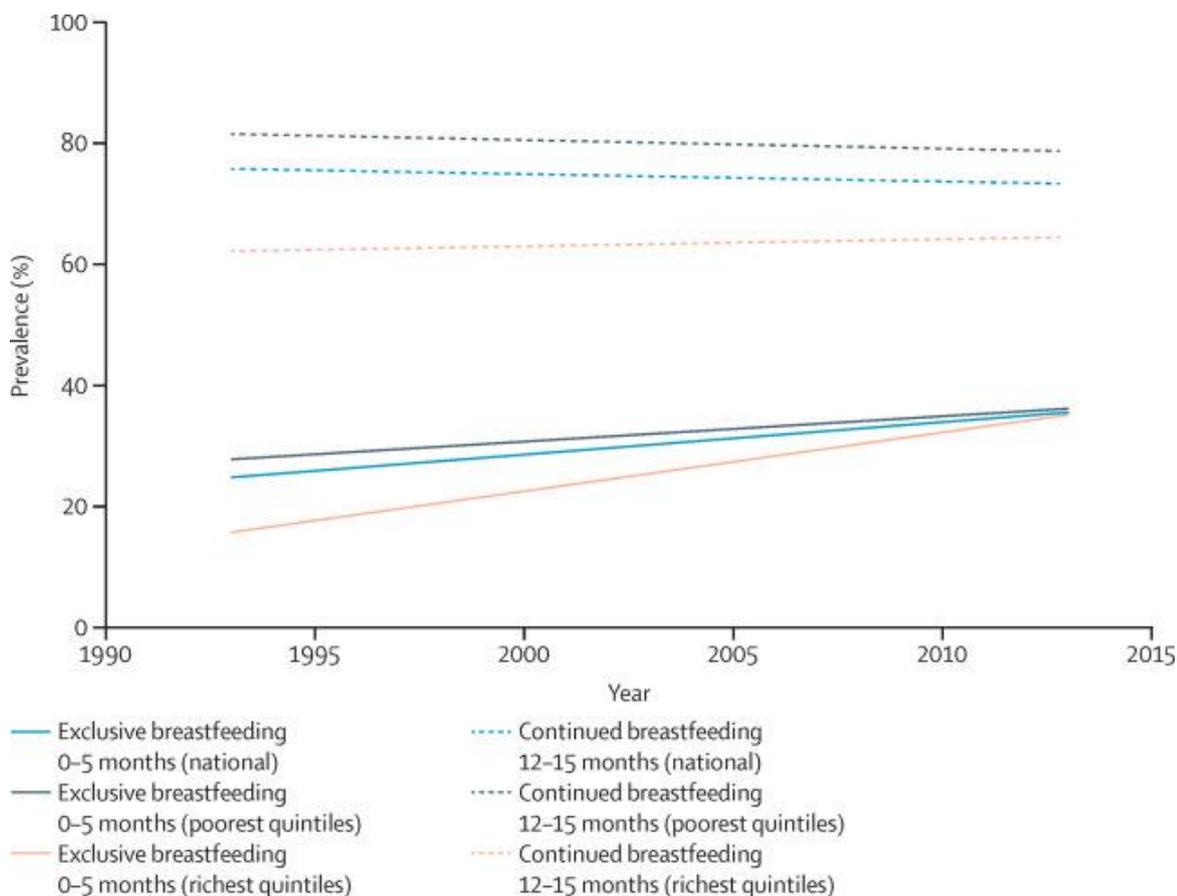
**Figure 2. Taux d'allaitement à 12 mois à travers le monde (données de 153 pays entre 1995 et 2013)**

Source: Victoria et al « breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect ». Lancet 2016

Dans les pays à bas et moyen revenus où l'allaitement total atteint des taux importants, seuls 37% des enfants bénéficient à 6 mois d'un allaitement exclusif (ex RDC 47.6%, Niger 23.3%).

En terme d'évolution depuis les années 90, le graphique ci-dessous (19) compare les taux d'allaitement global et exclusif entre le quintile des pays les plus riches et le quintile des pays les plus pauvres. L'allaitement exclusif a progressé dans les deux groupes de façon plus importante que l'allaitement complété. Pour l'allaitement exclusif, la progression la plus importante est observée pour le quintile des pays les plus riches. Les droites se rejoignent vers 35-40%.

Les taux d'allaitement complété ont peu progressé en 20 ans dans le quintile des pays les plus riches et légèrement baissé dans le quintile des pays les plus pauvres.



Source: Victoria et al « breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect ». Lancet 2016

**Figure 3. Évolution des taux d'allaitement selon les quintiles de richesse entre 1990 et 2015**

## 5.2 Allaitement : vers une nouvelle norme

En 2006, l'OMS publie des courbes de référence basées sur un échantillon d'enfants allaités. Jusque-là, la plupart des courbes servant de standards, comme les courbes du National Center for Health Statistics (NCHS), étaient établies sans distinguer les enfants allaités des autres. Les courbes de croissance de l'enfant établies par l'OMS en 2006 sont destinées à servir d'unique référence internationale permettant de décrire au mieux la croissance physiologique de tous les enfants de moins de cinq ans et d'établir l'enfant allaité au sein comme modèle normatif de croissance et de développement (Site OMS consulté le 22/10/15)<sup>18</sup>.

L'étude multicentrique de l'OMS sur la référence de croissance d'enfant (EMRC) a été menée de 1997 à 2003 dans le but de mettre au point de nouvelles courbes pour évaluer la croissance et le développement des nourrissons et des jeunes enfants partout dans le monde. L'étude a permis de recueillir des données

<sup>18</sup> Par conséquent, en utilisant les courbes de 2006, « le nourrisson allaité ne donnera plus l'impression de grandir trop vite pendant les six premiers mois de vie ou de ne pas grandir suffisamment entre 6 et 12 mois » étant donné que « les nourrissons allaités ont tendance à grandir plus rapidement que les nourrissons non allaités au cours des six premiers mois de vie, et plus lentement pendant les six mois suivants ». *A contrario*, « les nourrissons non allaités peuvent désormais donner l'impression de grandir selon un percentile plus faible pendant les six premiers mois de vie, et plus rapidement pendant les six mois suivants ». Par conséquent, « dans l'ensemble, les courbes de croissance de l'OMS donneront un plus fort taux d'enfants classés en insuffisance pondérale ou en cachexie pendant les six premiers mois de vie et en arrêt de croissance, faisant de l'embonpoint ou obèses après cette période » (51).

auprès de 8440 enfants venant de milieux ethniques et culturels différents (Brésil, États-Unis, Ghana, Inde, Norvège et Oman). Les nourrissons formant l'échantillon étaient allaités exclusivement jusqu'à 4 mois et bénéficiaient d'un allaitement complété jusqu'à 12 mois.

D'une part, vu les avancées en matière de textes internationaux qui servent de référence et d'impulsion et d'autre part, la décision de l'OMS de changer les courbes de croissance, la volonté d'inscrire l'allaitement comme la référence semble bien réelle. Cependant, le résultat de la traduction de cette volonté à l'échelle nationale semble très variable d'un pays à l'autre et reste discutable pour la Belgique.

## 6. Contexte national

### 6.1 Structures institutionnelles belges qui promeuvent l'allaitement maternel

#### Comité fédéral de l'allaitement maternel

La création d'un comité national multisectoriel fait partie des 4 objectifs opérationnels énoncés dans la *Déclaration d'Innocenti* (1990).

Le niveau fédéral, en 1999 « sous la pression d'associations non gouvernementales de soutien à l'allaitement maternel, et avec l'appui d'un groupe de parlementaires, édicte une loi créant un Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel (CFAM), dont les membres représentent les associations professionnelles médicales et infirmières concernées, les associations de promotion et d'aide à l'allaitement, les ministères concernés, l'UNICEF, l'ONE, King en Gezin, Dienst für Kind und Familie » (13).

Suite à cela, le CFAM est créé en 2001. Celui-ci a différentes missions définies dans l'arrêté royal du 14/09/2001 :

- émettre des avis sur toutes mesures relatives à la politique de l'allaitement maternel prises ou à envisager par l'autorité fédérale
- évaluer la manière dont l'allaitement, exclusif ou non, est soutenu dans les maternités et ailleurs en vertu des critères émis par l'Organisation mondiale de la santé et l'Unicef
- rassembler des statistiques et chiffrer les taux d'allaitement à la sortie de la maternité, à 16 semaines, 26 semaines et un an ainsi qu'en cas d'accouchement à domicile, conformément aux critères définis par l'OMS et l'Unicef
- attribuer les labels « Initiative hôpital ami des bébés » (IHAB)
- dialoguer avec les autorités législatives et exécutives fédérales, communautaires ou régionales compétentes pour la politique liée à l'allaitement maternel
- organiser, susciter, encourager et soutenir les initiatives scientifiques ou autres susceptibles d'améliorer la promotion de l'allaitement maternel, dans le respect du choix libre et éclairé de la mère.

Le CFAM a proposé un plan d'action adapté à la Belgique pour la mise en œuvre de l'IHAB, plan que le Ministre des Affaires sociales et de la santé publique, le Service Public Fédéral santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et l'Unicef ont décidé de soutenir à partir de 2005.

### Initiative Hôpital Ami des Bébés

Pour obtenir le label IHAB (10), une maternité est soumise à une évaluation rigoureuse qui comporte différentes étapes. Le label est attribué pour une période de 4 ans. L'établissement doit envoyer au CFAM chaque année certains indicateurs (statistiques sur l'allaitement entre autres). Elle est soumise à une évaluation rigoureuse et doit répondre aux critères suivants :

- Elle doit avoir un taux d'allaitement maternel exclusif de minimum 75% de la naissance à la sortie de la mère et du bébé.
- Elle doit respecter le code international de commercialisation des substituts au lait maternel.
- Elle doit respecter les dix conditions pour le succès de l'allaitement citées précédemment.

Pour garder son statut d'IHAB l'établissement doit faire la demande d'une réévaluation. Les outils pour réaliser l'évaluation d'un établissement s'alignent sur le protocole international élaboré en 1992 et révisé en 2006 par l'OMS et l'UNICEF (10).

À l'heure actuelle, 27 maternités sont labellisées IHAB en Belgique, ce qui représente 23% des sites de maternité et 32% des naissances<sup>19</sup>.

### Plan National Nutrition Santé Belgique

Le Plan national Nutrition-Santé pour la Belgique (PNNS-B) a été élaboré à l'initiative du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique en 2005.

Suite au constat (52):

- ✓ qu'il n'existe pas de vraie politique nationale axée sur la promotion de l'allaitement,
- ✓ que la formation et formation continue des prestataires de soins sont insuffisantes, de par ce fait, ceux-ci sont moins bien armés pour formuler un avis critique sur les messages véhiculés par la publicité (ce manque de connaissance est favorisé par le fait que les professionnels n'ont pas de vision claire de l'autorité ou de l'institution compétente en la matière)
- ✓ qu'il n'y a pas assez d'information et de communication par les médias dans le domaine de la promotion de l'allaitement
- ✓ qu'il n'y a pas d'uniformité dans le discours des professionnels.

Le PNNS-B a développé un axe spécifique sur l'allaitement maternel rédigé en décembre 2005 (axe 4). Cet axe spécifique comporte 3 points (52) :

#### 1. Mener une politique nationale de promotion de l'allaitement

- ✓ L'objectif à atteindre pour 2010 défini en 2005 visait un allaitement exclusif de 50% à 3 mois
- ✓ Atteindre en 2015 la norme suédoise (**plus de 90%** d'enfants allaités durant 6 mois)
- ✓ Appliquer et respecter l'AR 18/02/1991 concernant les denrées alimentaires destinées à une alimentation particulière dans l'esprit du Code International
- ✓ Améliorer la formation du personnel de santé dans le domaine de l'allaitement
- ✓ Encourager l'allaitement par le biais de la communication du PNNS-B

<sup>19</sup><http://www.health.belgium.be/> (visité le 15 janvier 2015)

- ✓ L'information fournie aux parents par les professionnels doit émaner d'une source indépendante du secteur commercial
- ✓ Élaborer des lignes directrices relatives à l'alimentation du nourrisson étayées par la connaissance scientifique, la pratique et sujettes à consensus
- ✓ Répertorier les habitudes alimentaires des jeunes enfants, déceler les points critiques et prendre les initiatives nécessaires pour corriger

⇒ Le PNNS doit mener une politique de promotion de l'allaitement sous la surveillance du CFAM.

## 2. Promotion et soutien de l'initiative «Hôpital Ami des Bébé» (HAB)

- ✓ Pour 2010, 25% des Hôpitaux doivent être labellisés IHAB

## 3. Informations objectives et validées concernant l'allaitement, l'alimentation pour nourrissons et l'alimentation complémentaire

- ✓ Objectif : rédiger des recommandations relatives à l'alimentation du nouveau-né sur la base de données scientifiques, de connaissances pratiques et de consensus.
- ✓ Créer un point de référence pour une communication cohérente à ce sujet donnée par des tiers et à l'intention de la mère. Pour atteindre ces objectifs un groupe d'experts sera constitué
- ✓ N'autoriser la délivrance directe de nourriture pour nourrissons destinées aux premiers mois de vie que par l'entremise des pharmaciens d'officine afin que la disponibilité de ces produits soit garantie à toute heure du jour et de la nuit les parents puissent bénéficier d'avis d'experts indépendants

### Protection maternelle et infantile

Les trois structures de protection maternelle et infantile en Belgique sont l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) pour la partie francophone du pays, King en Gezin pour la partie néerlandophone (K&G) et Dienst für Kind und Familie (DKF) pour la partie germanophone du pays. Ces structures « élaborent des objectifs, des guides de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, des brochures d'information, ... dans lesquels on peut voir évoluer positivement les recommandations bien que parfois avec quelques années de retard sur certains consensus internationaux » (13).

L'ONE propose des objectifs à atteindre en matière de prévalences d'allaitement à la maternité, à 3, 6 et 12 mois. Dans le guide de médecine préventive éditée en 2004, les objectifs proposés pour 2008 étaient respectivement de 85%, 70%, 50% et 25% (53). Par contre, les objectifs proposés pour 2010 étaient respectivement de 85%, 50%, 25% et 25% (48). L'institution propose pour 2020 de « nouveaux objectifs » qui sont les mêmes que ceux définis en 2004 (48).

### Asbl, ONG, autre

À côté de ces structures institutionnelles, il existe d'autres organismes qui sont actifs dans le domaine. Il s'agit notamment d'ASBL qui s'occupent de fournir des informations et un soutien à l'allaitement comme la Leche League (ONG) et Infor-Allaitement (ASBL). Celles-ci ont une permanence téléphonique où les futures-mères, pères peuvent appeler pour poser leurs questions, recevoir de la documentation, ... Des associations professionnelles de sages-femmes et aussi l'Unicef Belgique sont impliqués à divers degrés dans la promotion de l'allaitement dans notre pays.

## 6.2 Sources de données statistiques sur l'allaitement en Belgique francophone

L'ONE était jusqu'il y a peu, le seul organisme à récolter les données d'allaitement à la naissance en routine en Belgique francophone. En 2015, pour la première fois des données concernant l'intention d'allaiter provenant des questionnaires électroniques e-Birth ont été publiées par le Cepip.

### ONE

Les travailleurs médico-sociaux (TMS) de l'ONE ont accès à la majorité des maternités sur le territoire de la FWB. Théoriquement, une rencontre a lieu avec chaque parturiente dans les maternités dans lesquelles les TMS ont un accès.<sup>20</sup> Lors de cette rencontre, les TMS se chargent de compléter le questionnaire « avis de naissance » qui comporte une dizaine de questions dont deux sur l'allaitement (voir annexe). Les « avis de naissance » de l'ONE représentent 95% des naissances de droit en FWB (54). Quant au questionnaire « premier contact », il sera en général rempli lors de la visite à domicile par une TMS, ceci pour chaque enfant dont les parents désirent un suivi à l'ONE. Ce questionnaire est rempli pour 75% des « naissances dont l'ONE a eu connaissance » (54). Ce questionnaire comporte une question sur l'allaitement (voir annexe). Lors de l'« avis de naissance » et du « premier contact », aucune question sociodémographique n'est posée aux parents.

Le « bilan de santé à 9 mois » de l'ONE est rempli pour les enfants âgés entre 7 et 11 mois suivis dans une consultation et/ou un milieu d'accueil géré par l'ONE. En 2009, le taux de couverture de ces bilans était de 25.6% (54) pour les enfants inscrits dans les structures de l'ONE. Ce bilan comporte deux questions sur l'allaitement maternel (voir annexe).

Le « bilan de santé à 18 mois » est rempli pour les enfants âgés entre 16 et 20 mois suivis dans une consultation et/ou un milieu d'accueil reconnu par l'ONE. En 2009, le taux de couverture de ces bilans était de 22.3% pour les enfants inscrits dans les structures de l'ONE. Ce bilan comporte une question sur l'allaitement maternel.

Lors de ces deux bilans de santé, des questions socio-familiales (niveau d'études et activité principale de la mère, revenu du ménage, ...) sont posées aux parents.

Les avantages et les limites de ces données récoltées au sein de l'ONE et faisant partie de la BDMS seront vus en détail dans les résultats.

### E-Birth

La deuxième source de données provient des questionnaires électroniques e-Birth qui remplacent petit à petit les bulletins statistiques de naissance. La variable « to know if the mother thinks to breast-feed her baby (her babies) » qui apparaît sur le nouveau formulaire e-Birth n'est étudiée que pour les accouchements déclarés via cette application, ce qui représente en 2014, 59.1% des naissances vivantes en Wallonie (55) et 43.6% à Bruxelles (56). Par contre, le bulletin statistique sous format papier du centre d'épidémiologie périnatale (Cepip) rempli pour l'entièreté des naissances en Wallonie et à Bruxelles ne possède pas de question sur l'allaitement maternel. E-Birth remplace petit à petit le questionnaire Cepip dans les maternités belges. Quand le questionnaire électronique sera généralisé, l'intention d'allaitement pourra donc être connue pour toutes les naissances belges puisque la déclaration d'une naissance ou

---

<sup>20</sup> À Bruxelles par exemple, l'ONE n'a pas d'accord avec l'hôpital Saint-Anne, ni Édith Cavell. Cette dernière avec 3500 accouchements par an représente la plus grosse maternité de la capitale. Les TMS ne travaillant pas le week-end, certaines mères dans les hôpitaux avec lesquels l'ONE a un accord, ne sont par conséquent, pas vues.

d'un décès par le bulletin statistique (pour le moment papier ou électronique) est obligatoirement remplie<sup>21</sup>.

#### IHAB (données informelles)

La troisième source de données concerne les données issues des maternités IHAB. Ces données ne sont pas représentatives de la situation de l'allaitement dans la population générale. En effet, pour introduire un dossier d'évaluation afin d'être labellisée IHAB, la maternité doit obtenir un taux minimum de 75% d'allaitement exclusif. Il en est de même pour la réévaluation tous les 4 ans. Par conséquent, seules quelques maternités avec une population particulière peuvent prétendre à la labellisation ou alors développer des stratégies pour les atteindre. Les premières maternités qui ont été labellisées étaient celles avec un taux « naturel » de 75%. Les données de l'IHAB ne sont pas publiées et ont été obtenues de façon informelle<sup>22</sup>.

#### Enquêtes ponctuelles

Les autres sources de données proviennent d'enquêtes ponctuelles ayant lieu à l'échelon provincial, régional ou national. C'est notamment le cas, en 1997, lors de l'enquête Santé réalisée par l'Institut de Santé Publique (ISP), le questionnaire comportait quelques questions sur l'allaitement maternel. Les mères de 15 à 55 ans ont été interrogées quand elles avaient un enfant de moins de 5 ans (57). Peu d'enquêtes épidémiologiques ont eu lieu en Belgique francophone. Il en existe cependant, notamment l'étude prospective portant sur plus de 5000 enfants en province de Hainaut en 1988 (58).

Grâce à une concertation initiée par l'Institut de Santé Publique et profitant de la réalisation concomitante des enquêtes de couverture vaccinale en 2012 dans les 3 régions, des données nationales sur l'allaitement ont pu être fournies dans le cadre des « European Community Health Indicators Monitoring » (ECHIM) pour l'allaitement à 3 et à 6 mois. L'ISP s'est chargé de la pondération des résultats. Les questions formulées dans les trois enquêtes étaient basées sur les définitions de l'OMS.

Afin de fournir une image de l'allaitement exclusif en Belgique, l'enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015 a inclus cette thématique dans les questionnaires adressés aux enfants et à leurs parents. L'échantillon était composé d'enfants âgés de 3 à 9 ans (59). Les limites de cette enquête seront discutées dans le chapitre *ad hoc*.

---

<sup>21</sup> Afin de pouvoir optimiser l'échange de données entre l'ensemble des acteurs impliqués dans le traitement des déclarations des naissances, la Belgique via le Fedict a créé un système d'enregistrement électronique des naissances vivantes : l'application e-Birth (55).

<sup>22</sup> Ces données proviennent de communications personnelles fournies par la coordinatrice francophone IHAB (Anne Nizet)

## 7. Cadres conceptuels

Le premier modèle conceptuel inclut les déterminants qui peuvent impacter le comportement de la mère dans son choix ou non d'allaiter. Les différents facteurs ont été classés en 4 niveaux.

Le niveau international comprend les instances telles l'OMS et l'UNICEF qui ont édicté certains textes reconnus internationalement. Les différents outils émanant de ces instances ont été, ou non ratifiés dans les législations nationales. Celles-ci sont incluses dans le deuxième niveau qui concerne les institutions et politiques belges. Le niveau environnement, quant à lui, a été subdivisé en 5 groupes de déterminants : l'environnement médical, hospitalier et les services de santé, l'environnement familial, l'environnement social et économique, et enfin l'environnement communautaire.

Le dernier niveau comporte les paramètres individuels directement liés à la mère et à la naissance de l'enfant. Il peut s'agir des caractéristiques socioéconomiques de la mère (âge, niveau d'études, statut marital, ...) mais aussi des difficultés rencontrées lors de la mise au sein, de sa capacité à se sentir capable de dépasser ces difficultés. Quant aux facteurs liés à l'enfant ou à la naissance, il peut s'agir de la prématurité ou du mode d'accouchement. Ce type de déterminants est fréquemment étudié dans les études épidémiologiques sur l'allaitement maternel.

Le contexte culturel, quant à lui, est placé sur le côté droit du graphique. Cette position montre que les différents facteurs qui le composent agissent à la fois sur le niveau institutionnel belge, sur le niveau environnemental mais aussi au niveau individuel. Le contexte culturel inclut les facteurs qui affectent la société dans son ensemble. Les acteurs sociaux adoptent ou « copient » un comportement à force de le voir, sans nécessairement en avoir conscience. Ils agissent ainsi car le comportement leur semble normal. Le féminisme peut être inséré, tout comme l'influence religieuse dans les déterminants culturels.

Même si nous considérons ce modèle comme dynamique, par choix esthétique et de clarté, nous avons choisi de ne pas illustrer les flèches pouvant partir d'une case vers une ou un ensemble de cases. Le choix a été fait de montrer par des traits pointillés la « porosité » des différents cases des deux niveaux individuel et environnemental. En effet, des liens évidents horizontaux existent entre les cases au sein d'un même niveau. Il en est de même entre les différents niveaux, dans le sens du bas du graphique vers le haut du graphique.

La plupart des déterminants culturels et institutionnels y compris les outils et stratégies ont été décrits et explicités précédemment. Par contre, les facteurs individuels, pour la plupart d'entre eux, seront étudiés dans les résultats. Certains critères ont été introduits dans le modèle comme l'obésité, le tabagisme entre autres vu leur fréquence dans la littérature. Il en est de même pour les facteurs psychologiques et sociaux. Cependant, ces facteurs ne seront pas discutés dans ce travail.

# INITIATION ALLAITEMENT MATERNEL

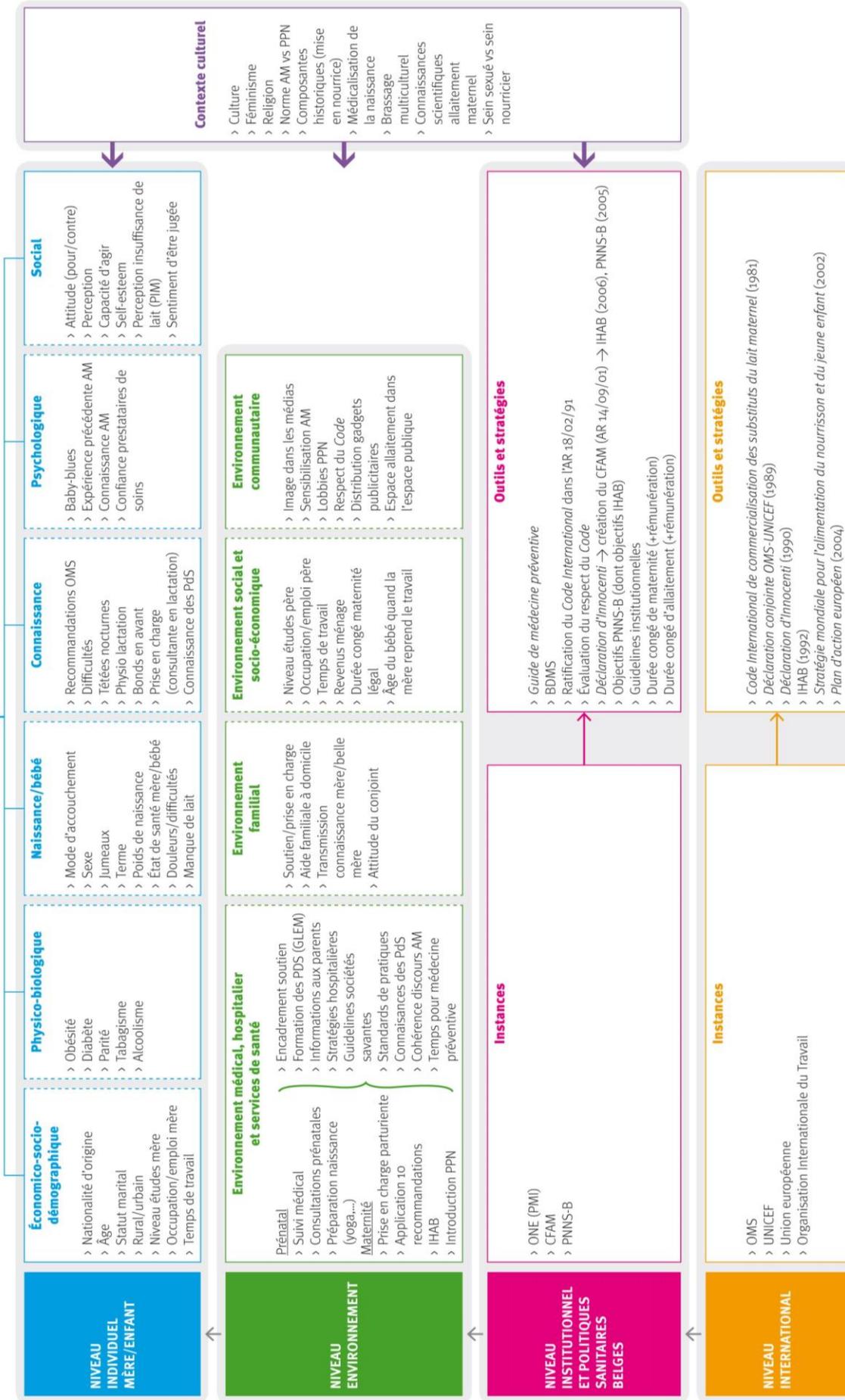


Figure 3. Cadre conceptuel illustrant les facteurs déterminants de l'initiation de l'allaitement maternel

Le deuxième cadre conceptuel, quant à lui, concerne les facteurs liés à la durée de l'allaitement maternel. La structure de ce cadre est la même que pour l'initiation. Les paramètres qui le constituent sont identiques aux niveaux international et institutionnel belge. Par contre, un certain nombre de paramètres sont rajoutés aux niveaux individuel et environnemental. Ce dernier comporte d'ailleurs une sous-catégorie supplémentaire qui concerne l'environnement professionnel qui ne concernait pas encore la parturiente.

# DURÉE ALLAITEMENT MATERNEL

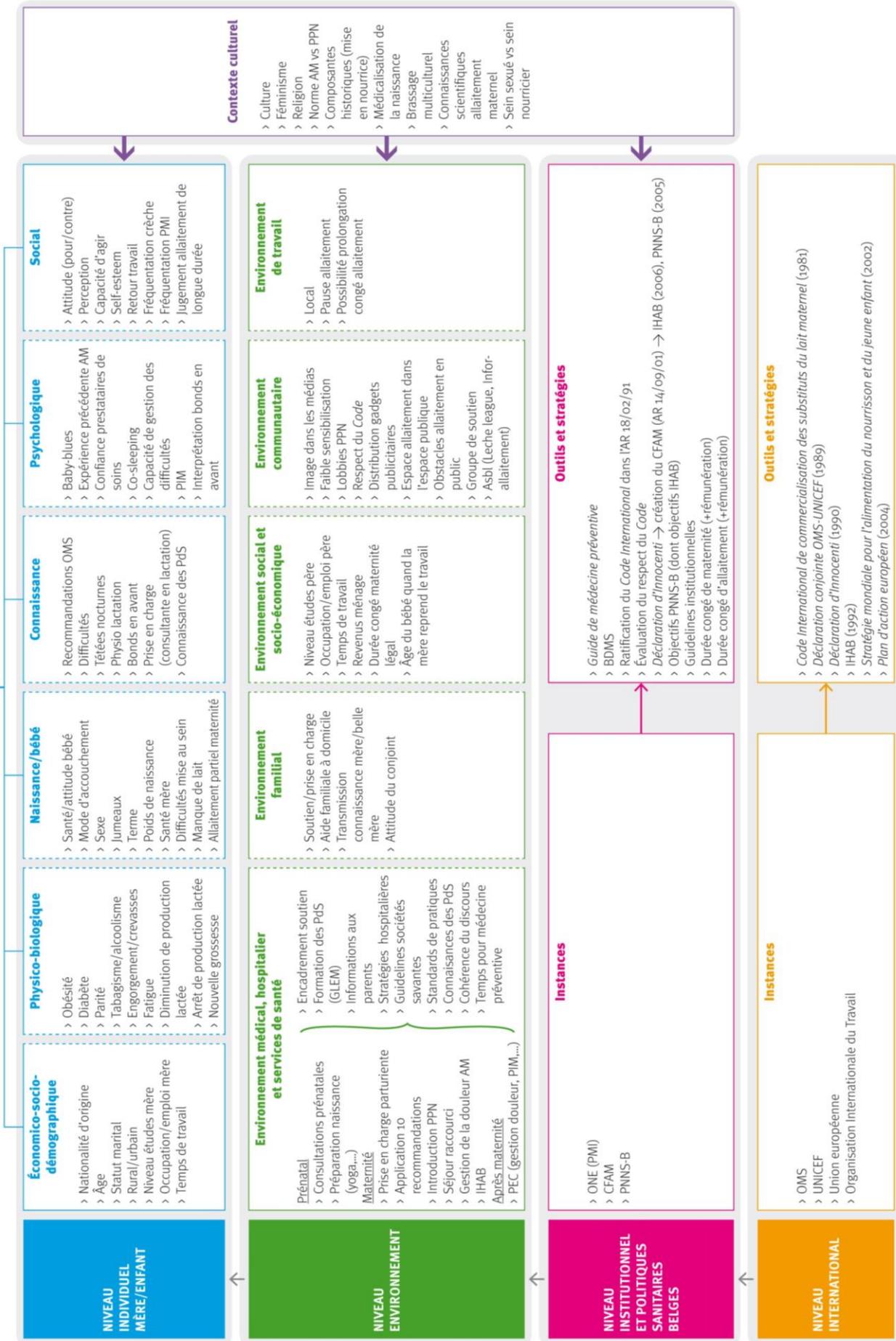


Figure 4. Cadre conceptuel illustrant les facteurs déterminants de la durée de l'allaitement maternel

---

*“If a new vaccine became available that could prevent 1 million or more child deaths a year, and that was moreover cheap, safe, administered orally, and required no cold chain, it would become an immediate public health imperative. Breastfeeding could all this and more but it requires its own “warm chain” of support - that is, skilled care for mothers to build their confidence and show them what to do and protection from harmful practices” (The Lancet 2004)*

---

# Partie II : Méthodologie de la recherche

---

## 1. Questions de recherche, hypothèses et objectifs

Face aux principaux constats :

- le peu de données représentatives de l'allaitement maternel exclusif en Wallonie et à Bruxelles
- le peu de données représentatives concernant les durées d'allaitement en Wallonie et à Bruxelles
- le PNNS-B en développant des objectifs quantitatifs (50% d'allaitement à 3 mois en 2010, 90% d'allaitement à 6 mois en 2015) (52) semble ne rien préciser rien quant aux moyens d'évaluer ceux-ci
- le manque de rigueur dans l'utilisation des définitions reconnues internationalement par la PMI (13)
- la difficulté de recouper les données d'allaitement maternel à la maternité avec les caractéristiques sociodémographiques des parents
- l'inexistence de données considérant la volonté de durée d'allaitement de la mère,

certaines questions peuvent dès lors se poser : les enquêtes de couverture vaccinales peuvent-elles être un outil adapté pour récolter des données sur l'allaitement maternel au niveau régional ? Ces enquêtes permettent-elles de compléter le peu de données représentatives existant dans le champ de l'allaitement ? Autrement dit :

au travers de telles enquêtes peut-on décrire la situation épidémiologique de l'allaitement en Wallonie et à Bruxelles?

D'autres questions sous-jacentes se posent plus précisément :

- Quelles sont les prévalences des différents types d'allaitement à la naissance et à la sortie de la maternité ?
- Quels sont les facteurs associés à l'allaitement à la maternité ?
- Quels sont les facteurs associés à la durée de l'allaitement ?
- Quelles sont les différences régionales en matière d'allaitement maternel ?
- Quelles sont les principales raisons de sevrage ou de non-initiation à l'allaitement en Wallonie et à Bruxelles?

Étant donné qu'il ne semble pas exister de vraie politique nationale axée sur la promotion de l'allaitement (52), que les prestataires de soins sont peu formés sur l'allaitement maternel (52), que la Belgique, selon certaines sources, se situe parmi les trois pays à avoir les taux d'allaitement les plus bas (12), les hypothèses suivantes ont été posées :

### Concernant la situation épidémiologique de l'allaitement

- En Wallonie, la prévalence de l'allaitement à la sortie de la maternité est inférieure aux prévalences des pays à hauts revenus

- En Wallonie, une diminution de la proportion d'allaitement maternel exclusif s'observera entre la naissance et la sortie de la maternité
- En Wallonie et à Bruxelles, les objectifs en matière de taux d'allaitement définis par l'ONE à la naissance, à 3, 6, 12 mois ne sont pas atteints
- A Bruxelles, les prévalences d'allaitement à la sortie de la maternité sont supérieures aux prévalences de Wallonie
- Le partenaire de la mère de par son attitude vis-à-vis de l'allaitement reste un déterminant majeur pour la mise au sein et pour le maintien de l'allaitement
- La prise de décision précoce (avant la grossesse) d'allaiter est un facteur, un déterminant majeur pour la mise au sein et pour le maintien de l'allaitement
- Les principales raisons de sevrage ou d'allaitement partiel dans les 3 premiers mois sont liées à des causes dues à des difficultés de mise au sein, des douleurs ou dues à une perception de manque de lait
- Un nombre important de mères sont insatisfaites de la durée de l'allaitement réalisé
- Un nombre important de mères ont éprouvé des difficultés lors de la mise en place de l'allaitement

#### Hypothèses qui concernent l'évaluation des outils existants

- Les données fournies par les ECV permettent d'évaluer les objectifs définis par le PNNS-B et de l'ONE
- Les données issues d'enquête de couverture vaccinale peuvent servir à valider les indicateurs qui servent de référence à l'heure actuelle (BDMS de l'ONE)
- Les données fournies par les ECV permettent d'évaluer si la variable « to know if the mother thinks to breast-feed her baby (her babies) » du questionnaire électronique e-Birth (certificat de naissance électronique) peut être utilisée comme indicateur de l'allaitement total à la maternité
- Les taux d'allaitement exclusifs issus des ECV sont inférieurs à ceux issus de la BDMS à Bruxelles et en Wallonie

Nous posons l'hypothèse générale

- Les enquêtes de couverture vaccinale peuvent être un moyen utile pour mesurer la situation de l'allaitement

Notamment, car elles se font de façon régulière, elles sont rapides, peu coûteuses et indépendantes des prestataires de soins ou promoteurs en santé. D'autant que ce genre d'enquêtes ponctuelles permet d'approfondir les connaissances au-delà des indicateurs clés qui seraient relevés dans un registre par exemple (difficultés éventuelles rencontrées lors de la mise au sein, adéquation entre durées désirées et réalisées).

D'une part, la situation épidémiologique de l'allaitement en Wallonie et à Bruxelles sera décrite. D'autre part, l'importance d'adopter une approche épidémiologique rigoureuse sera démontrée, ceci de la récolte de données à l'analyse des indicateurs qui concerne les différents types l'allaitement. Par ailleurs, l'importance sera démontrée au fil de la recherche de considérer l'allaitement maternel et la promotion de celui-ci comme objet central du champ de la santé publique.

**Différents objectifs spécifiques seront développés et il s'agira de :**

- Décrire les prévalences et les facteurs associés des différents types d'allaitement maternel à la maternité en Wallonie et à Bruxelles
- Étudier la durée et les facteurs associés à l'allaitement maternel en Wallonie et à Bruxelles
- Porter un regard critique sur les différentes sources de données qui servent de références en matière d'allaitement maternel en Wallonie et à Bruxelles
- Analyser les raisons de sevrage précoce, l'insatisfaction des mères liée à la durée de l'allaitement ainsi que la perception d'insuffisance de lait
- Développer un cadre de réflexion autour de l'allaitement maternel incluant des apports de disciplines périphériques à l'épidémiologie
- Proposer des recommandations en ce qui concerne la qualité des méthodes de recherche

## 2. Méthodologie

Les enquêtes de couverture vaccinale sont réalisées en Wallonie depuis 1989 à un rythme d'une enquête tous les 3 ans. En 2015, a eu lieu la dixième et dernière enquête. À Bruxelles, celles-ci ont lieu depuis 1995. En 2012, a eu lieu la quatrième enquête régionale.

La méthodologie utilisée en Wallonie est la même depuis que ces enquêtes de couverture vaccinale existent sur le territoire. Il en est de même à Bruxelles.

Seuls quelques éléments essentiels de la méthodologie sont présentés ici. Plus de détails sont fournis dans l'article concernant les enquêtes de couverture vaccinale, celui-ci est présenté en annexe.

### 2.1 Population et échantillon

La population visée par les enquêtes de couverture vaccinale est définie par tous les enfants résidant en Région de Bruxelles-Capitale ou en Région wallonne dont l'âge est compris entre 18 et 24 mois au moment de l'enquête. Les enfants non-inscrits au registre de la population ne font pas partie des enquêtes. La dose qui achève le schéma vaccinal recommandé est théoriquement administrée à l'âge de 15 mois lors de la cinquième séance de vaccination. À cet âge, les enfants sont censés avoir reçu leur schéma complet et donc la quatrième dose de vaccin antipoliomyélitique. À 18 mois, les parents doivent renvoyer le document attestant de la vaccination complète contre la polio, seul vaccin obligatoire en Belgique. Dans certains petits villages de Wallonie, il peut ne pas y avoir assez d'enfants âgés de 18 mois, raison pour laquelle l'échantillon vise un groupe plus important d'enfants, à savoir les enfants âgés de 18 à 24 mois.

La taille de l'échantillon minimum à atteindre est basée sur le taux de couverture le plus faible de l'enquête précédente. L'enquête menée en Wallonie est basée sur un échantillonnage en grappes avec probabilité de tirage proportionnelle à la taille de la commune. L'équilibre entre le nombre de grappes et le nombre d'enfants par grappe dépend des capacités opérationnelles sur le terrain<sup>23</sup>.

L'enquête menée au niveau de la Région bruxelloise, est basée sur un échantillon stratifié proportionnel à la taille des différentes communes de la capitale. Le nombre d'enfants répartis dans chacune des communes bruxelloises est présenté dans le tableau suivant :

---

<sup>23</sup> Un plus grand nombre de grappes revient à diminuer le nombre d'enfants par grappe mais augmente le nombre d'enquêteurs nécessaires. Ceux-ci sont de moins en moins disponibles pour réaliser ce type d'enquêtes

**Tableau 7. Échantillonnage de la population d'enfants de la Région de Bruxelles-Capitale (2012)**

Communes	Population de la Région de Bruxelles-Capitale		Échantillon		
	Population 0-4 ans <sup>24</sup>	% 0-4 ans	n sujets attendus	n enquêtes complétées	% enquêtes complétées
Anderlecht	8892	10.9	65	65	11.9
Auderghem*	1823	2.2	13	/	/
Berchem-Ste-Agathe	1685	2.1	12	12	2.2
Bruxelles	12389	15.2	91	84	15.4
Etterbeek	2806	3.4	21	17	3.1
Evere	2530	3.1	19	17	3.1
Forest	3877	4.7	29	29	5.3
Ganshoren	1589	2.0	12	12	2.2
Ixelles	4514	5.5	33	31	5.7
Jette	3633	4.4	27	23	4.2
Koekelberg	1914	2.3	14	13	2.4
Molenbeek St-Jean	8741	10.7	64	58	10.6
Saint-Josse	3382	4.2	25	22	4.0
Saint-Gilles	2359	2.9	17	15	2.7
Schaerbeek	10729	13.1	79	65	11.9
Uccle	4200	5.1	31	31	5.7
Watermael-Boitsfort*	1249	1.5 (3.7)	09	17	3.1
Woluwe St-Lambert	2979	3.7	22	19	3.5
Woluwe St-Pierre	2272	2.8	17	16	2.9
Région	81563	100.0	600	546	100.0

\*Le nombre d'enfants attendus sur Auderghem qui a refusé de participer a été remplacé par des enfants de Watermael-Boitsfort, cette dernière commune a par conséquent 13 enfants attendus (théoriques) supplémentaires<sup>25</sup>.

La méthodologie des enquêtes wallonnes de 2009 et 2015 ne sont pas décrites ici mais elle identique à la méthodologie utilisée en 2012.

## 2.2 Déroulement des enquêtes

Pour l'enquête réalisée en 2012, une demande d'obtention de la liste des enfants nés entre le 30 avril et le 1er novembre 2010 et résidant dans chaque commune de Bruxelles ou communes tirées au sort en Wallonie a été adressée aux différents Collèges de Bourgmestre et Échevins.

En Wallonie, l'enquête a été réalisée par une centaine de travailleurs médico-sociaux (TMS) qui ont été choisis par les inspectrices régionales de l'ONE en fonction de la localisation des grappes issues du tirage aléatoire. Afin de standardiser le plus possible la collecte des informations par les enquêteurs, une formation leur a été dispensée. Une séance a été organisée au centre de formation de l'ONE à La Hulpe au mois d'avril 2012.

À Bruxelles, les enquêtes ont été réalisées sur le terrain par une quinzaine d'enquêteurs recrutés par l'équipe de l'ULB. Afin de standardiser le plus possible la collecte des informations par les enquêteurs, une formation leur a été dispensée au sein de l'école de santé publique au mois de mai 2012. Les 5 premiers dossiers complétés ont été vérifiés à l'ESP en face à face avec chaque enquêteur afin de vérifier la compréhension des questions et la qualité de remplissage de ces dernières. À cette étape deux enquêteurs ont été remerciés soit pour fraude soit pour incompréhension d'une partie du questionnaire.

Les enquêtes se déroulent toujours entre début mai et début juillet. Une lettre de présentation de l'enquête " sur la petite enfance " est envoyée aux parents quelques jours avant la visite de l'enquêteur.

<sup>24</sup> Liste fournie par la Direction générale statistique et information économique (DGSIE).

<sup>25</sup> Watermael-Boitsfort et Auderghem ont des populations fort proches au niveau sociodémographique.

Sur cette lettre figure un numéro de téléphone que les parents peuvent joindre, soit pour poser des questions à propos de l'enquête soit pour prendre un rendez-vous. L'ESP se chargeait, par la suite, de contacter les enquêteurs pour leur communiquer l'accord et le numéro de téléphone des parents concernés. Pour le premier contact, les enquêteurs se sont rendus au domicile de l'enfant. Avant de renoncer à l'enquête chez un enfant, les enquêteurs se sont assurés d'avoir fait 3 tentatives de visites à des jours et moments différents.

Si l'enfant avait déménagé et habitait toujours au sein de la même commune, alors l'enquête se poursuivait à la nouvelle adresse. Les enfants injoignables après trois tentatives ont été remplacés. L'enfant de remplacement était l'enfant suivant sur la liste des habitants fournis par la commune. Ces remplacements ont été gérés par l'équipe de l'ESP. Par contre, les enfants pour lesquels les parents ont refusé l'enquête n'ont pas été remplacés. En effet, l'OMS considère les refus comme des enfants non vaccinés.

## 2.3 Variables étudiées

En 2012 et 2015, les questionnaires ECV étaient composés d'une soixantaine de questions, la plus grande partie concernait la vaccination avec notamment des questions sur :

- ✓ Le type de document vaccinal consulté
- ✓ Les dates de vaccination et le type de vaccinateur (PMI, pédiatre, ...)
- ✓ Les raisons de non-vaccination des vaccins hexavalent, RRO, Méningocoque, Pneumocoque et Rotavirus
- ✓ La connaissance et les perceptions des parents sur la vaccination en général
- ✓ L'éventuelle hospitalisation pour une infection (néonatale exclue)
- ✓ Les symptômes post vaccination éventuels
- ✓ Les refus vaccinaux
- ✓ La recherche sur Internet d'informations sur la vaccination
- ✓ Le taux de pénétration de la brochure « Vacciner ? Mieux comprendre pour décider » et du feuillet informatif « Les rendez-vous des vaccins »

Le module sur l'allaitement comportait une quinzaine de variables (voir annexe):

- ✓ Le type d'allaitement à la naissance de l'enfant (exclusif, partiel, préparations pour nourrissons)
- ✓ Le type d'allaitement à la sortie de la maternité (exclusif, partiel, préparations pour nourrissons)
- ✓ Les raisons de sevrage ou d'allaitement partiel
- ✓ L'attitude du conjoint concernant l'allaitement
- ✓ La connaissance des recommandations de l'OMS
- ✓ Durée d'allaitement souhaité par la mère
- ✓ Si l'allaitement a été arrêté plus tôt que désiré
- ✓ Connaissance des recommandations de l'OMS
- ✓ Période de prise de décision
- ✓ Mode d'accouchement
- ✓ Nom de la maternité
- ✓ Prématurnité
- ✓ Age de l'enfant quand la maman est retournée travailler

En 2015, les variables suivantes ont été rajoutées (voir annexe) :

- ✓ L'allaitement éventuel pour un enfant précédent
- ✓ Les professionnels qui ont suivi la grossesse
- ✓ Les informations reçues sur les avantages de l'allaitement pour le bébé

- ✓ Les informations reçues sur les avantages de l'allaitement pour la mère
- ✓ Le soutien éventuel par le personnel de la maternité pour le choix d'alimentation
- ✓ L'expérience d'avis contradictoires sur l'allaitement pendant le séjour à la maternité
- ✓ L'information concernant les douleurs (et/ou difficultés) éventuelles lors de la mise au sein
- ✓ L'estimation de la suffisance d'informations reçues sur l'allaitement de la part des professionnels
- ✓ Les difficultés rencontrées lors de la mise au sein lors des premières semaines
- ✓ Les principales raisons pour avoir allaité
- ✓ Quel(s) a (ont) été le(s) professionnel(s) rencontré(s) en cas de difficultés et/ou doutes concernant l'allaitement

Toutes les questions issues du questionnaire de 2012 font partie des résultats. Seules les variables de 2015 nécessaires pour répondre aux différents objectifs décrits précédemment ont été étudiées dans ce travail.

## 2.4 Définitions

Les questionnaires de 2012 et 2015 sont basés sur les différents types d'allaitement définis par l'OMS contrairement à celui de 2009. Dans l'enquête de 2009, la formulation des questions permettait uniquement d'opposer l'allaitement total au non allaitement.

En 2012 et 2015, différentes classifications ont été réalisées pour décrire les prévalences d'allaitement, à savoir :

- ✓ Allaitement exclusif *versus* (allaitement partiel + pas d'allaitement)
- ✓ Allaitement exclusif *versus* allaitement partiel
- ✓ Allaitement total (exclusif + partiel) *versus* pas d'allaitement

Lors de l'enquête de 2012, une question concernait l'allaitement prédominant tel que défini par l'OMS. Cependant, cette question a posé beaucoup de soucis de compréhension en particulier auprès de TMS de l'ONE. Cet indicateur n'a donc pas pu être analysé.

Les différentes approches statistiques utilisées pour analyser les données sont décrites dans les articles proposés dans ce travail. Il s'agissait principalement des méthodes usuelles utilisées en épidémiologie (chi carré de Pearson, chi carré de Mc Nemar, régression logistique, courbe de survie, modèle de Cox, ...).

---

*Vous m'avez arraché du sein qui m'échauffait,  
Quand j'étais tout petit, moi qui n'avais rien fait ! (La fin de  
Satan, Victor Hugo)*

---

# Partie III : Résultats

---

## 1. Principaux résultats concernant les couvertures vaccinales

Les résultats concernant les données vaccinales et questions y afférentes sont décrits dans de nombreux rapports. Les données des deux enquêtes de 2012 (Wallonie et Bruxelles) ont fait l'objet d'un article publié. Étant donné que celui-ci ne s'inscrit pas dans les objectifs décrits dans le cadre de cette thèse, il n'est pas présenté dans le corpus de celle-ci. Cet article est néanmoins présenté dans les annexes. Étant donné que les résultats concernant l'allaitement sont issus de ces enquêtes, il nous a semblé pertinent de présenter les principaux résultats des données vaccinales.

### 1.1 Schéma vaccinal recommandé en FWB

Le schéma vaccinal recommandé par la FWB prévoit 9 injections étalées sur 5 séances de vaccination dont 4 au cours desquelles l'enfant reçoit deux injections. Contrairement à tous les autres vaccins, le rotavirus est un vaccin oral. Le schéma complet de celui-ci peut être de deux ou trois doses selon la marque du vaccin utilisée. Depuis 2007, un enfant est considéré comme complètement vacciné à l'âge de 15 mois s'il a reçu :

- 4 doses de vaccin hexavalent
- 3 doses contre le Pneumocoque
- 1 dose de vaccin contre la Rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO)
- 1 dose de vaccin contre les infections à Méningocoque C (MénC).

Le vaccin contre le Rotavirus, contrairement aux autres, n'est pas disponible gratuitement même s'il est remboursé en partie. Les parents doivent donc l'acheter en pharmacie et payer le ticket modérateur (10,80 € la dose en 2010).

Le schéma vaccinal recommandé par la FWB est présenté ci-dessous.

**Tableau 8. Calendrier vaccinal 2010**

Calendrier	Séance	2010
à 2 mois	1	DTPa-IPV-Hib-VHB1 + Pneumo1 + (Rotavirus)
à 3 mois	2	DTPa-IPV-Hib-VHB2+ (Rotavirus)
à 4 mois	3	DTPa-IPV-Hib-VHB3 + Pneumo2+ (Rotavirus)
à 12 mois	4	RRO + Pneumo3
à 15 mois	5	DTPa-IPV-Hib-VHB4+ MénC

### 1.2 Couvertures vaccinales

Le tableau 9 résume donc les principaux résultats issus des deux enquêtes de couverture vaccinale réalisées en 2012. Le tableau illustre les couvertures pour les différentes maladies pour lesquelles une vaccination est recommandée en FWB. Les premières doses du schéma (Hexavalent 1 ou Tétravalent 1 ou DTPa1+IPV1) qui protègent contre la polio, la diphtérie, le tétanos et la coqueluche sont administrées à plus de 99% des enfants. Plus de 90% des enfants sont complètement vaccinés contre ces maladies en

ayant reçu 4 doses. Cette diminution se marque aussi pour la dernière dose d'*Haemophilus Influenzae* de type b (HIB) et pour l'hépatite B (HBV). Le vaccin rougeole-rubéole-oreillons (RRO ou MMR) est administré à près de 95% des enfants. La vaccination complète contre le pneumocoque et le vaccin contre le Méningocoque C avoisinent les 90% de couverture. Les résultats sont fort semblables dans les deux Régions.

**Tableau 9. Taux de couverture vaccinale (% , IC 95%) en Wallonie et à Bruxelles en 2012 (60)**

Seuils critiques non atteints

TABLE 2: Percentage vaccination coverage (%) and 95% confidence interval of all recommended vaccinations in children aged 18–24 months, Wallonia and Brussels.

	IPV-DTaP	Hib	HBV	MMR	MenC	Pneumococcal
Wallonia (519)						
Dose1	99.8 (99.4–100)	99.2 (98.5–100)	98.1 (96.9–99.3)	94.4 (92.4–96.4)	89.6 (87.0–92.2)	97.1 (95.7–98.6)
Dose2	99.2 (98.5–100)	98.5 (97.4–99.5)	97.2 (96.2–98.8)			97.1 (95.7–98.6)
Dose3	99.2 (98.5–100)	98.5 (97.4–99.5)	97.2 (96.2–98.8)			89.2 (86.5–91.9)
Dose4	90.4 (87.8–92.9)	89.4 (86.8–92.1)	89.2 (86.5–91.9)			
Brussels (538)						
Dose1	99.6 (99.1–100)	97.3 (95.8–98.6)	96.7 (95.1–98.2)	94.1 (92.1–96.1)	89.4 (87.0–92.2)	97.0 (95.6–98.5)
Dose2	99.3 (98.5–100)	97.6 (96.6–98.9)	96.8 (95.4–98.3)			95.5 (93.8–97.3)
Dose3	98.7 (97.7–99.7)	96.7 (95.1–98.2)	96.3 (94.7–97.9)			90.1 (87.6–92.7)
Dose4	91.1 (88.7–93.5)	90.1 (87.6–92.7)	89.6 (87.0–92.2)			

Hexavalent ou tétravalent ou DTP+IPV

Hexavalent ou Hib

Hexavalent ou HBV

Robert E, Dramaix M, Swennen B, *Vaccination coverage for infants : Cross-sectional Studies in two regions of Belgium, Biomed research International*, May 2014

La diminution significative de couverture entre les première et quatrième doses n'était pas due à un rejet de la vaccination mais plutôt liée à des raisons circonstancielles (oubli des parents, enfant malade le jour de la vaccination, ...) (2). En 2015, les résultats wallons montraient une amélioration de la couverture de la quatrième dose hexavalente et de la troisième dose pneumocoque par rapport à 2012 (61).

Les taux minimum de couverture vaccinale à atteindre pour qu'une population soit protégée sont présentés dans le tableau ci-dessous. En comparant les taux de couverture obtenus grâce aux enquêtes à ces différents seuils d'immunité collective, le HIB et le Pertussis n'atteignent pas une couverture suffisante.

**Tableau 10. Seuil critique d'immunité collective par maladie**

Maladies	Seuil critique d'immunité collective (%)	Source
Poliomyélite	80-93	Anderson (60) - Fine 2004
Diphtérie	80-85	Anderson - Fine 2008, WHO 2006
Tétanos	Non applicable	
Coqueluche	92-95	Anderson, 1990 - Fine 2008
HIB	95	Eskola, 1995
Hépatite b	Inconnu	
Rubéole	85-87	Anderson, 1990
Rougeole	92-95	Anderson, 1990- WHO Measles 2004
Oreillons	90-92	Anderson, 1990
MénC	87	Balmer, 2002
Pneumocoque	66-70	Black, 2004
Rotavirus	Non applicable	

### 1.3 Résultats complémentaires

Outre établir les taux de couverture vaccinale, ces enquêtes permettent de savoir que l'ONE est le premier vaccinateur en Wallonie. Un peu plus de 55% des enfants y sont vaccinés. Un tiers des enfants sont vaccinés par le pédiatre. Les services hospitaliers et les médecins généralistes vaccinent, quant à eux, nettement moins souvent.

Moins de 10% des parents disent être gênés par l'obligation vaccinale contre la polio et 7.6% trouvent que les enfants gardés en milieux d'accueil ne devraient pas être vaccinés suivant le schéma recommandé par les autorités sanitaires. Le vaccin contre le Méningocoque C est celui qui est le plus souvent refusé par les parents (maximum 3.9%).

En Wallonie, 6.1% des enfants ont dû consulter un médecin dans les 48 heures suivant une vaccination. Vu la simultanéité recommandée des injections, il est difficile de savoir quel est le vaccin qui a entraîné la consultation. Selon le médecin, le vaccin incriminé serait dans 51% des cas liés au RRO, alors que le pneumocoque, l'hexavalent et le rotavirus le seraient chacun pour 13.8% des consultations, le méningocoque C le serait pour 6.9% des cas restants (61).

En 2015, pour la première fois (61), les données sur la vaccination contre la coqueluche pendant la période périnatale ont été récoltées. Cette vaccination a été réalisée chez 37.2% des mères (6.5% des femmes enceintes se sont fait vacciner au cours de leur grossesse, 24.6% à la maternité et 6.1% après le retour de la maternité).

Vingt-quatre pourcents des pères ont été vaccinés pendant ces trois périodes.

D'après les données wallonnes récoltées en 2015 (61), 18% des enfants ont passé une nuit au moins à l'hôpital pour une infection (néonatale exclue). Les infections respiratoires étaient les causes les plus fréquentes. 4.5% des enfants de moins de 2 ans ont été admis pour une bronchiolite, 2.3% pour une pneumonie, 1.3% pour une bronchite, 0.2% pour une grippe. Quatre pourcents des enfants ont été admis pour une gastro-entérite et 2.0% pour une infection urinaire. Ces données corroborent parfaitement celles trouvées en 2012 (2).

## 1.4 Recommandations

Les recommandations formulées à la suite de la dernière enquête de couverture vaccinale réalisée en 2015 visent une meilleure simultanéité d'administration des injections (vaccins réalisés lors de la même séance), une amélioration du respect du calendrier vaccinal (âge d'administration et écart minimum à respecter entre les doses), une amélioration du suivi des doses après l'âge de 12 mois ainsi qu'une meilleure communication aux parents.

Au fil des 5 séances de vaccination prévues, l'écart se creuse entre les âges recommandés et les âges de vaccination effective. L'hypothèse a été émise que l'âge des enfants pour les séances devrait plutôt être mentionné en semaines et non en mois. En effet, dans le carnet de l'enfant (CE), les étiquettes auto-collantes du CE, la brochure « rendez-vous des vaccins », les calendriers vaccinaux, toutes les séances vaccinales sont proposées en mois. Fixer les rdv en fonction des semaines et non plus des mois permettrait d'augmenter le respect des écarts interdoses et âges minimum à respecter pour l'administration des doses.

## 2. Résultats allaitement maternel

Les résultats concernant l'allaitement maternel s'articulent en 4 sous-chapitres, le premier concerne la situation de l'allaitement à la maternité, le second concerne les durées d'allaitement, le dernier se concentre principalement sur les raisons de sevrage, l'insatisfaction des mères et la perception de manque de lait, et enfin le dernier sur les résultats issus de l'enquête de 2015 qui traite de l'allaitement

### 2.1 Allaitement maternel à la maternité

#### 2.1.1 Estimation de la prévalence de l'AM au travers de l'enquête de couverture vaccinale réalisée en 2009 (article 1)

Reçu le :  
11 février 2013  
Accepté le :  
28 janvier 2014  
Disponible en ligne sur  
12 mars 2014



CrossMark

## Estimation de la prévalence de l'allaitement maternel au travers d'une enquête en population de couverture vaccinale en Belgique francophone en 2009<sup>S</sup>

Breastfeeding in the French-speaking community of Belgium (2009)

E. Robert<sup>a,\*</sup>, M. Despiegelaere<sup>a</sup>, M. Dramaix<sup>b</sup>, B. Swennen<sup>a</sup>

<sup>a</sup>École de santé publique, politiques et système de santé, santé internationale, université Libre de Bruxelles, route de Lennik, 808, 1070 Bruxelles, Belgique

<sup>b</sup>École de santé publique, épidémiologie, biostatistiques et recherche clinique, université Libre de Bruxelles, route de Lennik, 808, 1070 Bruxelles, Belgique

Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

### Summary

**Purpose.** The objectives of this paper were to study the prevalence of breastfeeding in the French-speaking community of Belgium, to assess whether the targets of the Maternal and Child Health program (MCH) were met (prevalence of breastfeeding of 85, 70, 50, and 25% at the maternity hospital and at 3, 6, and 12 months of age, respectively), and to identify factors associated with breastfeeding at the maternity hospital and at 6 months of age.

**Materials and methods.** A sample (two-stage cluster sampling) was drawn from the population of children aged 18–24 months living in the area. A face-to-face questionnaire was administered by trained investigators. Anamnestic data on breastfeeding at the maternity hospital and at 3, 6, and 12 months as well sociodemographic information were collected from 522 mothers. The survey took place in 2009.

**Results.** At the maternity hospital, 75.7% (95%CI [72.7–79.5]) of the mothers were breastfeeding: 72.4% among the Belgians (and French) and 89.0% among foreign mothers. At 3 months of age, the breastfeeding prevalence was 48.3% (CI, 44.0–52.6): 42.5% among the Belgians (and French) and 72.0% among foreign mothers ( $p < 0.001$ ). At 6 months of age, 26.0% of the mothers were breastfeeding (CI, 22.3–29.8): 19.3% among the Belgians (and French) and 53.0% among foreign mothers ( $p < 0.001$ ). At 12 months of age, 10.0% (CI, 7.4–12.5) of the mothers were breastfeeding: 4.8% among the

### Résumé

**État actuel du problème et objectifs.** L'objectif était de présenter la prévalence de l'allaitement maternel (AM) en Belgique francophone (Wallonie), de voir si elle atteignait les objectifs des services de protection maternelle et infantile (PMI) qui sont de 85 % d'AM à la maternité, 70 % à 3 mois, 50 % à 6 mois et 25 % à 12 mois, et enfin de définir quels étaient les facteurs associés à l'AM à la maternité et à 6 mois dans la région.

**Matériel et méthodes.** À travers une enquête transversale représentative des enfants de 18 à 24 mois résidant en Wallonie, 522 mères ont répondu aux questions concernant l'allaitement à la maternité, à 3, 6, 12 mois. Cette étude a été réalisée en 2009. Le recueil de l'information sur l'allaitement maternel a été effectué de manière rétrospective au moment de l'enquête de couverture vaccinale conduite entre 18 et 24 mois après la naissance.

**Résultats.** À la maternité, 75,7 % (intervalle de confiance 95 % [IC] : 72,7–79,5) des mères allaitaient. À 3 mois, la prévalence était de 48,3 % (IC : 44,0–52,6). À 6 mois, 26 % (IC : 22,3–29,8) des femmes allaitaient et à 12 mois 10 % (IC : 7,4–12,5). Après ajustement, l'allaitement était plus fréquemment instauré chez les femmes primipares, de niveau socioéconomique favorisé ainsi que chez les mères d'origine étrangère. L'AM à 6 mois était associé au niveau d'études des mères et au fait d'avoir fréquenté la PMI mais ceci uniquement chez les femmes d'origine belge et française. Pour

<sup>S</sup> Ces résultats ont été présentés en partie au congrès de l'Association des épidémiologistes de langue française (Adelf) en 2010 à Marseille. E. Robert, B. Swennen « Prévalence de l'allaitement en Communauté française de Belgique, 2009 », Congrès de l'Adelf, 15–17 septembre 2010, Marseille, France (Communication Orale).

\* Auteur correspondant.  
e-mail : emrobert@ulb.ac.be (E. Robert).

Belgians (and French) and 31.0% among the foreign mothers ( $p < 0.001$ ). When fitting a logistic model, the predictors associated with breastfeeding at the maternity hospital were educational level, nationality of birth, and parity. At 6 months, logistic models were fitted separately in the two strata. Among the Belgians, the level of education and attending a MCH consultation were significantly associated with breastfeeding. In the stratum of foreign mothers, the only factor associated with breastfeeding was working time. No association was observed between breastfeeding and the mother's age at the maternity hospital or at 6 months.

**Discussion.** The targets of the MCH were not reached in Belgian and French mothers, while they were in mothers of other nationalities. Until now, transversal surveys have been the only way of knowing the prevalence and the factors associated with breastfeeding in the French-speaking community of Belgium. These first representative data on breastfeeding came from the 2009 vaccine coverage survey.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande un allaitement maternel (AM) exclusif jusqu'à 6 mois et mixte jusqu'à deux ans et au-delà [1]. Les pays européens ont des taux d'allaitement extrêmement variables. Grand nombre d'initiatives sont prises à l'échelon européen pour promouvoir l'AM, notamment la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, adoptée par tous les pays membres en 2003 [2], l'initiative hôpitaux amis des bébés (IHAB) lancée par l'OMS et l'Unicef (Fonds international d'urgence des nations unies pour l'enfance) [2]; la déclaration d'Innocenti pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel [3] ainsi qu'en 2004, le *Blueprint for action* pour la promotion, la protection et le soutien de l'AM en Europe [4]. En Belgique, le Comité fédéral de l'allaitement maternel (CFAM) existe depuis 2001. Il rend des avis, suscite des initiatives et encourage la réalisation d'actions en faveur de l'AM. Il est chargé de la mise en œuvre de l'IHAB dans notre pays. En 2013, 22 maternités sur les 177 que compte le pays ont reçu le label « Hôpital ami des bébés ». Il n'y a pas d'enregistrement systématique de l'AM dans la partie francophone du pays. La Belgique francophone comprend la Wallonie et la Région bilingue de Bruxelles-Capitale. Les données analysées ici portent exclusivement sur la Wallonie. Deux sources d'informations sur l'AM y existent. Les services de protection maternelle et infantile (PMI) récoltent les données de l'AM à la maternité. Cependant, tous les hôpitaux n'acceptent pas la visite des travailleurs médico-sociaux des services de PMI auprès des parturientes. Par conséquent, les données recueillies par ces services dans leur banque de données médico-sociale (BDMS) ne sont pas exhaustives. Selon la BDMS, la prévalence d'AM à la maternité était de 77,3 % en 2003 [5].

les mères d'origine étrangère, une intensité de travail supérieure à un temps plein dans le ménage était associée à un AM moindre.

**Discussion.** De façon générale, les objectifs de la PMI ne sont pas atteints. La pratique de l'allaitement montre des disparités selon l'appartenance sociale, la nationalité d'origine de la mère, la parité. Les enquêtes en population sont la seule façon de connaître les prévalences de durée et les facteurs associés à l'AM en Wallonie jusqu'à présent.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

La deuxième source d'information concerne les données issues des hôpitaux labellisés IHAB qui récolte les données sur l'allaitement exclusif à la maternité. Ces données sont incomplètes et biaisées puisqu'elles sont issues des maternités labellisées. De plus, elles ne sont pas publiées. Selon les chiffres de la BDMS (bases cumulées de 1994–2003, 333 000 femmes), seules les mères d'origine française ont un taux d'allaitement maternel plus faible que les Belges parmi toutes les nationalités recensées [5].

Nous savons que l'allaitement n'est pas un modèle bien ancré culturellement parmi les femmes belges [6]. Nombre de femmes des générations actuelles n'ont pas vu leur propre mère ou d'autres femmes allaiter. Toutes les études sur la question montrent que l'AM est lié aux caractéristiques sociodémographiques des parents, à savoir : le temps de travail, les revenus, la nationalité mais aussi le niveau d'études des mères, la parité, etc. [6]. Nous verrons dans quelle mesure l'allaitement en Wallonie est déterminé par ces différentes caractéristiques socio-économiques et dans quelle mesure les prévalences correspondent aux objectifs définis par la PMI en 2004. Ceux-ci visaient pour 2008, 85 % de femmes allaitantes à la maternité, 70 % de femmes allaitantes à l'âge de 3 mois, 50 % à l'âge de 6 mois et 25 % à l'âge de 12 mois [7].

## 2. Matériel et méthodes

Tous les trois ans, une enquête de couverture vaccinale est organisée en Wallonie. Les chiffres de l'AM sont issus de l'étude de couverture vaccinale réalisée en 2009 [8]. Cette enquête était basée sur un échantillonnage en grappes à deux étapes avec probabilité de tirage proportionnelle à la taille des communes de Wallonie. La population a été définie par tous les enfants dont l'âge était compris entre 18 et 24 mois au

moment de l'enquête. Les enfants non inscrits au registre de la population n'ont pas fait partie de l'étude. La localisation des grappes s'est faite à partir d'une base de sondage constituée par la liste cumulée des enfants de 0 à 4 ans habitant la Région wallonne au 1<sup>er</sup> janvier 2008. Cette liste a été fournie par la Direction générale statistique et information économique (DGSIE). Une demande d'obtention de la liste des enfants nés entre le 31 mai et 30 novembre 2007 et résidant dans les communes tirées au sort a été adressée aux différents Collèges des bourgmestre et échevins. La taille de l'échantillon a été calculée sur le vaccin qui avait obtenu le plus faible taux de couverture lors de l'enquête de 2006, à savoir, 89 % pour le vaccin rougeole-rubéole-oreillons (RRO). Les questionnaires ont été réalisés en face-à-face avec les parents au domicile des enfants. L'enquête s'est déroulée entre le 1<sup>er</sup> mai et le 15 juillet 2009. Quatre questions dichotomiques ont été posées sur la durée de l'AM (allaitement à la maternité, à 3 mois, à 6 mois, à 12 mois). L'information sur l'AM a été récoltée pour 522 enfants. Six questions concernant les caractéristiques sociodémographiques ont été posées. Pour les analyses de régression logistique les variables ont été dichotomisées parce que certains modèles portaient sur un échantillon de petite taille. L'âge de la mère a été dichotomisé de sorte à isoler le tiers des mères les plus jeunes (< 29 ans). Le niveau d'études de la mère a été dichotomisé en séparant l'enseignement primaire et secondaire du niveau d'enseignement supérieur et universitaire. Pour le rang de l'enfant, le premier enfant a été isolé des suivants. Le temps de travail du ménage a été dichotomisé selon la catégorie inférieure ou égale à un temps plein versus plus d'un temps plein dans le couple. La nationalité d'origine de la mère a été séparée en deux catégories. Les mères d'origine belge et française versus les mères d'origine étrangère. En effet, le comportement culturel des Belges et des Françaises étant fort proches et la prévalence de l'AM chez les Françaises étant inférieure à celle chez les Belges, il a été estimé plus cohérent de placer les 11 femmes de nationalité d'origine française dans le sous-groupe des femmes belges. Ce constat est issu des bases de données cumulées de la PMI de 1994 à 2003 en Wallonie [5].

Deux périodes d'AM sont analysées spécifiquement : l'instauration de l'AM à la maternité et le maintien de l'AM à 6 mois. Pour l'analyse à 6 mois, une sélection sur les femmes allaitantes à la maternité a été réalisée au préalable. Pour l'AM à 6 mois, le fait de fréquenter une consultation PMI a été inclus, en plus des autres prédicteurs, dans les analyses. À 3 mois et à 12 mois, seules les prévalences globales d'AM et les prévalences en fonction de la nationalité d'origine de la mère sont présentées. Les analyses de prévalence sont basées sur le test du Chi<sup>2</sup> de Pearson, le seuil de signification étant de 5 %. Les associations entre chaque facteur ou déterminant socio-démographique et la mise en route de l'allaitement ou son maintien à 6 mois ont été évaluées au moyen d'*odds ratio* (OR) bruts et de leurs intervalles de confiance à 95 % (IC). Une

analyse multivariée de type régression logistique a été réalisée pour la mise au sein et pour l'AM à 6 mois. Seuls les prédicteurs significatifs pour l'allaitement à la maternité en analyse univariée ont été introduits dans les modèles de régression logistique. Les OR ajustés et leur IC sont présentés pour chacun des modèles. Une interaction entre la nationalité d'origine et le niveau d'études s'est avérée statistiquement significative pour l'allaitement à 6 mois. Le modèle de régression logistique a par conséquent, été réalisé séparément chez les Belges (et Françaises) et chez les mères d'origine étrangère de sorte à obtenir deux strates différentes. Pour mesurer les OR, la classe de référence a toujours été celle dans laquelle l'AM était le plus faible à la maternité. Les OR bruts et ajustés mesurent les « chances » d'allaiter au sein de chaque classe d'un prédicteur par rapport à la classe de référence. Autrement dit, plus l'OR est grand, plus la chance d'allaiter est grande. Un OR inférieur à 1 signifie une « chance » moindre d'allaiter que dans la catégorie de référence.

L'étude a reçu l'accord du Comité d'éthique de la faculté de médecine de l'université libre de Bruxelles (ULB). Le masque de saisie et l'encodage des données ont été réalisés avec le logiciel EPI-info<sup>TM</sup> version 6.04d. Les données ont été transférées dans IBM SPSS Statistics 20 pour les analyses statistiques. L'échantillon était représentatif de la Région wallonne. La distribution des caractéristiques sociodémographiques est comparable aux données concernant l'ensemble des naissances survenues en Wallonie en 2008, publiées par le centre d'épidémiologie périnatale (Cepip) [9].

### 3. Résultats

#### 3.1. Description de l'échantillon

L'âge moyen des mères était de 30,9 ans (écart-type : 5,4 ans, extrêmes : 18–49 ans). Les caractéristiques des mères et des enfants sont présentées dans le [tableau 1](#) : 66,4 % des femmes avaient 29 ans ou plus et plus de la moitié (55,6 %) n'avait pas fait d'études supérieures ; 40,9 % des femmes étaient primipares ; 20,4 % des ménages avaient un temps de travail inférieur à un temps plein. Vingt pourcent des femmes étaient d'origine étrangère, c'est-à-dire autre que Belges et Françaises.

#### 3.2. Facteurs associés à l'AM à la maternité

À la maternité, 75,7 % (IC : 72,7–79,5) des mères avaient allaité. Les facteurs associés à l'AM à la maternité sont présentés dans le [tableau 1](#). Les femmes plus âgées avaient allaité plus souvent. Près de 90 % des femmes qui avaient un diplôme de l'enseignement supérieur avaient allaité à la maternité. En revanche, seulement 65 % des mères avaient allaité quand elles avaient au maximum un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur. La fréquence de l'AM se réduisait progressivement avec le rang de l'enfant, 79,8 % d'enfants avaient été allaités à la maternité quand la mère était primipare et 69 % quand l'enfant était troisième dans la

**Tableau I**  
Prévalence de l'allaitement à la maternité en fonction des caractéristiques sociodémographiques des mères et des enfants, analyse univariée.

Caractéristiques (effectif total)	Participants à l'enquête n (%)	Initiation à l'AM (%)	OR bruts	p
<b>Âge (n = 506)</b>				
18-28 ans	170 (33,6)	68,2	1	
29-40 ans	336 (66,4)	79,8	1,83 (1,2-2,8)	0,004
<b>Études (516)</b>				
Primaires – secondaires	287 (55,6)	65,2	1	
Supérieures	229 (44,4)	89,1	4,3 (2,6-7,3)	< 0,001
<b>Rang de l'enfant (521)</b>				
1	213 (40,9)	79,8	2,3 (1,1-4,6)	0,01
2	165 (31,6)	77,6	2,0 (1-4,1)	0,04
3	91 (17,4)	69,2	1,3 (0,6-2,8)	0,5
4 ou plus	52 (10,0)	63,5	1	
<b>Nationalité d'origine (517)</b>				
Belge ou française	417 (80,1)	72,4	1	
Autre	100 (19,9)	89,0	3,1 (1,5-6,3)	< 0,001
<b>Temps de travail ménage (520)</b>				
< 1 ETP	213 (20,4)	59,4	1	
1 ETP	165 (27,9)	72,4	1,8 (1-3,2)	0,03
> 1 – < 2 ETP	91 (21,7)	77,9	2,4 (1,3-4,5)	0,003
2 ETP	52 (30,3)	87,8	4,9 (2,5-9,6)	< 0,001
<b>Sexe de l'enfant (514)</b>				
Masculin	274 (53,3)	77,0	1,14 (0,7-1,7)	0,5
Féminin	240 (46,7)	74,6	1	

ETP : équivalent temps plein ; OR : odds ratio ; AM : allaitement maternel.

fratrie. La nationalité d'origine de la maman était fort discriminante. Les femmes d'origine belge et française avaient moins allaité (72,4 %). L'association entre l'intensité du travail dans le ménage et l'allaitement présentait un gradient significatif ; plus l'intensité du temps de travail se rapprochait de deux temps plein, plus la mère avait tendance à allaiter son enfant. Le sexe de l'enfant n'avait aucune influence sur l'instauration de l'AM (tableau I).

Le tableau II présente les OR ajustés pour l'allaitement à la maternité. Après ajustement pour les autres prédicteurs, l'âge de la mère n'était plus associé à la mise au sein à la maternité. En revanche, les autres prédicteurs (niveau d'études, nationalité d'origine de la mère, rang de l'enfant, temps de travail du ménage) restaient associés de la même façon qu'en analyse univariée. Les mères ayant étudié plus longtemps, ayant un seul enfant, d'origine étrangère et dont le ménage avait un temps de travail > 1 équivalent temps-plein (ETP) avaient allaité plus souvent leur enfant. Ce dernier prédicteur n'était néanmoins plus significatif au seuil de 5 % après ajustement (tableau II).

### 3.3. Prévalence de l'AM à 3 mois

La prévalence de l'AM à 3 mois était de 48,3 % (IC : 44,0-52,6). Elle était de 42,5 % chez les Belges et de 72 % chez les mères d'origine étrangère ( $p < 0,001$ ).

### 3.4. Facteurs associés à l'AM à 6 mois

La prévalence globale de l'AM à 6 mois était de 26,0 % (IC : 22,3-29,8). Elle était de 19,3 % chez les Belges et de 53 % chez les mères d'origine étrangère ( $p < 0,001$ ) soit 2,7 fois plus fréquent chez ces dernières.

**Tableau II**  
Régression logistique de l'allaitement à la maternité.

Caractéristiques	OR ajustés	p
<b>Âge</b>		
18-28 ans	1	
29-40 ans	1,2 (0,7-2,0)	0,5
<b>Études</b>		
Primaires – secondaires	1	
Supérieures	3,5 (2,0-6,3)	< 0,001
<b>Rang de l'enfant</b>		
1	1,7 (1,0-2,7)	< 0,05
> 1	1	
<b>Nationalité d'origine</b>		
Belge ou française	1	
Autre	4,0 (2,0-8,1)	< 0,001
<b>Temps de travail ménage</b>		
≤ 1 ETP	1	
> 1 ETP	1,6 (1,0-2,8)	0,07

ETP : équivalent temps plein ; OR : odds ratio.

**Tableau III**  
Prévalence de l'AM à 6 mois, en fonction des caractéristiques sociodémographiques des mères et des enfants.

Caractéristiques de la mère	n	%	OR bruts	p
<b>Âge (n = 384)</b>				
18-28 ans	34	29,3	1	
29-40 ans	98	36,6	1,4 (0,8-2,3)	0,2
<b>Études (391)</b>				
Primaires – secondaires	60	32,1	1	
Supérieures	73	35,8	1,2 (0,8-1,8)	0,4
<b>Rang de l'enfant (394)</b>				
1	52	30,6	0,6 (0,2-1,4)	0,2
2	45	35,2	0,7 (0,3-1,7)	0,4
3	24	38,1	0,8 (0,3-2,1)	0,7
4 ou plus	14	42,4	1	
<b>Nationalité d'origine (391)</b>				
Belge ou française	81	26,8	1	
Autre	53	59,6	4,0 (2,4-6,8)	< 0,001
<b>Temps de travail ménage (393)</b>				
< 1 ETP	28	44,4	1	
1 ETP	43	41,0	0,9 (0,4-1,7)	0,6
> 1 – < 2 ETP	25	28,4	0,5 (0,2-1,0)	< 0,05
2 ETP	39	28,5	0,5 (0,3-1,0)	< 0,05
<b>PMI (386)</b>				
Oui	76	40,4	1,8 (1,1-2,8)	< 0,01
Non	55	27,8	1	
<b>Sexe de l'enfant (390)</b>				
Masculin	68	24,8	0,9 (0,6-1,3)	0,4
Féminin	65	27,1	1	

ETP : équivalent temps plein ; OR : odds ratio ; AM : allaitement maternel ; PMI : protection maternelle et infantile.

Le [tableau III](#) présente les prévalences de l'allaitement à 6 mois (en présélectionnant uniquement les femmes qui avaient allaité à la maternité) en fonction des caractéristiques socio-démographiques vues précédemment. Les trois facteurs qui étaient associés à l'AM à 6 mois étaient la nationalité d'origine des mères qui était le facteur montrant l'association la plus forte et le fait que la famille ait fréquenté une consultation PMI. Quant au temps de travail du ménage il était associé de façon inverse à l'AM à 6 mois : dans les ménages où le temps de travail était le plus important, les enfants avaient été moins fréquemment allaités à 6 mois. Cette différence était significative au seuil de 5 % pour les ménages dépassant au moins un temps plein. En revanche, l'âge de la mère, son niveau d'études, le rang de l'enfant n'étaient plus associés au maintien de l'AM à 6 mois ([tableau III](#)).

Le [tableau III](#) montre un AM nettement supérieur chez les femmes d'origine étrangère. La nationalité d'origine de la mère interagissait avec le niveau d'études. Par conséquent, deux modèles de régression logistique sont présentés selon la nationalité d'origine de la mère. La première colonne montre

**Tableau IV**  
Modèles de régression logistique de l'allaitement à 6 mois en fonction des strates de nationalité d'origine de la mère.

Allaitement à 6 mois	Mères d'origine belge ou française (n = 283)	Mères d'origine étrangère (n = 83)
<b>Âge de la mère</b>		
18-28 ans	1	1
29-40 ans	1,9 (0,9-4,0) 0,1	0,7 (0,2-2,1) 0,4
<b>Études mères</b>		
Primaires, secondaires	1	1
Supérieures	3,1 (1,5-6,7) < 0,01	0,7 (0,2-2,1) 0,6
<b>Temps de travail</b>		
≤ ETP	1	1
> 1 ETP	0,6 (0,3-1,3) 0,2	0,3 (0,09-0,8) 0,02
<b>Rang</b>		
1	0,8 (0,4-1,5)	0,6 (0,2-1,8)
> 1	1 0,5	1 0,4
<b>Consultation PMI</b>		
Oui	2,0 (1,1-3,6)	0,6 (0,2-2,1)
Non	1 < 0,02	1 0,5

ETP : équivalent temps plein ; PMI : protection maternelle et infantile.

les associations pour l'allaitement à 6 mois mais uniquement chez les femmes d'origine belge et française. La seconde colonne, montre ces résultats mais pour les mères d'origine étrangère ([tableau IV](#)).

Après ajustement pour l'ensemble des variables chez les mères d'origine belge et française, les deux seuls prédicteurs qui restaient associés à l'AM à 6 mois au seuil de 5 % étaient le niveau d'étude des mères et le fait d'avoir fréquenté une consultation PMI. En effet, les mères ayant étudié plus longtemps avaient allaité plus fréquemment à l'âge de 6 mois que les autres. L'intensité du temps de travail du ménage n'était plus associée à un AM à 6 mois. Le modèle de régression logistique appliqué aux mères d'origine étrangère a montré des résultats différents. Contrairement à ce qui était observé chez les mères belges, un niveau d'instruction supérieur et la fréquentation d'une PMI n'étaient pas associés à une prévalence plus élevée d'AM. Cependant, vu la petite taille de l'échantillon (n = 83) ces associations ne sont pas significatives. Une intensité de travail plus importante qu'un temps plein dans le ménage était associée à une prévalence moindre d'AM (p = 0,02).

### 3.5. Prévalence de l'AM à 12 mois

La prévalence de l'AM à 12 mois était de 10,0 % (IC : 7,4-12,5). Elle était de 4,8 % chez les Belges et Françaises et de 31 % chez les mères d'origine étrangère (p < 0,001).

## 4. Discussion

Selon les services de PMI, l'AM en Wallonie, à la sortie de la maternité est passé de 68 % en 1994 à 77,7 % en 2003 [5]. Ces chiffres sont confirmés par les nôtres puisqu'en 2009 nous montrons une prévalence de 75,7 % (IC : 72,7-79,5). En 1997, l'enquête Health Interview Survey (HIS) avait montré que 69,4 % des femmes allaitaient à la maternité et 29,0 % allaitaient à 3 mois [10]. Quinze ans plus tard, nous montrons une prévalence de 48,3 %, soit une augmentation évidente de l'AM à 3 mois. Les objectifs de la PMI qui devaient être atteints en 2008 ne l'ont pas été pour l'ensemble de la population. En revanche, ces objectifs ont bien été atteints pour les mères d'origine étrangère tant à la maternité qu'à 3, 6 et 12 mois. De nombreuses études françaises ont montré un taux d'allaitement plus important chez les femmes d'origine étrangère [11-15]. Nous montrons qu'à 6 mois, les prédicteurs associés à l'AM variaient en fonction de la nationalité d'origine de la mère. L'enquête nationale périnatale française a montré aussi des variations d'AM à la maternité entre les deux strates de nationalités (Françaises versus étrangères). En effet, on y trouve, un nombre plus faible de prédicteurs associés à l'AM chez les étrangères que parmi les femmes françaises [12]. Dans notre enquête, les associations avec le niveau d'éducation des mères ont rapporté des résultats connus [16,17]. Après ajustement, les mères ayant étudié plus longtemps avaient allaité plus fréquemment à la maternité. À 6 mois, cette réalité persistait mais uniquement chez les femmes d'origine belge et française. Un moindre allaitement chez les mères qui ne travaillaient pas a déjà été illustré [16,17]. Nos chiffres montrent qu'au plus l'intensité du temps de travail du ménage est élevée au plus l'enfant a des chances d'être allaité à la maternité. Cette relation s'inverse à 6 mois mais uniquement chez les femmes d'origine étrangère puisqu'après ajustement, ces dernières semblaient allaiter moins fréquemment quand le temps de travail du ménage était supérieur à 1 ETP. En revanche, chez les femmes d'origine belge et française, l'association entre l'AM à 6 mois et le temps de travail n'était plus significative. Branger et al. ont affirmé que la reprise du travail n'avait pas d'influence significative sur l'AM [13,18]. Quant à l'étude d'Ego et al. se concentrant sur l'arrêt de l'AM plus tôt que prévu par le projet initial des mères, elle n'a montré, après ajustement, aucune association avec la reprise du travail ou le temps de travail des mères [11]. Il ne faut cependant pas perdre de vue que le congé de maternité est fort variable d'un pays à l'autre et que par conséquent ce paramètre doit être comparé avec précaution. En Belgique, il est de 15 semaines avec une semaine obligatoire à prendre avant la date présumée de l'accouchement. Dans la plupart des pays industrialisés, les femmes plus âgées [12-14,17-19], celles avec un niveau social plus élevé allaitent plus souvent à la naissance, exclusivement et pendant plus longtemps [10,14,17,18,20-22]. Comme c'est souvent le cas dans le domaine de la santé, les personnes de

classes sociales plus favorisées ou plus scolarisées étant plus réceptives et favorables à l'information sanitaire [14] mais aussi placées dans des conditions plus favorables pour appliquer les recommandations. Ceci semble aussi valable pour l'AM. Ces mêmes catégories sociales se sentent en général plus à même d'agir sur leur santé et cherchent plus facilement de l'aide en cas de questionnement. Comme dans beaucoup d'autres enquêtes [12,13,20], le sexe de l'enfant n'avait pas d'influence sur l'AM. Notre étude révèle une instauration de l'AM plus importante chez les femmes primipares [12,15,23] alors que la durée de l'allaitement semblait plus longue chez les multipares, mais nos données ne sont pas significatives au seuil de 5 %. Un allaitement de plus courte durée chez les primipares a été confirmé par ailleurs [11,18]. Autrement dit, si la mère multipare instaure l'AM, celui-ci durerait plus longtemps que chez la femme primipare [18,23]. Ingram et al. ont soutenu qu'il y avait une production de lait en quantité supérieure pour le deuxième enfant par rapport au premier [24]. Par conséquent, les professionnels doivent soutenir les multipares dans leur souhait de mise au sein, particulièrement chez celles qui ont éprouvé des difficultés pour leur premier bébé, et soutenir les primipares dans la durée. Une des dix conditions IHAB est celle d'orienter les mamans vers des sages-femmes ou spécialistes de l'AM afin que celles-ci puissent répondre aux questions une fois les mères rentrées à la maison. En effet, des études soutiennent l'influence positive sur la durée de l'allaitement du suivi par des professionnels ou de la connaissance d'une association de soutien [19] mais aussi du *peer-counselling* [25]. Branger et al. ont signalé que de retour à la maison, 40 % des mères cherchaient de l'aide sur les questions de l'AM ou qu'elles l'auraient souhaité [18]. Dans ce sens, les travailleurs des services de PMI pourraient encourager les mamans qui viennent aux consultations avec leur nourrisson lors de pesées ou de séances de vaccination. Notre étude montre qu'il y avait un lien entre la durée de l'allaitement à 6 mois et le fait de faire suivre son enfant en PMI mais seulement chez les femmes d'origine belges et françaises. Les résultats de plusieurs études soutiennent le rôle important que jouent les professionnels de santé tant à la maternité que pendant toute la période prénatale [16]. La PMI devrait par conséquent renforcer son rôle au niveau de la promotion de l'allaitement pendant la grossesse [15], ceci tant par une information sur les bénéfices de l'AM pour le bébé et pour la maman, que sur la durée recommandée de l'AM. Cette enquête de couverture vaccinale réalisée en 2009 nous a permis de réaliser les analyses de prévalence avec les facteurs les plus fréquemment cités dans la littérature. Néanmoins, d'autres éléments seraient intéressants à rechercher lors d'études plus approfondies sur le sujet. Notamment l'impact éventuel de l'IHAB sur l'AM. Aujourd'hui en Wallonie, 9 maternités sur 36 sont répertoriées comme IHAB. On estime à 19 % le nombre d'enfants naissant dans une maternité IHAB en Belgique. Une maternité IHAB s'engage à obtenir un taux d'allaitement exclusif d'au moins 75 % à la sortie des mamans

et de leur enfant. En Suisse, une étude a rapporté que les bébés nés dans les hôpitaux IHAB étaient allaités plus longtemps que ceux nés ailleurs [17]. Très peu de données existent sur les pratiques professionnelles en maternité en Wallonie. Notre étude présente quelques limites. Premièrement, au moment de l'enquête les enfants des mères interrogées avaient déjà entre 18 et 24 mois. Néanmoins, des études font le constat que le rappel de l'âge de sevrage est précis à un mois près [26,27], que l'âge de sevrage est plus précis que le rappel lié à l'introduction de nourriture [26,28,29]. Les catégories d'âge dans notre étude étant fort larges nous ne pensons pas que la précision de rappel ait affecté nos résultats. Aux États-Unis, des prévalences d'AM ont aussi été analysées à partir de l'enquête de couverture vaccinale en 2002 avec les mêmes biais que les nôtres [20].

La formulation de nos questions ne nous a pas permis de faire la différence entre AM exclusif et allaitement mixte. Cependant, Bonet et al. ont souligné que l'AM exclusif ou l'allaitement mixte étaient liés à des facteurs sociodémographiques communs, même s'ils s'exprimaient parfois avec des intensités différentes selon le type d'AM [14]. Dans la littérature, il n'y a pas de standardisation de définition de l'allaitement. Ceci ne facilite pas les comparaisons européennes. Les définitions de l'OMS semblent cependant être utilisées dans la littérature mais pas de façon systématique.

## 5. Conclusion

Cette étude réalisée en 2009, qui n'avait pas pour finalité première l'étude de l'AM, donne la situation la plus complète et la plus récente concernant l'allaitement en Wallonie. Ce recueil de l'information sur l'allaitement maternel a été effectué de manière rétrospective au moment de l'enquête conduite entre 18 et 24 mois après la naissance. La situation de l'AM dans cette partie du pays est cohérente par rapport aux autres pays européens. Dans notre étude, il a été mis en évidence que les femmes belges et françaises, les femmes les plus jeunes, celles qui n'avaient pas de diplôme de l'enseignement supérieur et celles qui avaient un temps de travail moindre, étaient plus enclines à se détourner facilement de l'AM. Ces données laissent penser que les prédicteurs de l'AM chez les mères immigrées diffèrent et qu'un niveau d'instruction plus élevé ou une intensité de travail plus importante (qui renvoie en partie à un revenu plus élevé et une meilleure intégration sur le marché du travail) sont associés à une prévalence plus faible de l'AM. Cette observation peut s'expliquer par la notion d'acculturation ou par celle de support social. En effet, les mères les mieux intégrées en matière de travail et par leur niveau d'instruction adoptent les habitudes de vie de la population d'accueil. D'autre part, les femmes immigrées moins instruites et ne travaillant pas sont plus entourées au niveau communautaire et plus en lien avec les traditions transmises par les aînées et pairs de la communauté. Nos données montrent qu'il est nécessaire de

réaliser d'autres enquêtes plus approfondies sur le sujet afin de pouvoir mieux déterminer les raisons du sevrage précoce, et la durée de l'allaitement souhaitée par la maman, notions trop peu souvent demandées dans les études [15], mais aussi de mieux déterminer le lien entre la reprise du travail et l'arrêt éventuel de l'allaitement. La décision du mode d'alimentation pendant la grossesse ou surtout avant celle-ci est positivement corrélée à une plus longue durée de l'AM [11,18,19,23]. Cette information mériterait aussi d'être recueillie en Wallonie. Il pourrait aussi être intéressant de savoir si l'AM est plus longtemps maintenu s'il a été instauré dans un hôpital IHAB et ou si les mamans ont recours au *peer-counseling* et si celui-ci a joué un rôle déterminant dans le maintien de l'AM. Les pratiques des professionnels de santé devront être réfléchies. Les professionnels devraient être mieux à même de repérer les femmes ayant une connaissance réduite de l'AM, ou souffrant de trop peu d'estime d'elles-mêmes pour mener à bien leur allaitement. Il est important donc que chaque femme soit éclairée de manière personnalisée afin d'être préparée le mieux possible après l'accouchement.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

*Financement* : les financements ont été assurés par la Communauté française de Belgique.

## Références

- [1] OMS/Unicef. Promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement : le rôle spécifique des services de maternité. Genève: OMS; 1989.
- [2] Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2003.
- [3] Unicef/OM.S.. Déclaration d'Innocenti; 1991.
- [4] European Commission Directorate Public Health and Risk Assessment. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. Dublin: European Commission; 2004: 34.
- [5] Office de la naissance et de l'Enfance. Banque de données médico-sociales de l'Office de la naissance et de l'Enfance, dossier spécial allaitement. Bruxelles: Office de la naissance et de l'Enfance; 2004.
- [6] 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* 2009;22:112–20.
- [7] Collectif. Prévention et petite enfance. Bruxelles: Office de la Naissance et de l'Enfance; 2004.
- [8] Robert E, Swennen B. Enquête de couverture vaccinale en Wallonie (Bruxelles excepté). Provac, École de santé publique, ULB; 2009. Disponible sur le site : [http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs\\_super\\_editor/dgs\\_editor/documents/Publications/vacc/2009\\_CVac\\_nourrissons.pdf](http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/Publications/vacc/2009_CVac_nourrissons.pdf) (consulté le 24 septembre 2013).

- [9] Minsart AF, Van de Putte S, Wilen G, et al. Données périnatales en Wallonie, année 2008. Cepip; 2010, Disponible sur le site : [http://www.cepip.info/version-francaise#!\\_\\_version-francaise/publications](http://www.cepip.info/version-francaise#!__version-francaise/publications) (consulté le 24 septembre 2013).
- [10] Centre de recherche opérationnelle en santé publique. Enquête Nationale de Santé, Belgique. Bruxelles: Centre de recherche opérationnelle en santé publique; 2008.
- [11] Ego A, Dubos JP, Djavadzadeh-Amini M, et al. Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. *Arch Pediatr* 2003;10: 11-8.
- [12] Crost M, Kaminski M. L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. *Arch Pediatr* 1998;5:1316-26.
- [13] Branger B, Cebron M, Picherot G, et al. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pediatr* 1998;5:489-96.
- [14] Bonet M, L'hélias LF, Blondel B. Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France. *Arch Pediatr* 2008;15:1407-15.
- [15] Barriere H, Tanguy M, Connan L, et al. Information prénatale sur l'allaitement maternel : enquête en Pays de Loire. *Arch Pediatr* 2011;18:945-54.
- [16] Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, et al. Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *Br J Nutr* 2008;99:1127-32.
- [17] Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 2005;116:e702-8.
- [18] Branger B, Dinot-Mariau L, Lemoine N, et al. Durée d'allaitement maternel et facteurs de risques d'arrêt d'allaitement : évaluation dans 15 maternités du Réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire. *Arch Pediatr* 2012;19: 1164-76.
- [19] Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France). *Arch Pediatr* 2001;8:807-15.
- [20] Li R, Darling N, Maurice E, et al. Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: the 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics* 2005;115:e31-7.
- [21] Kelly YJ, Watt RG, Nazroo JY. Racial/ethnic differences in breastfeeding initiation and continuation in the United Kingdom and comparison with findings in the United States. *Pediatrics* 2006;118:e1428-35.
- [22] Baxter J, Cooklin AR, Smith J. Which mothers wean their babies prematurely from full breastfeeding? An Australian cohort study. *Acta Paediatr* 2009;98:1274-7.
- [23] Siret V, Castel C, Boileau P, et al. 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: 1167-73.
- [24] Ingram J, Woolridge M, Greenwood R. Breastfeeding: it is worth trying with the second baby. *Lancet* 2001;358:986-7.
- [25] Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;353:1226-31.
- [26] Li R, Scanlon KS, Serdula MK. The validity and reliability of maternal recall of breastfeeding practice. *Nutr Rev* 2005;63: 103-10.
- [27] Gillespie B, d'Arcy H, Schwartz K, et al. Recall of age of weaning and other breastfeeding variables. *Int Breastfeed J* 2006;1:4.
- [28] Natland ST, Andersen LF, Nilsen TIL, et al. Maternal recall of breastfeeding duration twenty years after delivery. *BMC Med Res Methodol* 2012;12:179.
- [29] Eaton-Evans J, Dugdale AE. Recall by mothers of the birth weights and feeding of their children. *Hum Nutr Appl Nutr* 1986;40:171-5.

## 2.1.2 Facteurs associés de l'allaitement maternel à la maternité, données rétrospectives issues d'une enquête de couverture vaccinale (article 2)

## Facteurs associés de l'allaitement maternel à la maternité : données rétrospectives issues d'une enquête de couverture vaccinale

### Factors influencing Breastfeeding Rates in Maternity Wards: The Results of an Immunization Survey

E. Robert · Y. Coppieters · B. Swennen · M. Dramaix

Reçu le 6 février 2013 ; accepté le 26 septembre 2014  
© Lavoisier SAS 2015

**Résumé** Une enquête rétrospective portant sur un échantillon représentatif de 525 enfants a permis de déterminer les prévalences et les prédicteurs de l'allaitement maternel (AM) à la maternité en Wallonie. À la naissance et à la sortie de la maternité, respectivement 73,3 % et 66,4 % des mères allaitaient exclusivement. Après régression logistique, l'attitude du père, le mode de délivrance, le temps de travail de la mère et l'appartenance de l'hôpital au réseau IHAB sont significativement associés à l'AM exclusif ( $p < 0,10$ ). Vu le rôle majeur du père, celui-ci devrait systématiquement être intégré à la discussion concernant l'AM pendant le suivi prénatal.

**Mots clés** Allaitement maternel · Prévalence · Allaitement exclusif · Épidémiologie · Wallonie

**Abstract** A retrospective and representative survey of 525 children gives the prevalence and predictors of breastfeeding (BF) to the maternity ward in Wallonia. At birth 73.3% of the mothers exclusively breastfed, and 66.4% at the discharge of the maternity wards. The father's attitude, the mode of delivery, the mother's working time and BFHI were significantly associated with exclusive BF ( $p < 0.10$ ). Given the essential role of the father, these should systematically be included in the discussion about BF during prenatal care.

**Keywords** Breastfeeding · Prevalence · Exclusive breastfeeding · Epidemiology · Wallonia

E. Robert (✉) · B. Swennen  
École de santé publique, centre de recherche « politiques et système de santé, santé internationale », Université libre de Bruxelles, route de Lennik, 808, 1070 Bruxelles, Belgique  
e-mail : emrobert@ulb.ac.be

Y. Coppieters · M. Dramaix  
École de santé publique, centre de recherche « épidémiologie, biostatistiques et recherche clinique », université libre de Bruxelles, route de Lennik, 808, 1070 Bruxelles, Belgique

### Introduction

Depuis 2001, l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) recommande un allaitement maternel (AM) exclusif dès la naissance et pour les six premiers mois de vie [1]. Malgré ces recommandations, les taux d'allaitement exclusif sont extrêmement variables en Europe. Cattaneo mentionne d'ailleurs que ceux-ci sont élevés dans les pays scandinaves et bas en France, Grèce, Royaume-Uni et Belgique [2]. Ce dernier pays est composé de trois régions. La Wallonie, l'une d'entre elles, couvre 35 % de la population belge et correspond à la partie francophone du pays. Même si quelques études assez anciennes existent en la matière en Belgique, elles concernent un territoire plus restreint [3,4]. Aucune donnée populationnelle et représentative de la Wallonie concernant l'AM n'existait jusqu'à présent. Par conséquent, afin de connaître tant les prévalences des différents types d'AM que les facteurs associés à l'AM exclusif, il a semblé opportun d'introduire un module sur l'AM dans l'enquête de couverture vaccinale périodique ayant eu lieu en 2012. La réalisation d'enquête représentative de la population générale est l'unique façon pour le moment d'obtenir dans les trois régions belges des données comparables à l'échelon international. En effet, les données récoltées en routine à la maternité par l'Office de la Naissance et de l'Enfance, l'agence de Protection maternelle et infantile (PMI) en Wallonie, ne peuvent suffire à elles seules à décrire de façon précise la situation actuelle de l'AM. Premièrement, ces données ne permettent pas d'isoler l'allaitement exclusif (AME) et partiel (AMP) [5]. Deuxièmement, le questionnaire de la PMI sur la base duquel sont calculées les prévalences ne comporte aucune question sur les caractéristiques socioéconomiques des parents.

Le Ministère fédéral de la santé dispose d'une section dont l'activité est tournée vers le soutien et la promotion de l'allaitement maternel : le Comité Fédéral de l'Allaitement maternel (CFAM). Ce comité a la mission de mettre en œuvre l'« Initiative Hôpital Ami des Bébé » (IHAB).

Le CFAM suit les recommandations de l'OMS, à savoir une recommandation universelle d'allaitement exclusif de six mois.

Le processus de labellisation IHAB est en cours en Belgique depuis 2003. Environ un quart des naissances a lieu dans ces maternités en Belgique. Il est possible d'obtenir des données de prévalences d'AME et d'AMP par le biais de l'IHAB. Cependant, ces données ne sont pas extrapolables à la population générale et dans ce cas-ci, les données socio-économiques ne sont pas récoltées.

En utilisant la définition de l'AME de l'OMS [6] et les prédictors de l'AM les plus souvent présentés dans la littérature scientifique [2,7-9], les facteurs favorisant l'AM et l'AME à la sortie de la maternité ont été étudiés. Cette enquête a donc été l'occasion d'obtenir une photographie de la situation de l'AM en Wallonie et de voir si les prévalences atteignaient les objectifs de la PMI, à savoir 85 % d'AM à la sortie de la maternité y compris 75 % d'AME [11].

## Méthode et population

### Échantillon étudié

En 2012, un module sur l'AM a été introduit dans l'enquête de couverture vaccinale ayant eu lieu dans la partie francophone de Belgique [12]. Cette enquête était fondée sur un échantillonnage en grappes à deux étapes avec probabilité de tirage proportionnelle à la taille des communes de Wallonie. La population concernée est celle des enfants dont l'âge était compris entre 18 et 24 mois au moment de l'enquête. Les données concernant l'AM sont, par conséquent, rétrospectives. Quatre groupes de questions (type d'AM à la maternité, âge de sevrage [13], raisons d'arrêt de l'AM, prédictors de l'AM) concernant l'AM et six questions concernant les caractéristiques sociodémographiques ont été posées. L'échantillon est représentatif de la région wallonne. En effet, les items sociodémographiques choisis pour l'enquête sont en partie les mêmes que ceux de la base de données de routine, qui est analysée par le Centre d'épidémiologie périnatale (CEPIP) [14]. L'étude a été enregistrée à la Commission de la protection de la vie privée.

### Définitions

Pour l'OMS, l'AME concerne une alimentation composée uniquement de lait maternel (y compris lait de nourrice ou lait exprimé). On peut également administrer à l'enfant des SRO, des gouttes, des sirops (vitamines, sels minéraux et autres médicaments) mais rien d'autre [6]. Dans notre étude, quand l'enfant a reçu, en addition du lait maternel (y compris exprimé), un lait qui n'est pas d'origine humaine, nous considérons qu'il s'agit d'allaitement partiel. Quand il ne

sera pas précisé « AM exclusif » ou « AM partiel », il s'agira d'allaitement maternel (AM) comprenant à la fois l'AM exclusif (AME) et l'AM partiel (AMP).

### Méthodes d'analyses

La mise au sein à la naissance et l'AM à la sortie de la maternité ont été documentés de façon spécifique. Les prévalences d'AM à la naissance (exclusif, partiel et aucun AM) et à la sortie de la maternité sont présentées avec leur intervalles de confiance à 95 %. Le  $\chi^2$  de Mc Nemar a été utilisé pour comparer les différentes prévalences d'AM à la naissance et à la sortie de la maternité. Pour réaliser les analyses statistiques, différents regroupements ont été utilisés. Premièrement, l'AM à la sortie de la maternité est analysé en opposant d'une part l'AME aux autres possibilités (AM partiel + alimentation « artificielle »), et d'autre part l'AM total (AM exclusif + AM partiel) comparé à l'alimentation « artificielle ». Les prévalences d'AME et d'AM à la sortie de la maternité en fonction de chaque facteur ou déterminant sociodémographique sont présentées avec la valeur de  $p$  correspondant au  $\chi^2$  de Pearson. Toutes les variables indépendantes, sauf le niveau d'études des mères et des pères, ont été dichotomisées.

Une régression logistique a été réalisée pour analyser l'AME à la sortie de la maternité. Seuls les prédictors de l'AM exclusif significatifs au seuil de 10 % en analyse univariée ont été pris en considération et le modèle logistique final a été obtenu par une sélection pas à pas progressive avec une  $p$ -valeur d'entrée inférieure ou égale à 0,10. Les interactions ont été testées, elles se sont avérées non significatives.

Les odds ratio ajustés et leurs intervalles de confiance à 95 % sont présentés pour le modèle de régression logistique des facteurs associés à l'AME.

L'AME est comparé à l'AMP à la sortie de la maternité. Dans ce cas, les enfants qui ne sont pas du tout allaités sont éliminés de l'analyse. Seules les variables associées à l'AME (vs AMP) avec une valeur de  $p$  inférieure ou égale à 0,10 en analyse univariée et ont été introduites dans un modèle de régression logistique et sélectionnées pour le modèle final par une procédure pas-à-pas progressive avec une probabilité d'entrée de 0,05.

Le masque de saisie et l'encodage des données ont été réalisés avec le logiciel EPI-info version 6,04d. Les données ont été transférées dans IBM SPSS Statistics 20 pour les analyses statistiques.

## Résultats

Pour cette enquête, 578 contacts ont été établis, 8,8 % de parents ont refusé l'enquête par manque de temps ou d'intérêt. L'information sur l'AM a été recueillie pour 525 enfants.

La majorité des mères (60,0 %) avaient 30 ans ou plus au moment de l'enquête. 34,6 % des mères avaient comme niveau maximum d'études achevées un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur et 42,1 % avaient un diplôme de l'enseignement supérieur ou universitaire. La majorité des mères étaient sans emploi ou travaillaient à temps partiel (61,1 %) quand l'enfant avait six mois ; 71,4 % des mères étaient d'origine belge.

La majorité des mères (65,2 %) avait pris la décision d'allaiter avant leur grossesse. 23,5 % des mères connaissaient la recommandation de l'OMS qui vise un allaitement exclusif de six mois. Près de 43 % des enfants étaient de rang 1. Un peu moins d'un quart des enfants était né dans une maternité IHAB. Plus de 92 % des enfants étaient nés à terme, et 78,2 % des enfants étaient nés par voie basse. Près d'un père sur cinq n'était pas favorable à l'allaitement maternel.

### Prévalences d'allaitement à la maternité

Le Tableau 1 montre que l'AME à la sortie de la maternité était de 66,4 % alors qu'il était de 73,3 % à la naissance. Cette diminution de 6,9 % était significative ( $p < 0,01$ ) tout comme celle de l'allaitement global ( $p < 0,05$ ).

### Facteurs associés à l'allaitement maternel à la sortie de la maternité (Tableaux 2 et 3)

Qu'il s'agisse d'AME ou d'AMP, les prévalences étaient supérieures quand la mère avait un temps de travail plus important ou quand elle connaissait la recommandation de l'OMS visant un allaitement exclusif de six mois. De la même façon, le fait d'avoir pris la décision d'allaiter avant la grossesse était un facteur favorisant l'AM.

Un plus grand nombre de mères d'origine étrangère allaient globalement (81,8 % vs 74,0 %,  $p = 0,06$ ). Par contre, la prévalence de l'AME était similaire (66 %) dans les deux groupes. L'AM était fonction des études de la mère. Une courbe en U avec un allaitement moins fréquent chez les

mères ayant le diplôme d'enseignement secondaire supérieur était observée. La différence statistique était plus marquée pour l'AME que pour l'AM (Tableau 2).

L'enfant né à terme avait plus de chance d'être encore allaité à la sortie de la maternité. Cette différence se marquait aussi pour l'AME. En ce qui concerne la parité, la différence de prévalence se marquait principalement au niveau de l'AM, en faveur de l'enfant de rang 1. Quant aux enfants nés par voie basse, ils étaient plus souvent allaités exclusivement que ceux nés par césarienne ( $p = 0,09$ ). Par contre, que l'enfant soit né par voie basse ou par césarienne, la prévalence globale d'AM était de 76 % dans les deux groupes. Aucune différence significative n'a été mise en évidence pour le sexe de l'enfant et le fait d'être né dans une maternité IHAB (Tableau 3).

Le Tableau 4 présente les prévalences de l'AME en fonction du niveau d'études et de l'attitude du père. Une attitude positive du père par rapport à l'AM était très fortement associée à l'AM quel qu'il soit. L'AM était aussi fonction des études du père, avec la même courbe en U que celle observée chez les mères, et le taux d'allaitement le plus faible quand le père avait comme dernier diplôme celui de l'enseignement secondaire supérieur, équivalent à tous les types de baccalauréat en France.

Le Tableau 5 présente les variables qui, dans le modèle de régression logistique, restaient associées à l'AME à la sortie de la maternité. Le prédicteur qui était le plus fortement associé après ajustement pour l'ensemble des variables était l'attitude du père. Les autres prédicteurs qui étaient associés à l'AME étaient le fait d'être né par voie basse et le fait que la mère soit plus intensément active sur le marché de l'emploi à six mois. Le fait que l'enfant soit né dans une maternité IHAB restait associé à l'AM exclusif ( $p < 0,10$ ).

### Allaitement exclusif versus allaitement partiel

En sélectionnant uniquement les enfants allaités à la naissance, le Tableau 6 montre que les nourrissons nés par voie basse, dans une maternité IHAB, dont la mère était d'origine

**Tableau 1** Comparaison des prévalences d'allaitement maternel à la naissance et à la sortie de la maternité en Wallonie.

	AM à la naissance			AM à la sortie de la maternité		
	n	% (IC 95 %)	AM (%)	n	% (IC 95 %)	AM (%)
Allaitement exclusif	385	73,3 (69,5-77,1)	81,7	348	66,4** (62,2-70,3)	76,4*
Allaitement partiel	44	8,4 (6,0-10,8)		52	10,0 (7,4-12,6)	
Alimentation « artificielle »	96	18,3 (15,0-21,6)	-	125	23,8* (20,2-27,5)	-

\* : <0,05 ; \*\* : <0,01.

**Tableau 2** Prévalences d'allaitement exclusif et d'allaitement à la sortie de la maternité en fonction des caractéristiques de la mère (% , valeur de p).

Caractéristique	n (%)	AM exclusif		AM	
		%	p	%	p
<b>Âge (années)</b>					
16-29	205 (40,0)	63,9	0,4	73,2	0,2
30 et +	308 (60,0)	67,2		77,9	
<b>Niveau d'études</b>					
Aucune, primaire, secondaire inférieur	178 (34,6)	67,4	0,07	76,4	0,2
Secondaire supérieur	120 (23,3)	58,3		70,8	
Supérieur et universitaire	217 (42,1)	70,5		79,7	
<b>Temps de travail à six mois</b>					
Temps plein / indépendante / congé parental	190 (38,9)	74,2	0,005	82,1	0,04
Temps partiel / chômage / sans revenu	299 (61,1)	61,9		73,9	
<b>Nationalité d'origine</b>					
Belge	377 (71,4)	66,3	1,0	74,0	0,06
Autre	151 (28,6)	66,2		81,8	
<b>Connaissance durée idéale AME</b>					
Oui	138 (26,3)	77,5	0,001	87,0	0,001
Non	387 (73,7)	62,3		72,4	
<b>Période de décision</b>					
Avant la grossesse	330 (65,2)	71,5	0,03	82,1	0,006
Pendant ou après la grossesse	176 (34,8)	61,9		71,6	

belge, ou dont la mère était active de façon plus intensive sur le marché de l'emploi, avaient statistiquement plus de chance d'être allaités de façon exclusive que de façon partielle à la sortie de la maternité. Seuls le mode de délivrance et l'intensité du temps de travail de la mère restaient associés à l'AME après ajustement sur le type de maternité et la nationalité d'origine de la mère.

## Discussion

Même si les prévalences d'AM à la maternité ont été recueillies lors de l'enquête de couverture vaccinale précédente [15], c'est réellement en 2012 que le questionnaire a permis d'obtenir des données permettant de faire la différence entre les taux d'AM à la naissance et à la sortie de la maternité en utilisant les définitions de l'AM de l'OMS. À travers cette étude, les chiffres montrent qu'à la naissance, l'AM était de 81,7 %, il était de 76,4 % à la sortie de la maternité.

Autrement dit, en Wallonie, un enfant sur quatre n'est pas allaité en sortant de la maternité. L'AME à la naissance est de 73,3 % (69,5-77,1), il chute à 66,4 % (62,4-70,5) à la

sortie de la maternité. Les objectifs de la protection maternelle et infantile (PMI) qui visent 85 % d'AM et de 75 % d'AME à la sortie de la maternité [11] ne sont, par conséquent, pas atteints. Cependant une augmentation est à mentionner depuis l'enquête ayant eu lieu en 2009. En effet, l'AM était de 75,7 % (72,7-79,5) [15].

## Rôle majeur du conjoint

La méta-analyse de Dennis portant sur des études réalisées entre 1990 et 2000 stipulait que l'attitude du partenaire était le facteur influençant de loin le plus fortement la décision de la mère d'initier l'AM [16]. Ce résultat est encore fréquemment montré dans des études récentes [8,17-19]. Aujourd'hui, nous savons qu'en Belgique francophone, l'attitude du père est de loin le prédicteur le plus fortement associé à la mise au sein. Or, nous constatons qu'un quart des pères n'est pas favorable à l'AM. Autrement dit, vu l'influence majeure du père, il devrait être envisagé que celui-ci soit systématiquement pris en compte pendant la période prénatale quant aux questions sur l'alimentation du futur nourrisson à naître. De la même façon, il serait utile que les pères

**Tableau 3** Prévalences d'allaitement exclusif et d'allaitement à la sortie de la maternité en fonction des caractéristiques de l'enfant (% , valeur de p).

Caractéristique	n (%)	Am exclusif		AM	
		%	p	%	p
<b>Sexe</b>					
Masculin	271 (51,8)	68,3	0,3	78,2	0,2
Féminin	252 (48,2)	64,3		73,8	
<b>Rang de l'enfant</b>					
1	225 (42,9)	72,0	0,09	80,4	0,04
2+	299 (57,1)	63,2		72,9	
<b>IHAB</b>					
Oui	118 (23,5)	70,0	0,1	78,0	0,7
Non	385 (76,5)	64,4		76,1	
<b>Mode de délivrance</b>					
Vaginale	410 (78,2)	68,0	0,09	76,1	1,0
Césarienne	114 (21,8)	59,6		76,3	
<b>Prématurité</b>					
Oui	41 (7,8)	51,2	0,03	63,4	0,04
Non	484 (92,2)	67,6		77,3	

**Tableau 4** Prévalences d'allaitement exclusif à la sortie de la maternité en fonction des caractéristiques du père (% , valeur de p).

Caractéristique	n (%)	Am exclusif		AM	
		%	p	%	p
<b>Attitude du conjoint</b>					
Favorable	377 (75,6)	78,5	<0,001	89,9	<0,001
Indifférente/négative	122 (24,4)	37,7		45,1	
<b>Niveau d'études</b>					
Aucune, primaire, sec. inférieur	193 (40,0)	65,3	0,09	73,1	0,2
Secondaire supérieur	110 (22,8)	60,0		72,7	
Supérieur	180 (37,3)	72,2		80,6	

connaissent aussi la durée idéale de l'AME, qu'ils puissent avoir ce point de repère pour mieux soutenir les mères, y compris dans les moments de difficultés. Guigliani écrivait en 1994 que les pères avaient une connaissance insuffisante en matière d'AM, mais que ceux qui recevaient une information de la part des professionnels étaient significativement plus enclins à soutenir les mères concernant l'AM [20].

### Facteurs sociodémographiques

En ce qui concerne la nationalité d'origine des mères, nous constatons que 74,0 % des mères d'origine belge allai-

taient pour 81,8 % des mères étrangères (p=0,06). Autrement dit, en additionnant l'AMP avec l'AME, l'AM est toujours supérieur chez les mères d'origine étrangères. Par contre, en considérant uniquement l'AME, la prévalence dans les deux groupes de mères était de 66 %, soit parfaitement identique. En ne sélectionnant que les mères qui allaitent à la naissance, l'AME était plus fréquent parmi les mères d'origine belge (p=0,01).

Avec un échantillon de plus de 14 000 enfants, Bonet et al., après régression logistique multinomiale, montrent que la nationalité n'impacte pas de la même façon l'AMP que l'AME. D'après cet auteur, la nationalité étrangère avait

**Tableau 5** Modèle de régression logistique de l'AM exclusif à la sortie de la maternité, OR ajustés (IC95 %, valeur de p).

	ORa (IC95 %)	p
<b>Attitude du conjoint</b>		
Favorable	6,5 (4,0-10,7)	<0,001
Indifférente/négative	1	
<b>Mode de délivrance</b>		
Vaginale	1,7 (1,0-2,9)	0,04
Césarienne	1	
<b>IHAB</b>		
Oui	1,6 (0,9-2,8)	0,08
Non	1	
<b>Temps de travail de la mère à six mois</b>		
Temps plein + indépendante + congé parental	1,6 (1,0-2,6)	0,04
Temps partiel + chômage + sans revenu	1	
Prédicteurs exclus du modèle : études et nationalité d'origine de la mère, connaissance de la recommandation OMS, période de prise de décision, niveau d'études du père, prématurité et rang de l'enfant.		

une influence plus forte sur l'AMP que sur l'AME [9]. D'autres études montrent que la nationalité d'origine est un facteur favorisant l'allaitement global [18]. Ces différents constats démontrent l'importance majeure d'une utilisation précise et correcte des différentes définitions de l'allaitement. Comme nous l'avons montré pour la nationalité d'origine de la mère, les prédicteurs n'impactent pas de la même façon l'AM exclusif, partiel ou total.

Dans les données de l'étude, l'âge de la mère ne montre pas d'influence particulière sur l'AM à la maternité. Pourtant dans de nombreuses études, l'initiation de l'AME dépend directement de ce dernier [8-10,21]. Cependant les résultats peuvent diverger après ajustement sur les autres facteurs inclus dans les différentes études envisagées. L'âge peut rester associé à l'AM [8,22], mais pas toujours [9,18,23-25].

Un très grand nombre d'enquêtes [9,16,23] montrent que plus longtemps la mère a étudié, plus la probabilité qu'elle entame l'AM de façon exclusive est grande. La méta-analyse d'Ibanez publiée en 2012 montre que sept études sur les huit qui se consacrent à l'initiation de l'AM vont dans ce sens [7]. En Wallonie, les enfants sont moins souvent allaités lorsque le niveau d'études des parents atteint l'enseignement secondaire supérieur. La courbe de l'AM décrit un U.

En Wallonie, les mères qui sont les plus actives sur le marché de l'emploi allaitent plus souvent à la maternité que celles qui ne travaillent pas ou qui travaillent à temps partiel. Ce constat est confirmé par ailleurs [9,21,26]. Après ajustement sur les autres prédicteurs introduits dans le

**Tableau 6** Facteurs associés à l'allaitement exclusif à la sortie de la maternité parmi les mères allaitant à la naissance (%), OR bruts et ajustés (IC95 %, valeur de p).

	%	ORb (IC95 %) p	ORa (IC95 %) p
<b>Mode de délivrance</b>			
Vaginale	89,4	2,2 (1,2-4,2) 0,01	12,3 (1,2-4,4) 0,01
Césarienne	79,1	1	1
<b>Nationalité d'origine de la mère</b>			
Belge	89,9	2,1 (1,1-3,8) 0,01	-
Autre	81,0	1	
<b>Temps de travail mère à six mois</b>			
Temps plein + indépendant + congé parental	90,9	1,9 (1,0-3,7) 0,04	2,0 (1,0-3,9) 0,04
Temps partiel + chômage + sans revenu	83,7	1	1
<b>IHAB</b>			
Oui	92,3	2,1 (0,9-4,9) 0,07	-
Non	84,9	1	
Termes exclus du modèle : nationalité d'origine de la mère et IHAB.			

modèle, l'intensité du temps de travail de la mère reste associée positivement à l'AME.

Seule une mère sur quatre a pu donner la réponse correcte de six mois comme durée recommandée d'AME. Ce résultat est insuffisant car cette connaissance de la durée de six mois semble jouer un rôle dans le maintien de l'AM à la maternité. Les prévalences et le maintien de l'AM sont supérieurs chez les mères qui connaissent cette recommandation. Cependant, ce critère ne permet pas de savoir si ce ne sont pas les mères les plus motivées par l'AM qui auraient une meilleure connaissance de cette durée idéale. Il est difficile, en effet, de pouvoir faire la différence entre l'effet et la cause pour cette variable. Kolhuber montre lui aussi un effet positif de l'information reçue sur l'initiation de l'AM [19]. Par conséquent, les professionnels de santé à la maternité devraient préciser de façon systématique aux parents que l'AME est recommandé pour les six premiers mois de vie. Même si cet idéal est bien souvent difficile à tenir, il donne néanmoins un objectif vers lequel tendre. La connaissance de la durée idéale de l'AME n'est pas meilleure quand la mère a accouché dans une maternité IHAB.

La majorité des mères (65 %) ont décidé d'allaiter avant même d'être enceinte. Ce choix précoce est un facteur connu comme favorisant l'AM [16,22,27].

### Caractéristiques liées à la naissance de l'enfant

Dans notre échantillon, 8 % d'enfants sont nés prématurément. Ces enfants ont une probabilité moindre d'être allaités. Après ajustement pour les autres termes du modèle, l'âge gestationnel reste associé à l'AM mais pas à l'AME. L'influence de l'âge gestationnel sur l'AME est cependant montré dans la littérature [8,9,19,28].

Un cinquième des enfants est né par césarienne en Wallonie. Ceux-ci ont moins de chance d'être allaités de façon exclusive que les enfants nés par voie basse. Cependant, les différences ne sont pas différentes statistiquement au seuil de 5 %. La méta-analyse de Prior analysant 53 études montre très fréquemment un AME à la naissance supérieur chez les enfants nés par voie basse [29]. Cependant, après ajustement sur les autres variables des différents modèles étudiés, la voie de délivrance peut rester associée à un AM supérieur [9,10] mais pas systématiquement [19,30].

Comme d'autres études le montrent, les mères primipares initient plus souvent l'AM [10,18,30]. En Wallonie, un enfant sur quatre est né dans une maternité IHAB. L'étude ne montre pas de différence pour la prévalence globale de l'AM, par contre l'AME est légèrement supérieur dans ces maternités. Après ajustement pour les autres variables du modèle, l'association entre l'AME et le fait d'être né dans une maternité IHAB devient significative au seuil de 10 %. Ce résultat est celui attendu puisque les maternités IHAB se concentrent principalement sur la promotion de l'AME.

Néanmoins, la différence de prévalence reste faible entre ces maternités labellisées et les autres. De par le contenu de la charte IHAB, nous savons ce que les maternités labellisées proposent mais nous ne savons pas ce que réalisent les autres maternités. En effet, ces dernières peuvent avoir une politique d'appui à l'AM et mettre en place une communication efficace sans pour autant être labellisées.

### L'allaitement exclusif à la sortie de la maternité parmi les femmes allaitantes

Quand la mère allaite à la naissance, elle oriente son choix plus facilement vers un AME quand l'enfant est né par voie basse ou quand il est dans une maternité IHAB ( $p=0,07$ ). Quand la mère est belge d'origine et plus intensément active sur le marché de l'emploi, elle choisit plus fréquemment l'AME. Autrement dit, le choix de la mère d'allaiter exclusivement ou non dépend de critères socioéconomiques dont il faudrait tenir compte, notamment pendant la grossesse, pour éviter de renforcer les inégalités sociales. De la même façon, Bonet et al. montrent qu'un niveau d'études supérieures a une influence plus importante sur l'AME que sur l'AMP [9]. Par ailleurs, l'auteur déclare que l'AME et l'AMP peuvent être liés à des facteurs sociodémographiques communs. Tout comme dans notre étude, quand la mère allaite, l'âge de celle-ci, la période de décision, la connaissance, l'attitude du partenaire, le sexe et le rang de l'enfant ne jouent pas de rôle particulier quant au choix du type d'AM.

### De l'importance des définitions

Depuis de nombreuses années, quelques auteurs [16,31] plaident pour l'utilisation de définitions d'AM consistantes tant dans la recherche que dans la littérature scientifique [32]. Pour Labbock, à cause du manque de consistance et de clarté dans les définitions d'AM utilisées dans les publications, la généralisation et les comparaisons de données sont difficiles et les interprétations souvent limitées [23]. L'OMS prône un AME pendant les six premiers mois de vie. Or, dans de nombreux articles la précision « exclusive » n'existe pas. Les auteurs analysent donc l'AM comme intégrant l'AME avec l'AMP sans pour autant le mentionner en tant que tel. Définir l'AME, l'AMP ou l'AM global est important puisque les prédicteurs ne sont pas toujours les mêmes selon le type d'AM considéré.

Les données de références en matière d'AM en Belgique francophone sont issues de la PMI. Cependant, ces données ne sont pas exhaustives puisque toutes les maternités n'acceptent pas la venue du personnel de la PMI dans leur service. En voulant comparer les données représentatives de la région à celles de la PMI, seule source existante à l'échelon régional, un manque de rigueur dans les définitions

utilisées au moment de la récolte des données a été constaté. Cette raison pourrait expliquer en partie la différence de prévalence d'AME à la sortie de la maternité entre ces deux sources de données. En effet, pour 2010, la PMI obtient en Wallonie, 78,4 % d'enfants allaités exclusivement pour 0,9 % partiellement. Les résultats issus de l'enquête de couverture vaccinale donnent 66,4 et 10,0 %. En regroupant AME et AM partiel les résultats sont, par contre, identiques.

L'impossibilité de pouvoir faire la différence entre les prévalences de la mise au sein à la naissance et ceux de la sortie de la maternité a été constatée dans le questionnaire de la PMI concernant les données récoltées chez la parturiente. L'enquête de CV montre que la prévalence de l'AME entre ces deux moments chute de façon statistiquement significative dans cette région. Autrement dit, pouvoir documenter correctement ces deux moments est important pour pouvoir comprendre les enjeux qui se déroulent à la maternité. Le séjour à la maternité est un moment décisif pour la poursuite de l'AM. Le rôle de l'entourage, y compris celui des professionnels, va être déterminant pour les femmes les plus susceptibles de ne pas poursuivre l'AM. L'environnement doit être favorable sans pour autant être trop contraignant au point d'entraîner une attitude de rejet de l'AM de la part de la parturiente.

Trop peu d'études malheureusement décrivent ce qui se joue de façon précise sur ces quelques jours à la maternité en matière d'AM.

### Limite de l'étude

La principale limite de notre enquête est liée au fait que les mères interrogées ont accouché un an et demi à deux ans auparavant, ce qui pourrait entraîner un biais de rappel. Aux États-Unis, des prévalences d'allaitement ont aussi été analysées à partir d'enquête de couverture vaccinale [33]. Cependant, plusieurs auteurs montrent que pour les études qui concernent la durée d'allaitement, le rappel de l'âge de sevrage est précis à un mois près [34–36]. L'âge de sevrage est plus précis que le rappel lié à l'introduction de nourriture [35,37,38]. Par conséquent, nous ne pensons pas qu'il y ait de biais de rappel pour l'AM à la maternité.

### Conclusion

En Wallonie, un enfant sur quatre n'est pas allaité en sortant de la maternité. Les facteurs qui influencent l'AME à la naissance sont principalement liés au soutien du père et aux caractéristiques de la mère (niveau d'études, temps de travail, période de prise de décision et connaissance de la durée idéale d'AM), et dans une moindre mesure aux caractéristiques de naissance (prématurité). Après ajustement pour tous ces prédicteurs, le rôle du père se démarque comme

étant de loin le facteur le plus déterminant pour la mise au sein. Cette observation réalisée en Wallonie est confirmée par de nombreuses études étrangères. Ce constat important devrait entraîner une réflexion sur l'intégration du père dans la promotion de l'AM au moment du suivi de grossesse.

**Liens d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

### Références

1. Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève 2003
2. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR (2005) Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr* 8:39–46
3. Van Winckel M, Van De Keere N, Deblaere S, et al (2000). Breastfeeding in Gent, Belgium. A cohort study on breastfeeding rate and duration. *Adv Exp Med Biol* 478:431–2
4. Dramaix M, Miakala N, Tonglet R, et al (1990) Étude prospective de la prévalence de l'allaitement maternel dans la province de Hainaut (Belgique). *Arch Public Health* 48:99–108
5. Office de la Naissance et de l'enfance. Rapport 2010, Banque de données médico-sociales, données statistiques 2008-2009-2010. Fédération Wallonie-Bruxelles
6. Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève, OMS, 2008 Disponible : [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241596664/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/fr/)
7. Ibanez G, Martin N, Denantes M, et al (2012) Prevalence of breastfeeding in industrialized countries. *Rev Epidemiol Santé Publique* 60:305–20
8. Leahy-Warren P, Mulcahy H, Phelan A, Corcoran P (2013) Factors influencing initiation and duration of breast feeding in Ireland. *Midwifery*
9. Bonet M, L'hélias LF, Blondel B (2008) [Exclusive and mixed breastfeeding in a maternity unit in France, 2003]. *Arch Pédiatrie* 15:1407–15
10. Crost M, Kaminski M (1998) [Breast feeding at maternity hospitals in France in 1995 (1998) National perinatal survey]. *Arch Pédiatrie* 5:1316–26
11. Collectif (2011) Prévention et petite enfance, guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, Office de la Naissance et de l'Enfance
12. Robert E, Dramaix M, Swennen (2014) Vaccination Coverage for Infants: Cross-Sectional Studies in Two Regions of Belgium. *Biomed Res Int* 2014:838907
13. Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M (2014) Breast-feeding duration: a survival analysis-data from regional immunization survey. *Biomed Res Int* 2014:529790
14. Leroy C, Van Leeuw V, Minsart AF, Englert Y (2012) Données périnatales en Wallonie, année 2010. Centre d'épidémiologie périnatale (CEPIP)
15. Robert E, Despiegelaere M, Dramaix M, Swennen B (2014) Estimation de la prévalence de l'allaitement maternel au travers d'une enquête en population de couverture vaccinale en Belgique francophone en 2009. *Arch Ped* 21:355–62
16. Dennis CL (2002) Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 31:12–32
17. Guillaumon A, Trombert-Pavot B, Vallée J, et al (2013) [Initiation of breastfeeding and early weaning: a prospective study of

- the health perinatal network Loire-Nord Ardèche]. *Gynecol Obstet Fertil* 41:351-5
18. Barriere H, Tanguy M, Connan L, et al (2011) [Prenatal breastfeeding information: survey in Pays de Loire, France]. *Arch Ped* 18:945-54
  19. Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, et al (2008) Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *Br J Nutr* 99:1127-32
  20. Giugliani ER, Bronner Y, Caiaffa WT, et al (1994) Are fathers prepared to encourage their partners to breast feed? A study about fathers' knowledge of breast feeding. *Acta Paediatr* 83:1127-31
  21. Sittlington J, Stewart-Knox B, Wright M, et al (2007) Infant-feeding attitudes of expectant mothers in Northern Ireland. *Health Educ Res* 22:561-70
  22. Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, et al (2001) [Initiation and duration of breastfeeding in obstetrical hospitals of Aix-Chambéry (France)]. *Arch Ped* 8:807-15
  23. Lobbok MH, Starling A (2012) Definitions of breastfeeding: call for the development and use of consistent definitions in research and peer-reviewed literature. *Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med* 7:397-402
  24. Dubois L, Girard M (2003) Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (ELDEQ 1998-2002). *Can J Public Health Rev* 94:300-5
  25. Yeoh BH, Eastwood J, Phung H, Woolfenden S (2007) Factors influencing breastfeeding rates in south-western Sydney. *J Paediatr Child Health* 43:249-55
  26. Ryan AS, Zhou W (2006) Lower breastfeeding rates persist among the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children participants, 1978-2003. *Pediatrics* 117:1136-46
  27. O'Campo P, Faden RR, Gielen AC, Wang MC (1992) Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal interventions. *Birth Berkeley Calif* 19:195-201
  28. Scott JA, Binns CW, Graham KI, Oddy WH (2006) Temporal changes in the determinants of breastfeeding initiation. *Birth Berkeley Calif* 33:37-45
  29. Prior E, Santhakumaran S, Gale C (2013) Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr* 95:1113-35
  30. Gubler T, Krähenmann F, Roos M, et al (2013) Determinants of successful breastfeeding initiation in healthy term singletons: a Swiss university hospital observational study. *J Perinat Med* 41:331-3
  31. Cattaneo A, Burmaz T, Arendt M, et al (2010) Protection, Promotion and Support of Breast-Feeding in Europe: Progress from 2002 to 2007. *Public Health Nutr* 13:751-9
  32. Lobbok MH, Belsey M, Coffin CJ (1997) A call for consistency in defining breastfeeding. *Am J Public Health* 87:1060-1
  33. Li R, Darling N, Maurice E, et al (2005) Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: the 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics* 115:e31-7
  34. Baxter J, Cooklin AR, Smith J (2009) Which mothers wean their babies prematurely from full breastfeeding? An Australian cohort study. *Acta Paediatr* 98:1274-7
  35. Li R, Scanlon KS, Serdula MK (2005) The validity and reliability of maternal recall of breastfeeding practice. *Nutr Rev* 63:103-10
  36. Gillespie B, d'Arcy H, Schwartz K, et al (2006) Recall of age of weaning and other breastfeeding variables. *Int Breastfeed J* 1:4
  37. Natland ST, Andersen LF, Nilsen TIL, et al (2012) Maternal recall of breastfeeding duration twenty years after delivery. *BMC Med Res Methodol* 12:179
  38. Eaton-Evans J, Dugdale AE (1986) Recall by mothers of the birth weights and feeding of their children. *Hum Nutr Appl Nutr* 40:171-5

### 2.1.3 Comparaison des prévalences à la maternité issues de l'enquête de couverture vaccinale (2012) comparées avec les données récoltées en routine pour la Wallonie

Comme mentionné précédemment, deux sources de données prélevées en routine concernant l'allaitement existent pour la Wallonie.

1/ La base de données médico-sociales (BDMS) de l'ONE qui contient les données d'allaitement à la naissance pour les maternités qui acceptent la venue de leur personnel auprès des parturientes.

2/ Le bulletin statistique obligatoirement complété pour chaque naissance dont seule la version électronique possède une question sur l'allaitement (e-Birth).

#### ONE

Le tableau ci-dessous compare les données issues de l'enquête de couverture vaccinale de 2012 avec celles de la BDMS (soulignés et en gras).

**Tableau 11. Comparaison des prévalences d'allaitement (naissance et sortie de la maternité) de l'enquête de CV (Wallonie 2012) comparées à celles de l'ONE**

	Naissance (% , IC 95 %)		Sortie de la maternité (% , IC 95 %)	
<b>Allaitement exclusif</b>	73.3 (69.5-77.1) <b><u>N'existe pas À l'ONE</u></b>	} 81.7 (78.4-85.0) <b><u>80.5</u></b>	66.4 (62.2-70.3) <b><u>78.4</u></b>	} 76.2 (72.5-79.8) <b><u>79.3</u></b>
<b>Allaitement partiel</b>	8.4 (6.0-10.8) <b><u>N'existe pas À l'ONE</u></b>		10.0 (7.4-12.6) <b><u>0.9</u></b>	
<b>Alimentation «artificielle»</b>	18.3 (15.0-21.6)	<b><u>19.5</u></b>	23.8 (20.2-27.5)	<b><u>20.7</u></b>

Les données de la BDMS sont en gras et soulignées

À la naissance, les questions posées dans l' « avis de naissance » de l'ONE ne permettent pas une ventilation selon le type d'allaitement maternel. Les données de l'allaitement total (exclusif + partiel) sont identiques selon les deux sources (81.7% vs 80.5%). À la sortie de la maternité, l'allaitement total est de 3% supérieur selon l'ONE (76.4% vs 79.3%). Cette différence n'est pas significative.

À la sortie de la maternité, la répartition des différents types d'allaitement est statistiquement différente entre les deux sources de données. En effet, l'allaitement exclusif concerne 66.4% des enfants selon l'ECV et 78.4% selon l'ONE. En ce qui concerne l'allaitement partiel les différences sont par conséquent fort différentes : 10.0% (ECV) vs 0.9% (ONE). Autrement dit, la ventilation des différents types d'allaitement est totalement différente entre les deux bases de données alors que l'allaitement total à la naissance est de 80% selon les deux bases de données.

La déperdition de l'allaitement total entre la naissance et la sortie de la maternité est significative selon l'enquête de couverture vaccinale (81.7% à 76.4% : soit une différence de 5.3 (p<0,05)) alors qu'elle est non significative selon l'ONE (80.5% à 79.3%).

### Comparaisons avec les objectifs de l'ONE

Le premier objectif défini par l'ONE dans *le guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant* visait un allaitement de 85% à la naissance à atteindre pour 2010 (62). Celui-ci n'est pas atteint en Wallonie, ni selon l'ONE, ni selon l'enquête de CV (la limite supérieure de l'intervalle de confiance frôle néanmoins l'objectif). Ce premier objectif défini par l'ONE visait en même temps un allaitement exclusif « de la naissance à la sortie de la maternité de 75% » (62). 75% est compris dans l'intervalle de confiance à la naissance pour l'enquête de CV, alors qu'il ne l'est plus à la sortie de la maternité (62.2%-70.3%). Par conséquent, l'objectif de 75% d'allaitement exclusif qui à la naissance est quasiment atteint ne l'est plus à la sortie de la maternité. Cependant, selon les chiffres de l'ONE, cet objectif de 75% d'allaitement exclusif à la sortie de la maternité est atteint puisque 79.3% des enfants sont allaités exclusivement d'après la BDMS.

Il est plus que probable que le résultat issu de la BDMS inclut un certain nombre d'enfants allaités partiellement. Rappelons-le, l'ONE avait 0.9% d'allaitement partiel à la sortie de la maternité. Cette valeur semble très peu crédible au vu de la littérature internationale (ex : en France 11% d'allaitement exclusif à la maternité selon l'étude longitudinale française depuis l'enfance) (63) et des données IHAB (18.5% à l'hôpital Tivoli (La Louvière), 29.8% à la maternité de Baudour)<sup>26</sup>. Dans un document interne à l'IHAB, il est précisé « nous constatons que même pour les hôpitaux IHAB, le taux de 75% d'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité est difficile à maintenir, puisque ce taux n'est pas atteint dans 5 maternités sur 11 et de 2 sur 11 ont un taux de 75% tout juste<sup>27</sup> ».

Par conséquent, le fait que l'ONE obtienne un taux d'allaitement total (79.3%) qui est équivalent au taux d'allaitement exclusif (78.4%), en ayant moins de 1% d'allaitement partiel n'est pas cohérent avec les autres bases de données.

Au vu des données IHAB et des données ECV, il semblerait correct de dire que l'objectif de 75% d'allaitement exclusif à la sortie de la maternité n'est pas atteint en Wallonie. De façon plus opérationnelle, il semblerait que l'indicateur allaitement exclusif évalué au sein de la BDMS n'est pas adéquat pour mesurer le taux d'allaitement exclusif correctement.

Certaines hypothèses peuvent être posées concernant ces différences. Les difficultés de remplissage du module sur l'allaitement maternel de l'ECV par les TMS ont été décrites dans la méthodologie. Une explication à ces confusions pourrait résider dans le fait d'un manque de clarté existe dans les documents que les TMS doivent compléter notamment dans l'« avis de naissance » (54). Les deux questions concernant l'allaitement maternel sur les questionnaires « avis de naissance » sont formulées telles quelles dans l'« Avis de Naissance » (voir annexe):

A / « Type d'alimentation ce jour (avec 5 possibilités de réponses suivantes : 1=artif. 2=abandon de l'AM, 3 = mixte, 4=maternel, 9=inc.)

B/ « Mise au sein [1=néant, 2=immédiate-précoce (dans les 2 h après accouchement) /4 =tardive /9 = inc.] »

<sup>26</sup> Communication personnelle

<sup>27</sup> Document personnel fournit par la coordinatrice francophone IHAB

On constate d'une part, que le mot « exclusif » n'apparaît pas dans les items précités. Par ailleurs, les catégories proposées sont non exclusives. D'autre part, la question (type d'alimentation de jour) sert à quantifier l'allaitement à la sortie de la maternité alors que la mère n'est pas encore sortie. La question de la pertinence d'extrapoler les données de J1 ou J2 comme estimation de l'allaitement à la sortie de la maternité peut se poser, sachant la diminution des taux entre les deux moments démontrée par l'ECV (2012 et 2015).

La question sur l' « Avis de naissance » qui sert à évaluer la « précocité » de la mise au sein sert aussi à élaborer les données d'allaitement total à la naissance. Il n'y pas de question qui concerne le type d'allaitement à la naissance dans cet Avis. Or, il peut être intéressant d'avoir un indicateur de « maintien » qui permettrait de mesurer le décrochage de l'allaitement exclusif entre la naissance et la sortie de la maternité. Celui-ci permettrait d'une certaine façon d'évaluer la pertinence du soutien réalisé au sein des maternités par les professionnels de santé.

Dans le questionnaire « Premier contact », qui sera réalisé au domicile des parents dans les trois semaines qui suivent l'accouchement, les items prévus, pour la question de l'allaitement au moment de la venue de le TMS sont : « maternel », « mixte », « artificiel », « sans objet », « inconnu » (voir annexe). De la même façon que dans l' « Avis de naissance », l'item allaitement exclusif n'existe pas et les catégories ne sont pas exclusives.

#### E-Birth

Selon le Cepip en charge de l'analyse des bulletins statistiques des naissances, pour les enfants nés en 2014, en Wallonie 81.2% des mères qui ont accouché dans une maternité utilisant e-Birth ont notifié leur intention d'allaiter au moment de l'accouchement (55). Autrement dit, ce résultat corrobore celui de l'enquête de couverture vaccinale (81.7% d'allaitement à la naissance en 2010) et celui de l'ONE de 80.5%.

#### 2.1.4 Facteurs associés à l'allaitement maternel à la maternité en Région bruxelloise (article 3)

# Facteurs associés à l'allaitement maternel à la maternité en Région bruxelloise

## *Determinants of breastfeeding at maternity in Brussels*

**E. Robert<sup>1</sup>, Y. Coppieters<sup>2</sup>, B. Swennen<sup>1</sup> et M. Dramaix<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Centre de recherche " Politiques et système de santé, santé internationale " et <sup>2</sup>Centre de recherche " Epidémiologie, biostatistiques et recherche clinique ", Ecole de Santé Publique, ULB

### RESUME

**Objectif :** L'objectif est de présenter les prévalences de l'allaitement maternel (AM) à la naissance et à la sortie de la maternité à Bruxelles et de voir si les objectifs définis en la matière par la protection maternelle et infantile (PMI) sont atteints. Les facteurs associés à l'AM dans la Région ainsi que des suggestions de recommandations sur le sujet seront présentés. **Matériel et méthodes :** Une enquête transversale et représentative des enfants de 18 à 24 mois résidant à Bruxelles a été réalisée en 2012. Les données sur l'allaitement à la maternité sont anamnestiques et rétrospectives. 16 questions concernaient l'AM. Les facteurs liés à l'AM exclusif à la naissance ont été identifiés par analyse bivariée puis par régression logistique. **Résultats :** Les données concernaient 544 mères. A la naissance, 83,3 % (IC 95 % 80,1-86,4) des mères allaitaient de façon exclusive et 9,7 % (7,3-12,2) de façon partielle. A la sortie de la maternité, 80,9 % (77,6-84,2) des mères allaitaient de façon exclusive et 9,7 % (7,3-12,2) de façon partielle. L'attitude du conjoint était le prédicteur le plus fortement corrélé à l'AM exclusif. Le niveau d'études du père, le mode de délivrance et le terme impactaient aussi l'AM exclusif à la naissance.

**Discussion :** De façon générale, les objectifs de la PMI (85 % d'AM y compris 75 % d'AM exclusif à la sortie de la maternité) sont atteints. Ces premières données représentatives sont issues d'une enquête de couverture vaccinale. Vu le rôle principal du père dans le choix d'une alimentation au sein pour l'enfant, il serait nécessaire qu'il soit plus souvent pris en compte dans la promotion de l'AM au cours de la période prénatale. Une utilisation rigoureuse des définitions de l'AM devrait être systématisée.

Rev Med Brux 2015 ; 36 :

### ABSTRACT

**Purpose :** The objectives of this paper is to study the prevalence of breastfeeding in Brussels, to assess whether the targets of the Maternal and Child Health program (MCH) were met (prevalence's of breastfeeding of 85 and 75 % of exclusive breastfeeding) and finally to identify factors associated with exclusive breastfeeding at the birth.

**Materials and method :** The cross-sectional survey is representative of children 18 to 24 months living in Brussels. Data on breastfeeding are anamnestic and retrospective. A face to face questionnaire was administered by trained investigators, 16 questions about breastfeeding as well socio-demographic information were collected from 544 mothers. The survey took place in 2012.

**Results :** At the birth, 83,3 % (95 % CI 80,1-86,4) of mothers exclusively breastfed and 9,7 % of the mothers (7,3-12,2) partially. When discharged from maternity unit, 80,9 % (77,6-84,2) of mothers breastfed exclusively and 9,7 % (7,3-12,2) partially. When fitting a logistic model, predictors associated with exclusive breastfeeding at the birth were gestation, type of birth, father's education level and the main influencing factor was the partner's attitude.

**Discussion :** The targets of the MCH were reached in Brussels. Until now, transversal surveys are the only way of knowing the prevalence and the factors associated with breastfeeding in Brussels. These first representative data on breastfeeding came from the 2012 vaccine coverage survey. Given the primary role of the father in choosing a breastfeeding it is necessary that the father is more often taken into account in regard to the promotion of AM during the prenatal period. A rigorous use of definitions of AM should be systematized.

Rev Med Brux 2015 ; 36 :

**Key words :** exclusive breastfeeding, knowledge, Brussels, maternal child health service, BFHI

## INTRODUCTION

Alors que l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) recommande un allaitement maternel (AM) exclusif de 6 mois et un allaitement complété de deux ans ou plus<sup>1</sup>, les taux d'allaitement maternel sont extrêmement variables en Europe. Ces derniers sont élevés dans les pays scandinaves et faibles dans des pays tels que la Belgique, la France ou encore le Royaume-Uni<sup>2</sup>. Jusqu'à présent, aucune étude représentative de la population visée ne s'est concentrée sur le sujet de l'AM à Bruxelles. Les données les plus souvent utilisées en la matière sont celles issues de la protection maternelle et infantile (PMI), soit celles de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) qui récolte les données de naissance et y compris d'AM en routine. Nous verrons en quoi ces données présentent des limites et ne peuvent suffire à être utilisées comme unique source de données de l'AM. Une revue de la littérature préalable à l'enquête de 2012 montrait le manque de précision quant aux définitions de l'AM utilisées dans de nombreuses études épidémiologiques mais aussi sur le terrain, dans la pratique quotidienne. Face à ce manque de données représentatives et de clarté dans les définitions, il nous a semblé judicieux de rajouter un volet " allaitement maternel " à l'enquête de couverture vaccinale (CV) réalisée à Bruxelles en 2012. Ainsi toutes les questions socio-démographiques servant pour les analyses de CV pouvaient aussi servir à des analyses approfondies sur l'AM. Cette enquête de CV a donc été l'occasion d'obtenir une photographie de la situation de l'AM dans la Région et de voir si les prévalences trouvées atteignaient les objectifs de l'ONE à savoir 85 % d'AM à la sortie de la maternité y compris 75 % d'AM exclusif<sup>3</sup>. L'AM est fortement dépendant des caractéristiques socio-économiques des parents de l'enfant. En effet, la nationalité d'origine de la mère, la parité, le niveau d'études des mères, le temps de travail du ménage, les revenus parentaux, entre autres, peuvent influencer de façon plus ou moins importante la prise de décision d'allaiter<sup>4,5</sup>. De plus, la littérature met en évidence l'influence d'autres facteurs tels que le soutien du père<sup>2,5,6</sup> ainsi que la période de la prise de décision d'allaiter<sup>5,8,9</sup>. Nous verrons donc dans quelle mesure l'allaitement à Bruxelles est également déterminé par ces différents prédicteurs.

## METHODES

### Echantillon étudié

Tous les 5 ans environ, une enquête de couverture vaccinale est organisée à Bruxelles. Les chiffres de l'AM sont issus de l'étude de couverture vaccinale de 2012<sup>10</sup>. Cette enquête est basée sur un échantillonnage stratifié proportionnel à la taille des 19 communes bruxelloises. La population est définie par tous les enfants dont l'âge est compris entre 18 et 24 mois au moment de l'enquête. Par conséquent, les données concernant l'AM sont rétrospectives. 16 questions concernaient l'AM. Une demande d'obtention de la liste des enfants nés entre le 31 mai

et 30 novembre 2010 et résidant dans les 19 communes, a été adressée aux différentes communes. La taille initiale de l'échantillon était de 597 enfants. Le calcul de la taille de l'échantillon a été basé sur le vaccin qui a obtenu le plus faible taux de couverture lors de l'enquête de 2006, augmenté du taux de non-répondants de l'enquête de 2006<sup>11</sup>. Les questionnaires ont été réalisés en face-à-face avec les parents au domicile des enfants. L'enquête s'est déroulée entre le 1<sup>er</sup> mai et le 15 juillet 2012. Un contact a été établi avec 95,5 % de l'échantillon sélectionné aléatoirement, soit 570 parents. Dans 27 cas (4,5 %), aucun contact n'a pu être établi. Le taux de réponses parmi les personnes contactées a été de 95,8 % (546). Pour 24 enfants, l'enquête a été refusée (4,2 %). L'étude a été enregistrée à la Commission de la protection de la vie privée.

### Définitions des variables utilisées

Pour l'O.M.S., l'AM exclusif (AME) concerne une alimentation composée uniquement de lait maternel (y compris lait de nourrice ou lait exprimé). Aucun autre liquide ou solide à l'exception de gouttes ou de sirops contenant des vitamines, des sels minéraux ou des médicaments ne peut être administré<sup>11</sup>. Dans notre étude, quand l'enfant a reçu en addition au lait maternel (y compris exprimé), un lait qui n'est pas d'origine humaine, nous considérons qu'il s'agit d'allaitement partiel. Quand il ne sera pas précisé " AM exclusif " ou " AM partiel ", il s'agira d'allaitement comprenant à la fois l'AM exclusif et l'AM partiel.

L'information sur l'AM a été récoltée pour 544 enfants. 6 questions concernant les caractéristiques sociodémographiques ont été posées. Une nouvelle variable dépendante a été créée pour mesurer le maintien de l'AME durant le séjour à la maternité. Dans ce cas, les mères qui commencent l'AM exclusif à la naissance et qui le maintiennent à la sortie de la maternité sont comparées aux femmes qui ont commencé l'AM exclusif à la naissance mais qui l'ont arrêté pendant le séjour à la maternité. Pour les analyses uni et multivariées, seuls l'AME à la naissance et son maintien seront considérés.

### Analyses statistiques

Les associations entre chaque facteur ou déterminant sociodémographique et la mise en route de l'allaitement exclusif ou son maintien ont été testées par le chi carré de Pearson et évaluées au moyen d'*odds ratio* bruts (OR) et de leurs intervalles de confiance à 95 %. Le chi carré de Mc Nemar a été utilisé pour comparer les différentes prévalences d'AM à la naissance et à la sortie de la maternité. Toutes les variables ont été dichotomisées. La nationalité d'origine de la mère a été séparée en deux catégories : les mères d'origine belge et française *versus* les mères d'origine étrangère. En effet, le comportement culturel des Belges et des Françaises étant fort proches et la prévalence de l'AM des Françaises étant inférieure à celle des Belges, il a été estimé plus cohérent de placer

les 26 femmes (4,8 %) de nationalité d'origine française dans le sous-groupe des femmes belges, ce qui avait aussi l'avantage de gonfler l'échantillon de ce groupe minoritaire. Le modèle logistique utilisé pour tester les associations de l'AM exclusif à la naissance a été construit à l'aide d'une sélection pas à pas ascendante avec un seuil d'entrée de 0,05 et de sortie de 0,1. Seuls, les prédicteurs significatifs au seuil de 0,1 ont été inclus dans le modèle final. Pour le maintien de l'AM, seules les variables avec une valeur de P inférieure ou égale à 0,10 sont présentées. Le masque de saisie et l'encodage des données ont été réalisés avec le logiciel EPI-info version 6,04d. Les données ont été transférées dans IBM SPSS Statistics 22 pour les analyses statistiques.

## RESULTATS

A Bruxelles, pour cette enquête qui visait des enfants de 18 à 24 mois, l'âge moyen des mères était de 32,5 ans. 56 % des mères avaient au plus obtenu le diplôme de l'enseignement secondaire supérieur. Près de 30 % des mères travaillaient à temps plein ou étaient indépendantes. 36 % des mères étaient Belges ou Françaises d'origine. Près de 73 % des mères avaient décidé d'allaiter avant la gestation (tableau 1). 40 % des enfants étaient premier de lignée. 20,5 % des enfants sont nés par césarienne (tableau 2). Près de 88 % des pères étaient favorables à l'AM et 43,8 % de ces derniers avaient un diplôme d'école supérieure ou universitaire.

### Prévalence de l'allaitement maternel à la maternité

La prévalence d'AM exclusif à la naissance était de 83,3 % (80,1-86,4). A la sortie de la maternité, elle était de 80,9 % (77,6-84,2). La diminution d'AM exclusif n'était pas significative. Si on considère l'allaitement, sa prévalence était de 93,0 % à la naissance et de 90,6 % à la sortie de la maternité. La diminution était également non significative.

### Facteurs associés à l'allaitement à la maternité

Le tableau 1 présente les prévalences de l'AM exclusif à la naissance en fonction des caractéristiques des mères. L'âge, le niveau d'étude de la mère, son temps de travail, sa nationalité d'origine, la connaissance que celle-ci avait des recommandations de l'O.M.S. ainsi que la période de prise de décision n'influençaient pas la probabilité d'allaiter exclusivement à la naissance.

Le tableau 2 présente les prévalences de l'AM exclusif en fonction des caractéristiques de l'enfant. Le rang, le mode de délivrance et le fait d'être né à terme étaient positivement associés à l'AME. En effet, les OR correspondant étaient respectivement de 1,6, 1,9 et 3,9 ( $P < 0,05$ ). Le sexe, le fait d'être né dans une maternité labellisée " Initiative Hôpital Ami des Bébéés " (IHAB) n'influençaient pas le choix de l'AM exclusif à la naissance.

**Tableau 1 : Prévalence d'allaitement exclusif à la naissance en fonction des caractéristiques de la mère (%), OR brut (IC 95 %).**

Caractéristiques	Participants N (%)	Initiation l'AME	OR brut (95% IC)	P
<b>Age (années)</b>				0,7
16-29	154 (28,5)	82,5	1	
30-35	386 (71,5)	83,6	1,1 (0,7-1,8)	
<b>Niveau d'études</b>				0,8
Maximum secondaire supérieur	303 (56,2)	83,8	1,1 (0,7-1,7)	
Supérieur	236 (43,8)	83,0	1	
<b>Temps de travail 6 mois après la naissance</b>				0,2
Temps plein + indépendant + congé parental	163 (30,3)	86,5	1,4 (0,8-2,4)	
Temps partiel/ chômage/ sans revenu	375 (69,7)	81,9	1	
<b>Nationalité d'origine</b>				0,9
Belge	196 (35,9)	83,1	1	
Autre	350 (64,1)	83,4	1,0 (0,6-1,6)	
<b>Connaissance de la recommandation O.M.S. par la mère</b>				0,2
Oui	111 (20,3)	87,4	1,5 (0,8-2,8)	
Non	435 (79,7)	82,2	1	
<b>Période de décision</b>				0,8
Avant de tomber enceinte	388 (72,8)	84,3	1,1 (0,6-1,8)	
Pendant la grossesse + après l'accouchement	145 (27,2)	83,4	1	

Quant au tableau 3, il présente les prévalences de l'AM exclusif en fonction des caractéristiques du père. L'AM exclusif était plus fréquent quand les pères avaient étudié moins longtemps. Une attitude positive du père par rapport à l'AM était fortement corrélée à la mise au sein exclusive (OR brut significatif de 3,1).

Après ajustement pour l'ensemble des variables, les caractéristiques du père, le mode de délivrance ainsi que le terme restent associés à l'AM exclusif à la naissance.

### Maintien de l'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité

93,3 % des enfants qui avaient commencé l'AM exclusif à la naissance y ont été maintenus à la sortie

**Tableau 2 : Prévalence d'allaitement exclusif à la naissance en fonction des caractéristiques de l'enfant (%), OR brut (IC 95 %).**

Caractéristiques	Participants N (%)	Initiation l'AME	OR brut (95 % IC)	P
<b>Sexe</b>				0,7
Masculin	282 (51,6)	83,9	1,1 (0,7-1,7)	
Féminin	264 (48,4)	82,6	1	
<b>Rang</b>				0,05
1	324 (40,3)	79,4	1	
2+	219 (59,7)	85,8	1,6 (1,0-2,5)	
<b>IHAB</b>				0,7
Oui	354 (68,6)	83,9	1,1 (0,7-1,8)	
Non	162 (31,4)	82,6	1	
<b>Délivrance</b>				0,01
Vaginale	426 (79,5)	85,4	1,9 (1,1-3,2)	
Césarienne	110 (20,5)	75,5	1	
<b>Enfant né à terme</b>				< 0,001
Oui	517 (94,7)	84,7	3,9 (1,8-8,5)	
Non	29 (5,3)	58,6	1	

**Tableau 3 : Prévalence d'allaitement exclusif à la naissance en fonction des caractéristiques du conjoint (%), OR brut (IC 95 %).**

Caractéristiques	Participants N (%)	Initiation l'AME	OR brut (95 % IC)	P
<b>Niveau d'étude</b>				0,02
Maximum secondaire supérieur	288 (56,3)	87,2	1,7 (1,1-2,8)	
Supérieur	224 (43,8)	78,5	1	
<b>Attitude conjoint</b>				< 0,001
Très favorable/ Favorable	459 (87,9)	86,9	3,1 (1,7-5,6)	
Indifférente/ Négative	63 (12,1)	68,3	1	

de la maternité. La variable de maintien montre que lorsque l'enfant était né par voie basse, à terme, quand la maman connaissait la durée idéale de l'AME, l'enfant avait une plus grande probabilité d'être maintenu au sein de façon exclusive à la sortie de la maternité. Quand la décision d'allaiter était prise avant la naissance, et quand le nourrisson était un garçon, une plus grande probabilité d'être maintenu à l'AME existait. Néanmoins, ces différences ne sont pas significatives au seuil de 5 %. L'attitude du conjoint reste très fortement associée au maintien de l'AM exclusif.

Contrairement à ce qui était observé pour le choix de l'AME à la naissance, l'enfant dont le père avait étudié plus longtemps avait plus de chance d'être maintenu au sein de façon exclusive.

## DISCUSSION

L'enquête de CV réalisée à Bruxelles en 2012 a permis de récolter pour la première fois des données qui permettent de faire la différence entre les taux d'AM à la naissance et à la sortie de la maternité. Cette étude montre, qu'à la naissance, en 2010, la prévalence de l'AM était de 93,0 % ; elle était de 90,6 % à la sortie de la maternité. Autrement dit, à Bruxelles, moins d'un enfant sur 10 n'est pas allaité en sortant de la maternité. L'ONE, à partir de la banque de données médico-sociale (BDMS) mentionne pour l'AM à la naissance en 2010 des taux respectifs de 95,0 % et 93,8 %<sup>13</sup>, soit des valeurs à peine supérieures aux nôtres. Dans l'enquête de couverture vaccinale, la prévalence de l'AM exclusif à la naissance est de 83,3 % (80,1-86,4). Nous ne pouvons pas comparer ce taux d'AM exclusif à la naissance car l'ONE ne le possède pas. A la sortie de la maternité, nous trouvons une proportion d'AM exclusif de 80,9 % (77,6-84,2). Quant à l'ONE, il mentionne un taux de 92,3 % d'AM exclusif<sup>13</sup>, soit une différence de plus de 11 %. Quelques hypothèses pourraient expliquer une telle différence. Premièrement, les données de l'ONE sont issues du questionnaire " avis de naissance " rempli à la maternité pour chaque enfant né à Bruxelles. Cependant, les services de PMI n'avaient pas accès en 2010 aux données d'AM pour deux maternités de la Capitale représentant environ 4.500-5.000 naissances, soit près d'un quart des naissances totales ayant lieu sur le territoire bruxellois. La question de la représentativité des données de l'ONE peut dès lors se poser. Néanmoins, nous ne pensons pas que cette raison soit suffisante pour expliquer une telle différence de prévalences. En effet, la façon dont la question sur l'AM est posée dans " l'avis de naissance " pourrait fournir un autre argument. Les modalités de réponses à la question du type d'allaitement ne sont pas clairement définies. Le mot " exclusif " n'apparaît d'ailleurs nulle part dans le formulaire de l'ONE. Il semble dès lors facile de confondre les différentes modalités de réponse, d'autant plus que ces catégories ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Le moment où le questionnaire est complété en face-à-face avec la mère peut varier du lendemain de la naissance au troisième jour. La question qui permet d'obtenir le taux d'AM à la sortie est : " type d'alimentation ce jour ? ", soit le mode alimentaire à J2 ou J3 et non celui de la sortie. Par conséquent, cet " avis de naissance " ne permet pas de faire la différence entre la mise au sein et la sortie de la maternité. Alors que pour l'AM (total), nous n'observons qu'une faible différence de taux entre les données de la BDMS et celles issues de l'enquête de CV, c'est principalement la répartition entre l'AM exclusif et l'AM partiel qui s'avère significativement différente. Il semble dès lors difficile de faire des comparaisons entre régions ou pays sur base de données non suffisamment rigoureuses au niveau des

catégories d'AM. Autrement dit, les données d'AM issues de la banque de données médico-sociales (BDMS) de l'ONE correspondent aux nôtres en matière d'AM global mais semblent fortement surestimer l'AM exclusif. D'autre part, " l'avis de naissance " de l'ONE ne comporte pas de question sociodémographique. Par conséquent, le profil des mères allaitantes à la maternité a été très peu documenté à Bruxelles.

### **Rôle du conjoint et de la connaissance des parents**

A Bruxelles, 12 % des pères ne sont pas favorables à l'AM. L'attitude du père dans le modèle multivarié est le prédicteur le plus fortement associé à l'AM exclusif. Des études, dont celles se basant sur le questionnaire " *Iowa Infant Feeding attitude scale* " (IIFAS-SF) arrivent au même constat<sup>2,14,15</sup>. La méta-analyse de Dennis stipule que l'attitude du partenaire reste le facteur influençant le plus fortement la décision de la mère d'initier l'AM<sup>5</sup>. Kolhuber arrive à la même conclusion après ajustement sur les autres facteurs de son étude<sup>6</sup>. Guigliani écrivait en 1994 que les pères avaient une connaissance faible sur le sujet, mais que ceux qui recevaient une information de la part des professionnels étaient significativement plus enclins à soutenir les mères concernant l'AM<sup>16</sup>. Nous n'avons pas posé de question concernant la connaissance des conjoints sur l'AM. Cependant, lorsque le conjoint a été étudié plus longtemps, la probabilité d'AM exclusif à la naissance était moindre. La forte proportion de pères moins scolarisés appartenant à des milieux où l'AM est une habitude peut expliquer ce point. Mais ce ne sont pas ces pères qui vont particulièrement soutenir leur femme pour la poursuite de l'AM.

### **IHAB et connaissance de la durée idéale de l'allaitement maternel exclusif**

Dans notre enquête, près de 70 % des enfants sont nés dans une maternité labellisée IHAB. A Bruxelles en 2010, 6 maternités sur les 11 que compte la capitale étaient labellisées. Les prévalences d'allaitement exclusif sont les mêmes dans ces maternités que dans celles qui ne sont pas labellisées. Le taux de maintien à l'AM exclusif ne montre pas non plus de différence en fonction du type de maternité. Seule une mère sur 5 a pu donner la réponse correcte sur la recommandation de durée d'AM exclusif. Ce résultat est mauvais sachant que près de 70 % des enfants de notre échantillon sont nés dans une maternité IHAB. Néanmoins, nous ne montrons pas de différence d'initiation à l'AM exclusif chez les mères qui connaissent cette recommandation. Nous savons de par la charte IHAB ce que les maternités labellisées proposent mais ça ne nous dit rien sur ce que proposent les autres maternités. Autrement dit, les résultats identiques dans les deux types de maternités pourraient peut-être s'expliquer par le fait que les maternités non labellisées promeuvent à leur manière l'AM exclusif.

### **Limites de l'étude**

La principale limite de notre enquête est liée au fait que les mères interrogées ont accouché 2 ans auparavant. Néanmoins, même pour les études qui concernent la durée d'allaitement, le rappel de l'âge de sevrage est précis à 1 mois près<sup>17,18</sup>. L'âge de sevrage est plus précis que le rappel lié à l'introduction de nourriture<sup>17,19,20</sup>. Aux Etats-Unis, des prévalences d'allaitement ont aussi été analysées à partir d'une enquête de couverture vaccinale en 2002 avec le même biais que le nôtre<sup>17</sup>. Par conséquent, nous ne pensons pas qu'il y ait de biais de rappel pour l'AM à la maternité ni pour les questions sociodémographiques qui s'y rapportent.

### **Actions envisageables**

Différents auteurs montrent un effet positif de l'information reçue sur l'initiation de l'AM<sup>6,15</sup>. Au vu de l'impact majeur de l'attitude du père et de l'influence positive des connaissances des parents sur la prévalence de l'AM, un effort tout particulier devrait être fourni en période préconceptionnelle et en période prénatale concernant la promotion de l'allaitement. Cette dernière ne devrait donc pas se concentrer uniquement sur la (future) mère mais s'adresser automatiquement au (futur) père. Il devrait donc être envisagé, comme l'ont recommandé un grand nombre d'auteurs<sup>2,6,14,21,22</sup> que le père soit plus souvent pris en compte pendant les périodes prénatale et postnatale<sup>7</sup> entre autres sur les questions d'alimentation du nourrisson. A la maternité, il semblerait nécessaire de préciser aux parents que l'AM exclusif est recommandé pour les 6 premiers mois de vie ; même si cet idéal est bien souvent difficile à tenir, il donne néanmoins un objectif vers lequel tendre. Les connaissances des mères ne sont pas suffisantes, puisque seules 20 % de celles-ci connaissent la durée idéale de l'AM exclusif.

Il pourrait aussi être utile d'utiliser les définitions de l'AM de l'O.M.S. afin notamment d'avoir des données comparables aux autres régions et pays. Au moment de la récolte des données à la maternité, il devrait être possible de pouvoir faire la différence entre la mise au sein et la sortie de la maternité afin de décrire correctement la situation et d'essayer de comprendre les enjeux qui se déroulent pendant le séjour. Même si cette période n'apparaît pas comme critique à Bruxelles, avoir de meilleures définitions temporelles permettrait une meilleure surveillance pour éventuellement mieux contrôler le décrochage à la sortie de la maternité. Bien souvent, les données de l'AM sont fournies pour l'entièreté de la Fédération Wallonie-Bruxelles, or une analyse différenciée montre une situation acceptable à Bruxelles et insatisfaisante en Wallonie (AM à la sortie de la maternité en Wallonie : 75,7 % dont 66,4 % d'AME vs Bruxelles 90,6 % dont 80,9 % d'AME<sup>23</sup>). Par conséquent, continuer à agréger les données des deux Régions reviendrait à sous-estimer la situation insatisfaisante de Wallonie et par conséquent définir des solutions en

demi-teintes non adaptées à une situation qui pose question.

Conflits d'intérêt : néant.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la santé : Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève, 2003
2. Leahy-Warren P, Mulcahy H, Phelan A, Corcoran P : Factors influencing initiation and duration of breast feeding in Ireland. *Midwifery*, 6 mars 2013
3. Collectif, Prévention et petite enfance : Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, Bruxelles, Office de la Naissance et de l'Enfance, 2011
4. Ibanez G, Martin N, Denantes M, Saurel-Cubizolles M-J, Ringa V, Magnier A-M : Prevalence of breastfeeding in industrialized countries. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2012 ; 60 : 305-20
5. Dennis C-L : Breastfeeding initiation and duration : a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002 ; 31 : 12-32
6. Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H : Breastfeeding rates and duration in Germany : a Bavarian cohort study. *Br J Nutr* 2008 ; 99 : 1127-32
7. Mannion CA, Hobbs AJ, McDonald SW, Tough SC : Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *Int Breastfeed J* 2013 ; 8 : 4
8. Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C *et al.* : [Initiation and duration of breastfeeding in obstetrical hospitals of Aix-Chambery (France)]. *Arch Pediatr* 2001 ; 8 : 807-15
9. O'Campo P, Faden RR, Gielen AC, Wang MC : Prenatal factors associated with breastfeeding duration : recommendations for prenatal interventions. *Birth* 1992 ; 19 : 195-201
10. Robert E, Swennen B : Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale. Ecole de Santé Publique, ULB, 2012
11. Robert E, Swennen B : Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale. Ecole de Santé Publique, ULB, 2006
12. Organisation mondiale de la Santé : Indicateurs servant à évaluer les modes d'allaitement maternel [Internet]. Genève, 1991, Report WHO/CDD/SER/91,14, Corr, 1. [http://whqlibdoc.who.int/hq/1991/WHO\\_CDD\\_SER\\_91.14\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1991/WHO_CDD_SER_91.14_fre.pdf)
13. Office de la Naissance et de l'enfance : Communication personnelle, 2013
14. Guillaumon A, Trombert-Paviot B, Vallée J, Weiss S, Patural H : [Initiation of breastfeeding and early weaning : a prospective study of the health perinatal network Loire-Nord Ardèche]. *Gynecol Obstet Fertil* 2013 ; 41 : 351-5
15. Barriere H, Tanguy M, Connan L, Baron C, Fanello S : [Prenatal breastfeeding information : survey in Pays de Loire, France]. *Arch Pédiatrie* 2011 ; 18 : 945-54
16. Giugliani ER, Bronner Y, Caiaffa WT, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA : Are fathers prepared to encourage their partners to breast feed ? A study about fathers' knowledge of breast feeding. *Acta Paediatr* 1992 1994 ; 83 : 1127-31
17. Li R, Scanlon KS, Serdula MK : The validity and reliability of maternal recall of breastfeeding practice. *Nutr Rev* 2005 ; 63 : 103-10
18. Gillespie B, d'Arcy H, Schwartz K, Bobo JK, Foxman B : Recall of age of weaning and other breastfeeding variables. *Int Breastfeed J* 2006 ; 1 : 4
19. Natland ST, Andersen LF, Nilsen TIL, Forsmo S, Jacobsen GW : Maternal recall of breastfeeding duration twenty years after delivery. *BMC Med Res Methodol* 2012 ; 12 : 179
20. Eaton-Evans J, Dugdale AE : Recall by mothers of the birth weights and feeding of their children. *Hum Nutr Appl Nutr* 1986 ; 40 : 171-5
21. Bonet M, L'Hélias LF, Blondel B : [Exclusive and mixed breastfeeding in a maternity unit in France, 2003]. *Arch Ped* 2008 ; 15 : 1407-15
22. Scott JA, Binns CW, Graham KI, Oddy WH : Temporal changes in the determinants of breastfeeding initiation. *Birth* 2006 ; 33 : 37-45
23. Robert E, Swennen B : Allaitement maternel en Wallonie et à Bruxelles, 2012. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2013 ; 61 (Suppl 4) : S288

### Correspondance et tirés à part :

E. ROBERT  
Ecole de Santé Publique, ULB  
Centre de recherche " Politiques et système de santé, santé internationale "  
Route de Lennik 808  
1070 Bruxelles  
E-mail : [emrobert@ulb.ac.be](mailto:emrobert@ulb.ac.be)

Travail reçu le 12 novembre 2013 ; accepté dans sa version définitive le 18 juin 2014.

## 2.1.5 Comparaison des données issues de l'enquête de couverture vaccinale avec les données récoltées en routine pour Bruxelles (2012)

Les deux sources qui récoltent les données d'allaitement en routine à Bruxelles sont les mêmes que celles fournissant les données wallonnes :

- 1/ La base de données médico-sociales (BDMS) de l'ONE qui contient les données d'allaitement à la naissance pour les maternités qui acceptent le venue de leur personnel auprès des parturientes.
- 2/ Le bulletin statistique obligatoirement complété pour chaque naissance dont seule la version électronique possède une question sur l'allaitement (e-Birth).

### ONE

Le tableau ci-dessous compare les données issues de l'enquête de couverture vaccinale de 2012 avec celles de la BDMS (soulignées et en gras).

**Tableau 12. Comparaison des prévalences d'AM (naissance et sortie de la maternité) de l'enquête de CV (cf. article 1) comparées à celles de l'ONE (soulignées) – Bruxelles**

	Naissance (% , IC 95 %)		Sortie de la maternité (% , IC 95 %)	
<b>Allaitement exclusif</b>	83.3 (80.1-86.4) <b><u>N'existe pas à l'ONE</u></b>	} 93.0 (90.9-95.2) <b><u>95.0</u></b>	80.9 (77.6-84.2) <b><u>92.3</u></b>	} 90.6 (88.2-93.1) <b><u>93.8</u></b>
<b>Allaitement partiel</b>	9.7 (7.3-12.2) <b><u>N'existe pas à l'ONE</u></b>		9.7 (7.3-12.2) <b><u>1.5</u></b>	
<b>Alimentation «artificielle»</b>	7.0 (4-8-9.1)	5.0	23.8 (20.2-27.5)	<b><u>6.2</u></b>

On constate qu'à la naissance les données de l'allaitement total (exclusif + partiel) sont assez semblables selon les deux sources (93.0% vs 95.0%), alors qu'à la sortie de la maternité, la proportion d'allaitement total selon l'ONE (93.8%) n'est plus incluse dans l'intervalle de confiance de celle fournie par l'ECV. L'allaitement total est supérieur selon la BDMS.

La déperdition de l'allaitement total entre la naissance et la sortie de la maternité est non significative selon l'ECV et l'ONE.

Par contre, la répartition des différents types d'allaitement est statistiquement différente entre les deux sources de données. En effet, à la sortie de la maternité, l'allaitement exclusif concerne 80.9% des enfants selon l'ECV alors qu'à l'ONE il concerne 92.3% des enfants (différence de 11.4%). Les différences pour l'allaitement partiel sont, par conséquent, fort différentes (9.7% vs 1.5%).

Qu'il s'agisse de Bruxelles ou de Wallonie, il y a correspondance entre les taux d'allaitement total à la naissance. Par contre, l'allaitement total à la sortie de la maternité est plus élevé selon l'ONE, même si en Wallonie la différence n'était pas significative. Ce résultat n'est pas étonnant étant donné que la question (type d'alimentation ce jour) est considéré comme l'alimentation au jour de sortie et donc probablement toujours surestimé par la BDMS. La répartition entre les différents types d'allaitement est totalement différente selon les deux sources de données.

À Bruxelles, l'objectif défini par l'ONE (85% de bébés allaités à la naissance) est atteint et celui de 75% d'allaitement exclusif l'est aussi et ceci selon les deux sources de données.

En ce qui concerne l'allaitement partiel, le même constat qu'en Wallonie doit être mentionné. Le taux de 1.5% d'allaitement partiel de l'ONE ne semble pas être cohérent par rapport aux valeurs trouvées dans l'ECV (9.7%). Il en est de même quand on compare les données de l'ONE avec celles de l'IHAB. (Hôpital Saint- Pierre, 4.8%, Hôpital Érasme, 8.2%).

Les conclusions sont donc les mêmes que celles apportées au chapitre qui concernait la Wallonie.

### E-Birth

Selon le Cepip, pour les enfants nés à Bruxelles en 2014, 94.8% des mères qui ont accouché dans une maternité utilisant e-Birth ont notifié leur intention d'allaiter au moment de l'accouchement (56). Autrement dit, ce résultat corrobore celui de l'enquête de couverture vaccinale (93% d'allaitement à la naissance en 2010) et celui de l'ONE (95%).

## 2.2 Durées de l'allaitement maternel

### 2.2.1 Breastfeeding duration: a survival analysis data from a regional immunization survey (article 4)

## Research Article

# Breastfeeding Duration: A Survival Analysis—Data from a Regional Immunization Survey

E. Robert,<sup>1</sup> Y. Coppieters,<sup>2</sup> B. Swennen,<sup>1</sup> and M. Dramaix<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Research Center of Health Policy and Systems-International Health, School of Public Health, Université Libre de Bruxelles, Route de Lennik 808, 1070 Brussels, Belgium

<sup>2</sup> Research Center of Epidemiology, Biostatistics and Clinical Research, School of Public Health, Université Libre de Bruxelles, Route de Lennik 808, 1070 Brussels, Belgium

Correspondence should be addressed to E. Robert; [emrobert@ulb.ac.be](mailto:emrobert@ulb.ac.be)

Received 28 February 2014; Accepted 20 May 2014; Published 4 June 2014

Academic Editor: Jareen Meinzen-Derr

Copyright © 2014 E. Robert et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**Objective.** To report the duration of and factors associated with exclusive and any breastfeeding among the French-speaking community of Belgium (Wallonia). **Material and Methods.** A two-stage cluster sample was drawn from the population of children aged 18–24 months living in the area in 2012. Anamnestic data on breastfeeding and sociodemographic information were collected from 525 mothers. Cox's proportional hazards model was used to identify factors associated with discontinuing breastfeeding. **Results and Discussion.** Only 35.1% of the women were satisfied with their duration of any breastfeeding. At 3 months, 54.1% of the infants were breastfed, of which 40.6% exclusively, with these percentages falling to 29.1% and 12.6% at 6 months. Exclusive and any breastfeeding durations were independently positively associated ( $P < 0.05$ ) with foreign-born mothers, awareness of WHO recommendations, and maternity leave  $>3$  months. Exclusive BF duration was associated with higher parental income and the prenatal decision to breastfeed. The duration of any breastfeeding was associated with the mothers' age of  $\geq 30$  years and whether they were exclusively breastfeeding at discharge from the maternity unit. **Conclusions.** Programs promoting and supporting BF should concentrate on training prenatal health-care professionals. Prenatal professional advice may promote adherence to WHO BF guidelines. The benefits of exclusive BF should be emphasized. Pregnant women should be discouraged from introducing supplementary feeding in the maternity ward.

## 1. Introduction

Worldwide, the recommendation since 2003 has been for mothers to exclusively breastfeed their babies for the first 6 months and to continue to breastfeed up to 2 years of life [1]. The obvious benefits of breastfeeding (BF) for both child and mother are fully described [2].

Great differences exist in BF prevalence and duration both within and between European countries [3]. On the basis of data prior to 2000, Cattaneo et al. gave, for Belgium, BF rates that were among the lowest in Europe: 30–37% at 3–4 months, 10% at 6 months, and 4% at 12 months [4]. In 2001, Yngve and Sjöström wrote that Belgium, France, the Netherlands, and Italy seemed to be the EU countries with the greatest challenges ahead. Indeed, data collection, promotion, and policy are particularly limited in these countries [3]. The

Office of Economic Cooperation and Development (OECD) shows that Belgium, France, and Ireland had the worst breastfeeding-at-birth rates in 2005 [5].

The findings of various literature reviews show that BF duration depends on a large number of factors. Older mothers, multiparity, and a higher social class are associated with longer BF durations [6–8]. Full-term pregnancy and vaginal births positively influence BF duration. Some psychosocial factors (knowledge, family support, etc.) are also significant as regards BF duration [9, 10]. Maternity-leave duration also has an impact on the duration of BF [6, 11, 12]. Maternity-leave systems differ across European countries with regard to duration and payments [5]. Maternity leave in Belgium is 15 weeks' not full pay and is one of the shortest in Europe. Belgium, like various others countries, offers the possibility of prolonging the parental leave period.

The Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) can also play a role in improving BF prevalence and duration [13]. In 2010, 22 maternity units (including 6 in Wallonia) out of the country's 177 units were BFHI accredited. Belgium did not have any BFHI-accredited maternity units in 2003.

The two existing data sources in Wallonia only document breastfeeding at birth. The first source is the maternal and child health (MCH) program, which collects data from the maternity ward. However, not all hospitals allow visits from MCH medical social workers. Therefore, the data collected by this program is not exhaustive. The second source of information comes from the BFHI-accredited hospitals, which collect data on exclusive maternal breastfeeding. This data is incomplete and biased as it is from accredited maternity units. The BFHI protocol and MCH questionnaire contain no socioeconomic data on parents. The BFHI data is not published.

In Belgium, at present, there are still no regular standardized surveys on BF, and no specific studies have been conducted on the duration of BF and its associated factors. It was therefore decided to introduce a breastfeeding module, based on World Health Organization (WHO) definitions, in the vaccination coverage survey [14], the only survey that is representative of the entire French-speaking community of Belgium and is targeted at young children.

Over the years, BF rates in Wallonia have risen, but they remain low compared with other European countries. Very few mothers achieve the BF duration they would like to achieve. Given these issues, the risk factors associated with weaning need to be determined so as to develop appropriate solutions and possibly strengthen existing programs in order to achieve longer BF durations. We will therefore examine to what extent BF duration in Wallonia is determined by the various characteristics frequently cited in the literature.

## 2. Material and Methods

**2.1. Population and Sampling.** An expanded program on immunization (EPI), two-stage cluster sampling study was conducted between May and July 2012. The list of municipalities for each province was obtained from the Belgian Directorate General for Statistics and Economic Information (DGSE). In the first stage, 55 clusters were selected with probability proportional to size, which allowed larger municipalities to be drawn more than once. A list of children born between May 31 and November 30, 2010, was obtained from each selected community. In the second stage, 12 children in each cluster were randomly selected from the municipality list. Each family selected received a brief information letter announcing that an interviewer would visit them to conduct a survey on "infancy." Families were substituted with a replacement if they could not be contacted after three attempted visits. All of the children were aged between 18 and 24 months at the time of the survey. Each questionnaire was thoroughly checked by the person responsible for the survey. For each outlier, if necessary, a phone call to the parents was made to verify the information and correct it.

The sample was representative of the French-speaking community of Belgium. Indeed, the sociodemographic data

was comparable to the database of the Perinatal Epidemiology Centre (CEPIP) which records and analyzes all statistical reports on births in the region [15]. The region covers the French-speaking area of the country and represents 35% of the Belgian population. The database was registered by the Commission for the Protection of Privacy in Belgium.

**2.2. Variables Used.** A 16-question breastfeeding module was introduced in the survey. Data for BF is retrospective. The questions on BF can be grouped into four categories: (i) the type of BF at birth and at discharge from the maternity ward; (ii) the age of the child when any and exclusive BF was stopped; (iii) the main reasons for stopping any and exclusive BF (open questions); (iv) BF predictors (BFHI, mode of delivery, father's attitude, etc.).

All of the independent variables were dichotomized apart from the parents' level of education and the "age of infant when mother returned to work," which was broken down into three categories. For this predictor, "≤3 months" corresponds to students and self-employed or employed mothers who settled for the legal maternity-leave period, "4+ months" corresponds to the mothers who took extended parental leave, and the third category includes mothers who were unemployed and consequently did not return to work.

"Exclusive breastfeeding" is defined as the intake of breast milk (directly expressed or from a wet nurse) without any additional liquids or solid/semisolid foods; intakes of oral rehydration solution (ORS), vitamins, minerals, or medications in the form of drops or syrups are allowed [16].

**2.3. Statistical Analysis.** Only mothers who breastfed at birth were included in the analyses. The duration of any and exclusive BF was based on the month during which BF was stopped. The factors associated with any and exclusive BF durations were studied. The median durations and 95% CI of any and exclusive BF were derived using Kaplan-Meier survival curves. The Log-Rank and Breslow tests were used to assess the equality of the survival curves. We performed Cox proportional hazards (PH) models. The covariates included in the multivariable Cox model were selected by a backward stepwise procedure. All variables associated with the duration of BF with  $P$  values  $\leq 0.10$  were included in the final model. PH assumption was assessed checking the parallelism of the curves  $\text{Ln}(-\text{Ln}(S(t)))$ , with  $S(t)$  being the survival curve derived from the Cox model. Potential interactions were tested. They were nonsignificant. Epi-Info (6.04d.fr) and SPSS-IBM Statistics 22 were used for encoding and all statistical analyses.

## 3. Results

A total of 525 respondents completed the module on breastfeeding. 480 mothers (91.5%), 37 (7.0%) fathers, and 8 (1.5%) grandmothers responded to the survey. A little under a quarter of the infants had been born in a BFHI-accredited maternity unit. More than 92% of the children had been born at full term, and 78% were born vaginally. Nearly 43% of the children were ranked 1 (Table 1). The majority of the

TABLE 1: Characteristics of the children and median duration of any and exclusive BF (in months) with 95% confidence interval (CI), *P* values.

	% ( <i>n</i> )	Any breastfeeding			Exclusive breastfeeding		
		Median duration	95% CI	<i>P</i> value	Median duration	95% CI	<i>P</i> value
BF at discharge maternity unit							
Exclusive	87.0 (348)	4.5	4.0–5.0	<0.001			
Partial	13.0 (52)	3.0	2.0–4.0				
First-born infant							
Yes	42.9 (225)	4.0	3.5–4.5	0.01	3.0	2.5–3.4	0.08
No	57.1 (299)	4.0	3.3–4.7		3.0	2.7–3.3	
Full term							
Yes	92.2 (484)	4.0	3.5–4.5	0.04	3.0	2.8–3.2	0.8
No	7.8 (41)	3.5	2.0–5.0		2.0	0.8–3.2	
Delivery in BFHI							
Yes	23.5 (118)	3.0	2.3–3.7	0.3	3.0	2.5–3.5	0.2
No	76.5 (385)	4.0	3.4–4.6		3.0	2.7–3.3	
Mode of delivery							
Vaginal	78.2 (410)	4.0	3.5–4.5	1.0	3.0	2.7–3.2	0.6
Cesarean section	21.8 (114)	4.5	3.6–5.4		3.0	2.0–4.0	
Infant gender							
Male	51.8 (271)	4.0	3.2–4.8	0.5	3.0	2.7–3.3	0.9
Female	48.2 (252)	4.0	3.3–4.6		3.0	2.5–3.5	
Month of birth							
May–September	66.3 (349)	4.5	4.0–5.0	0.03	3.0	2.7–3.3	0.01
October–November	33.7 (177)	3.0	2.3–3.7		2.0	1.5–2.5	
MCH attendance							
Yes	72.6 (382)	4.0	3.5–4.5	1.0	3.0	2.8–3.2	0.6
No	27.4 (144)	4.5	3.6–5.4		3.0	2.5–3.5	

mothers (60.1%) were aged 30 years or older at the time of the survey. Only 21.0% of the mothers had taken just the legal maternity leave of 15 weeks and nearly half (45%) had taken breastfeeding leave or parental leave. The majority of the mothers (71.8%) were of Belgian origin and 65% had made the decision to breastfeed before pregnancy. More than a quarter of the mothers knew the WHO recommendation of 6 months' exclusive breastfeeding (Table 2). Among the mothers who had started BF, only 35.1% were satisfied with the duration of their breastfeeding (not included in table). Nearly one in five fathers was not in favor of breastfeeding (Table 3).

**3.1. Prevalence of Breastfeeding in the Maternity Unit at 3, 6, and 12 Months.** The median duration of any BF was 4.0 months (min-max) (0.03–21.4) and of exclusive BF 3.0 months (0.03–11.0). The proportion of women breastfeeding at birth was 81.7% (95% CI) (78.4–85.0) with 73.1% (69.4–76.9) exclusively breastfeeding. 18.3% of the women did not breastfeed at all at birth. At discharge from the maternity unit, 76.4% (72.2–79.6) of the women were breastfeeding with 66.4% (62.2–70.3) of infants being exclusively breastfed. At 3 months of age, more than one-half (54.1%) (49.8–58.4) of the infants were receiving some breast milk and 40.6% (36.4–44.8) were being exclusively breastfed. At 6 months of age, 29.1% (25.3–33.0) of the infants were receiving some breast milk and 12.6% (9.7–15.4) were being exclusively breastfed.

And at 12 months, the prevalence of BF was 10.9% (8.2–13.5) (Figure 1).

**3.2. Factors Associated with the Duration of Any and Exclusive Breastfeeding.** Children who were exclusively breastfed at birth were breastfed one and a half months longer than children for whom breast-milk substitutes had been introduced. Children born at full term were breastfed slightly longer (0.5 months) than those born prematurely. While the median duration of any BF was identical for the children ranked 1 and for the others, after 4–5 months, the proportion of children ranked >1 still being breastfed was higher (Figure 2). The gestation period had no significant impact on the duration of exclusive BF. Being born in a BFHI-accredited maternity unit did not influence the duration of either exclusive or any BF. The same can be said for the type of delivery and the sex of the child. Children born during the warmer months were breastfed longer than those born in autumn (Table 1).

The median duration for exclusive and any BF was longer for mothers who were foreign born, those who knew the WHO recommendation, those who had chosen to breastfeed before getting pregnant, those who had taken parental leave, and those who were unemployed. The mother's age only seemed to have an impact on any BF. The median duration increased with the mother's level of education but, overall, there was no significant difference between the curves (Table 2).

TABLE 2: Maternal characteristics and median duration of any and exclusive BF (in months) with 95% confidence interval (CI), *P* values.

	% ( <i>n</i> )	Any breastfeeding			Exclusive breastfeeding		
		Median duration	95% CI	<i>P</i> value	Median duration	95% CI	<i>P</i> value
Native nationality							
Belgian	71.8 (377)	3.5	3.1–3.8	<0.001	3.0	2.7–3.3	<0.001
Foreign	28.2 (148)	6.0	5.4–6.6		4.0	3.3–4.7	
Awareness WHO recommendation							
Yes	27.5 (132)	6.0	5.2–6.8	<0.001	4.0	3.5–4.5	<0.001
No	72.5 (348)	3.5	3.1–3.9		3.0	2.6–3.4	
Prenatal maternal intention							
Yes	64.5 (300)	4.5	3.9–5.1	0.006	3.0	2.7–3.3	0.03
No	35.5 (165)	3.0	2.4–3.6		2.0	1.5–2.5	
Age (years)							
16–29	39.9 (205)	3.5	3.0–4.0	0.05	3.0	2.4–3.6	0.3
30–47	60.1 (309)	4.5	3.8–5.1		3.0	2.6–3.4	
Education level							
≤first 3 years of secondary school	34.6 (178)	3.0	2.5–3.5	0.09*	3.0	2.5–3.5	0.2*
Last 3 years of secondary school	23.3 (120)	4.0	2.3–5.7		3.0	2.3–3.7	
Higher education	42.1 (217)	4.5	4.0–5.0		3.0	2.6–3.3	
Age of infant when mother returned to work							
≤3 months	21.0 (109)	3.0	2.5–3.5	<0.001	2.0	1.5–2.5	<0.001
4 months and more	45.6 (236)	4.5	4.0–5.0		4.0	4.0–4.3	
Unemployed	33.4 (173)	4.0	2.7–5.3		3.0	2.0–4.0	

\* Breslow test  $\leq 0.05$ .TABLE 3: Paternal characteristics and median duration of any and exclusive BF (in months) with 95% confidence interval (CI), *P* values.

	% ( <i>n</i> )	Any breastfeeding			Exclusive breastfeeding		
		Median duration	95% CI	<i>P</i> value	Median duration	95% CI	<i>P</i> value
Education level							
≤first 3 years secondary school	40.0 (193)	4.0	3.4–4.6	0.5*	3.0	2.7–3.3	0.7
Last 3 years of secondary school	22.8 (110)	3.0	2.3–3.7		2.0	0.7–3.3	
Higher education	37.2 (180)	5.0	4.4–5.6		3.0	2.6–3.4	
Partner's attitude							
Positive	75.6 (377)	4.0	3.5–4.5	0.006	3.0	2.7–3.3	0.02
Indifferent/negative	24.4 (122)	2.0	1.3–2.7		2.0	1.0–2.9	
Household income (Euros)							
≤2000	37.7 (177)	4.0	3.3–4.6	0.9	2.0	1.5–2.5	0.03**
>2000	62.3 (293)	4.0	3.5–4.5		3.0	2.5–3.4	

\* Breslow test  $\leq 0.05$ ; \*\* Breslow test  $\leq 0.01$ .

The father's positive attitude resulted in a longer median duration for both types of BF. Only the median duration of exclusive BF was longer when the level of household income was higher. The duration of BF was shorter (3 months) when the father had studied as far as upper secondary level. The median duration increased with the father's level of education but, overall, there was no significant difference between the curves (Table 3).

Table 4 shows the factors associated with the risk of stopping any BF and exclusive BF using Cox proportional hazards regression. Mothers who knew the WHO recommendation, women who prenatally intended to breastfeed, mothers who returned to work 3 months after the birth, and mothers of foreign origin were less likely to stop any BF and exclusive

BF than other mothers. Women who perceived their partners to prefer BF and mothers who were 30 years old and over were less likely to discontinue any BF. The introduction of breast-milk substitutes before discharge from the maternity unit was significantly associated with a shorter "any BF" duration. When parental income was higher than €2000 or when mothers gave birth between May and September, children were significantly less likely to stop being exclusively breastfed than others.

#### 4. Discussion

Around ten years ago, Cattaneo noted that Belgium was one of four countries in Europe that faced the biggest challenges,

TABLE 4: Results of Cox's proportional hazards models (HRs, 95% CI) for discontinuing any and exclusive BF, *P* values.

Variables in the model	Any breastfeeding ( <i>n</i> = 303)			Exclusive BF ( <i>n</i> = 286)		
	aHR	95% CI	<i>P</i> value	aHR	95% CI	<i>P</i> value
Mother's native nationality						
Belgian	1		0.006	1		0.002
Foreign	0.7	0.5–0.9		0.6	0.5–0.8	
Prenatal maternal intention						
Yes	0.8	0.6–1.0	0.04	0.7	0.6–0.9	0.02
No	1			1		
Awareness of WHO recommendation						
Yes	0.5	0.4–0.7	<0.001	0.7	0.6–1.0	0.03
No	1			1		
Age of infant when mother returned to work						
≤3 months	1			1		
>3 months	0.4	0.3–0.5	<0.001	0.6	0.4–0.8	0.002
Unemployed	0.5	0.4–0.7	<0.001	0.7	0.5–1.1	0.09
BF at discharge from maternity unit						
Exclusive	0.5	0.3–0.7	<0.001			
Partial	1					
Mother's age						
16–29	1			1		
30–47	0.7	0.5–0.9	0.02	0.9	0.7–1.2	0.7
Partner's attitude						
Positive	0.7	0.5–1.0	0.02	0.8	0.6–1.2	0.3
Indifferent/negative	1			1		
Household income (Euros)						
≤2000	1			1		
>2000	1.0	0.8–1.4	0.7	0.8	0.6–1.0	0.1
Month of birth						
May–September	0.8	0.6–1.0	0.06	0.8	0.6–1.0	0.08
October–November	1			1		
First-born infant						
Yes	1			1		
No	0.9	0.7–1.1	0.2	0.9	0.7–1.1	0.3

particularly as regards breastfeeding data collection [3]. Indeed, we can see that in Belgium (i) the only BF data available is collected by the BFHI program and by the Maternal and Child Health program (MCH), which only concern BF in the maternity unit; (ii) the BF definitions used are still fairly unclear; (iii) there is no representative data of BF duration; and (iv) it is impossible to cross-reference existing data with parents' sociodemographic characteristics.

Given these four issues, in 2012, a module comprising 16 retrospective questions on BF was added to the regional vaccination coverage survey. This data has several advantages. Firstly, it is a representative sample of the infant population of Wallonia. Secondly, the questions make it possible to identify the factors associated with weaning and to obtain their adjusted effects. They also make it possible to obtain the prevalence at specific moments in order to correlate with the WHO [16] and OECD [5] indicators.

**4.1. Main Results.** Exclusive BF at birth in the vaccination coverage survey fell from 73.1% at birth to 66.4% at discharge

from the maternity unit ( $P < 0.01$ ). This finding demonstrates the relevance of being able to measure prevalence at these two different moments and to review the capacity of health-care professionals to encourage and support new mothers to start and continue breastfeeding during the first few days following the birth.

In 2012, the data from the survey showed a prevalence of any BF of 81.7% at birth, 76.4% at discharge from the maternity unit, 54.1% at 3 months, 29.1% at 6 months, and 10.8% at 12 months. In a previous survey in 2009, four dichotomous questions were asked concerning the prevalence of any BF at these four moments. The values obtained were 75.7% (at birth), 48.3%, 26.0%, and 10.0%, respectively [17]. Prevalence in the maternity unit (at birth) and at 3 months, therefore, significantly increased compared with the 2009 vaccination coverage survey. When comparing with the data given by Cattaneo et al. for the whole of Belgium, which for any BF was 30–37% at 3–4 months, 10% at 6 months and 4% at 12 months [4], there has been a marked increase in any BF at 6 and 12 months since the 2000s.

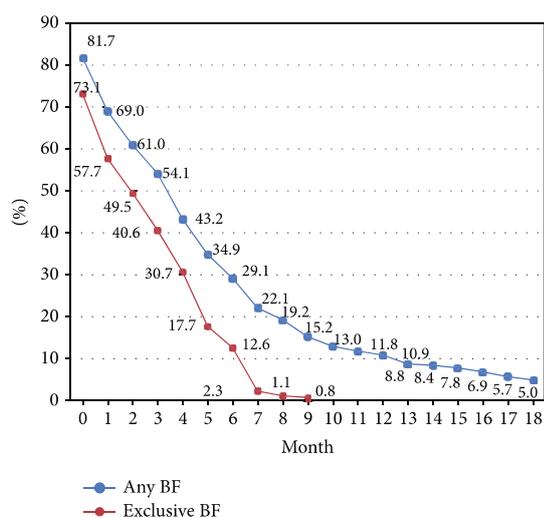


FIGURE 1: Rates of any and exclusive breastfeeding (%) during the infants' first 18 months of life ( $n = 525$ ).

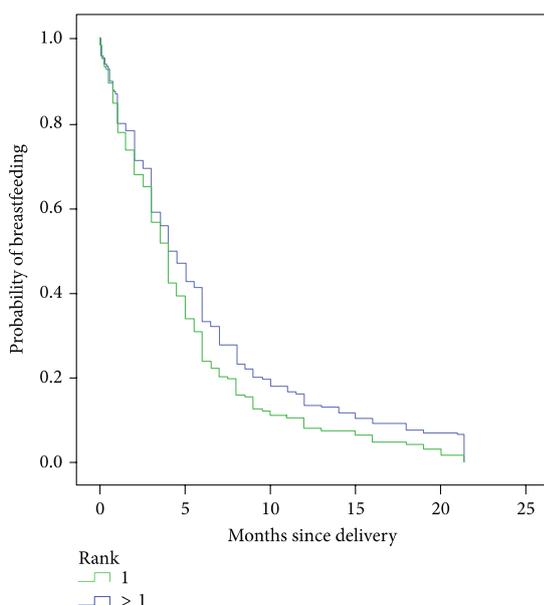


FIGURE 2: Probability of any breastfeeding depending on duration (months) by children's parity.

**4.2. Significant Role of the Father's Attitude and Knowledge of WHO Targets.** Longer BF duration is associated with better maternal infant feeding knowledge [18, 19]. In Wallonia, mothers who knew the WHO BF recommendation breastfed significantly longer than those who did not. Many studies among first-time mothers have shown that maternal awareness in the antenatal period of the recommendation to breastfeed exclusively to age 6 months was significantly and positively associated with initiation and duration of

any BF [18, 20]. Only 26% of mothers knew the WHO recommendation in our study. It is surprising to note that parental knowledge concerning WHO guidelines was no greater when the mother gave birth in a BFHI-accredited maternity unit. A large number of studies have shown the influence of the father's attitude toward breastfeeding on BF initiation and duration [9–12].

**4.3. Relationship between Prenatal Intention to Breastfeed and Duration of Breastfeeding.** The majority (65.2%) of the mothers intended to breastfeed before pregnancy. The median duration of exclusive BF was 3.5 months (3.2–3.8) for women intending to breastfeed before pregnancy and 2.0 months (1.5–2.5) for other women. For any BF the median duration was 4.5 months (3.9–5.0) and 3.0 months (2.5–4.5), respectively. Many studies have shown that women prenatally intending to breastfeed are more likely to initiate and continue BF [10, 21–24]. In Wallonia, as in other studies, the decision period is associated in the Cox model with the duration of any BF and exclusive BF.

**4.4. The Negative Influence of Breast-Milk Substitutes at Discharge from the Maternity Unit.** This study points to a strong negative association between the introduction of breast-milk substitutes at discharge from the maternity unit and the total length of any breastfeeding. A difference of 1.5 months can be seen between the two groups. In 1988, a survey of 5,367 consecutive hospital births in one of the provinces of Belgium (Hainaut) was carried out and showed the same result [25]. Since then, other authors have shown the negative influence of introducing early supplementary breast-milk substitutes in the maternity unit on BF duration [11, 26] and also on the difficulty of meeting the mother's own BF goals [21]. In this respect, only one-third of the mothers in our study (35.1%) were satisfied with their "any BF" duration.

A study carried out in Flanders in 2006 [27], among various categories of health-care professionals, showed that gynecologists, general practitioners, and pediatricians were not sufficiently aware of the negative impact of supplementation in the maternity unit on early weaning. As such, training should be introduced for all health-care professionals in contact with new and expectant mothers so that they are aware of the major impact of supplementation and also of the significant role of an early decision made jointly with the child's father. Indeed, it is important to note that health-care professionals appreciate the influence that positive and active partner support can have on promoting maternal confidence in breastfeeding [28]. Before the mother gives birth, parents should know (i) the WHO guidelines and the reasons for these recommendations; (ii) the negative impact of introducing breast-milk substitutes in the maternity unit and also before 6 months of age on breast-milk production; (iii) all the benefits of BF for both mother and child.

**4.5. Important Role of the Sociodemographic Characteristics of the Parents.** In our study, 21% of the women had returned to work at 3 months or earlier and over 45% of the women had extended their maternity leave with parental leave. Women

who returned to work at 3 months or earlier were breastfeeding shorter (exclusively or any BF) than women who returned to work after 3 months. This negative association between early return to work and BF duration has been reported in many studies in industrialized countries [6, 11, 12, 23]. Belgian maternity leave is 15 weeks and is one of the shortest in Europe [5]. This maternity leave is not full pay.

As in a number of other studies, the mother's nationality of origin has a major influence, in Wallonia, on any BF and exclusive BF [6, 9, 12]. Our research, as many studies, suggests that women from lower socioeconomic groups wean earlier, mainly for exclusive BF [6, 8, 29]. Another observation frequently made is that younger mother's breastfeed for less time than older mothers [12, 18, 29, 30]. A number of researchers have also shown that educated women breastfeed for significantly longer than less-educated women [6, 29, 31]. Despite this, this variable has remained constant in BF studies; the mother's level of education is not associated with BF according to Cox modelling in Wallonia.

Concerning socioeconomic characteristics, the French "Eden" study conducted by Bonet et al. [12] reported results that were fairly similar to our own, even though the analyses were conducted by logistic regression of the prevalence of any and exclusive BF at 4 months. The author reported that the mother's nationality of origin, the duration of their maternity leave, and income are associated with exclusive BF at 4 months, while parity and the mother's age are not associated after adjustment for the other terms of the model. Age, nationality, and maternity-leave duration are associated with any BF as in our study. In Bonet's study, the mother's level of education, and income are associated with any BF, while in our study, these two factors are not associated after adjustment for the other predictors.

**4.6. Minimal Impact of Birth-Related Characteristics on BF Duration.** We showed a shorter "any BF" duration in children born prematurely. This difference is not demonstrated for exclusive BF. This has been confirmed elsewhere [19]. As certain authors have shown [11], the method of delivery has no impact on the duration of BF, unlike in other studies which show early weaning in the event of cesarean [9, 10].

Various authors show more frequent breastfeeding in the maternity unit in primiparous mothers and BF of longer duration in multiparous mothers [11, 21, 31–33]. The difference in the survival curves in Graph 2 demonstrates this. While the survival curves overlap initially, the curves diverge when 50% of the children have been weaned. Consequently, the curves show earlier weaning in children ranked 1. Due to this trend reversal over time, comparison with studies based on BF prevalence at fixed moments (e.g., at 1 or 3 months) can give logistic regression associations that are different from ours [12, 29]. Ingram et al. wrote that significantly more breast milk was produced at 1 week and at 4 weeks for the second lactation and the net increase was greatest for those with the lowest milk output on the first occasion. Mothers spent less time feeding their second baby [34].

Nearly one-quarter (23.5%) of the children in our sample were born in a BFHI-accredited maternity unit. One could

have expected, as other studies have shown, median BF durations to be longer for children born in BFHI-accredited maternity units [13]. We think that a large majority of maternity units are aware of the clear benefits of BF. Maternity units can have a BF support policy without being a BFHI-accredited hospital and can deliver messages that are effective for both BF initiation and BF duration. We have also shown that there is no difference in knowledge between the two types of maternity units as regards duration targets.

**4.7. Limitations of the Study.** At the time of the investigation all the children were aged between 18 and 24 months. Thus, there might have been some recall bias. However, previous studies indicate that the recall of initiation and duration of breastfeeding are more accurate than recall of when foods were introduced [35, 36]. In 2002, in the USA, the prevalence of initiation and duration of breastfeeding was also analyzed using the coverage survey with the same potential bias [32].

We do not know anything about the profile of parents refusing to participate in the study. We do not know if such refusal is linked with a negative attitude toward BF. However, we believe that this bias is limited because the parents did not know the exact topic of the survey before agreeing or refusing to participate. They were informed that it was a survey on infancy. Children residing illegally in Wallonia were not included in the survey.

## 5. Conclusions

Programs to promote and support BF should concentrate on better training for health-care professionals involved in prenatal care. Professional advice that focuses on prenatal maternal knowledge may promote adherence to WHO BF guidelines, and particular emphasis should be placed on the benefits of exclusive BF. Women should be discouraged during pregnancy from introducing breast-milk substitutes while in the maternity ward. In Wallonia, the rate and duration of BF are still the lowest in Europe, just as maternity leave is the shortest in Europe. Developing a breastfeeding culture that also involves increasing the duration of maternity leave would be a consideration.

## Conflict of Interests

The authors declare that there is no conflict of interests.

## References

- [1] World Health Organization, *Global Strategy on Infant and Young Child Feeding*, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2003.
- [2] M. Fewtrell, D. C. Wilson, I. Booth, and A. Lucas, "Six months of exclusive breast feeding: how good is the evidence?" *BMJ*, vol. 342, 2011.
- [3] A. Yngve and M. Sjöström, "Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends," *Public Health Nutrition*, vol. 4, no. 2, pp. 631–645, 2001.

- [4] A. Cattaneo, A. Yngve, B. Koletzko, and L. R. Guzman, "Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation," *Public Health Nutrition*, vol. 8, no. 1, pp. 39–46, 2005.
- [5] OECD, OECD family database, <http://www.oecd.org/els/family/43136964.pdf>.
- [6] D. Thulier and J. Mercer, "Variables associated with breastfeeding duration," *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 38, no. 3, pp. 259–268, 2009.
- [7] G. Ibanez, N. Martin, M. Denantes, M.-J. Saurel-Cubizolles, V. Ringa, and A.-M. Magnier, "Prevalence of breastfeeding in industrialized countries," *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, vol. 60, no. 4, pp. 305–320, 2012.
- [8] C.-L. Dennis, "Breastfeeding initiation and duration: a 1990–2000 literature review," *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, vol. 31, no. 1, pp. 12–32, 2002.
- [9] M. Kohlhuber, B. Rebhan, U. Schwegler, B. Koletzko, and H. Fromme, "Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study," *British Journal of Nutrition*, vol. 99, no. 5, pp. 1127–1132, 2008.
- [10] J. Labarère, C. Dalla-Lana, C. Schelstraete et al., "Initiation and duration of breastfeeding in obstetric hospitals of Aix-Chambéry (France)," *Archives de Pédiatrie*, vol. 8, no. 8, pp. 807–815, 2001.
- [11] J. A. Scott, C. W. Binns, W. H. Oddy, and K. I. Graham, "Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study," *Pediatrics*, vol. 117, no. 4, pp. e646–e655, 2006.
- [12] M. Bonet, L. Marchand, M. Kaminski et al., "Breastfeeding duration, social and occupational characteristics of mothers in the French 'EDEN mother-child' cohort," *Maternal and Child Health Journal*, vol. 17, no. 4, pp. 714–722, 2013.
- [13] S. Merten, J. Dratva, and U. Ackermann-Liebrich, "Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level?" *Pediatrics*, vol. 116, no. 5, pp. e702–e708, 2005.
- [14] E. Robert, Y. Coppieters, B. Swennen, and M. Dramaix, "Breastfeeding duration: A Survival analysis-data from regional immunization survey," *BioMed Research International*, vol. 2014, Article ID 529790, 16 pages, 2014.
- [15] C. Leroy, V. Van Leeuw, A.-F. Minsart, and Y. Englert, *Données Périnatales En Wallonie, Année 2010*, Centre d'épidémiologie périnatale, Bruxelles, Belgium, 2012.
- [16] WHO, Indicators for assessing infant and young child feeding practices—part I: definition, <http://www.who.int/maternal-child-adolescent/documents/9789241596664/en/>.
- [17] E. Robert, M. Despiégelaere, M. Dramaix, and B. Swennen, "Breastfeeding in the French-speaking community of Belgium," *Arch Pédiatrie*, vol. 21, no. 4, pp. 355–362, 2014.
- [18] L. M. Wen, J. M. Simpson, C. Rissel, and L. A. Baur, "Awareness of breastfeeding recommendations and duration of breastfeeding: findings from the healthy beginnings trial," *Breastfeeding Medicine*, vol. 7, no. 4, pp. 223–229, 2012.
- [19] E. Peters, K.-H. Wehkamp, R. E. Felberbaum, D. Krüger, and R. Linder, "Breastfeeding duration is determined by only a few factors," *European Journal of Public Health*, vol. 16, no. 2, pp. 162–167, 2006.
- [20] H. Kronborg and M. Væth, "The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding," *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 32, no. 3, pp. 210–216, 2004.
- [21] C. G. Perrine, K. S. Scanlon, R. Li, E. Odom, and L. M. Grummer-Strawn, "Baby-Friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention," *Pediatrics*, vol. 130, no. 1, pp. 54–60, 2012.
- [22] S. M. Donath and L. H. Amir, "Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breast-feeding: a cohort study," *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, vol. 92, no. 3, pp. 352–356, 2003.
- [23] E. M. Taveras, R. Li, L. Grummer-Strawn et al., "Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding," *Pediatrics*, vol. 113, no. 4, pp. e283–e290, 2004.
- [24] B. Branger, L. Dinot-Mariau, N. Lemoine et al., "Duration of breastfeeding from 15 maternity wards of the perinatal network in the Pays de la Loire area," *Archives de Pédiatrie*, vol. 19, no. 11, pp. 1164–1176, 2012.
- [25] M. Dramaix, N. Miakala, R. Tonglet, D. Bresseur, and P. Hennart, "Etude prospective de la prévalence de l'allaitement maternel dans la province de Hainaut (Belgique)," *Archives of Public Health*, vol. 48, 1990.
- [26] J. E. Parry, D. K. M. Ip, P. Y. K. Chau, K. M. Wu, and M. Tarrant, "Predictors and consequences of in-hospital formula supplementation for healthy breastfeeding newborns," *Journal of Human Lactation*, vol. 29, no. 4, pp. 527–536, 2013.
- [27] J. Adams and A. Dedry, *Kennis Van Gezondheidswerkers Rond Borstvoeding Wat Ze Vandaag (Al?) Weten En morgen(Nog?) moeten leren, Om OvermorgEn Voedende Moeders Succesvol Te begeleiden*, De Bakermat, Leuven, Belgium, 2006.
- [28] C. A. Mannion, A. J. Hobbs, S. W. McDonald, and S. C. Tough, "Maternal perceptions of partner support during breastfeeding," *International Breastfeeding Journal*, vol. 8, no. 1, article 4, 2013.
- [29] R. Li, N. Darling, E. Maurice, L. Barker, and L. M. Grummer-Strawn, "Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: the 2002 National Immunization Survey," *Pediatrics*, vol. 115, no. 1, pp. e31–e37, 2005.
- [30] M. Dulon, M. Kersting, and S. Schach, "Duration of breastfeeding and associated factors in Western and Eastern Germany," *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, vol. 90, no. 8, pp. 931–935, 2001.
- [31] M. Jessri, A. P. Farmer, K. Maximova, N. D. Willows, and R. C. Bell, "Predictors of exclusive breastfeeding: observations from the Alberta pregnancy outcomes and nutrition (APrON) study," *BMC Pediatrics*, vol. 13, no. 1, article 77, 2013.
- [32] R. Li, C. Ogden, C. Ballew, C. Gillespie, and L. Grummer-Strawn, "Prevalence of exclusive breastfeeding among US infants: the third national health and nutrition examination survey (phase II, 1991–1994)," *American Journal of Public Health*, vol. 92, no. 7, pp. 1107–1110, 2002.
- [33] E. Kim, S. E. Hoetmer, Y. Li, and J. E. Vandenberg, "Relationship between intention to supplement with infant formula and breastfeeding duration," *Canadian Journal of Public Health*, vol. 104, no. 5, pp. e388–e393, 2013.
- [34] J. Ingram, M. Woolridge, and R. Greenwood, "Breastfeeding: it is worth trying with the second baby," *The Lancet*, vol. 358, no. 9286, pp. 986–987, 2001.
- [35] R. Li, K. S. Scanlon, and M. K. Serdula, "The validity and reliability of maternal recall of breastfeeding practice," *Nutrition Reviews*, vol. 63, no. 4, pp. 103–110, 2005.
- [36] B. Gillespie, H. d'Arcy, K. Schwartz, J. K. Bobo, and B. Foxman, "Recall of age of weaning and other breastfeeding variables," *International Breastfeeding Journal*, vol. 1, article 4, 2006.

## 2.2.2 Durées d'allaitement maternel à Bruxelles : analyse de survies issues d'une enquête de couverture vaccinale (article à soumettre pour publication)

## Durées d'allaitement maternel à Bruxelles : analyse de survies issues d'une enquête de couverture vaccinale

(Article à soumettre)

### Résumé

#### Objectifs

L'objectif est de présenter les durées et les facteurs associés à l'allaitement maternel (AM) y compris l'allaitement maternel exclusif (AME) à Bruxelles.

#### Matériel et méthodes

Une enquête transversale et représentative des enfants de 18 à 24 mois a été réalisée en 2012. Les données sont anamnestiques et rétrospectives. Les facteurs associés à la durée de l'AM (y compris AME) ont été identifiés par analyse bivariée puis par modèle de Cox. Les âges médians d'arrêt de l'AM et AME ont été dérivés des courbes de survie de Kaplan-Meier.

#### Résultats

Les données concernaient 544 mères. À la naissance 93.0% (95% CI) (90.9-95.2) des mères ont allaités dont 83.3% (80.1-86.4) de façon exclusive. A 6 mois, 60% des enfants étaient allaités dont 26% de façon exclusive. La durée médiane de l'AM était de 6 mois (min-max) (0.03-24.0) et celle de l'AME de 4.0 mois (0.03-11.0). Ne pas travailler, avoir prolongé son congé de maternité, avoir un conjoint soutenant, avoir accouché par voie basse favorisaient l'AM (y compris l'AME) de plus longue durée. Par contre, l'introduction de préparations pour nourrissons à la maternité induisait un AM de durée moindre.

#### Discussion

Alors que les taux et durées de l'AM (y compris AME) à Bruxelles sont supérieurs à la plupart des pays à hauts revenus, selon les recommandations de l'OMS seuls 26% des enfants sont exclusivement allaités à 6 mois et 11% allaités à 18 mois. Un effort reste à fournir pour prise en charge des parturientes à la maternité et à la sortie de celle-ci.

## Introduction

L'OMS recommande un allaitement exclusif (AME) de 6 mois et un allaitement complété de deux ans ou plus (1). Les avantages de l'allaitement maternel (AM) dont l'AME dans un premier temps sont démontrés par de nombreuses sources (2,3). Les recherches actuelles en physiologie et en épigénétique fournissent une meilleure compréhension des différents mécanismes et interactions mis en place dans la dyade mère-enfant qui font la supériorité du lait maternel pour le nourrisson (2).

De grandes différences existent quant aux durées d'allaitement entre les pays à travers le monde (2). Sur base de données antérieures à 2000, Yngve and Cattaneo donnent pour la Belgique des taux parmi les plus bas d'Europe : 30-37% d'enfants allaités à 3-4 mois, 10% à 6 mois et 4% à 12 mois (4). En 2001, Yngve écrivait que la Belgique, la France, les Pays-Bas et l'Italie semblaient être les pays à avoir les challenges les plus importants en la matière (5).

Vu la complexité politique belge, il est très difficile d'obtenir des données à l'échelon national pour des compétences régionalisées et par conséquent de fournir des données à des institutions internationales telle que l'OMS. Par ailleurs, très récemment, un article montrait l'inexistence de données d'AM à 12 mois pour la Belgique (2).

Vu le manque de données représentatives en matière d'AM à l'échelle régionale et afin de connaître les prévalences à la maternité, les durées et les facteurs y étant associées, un module ad hoc a été introduit dans l'enquête de couverture vaccinale (ECV) réalisée en 2012. Les résultats concernant les prévalences d'allaitement à la maternité et les facteurs y étant associés ont été publiés précédemment (6).

L'objectif des analyses présentées dans cet article vise à estimer dans quelle mesure la durée de l'allaitement (y compris d'AME) est déterminée par les différentes caractéristiques fréquemment retrouvées dans la littérature (études des parents, revenus du travail, soutien du père, Initiative hôpital ami des bébés (IHAB), ...) dans une Région qui présente des spécificités particulières au niveau de sa population. En effet, l'une des particularités de Bruxelles est d'avoir une population plus jeune que celle du reste du pays et de par ce fait avoir un nombre plus important de femmes en âge de procréer (7). Bruxelles présente une natalité importante. La population étrangère participe largement à la particularité de la pyramide des âges bruxelloise (7). Une partie de cette population est constituée de femmes non européennes, plus jeunes et issues en général d'un milieu moins aisé économiquement. Celles-ci sont plus fréquemment grande multipare et font leurs derniers enfants tardivement. La population étrangère est aussi composée d'une grande partie de femmes migrantes européennes issues d'un milieu plus aisé qui ont plus souvent des grossesses tardives (8). A Bruxelles et en Wallonie, l'AM est plus fréquent dans la population d'origine étrangère (6,9). Outre une population plus jeune à forte densité étrangère, Bruxelles présente le taux de chômage et de revenus d'intégration le plus élevé du pays, ceci quel que soit le niveau de diplôme (7).

## Méthode

### *Échantillon étudié*

Les données concernant l'AM sont issues de l'étude de ECV réalisée en 2012 (10). Cette enquête est basée sur un échantillonnage stratifié proportionnel à la taille des 19 communes bruxelloises. La population est définie par tous les enfants dont l'âge est compris entre 18 et 24 mois au moment de l'enquête. Seize questions concernaient l'AM. Une demande d'obtention de la liste des enfants nés entre le 31 mai et 30 novembre 2010 et résidant dans les 19 communes, a été adressée aux différentes communes. Le calcul de la taille de l'échantillon a été basé sur le vaccin qui a obtenu le

plus faible taux de couverture lors de l'enquête précédente (2006), augmenté du taux de non-répondants de cette dernière. Les questionnaires ont été réalisés en face-à-face avec les parents au domicile des enfants par des enquêteurs formés. La méthodologie plus détaillée des ECV bruxelloises a été décrite lors d'articles précédents sur la vaccination (10) et l'allaitement (6).

### *Analyses statistiques*

Les associations entre chaque facteur ou déterminant socio-démographique et les durées de l'allaitement maternel ont été testées par le chi carré de Pearson et évaluées au moyen d'Odds Ratio bruts (ORb) et de leurs intervalles de confiance à 95% (95%CI). Seules les mères allaitantes à la naissance sont incluses dans les analyses. Les durées sont calculées sur base du mois de sevrage de l'allaitement. Les durées médianes et l'intervalle de confiance (95%CI) de l'allaitement maternel sont dérivées des courbes de survie de Kaplan-Meier. Les tests de Log-Rank et de Breslow ont été utilisés pour évaluer l'égalité des courbes de survie. Les résultats des deux tests sont présentés uniquement quand ceux-ci sont fort différents l'un de l'autre. Dans le cas contraire, seul le test de Log-Rank est présenté. Les modèles de Cox utilisés pour tester les associations de durée de l'allaitement ont été construits à l'aide d'une sélection pas à pas ascendante avec un seuil d'entrée de 0.05 et de sortie de 0.1. Le masque de saisie et l'encodage des données ont été réalisés avec le logiciel EPI-info version 6.04d. Les données ont été transférées dans IBM SPSS Statistics 24 pour les analyses statistiques.

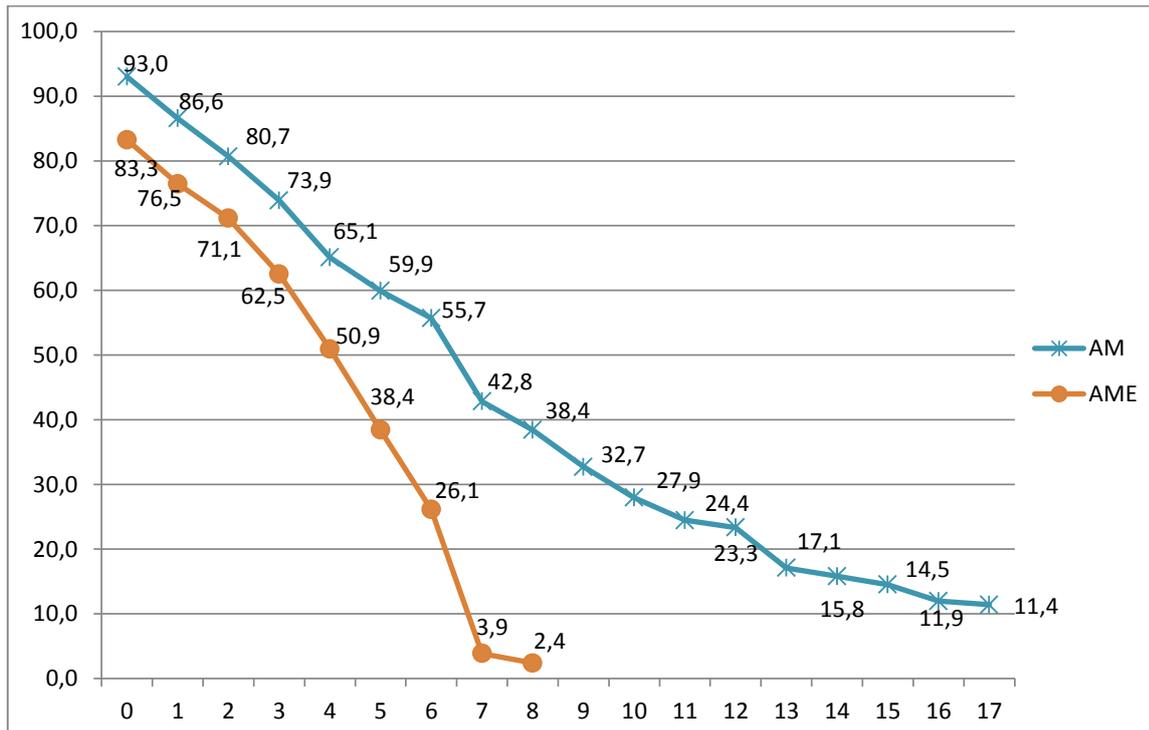
### *Variables utilisées*

La variable indépendante « âge de l'enfant quand la mère est retournée travailler » est ventilée en 3 catégories afin d'obtenir un nombre minimum d'individus dans chacune de celle-ci. La première étant constituée des mères ayant tout au plus 3 mois de congé de maternité, la deuxième des mères ayant prolongé ce congé par un congé parental ou congé d'allaitement, et enfin la troisième catégorie concerne les mères sans emploi. Les définitions de l'allaitement sont celles de l'OMS (1) et présentées dans les articles précédents (6,11).

## **Résultats**

### *Description de l'échantillon*

La taille initiale de l'échantillon était de 597 enfants. Un contact a été établi avec 95.5% (n=570) de l'échantillon sélectionné aléatoirement. Le module sur l'allaitement maternel a été complété pour 544 enfants. À Bruxelles, près de 70% des enfants étaient nés dans une maternité labellisée « Initiative hôpital ami des bébés » (IHAB). Plus de 94% des enfants étaient nés à terme, 79% par voie basse et près de 40% étaient de rang 1 (Tableau 1). L'âge moyen des mères dans cette enquête qui visait les enfants de 18 à 24 mois, était de 32.5 ans. Seules 13% des mères ont eu un congé légal de 15 semaines, près de 40% ont prolongé leur congé de maternité et 48% des mères étaient sans emploi. La minorité des mères étaient d'origine belge (24%) et 73% ont pris la décision d'allaiter avant la grossesse. Un cinquième des mères connaissait la durée idéale de l'AME de 6 mois (Tableau 2). Près de 12% des pères n'étaient pas favorables à l'allaitement maternel (Tableau 3).



**Figure 1. Taux d'allaitement et d'allaitement exclusif (%) jusqu'à l'âge de 18 mois**

*Prévalences et durées de l'allaitement maternel*

À la naissance 93.0% (95% CI) (90.9-95.2) des mères ont allaité et parmi elles, 83.3% (80.1-86.4) de façon exclusive. À la sortie de la maternité, 90.6% (88.2-93.1) des mères allaitaient et parmi elles, 80.9% (77.6-84.2) de façon exclusive (non montré dans le graphe). Les déperditions entre ces deux moments n'étaient pas significatives. À l'âge de 3 mois, 73.9% (70.2-77.6) des enfants recevaient encore du lait maternel dont 62.5% (58.4-66.6) de façon exclusive. À l'âge de 6 mois, 55.7% (51.5-59.9) dont 26.1% (22.4-29.8) de façon exclusive. À l'âge de 12 mois, la prévalence de l'allaitement était de 23.3% (19.8-26.9) (Figure 1). La durée médiane de l'allaitement était de 6 mois (min-max) (0.03-24.0) et celle de l'allaitement exclusif de 4.0 mois (0.03-11.0).

**Tableau 1. Caractéristiques des enfants et durées médianes de l'allaitement et de l'allaitement exclusif (en mois) intervalle de confiance de 95%, valeurs de p**

	Allaitement (mois)				Allaitement exclusif (mois)		
	n (%)	Durée médiane	IC 95%	p	Durée médiane	IC95%	p
<b>IHAB</b>							
Oui	68.6 (354)	6.0	5.5-6.5	0.13	4.0	3.7-4.3	0.3
Non	31.4 (162)	6.0	5.7-6.2		4.0	3.5-4.5	
<b>Mode d'accouchement</b>							
Vaginal	79.5 (426)	6.5	6.0-7.0	0.005	4.5	4.2-4.8	0.02

Césarienne	20.5 (110)	6.0	5.4-6.6		3.5	3.0-4.0	
<b>Enfant né à terme</b>							
Non	5.3 (29)	5.0	2.5-7.5	0.12*	4.0	1.9-6.1	0.1
Oui	94.7 (517)	6.0	5.6-6.4		4.0	3.7-4.3	
<b>Sexe</b>							
Masculin	51.6 (282)	6.0	5.3-6.7	0.02**	4.5	4.2-4.8	0.13
Féminin	48.4 (264)	6.0	5.6-6.4		4.0	3.7-4.2	
<b>Mois de naissance</b>							
Mai - Septembre	69.0 (377)	6.0	5.6-6.4	0.3	4.0	3.7-4.3	0.4
Octobre - Novembre	169 (31.0)	6.0	5.0-7.0		4.0	3.7-4.7	
<b>Parité</b>							
1	40.3 (219)	6.0	5.8-6.3	0.06*	4.0	3.4-4.6	0.4
2	31.3 (170)	6.0	5.7-6.3		4.0	3.3-4.7	
3 et 3+	28.4 (154)	7.0	6.0-8.0		4.0	3.5-4.5	
<b>Suivi PMI</b>							
Oui	63.4 (345)	6.0	5.6-6.4	0.5	4.0	3.7-4.3	0.9
Non	36.6 (199)	6.0	5.7-6.3		4.5	4.1-4.9	
<b>Type d'Am à la sortie de la maternité</b>							
Exclusif	89.5 (453)	6.5	6.0-7.0	<0.001	Non pertinent		
Partiel	10.5 (53)	3.0	2.0-4.0				

\*Breslow test= <0.05 \*\* Breslow test= NS

#### *Durées d'AM et caractéristiques de l'enfant*

À Bruxelles, les durées médianes d'AM n'étaient pas différentes pour les enfants nés à terme et dans une maternité IHAB. Il en est de même pour les enfants suivis dans une structure de protection maternelle et infantile (PMI). Les enfants de rang 3 et de rang supérieur étaient allaités plus longtemps mais la différence ne se marquait pas pour l'AME. Les enfants nés par voie basse ou allaités exclusivement à la sortie de la maternité étaient allaités plus longtemps. Ces derniers étaient allaités plus de deux fois plus longtemps (6.5 mois et demi vs 3.0 mois). Les enfants gardés en journée dans un milieu d'accueil étaient allaités, y compris de façon exclusive, moins longtemps que ceux gardés à la maison.

### Durées d'AM et caractéristiques de la mère

Les caractéristiques des mères influençaient la durée de l'AM mais de façon différente selon le type d'allaitement considéré. Les mères d'origine belge allaitaient moins longtemps. Les mères d'origine subsaharienne étaient celles qui allaitaient le moins longtemps de façon exclusive (3 mois), alors qu'elles sevreraient leur enfant le plus tardivement (8 mois). Les mères connaissant la durée idéale de l'AME (6 mois) allaitaient plus longtemps exclusivement. L'âge de la mère jouait un rôle mais uniquement pour le sevrage définitif. L'âge de sevrage mais aussi la durée de l'allaitement exclusif dépendaient directement de la durée du congé de maternité. Les mères qui ne travaillaient pas étaient celles qui allaitaient le plus longtemps, y compris de façon exclusive. Le niveau d'études des mères influençait uniquement l'âge de sevrage définitif. Ni la durée de l'Am exclusif ni le sevrage n'étaient influencés par la période de prise de décision d'allaiter (Tableau 2). Près de 42% (208/499) des mères étaient insatisfaites de la durée de l'AM réalisée (résultat hors tableau).

**Table 2. Caractéristiques des mères et durées médianes de l'allaitement et de l'allaitement exclusif (en mois) intervalle de confiance de 95%, valeur de p**

	Allaitement (mois)				Allaitement exclusif (mois)		
	n(%)	Durée médiane	IC 95%	p	Durée médiane	IC95%	p
<b>Nationalité d'origine</b>							
Belge	24.0 (131)	6.0	5.4-6.6	0.02	4.0	3.7-4.3	0.02
EU 27	20.6 (112)	6.0	5.0-6.7		5.0	4.5-5.5	
Afrique subsaharienne	9.9 (54)	8.0	5.7-10.3		3.0	2.0-4.0	
Afrique du Nord	29.7 (162)	6.0	5.2-6.8		4.0	3.5-4.5	
Autre	15.8 (86)	6.0	4.8-7.2		5.0	4.7-5.3	
<b>Connaissance durée idéale</b>	de deux ans				de 6 m		
Oui	20.3 (111)	7.0	5.7-8.2	0.4	5.0	4.4-5.6	0.002
Non	79.7 (435)	6.0	5.6-6.4		4.0	3.4-4.2	
<b>Période de décision AM</b>							
Avant la grossesse	72.8 (388)	6.5	6.1-6.9	0.3	4.0	3.7-4.3	0.9
Pendant ou après grossesse	27.2 (145)	6.0	5.7-6.3		4.0	3.3-4.7	
<b>Age de la mère (années)</b>							
16-29	28.5 (154)	6.0	5.3-6.7	0.007	4.0	3.5-4.5	0.3**
30 et +	71.5 (386)	7.0	6.5-7.5		4.0	3.7-4.3	
<b>Niveau d'études de la mère</b>							
Max sec. Inférieur	28.6 (154)	8.0	7.0-9.0	0.10	4.0	3.5-4.6	0.08*
Secondaire supérieur	27.6 (149)	6.0	5.3-6.7		4.0	3.5-4.5	
Supérieur et universitaire	43.8 (236)	6.0	5.5-6.5		5.0	4.7-5.3	

<b>Age de l'enfant quand la mère retourne travailler</b>							
< et = 3 mois	12.7 (68)	3.0	2.3-3.7	<0.001	2.5	2.1-2.9	<0.001
> 3 mois	39.1 (210)	6.0	5.8-6.2		4.0	3.7-4.3	
Mère sans emploi	48.2 (259)	8.0	6.8-9.2		5.0	4.6-5.4	
<b>Fréquentation d'une crèche</b>							
Oui	78.3 (426)	7.0	6.2-7.8	<0.001	4.0	3.6-4.4	0.02
Non	21.7 (118)	6.0	5.7-6.2		4.0	3.5-4.5	

\*Breslow test= <0.05, \*\*Breslow test= 0.08

#### *Durées d'AM et caractéristiques du père et du ménage*

L'attitude soutenante du père était associée à des durées d'allaitement plus longues. Par contre, celles-ci n'étaient pas influencées par le niveau d'étude du père (Tableau 3).

**Table 3. Caractéristiques des pères et durées médianes de l'allaitement et de l'allaitement exclusif (en mois) intervalle de confiance de 95%, valeur de p**

	Allaitement (mois)				Allaitement exclusif (mois)		
	n(%)	Durée médiane	IC 95%	p	Durée médiane	IC95%	p
<b>Niveau d'éducation du père</b>							
Max sec. inférieur	26.2 (134)	6.0	5.3-6.7	0.3	4.0	3.4-4.6	0.8
Secondaire supérieur	30.1 (154)	7.0	6.3-7.7		4.0	3.3-4.7	
Supérieur et universitaire	43.8 (224)	6.0	5.5-6.5		4.0	3.6-4.4	
<b>Attitude du conjoint</b>							
Positive	87.9 (459)	6.0	5.6-6.4	0.001	4.0	3.7-4.3	0.002
Indifférente/Négative	12.1 (63)	4.0	2.1-5.9		3.5	2.5-4.5	

Le Tableau 4 montre les facteurs indépendants liés au risque d'arrêt de l'AME et du sevrage après utilisation de modèles de Cox. Les mères sans emploi, qui ont prolongé leur congé maternel par un congé parental ou un congé d'allaitement, celles dont le conjoint est favorable à l'allaitement et celles qui ont accouché par voie basse avaient un risque moindre d'arrêt précoce de l'allaitement (y compris d'allaitement exclusif). Les mères plus âgées et celles pour lesquelles le bébé n'avait pas reçu des PPN à la maternité avaient un risque moindre de sevrage définitif. La parité, le sexe de l'enfant, et la nationalité de la mère n'étaient plus associées à la durée de l'allaitement après ajustement sur les autres termes dans les deux modèles.

**Tableau 4. Hazards ratio ajustés (HRa, IC 95% CI) dans modèles multivariés (Cox) pour l'arrêt de l'allaitement et de l'allaitement exclusif**

	Arrêt AM (n=431)			Arrêt AME (n = 381)		
	HRa*	IC 95%	p	HRa*	IC 95%	p
<b>Mode d'accouchement</b>						
Vaginal	0.7	0.6-0.9	0.007	0.8	0.6-1.0	0.02
Césarienne	1			1		
<b>Age de l'enfant quand la mère retourne travailler</b>						
< et = 3 mois	1			1		<0.001
> 3 mois	0.8	0.6-1.1	0.2	0.5	0.3-0.7	
Mère sans emploi	0.5	0.4-0.7	<0.001	0.4	0.3-0.5	
<b>Attitude du partenaire</b>						
Positive	0.6	0.4-0.8	<0.001	0.7	0.5-0.9	<0.05
Indifférente / Négative	1			1		
<b>Type d'Am à la sortie de la maternité</b>						
Exclusif	0.6	0.4-0.8	<0.001			
Partiel	1					
<b>Age de la mère (années)</b>						
16-29	1					
30 et +	0.7	0.5-0.8	<0.001	-	-	-
<b>Connaissance durée idéale AME</b>	/	/				
Oui				1		
Non				0.7	0.6-0.9	0.003

\*Ajustés pour le type de maternité (IHAB), la prématurité, le sexe, période de décision, la nationalité d'origine de la mère, le niveau d'éducation de la mère, le revenu et le suivi en PMI.

## Discussion

### *Disparités régionales*

En 1997, l'enquête santé (HIS) montrait pour Bruxelles un taux d'AM à trois mois de 45.8% (35.9-55.6) (12). En plus de 15 ans, ce taux a atteint 73.9% (70.2-77.6). La durée moyenne de l'AM pour l'enquête HIS de 1997 montrait que les mères à Bruxelles allaitaient 7 semaines de plus que les mères wallonnes et le taux à 3 mois était de 15 à 20% supérieur à celui des deux autres régions belges. Les prévalences de l'allaitement à la maternité et les durées de celui-ci sont toujours supérieures à Bruxelles par rapport aux deux autres régions pour les enfants nés en 2010. Ces disparités régionales, avec les taux supérieurs à Bruxelles et inférieurs en Flandre, étaient déjà montrées dans les années 1960 (13).

Si l'on compare les durées d'allaitement de Bruxelles avec celles des pays à hauts revenus, la capitale belge obtient les taux parmi les plus élevés à 6 mois. Seuls, le Japon (63%), la Norvège (71%) et la Suisse (62%) ont des taux supérieurs (2). Bruxelles a une prévalence d'allaitement à 6 mois (55.7%) supérieure que celle de la Suède (52%) (2).

Même s'il existe de fortes disparités entre les pays (23% en Allemagne, 19% en Italie, 9% en France et au Canada, 27% aux États-Unis, 34% en Finlande et Norvège, et 60% au Japon) (2), dans la majorité des pays à indice économique élevé, la prévalence d'AM à 12 mois est inférieure à 20% (2). Les résultats issus de l'ECV fournissent un taux d'AM à 12 mois de 23% à Bruxelles.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces taux et durées d'allaitement relativement élevés. Bruxelles compte une importante population immigrée pour laquelle l'allaitement a le plus souvent été la norme, notamment les mères d'origine musulmane (Afrique du Nord et subsaharienne). Selon l'échantillon, près de 50% des mères sont sans travail dans la capitale belge. Même si les mères d'origine étrangère sont nettement plus nombreuses à ne pas travailler, ceci n'explique pas pourquoi à Bruxelles, les durées médianes d'allaitement sont supérieures chez les mères sans emploi. En effet, ce dernier facteur reste associé à l'allaitement maternel après ajustement sur la nationalité d'origine des mères. Par ailleurs, le taux de fécondité a triplé entre 1988 et 2005 pour les femmes de plus de 40 ans à Bruxelles (7). Or, les femmes plus âgées ont tendance à allaiter plus souvent (14) et plus longtemps (15). À Bruxelles, une part de plus en plus importante de la population adopte des techniques de maternage plus traditionnelles (allaitement, portage, co-sleeping, notamment). Les mères issues de ces milieux plus favorisés financièrement et intellectuellement peuvent plus souvent se permettre de prendre un congé parental. Près de 70% des enfants sont nés dans une maternité IHAB. S'il est vrai qu'à Bruxelles, les prévalences d'allaitement à la maternité et les durées ne sont pas supérieures dans ces maternités labellisées, il est probable qu'elles disséminent des attitudes et des messages en faveur de l'allaitement qui donnent le ton aux autres maternités. Cependant, le fait de ne pas être labellisée ne veut pas dire que la maternité ne met pas en place des stratégies pour promouvoir l'allaitement, quitte à mettre en place les mêmes stratégies que celles proposées par l'IHAB.

Même si l'on observe à Bruxelles un taux d'allaitement supérieur aux deux autres Régions, 75% des enfants ne sont pas allaités exclusivement pendant les 6 premiers mois de vie comme le recommande l'OMS.

### *Séjour à la maternité raccourci*

En Belgique le séjour à la maternité a été raccourci d'un demi-jour en janvier 2015. Un séjour à la maternité de plus en plus court ne favorise pas la prise de confiance de la mère en ses capacités d'allaiter (en quantité et de façon adéquate). La « montée de lait » (lactogénèse II) aura lieu dans la plupart des cas après le retour à domicile. Par ailleurs, peu d'initiatives institutionnelles existent en Belgique pour accompagner la mère à domicile les premiers jours qui suivent l'accouchement, notamment en matière d'allaitement (16). Comme nous l'avons montré dans un article précédent, les raisons principales de sevrage les trois premiers mois post-partum sont liées à des difficultés de mise au sein (engorgements, crevasses, ...) et de perception de manque de lait (17). Ces difficultés sont souvent relatées dans la littérature (18). Avec une meilleure prise en charge à domicile et une formation des prestataires de soins adéquate, un plus grand nombre de femmes pourraient être mieux soutenues afin de satisfaire leur objectif (19). Car en effet, en ce qui concerne la durée d'AM désirée par les mères, plus de la moitié des mères avaient pourtant l'intention d'allaiter au minimum un an (17). Les mères ayant cet objectif ont finalement allaité pendant une durée médiane de 8 mois (17). L'introduction à la maternité de PPN est un facteur de risque important d'un AM de durée plus courte, puisqu'en effet celle-ci va induire une diminution de la production lactée et dès lors conforter la mère dans sa perception de manque de lait.

### *Durée du congé de maternité*

Une difficulté supplémentaire réside dans le fait d'avoir un congé de maternité de courte durée. Celui-ci est de 14 semaines après l'accouchement, soit l'un des plus courts d'Europe (20). Il est à peine supérieur au minimum recommandé par l'Organisation Internationale du travail (OIT) (21). À Bruxelles, 12.7% des mères retournent travailler quand l'enfant a 3 mois tout au plus. Près de 40% des mères prolongent leur congé maternel par un congé d'allaitement ou un congé parental. Les durées d'allaitement varient en fonction du congé pris par la mère (Tableau 2). La durée médiane pour un congé parental de 3 à 6 mois était de 5.5 mois et était de 6.5 mois pour un congé supérieur à 6 mois (résultats non montrés). Les mères qui retournent travailler au plus tard quand l'enfant à 3 mois sont plus enclines à arrêter rapidement l'allaitement (y compris l'AME) par rapport aux autres mères. Cette association négative entre un retour rapide dans le milieu professionnel et la durée d'allaitement dans les pays industrialisés sont décrites dans un nombre important d'études (15,22–24). La durée du congé de maternité est associée avec la durée tant de l'AM que de l'AME (18).

Il est intéressant de montrer que, même si, les mères d'Afrique subsaharienne sont celles qui allaitent le plus longtemps, ce sont aussi elles qui allaitent le moins longtemps exclusivement. Ce constat a été discuté lors de la revue du Lancet publié en 2016 (2). Cependant, contrairement à de nombreuses autres études (15,23,25), dans la capitale belge, la nationalité d'origine de la mère ne reste pas associée aux durées d'allaitement après ajustement sur les autres prédicteurs. Il est fréquent de lire que les femmes multipares sont moins enclines à initier un allaitement même si elles allaitent plus longtemps (15,26–28). À Bruxelles, la différence de durée d'allaitement en fonction de la parité ne persistait pas après ajustement sur les autres facteurs de l'étude alors que ce facteur apparaissait néanmoins comme facteur associé à la durée d'allaitement. Certaines études vont néanmoins dans le sens des résultats trouvés à Bruxelles. Contrairement à un grand nombre d'études, la décision d'allaiter prise avant la grossesse n'a pas d'influence sur la durée d'allaitement (18).

Les études des dernières années tentent à démontrer que lorsque les taux d'initiation de l'allaitement avoisinent les 80-90%, ce qui est le cas à Bruxelles, ce sont les facteurs psycho-sociaux qui prédominent (auto-efficacité perçue, perception des avantages et inconvénients, perception de l'opinion d'autrui, ...) (29). Dans ce sens, un moins grand nombre de facteurs socio-démographiques apparaissent associés à l'allaitement à Bruxelles par rapport à la Wallonie. Contrairement à la Wallonie, à Bruxelles, le revenu du ménage, la parité, la nationalité d'origine de la mère et l'intention

d'allaiter avant la grossesse ne restaient pas associés à la durée d'allaitement après ajustement sur les autres termes du modèle. Il en est de même pour la durée d'allaitement exclusif.

Une prise en charge qui inclurait le père de l'enfant dès le début de la grossesse et à la maternité, tout particulièrement dans la population la moins à même d'initier et/ou de poursuivre un allaitement de plus longue durée devrait être envisagée. En effet, trop peu d'études encore, plaident pour une promotion de l'AM auprès du père pendant le suivi de grossesse. Celui-ci devrait être systématiquement informé à ce moment des bénéfices de l'AM au même titre que la mère. La durée idéale de l'AME et les raisons de celle-ci devraient être expliquées à ce moment au couple de futurs parents. La distribution de documents informatifs devrait se faire avant ou pendant la grossesse, tant en PMI qu'en médecine privée. Dès le premier jour du retour à domicile, les soins ambulatoires pour la dyade mère-enfant devraient être systématisés et mieux renseignés afin qu'une plus grande partie de la population sache vers quel professionnel se tourner en cas de soucis. Tous les professionnels censés rencontrer des femmes enceintes, des parturientes ou mamans avec bébés plus âgés devraient avoir le minimum de connaissances sur l'allaitement, y compris les pharmaciens et les puéricultrices. Afin que les professionnels parlent d'une seule voix vers une vision cohérente et promotrice de l'allaitement et non, en se résignant, en concluant que l'allaitement est affaire de choix personnel et que seul le couple est à même de décider, les sociétés savantes et la PMI, et pourquoi pas, à l'instar du Québec (30), de l'Australie (31), une instance politique fédérale ou communautaire pourraient ériger des guidelines valables pour tous les professionnels qui en dépendent. Les résultats de l'ECV, réalisée auprès de plus de 500 familles, démontrent en effet que les parents sont peu informés des avantages et des durées recommandées et qu'ils mentionnent avoir sevré leur enfant plus tôt que désiré (17). Ces données portent à croire que mieux informés et soutenus, trouvant des réponses adéquates et rapidement à leurs problèmes, un plus grand nombre de parents proposeront l'allaitement à leur enfant, de la même façon celui-ci sera plus satisfaisant.

## Bibliographie

1. Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève; 2003.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016;387(10017):475-90.
3. Breastfeeding SO. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. 2012;peds.2011-3552.
4. 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.
5. Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. *Public Health Nutr*. 2001;4(2b):631-45.
6. Robert E, Coppieters V, Swennen B, Dramaix M. [Determinants of breastfeeding in the Brussels Region]. *Rev Médicale Brux*. 2015;36(2):69-74.
7. Englert M, Luyten S, Hercot D, Mazina D. Baromètre social, Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté. Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles; 2014.
8. Observatoire de la santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010. Commission communautaire commune; 2010.

9. Robert E, Despiegelaere M, Dramaix M, Swennen B. Estimation de la prévalence de l'allaitement maternel au travers d'une enquête en population de couverture vaccinale en Belgique francophone en 2009. *Arch Pédiatrie*. 2014;21(4):355-62.
10. Robert E, Swennen B. Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale. Ecole de Santé Publique, ULB; 2006.
11. Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M. Breastfeeding Duration: A Survival Analysis; Data from a Regional Immunization Survey. *BioMed Res Int*. 2014;2014:e529790.
12. Centre de recherche opérationnelle en santé publique. Enquête Nationale de Santé, Belgique. Bruxelles; 2008.
13. Sand EA. Allaitement maternel et artificiel chez le nouveau-né. *Acta Paediatr Belg*. 1960;5:239-59.
14. Ibanez G, Martin N, Denantes M, Saurel-Cubizolles M-J, Ringa V, Magnier A-M. Prevalence of breastfeeding in industrialized countries. *Rev Dépidémiologie Santé Publique*. 2012;60(4):305-20.
15. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN NAACOG*. 2009;38(3):259-68.
16. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. L'organisation des soins après l'accouchement. KCE; 2014.
17. Robert E, Coppieters Y, Swennen B, atrice, Dramaix M, le, et al. The Reasons for Early Weaning, Perceived Insufficient Breast Milk, and Maternal Dissatisfaction: Comparative Studies in Two Belgian Regions. *Int Sch Res Not*. 2014, 2014:e678564.
18. Dennis C-L. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002;31(1):12-32.
19. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding. *Pediatrics*. 2013;131(3):e726-32.
20. OECD. OECD family database site visité le 10 août 2016 <http://www.oecd.org/els/family>
21. Bureau international du Travail. LA MATERNITÉ AU TRAVAIL Une revue de la législation nationale. Organisation Internationale; 2010.
22. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics*. 2006;117(4):e646-655.
23. The « EDEN Mother-Child Cohort Study Group », Bonet M, Marchand L, Kaminski M, Fohran A, Betoko A, et al. Breastfeeding Duration, Social and Occupational Characteristics of Mothers in the French 'EDEN Mother-Child' Cohort. *Matern Child Health J*. 2012;17(4):714-22.
24. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rêgo VH, et al. Opinions and Practices of Clinicians Associated With Continuation of Exclusive Breastfeeding. *Pediatrics*. 2004;113(4):e283-90.
25. Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *Br J Nutr*. 2008;99(5):1127-32.
26. Scott JA, Binns CW, Graham KI, Oddy WH. Temporal changes in the determinants of breastfeeding initiation. *Birth Berkeley Calif*. 2006;33(1):37-45.
27. Perrine CG, Scanlon KS, Li R, Odom E, Grummer-Strawn LM. Baby-Friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics*. 2012;130(1):54-60.

28. Li R, Ogden C, Ballew C, Gillespie C, Grummer-Strawn L. Prevalence of exclusive breastfeeding among US infants: the Third National Health and Nutrition Examination Survey (Phase II, 1991-1994). *Am J Public Health*. juill 2002;92(7):1107-10.
29. Galipeau R. Modélisation de facteurs associés à une perception d'insuffisance lactée (Thèse). Université de Montréal, Montréal, 2011
30. L'allaitement maternel au Québec, lignes directrices. Santé et services sociaux; 2001.
31. Australian Health Ministers' Conference. Australian National Breastfeeding Strategy 2010 - 2015. 2009.

Article à soumettre pour publication

## 2.3 Mise en perspective des résultats issus des enquêtes de couverture vaccinale (2012)

Le tableau ci-dessous présente les principaux résultats issus des deux enquêtes de 2012. Il permet de visualiser rapidement les différences entre les deux régions à la fois au niveau des déterminants socioéconomiques et des taux et durées d'allaitement.

Tableau 13. Comparaison des données sociodémographiques et d'allaitement entre l'étude bruxelloise et l'étude wallonne (2012)

	Wallonia % (n)	Brussels % (n)	P value
Socioeconomic characteristics			
Mother's age (<30 years)	40.0 (205)	28.6 (154)	<0.001
Mother without a job at 6 months after birth	33.4 (173)	48.3 (259)	<0.001
≤first 3 years of secondary school (mother)	23.3 (120)	28.6 (154)	0.03
≤first 3 years of secondary school (father)	22.8 (110)	26.2 (134)	<0.005
Belgian native mother	71.8 (377)	28.2 (280)	<0.001
Household income (≤2000 euros)	37.7 (177)	52.5 (249)	<0.001
Infant's and birth characteristics			
First born infant	42.9 (225)	40.3 (218)	0.4
Male	51.8 (271)	51.6 (280)	0.9
Delivery in BFHI	23.5 (118)	68.7 (354)	<0.001
Caesarean	21.8 (114)	20.5 (110)	0.6
Preterm	7.8 (41)	5.3 (30)	0.13
MCH attendance	72.6 (382)	78.3 (426)	0.03
Breastfeeding			
Exclusive BF at birth	73.3 (385)	83.3 (453)	<0.001
Exclusive BF at discharge of the maternity unit	66.4 (348)	80.9 (440)	<0.001
Any BF at birth	81.7 (429)	93.0 (506)	<0.001
Any BF at discharge of the maternity unit	76.4 (400)	90.6 (493)	<0.001
Partially supplemented BF at discharge of the maternity unit	10.0 (44)	9.7 (53)	0.9
Median duration of exclusive BF (month)	3.0 (0.03–11.0) <sup>°</sup>	4.0 (0.03–11.0) <sup>°</sup>	<0.001
Median duration of any BF (month)	4.0 (0.03–24.0) <sup>°</sup>	6.0 (0.03–24.0) <sup>°</sup>	<0.001
Breastfeeding characteristics			
Intention of BF before pregnancy	65.2 (330)	72.8 (388)	0.008
Awareness of WHO recommendation	26.3 (138)	20.3 (111)	0.02
Negative partner's attitude	24.4 (122)	12.1 (63)	<0.005

<sup>°</sup>min–max.

Tous les paramètres sociodémographiques sont statistiquement différents entre les deux régions. En Wallonie, les mères sont plus jeunes, ont étudié plus longtemps, ont plus fréquemment un emploi, et sont plus souvent belge d'origine. Les pères ont étudié plus longtemps et la proportion de ménages ayant un revenu de plus de 2000 euros est plus importante. Quant aux paramètres liés à la naissance de l'enfant, ils sont semblables hormis le taux d'enfants nés dans une maternité IHAB nettement inférieur en Wallonie (23% vs 69%). Un nombre moins important d'enfants est suivi par la PMI en Wallonie.

Les taux d'allaitement total et exclusif sont inférieurs de plus de 10% en Wallonie, il en est de même pour les durées médianes d'allaitement.

Un nombre moins important de mères prennent leur décision d'allaiter avant la grossesse en Wallonie. Par contre, un plus grand nombre de pères ont une attitude négative vis-à-vis de l'allaitement en Wallonie.

### 2.3.1 Comparaison des durées d'allaitement entre Bruxelles et la Wallonie

Il a été montré que la situation de l'allaitement à la maternité était meilleure à Bruxelles qu'en Wallonie. De façon plus précise, le graphe ci-dessous illustre les courbes de prévalences de l'allaitement total et de l'allaitement exclusif en Wallonie et à Bruxelles (ECV 2012) de la naissance jusqu' à 18 mois.

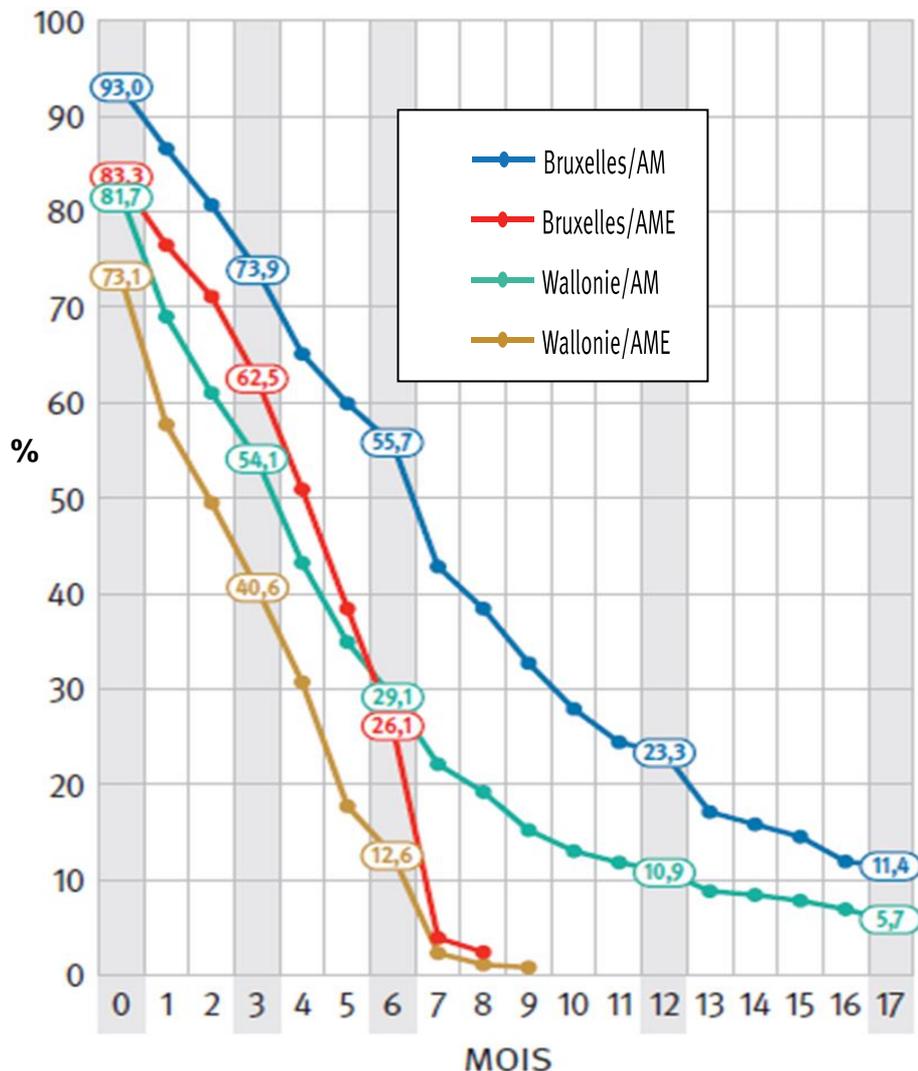


Figure 4. Courbes de prévalences de l'allaitement total et exclusif (%) en Wallonie et à Bruxelles (2012)

### 2.3.2 Situation épidémiologique de la Wallonie et de Bruxelles par rapport aux pays à hauts revenus

Comme présenté dans le graphe ci-dessus, les résultats issus des ECV 2012 fournissent un taux d'allaitement à 6 mois de 29% en Wallonie et de 56% à Bruxelles, soit près du double qu'en Wallonie. La plupart des pays à hauts revenus obtiennent des taux d'allaitement à 6 mois (any BF) supérieurs à ceux trouvés en Wallonie. Seuls le Danemark (13%), la Grèce (22%) et la France (23%) ont des taux inférieurs (19)<sup>28</sup>.

<sup>28</sup> Voir annexe de cette référence bibliographique

Par contre, l'inverse s'observe pour Bruxelles qui obtient les taux parmi les plus élevés à 6 mois. Seuls, le Japon (63%), la Norvège (71%), la Suisse (62%) ont des taux supérieurs. Bruxelles a une prévalence d'allaitement à 6 mois (55.7%) supérieure à celle de la Suède (52%) (19)<sup>29</sup>

Comme présentés ci-dessus, les résultats fournissent un taux d'allaitement à 12 mois de 11% en Wallonie et de 23% à Bruxelles, soit plus du double qu'en Wallonie. Dans la majorité des pays à indice économique élevé, la prévalence à 12 mois est inférieure à 20%. Cependant, il existe de fortes disparités entre les pays (23% en Allemagne, 19% en Italie, 9% en France et au Canada, 27% aux États-Unis, 34% en Finlande et Norvège, et 60% au Japon) (19)<sup>30</sup>. La Wallonie a le même taux que celui de la France, soit un taux parmi les plus bas d'Europe, alors que Bruxelles a un taux d'allaitement à 12 mois supérieur à un certain nombre de pays occidentaux.

### 2.3.3 Comparaison des enquêtes de couverture vaccinale avec les différents objectifs définis par l'ONE

Le tableau ci-dessous compare les résultats issus des enquêtes de couverture vaccinale de 2009 et de 2012 avec les objectifs à atteindre pour 2008 et 2010. Aucun des 4 objectifs visés par l'ONE pour 2008 n'était atteint pour les enfants nés en 2007 et participant à l'enquête ECV de 2009.

Entre les deux enquêtes de couverture vaccinale réalisées en Wallonie (2009 et 2012), les différents taux d'allaitement ont augmenté. En 2012, en Wallonie, à la maternité, la limite supérieure de l'intervalle de confiance frôlait l'objectif de 85% d'allaitement à la naissance. Avec les objectifs à atteindre pour 2010, les prévalences atteignaient les objectifs à 3 et 6 mois. Par contre, les 25% visés à 12 mois n'étaient pas atteints.

Inversement, tous les objectifs étaient atteints à Bruxelles.

**Tableau 14. Comparaisons des prévalences d'allaitement à différents moments avec les objectifs définis par l'ONE**

	Obj. 2008	ECV Wallonie 2009 (47)	Obj. 2010 <sup>31</sup>	ECV Wallonie 2012	ECV Bxl 2012
<b>A la maternité</b>	85% ≥75 AME	75.7 (72.7-79.5) (donnée non récoltée)	85% ≥75 AME	81.7 (78.4-85.0) 73.3 (69.5-77.1)	93.0 (90.9-95.2) 83.3 (88.2-93.1)
<b>A 3 mois</b>	70	48.3 (44.0-52.6)	50	54.1 (49.8-58.4)	73.9 (70.2-77.6)
<b>A 6 mois</b>	50	26.0 (22.3-29.8)	25	29.1 (25.3-33.0)	55.7 (51.5-59.9)
<b>A 12 mois</b>	25	10.0 (7.4-12.5)	25	10.9 (8.2-13.5)	23.3 (19.8-26.9)

<sup>o</sup> définit dans le guide de 2011

À l'ONE, les bilans de santé de 9 et 18 mois de l'ONE prévoient des questions sur la durée de l'allaitement. À ces âges les questions sociodémographiques sont récoltées mais premièrement, seuls les parents d'enfants suivis dans une consultation ONE ou éventuellement dans une structure d'accueil sont interrogés et deuxièmement, le taux de couverture des bilans des enfants inscrits dans ces structures est faible. Le bilan de 9 mois concerne 25% de ces enfants inscrits, ce qui représente 1734 enfants en 2009 pour Bruxelles<sup>32</sup> et 7694 pour la Wallonie (54). Par ailleurs, les données issues des différents bilans de

<sup>29</sup> Voir annexe de cette référence bibliographique

<sup>30</sup> Voir annexe de cette référence bibliographique

<sup>31</sup> Dans le guide de médecine préventive édité en 2004, les objectifs proposés pour 2008 étaient respectivement de 85%, 70%, 50% et 25% (53). Par contre, les objectifs proposés pour 2010 étaient respectivement de 85%, 50%, 25% et 25% (48).

<sup>32</sup> Selon la DGSIE, en 2009 dans la région de Bruxelles, la cohorte de naissance est de 18657 enfants et en Wallonie de 39466.

santé ne sont pas représentatives à l'échelle régionale (54,64). Nous ne comparerons pas nos résultats à ceux de l'ONE en matière de durée d'allaitement car les données issues de la BDMS semblent être trop hors normes<sup>33</sup>.

## **2.4 Initiation et durée de l'allaitement maternel exclusif en Belgique francophone (2015) (article soumis pour publication)**

---

<sup>33</sup> Pour le bilan de 9 mois les enfants ont entre 7 et 11 mois, les résultats ne tiennent pas compte de cet écart d'âge. 66.2% des enfants sont encore allaités à 9 mois en FWB (alors que nous obtenions 32.7% à Bruxelles selon ECV 2012 voir article pour publication et 15.2% en Wallonie voir article 3).

## Initiation et durée de l'allaitement maternel exclusif en Belgique francophone

### Exclusive breastfeeding initiation and duration in French-speaking community in Belgium

Article soumis pour publication dans le journal de pédiatrie et de puériculture (août 2016)

Mots clés : Allaitement maternel exclusif, Wallonie, Belgique, IHAB, prévalences

#### Résumé

Etat actuel et objectifs. L'allaitement maternel exclusif (AME) est recommandé pour une durée de 6 mois. La Belgique a des taux d'allaitement parmi les plus bas d'Europe. L'objectif de l'étude est de fournir les prévalences d'allaitement maternel (AM) à la maternité, mesurer les durées de l'AME et décrire les déterminants de ces deux pratiques en Belgique francophone (Wallonie).

Méthodes. Une enquête transversale et représentative des enfants de 18 à 24 mois a été réalisée en Wallonie en 2015 (n=562). Les facteurs associés à l'AME à la maternité ont été identifiés par analyse bivariée puis par régression logistique. Les âges médians d'arrêt de l'AME ont été dérivés des courbes de survie de Kaplan-Meier. Un modèle de Cox a servi à identifier les facteurs associés à l'arrêt de l'AME.

Résultats. La prévalence de l'AME à la maternité est de 68.6% (64.7-72.4) et la durée médiane de 3.0 mois (0.03-9). A 3 et 6 mois, 45.8% (41.1-50.5%) et 2.6% (1.1-4.1) des enfants étaient allaités exclusivement. L'attitude du conjoint est le facteur le plus fortement associé à l'AME à la maternité. Les durées inférieures de l'AME sont associées de façon indépendante avec, notamment, l'existence de difficultés lors de la mise en place de l'AM et l'attitude peu soutenante du conjoint.

Conclusions. Les difficultés de mise en route de l'AM impactent les taux et la durée de l'AME. Or une grande partie des futures mères ignorent l'existence de douleurs liées à l'initiation de l'AM. L'information précoce des mères et une prise en charge adéquate par les prestataires de soins permettraient de meilleurs taux d'AM.

## **Abstract**

Key words: Exclusive breastfeeding, Wallonia, Belgium, BFHI, prevalences

Purpose and objectives. Exclusive breastfeeding (EBF) is recommended for a period of 6 months. Belgium's breastfeeding rates are among the lowest in Europe. The objective of the study is to provide the prevalence of breastfeeding (BF) in maternity ward, measure the duration of the EBF and describe the determinants of these practices in the French-speaking community of Belgium (Wallonia).

Method. A two-stage cluster sampling was drawn from the population of children aged 18-24 months living in the area in 2015 (n=562). Factors associated with exclusive breastfeeding (EBF) to maternity ward were identified by bivariate analysis and logistic regression and Cox's proportional hazards model was used to identify factors associated with the risk of discontinuation EBF.

Results. At maternity ward the prevalence of EBF was 68.6 % (64.7- 72.4) and the median duration of 3.0 months (0.03-9). At 3 and 6 months of age, 45.8 % (41.1-50.5 %) and 2.6 % (1.1-4.1) of the children were exclusively breastfed. At the maternity unit, the most strongly associated factor with EBF was the partner's attitude. The lower durations of the EBF are independently associated with existence of difficulties in implementation of BF and unsupportive partner's attitude.

Conclusions. Difficulties in implementation of the BF impact rate and duration of the EBF. Many mothers are unaware of pain related to the initiation of the BF. Information for mothers and appropriate care by health providers could allow better BF rates.

## Introduction

Alors que l'OMS recommande depuis 2001 un allaitement maternel exclusif (AME) de 6 mois [1], les prévalences de celui-ci sont très basses dans une majorité de pays [2]. La Belgique, comme la France et l'Irlande, fait partie des pays d'Europe [3] et de l'OCDE à avoir des taux d'allaitement maternel (AM) parmi les plus bas [4].

La littérature montre que la mise en place de l'AM dépend d'un grand nombre de déterminants notamment : un niveau plus élevé d'études de la mère, sa nationalité, ou encore son occupation professionnelle [2,5]. Les taux d'allaitement peuvent aussi être déterminés par le contexte de la naissance, comme le mode de l'accouchement [5] ou le fait d'être né dans une maternité labellisée « Initiative ami des bébés » (IHAB) [6]. La littérature montre par ailleurs, que le soutien du père [7,8], avoir allaité un enfant précédent [7,9,10] et les absences de difficultés lors de la mise en route de l'allaitement, influencent de façon très importante les taux d'initiation d'allaitement [5,7,11,12]. Un grand nombre de facteurs sont communs à l'initiation et à la durée de l'allaitement maternel [9,10]. Certains facteurs comme un taux d'occupation professionnelle de la mère plus important [10,13] et la primiparité [10,14], sont associés à l'initiation plus fréquente de l'AME alors qu'ils apparaissent souvent comme associés à un AME de plus courte durée. La durée du congé de maternité influence aussi la durée de l'allaitement maternel [11,14].

Face au peu d'études quantitatives concernant l'allaitement en Belgique et plus particulièrement celles concernant l'AME, en 2012, les enquêtes de couverture vaccinale (ECV) réalisées simultanément dans deux des trois Régions belges, ont inclus un module spécifique sur le sujet. Ces enquêtes en face-à face qui ont lieu au domicile des familles visaient les enfants âgés de 18 à 24 mois. Les différents résultats issus de ces enquêtes et portant sur l'AM en 2012, ont fait l'objet de diverses publications [14,16–18]. En 2015, lors de l'ECV portant sur la Wallonie, l'une des trois Régions belges (qui représente 35% de la population), le module sur l'AM a été reconduit.

L'objectif de cette étude est de mesurer les prévalences d'AME en Wallonie et les âges d'arrêt de celui-ci ainsi que les différents facteurs associés à ces deux variables.

## **Méthodologie**

### *Type d'étude et échantillonnage*

La méthodologie est basée sur un échantillonnage en grappes à deux étapes avec probabilité de tirage proportionnelle à la taille des communes. La localisation des grappes (communes) s'est faite à partir d'une base de sondage constituée par la liste cumulée des enfants de 0 à 4 ans habitant la Wallonie au 1 janvier 2014. Dans un premier temps, 55 grappes ont été tirées au sort avec une probabilité plus importante de tirage en fonction de la taille de la commune. Les communes de taille plus importante comportent ainsi plusieurs grappes. Une demande d'obtention de la liste des enfants nés entre le 31 mai et 30 novembre 2013 et résidant dans les communes tirées au sort, a été adressée aux différentes administrations communales. La deuxième étape consistait à tirer au sort 13 enfants dans chaque grappe sélectionnée. Chaque famille retenue recevait un courrier prévenant de la venue d'un enquêteur à domicile. Les enquêteurs étaient tous des professionnels de la petite enfance. Quand une famille était injoignable après trois passages à des heures et des jours différents, celle-ci était remplacée. Les questionnaires étaient réalisés en face-à-face avec les parents au domicile des enfants. Les données concernant l'allaitement maternel sont donc rétrospectives. La méthodologie plus détaillée a été décrite lors d'articles précédents sur la vaccination [19] et l'allaitement [14,16].

### *Questionnaire*

Le module concernant l'allaitement maternel comportait plus de 20 questions. Ces questions peuvent être regroupées en 4 catégories a/ le type d'allaitement réalisé à la naissance et la sortie de la maternité, b/ l'âge de l'enfant quand l'allaitement et l'allaitement exclusif ont été arrêtés, c/ les raisons de non initiation de l'allaitement et de l'arrêt de celui-ci (questions ouvertes), d/ les prédictors de l'allaitement (hôpital « ami des bébés », attitude du père, prématurité, mode d'accouchement, ...).

### *Définitions et variables utilisées*

La variable « âge de l'enfant quand la mère est retournée travailler » est ventilée en 3 catégories afin d'obtenir un nombre minimum d'individus dans chacune de celle-ci. La première étant constituée des mères ayant tout au plus 3 mois de congé de maternité, la deuxième des mères ayant prolongé ce congé par un congé parental ou d'allaitement, et enfin la troisième catégorie concerne les mères sans emploi. Les questions visant l'allaitement exclusif sont basées sur la définition de l'allaitement exclusif de l'OMS, autrement dit, une alimentation composée uniquement de lait maternel (y compris lait de nourrice ou lait exprimé). Aucun autre liquide ou solide à l'exception de gouttes ou de sirops contenant des vitamines des sels minéraux ou des médicaments ne peut être administré [1].

### *Analyses statistiques*

Les associations entre chaque facteur socio-démographique et la mise en route de l'AME (*versus* non allaités et allaitement partiel) ont été testées par le chi carré de Pearson et évaluées au moyen d'Odds Ratio bruts (ORb) et de leurs intervalles de confiance à 95% (95%CI). Les âges médians d'arrêt de l'AME, exprimés en semaines, et leur 95% CI, sont dérivés des courbes de survie de Kaplan-Meier. Le test de Log-Rank a été utilisé pour tester l'égalité des courbes de survie. Dans un premier temps, le modèle logistique pour analyser l'AME à la maternité et le modèle de Cox pour analyser l'arrêt de l'AME ont été construits à l'aide d'une sélection pas à pas ascendante avec un seuil d'entrée à 0.05 et de sortie à 0.1. Dans un second temps, afin de pouvoir comparer les modèles finaux, ceux-ci ont été basés sur une procédure forcée incluant les facteurs qui étaient significatifs soit dans le modèle de régression logistique, soit dans le modèle de Cox précédemment réalisés. Les analyses bivariées et multivariées sont basées uniquement sur les questionnaires pour lesquels les mères étaient présentes au moment de l'anamnèse. Le masque de saisie et l'encodage des données ont été réalisés avec le logiciel EPI-info version 6.04d. Les données ont été transférées dans IBM SPSS Statistics 24 pour les analyses statistiques.

## Résultats

### *Description de l'échantillon*

Parmi les 713 familles sélectionnées, 630 contacts ont été établis, 89.2% des parents (562) ont accepté de participer à l'enquête et 557 ont répondu au module sur l'allaitement maternel.

La majorité des mères (64%) avaient 30 ans ou plus au moment de l'enquête. Plus de 17% des mères avaient comme niveau maximum d'études achevées un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur. 14% des ménages vivaient uniquement avec un ou des revenus de remplacement. Près de 22% des mères ont eu un congé de maternité de maximum 3 mois, 30% n'avaient pas travaillé depuis la naissance de leur enfant, et plus de 73% étaient d'origine belge. La majorité des mères (77%) avait pris la décision quant à la façon de nourrir leur enfant avant leur grossesse. Un quart des enfants étaient nés dans une maternité labellisée « Initiative ami des bébés » (IHAB). Plus de 53% des mères ont éprouvé des difficultés liées à la mise en place de l'allaitement (Tableau 1).

### *Prévalences et durée de l'allaitement maternel exclusif*

En Wallonie, la prévalence de l'allaitement exclusif à la sortie de la maternité était de 68.6% (64.7-72.4) et la durée médiane de celui-ci de 3.0 mois (0.03-9.0). A 3 et 6 mois, respectivement 45.8% (41.1-50.5) et 2.6% (1.1-4.1) des enfants étaient allaités exclusivement.

- *Facteurs associés à l'AME tant à la maternité que dans la durée*

Les prévalences de l'allaitement exclusif à la sortie de la maternité et la durée de celui-ci étaient plus importantes chez les enfants dont les mères étaient d'origine étrangère, celles ayant pris la décision d'allaiter avant la grossesse, les primipares ou celles qui avaient allaité un enfant précédent ainsi que celles qui n'avaient pas éprouvé de difficulté au moment de la mise au sein (75% vs 92%) (Tableau 1).

**Tableau 1. Prévalence et durée médiane (semaines) de l'allaitement exclusif en fonction des caractéristiques de la mère (ORb, IC 95%, valeur de p)**

Caractéristiques	Participants à l'enquête	AME sortie maternité			Durée AME		
	n (%)	%	ORb 95% CI	p	Durée médiane (semaines)	95% CI	p
<b>Age (années)</b>							
16-29	196 (35.6)	67.8	1	0.6	12.9	10.8-15.0	0.003
30 et +	355 (64.4)	68.0	1.0 (0.7-1.5)		17.1	15.9-18.4	
<b>Nationalité d'origine</b>							
Belge	414 (73.5)	63.8	1	<0.001	12.9	11.3-14.3	<0.001
Etrangère	149 (26.5)	80.6	2.4 (1.5-3.8)		17.1	14.4-20.0	
<b>Niveau d'études</b>							
Aucune, primaire, secondaire inférieur	96 (17.3)	51.1	1	0.001	12.9	9.3-16.4	0.3
Secondaire supérieur	176 (31.7)	68.8	2.1 (1.2-3.7)		12.9	9.3-16.4	
Supérieur non universitaire	181 (32.6)	68.1	2.2 (1.3-3.8)		12.9	11.1-14.6	
Universitaire	102 (18.4)	83.9	5.8 (2.8-12.0)		15.0	12.1-17.9	
<b>Age de l'enfant quand mère retourne travailler</b>							
0-3 mois	121 (21.9)	65.8	1	0.2	8.6	6.6-10.5	<0.001
>3 mois	267 (48.4)	71.7	1.3 (0.8-2.1)		17.1	15.5-18.8	
Sans emploi	164 (29.7)	64.7	0.9 (0.5-1.6)		15.0	12.6-17.3	
<b>Allaitement précédent</b>							
Multipare avec expérience	273 (54.1)	76.9	10.0 (5.0-20.2)	<0.001	17.1	15.8-18.5	0.01
Multipare sans expérience	60 (11.9)	25.0	1		10.7	5.0-16.5	
Primipare	172 (34.1)	69.2	6.7 (3.3-13.9)		12.9	10.7-15.0	
<b>Difficultés de mise en place de l'AM</b>							
Oui	233 (53.6)	74.1	1	<0.001	10.7	8.3-13.1	<0.001
Non	202 (46.4)	91.8	4.0 (2.2-7.1)		17.1	15.8-18.5	

<b>Période de décision</b>							
Avant la grossesse	413 (77.1)	75.1	2.4 (1.6-3.8)	<0.001	8.6	4.2-13.0	0.003
Pendant ou après la grossesse	123 (22.9)	55.1	1		15.0	13.8-16.3	
<b>Parité</b>							
1	221 (39.7)	68.2	1.0 (0.7-1.5)	1.0	12.9	10.8-15.0	0.02
2 et +	336 (60.3)	68.1	1		17.1	15.9-18.4	

La Figure 1 montre la proportion plus importante d'enfants qui restaient allaités de façon exclusive quand la mère n'avait pas rencontré de difficultés lors de l'initiation de l'allaitement.

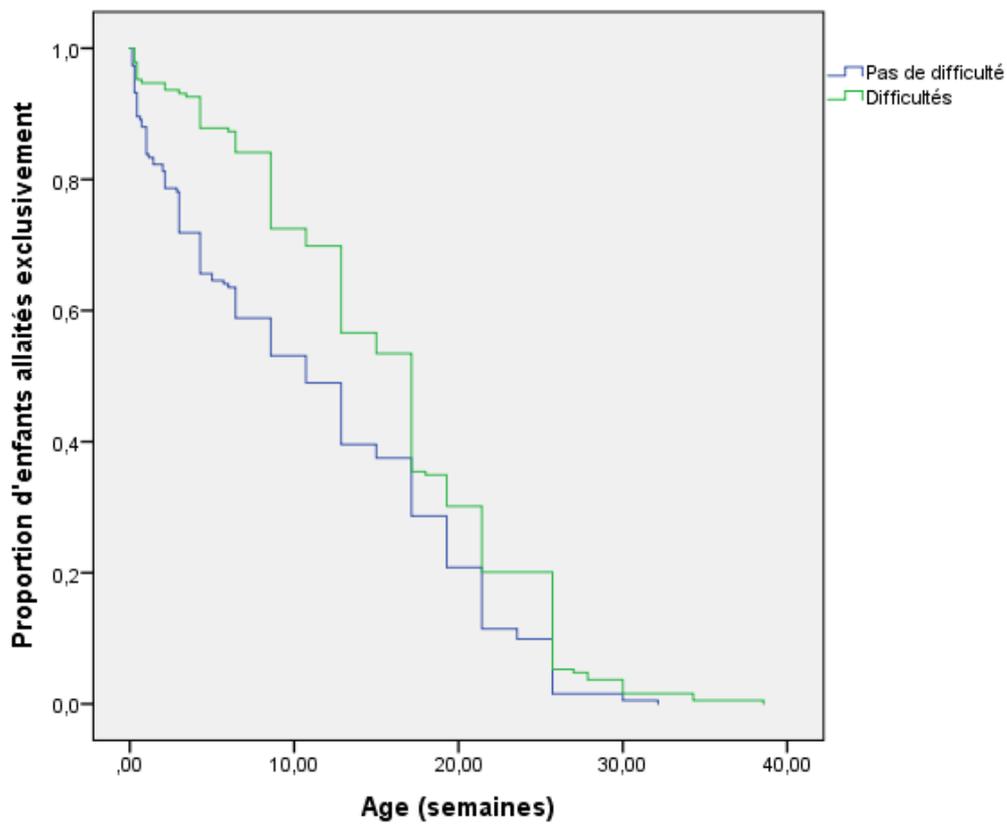


Figure 1. Comparaison des durées d'AME (semaines) selon la présence ou non de difficultés déclarées par la mère

**Tableau 2. Prévalence et durée médiane de l'allaitement exclusif (semaines) en fonction des caractéristiques de la naissance et de l'enfant (ORb, IC 95%, valeur de p)**

Caractéristiques	Participants à l'enquête n (%)	AME sortie maternité			Durée de l'AME		
		%	ORb (IC 95%)	p	Durée médiane (semaines)	95% CI	p
<b>Sexe</b>							
Masculin	292 (52.0)	65.7	1.3 (0.9-1.9)	0.1	12.9	10.7-15.0	0.7
Féminin	270 (48.0)	71.5	1		12.9	11.1-14.7	
<b>Maternité IHAB</b>							
Oui	136 (25.0)	76.3	1.7 (1.1-2.7)	0.02	15.0	12.8-17.2	0.5
Non	408 (75.0)	65.3	1		12.9	11.0-14.8	
<b>Mode de délivrance</b>							
Vaginale	429 (77.3)	72.0	1.8 (1.2-2.8)	0.004	12.9	11.1-14.6	0.1
Césarienne	126 (22.7)	58.4	1		17.1	14.4-19.8	
<b>Prématurité</b>							
Non	526 (93.4)	69.7	2.4 (1.2-4.8)	0.007	12.9	11.6-14.1	0.3
Oui	37 (6.6)	48.6	1		8.6	2.7-14.4	
<b>Suivi en consultation PMI</b>							
Oui	313 (56.7)	Non pertinent			15.0	13.4-16.6	0.02
Non	239 (43.3)				13.9	11.1-14.6	

Le nombre de revenus du travail dans le ménage et l'attitude positive du conjoint influençaient à la fois la mise au sein et la durée de l'AME. En effet, les mères étaient 84% à allaiter de façon exclusive quand le père avait une attitude soutenante et 22% dans le cas contraire. Les durées respectives de l'AME étaient pour ce facteur de 15.0 et 4.3 semaines (Tableau 3).

- *Facteurs associés uniquement à l'AME à la sortie de la maternité*

Les enfants nés par voie basse, à terme, dans une maternité IHAB avaient une plus grande probabilité d'être allaités exclusivement à la sortie de la maternité (Tableau 2). Il en est de même quand les parents avaient étudié plus longtemps (Tableaux 1 et 3). Ces différents facteurs par contre, n'influençaient pas la durée de l'AME.

- *Facteurs associés uniquement à la durée de l'allaitement*

Les mères de 30 ans ou plus, celles ayant pris un congé parental ou un congé d'allaitement, celles qui ne travaillaient pas (Tableau 1) allaitaient plus longtemps de façon exclusive. Il en est de même pour les enfants suivis dans une consultation PMI (Tableau 2).

**Tableau 3. Prévalence et durée médiane (semaines) de l'allaitement exclusif en fonction des caractéristiques du père et du ménage (ORb, IC 95%, valeurs de p)**

Caractéristiques	Participants à l'enquête	AME sortie maternité			Durée de l'AME		
	n (%)	%	ORb 95% CI	p	Durée médiane (semaines)	95% CI	p
<b>Attitude du conjoint</b>							
Favorable	427 (80.7)	83.8	17.4 (10.0-30.0)	<0.001	15.0	18.3-16.2	<0.001
Indifférente/Négative	102 (19.3)	22.9	1		4.3	2.2-6.4	
<b>Niveau d'études du conjoint</b>							
Aucune, primaire, secondaire inf.	112 (21.1)	59.8	1	0.002	12.9	9.3-16.4	0.3
Secondaire supérieur	200 (37.5)	66.5	1.2 (0.8-1.8)		12.9	9.3-16.4	
Supérieur non universitaire	120 (22.5)	70.8	3.7 (2.6-2.8)		12.9	11.1-14.6	
Universitaire	101 (18.9)	83.2	2.6 (1.4-4.6)		15.0	12.1-17.9	
<b>Nb de revenus dans le ménage</b>							
Au moins un revenu du travail	472 (85.7)	71.2	2.5 (1.5-4.1)	<0.001	8.6	3.8-13.3	0.02
Uniquement revenu (s) de remplacement	79 (14.3)	50.0	1		12.9	11.6-14.1	

Après régression logistique, les facteurs qui restaient associés de façon significative à l'AME à la sortie de la maternité au seuil de 5% étaient la prise de décision d'allaiter avant la grossesse, avoir accouché dans une maternité IHAB, avoir accouché à terme, l'attitude favorable du conjoint, ne pas avoir rencontré de difficulté au démarrage de l'allaitement, être une multipare avec expérience d'allaitement ou une primipare.

**Tableau 4. Modèle de régression logistique de l'AME à la sortie de la maternité (OR ajustés IC 95%, valeur de p) et modèle de Cox (HR ajustés, IC 95%, valeur de p) pour l'arrêt de l'allaitement exclusif**

	AME sortie maternité (n=442)			Arrêt AME (n=358)		
	ORa	95% CI	p	HRa	95% CI	p
<b>Nationalité d'origine de la mère</b>						
Belge	1		0.2	1		<0.001
Etrangère	1.5	0.7-3.0		0.6	0.5-0.7	
<b>Difficultés de mise en place de l'AM</b>						
Oui	1		0.01	1		0.003
Non	3.3	1.3-8.0		0.7	0.6-0.9	
<b>Occupée prof. après la naissance</b>						
0-3 mois	1		0.4	1		<0.001
>3 mois	1.2	0.6-2.5		0.6	0.4-0.8	
Sans emploi	2.9	0.7-5.0		0.6	0.4-0.9	
<b>Attitude du conjoint</b>						
Positive	16.3	8.4-29.8	<0.001	0.4	0.3-0.5	<0.001
Indifférente/Négative	1			1		
<b>Nb de revenus du ménage</b>						
Au moins un revenu du travail	2.1	0.9-5.1	0.09	0.6	0.4-0.9	0.01
Uniquement revenu (s) de remplacement	1			1		
<b>Mode d'accouchement</b>						
Basse	1.6	0.8-3.1	0.2	0.8	0.6-1.0	0.05

Césarienne	1			1		
<b>Prématurité</b>						
Non	3.2	1.3-7.8	0.01	0.7	0.4-1.0	0.08
Oui	1			1		
<b>Maternité IHAB</b>						
Oui	2.0	1.1-4.0	0.03	0.8	0.6-1.0	0.04
Non	1			1		
<b>Période de décision</b>						
Avant la grossesse	2.0	0.0-3.7	0.04	1.0	0.7-1.3	0.7
Pendant ou après la grossesse	1			1		
<b>Niveau d'études de la mère</b>						
Aucune, primaire, secondaire inférieur	1		0.1	1		0.8
Secondaire supérieur	2.3	1.0-5.3		1.0	0.7-1.3	
Supérieur non universitaire	2.0	0.8-5.0		1.0	0.7-1.5	
Universitaire	3.4	1.3-11.2		0.9	0.6-1.3	
<b>Allaitement précédent</b>						
Multipare avec expérience	4.9	2.0-11.1	0.001	0.8	0.6-1.4	0.3
Multipare sans expérience	1			1		
Primipare	4.0	1.6-9.7		0.9	0.5-1.7	

Le niveau d'études du père et les revenus du ménage, la parité n'ont pas été introduits dans les modèles car trop fortement associés avec d'autres facteurs des deux modèles.

Ne pas avoir rencontré de difficultés pour la mise au sein, être de nationalité d'origine étrangère, ne pas travailler ou avoir prolongé son congé de maternité, avoir un conjoint soutenant, avoir au moins un revenu du travail dans le ménage, avoir accouché dans une maternité IHAB, par voie basse étaient des caractéristiques associées à un risque moindre d'arrêt d'AME. Il en est de même pour l'enfant né à terme mais au seuil de 10%. Par contre, la période de prise de décision, et le fait de ne pas avoir d'expérience antérieure d'allaitement ne restaient plus associés après ajustement à un risque moindre d'allaitement exclusif.

## Discussion

### *Prévalences et durée de l'AME*

Alors que l'OMS recommande un allaitement exclusif de 6 mois, seuls 2.6% (1.1-4.1) des enfants nés en 2013 étaient allaités de la sorte en Wallonie. L'étude française Epifane, montre pour les enfants nés en 2012, un taux identique (1.5%) à celui trouvé en Wallonie à 6 mois. A la naissance, en Wallonie, 68.6% (64.7-72.4) des enfants étaient allaités exclusivement à la sortie de la maternité. En France, ce taux était de 59%(57-60) [20]. Le taux d'initiation d'AME en Wallonie issu de l'enquête de 2012 [16] correspond au taux trouvé en 2015. Il en est de même pour la durée médiane de l'allaitement exclusif qui n'a pas évolué depuis 2012 et reste de 3.0 mois (0.03-9).

### *Facteurs associés à l'allaitement exclusif*

Le rôle majeur du conjoint démontré dans la littérature [8,9] est et reste primordial à la fois pour l'initiation et pour la durée de l'AME en Wallonie. Les mères d'origine étrangère allaitent plus souvent et plus longtemps de façon exclusive que les mères d'origine belge (17 versus 13 semaines). Ces deux facteurs sont en cohérence avec la littérature internationale [7,15,21] et les études précédentes réalisées en Wallonie et à Bruxelles [16,17]. L'étude française Elfe montre un allaitement prédominant moindre chez les mères nées à l'étranger [15]. En Wallonie, l'AME est plus long pour les mères qui prolongent leur congé de maternité par un congé parental [15,22] ou celles qui ne travaillent pas [14]. L'Organisation internationale du travail (OIT) recommande un congé de maternité de minimum 14 semaines [23]. En Belgique, ce congé est de 15 semaines dont une semaine à prendre avant la date présumée de l'accouchement. Ce congé est l'un des plus courts d'Europe.

Les prévalences et non les durées de l'AME sont fonction du gradient des études tant de la mère que du conjoint. Dans d'autres pays, la différence reste significative pour la durée de l'AME [15,22].

### *Difficultés rencontrées lors de la mise en route de l'allaitement*

Une étude de cohorte réalisée auprès de 1165 femmes américaines a permis de montrer l'apport prédictif de la variable « difficultés de mise en place de l'AM » sur le sevrage précoce [24]. L'étude française Epifane montre un plus grand nombre de mères qui arrêtent d'allaiter parmi celles qui déclarent avoir des difficultés [20]. En Wallonie, les difficultés rencontrées ont été signalées par plus d'une mère sur deux. Ce constat pose de nombreuses questions qui méritent d'être discutées car l'existence de difficultés influence de façon évidente les taux d'AME à la sortie de la maternité et les durées de celui-ci. En effet, parmi celles qui avaient rencontré des difficultés lors de la mise en route de l'allaitement, 74.7% de mères allaitaient de façon exclusive à sortie de la maternité pour 91.6% parmi celles qui n'avaient pas éprouvé de difficultés. En ce qui concerne la durée médiane de l'allaitement exclusif, deux mois d'écart s'observent entre les deux groupes de mères (2.0 mois versus 4.0 mois). Les difficultés liées à la mise en place de l'allaitement sont décrites dans la littérature [25,24]. En 2012, parmi les mères qui allaitaient de façon partielle à la maternité, 37% avaient une perception de manque de lait et 24% avaient rencontré une difficulté telle crevasse ou engorgement [18]. Des valeurs du même ordre se retrouvent dans l'étude Epifane [20]. Selon l'ECV, peu de mères (53%, résultats non présentés) sont averties avant de donner naissance, de la possibilité de rencontrer de telles douleurs. L'information aux mères quant à l'existence de difficultés éventuelles devrait peut-être être envisagée de façon plus systématique pendant la grossesse. Par ailleurs, une gestion correcte des difficultés par les professionnels à la maternité ou par la suite, peut déterminer positivement le devenir de l'allaitement [26,24]. Par conséquent, une prise en charge adéquate de la dyade mère-enfant est fondamentale au sein du service hospitalier mais aussi dès le retour à domicile [5]. L'IHAB vise une qualité de prise en charge à la maternité mais propose aussi aux parturientes d'être mises en contact avec un service de sage-femme à domicile. Les premiers jours suivant la naissance constituent un enjeu majeur pour la poursuite de l'allaitement mais aussi pour l'allaitement des futurs enfants éventuels. En effet, Branger montre une durée moindre d'allaitement chez les mères multipares sans expérience d'allaitement ou avec une expérience mais qui s'est mal déroulée [10]. En Wallonie, seules 25% des multipares allaitaient parmi celles sans expérience d'allaitement,

pour 77% parmi celles ayant une telle expérience. Ces dernières seront celles qui allaiteront le plus longtemps (17 semaines pour 13 semaines chez les primipares). Kools, dans une étude aux Pays-Bas, arrive à la même conclusion [27]. La prise en considération par les prestataires de soins des difficultés rencontrées par les mères, leur capacité à les aider et les soulager sont essentielles sachant que l'expérience vécue pour le premier enfant déterminera grandement la probabilité d'allaitement des éventuels enfants suivants.

En Wallonie, dans les maternités IHAB, pour les bébés nés en 2013, le taux d'AME à la sortie de la maternité était de 76% (contre 65% pour les maternités non labélisées). Ce résultat est cohérent par rapport à la condition de labélisation de ces maternités qui vise un taux de 75% d'allaitement exclusif à la sortie de la maternité. Il est possible que le fait que ces maternités proposent un suivi à domicile influence légèrement la durée de l'allaitement exclusif (15 versus 13 semaines). D'autres études dans des pays développés montrent un impact positif de l'IHAB sur la durée de l'allaitement [6,28]. En 2012 par contre, soit pour les enfants nés en 2010, en Wallonie et à Bruxelles, les taux d'initiation et les durées d'allaitement n'étaient pas supérieures dans les maternités IHAB [16,17].

En Wallonie, le suivi dans une consultation de protection maternelle et infantile (PMI) montre un impact positif sur la durée de l'AME d'une semaine. Ce facteur ne reste pas associé à l'allaitement exclusif après ajustement par les autres variables.

Jusqu'à présent en Belgique francophone, les enquêtes de couverture vaccinale sont les seules études qui permettent de fournir des données sur les taux et durées d'AME et les facteurs qui y sont associés. Néanmoins, les parents ont été interrogés alors que les enfants avaient entre 18 et 24 mois. Un biais de rappel est donc possible même si la littérature montre que l'âge de sevrage est relativement précis [29,30].

Même si les taux d'AME sont plus faibles en France, la Wallonie atteint des valeurs qui sont de même ordre de grandeur avec des facteurs associés semblables. Outre les facteurs classiques associés à l'AME (niveau d'étude des parents, nationalité d'origine de la mère, ..) sur lesquels il semble difficile d'agir, les principaux enseignements permettent de cibler deux points majeurs : à la fois le rôle primordial joué par l'expérience antérieure d'allaitement et celui joué par les difficultés rencontrées lors

de la mise en place de l'allaitement. Ces deux facteurs ne sont pas suffisamment pris en considération en matière de protection, promotion et soutien de l'allaitement. Il en est de même en ce qui concerne la période de prise de décision précoce et le soutien du père, pourtant conditions essentielles pour que la mère allaite.

Article soumis pour publication

## Bibliographie

1. Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève; 2003.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. janv 2016;387(10017):475-90.
3. Cattaneo A, Burmaz T, Arendt M, Nilsson I, Mikiel-Kostyra K, Kondrate I, et al. Protection, Promotion and Support of Breast-Feeding in Europe: Progress from 2002 to 2007. *Public Health Nutr*. 2010;13(6):751-9.
4. OECD. OECD family database. Social Policy Division Directorate of Employment, Labour and Social Affairs. Site internet visité le 11 août 2016 (<https://www.oecd.org/els/family/43136964.pdf>)
5. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009;38(3):259-68.
6. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*. 2005;116(5):e702-708.
7. Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *Br J Nutr*. 2008;99(5):1127-32.
8. Dennis C-L. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002;31(1):12-32.
9. Leahy-Warren P, Mulcahy H, Phelan A, Corcoran P. Factors influencing initiation and duration of breast feeding in Ireland. *Midwifery*. 2014; 30 (3): 345-352.
10. Branger B, Dinot-Mariau L, Lemoine N, Godon N, Merot E, Brehu S, et al. [Duration of breastfeeding from 15 maternity wards of the perinatal network in the Pays de la Loire area]. *Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie*. 2012; 19(11):1164-76.
11. Lanting CI, Van Wouwe JP, Reijneveld SA. Infant milk feeding practices in the Netherlands and associated factors. *Acta Paediatr*. 2005;94(7):935-42.
12. Noirhomme-Renard F, et al. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *J Pédiatrie Puériculture*. 2009;(22):112-20.
13. The « EDEN Mother-Child Cohort Study Group », Bonet M, Marchand L, Kaminski M, Fohran A, Betoko A, et al. Breastfeeding Duration, Social and Occupational Characteristics of Mothers in the French 'EDEN Mother-Child' Cohort. *Matern Child Health J*. 2012;17(4):714-22.
14. Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M. Breastfeeding Duration: A Survival Analysis; Data from a Regional Immunization Survey. *BioMed Res Int*. 2014:e529790.
15. Wagner S, Kersuzan C, Séverine G, Tichit C, de Lauzon-Guillain B. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française ELFE 2011. *Bull Epidémiologie Hebd*. 2015;29:522-32.
16. Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M. Facteurs associés de l'allaitement maternel à la maternité : données rétrospectives issues d'une enquête de couverture vaccinale. *Rev Médecine Périnatale*. 2015;7(1):46-54.
17. Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M. [Determinants of breastfeeding in the Brussels Region]. *Rev Médicale Brux*. 2015;36(2):69-74.

18. Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M. The Reasons for Early Weaning, Perceived Insufficient Breast Milk, and Maternal Dissatisfaction: Comparative Studies in Two Belgian Regions. *Int Sch Res Not*. 2014, 2014:e678564.
19. Robert E, Dramaix M, Swennen B. Vaccination Coverage for Infants: Cross-Sectional Studies in Two Regions of Belgium. *BioMed Res Int*. 2014;2014:e838907.
20. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Guerrisi C, Castetbon K. Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie Résultats de l'étude Epifane 2012-2013. Institut de veille sanitaire; 2016.
21. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics*. 2006;117(4):e646-655.
22. Bakoula C, Veltsista A, Prezerakou A, Moustaki M, Fretzayas A, Nicolaidou P. Working mothers breastfeed babies more than housewives. *Acta Paediatr* 2007;96(4):510-5.
23. Bureau international du Travail. LA MATERNITÉ AU TRAVAIL Une revue de la législation nationale. Organisation Internationale; 2010.
24. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding. *Pediatrics*. 2013;peds.2012-1295.
25. Negayama K, Norimatsu H, Barratt M, Bouville J-F. Japan-France-US comparison of infant weaning from mother's viewpoint. *J Reprod Infant Psychol*. 2012;30(1):77-91.
26. Galipeau R. Modélisation de facteurs associés à une perception d'insuffisance lactée (thèse) Montréal : Université de Montréal ; 2011
27. Kools EJ, Thijs C, Kester ADM, de Vries H. The motivational determinants of breast-feeding: predictors for the continuation of breast-feeding. *Prev Med*. 2006;43(5):394-401.
28. Yoda T, Takahashi K, Yamauchi Y. Japanese trends in breastfeeding rate in baby-friendly hospitals between 2007 and 2010: a retrospective hospital-based surveillance study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13(1):207.
29. Gillespie B, d'Arcy H, Schwartz K, Bobo JK, Foxman B. Recall of age of weaning and other breastfeeding variables. *Int Breastfeed J*. 2006;1:4.
30. Li R, Darling N, Maurice E, Barker L, Grummer-Strawn LM. Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: the 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics*. janv 2005;115(1):e31-37.

## 2.5 Raisons de sevrage, perception d'insuffisance de lait et insatisfaction des mères

Dans les deux articles précédents, les profils des mères/enfants ont été dressés en fonction de la durée de l'allaitement. D'une part, ces données ne fournissent aucune explication quant aux causes de sevrage. D'autre part, elles ne tiennent pas compte de la durée d'allaitement désirée par la mère ni de l'adéquation entre durées désirée et réalisée. L'article suivant tente de mieux cerner au travers de l'analyse de données issues de questions ouvertes, les raisons de sevrage et de non-initiation de l'allaitement, la perception de manque de lait, et montre l'importance de l'insatisfaction des mères en matière de durée d'allaitement.

Avant la présentation des résultats, quelques notions de physiologie de la lactation sont envisagées afin de mieux comprendre les différents aspects des questions abordées dans l'article. À la suite de l'article, les enjeux de la formation des professionnels de santé en matière d'allaitement et du séjour à la maternité de plus en plus court seront discutés.

### 2.5.1 Physiologie de la lactation

La production de lait ou lactogénèse comporte deux phases. La lactogénèse I se déroule pendant la grossesse autour de la 16<sup>ème</sup> et 20<sup>ème</sup> semaine. À ce stade la production de lait est inhibée par la progestérone. La lactogénèse II correspond à la montée laiteuse qui survient après la phase de production de colostrum et survient, quant à elle, en moyenne entre 50 et 73 heures après la naissance sur une période variant d'1 à 148 heures (65). L'étendue de cette période dépend de différents facteurs (césarienne, primiparité, obésité, diabète de type I, utilisation de compléments lactés, ... (65)). La chute du niveau d'œstrogène et de progestérone est nécessaire pour qu'il y ait montée laiteuse. La primiparité et la césarienne sont deux facteurs de risque de montée de lait tardive (66). Même si une montée de lait qui survient après 72 heures est considérée comme tardive, elle est assez classique chez les primipares. La prévalence de la lactogénèse II tardive est estimée à approximativement 25% (67).

Quant à l'échec de la lactogénèse II, il peut être établi quand la montée laiteuse n'a pas eu lieu avant le 5<sup>ème</sup> jour postpartum pour Betzold (68) et à moins de 96 heures pour Riordan (65). Une montée de lait tardive est un facteur de risque de l'échec de la lactogénèse II. On parle d'échec de lactation ou d'insuffisance lactée secondaire lorsqu'un ou plusieurs facteurs résultent de l'échec d'obtention d'une production lactée car un facteur extrinsèque en a compromis le processus (67).

Les premières semaines d'allaitement correspondent à une période de calibrage au cours de laquelle l'amplitude de la lactation s'établit. Cette période d'ajustement dure 4 à 6 semaines (69). La production de lait est en moyenne de 710 ml par jour pendant les deux premiers mois et augmente par la suite aux alentours de 800 à 900 ml pour les enfants allaités exclusivement (17).

Toutes les difficultés « techniques » rencontrées (engorgement, mastite, mauvaise succion, ...), mais aussi les horaires de tétées fixes ou l'introduction des compléments non justifiés pendant la lactogénèse II et pendant la période de calibrage, risquent d'entraver la mise en route correcte de la production lactée et la poursuite de l'AM. En effet, étant donné que la lactation est régulée par le principe de l'offre et de la demande, tout facteur qui limite l'extraction de lait (nombre de tétées trop faible, tétées inefficaces ou trop courtes, ...) entraîne une diminution du volume de lait produit (69). Les difficultés rencontrées lors de la mise en route de l'AM (mauvaise prise du bébé, bébé trop épuisé, ...) peuvent donc être à l'origine d'une insuffisance de lait appelée insuffisance « secondaire ». *A contrario*, le volume produit peut être augmenté en améliorant l'efficacité de l'extraction et en augmentant le nombre de tétées. Ce mécanisme basé sur le contrôle autocrine, c'est-à-dire qui dépend de facteurs locaux, régule le volume de lait produit dans le but de répondre aux besoins *a priori* imprévisibles de l'enfant. Ce principe permet d'éviter des dé-

penses énergétiques inutiles pour la mère (69). Le facteur le plus important dans cette production de lait est l'efficacité et la fréquence de la demande (soit de l'extraction) de l'enfant. Demande elle-même influencée par l'appétit, elle-même influencée par l'âge, par l'état de santé, les phases de croissance, le poids, etc. Par conséquent, pour que le mécanisme d'autorégulation puisse fonctionner correctement, il faut que le nourrisson ait la possibilité d'autoréguler ses besoins qui peuvent être variables selon les périodes (69). Autrement dit, il est fondamental que l'enfant ait accès au sein sans restriction de temps ni de quantité à absorber **de nuit** comme de jour. Le FIL (Feedback inhibitor of lactation) est une protéine synthétisée en même temps que les autres constituants du lait et qui en s'accumulant freine la synthèse du lait (18). Le contrôle endocrine, quant à lui, s'exerce par l'intermédiaire de la prolactine responsable de la synthèse du lait et de l'ocytocine responsable de l'éjection du lait (70). Une plus grande quantité de prolactine est produite la nuit. L'allaitement nocturne est utile pour la production lactée, le maintien de celui-ci (70) ainsi que le maintien de l'aménorrhée. Un stress physique ou psychologique important (douleur sévère, angoisse importante, ...) peut bloquer la production d'ocytocine et donc le réflexe d'éjection. Cette inhibition influence directement la production de lait. Ceci explique la raison pour laquelle il est important que la mère ait confiance dans sa capacité à allaiter.

Les « poussées de croissance » ou « poussées de développement », fréquentes notamment à la fin du premier mois sont souvent interprétées par la mère allaitante comme un signe de manque de lait. En effet, G. Gremmo-Féger relate l'étude de l'équipe de Van de Rijt qui a suivi pendant 25 années le développement de bébés et l'attitude des mères face à leur évolution au fil du temps. Ils ont trouvé que tous les bébés en bonne santé présentent à certains moments de leur développement des phases difficiles se marquant parfois par des pleurs incessants, moments qui peuvent exaspérer les parents. Ces moments, d'après les auteurs, correspondent à des phases marquant d'importants changements dans le développement psychomoteur qui se manifestent par des modifications du comportement avec crises de pleurs ou agitation inexplicable. Ces périodes difficiles précèdent l'apparition de nouvelles compétences, sortes de « bonds en avant » et surviennent à des âges quasiment identiques et pour ainsi dire prévisibles pour la plupart des bébés (69). L'ignorance de ces « poussées de croissance » peut mener à l'introduction injustifiée de préparations pour nourrissons et déséquilibrer le principe de l'offre et la demande. Ce déséquilibre entraîne bien souvent un arrêt plus ou moins rapide de l'allaitement maternel.

### 2.5.2 Perception d'insuffisance de lait

L'expression « syndrome » ou « perception d'insuffisance de lait » est apparue dans la littérature biomédicale et anthropologique dans les années 1980 (71). La commercialisation à grande échelle des laits industriels et la médicalisation de l'alimentation du nourrisson exercent une influence déterminante sur la confiance qu'ont les mères dans leur capacité à allaiter (71). La nature non quantifiable du processus d'allaitement renforce cette incertitude en comparaison avec le mode d'alimentation utilisant les préparations pour nourrissons (67). Cependant, cette notion de « syndrome » ou de « perception » de manque de lait n'est pas toujours claire. La définition inclut à la fois le manque réel de lait qui peut être objectivé par le fait que la mère ne sécrète pas de lait du tout ou trop peu pour satisfaire quantitativement les besoins de l'enfant (=incapacité physiologique ou insuffisance « primaire ») et la perception subjective de la mère de manquer de lait. La définition donnée par Hill et Humenick, assez souvent trouvée dans la littérature, inclut ces deux réalités : «PIM is defined as a state in which a mother has or perceives that she has an inadequate supply of breast milk to meet her infant's needs» (72).

Dans l'article présenté dans ce chapitre, le concept de perception de manque de lait (PIM) intégrera uniquement le côté subjectif du manque de lait, autrement dit quand la mère doute de ses capacités à fournir soit un lait de qualité suffisante, soit un lait en quantité suffisante. La définition de Mc-Cartner Spaulding: "the perception of insufficient milk (PIM) is defined as a mother's belief that her breast milk is inadequate in amount or nutritional quality to meet her infant's needs" (73) sera celle retenue pour les analyses.

La définition de Hill et Humenick et celle de Mc-Cartner Spaulding sont les définitions les plus souvent utilisées dans la littérature.

Dans la littérature internationale, l'insuffisance de lait « primaire », soit l'incapacité physiologique à produire du lait, varie de 1% à 5% (69). Pourtant « l'insuffisance de lait » mentionnée par les mères est le principal motif de consultation au centre d'allaitement à Bristol. En effet, 66% (465/705) des femmes vues sur une période de deux ans et demi, ont été reçues pour cette raison. Galipeau relate cette étude de Woolridge qui montre que dans 85% des cas, il n'y avait pas d'insuffisance de lait (ni primaire, ni secondaire) et le problème s'est vite corrigé par des conseils et un soutien appropriés. L'incapacité physiologique s'est finalement retrouvée chez 1.3% des mères (67). L'insuffisance de lait n'est que très rarement physiologique. Dans la plupart des cas, celle-ci est liée à une conduite inappropriée de l'allaitement (67).

Galipeau, dans sa thèse de doctorat portant sur la modélisation de facteurs associés à une perception d'insuffisance lactée, mentionne le peu d'études qui se sont intéressées spécifiquement au phénomène de perception d'insuffisance de lait (67). Cette raison nous a poussées à approfondir le sujet à partir des données récoltées en 2012.

En cohérence avec les taux internationaux, en Wallonie et à Bruxelles, respectivement 2% à 30% des femmes ont sevré leur enfant à cause d'une perception d'insuffisance de production lactée (PIM). En effet, les chiffres fréquemment retrouvés dans la littérature font état de 25% à plus de 50% de mères qui se plaignent de ce phénomène. L'article publié dans ce chapitre démontrera la sensibilité de la perception de manque de lait à certaines caractéristiques socioéconomiques dont une durée d'études moindre des parents (Wallonie).

Peu de mères se plaignent d'un manque de lait dans les pays ou régions dans lesquels les préparations lactées sont hors de prix et par conséquent, inaccessibles (74). Ce contraste pousse certains auteurs à se poser la question ou même à affirmer que l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit (69). D'autres préféreraient dire qu'un certain pourcentage de mères signalent un manque de lait plutôt que d'avouer ne pas aimer ou ne pas être attirées par le fait de donner le sein à leur enfant (36). Le manque de lait serait une réponse socialement plus acceptable (75).

### 2.5.3 Insatisfaction quant à la durée d'allaitement et raison principale de sevrage

« Une mère qui a planifié d'allaiter et qui se retrouve dans une situation où elle est incapable ou dans l'impossibilité de le faire, pour des raisons médicales ou par manque de soutien ou qui doit subitement mettre fin à un allaitement bien amorcé, vit un deuil d'autant plus douloureux que son désir d'allaiter était profond (18). » Pourtant les études scientifiques discutent rarement la satisfaction de la mère par rapport à la durée d'allaitement qu'elle avait espéré réaliser. Les taux d'allaitement sont le plus souvent comparés aux objectifs fixés par les autorités sanitaires ou diverses sociétés savantes. Les résultats de 2012 ont jusqu'à présent été présentés de cette façon. En effet, les taux obtenus au travers des ECV ont été comparés aux objectifs fixés par l'ONE.

Dans l'article présenté dans ce chapitre, il est important de retenir qu'en Wallonie, 63% des mères espéraient allaiter plus longtemps et 57% à Bruxelles<sup>34</sup>. Ces taux seront considérés comme les taux d'insatisfaction. Derrière le terme d' « insatisfaction » se retrouvent les mères qui n'ont pu atteindre leur propre objectif. Les données montrent par la même occasion qu'à Bruxelles, les mères souhaitent allaiter plus longtemps qu'en Wallonie. En effet, plus de 50% des mères avaient la volonté d'atteindre un an d'allaitement, pour 22% en Wallonie. L'étude longitudinale (Infant Feeding Practices Study II (IFPSII))

---

<sup>34</sup> Les questions concernées étaient « l'allaitement a-t-il été arrêté plus tôt que désiré ? » (oui/non/pas de désir particulier) « Si oui, quelle durée d'allaitement souhaitiez-vous ? »

menée au Etats-Unis entre 2005 et 2007 montre que le profil des mères ayant atteint leur objectif de durée n'est pas le même que les autres (multipares, niveau d'études moindre, non mariées)(76).

Le tableau 5 de l'article présenté illustre la raison principale de non allaitement, d'allaitement partiel à la maternité et de sevrage (any BF) à 3 périodes pendant la première année de vie de l'enfant.

La perception de manque de lait, comme définie plus haut, est un problème fréquent dans les deux régions et ceci aux différents moments considérés. Les difficultés techniques (crevasses, engorgement, mastites, ...) qui sont la cause d'un allaitement partiel à la maternité, représentent quant à elles entre 15% et 24% des raisons évoquées.

#### **2.5.4 Raisons de sevrage précoce, perception d'insuffisance de lait et insatisfaction des mères : comparaisons de deux régions belges (article 5)**

## Research Article

# The Reasons for Early Weaning, Perceived Insufficient Breast Milk, and Maternal Dissatisfaction: Comparative Studies in Two Belgian Regions

Emmanuelle Robert,<sup>1</sup> Yves Coppeters,<sup>1</sup> Béatrice Swennen,<sup>2</sup> and Michéle Dramaix<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Research Center of Epidemiology, Biostatistics and Clinical Research, School of Public Health, Université Libre de Bruxelles, Route de Lennik 808, 1070 Brussels, Belgium

<sup>2</sup> Research Center of Health Policy and Systems-International Health, School of Public Health, Université Libre de Bruxelles, Route de Lennik 808, 1070 Brussels, Belgium

Correspondence should be addressed to Emmanuelle Robert; [emrobert@ulb.ac.be](mailto:emrobert@ulb.ac.be)

Received 30 May 2014; Accepted 9 October 2014; Published 9 November 2014

Academic Editor: Li-Yin Chien

Copyright © 2014 Emmanuelle Robert et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**Objective and Method.** To report on the weaning reasons at the maternity ward, at 3, 6, and 12 months and to report the socioeconomic characteristics of mothers not satisfied with breastfeeding duration as well as of those who have weaned their child because of perceived insufficient milk (PIM). Two cross-sectional studies were performed in 2012. **Results.** 62.9% of mothers in Wallonia and 56.8% in Brussels are dissatisfied with the duration of breastfeeding. In the two regions, younger mothers, ignoring the WHO recommendations, having a low level of education, or thinking not having sufficient milk production, were more likely to be dissatisfied. According to the analysed period, PIM and return to work are the two leading causes of weaning. While in Brussels PIM seemed to be associated only with partial BF at the maternity ward, in Wallonia, PIM was associated with a less educated environment and with ignoring the WHO recommendations. **Conclusions.** Too many mothers, especially destitute, are dissatisfied. They more often evoke PIM as reason for weaning. However, the literature shows that the real lack of milk only affects 1–5% of the mothers. Professionals need to be better informed of this discrepancy between mothers' perception and physiology. They should be more supportive, especially among more precarious mothers.

## 1. Introduction

The obvious benefits of breastfeeding (BF) for both the child and the mother are fully described [1]. In order that many children can benefit from these advantages, the World Health Organization (WHO) recommends exclusive BF since 2001 for a period of 6 months and supplemented breastfeeding for at least two years [2]. Despite the fact that many countries have included these recommendations in the guidelines of various paediatric societies, very few mothers achieve these two objectives in many countries in Europe [3], in the United States [4, 5], or in other parts of the world [3, 6, 7].

Even if social-demographic predictors of both the initiation [8–10] and the duration of BF are widely described [9, 11–13], very few studies consider at the same time (i) the mothers'

desired BF duration, (ii) the dissatisfaction generated by not achieving a certain BF duration, and (iii) the primary reason for weaning. It seems yet obvious that breastfeeding is a personal choice and the mothers' desired duration cannot be ignored.

These elements could partially explain why the initiation rates and also the BF duration remain too low according to the WHO recommendations on which, however, the vast majority of scientists agree.

The literature shows that the reasons for an "early" weaning, defined as not achieving the mother's desired breastfeeding duration, depend on various factors including psychosocial (self-esteem, self-efficacy), cultural factors [6], but also the duration of the maternity leave [14, 15]. The perception of insufficient milk (PIM), that is, the mother's

belief that the breast milk is inadequate in amount or nutritional quality to meet her infant's needs [16], is another factor often highlighted [4, 17]. This phenomenon seems to exist in many countries, without cultural neither social-demographic borders [4]. The introduction of formula supplementation in the maternity ward is also a main early weaning factor [18].

Two representative studies on BF were simultaneously performed in Wallonia and in the Brussels-Capital Region, two of the three regions that form Belgium. Analyses regarding the durations of any and exclusive breastfeeding in Wallonia were previously described [13]. Specifically in this paper, we will try to answer different questions about early weaning. Is there a link between the desired and the achieved duration? What is the profile of the mothers not satisfied with their breastfeeding duration? What is the distribution of the principal reasons of weaning at different moments during the first year postpartum? What are the predominant reasons for weaning? What are the social-economic factors associated with PIM? And finally are these results different between the two regions?

## 2. Method

**2.1. Population and Samplings.** In Wallonia, a regional immunization survey was performed every 3 years and approximately every 5 years in the Brussels-Capital Region (Brussels). In 2012, the two surveys were performed in the same time, with the same questionnaire. For the first time, a set of 16 questions about breastfeeding was introduced in these two vaccination coverage surveys that took place from May to July. More details for the methodology were included in the previous articles about vaccination [19] and breastfeeding [13]. Using Epi-methodology, we firstly selected in Wallonia a proportionate sample of 55 clusters in 50 municipalities (larger municipalities to be drawn more than once). In the second stage, 12 children per cluster were randomly selected from the municipalities list.

In Brussels, a stratified sampling with allocation proportional to size of the municipality was used in each of the 19 municipalities of Brussels.

A list of children born between 31 of May and 30 of November 2010 in the two studies was obtained from each municipality. All children were officially registered as residents in Brussels or in Wallonia. The families were informed by letter that an interviewer would visit them regarding a survey on "infancy." If the families could not be contacted after 3 visits, had moved, or had serious language problem they were replaced. If necessary, information was cross-checked via phone calls to the parents, after reviewing every questionnaire.

Both databases were registered by the Commission for the protection of the privacy in Belgium.

**2.2. Measurements.** For the definition of "exclusive breastfeeding" we used the WHO definition: the intake of breast milk (directly, expressed or from a wet nurse) without any additional liquids or solid/semisolid foods; intakes of oral rehydration solution (ORS), vitamins, minerals, or medications in the form of drops or syrups are allowed [2].

We classified the 90 reasons provided by the parents for no breastfeeding, no exclusive BF, or weaning into 15 major reasons. These 15 reasons were classified into 2 groups (intrinsic BF problems and external causes), divided into subcategories.

Intrinsic BF problems were considered as direct causes linked with BF problem. A difference was made between PIM and no/no more milk. The perception of insufficient milk (PIM) is defined as a mother's belief that her breast milk is inadequate in amount or nutritional quality to meet her infant's need [16]. No/no more milk is less subjective than PIM. The mother observed she had no milk.

External causes were considered as not directly linked with a BF problem. Table 1 shows nonexhaustive examples belonging to each class.

The reasons of non-BF and partial BF were analysed at the maternity ward and the reasons of weaning were analysed at three different moments:  $\leq 3$  months,  $\leq 6$  months, and  $\leq 12$  months.

**2.3. Statistical Analysis.** Pearson's chi square was used to compare the characteristics of the two regions. After the description of the two samples, only mothers who breastfed at the maternity ward were included in the analyses. The duration of BF was calculated considering the month in which BF was stopped. The median durations and 95% CI of any and exclusive BF were derived using Kaplan-Meier survival curves. The log-rank test was used to assess the equality of the survival curves.

We examined the relationship between the mother's dissatisfaction and different predictors (e.g., mother's native nationality and education level, mode of delivery, parity, etc.) with Pearson's chi square test. Odds ratios (OR) and their 95% CI were computed. The relationship between mothers cited PIM as main reason for weaning and different predictors were assessed using Pearson's chi square test. Two cutoffs, at 5 months for exclusive BF and 6 months for any BF, are considered for PIM analyses. These limits allow having a sufficient number of children regarding each predictor in both regions. For all analyses mentioned above, the significance level was 0.05. A logistic model was used to analyse the predictors associated with dissatisfaction in each region. The covariates included in the models were selected by a backward stepwise procedure. All variables associated with the dissatisfaction of BF duration with  $P$  values  $\leq 0.10$  were included in the final model. Goodness of fit was checked using Hosmer-Lemeshow's test. We did not pool the two databases because of the large difference in sociodemographic characteristics between the two populations. Epi-Info 6.04d Fr (Centre for Disease Control and Prevention) was used for encoding and analyses were performed with IBM SPSS 22.0.

## 3. Results

The data concerned 525 children in Wallonia and 544 children in Brussels. Sociodemographic characteristics of parents and children and the prevalence of BF (exclusive, partial, and no BF) at birth and at discharge from the maternity unit and its duration are shown in Table 2. Almost all these parameters

TABLE 1: Classification of reasons for no breastfeeding, no exclusive breastfeeding, and weaning.

Principal group	Subcategorical	Examples of reported reasons
Intrinsic BF problems	Perceived insufficient milk (PIM)	No enough milk Poor quality of milk The child wanted to be breastfed all the time The child slept at the breast The child was crying too often The child remained all day at the breast The child was difficult to handle after BF The mother does not know whether she has enough milk
	Technical difficulties for the mother and the baby	The child is not able to drink Too difficult for the baby Crack/engorgement Mastitis
	No/no more milk	No enough milk to express and to supply the crib with No more milk
External causes	Personal opinion	Mother does not like the BF and does not want to breastfeed Too stressed to breastfeed Personal choice
	Mother's medical reason	Mother takes incompatible drugs with BF Mother's hospitalization Hepatitis C Nervous breakdown
	Circumstance of birth	Caesarean Child in an incubator, premature baby
	Baby's health	Down syndrome Harelip
	Logistics	Moving, holiday
	Other reasons	Because of the child's teeth Because of social environment Mother smoking and so forth

were significantly different between the two regions. A greater number of parents were little educated in Brussels and had a lower income. The mothers were older, more often of foreign origin, and worked less often than in Wallonia. More children were born in a "Baby Friendly Hospital Initiative" (BFHI) maternity in Brussels. The prevalence of breastfeeding was by more than 10% higher in Brussels. This difference was the same for exclusive BF, any breastfeeding at birth or at discharge of maternity ward. BF durations were longer in the capital. The proportion of children partially breastfed at discharge from the maternity unit was on the contrary the same in both regions. More mothers took the decision to breastfeed before pregnancy and did not know the WHO recommendations in Brussels. A larger number of fathers were not in favour of BF in Wallonia (Table 2).

*3.1. Desired Duration of Any Breastfeeding and Median Breastfeeding Duration Performed.* Mothers had higher duration objectives in Brussels, where over 53% of them wanted to breastfeed for one year at least. This result was 22% in Wallonia. In contrast, in Wallonia more mothers wanted to breastfeed for 6 months maximum. It was the same for mothers who had no clear idea regarding the desired length.

In the two regions, the median durations of any breastfeeding were longer if mothers had greater desires in BF duration ( $P < 0.001$ ). The median durations were always shorter than the desired durations.

A gradient between desired and performed duration of BF in the two regions was observed. In Brussels, not wishing a particular duration was favourable to the duration achieved (Table 3).

TABLE 2: Comparison between the two surveys (Wallonia, Brussels), *P* value.

	Wallonia % (n)	Brussels % (n)	<i>P</i> value
<b>Socioeconomic characteristics</b>			
Mother's age (<30 years)	40.0 (205)	28.6 (154)	<0.001
Mother without a job at 6 months after birth	33.4 (173)	48.3 (259)	<0.001
≤first 3 years of secondary school (mother)	23.3 (120)	28.6 (154)	0.03
≤first 3 years of secondary school (father)	22.8 (110)	26.2 (134)	<0.005
Belgian native mother	71.8 (377)	28.2 (280)	<0.001
Household income (≤2000 euros)	37.7 (177)	52.5 (249)	<0.001
<b>Infant's and birth characteristics</b>			
First born infant	42.9 (225)	40.3 (218)	0.4
Male	51.8 (271)	51.6 (280)	0.9
Delivery in BFHI	23.5 (118)	68.7 (354)	<0.001
Caesarean	21.8 (114)	20.5 (110)	0.6
Preterm	7.8 (41)	5.3 (30)	0.13
MCH attendance	72.6 (382)	78.3 (426)	0.03
<b>Breastfeeding</b>			
Exclusive BF at birth	73.3 (385)	83.3 (453)	<0.001
Exclusive BF at discharge of the maternity unit	66.4 (348)	80.9 (440)	<0.001
Any BF at birth	81.7 (429)	93.0 (506)	<0.001
Any BF at discharge of the maternity unit	76.4 (400)	90.6 (493)	<0.001
Partially supplemented BF at discharge of the maternity unit	10.0 (44)	9.7 (53)	0.9
Median duration of exclusive BF (month)	3.0 (0.03–11.0) <sup>o</sup>	4.0 (0.03–11.0) <sup>o</sup>	<0.001
Median duration of any BF (month)	4.0 (0.03–24.0) <sup>o</sup>	6.0 (0.03–24.0) <sup>o</sup>	<0.001
<b>Breastfeeding characteristics</b>			
Intention of BF before pregnancy	65.2 (330)	72.8 (388)	0.008
Awareness of WHO recommendation	26.3 (138)	20.3 (111)	0.02
Negative partner's attitude	24.4 (122)	12.1 (63)	<0.005

<sup>o</sup>min–max.TABLE 3: Distribution of desired duration (% (n), *P* value) and median (min–max) performed duration (months), 95% CI *P* value, according to desired duration.

	Desired duration			Achieved duration		
	Wallonia	Brussels	<i>P</i>	Wallonia	<i>P</i>	Brussels
	% (n)	% (n)		Median duration 95% CI		Median duration 95% CI
<6 months	16.5 (58)	9.5 (33)		1.5 (0.9–2.1)		2.0 (0.8–3.2)
6 months	20.8 (73)	15.9 (55)		3.0 (2.6–3.5)		4.0 (3.3–4.7)
7–11 months	8.8 (31)	8.1 (28)	<0.001	6.0 (4.9–7.1)	<0.001	6.0 (3.4–8.7)
≥12 months	21.9 (77)	53.3 (185)		6.0 (5.6–6.4)		7.0 (6.3–7.7)
As long as the baby and myself wanted to	31.9 (112)	13.3 (46)		4.0 (3.1–5.0)		8.0 (5.4–10.6)

3.2. *Characteristics of Mothers Who Could Not Achieve Their Breastfeeding Duration Objectives.* In Wallonia, among 429 mothers who initiated BF at birth, 62.9% (253) were not satisfied with its length. In Brussels, among 506 mothers who initiated BF at birth, 56.8% (273) were not satisfied

(*P* = 0.06). Table 4 shows the percentage of dissatisfaction with the characteristics of these dissatisfied mothers in both regions.

In both regions, the youngest mothers, mothers who did not know the WHO recommendation, those who did not

TABLE 4: Mothers' dissatisfaction (% , *n*) based on sample characteristics among mothers who breastfed at birth in Wallonia and Brussels (OR, 95% CI, *P*).

	Wallonia			Brussels		
	% ( <i>n</i> )	Crude OR (95% CI)	<i>P</i> value	% ( <i>n</i> )	Crude OR (95% CI)	<i>P</i> value
Mother's age (years)						
<30	72.1 (106)	1.9 (1.2–3.0)	0.003	66.2 (90)	1.7 (1.1–2.6)	0.008
≥30	57.1 (140)	1		52.9 (181)	1	
Awareness of WHO recommendation						
Yes	46.5 (55)	1		42.6 (43)	1	
No	70.0 (198)	2.7 (1.7–4.2)	<0.001	60.5 (230)	2.1 (1.3–3.2)	<0.001
Mother's education level						
≤first 3 years of sec. school	68.9 (93)	1.8 (1.1–3.0)	0.01	61.8 (84)	1.6 (1.0–2.5)	0.05
Last 3 years of sec. school	70.5 (62)	2.0 (1.1–3.5)		61.7 (82)	1.6 (1.0–2.5)	
Higher education	54.9 (96)	1		50.5 (105)	1	
PIM						
Yes	75.3 (58)	2.0 (1.1–3.6)	0.01	68.9 (62)	1.9 (1.2–3.0)	0.01
No	60.0 (195)	1		54.0 (211)	1	
Preterm infant						
Yes	80.0 (24)	2.5 (1.0–6.2)	0.04	64.0 (16)	1.4 (0.6–3.2)	0.5
No	61.6 (229)	1		54.6 (257)	1	
Duration desired (month)			0.04			<0.001
<6	65.0 (39)	1.2 (0.6–2.4)		75.8 (25)	3.6 (1.2–10.9)	
6	77.8 (56)	2.2 (1.1–4.6)		73.6 (39)	3.2 (1.3–8.1)	
7–11	64.5 (20)	1.1 (0.5–2.8)		72.4 (21)	3.0 (1.0–10.0)	
≥12	79.2 (61)	2.4 (1.2–4.9)		87.6 (163)	8.1 (3.7–18.0)	
As long as the baby and I wanted to	61.4 (70)	1		46.7 (21)	1	
First born children						
Yes	69.5 (123)	1.7 (1.1–2.5)	0.01	57.8 (108)	1.1 (0.7–1.6)	0.7
No	57.6 (129)	1		55.8 (163)	1	
Father's education level						
≤first 3 years of sec. school	55.3 (96)	1.4 (0.9–2.4)	0.1	67.2 (82)	2.1 (1.3–3.5)	0.005
Last 3 years of sec. school	68.8 (55)	1.7 (0.9–3.1)		59.2 (84)	1.5 (1.0–2.4)	
Higher education	56.8 (83)	1		49.0 (94)	1	
Delivery in BFHI						
Yes	61.8 (55)	1		54.6 (172)	1	
No	65.0 (195)	1.1 (0.7–1.9)	0.6	63.8 (90)	1.5 (1.0–2.2)	0.07
Household income						
<2000 euros	68.2 (88)	1.3 (0.9–2.1)	0.2	61.7 (140)	1.4 (1.0–2.1)	0.06
>2000 euros	61.3 (141)	1		52.6 (103)	1	
Birth month						
May–September	60.6 (172)	1		53.6 (178)	1	
October–November	68.1 (79)	1.4 (0.9–2.2)	0.2	63.8 (95)	1.5 (1.0–2.2)	0.04
Infant's age when mother returned to work			0.05			1.0
≤3 months	72.5 (58)	1.9 (1.1–3.6)		56.4 (31)	1.0 (0.5–1.9)	
4 months and more	57.6 (110)	1		56.5 (108)	1	
Unemployed	65.6 (84)	1.4 (0.9–2.3)		56.7 (131)	1.0 (0.7–1.5)	

Never significant at level 0.05: maternity BF type, infant's sex, mode of delivery, prenatal maternal intention, partner's attitude, and mother's native nationality.

have a higher level of education, mothers who are perceived to have less milk (PIM), and those who had a longer period breastfeeding desire were more likely to be dissatisfied with any BF duration.

In Wallonia, the mothers of a first child, a child born prematurely, or those who had returned to work a maximum of 3 months after birth had a greater likelihood of not achieving their BF duration objective.

In Brussels, a lot of mothers cannot reach their objective when the child was born during fall, in a nonlabelled BFHI ( $P = 0.07$ ), when the father was not highly educated, or when the household income was lower ( $P = 0.06$ ).

After adjustment for all significant factors  $<0.10$  in bivariate analysis, a younger age, the ignorance of the WHO recommendation, and having had a desire to breastfeed for a certain duration (especially for more than 12 months) remained associated with a higher frequency of dissatisfaction in the two regions regarding the duration of AM achieved. Prematurity and returning to work at 3 months or sooner postpartum were also associated with dissatisfaction but only in Wallonia. In Brussels, not being born in a Baby Friendly Hospital Initiative maternity and having a perception of lack of milk were associated with dissatisfaction regarding the duration achieved.

### 3.3. Main Reason for Weaning

**3.3.1. At the Maternity Ward.** In both Brussels and Wallonia, at the maternity ward, the “personal opinion” was the most often given reason for nonbreastfeeding (Table 5). In contrast, the second most often given reason changed by region. In Wallonia, “mother’s health” or “bad previous experiences” were most often mentioned (13.0%) and in Brussels the reasons were distributed more homogeneously (column 1).

Among mothers who did not breastfeed exclusively (column 2), the “perceived lack of milk” was the most often mentioned reason in the two regions. “Technical difficulties” appear as the second factor which causes partial BF at the maternity ward. In other words, when leaving the maternity ward, the majority of the mothers ( $>60\%$ ) gave as a reason for partial breastfeeding a “BF intrinsic problem.”

**3.3.2. After the Discharge of the Maternity Ward.** In the first 3 months, the main reason for weaning remained linked to a “BF intrinsic problem” ( $>58\%$ ), the PIM being the most often cited subcategory (approximately 30%). “Back to work” became the primary reason for stopping BF beyond three months after birth (Wallonia). “BF problems” were referred by parents of one-third of the children younger than 12 months. “The child does not want to drink” increased in the three studied periods after discharge from maternity ward.

**3.4. Perceived Insufficiency of Breast Milk and Associated Factors.** Table 6 shows the relationship between the PIM and the parent’s sociodemographic status and others factors.

In Brussels, the number of mothers who exclusively breastfed at 5 months was 2 times higher than in Wallonia (38.4% versus 17.7%). At 6 months, in Brussels, while more than one in two mothers was still breastfeeding, in Wallonia, it was a mother in 3. “PIM” meanwhile was identical in the two regions and this was during both considered times.

For the final weaning (before 6 months) the PIM seemed more sensitive to various characteristics analysed in Wallonia.

Indeed, a significant disparity appeared by region. First, in Brussels, PIM as a reason for stopping the exclusive BF was distributed more homogeneously. Indeed, no significant

difference was found. In Wallonia, PIM was mentioned most often for children whose mothers did not know the WHO recommendations and whose parents had less education, or when household income was lower.

In both Brussels and Wallonia, PIM as a weaning reason at less than 6 months was mentioned more often among women who had less education. Only in Brussels, having breastfed her child partially and not delivering in a BFHI maternity increased the risk of weaning because of a perceived lack of milk. In Wallonia the predictors were the same for the exclusive weaning before 5 months.

## 4. Discussion

Both regions cover 45% of the Belgian population. Brussels and Wallonia have a population completely different on sociodemographic level (see Table 1). Brussels, both the Belgian and the European Capital, is distinguished by a higher birth rate than the other two Belgian Regions. The birth rate is also one of the highest in Europe. An argument could explain this rate due to the strong immigration in Brussels. Indeed, Brussels has 75% of mothers with foreign origin including mothers who are (i) European migrants from a more affluent background, who have late pregnancies, and (ii) non-European, younger women from a less affluent background and higher multiparous.

These two groups of migrant mothers breastfeed longer. A lot of studies show that BF is longer in older mothers [9, 10, 20] but also among foreign-born mothers [8, 9]. It may therefore seem logical that Brussels has a higher proportion of mothers who are “naturally” in favor of BF. This could be illustrated by the fact that over 50% of mothers in Brussels desire to breastfeed at least one year. In Wallonia, the rate reaches only 22%. There seems to be a strong relationship between desired and achieved duration of BF as Donath demonstrated [21].

It is probable that Brussels rather than Wallonia carries a deeper “BF culture.” It is difficult to evaluate the part due to the demographic characteristics in Brussels and the part due to the BF promotion initiatives. Since 2001, in Belgium, more and more maternities are BFHI accredited every year, mostly in Brussels.

**4.1. Dissatisfaction of the Achieved BF Duration.** In our two surveys more than 50% of the mothers said they did not breastfeed long enough: the median BF durations were always shorter than the desired durations. This confirms the results of Negayama et al. and Perrine et al. [6, 22].

The dissatisfaction defined as the difference between the expected and performed BF duration seems to be related to certain factors including socioeconomic vulnerability. Younger mothers and mothers who ignore the ideal duration of exclusive BF are frequently dissatisfied. A greater number of unsatisfied mothers are also found among mothers who intended to breastfeed for at least 12 months. When analysing the dissatisfaction, some predictors “classically” strongly associated with the duration and prevalence at the maternity ward disappear. It is the case with the mother’s

TABLE 5: Top 15 reasons for not breastfeeding and weaning in the first year (%).

	At the maternity ward		After the maternity ward (months)		
	No BF	Partial BF	≤3	≤6	≤12
Prevalence of any BF					
Wallonia (W)	23.6	10.0	54.1	29.1	11.8
Brussels (B)	9.4	9.7	73.9	55.7	23.3
Reason of weaning					
<i>1/BF intrinsic problems</i>	10.4	<b>60.9</b>	<b>58.5</b>	38.4	31.5
	17.6	<b>63.5</b>	<b>64.9</b>	34.8	35.3
PIM					
W	6.5	<b>37.0</b>	<b>31.1</b>	<b>20.5</b>	<b>18.5</b>
B	5.9	<b>48.1</b>	<b>26.7</b>	<b>26.6</b>	<b>25.2</b>
Technical difficulties					
W	2.6	<b>23.9</b>	<b>15.2</b>	3.6	1.9
B	8.8	<b>15.4</b>	15.3	1.8	1.7
No milk					
W	1.3	—	12.2	14.3	11.1
B	2.9	—	<b>22.9</b>	6.4	8.4
<i>2/External causes</i>	<b>89.6</b>	39.1	41.5	<b>61.6</b>	<b>68.5</b>
	<b>82.4</b>	36.5	35.1	<b>65.2</b>	<b>64.7</b>
Personal opinion					
W	<b>37.7</b>	—	4.8	—	—
B	<b>32.4</b>	3.8	3.0	—	0.8
Back to work					
W	1.3	—	12.8	<b>41.1</b>	<b>25.9</b>
B	2.9	—	9.2	<b>26.6</b>	12.6
Mother's health					
W	<b>13.0</b>	4.3	7.3	6.3	9.3
B	5.9	3.8	6.1	7.3	4.2
Logistics					
W	7.8	—	1.8	1.8	3.7
B	2.9	—	3.8	3.7	5.9
Twins					
W	1.3	10.9	3.7	0.9	—
B	4.3	13.5	4.6	—	—
Fatigue					
W	—	—	7.3	3.6	11.1
B	—	—	4.6	7.3	5.0
The child did not want to drink					
W	—	2.2	4.3	7.1	11.1
B	—	1.9	5.3	11.0	<b>23.5</b>
Circum. related to childbirth					
W	5.6	10.9	—	—	—
B	8.7	5.8	—	—	—
Previous bad experience					
W	<b>13.0</b>	8.7	—	—	—
B	5.9	—	—	—	—

TABLE 5: Continued.

	At the maternity ward		After the maternity ward (months)		
	No BF	Partial BF	≤3	≤6	≤12
Baby's health					
W	2.6	8.7	—	—	—
B	8.7	3.8	—	—	—
Pregnant mother					
W	—	—	—	—	5.6
B	—	—	—	2.8	10.9
Other reasons					
W	3.3	0	1.2	0.9	7.4
B	10.9	1.9	3.8	3.7	1.7
N total	77	46	164	112	54
	34	52	131	109	119

TABLE 6: PIM according to the sample characteristics among the mothers who were breastfeeding when leaving the ward for at least 6 months (any type of BF) and among those who were breastfeeding exclusively for less than 5 months (% (n), P values).

	Weaning exclusive BF before 5 months		Weaning any BF before 6 months	
	Wallonia	Brussels	Wallonia	Brussels
BF prevalence at 5 and 6 months	17.7%	38.4%	29.1%	55.7%
Proportion of PIM	23.8 (68/286)	20.7 (70/338)	23.8 (68/286)	25.0 (47/188)
Predictors				
BF at maternity ward				
Exclusive	—	—	25.7 (61)	22.4 (35)
Partial			23.5 (8)	37.9 (11)
P value			0.8	0.08
Mother's education level				
≤first 3 years of sec. school	29.5 (31)	25.8 (24)	26.9 (28)	37.5 (18)
Last 3 years of sec. school	34.4 (21)	19.4 (18)	39.2 (20)	20.0 (11)
Higher education	12.9 (15)	16.8 (25)	17.7 (20)	20.2 (17)
P value	<b>0.001</b>	0.3	<b>0.01</b>	0.05
Father's education level				
≤first 3 years of sec. school	21.5 (23)	28.9 (24)	20.8 (21)	31.3 (15)
Last 3 years of sec. school	37.1 (23)	18.2 (16)	40.4 (23)	28.3 (13)
Higher education	17.5 (17)	17.4 (25)	21.7 (20)	19.5 (16)
P value	<b>0.01</b>	0.09	<b>0.01</b>	0.3
Awareness of the WHO recommendations				
Yes	12.5 (9)	22.6 (14)	13.8 (8)	21.1 (8)
No	27.6 (59)	20.3 (56)	28.6 (61)	25.8 (42)
P value	<b>0.009</b>	0.7	<b>0.02</b>	0.6
Mother delivery in BFHI				
Yes	32.4 (23)	21.4 (46)	32.4 (23)	22.4 (35)
No	21.4 (45)	19.0 (20)	21.4 (45)	37.9 (11)
P value	0.06	0.6	0.06	0.08
Preterm				
Yes	53.3 (8)	20.5 (65)	53.3 (8)	24.9 (44)
No	22.1 (60)	23.5 (5)	22.1 (60)	27.3 (3)
P value	<b>0.006</b>	0.7	<b>0.006</b>	1.0

Never significant at level 0.05: birth season, attending a MCH, BHFI, infant's sex, and mother's native nationality.

native nationality, the attitude of the partner, and the prenatal breastfeeding intention.

According to our survey, in Wallonia, 23.5% of children were born in a BHFI maternity against 68.7% in Brussels ( $P < 0.001$ ). However, like some authors [23] but unlike others [24, 25] our regional analysis showed no statistical differences for children born in a maternity BFHI on the prevalence, duration of BF, and dissatisfaction [13]. However, BFHI guidelines have qualitative impacts in favour of breastfeeding, probably spreading beyond accredited maternities, particularly in Brussels.

*4.2. Principal Reason for Terminating Exclusive or Any Breastfeeding.* At birth, according to the region, between 32% and 38% of the mothers did not want to breastfeed for “personal reasons.” Medical reasons related to the mother’s health or incompatible with BF drugs appear in less than 13% of the cases. Except these two reasons, it is probable that, with a better support at the maternity and a better knowledge, mothers could consider BF more serenely. This should particularly be the case for the “BF intrinsic problems” already occurring at the maternity, which are responsible for the introduction of breast milk substitutes in 60% of the children. These “BF intrinsic problems” remain the main reason for weaning in the first three months postpartum. This category includes the mothers who, with a better support from professionals, could exclusively breastfeed at the maternity and wean their children later.

After 3 months postpartum in the two regions, the majority of the problems were “external causes.” In this category, “back to work” was the most important reason (41.1% in Wallonia). This reason is frequently cited as the main reason of weaning after 3 months in the literature [6, 26].

*4.3. Perceived Insufficient Milk.* Depending on the period, PIM isolated is the first or the second reason cited for initiating supplementation or weaning. This finding is consistent with previous research in many populations across the world [6, 7, 16, 27]. Across the literature, most researchers found that approximately 35% of all women wean their children early, reporting that PIM was the primary reason [4, 28]. Gatti after critical review of research pertaining to perceived insufficient milk (PIM) wrote that many women utilize infant satisfaction cues as their main indication of milk supply and many researchers, clinicians, and breastfeeding women do not evaluate actual milk supply [4]. Quintero Romero et al. in a study in Italy show that 54% mothers give an inadequacy of breast milk as reason for giving formula before six months [17]. Many authors showed that PIM was correlated with decreased exclusivity [4, 7, 29].

PIM has to be differentiated from the “primary” milk insufficiency, related to an anatomical or hormonal inability to produce milk [4, 30]. A certain amount of studies show that this “primary” insufficiency is rather rare. We tried to differentiate all the reasons that can be gathered under the definition of PIM as defined by McCarter-Spaulding and Kearney [16].

The fact that in Brussels at  $\leq 3$  months the answer “no milk at all” is chosen for 22.9% ( $n = 30$ ) of the children is surprising. Two hypotheses could help us to understand that astonishing fact. Firstly, certain parents may think that reason is more socially acceptable. Secondly, that reason closes the debate and resists to the arguments of the people around the family. For Negayama et al. PIM is interpreted as a solution of conflict between the social pressure to breastfeed and its burden [6].

*4.3.1. PIM and Association with Other Variables.* While in Wallonia the PIM is most frequently mentioned as a reason for weaning in the most disadvantaged populations, in Brussels this reason is more homogeneously distributed in the population. In Japan, where the BF rates are low, Otsuka et al. [7] showed PIM was not related to maternal age, parity, or income, but with mothers with higher than college education. Some researchers show an association with parity, others not. Negayama et al. have shown that mothers who reported insufficient milk were less satisfied with the duration of feeding [6]. This was also observed in the two Belgian regions.

*4.3.2. PIM and Supplement Breast Milk Substitute in the Maternity.* Many authors have shown the negative influence of early supplement breast milk substitute in the maternity ward on the duration of breastfeeding [10, 18, 31] but also on the difficulty of achieving the target set by the mother [23]. In the 2005–2007 Infant Feeding Practices Study II in USA, after adjustment for all hospital practices, only not receiving supplement feeding remained significant for achieving exclusive BF intention [22].

The introduction of formula could be a cause rather than an outcome of the insufficiency of breast milk although it might not be the case in early period [32]. The introduction of formula reduces nipple stimulation and hence could cause a decrease in the production of breast milk [6]. In 2001, McCarter-Spaulding and Kearney wrote that the use of bottle, if accompanied by decreased BF frequency, may contribute to perceived or actual insufficient milk over time, as the infants grow and require a greater milk supply. Likewise, longitudinal observations might show that if BF problems persist, they lead to a perception of PIM and possible early weaning. We show that 37.0% of the mothers in Wallonia and 48.1% in Brussels who did not achieve exclusive BF before leaving the maternity reported that PIM was the reason.

*4.4. Strengths and Weaknesses.* Few studies combine the analyses of the weaning reasons while isolating the PIM and the lack of satisfaction regarding the duration of BF with the sociodemographic parameters and other BF parameters, differentiating the “any” and “exclusive” BF according to the WHO definitions. Moreover these analyses were about two contiguous regions but heterogeneous on a sociodemographic level, showing inside a small country two different situations.

There is still one question remaining about the knowledge of the WHO recommendations. Are the mothers more inclined to breastfeed if they know the recommendations

or does knowing the recommendations have an effect on increasing the breastfeeding duration? Our data does not allow us to differentiate the cause and the effect in that case. But it is probable that motivated mothers get informed and know the target of an exclusive BF during 6 months. Study and methodological limits were described in the previous papers [19, 33].

## 5. Conclusion

In 2000, Dennis wrote “although the health benefits of BF are well documented and initiation rates have increased over the past 20 years, most mothers wean [*sic*] before the recommended 6-months [*sic*] postpartum because of perceived difficulties with BF rather than due to maternal choice” [9]. Thus, nearly 15 years later, in two of three Belgian regions this conclusion seems to be still valid. Unfortunately, we can write, as Dennis, that weaning unfortunately is often not a desired choice!

We think that the knowledge of the WHO recommendations can have a positive impact on the mothers who are less naturally inclined to breastfeed when they are aware of the ideal duration, which can be a guideline.

Because of the importance of an early BF intention, we suggest expanding more strategies to educate people at a young age, in adolescence, for example, in order to develop a “BF culture.”

The majority of weaning related to a perceived lack of milk is preventable. To do this, it is really necessary that professionals are aware of the role they can play in enhancing self-efficacy but also in the correct information they can give to parents. They should consider the logic of the law of supply and demand of milk that can be completely disrupted by unnecessary supplementation. Thus, it is important to consider the quality of information given to parents. “BF intrinsic problems” which lead to mother’s dissatisfaction are early solved with an adequate support and by training the professionals of the maternity.

## Conflict of Interests

The authors declare no conflict of interests.

## References

- [1] M. Fewtrell, D. C. Wilson, I. Booth, and A. Lucas, “Six months of exclusive breast feeding: how good is the evidence?” *The British Medical Journal*, vol. 342, Article ID c5955, 2011.
- [2] World Health Organization, *Global Strategy on Infant and Young Child Feeding*, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2003.
- [3] “OECD family database,” <http://www.oecd.org/els/family/43136964.pdf>.
- [4] L. Gatti, “Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding,” *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 40, no. 4, pp. 355–363, 2008.
- [5] R. Li, N. Darling, E. Maurice, L. Barker, and L. M. Grummer-Strawn, “Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: the 2002 National Immunization Survey,” *Pediatrics*, vol. 115, no. 1, pp. e31–e37, 2005.
- [6] K. Negayama, H. Norimatsu, M. Barratt, and J.-F. Bouville, “Japan-France-US comparison of infant weaning from mother’s viewpoint,” *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, vol. 30, no. 1, pp. 77–91, 2012.
- [7] K. Otsuka, C.-L. Dennis, H. Tatsuoka, and M. Jimba, “The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers,” *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, vol. 37, no. 5, pp. 546–555, 2008.
- [8] G. Ibanez, N. Martin, M. Denantes, M.-J. Saurel-Cubizolles, V. Ringa, and A.-M. Magnier, “Prevalence of breastfeeding in industrialized countries,” *Revue d’Epidemiologie et de Sante Publique*, vol. 60, no. 4, pp. 305–320, 2012.
- [9] C.-L. Dennis, “Breastfeeding initiation and duration: a 1990–2000 literature review,” *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 31, no. 1, pp. 12–32, 2002.
- [10] J. A. Scott, C. W. Binns, K. I. Graham, and W. H. Oddy, “Temporal changes in the determinants of breastfeeding initiation,” *Birth*, vol. 33, no. 1, pp. 37–45, 2006.
- [11] D. Thulier and J. Mercer, “Variables associated with breastfeeding duration,” *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 38, no. 3, pp. 259–268, 2009.
- [12] L. Dubois and M. Girard, “Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (ELDEQ 1998–2002),” *Canadian Journal of Public Health*, vol. 94, no. 4, pp. 300–305, 2003.
- [13] E. Robert, Y. Coppieters, B. Swennen, and M. Dramaix, “Breastfeeding duration: a survival analysis—data from a regional immunization survey,” *BioMed Research International*, vol. 2014, Article ID 529790, 8 pages, 2014.
- [14] J. Baxter, A. R. Cooklin, and J. Smith, “Which mothers wean their babies prematurely from full breastfeeding? An Australian cohort study,” *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, vol. 98, no. 8, pp. 1274–1277, 2009.
- [15] M. Bonet, L. Marchand, M. Kaminski et al., “Breastfeeding duration, social and occupational characteristics of mothers in the French “EDEN mother-child” cohort,” *Maternal and Child Health Journal*, vol. 17, no. 4, pp. 714–722, 2013.
- [16] D. E. McCarter-Spaulding and M. H. Kearney, “Parenting self-efficacy and perception of insufficient breast milk,” *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, vol. 30, no. 5, pp. 515–522, 2001.
- [17] S. Quintero Romero, R. Bernal, C. Barbiero, R. Passamonte, and A. Cattaneo, “A rapid ethnographic study of breastfeeding in the North and South of Italy,” *International Breastfeeding Journal*, vol. 1, article 14, 2006.
- [18] C. J. Chantry, K. G. Dewey, J. M. Pearson, E. A. Wagner, and L. A. Nommsen-Rivers, “In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed,” *Journal of Pediatrics*, vol. 164, no. 6, pp. 1339.e5–1345.e5, 2014.
- [19] E. Robert, M. Dramaix, and B. Swennen, “Vaccination coverage for infants: cross-sectional studies in two regions of Belgium,” *BioMed Research International*, vol. 2014, Article ID 838907, 7 pages, 2014.
- [20] M. Kohlhuber, B. Rebhan, U. Schwegler, B. Koletzko, and H. Fromme, “Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study,” *British Journal of Nutrition*, vol. 99, no. 5, pp. 1127–1132, 2008.

- [21] S. M. Donath and L. H. Amir, "Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breast-feeding: a cohort study," *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, vol. 92, no. 3, pp. 352–356, 2003.
- [22] C. G. Perrine, K. S. Scanlon, R. Li, E. Odom, and L. M. Grummer-Strawn, "Baby-Friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention," *Pediatrics*, vol. 130, no. 1, pp. 54–60, 2012.
- [23] S. S. Hawkins, A. D. Stern, C. F. Baum, and M. W. Gillman, "Evaluating the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on breast-feeding rates: a multi-state analysis," *Public Health Nutrition*, pp. 1–9, 2014.
- [24] S. Merten, J. Dratva, and U. Ackermann-Liebrich, "Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level?" *Pediatrics*, vol. 116, no. 5, pp. e702–e708, 2005.
- [25] M. Atchan, D. Davis, and M. Foureur, "The impact of the Baby Friendly health Initiative in the Australian health care system: a critical narrative review of the evidence," *Breastfeeding Review*, vol. 21, no. 2, pp. 15–22, 2013.
- [26] C. I. Lanting, J. P. Van Wouwe, and S. A. Reijneveld, "Infant milk feeding practices in the Netherlands and associated factors," *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, vol. 94, no. 7, pp. 935–942, 2005.
- [27] E. J. Kools, C. Thijs, and H. de Vries, "The behavioral determinants of breast-feeding in the Netherlands: predictors for the initiation of breast-feeding," *Health Education and Behavior*, vol. 32, no. 6, pp. 809–824, 2005.
- [28] I. B. Ahluwalia, B. Morrow, and J. Hsia, "Why do women stop breastfeeding? Findings from the pregnancy risk assessment and monitoring system," *Pediatrics*, vol. 116, no. 6, pp. 1408–1412, 2005.
- [29] P. D. Hill and S. S. Humenick, "Insufficient milk supply," *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, vol. 21, no. 3, pp. 145–148, 1989.
- [30] G. Gremmo-Féger, "Les arrêts d'allaitement maternel sont-ils évitables en cas "d'insuffisance de lait"?" *Archives de Pédiatrie*, vol. 16, no. 6, article 777, 2009.
- [31] M. Dramaix, N. Miakala, R. Tonglet, D. Brasseur, and P. Hennart, "Etude prospective de la prévalence de l'allaitement maternel dans la province de Hainaut (Belgique)," *Archives of Public Health*, vol. 48, 1990.
- [32] C. Hillervik-Lindquist, "Studies on perceived breast-milk insufficiency: relation to attitude and practice," *Journal of Biosocial Science*, vol. 24, no. 3, pp. 413–425, 1992.
- [33] E. Robert and B. Swennen, "Impact de la protection maternelle et infantile sur la vaccination à Bruxelles," *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 60, pp. S82–S83, 2012.

## 2.5.5 Formation des intervenants sanitaires

La fréquence de l'insatisfaction des mères par rapport à la durée désirée d'allaitement pose de nombreuses questions, notamment celle du soutien approprié des différents prestataires de soins rencontrés et donc indirectement celle de la formation des professionnels de la santé en matière d'allaitement. En effet, certaines études qualitatives rapportent la difficulté pour les prestataires de soins d'offrir le soutien émotionnel adéquat lorsqu'une problématique d'allaitement se présente (77). Les raisons évoquées sont le manque de temps et de ressources humaines qui impactent le temps à consacrer aux mères allaitantes (13,67). Certains professionnels peuvent avoir recours aux compléments, solution rapide à la détresse ou à la fatigue des mères. Pourtant, ceux-ci reconnaissent l'effet néfaste de cette pratique (77). Les mères expriment une autre attente. Elles désirent un soutien personnalisé, un contact relationnel avec un professionnel qui prend le temps d'être présent lors des premières mises au sein (78). Les femmes éprouvent un besoin immense d'être rassurées sur leur capacité à produire du lait (67).

En Belgique, en 2003, le rapport de l'asbl Réseau Allaitement Maternel soulignait que « le médecin belge prend une place prédominante (...) pour ce qui concerne la naissance, les soins et l'alimentation des jeunes enfants. Les mères se montrent en général très influencées par leur avis et sont peu souvent conscientes du fait qu'ils n'ont pas reçu de solide formation en matière d'accompagnement pratique de l'allaitement et qu'ils ont tendance à décourager la poursuite de celui-ci dès qu'il y a des difficultés, tout simplement parce qu'ils ne savent pas comment y remédier » (13). Les parents ne remettent pas en question le savoir médical. Le statut de médecin implique une légitimation des conseils qu'il donne. « Aux gynécologues on attribue un manque général d'intérêt pour la question alors que la façon dont ils abordent ou n'abordent pas l'allaitement avec leurs clientes aura souvent une part déterminante dans la confirmation du choix des mères. Et aux pédiatres, on attribue un manque de connaissances suffisantes et d'appréciation dans les questions relatives à l'alimentation au sein dans les cas d'hypoglycémie, de perte de poids, de pleurs du bébé, d'insuffisance de lactation, de prématurité, etc. » (13). Quant aux « "travailleurs médicosociaux" (assistant(e)s sociaux(les) et infirmiers(ères) sociaux(les) de l'ONE, K&G et DKF) qui rencontrent les mères soit avant soit après le séjour en maternité, ils ont un rôle important à jouer pour soutenir les mères dans la durée de leur allaitement. Certains d'entre eux se plaignent du manque de formation suffisante » (13).

Par ailleurs, le rapport de l'asbl met également en évidence que le financement des services de santé est en grande partie basé sur une nomenclature d'actes médicaux et de soins qui ne prévoit pas de code INAMI propre aux interventions de prévention, d'information, d'éducation, de conseil. « Les budgets communautaires pour la prévention en matière de santé sont très faibles et l'allaitement maternel ne figure pas dans les priorités à encadrer et soutenir. Sans cesse, il est nécessaire de remettre la protection et la promotion de l'allaitement maternel à l'agenda des nouvelles autorités de santé publique » (13).

En Belgique, donner naissance à un enfant et l'alimenter relèvent pour une bonne part du domaine médical. La quasi-totalité des futures mères font suivre leur grossesse par un gynécologue (96% ECV 2015). L'accouchement est assisté dans 94,7% des cas par un gynécologue, est le plus souvent considéré comme un événement à risque qui nécessite une supervision médicale. Or, une étude réalisée en Flandre (79) met en évidence les lacunes des professionnels de santé en matière de connaissances sur l'allaitement et notamment sur les effets pervers et à long terme qu'entraîne la supplémentation quand elle n'est pas nécessaire. Si les médecins, pharmaciens, et autres professionnels ne soutiennent pas les mères dans ces passages de doutes, et promeuvent trop facilement l'introduction de préparations pour nourrissons par ignorance, il est probable qu'un pourcentage toujours trop élevé de mères sèvreront trop tôt leur enfant et seront par conséquent insatisfaites. L'étude de *de Bakermat* met en évidence un tas de lacunes dans la formation de toute une série de personnels travaillant avec les jeunes mamans et/ou les bébés y compris les puéricultrices (79).

Par ailleurs, les mères et bien souvent les pères, se dirigent facilement vers les pharmacies en cas de doute ou de questionnement sur l'allaitement, même parfois plus facilement que vers un médecin. Il ne semble pas que cette profession ait fait l'objet d'étude particulière dans notre pays en ce qui concerne la connaissance sur l'AM. L'étude de *de Bakermat* n'incluait pas cette profession (79). À travers toutes les lectures et recherches menées pour l'élaboration de ce travail, cette profession n'est jamais vraiment apparue comme ayant fait l'objet d'une attention particulière dans la prise en charge de l'allaitement. Pourtant, quand la mère quitte la maternité, elle doit pouvoir trouver facilement un lieu où l'on puisse répondre à ses questions. Il semble logique qu'une partie d'entre elles vont en première intention chez le pharmacien. Cette personne ressource devrait être apte à pouvoir l'aider et à l'orienter correctement. Une étude portant sur la métropole lilloise (80) montre une insuffisance de connaissances (contre-indication VIH, hépatites, stimulation de la production lactée en cas d'insuffisance, ...) de la part des pharmaciens qui sont confrontés à des questions concernant les crevasses, mastites, seins douloureux (cités par 83% des répondants), le lait à utiliser en complément ou en relais à l'AM (cités par 66% des répondants), l'insuffisance de lait (48%), le fonctionnement du tire-lait (45%) et bien sûr l'interaction avec les médicaments (59%). Les sujets tels que l'arrêt de l'allaitement, la conservation du lait maternel, la reprise du travail et les difficultés au retour de la maternité étaient cités par 20% des pharmaciens. La totalité des 27 pharmaciens interrogés souhaiteraient d'ailleurs recevoir un guide conseil sur l'allaitement et reconnaissent manquer de connaissances ou ne pas oser intervenir dans le choix de la cliente. Étant donné la posture de vendeur qu'a le pharmacien, il est facile de comprendre son intérêt à vendre des préparations pour nourrissons. Au Québec, les pharmaciens suivent des guidelines claires en matière de promotion de l'allaitement pour éviter une position abusive de leur part (45).

### 2.5.6 Trois périodes pour la promotion de l'allaitement

Si parmi les mères qui ont fait le choix d'allaiter, plus de 60% disent avoir sevré leur enfant plus tôt que désiré, on peut par conséquent dire que le sevrage est plus fréquemment subi que désiré.

*La périnatalité : trois périodes qui ne concernent pas les mêmes prestataires de soins*

Du début de la grossesse à la fin de celle-ci, de l'accouchement à la sortie de la maternité et au retour à domicile, un grand nombre de prestataires de soins seront rencontrés par la parturiente. Par ailleurs, selon la période considérée, les questions ou difficultés liées à l'allaitement ne sont pas identiques.

#### Période prénatale

Avant d'être enceinte et pendant la grossesse la future mère consultera médecin généraliste, gynécologue et/ou sage-femme. Ces professionnels ne sont pas formés de la même façon à l'allaitement. Alors que les sages-femmes, qui sont les mieux formées sur le sujet, ont un discours assez motivant et soutenant, les médecins généralistes ont l'air d'être dans la plupart des cas les grands oubliés des formations sur l'allaitement. Il semblerait que l'allaitement ne soit pas compris dans le cursus des gynécologues non plus.

Or, au plus tôt la mère et le père sont informés sur les bienfaits de l'AM, et au plus tôt la mère connaît les recommandations de l'OMS, au plus grande est la probabilité qu'elle allaite et que l'allaitement soit de longue durée. Un père qui connaît les bienfaits et les recommandations soutiendra mieux sa compagne et favorisera le succès de l'allaitement. L'aide à la prise de décision, les discussions informatives intégrant le père de l'enfant doivent, par conséquent, se faire avant la naissance de l'enfant. Le rôle des prestataires de soins intervenant pendant le suivi de grossesse devrait être redéfini en matière de promotion de l'allaitement. Comme mentionné précédemment, la mère avant même d'accoucher, devrait connaître les durées recommandées en matière d'allaitement. Ces objectifs de durée sont difficiles à atteindre et irréalistes dans bien des cas. Cependant, le fait de les connaître prolonge la durée de l'AM

(exclusif et complété). La mère devrait entre autres connaître les bénéfices du lait maternel, savoir que la mise au sein peut être douloureuse (crevasse, engorgement, ...), que la période de calibrage avoisine 3-4 semaines ainsi que le principe de l'offre et de la demande. La mère avertie et préparée à ces difficultés éventuelles pendant sa grossesse, dépassera plus facilement les obstacles sachant qu'ils existent et qu'ils sont normaux. Or, 50% des mères ignorent que l'allaitement peut entraîner des difficultés et/ou des douleurs (ECV 2015). Il en est de même pour la prévention de la perception de manque de lait et des phases de croissance pouvant donner l'impression à la mère non avertie que son enfant est insatisfait. Ces deux derniers points sont essentiels car ils s'avèrent très fréquents et jouent un rôle négatif majeur dans l'arrêt de l'allaitement.

Dans les cours de préparation à la naissance, l'allaitement est envisagé mais toutes les maternités n'offrent pas ce type de cours. Ce sont en général les mères les plus proactives qui les suivent. Selon les données ECV 2015, pendant le suivi de grossesse 50% des mères ont été informées par un professionnel de santé sur les bienfaits de l'allaitement pour le bébé et 38% des bienfaits pour elles-mêmes.

### Pendant le séjour à la maternité

Alors que la décision prise avant la grossesse est gage de meilleur taux d'allaitement, les principales initiatives existant en Belgique pour promouvoir l'allaitement se concentrent sur le séjour à la maternité. 35 % des mères ont pris leur décision d'allaiter pendant ou après l'accouchement, ces mères sont les premières à arrêter.

En Wallonie, une déperdition significative d'AM entre la mise au sein et la sortie de la maternité (85.7% à 76.4% et allaitement exclusif de 73.3% à 66.4%) a été montrée précédemment. Or, c'est à cette période que la mère est entourée des professionnels les mieux formés en la matière. En Wallonie, cette diminution significative, qu'on ne retrouve pas à Bruxelles, pose cette question : pourquoi une telle déperdition pendant le séjour à la maternité ? Une partie des mères se sentiraient-elles forcées, obligées d'entamer un allaitement alors que fondamentalement ce n'est pas leur choix ? Dans un tel cas, les taux d'allaitement à la naissance seront artificiellement tirés vers le haut. Cette hypothèse est plausible. Dans les résultats ECV 2015, plusieurs mamans ont déclaré n'avoir donné que « la tétée d'accueil » comme suggéré par le personnel médical dans le cas de mères ne voulant pas allaiter. Par ailleurs, un nombre de voix de plus en plus important se fait entendre pour dénoncer la pression exercée dans les maternités IHAB sur les mères ne voulant pas allaiter. Certaines se sentent obligées d'allaiter. Selon les données de l'ECV 2015, parmi toutes les mères de l'échantillon 18% des mères disent ne pas avoir été soutenues dans leur choix d'allaiter ou non. Un autre élément de réponse probable qui explique le décrochage des taux entre la naissance et la sortie de la maternité est lié au fait que les professionnels ne sont pas suffisamment capables de soutenir et encourager de façon adéquate les mères qui veulent allaiter lorsqu'elles rencontrent des difficultés. 21% des mères déclarent qu'elles ont dû faire face à des avis contradictoires à propos de l'allaitement (pratiques, horaires, ...) (ECV 2015).

En Belgique, la durée du séjour en maternité dans les années 50 variait entre 6 et 10 jours (36). En 1991, la durée moyenne était de 6.9 jours (14) et celle-ci avoisinait avant le raccourcissement de 2015 4.1 jours (14). Afin de réaliser des économies budgétaires et s'appuyant sur ces comparaisons internationales, le gouvernement fédéral a décidé de réduire d'un demi-jour la durée moyenne d'hospitalisation pour un accouchement « normal », autrement dit pour un accouchement par voie basse, sans complication et à terme. Approximativement 73% des accouchements en Belgique sont concernés. Le séjour sera encore réduit d'une demi-journée dans les années à venir. Par conséquent, le personnel dispose de moins de temps pour accompagner la mère dans l'apprentissage de l'allaitement. Le moment critique de la montée de lait s'effectue chez un grand nombre de mères quand elles sont rentrées à domicile. Contrairement aux maternités IHAB, toutes n'organisent et ne proposent pas de suivi à domicile rapproché et soutenu de façon systématique. Peut-être que cet argument plaide en faveur des résultats ECV 2015 qui montrent que l'IHAB est un facteur indépendant de la durée de l'allaitement exclusif ( $p=0.06$ ).

## Après le séjour à la maternité

En 2014, le KCE et en février 2015, le Conseil de l'égalité des chances entre Hommes et Femmes se sont penchés sur les conséquences du raccourcissement du séjour en maternité. Le KCE mentionnait notamment le risque d'apparition d'un « vide de soins » pendant les premières semaines de vie du nourrisson (14). « Le risque est réel que le raccourcissement du séjour en maternité se traduise par une diminution nette du soutien des familles et de la qualité des soins » (14). En effet, au fil des décennies, les familles sont devenues nucléaires, voire monoparentales et les contacts entre les générations se sont estompés. Par conséquent, les familles ne trouvent plus dans leur entourage le savoir, le soutien et les modèles dont ils pouvaient bénéficier dans les structures familiales traditionnelles. Le savoir informel a laissé place au savoir médical et les référents sont les professionnels de santé (principalement masculins jusqu'aux années 80). Selon le KCE, la Belgique offre un large accès aux institutions de soins mais le souci réside dans le fait que le pays n'a pas d'équivalent pour les soins ambulatoires qui sont « peu financés, très morcelés et rarement centrés sur la famille » (14). La plupart des autres pays ont cependant déplacé les soins entre la maternité et le domicile avec une attention accrue à la continuité de la prise en charge des familles. « En Belgique, l'organisation très hospitalocentrique des accouchements et des suivis n'est pas propice à une telle mutation, pas plus d'ailleurs que le financement actuel de l'hôpital et des soins à domicile » (14). Pour beaucoup de parents les soins postnatals se limitent principalement à ceux reçus à la maternité. « Le suivi à domicile se résume souvent aux visites d'une TMS de la PMI, généralement à 2 et 6 semaines après la naissance » (9).

Pourtant, il existe une certaine offre de soins en Belgique, mais selon le KCE, elle est fragmentée et dispersée (14). Les parents ne sont pas souvent au courant de l'offre et doivent être proactifs pour se procurer l'information. Le « vide de soins » pendant la première semaine de vie, provient de la combinaison de cette variabilité et de cette fragmentation de l'offre. Cette situation est particulièrement lourde de conséquences pour les populations les plus fragilisées. Le Centre d'égalité homme-femme pointe d'ailleurs le manque de prise en compte des différentes conditions socioéconomiques et culturelles des mères (81).

« L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), Kind en Gezin (K&G) et Dienst für Kind und Familie (DKF), proposent un relais à domicile dans un délai de 2 à 6 semaines après la sortie de maternité par une travailleuse médicosociale dont les compétences et la formation en allaitement maternel sont très variables » (13). « La majorité des jeunes enfants sont suivis par des pédiatres, convaincus de la supériorité du lait maternel mais peu formés à la conduite pratique de l'allaitement et enclins à conseiller trop rapidement le passage à une alimentation de substitution » (13).

Plus généralement, on assiste dans un premier temps à la pression faite sur les mères à la maternité pour qu'elles allaitent et puis en totale contradiction avec cette attitude, elles sont livrées à elles-mêmes et priées « de se débrouiller seule ». Quand enfin l'allaitement se passe sans encombre les mères doivent affronter jugements ou critiques car l'allaitement de moyenne et longue durées est peu fréquent et donc vu comme « anormal ». Comme expliqué précédemment, en abordant le concept de norme, au fil des mois la pression médicale pour l'allaitement va fortement s'amoinrir et être remplacée par la pression sociale en faveur du « biberon ». Un clivage net et incohérent s'opère rapidement, surtout une fois que la mère a repris le travail. Au fil des mois, la mère devra se justifier parfois, au sein même de sa propre famille, de toujours allaiter son petit. Il en est de même pour le regard public et social. Le conjoint peut lui aussi commencer à exercer une certaine pression à la fois pour nourrir lui-même l'enfant mais aussi pour « retrouver » sa partenaire. Après plusieurs mois d'allaitement, de nouvelles questions se posent, notamment au moment de la diversification alimentaire, qui peut entraîner une diminution de la production lactée ou encore de la croissance particulière d'un enfant allaité exclusivement. Au fil du temps, de moins en moins de professionnels seront capables d'aiguiller correctement la mère. Pour l'allaitement de moyenne ou de longue durée, la mère devra utiliser son réseau social, Internet, ou des associations dédiées à l'allaitement pour l'aider à répondre à ses questions.

### 2.5.7 Enjeux du manque de suivi à domicile

Comme vu précédemment, depuis le 1 janvier 2015, le séjour à la maternité est raccourci. Par conséquent, pour une grande partie des mères, la « montée de lait » qui se produit le plus souvent entre le 2<sup>ème</sup> et le 4<sup>ème</sup> jour après la naissance va avoir lieu à domicile. Or, cette période est délicate car elle engendre fréquemment des douleurs qui sont d'origines diverses<sup>35</sup>. L'article de ce chapitre montrait l'importance des difficultés techniques (entre 15% et 23%) et la perception de manque de lait (entre 37% et 48%) comme raisons principales d'introduction de préparations pour nourrissons à la maternité. Ces causes classées dans les difficultés techniques, sont fréquentes. En effet, lors de l'enquête de 2015, 50% des mères déclaraient avoir rencontré des difficultés liées à la mise au sein lors des premières semaines. Par conséquent, il n'est pas vain d'insister sur l'existence des différentes douleurs et complications rencontrées. Pourtant, cette réalité rencontrée par une mère sur deux est souvent ignorée ou passée sous silence par les professionnels de santé ou promoteurs de l'allaitement. La non-prise en considération de ce type de problème dans les heures qui suivent les premières douleurs, mène dans bien des cas à un sevrage non désiré car trop fréquemment ces difficultés ne sont pas considérées comme urgences médicales.

Les médecins de première ligne réalisent-ils la fréquence de telles difficultés et sont-ils à même de proposer des solutions adéquates qui ne mèneront pas à court ou à moyen terme à un sevrage ? Dès la sortie de la maternité, la mère devrait pouvoir interpellier n'importe quel professionnel de la santé (y compris le pharmacien) afin qu'il puisse répondre à ses difficultés. Les messages contre-productifs et contradictoires (dès la maternité) en cas de difficultés sont très fréquents et insatisfaisants, laissant finalement la mère face à des problèmes non résolus. Très souvent ce sont les professionnels de santé qui, face aux douleurs, à la fatigue et au désarroi des mères qui pensent manquer de lait, proposent de supplémenter, ce qui comme expliqué plus haut est rarement nécessaire. S'installe alors très rapidement un cercle vicieux qui va entraîner la mère dans une perte de confiance à nourrir son enfant en quantité suffisante. Les prestataires de soins ne sont pas suffisamment conscients de ce phénomène. En donnant des conseils inappropriés, le risque de perturber l'offre et la demande de lait va entraîner une réelle diminution de production de lait « secondaire », provoquant souvent un sevrage précoce et une insatisfaction de la mère. L'exemple concernant l'insuffisance de lait illustre parfaitement l'effet pervers d'un manque de connaissances des professionnels en matière d'AM puisque l'insuffisance de lait réelle est trop souvent confondue avec une perception d'insuffisance de lait. Le réflexe d'une mère en détresse devait être celui de consulter une consultante en lactation plutôt que son médecin.

Il est essentiel que les (futurs) mères soient conscientes qu'elles risquent d'être confrontées à des périodes difficiles où elles douteront de leur capacité à nourrir correctement leur enfant. Des périodes de pleurs incessants, une sensation de seins « mous » ou vides. Si dans de tels cas la mère ne trouve pas d'interlocuteurs à la hauteur des connaissances sur le sujet, il est probable qu'elle abandonne par méconnaissance, découragement ou à cause d'une interprétation abusive la poursuite de son allaitement. En effet, de façon générale, les mères rapportent se sentir peu préparées à un nouveau-né qui est irritable, somnolent ou qui a des difficultés à prendre le sein correctement. Les caractéristiques du nourrisson (prématuré, petit poids, enfants pleureurs, ...) exercent une influence sur la confiance des mères dans leur capacité d'allaiter de même que sur la satisfaction qu'elles en retirent (69).

---

<sup>35</sup> Les douleurs peuvent être causées par un engorgement, une crevasse, une mastite, un abcès quand il y a une lésion ou encore quand il n'y a pas de lésion par des mycoses ou un frein de langue qui abrase le mamelon ou encore des causes hormonales qui augmentent la sensibilité des seins (voir Allaitement maternel guide à l'usage des professionnels de la Santé, ONE, Bruxelles, SD).

---

*Après que le petit enfant est né, une vraie mère le doit nourrir  
de ses mamelles, qui est la belle fontaine que dame Nature  
sage et provide a préparée à cet effet (Montaigne, Essai,  
1580)*

---

## Partie IV : Discussion

---

Les enquêtes transversales menées de façon rigoureuse, qui ont lieu à un rythme régulier et qui peuvent être réalisées en un temps relativement réduit, permettent une surveillance précise d'un sous-groupe de la population. Ces études à budget limité, permettent d'inclure des modules connexes et de développer une surveillance épidémiologique sur une thématique dont les connaissances devraient être approfondies. De cette façon, « l'allaitement maternel » volet complémentaire et cohérent par rapport au champ de la santé infantile a pu être développé dans les enquêtes de couverture vaccinale qui ont lieu en Wallonie tous les trois ans et à Bruxelles plus ou moins tous les six ans.

La récolte de données sur l'allaitement n'a en effet pas entraîné de coût supplémentaire et a permis d'avoir, avec le budget alloué aux enquêtes de couverture vaccinale plusieurs bases de données représentatives sur l'allaitement maternel. Sachant la grande difficulté de trouver des financements en matière de médecine préventive, en particulier sur l'allaitement, et vu les restrictions budgétaires en matière de recherche, il semble difficile en l'état actuel des choses d'envisager de réaliser des enquêtes spécifiques sur la thématique de l'allaitement et de surplus de façon longitudinale. En effet, pour éviter un maximum de biais de rappel<sup>36</sup>, l'idéal pour connaître les taux d'allaitement serait de réaliser un suivi de cohorte longitudinal. Cependant, cette méthode demanderait de déployer des moyens financiers et logistiques d'un tout autre niveau qui n'existent pas pour le moment, sans être pour autant exempte de biais, notamment celui du nombre de perdus de vue.

Une récolte systématique de données ou un registre s'il n'est pas accompagné des caractéristiques socioéconomiques des parents n'offre pas la possibilité de décrire et comparer les différents sous-groupes de parents entre eux. Les enquêtes ponctuelles offrent plus de souplesse et la possibilité de changer les questions dans le module en fonction de l'évolution des connaissances ou en fonction d'un paramètre particulier qui pourrait être intéressant à développer. Cette flexibilité n'est pas permise dans une récolte en routine. Un autre avantage des enquêtes transversales réside dans la rapidité de la récolte des données et l'analyse des résultats.

Par conséquent, en matière d'allaitement, mieux vaut une enquête transversale tous les 4-5 ans utilisant des définitions reconnues internationalement pouvant servir par la même occasion aux comparaisons internationales qu'une récolte en routine avec d'importants biais. De la même façon, aux États-Unis, les taux d'allaitement maternel sont notamment estimés grâce aux enquêtes de couverture vaccinale (23).

De façon plus générale, d'autres thématiques que l'allaitement maternel peuvent être étudiées au travers de ce genre d'enquêtes. De cette manière, l'utilisation des milieux d'accueil a pu être documentée en 2012 (82). Dans cette même logique, il est arrivé à l'ONE de demander d'introduire des questions sur les allergies, sur les otites, l'eczéma, *etc*, afin de connaître les prévalences en population générale.

---

<sup>36</sup> Pour mesurer l'arrêt de l'allaitement exclusif et l'allaitement global, les questions ont été formulées sans unité de mesure particulière, laissant la possibilité aux parents de s'exprimer spontanément en jours, semaines ou mois. En effet, une maman qui a sevré son enfant relativement tôt après la naissance, est capable de donner l'âge de sevrage en jours ou en semaines alors que la mère qui a sevré son enfant au-delà de 3-4 mois n'est plus capable d'évaluer celui-ci en semaines mais se prononcera en mois. Aucun consensus pour la mesure à utiliser n'existe pour la récolte et l'analyse des données.

## Limites

Comme nous l'avons déjà mentionné, étant donné que les mères ont accouché entre 18 et 24 mois avant d'être interrogées, les données présentent certainement un biais de rappel. Gillespie montre une surestimation d'un mois pour un rappel après une période allant de 1 an à 3 ans et demi (83). La surestimation est dépendante du délai de rappel, elle augmente avec le temps. Elle est aussi dépendante de l'âge de sevrage (surestimation supérieure pour un sevrage à trois mois que pour un sevrage à un mois) (83). Cette surestimation serait due à une désirabilité sociale (83,84), d'autant plus quand la pression (médicale ou autre) sur l'allaitement est présente. Fadnes signale, quant à lui, une sous-estimation de durée chez les mères ayant allaité longtemps (85). La précision du rappel est moindre chez les grandes multipares et le fait d'avoir allaité un autre enfant (83). Néanmoins, l'âge de sevrage est plus précis que l'âge de rappel lié à l'introduction de la nourriture (86).

Par ailleurs, le biais de rappel peut aussi concerner d'autres questions comme celles de la raison de sevrage, des douleurs mammaires, ou de la présence éventuelle de mastite (83). Gillespie montre que le rappel est nettement meilleur pour les raisons de sevrage telles que « le retour au travail » ou « la mastite », que pour le fait de ne pas avoir eu assez de lait ou le fait que le bébé ne voulait plus de lait maternel (83). De la même façon, nous pouvons supposer que selon la façon dont l'allaitement a été vécu, la variable « durée d'allaitement souhaitée » peut varier entre le souhait qui aurait pu être émis lors de la mise en route de l'allaitement, lors du déroulement de celui-ci ou encore celui rapporté 18 à 24 mois après la naissance de l'enfant. Cependant, il est pratiquement impossible d'éliminer ces différents biais (85). Il est par contre important d'en avoir conscience et d'essayer tant que faire se peut de les minimiser.

## Approche holistique

Le travail présenté s'est basé sur une approche holistique. Les résultats étaient issus de données épidémiologiques provenant de différentes bases de données qui avaient pour but de dresser le plus objectivement possible la situation de l'allaitement dans deux des trois régions belges. Cependant, comme le dit A. Levêque « l'épidémiologie moderne n'a pas suffisamment accordé d'importance à l'étude des facteurs environnementaux, sociaux et psychologiques qui jouent un rôle dans l'émergence des problèmes de santé (stress, pauvreté, ...) » (87). Il est sous-entendu par là qu'avec une meilleure prise en compte des paramètres sociaux, certains échecs de programme de prévention auraient pu être évités (87). Par conséquent donc, certains déterminants historiques (mise en nourrice, ...), culturels (féminisme, religion, ...) et contextuels (manque de formation des prestataires de soins, ...) ont été intégrés dans le cadre conceptuel de ce travail. L'approche a, par conséquent, consisté à fournir un cadre holistique basé sur des points de vue d'autres disciplines telles l'histoire, l'anthropologie ou la sociologie. En effet, l'épidémiologiste fait face à quelques difficultés méthodologiques quand il doit appréhender « globalement » l'impact de facteurs « globaux » sur la « santé globale » des populations (87). Par conséquent, d'autres disciplines, doivent être impliquées dans l'approche rationnelle de la relation entre les différentes variables psycho-démo-sociales de la santé. Là, où l'épidémiologie interroge habituellement l'explicite, l'anthropologie s'intéresse spontanément à l'implicite (16). Même si le questionnaire ECV 2012 était principalement basé sur les facteurs de risque les plus classiques mesurés dans les études épidémiologiques, grâce à la mise en contexte de la problématique, nous sommes mieux à même de comprendre la situation actuelle de l'allaitement en Fédération Wallonie-Bruxelles. Alors que l'histoire depuis plusieurs siècles n'a pas joué dans nos régions un rôle positif en faveur de l'allaitement (catholicisme, mise en nourrice, diffusion massive des laits commerciaux, ...), la complexité institutionnelle et politique, aujourd'hui, ne favorise en rien la mise en place de stratégies cohérentes en matière de promotion de l'allaitement ni même une récolte de données rigoureuse sur laquelle asseoir les décisions sanitaires et politiques. Au-delà de ce constat, la non-prise de conscience des lacunes et biais de la BDMS ne plaide pas non plus en faveur de décisions politiques correctes.

L'article sur les raisons de sevrage abordait la problématique de l'allaitement en donnant plus de place aux discours des mères. De la sorte, une typologie des raisons de sevrage a pu être élaborée. Nous

avons essayé de séparer le manque physiologique de production lactée d'une perception d'insuffisance lactée (PIM). Dans cette catégorie, nous avons regroupé plusieurs raisons comme celle d' « une impression de lait de mauvaise qualité », « l'enfant qui ne fait que rester au sein », « l'enfant qui s'endort au sein », *etc.* Alors que les physiologistes estiment entre 1 et 3% le pourcentage de mères qui ont une incapacité physiologique de production lactée, le PIM s'est retrouvé chez 25 à 50% des mères. Cette analyse basée sur une approche émiqque a plutôt appréhendé le point de vue des populations (15). Ces taux très élevés de PIM ouvrent un champ de réflexion à mener, car ils illustrent bien le fait qu'on ne peut se satisfaire de données purement objectivables qui nieraient le vécu ou les perceptions ressenties par les mères. Quand les professionnels font d'une part, la différence entre l'incapacité physiologique et le PIM, et d'autre part, quand ils savent comment aider les mères, ces dernières peuvent sortir de l'impasse et continuer à allaiter efficacement. De façon générale, dans les institutions médicales, il y a peu de poids et de voix donnés au point de vue émiqque. Ce point de vue particulier donne un angle de vue différent du regard étiqque, plus fréquemment utilisé en épidémiologie<sup>37</sup>. Les raisons de sevrage ou de non-allaitement ont été récoltées au travers de questions ouvertes possibles à récolter dans le cadre d'une étude ponctuelle. Par ailleurs, des entretiens plus approfondis de type anthropologique permettraient de mettre en évidence les raisons implicites qui se cachent, par exemple, derrière les raisons de sevrage socialement acceptables.

### Situation épidémiologique de l'allaitement en Belgique

Selon les enquêtes de couverture vaccinale de 2012, soit pour les enfants nés en 2010, 80% de ceux-ci étaient allaités en Wallonie, 90% à Bruxelles et 68% en Flandre (1). Les données comparatives les plus récentes qui fournissent les prévalences d'allaitement à la naissance (any BF) pour 27 pays à hauts revenus, mentionnent seulement 4 pays à obtenir des taux inférieurs à 80% (France, 63% ; Irlande, 55% ; Espagne, 77% et USA 79%) (19). La Flandre est la région belge depuis toujours, à présenter les taux d'allaitement les plus bas. La Flandre a la population<sup>38</sup> la plus importante des trois régions. Par conséquent, elle représente la région qui tire les résultats de la Belgique vers le bas.

Septante-trois pourcents des enfants wallons étaient allaités exclusivement à la naissance et 83% des enfants bruxellois. En Wallonie, une diminution de 7% de l'allaitement exclusif s'observait entre la naissance et la sortie de la maternité. Cette diminution est statistiquement significative et pose d'emblée la question du soutien adapté de la part des professionnels exerçant au sein des maternités. Les enfants de tous les pays sont concernés par l'allaitement exclusif qui devrait idéalement durer 6 mois. En Wallonie, seuls 12.6% des enfants étaient allaités exclusivement à 6 mois et 26.1% à Bruxelles. Les durées médianes d'allaitement exclusif et d'allaitement total étaient respectivement de 3 et 4 mois en Wallonie et 4 et 6 mois à Bruxelles. À Bruxelles, dans une population où les mères allaitaient plus fréquemment, les circonstances de la naissance (prématurité, césarienne) influençaient de façon plus importante la prévalence de la mise au sein. Tout comme en Wallonie, la décision d'allaiter prise avant la grossesse, la connaissance de la durée idéale de l'allaitement exclusif et le soutien du père étaient des paramètres favorisant l'allaitement. Ceux-ci jouaient un rôle-clé dans la durée de celui-ci.

En 1949, Tuyns et Landrain<sup>39</sup> fournissaient comme prévalences à la naissance, 85% d'allaitement pour le Brabant et 59% pour la Flandre Occidentale<sup>40</sup>. En Belgique, la disparité régionale en matière

---

<sup>37</sup> Le point de vue émiqque pourrait expliquer en partie pourquoi dans les pays de faible niveau économique, la corrélation entre le taux d'allaitement exclusif et la durée de l'allaitement complété est faible « Surprisingly, most national level breastfeeding indicators were not strongly correlated. We found only a moderate correlation (Pearson's  $r=0.54$ ) between exclusive and continued breastfeeding at 1 year in LMIC (19). En effet, dans un nombre important de pays, notamment en Afrique, des croyances particulières entourent le colostrum qui n'est, de ce fait souvent, pas donné aux nourrissons.

<sup>38</sup> Au 1 janvier 2014 la Belgique dans son entièreté était constituée de 11.150.516 habitants dont 1.1163.486 à Bruxelles, soit 10.4% de la population, 6.410.705 soit 57.5% en Flandre et 3.576.325 soit 32.1% en Wallonie dont 76.273 dans les cantons de l'est soit 0.7% (Source DGSIE)

<sup>39</sup> Cité par A. Sand

d'allaitement démontrée historiquement (36,57) reste donc d'actualité y compris pour les durées d'allaitement. En effet, à Bruxelles, à 3 mois, 74% d'enfants sont allaités, en Wallonie, 55% et en Flandre ce taux est de 54%. A 6 mois, ces taux sont respectivement de 56%, 30% et de 26%. Autrement dit, en Belgique, 57% des enfants sont allaités à 3 mois et 31% à 6 mois. Seuls la France, le Danemark, la Grèce ont des taux à 6 mois inférieurs à celui de la Belgique (19).

Les résultats issus des ECV permettent de montrer que la Belgique reste parmi les pays à avoir les plus faibles taux d'allaitement en Europe (88) et ceci depuis les années 1990 au moins (89,90). A l'inverse, Bruxelles qui compte 10% de la population belge obtient des taux d'allaitement supérieurs à la plupart des pays à hauts revenus.

Alors que les prévalences de l'allaitement total augmentaient depuis quelques années en FWB, les données de la banque médico-sociales (BDMS) de l'ONE montrent un tassement (64). Une comparaison entre les données de 2012 (ECV) et celles récoltées en 2015 (ECV) confirme un *statu quo*.

### **Comparaisons des données ECV aux objectifs en matière d'allaitement définis par l'ONE et le PNNS-B**

Au vu des résultats des enquêtes de couverture vaccinale (2012), les objectifs de l'ONE pour 2010 (85% d'allaitement à la maternité dont 75% d'AME, 50% à 3 mois, et 25% à 6 mois et un an) sont atteints à Bruxelles. En Wallonie, les objectifs de 50% d'allaitement à 3 mois et de 25% à 6 mois sont atteints.

De par le manque de données représentatives à l'échelle régionale, les données de durées issues des ECV ne peuvent être comparées à d'autres sources.

A 3 mois, à Bruxelles, 62% des enfants sont allaités exclusivement et 41% en Wallonie. A 6 mois, 56% et 30% des enfants sont respectivement allaités à Bruxelles et en Wallonie. Par conséquent, les objectifs du PNNS-B (50% d'allaitement exclusif à 3 mois et 90% d'allaitement à 6 mois en 2010), ne sont pas atteints, hormis pour l'allaitement exclusif à 3 mois à Bruxelles. En l'état actuel du peu d'investissements réalisés en matière de promotion de l'allaitement dans notre pays, cet objectif de 90% d'allaitement à 6 mois semble irréaliste<sup>41</sup>. Par ailleurs, l'objectif de 25% d'hôpitaux labellisés IHAB pour 2010 est, quant à lui, atteint.

Comme décrit dans l'arrêté royal du 14/09/2001, il revient au CFAM (dont dépend le PNNS-B), 6 missions spécifiques (voir chapitre contexte national) dont celles « de rassembler des statistiques et chiffrer les taux d'allaitement à la sortie de la maternité, à 16 semaines, 26 semaines et un an ainsi qu'en cas d'accouchement à domicile, conformément aux critères définis par l'OMS et l'Unicef ». Nous n'avons pas eu connaissance de document produit qui fournisse les données prévues dans l'AR. Un groupe de travail concernant les définitions d'allaitement a été créée à l'initiative du CFAM il y a deux ans. Nous en faisons partie. Ce groupe ne s'est plus guère réuni et nous avons pu constater l'absence de participation de l'ONE ainsi que l'ignorance du CFAM des diverses sources de données existantes (e-Birth notamment) et des indicateurs tels que l'ECHIM récoltés par l'ISP au travers des enquêtes de couverture vaccinale.

### **Facteurs associés à l'allaitement maternel en FWB**

---

<sup>40</sup> G. Masuy-Stroobant montre dans sa thèse « les déterminants de la mortalité infantile, la Belgique d'hier et d'aujourd'hui » une surmortalité infantile (notamment par rougeole et coqueluche) dans les 2 Flandres qu'elle attribue à une carence nutritionnelle et une absence de transmission d'immunité maternelle par absence d'allaitement maternel.

<sup>41</sup> « Atteindre pour 2015, la norme suédoise actuelle de 90% d'enfants allaités pendant 6 mois ». La Suède prise en modèle en cette matière a pourtant un taux de 52% d'allaitement à 6 mois (19).

Afin de ne pas déséquilibrer le nombre de questions dédiées à l'allaitement maternel par rapport aux questions sur la vaccination, une partie seulement des facteurs associés à l'allaitement reconnus dans la littérature ont été introduits dans le questionnaire. Les facteurs physiques de la mère présents avant l'accouchement tels le diabète, l'obésité entre autres, n'ont pas fait l'objet de question.

Le cadre conceptuel est présenté cette fois-ci en mettant en évidence les facteurs étudiés dans les résultats ainsi que les déterminants contextuels développés de façon plus théorique dans ce travail. Un tableau global est présenté sans différencier les facteurs liés à l'initiation et ceux liés à la durée, ni ceux de Bruxelles et de Wallonie. Ce cadre conceptuel permet d'avoir une vue d'ensemble sur le travail réalisé et les différentes « thématiques » discutées à un moment ou l'autre au cours de ce travail. Les facteurs surlignés en vert sont issus des enquêtes de couverture vaccinale et ont fait l'objet d'analyses statistiques. Les facteurs surlignés en jaune, n'ont quant à eux, pas été introduits dans les questionnaires mais ont fait l'objet de discussion. Les facteurs non surlignés sont associés à l'allaitement dans la littérature et n'ont pas fait l'objet de discussion.

# ALLAITEMENT MATERNEL

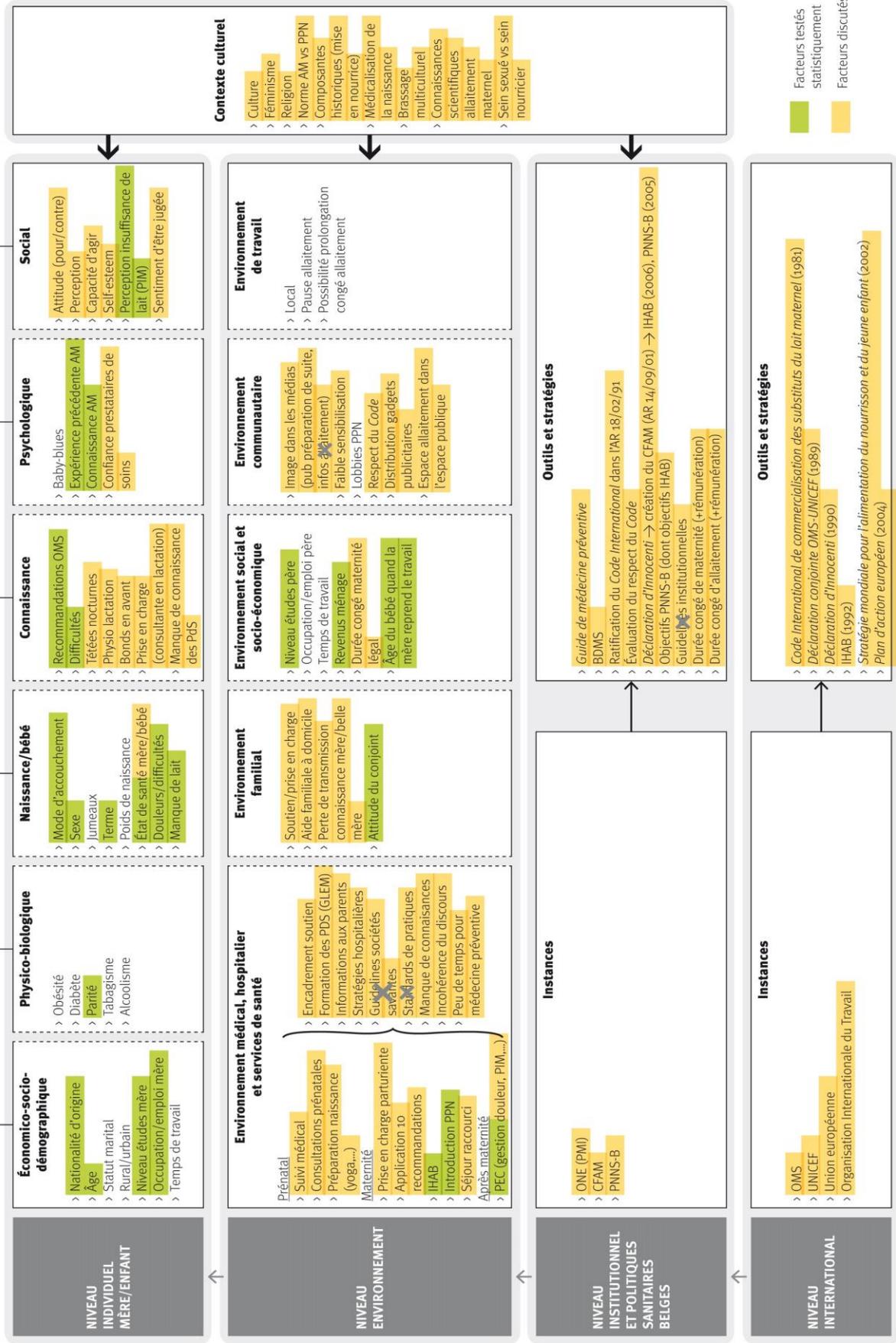


Figure 7. Cadre conceptuel de l'allaitement révisité en fonction des résultats

Même si quelques déterminants étudiés au travers des ECV apparaissent au niveau environnemental, (accouchement dans une maternité IHAB, niveau d'études et attitude du conjoint, ...), les principaux facteurs étudiés au travers de ces études faisaient partie du niveau individuel de la mère ou de l'enfant ou étaient spécifiquement liés à la naissance (mode d'accouchement, terme, ...). Le niveau institutionnel et des politiques sanitaires belges illustre ce que le pays ou les régions (par le biais de la PMI) ont mis en place pour promouvoir et mesurer l'allaitement. Le niveau international est principalement constitué des outils et stratégies instaurés depuis les années 80 pour favoriser l'allaitement maternel et donner le ton aux législations nationales afin notamment de redéployer une culture de l'allaitement. Quant aux différents facteurs inclus dans le contexte culturel, représentés à droite du graphique, ils ont été principalement envisagés dans la mise en contexte de l'allaitement dans le premier chapitre. Il est extrêmement difficile d'agir sur ces derniers. Les pratiques médicales des années 60-80 ont façonné les comportements des mères de l'époque au point de les faire rentrer insidieusement dans la culture de la maternité. La médicalisation a fait des ravages sur la transmission des connaissances de puériculture dans les années 70. Ces pratiques obsolètes impactent encore les comportements actuels, principalement dans les milieux « autochtones » les plus précaires. Dans la plupart des pays occidentaux, la génération actuelle de mères ne bénéficie pas des connaissances de la génération précédente en matière d'allaitement. Nombre de femmes de la génération actuelle n'ont pas vu leur propre mère ou d'autres femmes allaiter, la transmission intergénérationnelle de cette pratique a été interrompue pendant quelques dizaines d'années (13). L'allaitement parmi les femmes belges n'est pas un modèle bien ancré culturellement (91).

Le module sur l'allaitement maternel inclus dans les enquêtes de couverture vaccinale n'avait pas pour but d'évaluer le rôle des différents déterminants psycho-sociaux sur l'allaitement maternel. Cependant, ces derniers sont intéressants pour étudier l'allaitement d'un point de vue plus global mais aussi pour évaluer des stratégies à mettre en place et prédire le comportement des mères. En effet, la perception des avantages (facilité, coût, ...) et des inconvénients (pudeur, ...) de l'allaitement, le regard social, les normes culturelles et sociales, le coping interfèrent de façon importante sur la décision ou non d'allaiter. Certaines études montrent d'ailleurs que lorsque les taux d'initiation de l'allaitement avoisinent les 80-90%, ce sont les facteurs psycho-sociaux qui prédominent (67). Certains paramètres comme l'attitude du conjoint et l'intention d'allaiter ont été mesurés dans les enquêtes de CV et peuvent s'intégrer dans ces différents modèles psycho-sociaux. Ces deux paramètres ont d'ailleurs montré les associations les plus fortes avec le comportement étudié. L'étude des paramètres psycho-sociaux a fait l'objet de publications dans d'autres pays. Récolter l'information à propos de tels paramètres aurait provoqué un allongement trop important du questionnaire, qui rappelons-le n'avait pas pour but premier l'étude de l'allaitement. Tout ce pan pourrait faire l'objet d'études complémentaires.

## **Évaluation des indicateurs de l'allaitement maternel utilisés en routine et autre**

### 1/ Allaitement total à la maternité

L'une des principales hypothèses de ce travail reposait sur l'idée que les enquêtes de couverture vaccinale peuvent servir à évaluer les indicateurs de l'allaitement issus des différentes sources de données existantes au niveau belge (e-Birth) ou niveau régional (BDMS) ainsi qu'à vérifier l'atteinte des objectifs définis par le PNNS-B ou par l'ONE. L'indicateur servant à évaluer l'allaitement total à la naissance de la BDMS, d'e-Birth avec comme variable « to know if the mother thinks to breast-feed her baby (her babies) » est cohérent avec l'ECV. Les trois sources démontrent une prévalence de 80% en Wallonie et de 90% à Bruxelles. Nous pensons pouvoir dire que l'indicateur allaitement total de l'ONE est validé au regard des deux autres bases de données. Par conséquent, la récolte des données en routine réalisée par l'ONE reste donc une opportunité idéale pour connaître les taux actualisés d'allaitement total de façon précise et continue. La BDMS permet de fournir des données historiques. Néanmoins, cette source de données devient redondante par rapport à e-Birth qui, d'ici quelques années, couvrira l'entièreté des naissances sur le territoire belge à l'inverse de l'ONE. Ces deux bases de données ont l'avantage de permettre des comparaisons provinciales et régionales.

## 2/ Allaitement exclusif

Tant que la question de l' « Avis de Naissance » de l'ONE ne sera pas plus précise, l'indicateur d' « allaitement exclusif » ne devrait plus être utilisé à des fins stratégiques et ne devrait pas faire partie du corpus sur lequel les décideurs de politiques préventives s'appuient. Si tel a été le cas jusqu'à présent, les décisions qui ont pu être prises, l'ont été sur base de données non pertinentes. En effet, la BDMS sert de référence pour les indicateurs en FWB, notamment dans le rapport « la FWB en Chiffres », édité chaque année (92). En matière d'allaitement, les données de l'ONE servent de référence pour toute la FWB y compris en matière d'allaitement exclusif. Ni les décideurs politiques ni d'ailleurs les gestionnaires de l'ONE ne semblent avoir conscience des limites et des biais de la BDMS, notamment celle de la non-représentativité des données. En 2011-2012, dans une question parlementaire posée par Christine Servaes à Jean-Marc Nollet, à propos de l'allaitement maternel, elle mentionnait de façon claire que la banque de données médico-sociales « constitue un outil précieux d'évaluation et de pilotage des politiques »<sup>42</sup>. Dans une autre question parlementaire datant de 2010, il est précisé qu'en matière de prévalence à la maternité et de durée d'allaitement la situation de la Belgique occupe une place médiane par rapport aux autres pays européens<sup>43</sup>. Pourtant, tout au long de ce travail la Belgique montrait des chiffres inférieurs à la plupart des autres pays européens.

## 3/ Durée d'allaitement

Au sein de l'ONE, seuls 25% des enfants inscrits dans une structure de l'ONE (consultation ou milieu d'accueil) ont un bilan de santé de 9 mois complété (54). La population interrogée a en réalité entre 7 et 11 mois et ne représente plus la population générale de la FWB mais plutôt une frange plus précarisée<sup>44</sup> de celle-ci (92). Les données de durées récoltées dans ce bilan de 9 mois ne répondent pas à la rigueur nécessaire pour pouvoir être considérées comme valables (arrêt de l'allaitement en semaines comme unité de temps, définition de l'allaitement exclusif qui comporte la consommation d'eau) et représenter les durées de l'allaitement en FWB, en Wallonie et à Bruxelles.

## 4/ Enquête alimentaire 2014-2015

Tout récemment, un rapport publié par l'ISP présentait les résultats de l'enquête sur la consommation alimentaire 2014-2015 (59). Une partie de celui-ci est dédiée à l'allaitement exclusif à l'échelon belge. Même si la comparaison avec ces données ne faisait pas partie des objectifs de départ, il nous a semblé important de mentionner cette enquête. Selon cette dernière, le taux d'allaitement exclusif pour la Belgique est de 78% (59). Autrement dit, équivalant au taux d'allaitement total de la Wallonie. Selon l'enquête alimentaire, la durée moyenne d'allaitement exclusif est identique dans les 3 régions du pays, elle est de 11.2 semaines, ce qui semble étonnant au vu des différences régionales mises en évidence dans cette thèse. De façon générale, les résultats fournis par cette enquête de consommation alimentaire sont fort élevés. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces résultats. D'une part, les parents interrogés ont des enfants âgés de 3 à 9 ans au moment de l'enquête. Le biais de rappel est toujours possible même s'il a été mentionné que celui-ci en matière de rappel d'âge de sevrage est relativement faible. D'autre part, la question posée aux parents était celle-ci « jusqu'à combien de semaines avez-vous nourri votre enfant exclusivement par allaitement maternel ? » (59) Alors que les enfants avaient entre 3 et 9 ans, que l'allaitement exclusif pouvait durer jusqu'à 6 mois, poser la question avec l'unité de temps exprimée en semaines semble inadéquat. Par ailleurs, selon l'étude de consommation, 24 semaines est l'équivalent de 6 mois (comme dans la BDMS alors que le CFAM recommande 26 semaines comme limite). Autrement dit, vu les différents biais méthodologiques il semble difficile d'accepter ces résultats comme représentant la situation de l'allaitement exclusif dans notre pays.

<sup>42</sup> <http://www.pcf-cdh.be/questiondetails.php?id=860> (consulté le 24 mars 2016)

<sup>43</sup> <https://www.lachambre.be/kvvcr/showpage.cfm?section=qvva&language=fr&cfm=qvvaXml.cfm?legislat=53&dossierID=53-b007-602-0063-0000201000710.xml> (consulté le 6 juillet 2016)

<sup>44</sup> Résultats vérifiés au sein des bases de données ECV

## Raisons principales de sevrage et insatisfaction des mères

L'article sur les raisons d'arrêt de l'allaitement est fondé sur l'idée qu'il est important de comprendre les raisons d'arrêt liées à l'insatisfaction des mères afin de réduire l'écart entre durée désirée et réalisée. Soixante pourcents des mères se déclarent insatisfaites. Ce taux est le même que celui obtenu à l'issue de l'enquête longitudinale (IFPSII) conduite aux Etats-Unis entre 2005 et 2007 par la Food and Drug Administration (FDA) et le Center for Disease Control (CDC) (76).

Dans les résultats, la « perception de manque de lait » (PIM) et les « problèmes techniques » ont été regroupés dans une sous-catégorie appelée « problèmes intrinsèques » liés à l'allaitement en opposition aux « causes externes ». Ces problèmes intrinsèques représentent près de 60% des raisons pour lesquelles l'introduction de préparations pour nourrissons a été nécessaire ainsi que celles responsables d'un sevrage définitif. Un taux si élevé montre le travail qui reste à fournir au niveau des différents personnels de santé en contact avec la maman les premières semaines qui suivent l'accouchement. D'autant plus que la littérature montre que le PIM et les problèmes techniques sont remédiables grâce à des conseils et un soutien appropriés. « L'échec de l'allaitement reflète souvent un système de soutien inadéquat et une culture d'allaitement encore trop fragile plutôt que les compétences et les capacités de la personne elle-même (18) ». Le taux d'agalactie et d'hypogalactie de +/-6% parmi les femmes qui n'allaitent pas à la maternité avait déjà été mis en évidence par A. Sand (36) dans les années 1960. Les motifs de non-allaitement à l'époque sont proches de ceux mentionnés en 2012 (crevasse, manque de lait, abcès, travail de la mère). L'hypogalactie représentait déjà le premier motif de cessation de l'allaitement dans les deux premières semaines *post-partum*. En France, en 2012-2013, l'étude Epifane montrait que parmi les mères qui avaient introduit des préparations pour nourrissons à l'âge de 1 mois, deux tiers l'avaient fait pour une insuffisance ressentie de lait maternel (93).

Comme l'a montré le PNNS-B en développant ses axes stratégiques en 2005, le manque de formation est une évidence en Belgique (13,52,79). Par conséquent, le soutien n'est souvent pas approprié. Le délai de 72h *post-partum* pour avoir une montée de lait, qui touche 25% des mères, est donc suffisamment long pour inquiéter la parturiente et insinuer le doute de sa capacité à produire du lait. Pendant ce délai, si des compléments sont administrés à l'enfant ceux-ci risquent de compromettre la mise en route de la lactogénèse. La mère pourra dès lors affirmer un manque de lait ou de montée de lait (insuffisance secondaire). Un cercle vicieux s'installe et cela en moins de 72h. Cette introduction de préparations pour nourrissons à la maternité à Bruxelles et en Wallonie a montré un effet néfaste sur la durée de l'allaitement (94). En 1990, P. Hennart démontrait la même association dans la Province de Hainaut (58). Par ailleurs, le rapport de *de Bakermat* a montré des lacunes chez les prestataires de soins sur de nombreuses questions liées à l'allaitement (79). Il est probable que peu de prestataires savent combien de temps dure la période de calibrage. Quels sont les médecins ou prestataires de soins qui rassureront adéquatement la mère pendant les phases de sensation de manque de lait pendant lesquelles l'enfant réclame très souvent le sein et recherche plus de réconfort et de proximité physique ? Ces moments qui peuvent durer plusieurs jours, sèment très souvent le doute chez la mère quant à la quantité de lait produite. Les problèmes techniques non résolus produisent un sentiment de culpabilité (95). Quasiment toutes les mères interrogées dans l'étude qualitative de D. Groleau, qui ont éprouvé des problèmes techniques, n'ont pas pu les résoudre par manque de support adéquat (professionnel ou familial) et ont été amenées à sevrer leur enfant (95).

Dans l'enquête (ECV 2015), 52% des mères ont rencontré des difficultés dans le processus de mise au sein et 47% des mères ont déclaré ne pas avoir su avant la naissance de leur premier enfant que de telles difficultés existaient. Par ailleurs, plus de 20% des mères y compris dans les maternités IHAB se plaignaient de l'incohérence des conseils reçus (ECV 2015). Ces contradictions sèment le doute sur les comportements à avoir en matière d'allaitement. Nous faisons état de plus de 50% de mères insatisfaites de la durée de l'allaitement réalisée, qu'il s'agisse de mères wallonnes ou bruxelloises. Cette insatisfaction se retrouve plus souvent parmi les mères les plus jeunes, les primipares, les mères qui ont étudié

moins longtemps, avec un revenu plus faible et un congé de maternité d'au plus 3 mois. Dans l'étude IFPSII, les mères insatisfaites étaient plus souvent issues d'un niveau de scolarité moindre (76).

Pour les durées d'allaitement s'étalant de 3 à 6 mois et de 6 à 12 mois, ce sont « les causes externes » qui deviennent majoritaires avec « le retour au travail » comme principale raison de sevrage. En termes de taux, la différence est très nette entre la Wallonie (41% entre 3 et 6 mois) et Bruxelles (27% entre 3 et 6 mois) et s'explique par le taux d'emploi supérieur chez les jeunes mamans en Wallonie (96).

En effet, alors que bien souvent ce sont les femmes actives les plus motivées par l'allaitement et celles qui allaitent le plus fréquemment à la maternité, assez d'études montrent l'impact négatif du retour au travail sur la durée de celui-ci (75,91,97). La durée de l'allaitement est associée à la durée du congé de maternité prolongé par certaines mères par un congé parental ou congé d'allaitement. Cependant, ce type de congé ne peut être pris que par les mères qui peuvent se le permettre financièrement puisqu'il entraîne une perte importante de revenus. La question d'un renforcement des inégalités en matière de santé peut par conséquent se poser. La Belgique reste l'un des pays à avoir un congé de maternité parmi les plus courts d'Europe, il est de maximum 14 semaines après la naissance de l'enfant, soit le minimum recommandé par l'OIT avec une indemnité de 75% du salaire<sup>45</sup>.

Comme nous l'avons formulé, A. Sand s'interrogeait sur les raisons de sevrage socialement acceptables (36). Les raisons d'ordre esthétique n'ont jamais été énoncées par les mères dans les ECV alors que cette raison s'entend fréquemment dans le discours « hors enquête ». Comme A. Sand nous pensons que certaines raisons ne semblent pas être socialement avouables et viendraient donc gonfler les chiffres de la perception de manque de lait ou des difficultés rencontrées. Il est déconseillé de consommer de l'alcool pendant la période de l'allaitement. En France, tout comme en Belgique, où l'alcool fait intégralement partie de la vie sociale, il peut être mal vu de ne pas en consommer tout du moins lors de grands événements (réveillons, anniversaires, ...). Dès qu'une femme ne consomme pas d'alcool en public, n'est-elle pas « suspectée » d'être enceinte ? Aucune mère dans les enquêtes n'a mentionné l'incompatibilité entre alcool et allaitement. Pourtant « hors enquête », il n'est pas si rare d'entendre des mères évoquer cette difficulté après une abstinence de 9 mois de grossesse et de la reconnaître comme raison de sevrage. Nous pensons que l'alcool fait partie de ces raisons de sevrage non socialement acceptables qui peuvent gonfler artificiellement le taux de « perception de manque de lait » ou éventuellement une autre raison moins stigmatisante. Cet argument lié à l'alcool très peu étudié dans la littérature permet de comprendre *a contrario* pourquoi il est peut-être plus facile d'allaiter longtemps pour une mère de confession musulmane. Dans les pays nordiques, où le contrôle strict sur les ventes<sup>46</sup> et le contrôle social sur la consommation d'alcool sont beaucoup plus présents<sup>47</sup>, les taux d'allaitement et les durées sont parmi les plus élevés. L'hypothèse peut être émise d'un lien possible entre les deux comportements.

## Composantes culturelles et disparités régionales

### 1/ Religion

Il y a quelques décennies, M. Graffar a fait la démonstration qu'à côté des motivations rationnelles déclarées par les mères, il y avait des éléments plus profonds qui ne sont jamais cités et mentionnés dans les enquêtes et qui indéniablement influencent la décision de la mère d'allaiter (98). Dans cette logique, il nous a semblé pertinent de développer un paragraphe sur le rôle de la religion en matière d'allaitement.

<sup>45</sup> 82% du salaire non plafonné le premier mois et 75% du salaire plafonné les deux mois suivants.

<sup>46</sup> [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/alcohol\\_europe\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_fr.pdf) (consulté le 30 avril 2016)

<sup>47</sup> <https://data.oecd.org/fr/healthrisk/consommation-d-alcool.htm> (consulté le 29 avril 2016) selon ces données la Norvège et la Suède ont parmi les consommations d'alcool les plus faibles comme le Japon d'ailleurs. Au contraire de la France et de l'Irlande qui sont parmi les pays grands consommateurs d'alcool. Pour ces pays l'allaitement est en relation inverse des consommations d'alcool. La Belgique a une position assez moyenne en matière de consommation d'alcool.

En 2012 et en 2015, quelques mères d'origine musulmane ont mentionné le fait que le Coran préconise un allaitement de deux ans. Dans les études épidémiologiques qui concernent l'allaitement, le facteur religieux est très peu étudié. Les quelques enquêtes, principalement aux États-Unis, qui s'y intéressent montrent ce facteur comme associé, parfois très fortement à la mise au sein et à la durée de celle-ci (39). Il ne s'agit pas simplement d'un dogme à respecter, la religion imprégnant au quotidien le comportement des familles. Pour R. Massé, « le groupe religieux s'avère pertinent comme unité d'analyse pour l'épidémiologie », il considère par ailleurs « qu'une part importante des écarts observés entre les groupes ethniques est probablement explicable par l'affiliation religieuse » (15). Il n'est probablement pas anodin que les pays avec une culture de l'allaitement considèrent que le co-allaitement réponde à d'autres finalités que celle uniquement de venir au secours ou à la détresse d'un nourrisson dont la mère serait décédée ou malade. Développer un bon voisinage avec l'échange de nourrices, les tétées par un bébé du groupe ennemi (Masai) ou encore l'échange de lait maternel entre clans adverses, sont des pratiques décrites dans la littérature anthropologique (4,30). Le co-allaitement crée une obligation d'assistance mutuelle dans certaines cultures. Le droit positif, à propos du co-allaitement, s'est emparé du point de vue religieux dans la plupart des pays musulmans (41). C'est dire toute l'importance et la considération symbolique pour l'allaitement et le co-allaitement dans ce genre de cultures.

Une hypothèse ébauchée lors de ce travail pour expliquer les différences régionales en matière d'allaitement, mentionnait l'imprégnation catholique plus importante en Flandre qu'en Wallonie. Les taux d'allaitement flamands inférieurs aux taux trouvés en Hollande, pays dans lequel la tradition protestante est dominante, s'expliquent probablement de la même façon. Contrairement au catholicisme, qui a eu pendant des siècles la volonté d'imposer une culture nataliste, la religion protestante était plutôt d'esprit malthusianiste et donc en faveur de l'espacement des naissances, soit en faveur de l'allaitement. La mise en nourrice a eu, par conséquent, plus de succès dans les pays catholiques que protestants. Les taux actuels d'allaitement élevés de Bruxelles peuvent, premièrement, trouver une explication historique dans une population plus laïque. Rappelons A. Sand qui parlait d'une « propagande » pour l'allaitement plus importante dans les maternités laïques dans les années 60 (36). Deuxièmement au fil du temps, la présence de plus en plus importante d'une population issue de l'immigration, population en général en faveur de l'allaitement.

## 2/ Féminisme

Tout comme en France, la branche égalitariste du féminisme en Belgique n'a pas joué dans les années 60-70 un rôle en faveur de l'allaitement. Celle-ci le voyait comme un asservissement de la mère. Cet extrait du *Deuxième sexe*, II écrit en 1949 par S. de Beauvoir en donne une illustration parfaite. « Même l'allaitement ne leur apporte aucune joie, au contraire, elles redoutent d'abîmer leur poitrine ; c'est avec rancune qu'elles sentent leurs seins crevassés, leurs glandes douloureuses, la bouche de leur enfant les blesse : il leur semble qu'il aspire leurs forces, leur vie, leur bonheur. Il leur inflige une dure servitude, et il ne fait plus partie d'elles : il apparaît comme un tyran, elles regardent avec hostilité ce petit individu étranger qui menace leur chair, leur liberté, leur moi tout entier » (37). Au nom de l'égalité des sexes, au nom du partage des rôles, du travail des femmes, entre autres, les femmes se sont fort désinvesties de leur rôle de mère. De façon plus générale, E. Badinter parle d'ailleurs du « cas des Françaises » qui « contrairement aux femmes de la plupart des pays européens bénéficient depuis longtemps d'une véritable reconnaissance de leur identité féminine » (31). La société française a cela de particulier qu'elle a toujours admis très facilement la mise en nourrice, l'usage du biberon et la garde des enfants après leur naissance (29). L'auteur en veut pour preuve l'invention française de la crèche et de l'école maternelle à partir de deux ans et demi. Ces pratiques ne sont pas valorisées dans les sociétés à faibles revenus ou même dans certains pays à revenus élevés tels que le Japon, encore fort basé sur une culture traditionnelle en matière de maternité.

### 3/ Médicalisation

Ce désinvestissement de la part des femmes pour la chose maternelle a-t-il rendu possible la prise de contrôle de celle-ci par le monde médical ? Les femmes ont-elles abandonné un espace à prendre ? Selon Y. Kniebhiler, l'une des rares historiennes à s'être intéressée à l'histoire de la maternité, « la médicalisation a transformé celle qui devient mère en une patiente qui doit s'abandonner aux soins de gens compétents » (100). Le savoir traditionnel et familial s'est perdu au profit du savoir médical alors qu'au même moment les préparations infantiles de qualité envahissaient le marché. Les médecins, dont la plupart sont des hommes à l'époque, étaient bien plus à l'aise avec les biberons dont la quantité de lait bue par l'enfant est mesurable. La pratique de séparer la dyade mère-enfant a été imposée dans les maternités dans nos régions dans les années 60-70. Dans une logique pasteurienne, cette époque correspond à la période où toutes les pratiques doivent pouvoir se mesurer (pesées avant-après repas, espacement des tétées, réveil du nourrisson pour le nourrir, ...). Les prescriptions médicales subordonnent les mères, mais elles ont été en réalité des obstacles au succès de l'allaitement maternel (99). Ces prescriptions médicales fort attendues et écoutées par les mères, qui n'ont plus de points de repère issus de la culture familiale, sont malheureusement souvent contre-productives pour un allaitement efficace et de longue durée. Ce qui fait dire à Cesbron « s'il est une découverte récente et qui semble bien faire son chemin, c'est bien que les médecins doivent se mêler le moins possible de l'allaitement » (100).

Aujourd'hui le temps de la médicalisation autoritaire et sûre d'elle est dépassé (28) mais s'il n'y a pas démedicalisation pour autant, petit à petit les patients peuvent devenir acteurs de leur propre santé. Le sujet mère se superpose de plus en plus au sujet femme (28). Dans cette optique, la politique IHAB qui existe à l'échelle internationale depuis 1992 et en Belgique depuis 2006 veille à une prise en charge qualitative de l'allaitement et de la dyade mère-enfant.

#### **Contextualisation internationale**

En Belgique, comme un peu partout dans les pays industrialisés, la situation de l'allaitement maternel s'est nettement améliorée depuis les années 70, époque à laquelle celui-ci atteignait quasi dans tous ces pays ses taux les plus bas. M. Baudry explique cette remontée par une (re)création de la culture de l'allaitement qui s'est construite au fil des années autour de trois phénomènes principaux (18) : la prise de conscience de l'ampleur de la catastrophe suite à l'arrivée des laits commerciaux dans les pays du Sud, le contexte sociétal des années 68-70 et la reconnaissance scientifique croissante des avantages de l'allaitement tant pour l'enfant que pour la maman.

Divers outils internationaux ont vu le jour depuis les années 80 pour contribuer au droit de la santé de millions d'enfants et le droit d'allaiter de millions de mères. Ces différents dispositifs (textes internationaux, normes, ...) ont comme but d'orienter les politiques et les programmes favorisant une « meilleure concertation des efforts pour améliorer la santé infantile (18). » Malgré l'existence depuis plusieurs décennies de ces outils internationaux, dans un grand nombre de pays, le positionnement des prestataires de soins et des politiques n'est pas ferme et univoque « families need to be able to make a truly informed choice about feeding their babies. Too often the message they received is mixed. While they pay lip service to « breast is best », all that many doctors and midwives are able to do when a mother has difficulty with the natural method of feeding is to recommend that she uses an artificial one, reassuring her as they so that 'formula is equally good (24). »

Le fait d'une rapidité de transposition dans les législations nationales de ces textes de référence fort variables d'un pays à l'autre et le fait que tous les pays n'ont pas mis en place les stratégies avec la même énergie ont eu des répercussions différentes sur la promotion de l'allaitement et notamment sur les discours tenus aux mères.

En 2012, quand l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP) a recadré l'allaitement comme "public health issue and not only a lifestyle choice", elle a envoyé un signal fort sous-entendant que l'allaitement méritait le support de la société toute entière et ceci de la maternité jusqu'au lieu de travail (23). « Pediatricians play a critical role in their practices and communities as advocates of breastfeeding and thus should be knowledgeable about the health risks of not breastfeeding, the economic benefits to society of breastfeeding, and the techniques for managing and supporting the breastfeeding dyad. Toujours aux Etats-Unis, le "Business Case for Breastfeeding"<sup>48</sup>(101) est un guide qui donne des conseils pour maintenir l'allaitement dès le retour au travail et présente tous les outils qui existent pour aider la mère dans ses démarches. Ce guide se décline en différentes versions selon qu'il s'adresse aux employeurs ou aux employées. Aux États-Unis, notamment grâce aux différentes stratégies déployées, le discours des autorités médicales et gouvernementales semble clair et cohérent.

L'Australie s'est dotée d'une politique forte en matière d'allaitement maternel portée par les différents niveaux de pouvoir et impliquant tous les acteurs sanitaires (des centres d'épidémiologie aux pharmaciens en passant par la protection maternelle et infantile) (102). Le Québec s'est lui aussi muni d'une telle politique qui vise toutes les institutions, les décideurs et prestataires de soins (45). En 2005, 12 instances différentes ont pris position en faveur de l'allaitement en rédigeant des guidelines communes cohérentes montrant l'intérêt de professions diverses (médecins de famille, diététistes, obstétriciens, gynécologues, pharmaciens, pédiatres, ...). "Unicef UK wants breastfeeding recognised as a major public health issue from Government level through to local children's centres, and appropriate investment and legislation put in place to give mothers a better experience of breastfeeding"<sup>49</sup>.

En peu de temps, le Québec et ces différents pays ont pris une position plus ferme et cohérente en faveur de l'allaitement, en créant notamment différents outils qui s'adressent à la fois aux mères, aux professionnels de santé et aux employeurs. L'objectif vise à créer un climat et un terrain d'entente afin que tout le monde s'accorde pour faciliter l'allaitement, notamment après le retour de la mère dans le monde du travail. Ces stratégies convergentes ont pour but de recréer une culture de l'allaitement.

En France, il y a quelques années encore, l'allaitement était considéré, non pas comme un sujet de santé publique, mais uniquement comme une affaire de choix individuel. Un colloque tenu en l'an 2000 en parlait même comme d'un « non-sujet » de santé publique (103). Ce pays se distinguait par sa répugnance à parler de l'allaitement et de ses avantages pour la santé, craignant de culpabiliser les femmes et d'aliéner leur liberté de choix (103). Cependant, petit à petit, le discours a commencé à être plus nuancé. En 2013, le Comité Nutrition de la Société Française de Pédiatrie a adopté une position moins tranchée puisqu'il considère depuis l'allaitement comme à la fois une pratique intime dont la décision relève de la responsabilité de chaque femme mais aussi une question de santé publique (17). « L'allaitement est bel et bien une thématique de santé publique mais jusqu'à présent il a assez peu intéressé les pouvoirs publics, qui ont préféré laisser la place à des associations de droit privé pour le soutenir » (104). La France enregistre un certain retard par rapport à d'autres pays européens sur l'adoption de certaines recommandations (création d'un comité national, création d'une structure pour mettre en place l'initiative IHAB, ...). Aujourd'hui et depuis quelques années des avancées sont observées au niveau des associations professionnelles, avec notamment l'implication de la plupart d'entre elles dans le Comité d'attribution IHAB (sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, pédiatres de néonatalogie, gynécologues-obstétriciens, pédiatrie ambulatoire, etc.). Même si des avancées importantes ont été réalisées, il reste néanmoins un travail important à faire au niveau institutionnel pour définir l'allaitement comme sujet prioritaire de santé publique (17). En France, la publication, début 2003, par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, (ANAES) des *Recommandations professionnelles pour la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement maternel dans les six premiers mois de vie de l'enfant* fut déterminante (105). Ces recommandations jouent un rôle important, puisqu'elles indiquent à tous les pro-

<sup>48</sup> <http://mchb.hrsa.gov/pregnancyandbeyond/breastfeeding/> (consulté le 16 mars 2016)

<sup>49</sup> <http://www.unicef.org.uk/Media-centre/Press-releases-archive/Breastfeeding-could-save-the-NHS-millions-says-new-report/> (consulté le 11 mars 2016)

professionnels de santé les « bonnes pratiques » permettant que l'allaitement choisi par la mère ne connaisse pas une fin précoce. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé a depuis présenté une série d'outils et de guides pour les professionnels de santé<sup>50</sup> (106). L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a édité en 2010 *le guide de l'allaitement maternel* qui s'adresse à la fois aux mères et aux professionnels de la santé (107).

De façon générale, dans de nombreux pays et depuis longtemps on a observé et on observe encore de façon assez fréquente un manichéisme dans le discours sur l'allaitement maternel. Entre le slogan « breast is best » et le désengagement des professionnels de santé par peur d'être trop intrusifs et s'immiscer dans la sphère de l'intime, l'attitude et le discours tenus par les professionnels manquent trop souvent de nuances qu'ils soient ou non en faveur de l'allaitement.

### **Positionnement et stratégies mises en place en Belgique**

Il est difficile de connaître le positionnement politique et celui des professionnels de santé dans ce champ en Belgique francophone à l'heure actuelle. Aucun discours fort n'est porté à l'échelle du pays ou des régions. Chaque partie prenante agit à son niveau et à sa façon. Pourtant, le PNNS-B a développé une série d'objectifs en 2005. Ces objectifs « visaient la conduite d'une politique nationale cohérente en matière de promotion de l'allaitement sous la surveillance du Comité Fédéral de l'allaitement maternel » (52). Les objectifs qualitatifs tels que le développement de la formation des prestataires de soins, les communications du PNNS-B pour promouvoir l'allaitement, le soutien d'une politique d'échange d'informations entre les différents prestataires de soins, la création et la stimulation d'initiatives scientifiques favorisant l'allaitement, l'offre aux parents d'une information précise et de qualité, la rédaction de lignes directrices ne semblent pas avoir été atteints 10 ans après.

Les avancées à réaliser pour considérer la promotion de l'allaitement comme sujet central de la santé publique semblent donc se faire très lentement et de manière très ténue autour d'un consensus mou. Cette réalité serait-elle, comme c'est souvent le cas dans les matières ou compétences sanitaires, un effet pervers de la complexité politique belge ? En 2003, dans le rapport qui sert de base à l'évaluation des progrès à réaliser en vue d'une meilleure mise en œuvre du *Code international des substituts du lait maternel*, était dénoncée « cette complémentarité complexe de niveaux de compétence qui représente un frein non négligeable » (13). « Les programmes et investissements à propos de l'allaitement ne sont pas intégrés de façon coordonnée, les priorités et impératifs sont parfois discordants et la récolte des données statistiques n'est pas harmonisée » (13). En 2014, dans la même logique, le KCE a dénoncé les effets négatifs de cette complexité institutionnelle dans le rapport « organisation des soins après l'accouchement » (14).

À force d'avoir peur de culpabiliser les mères, l'attitude devient très complaisante avec le lait commercial devenu, dans les faits, la référence et la norme de l'alimentation du jeune enfant tant au niveau social que médical (30). L'allaitement est encore considéré comme une décision qui n'appartient qu'à la mère ignorant le rôle que la société peut apporter en termes de support et de protection. Trop vite l'argument de la culpabilité est avancé pour mieux protéger les mères qui ne désireraient pas allaiter.

Selon le prestataire de soins considéré, la qualité de l'information et le soutien aux mères sont inégaux et fortement liés à l'intérêt personnel que le professionnel porte à l'allaitement. En 2003, l'asbl réseau allaitement mentionnait « ce sont les médecins qui sont actuellement le moins bien formés en matière d'allaitement maternel, alors que leur influence auprès du public et auprès des équipes de soins est souvent déterminante (13). L'un des objectifs du PNNS-B était pourtant de pallier le manque de formation et formation continue des différents prestataires de soins (52).

---

<sup>50</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_39085/fr/recherche?portlet=c\\_39085&text=allaitement&lang=fr](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_39085/fr/recherche?portlet=c_39085&text=allaitement&lang=fr) (consulté le 15 mars 2016)

A l'instar du PNNS-B, ni le groupement belge des pédiatres de langue française (GBPLF), ni l'union professionnelle des sages-femmes belges, ni le groupement des gynécologues obstétriciens de langue française (GGOLF) n'a édité de recommandation particulière à l'usage de leurs professionnels. L'inexistence de lignes directrices communes à tous les prestataires de soins a comme conséquence de laisser toute liberté à ceux-ci d'envisager ou non la discussion, le moment de celle-ci, avec ou sans le conjoint. Les incohérences de discours entre les différents acteurs rencontrés pourraient résulter de cette absence de ligne directrice. Qu'une société savante ou une association professionnelle considère l'allaitement comme une décision privée ou plutôt comme devant être promue à tout prix n'est pas sans conséquence. Ces instances donnent le ton. Quand une société savante affiche clairement son positionnement, ce sont plusieurs générations de médecins ou professionnels de la santé qui connaissent l'orientation à suivre et le discours à tenir. Contrairement à l'Australie, à la France, au Québec et aux États-Unis, les institutions belges compétentes n'ont produit aucune guideline spécifique sur le sujet.

Autrement dit, pendant la période prénatale, pendant la grossesse ou pendant la période postnatale, le manque de synergie entre les différents intervenants rencontrés et le manque de formation de ces derniers, l'inexistence de guidelines au niveau institutionnel ou des sociétés savantes favorisent les incohérences de discours qui seront en grande partie responsables de sevrages non désirés.

Alors qu'en comparaison aux pays précédemment cités, peu d'initiatives et peu d'initiatives concertées semblent être menées en Belgique pour développer une culture de l'allaitement, les publicités pour les préparations lactées à la télévision aux heures de grande audience, la distribution d'échantillons de préparations infantiles dans les pharmacies ou dans les crèches, la distribution de gadgets dans les congrès médicaux à l'effigie des différentes multinationales sont observées couramment. Le PNNS-B en vue de protéger l'allaitement avait développé comme objectif de n'autoriser la délivrance directe de nourriture pour nourrissons que par l'entremise des pharmaciens d'officine « afin que les parents puissent bénéficier d'avis d'experts indépendants (52). » Cet objectif n'est pas atteint en 2016 puisque les préparations pour nourrissons sont toujours délivrées dans la grande distribution. Plus largement, il n'y a pas de système de surveillance systématique propre à l'application de cet arrêté et du *Code international des substituts du lait maternel*.

Ce constat pose une fois de plus la question du respect du *Code* dans notre pays, y compris dans des endroits tels que les crèches. Le PNNS-B visait pourtant un meilleur respect de l'arrêté royal du 18/02/91 dans l'esprit de cet instrument international.

De façon générale, en Belgique, les autorités publiques, médicales et les médias ne donnent aucun signal positif en la matière. Par ailleurs, lors de la journée internationale de l'allaitement ou lors de la semaine belge de l'allaitement, ayant lieu chaque année la quarantième semaine, la parole se fait peu entendre. À cette occasion, afin d'attirer l'attention sur cette passivité nous avons publié une carte blanche dans la Libre Belgique (voir annexe). Par ailleurs, en janvier 2016, lors de la sortie du numéro spécial du Lancet sur l'allaitement, alors que les principaux quotidiens dans la presse étrangère et internationale ont relégué l'information, la presse belge francophone n'en a fait aucun écho. Tout laisse penser qu'au niveau régional, principalement, l'allaitement est traité comme il l'était en France jusqu'il y a peu, de « non-sujet de santé publique ». Les sociétés et firmes commerciales de préparations lactées sont plus dynamiques pour imposer une image positive et favorable de leurs produits que ne l'est le secteur public pour favoriser la promotion de l'allaitement maternel.

### **Promouvoir la durée de l'allaitement**

La question de la promotion de la durée de l'allaitement au-delà de 2-3 mois ne semble être à l'agenda d'aucune institution belge à l'heure actuelle. Les initiatives telles l'IHAB, la signature des textes internationaux, ne favorisent que très légèrement l'allaitement prolongé au-delà de 3-4 mois post-partum. Aucune initiative n'est mise en place pour que la vue d'une femme allaitante soit banalisée. Par ailleurs, il dépend uniquement de la volonté de la mère de trouver elle-même des personnes pouvant l'aider dans

son parcours si nécessaire et de s'entourer de personnes bienveillantes vis-à-vis du choix porté. En plus des recommandations à faire aux professionnels de santé en contact direct avec les mères (pédiatres, pharmaciens, ...) les résolutions à mettre en place au-delà des 3 mois *post-partum* concernent principalement le niveau politique (allongement du congé de maternité au-delà du minimum recommandé par l'OIT, meilleure rémunération en cas de congé d'allaitement ou parental, mise à disposition d'un local pour tirer le lait, emplacement dédié à cet effet dans les lieux publics, ...). Les politiques actuelles vont dans le sens inverse, celui de reconnaître le congé de maternité comme assimilable à des périodes d'inactivité professionnelle (comptant jusqu'à présent comme journées effectives de travail) et donc ne comptant ni dans le calcul du chômage ni de la pension. Un recul en termes d'acquis sociaux est à déplorer à ce niveau-là. Un allaitement de longue durée représente, pourtant, un moindre coût pour la société en termes de pathologies évitées puisque la morbidité à court et moyen termes diminuerait, il en est de même pour les cancers chez les mères entraînant de facto un gain certain pour la sécurité sociale. Nous n'avons pas connaissance d'études économiques sur les dépenses évitées en cas de durées plus longues d'allaitement dans notre pays.

### **Évolution au cours du temps de la prise en charge de l'allaitement en Belgique**

D'un point de vue historique, certaines recommandations proposées par A. Sand restent d'actualité. Celles-ci visaient une meilleure écoute dans la relation praticien/patiente et un meilleur encadrement tant à la maternité qu'à la sortie de celle-ci (36). L'auteur pointait un hiatus entre le temps écoulé entre la visite chez l'accoucheur et chez le pédiatre. A. Sand préconisait d'accorder une importance toute particulière à cette période par le biais d'une « action sociale » en faveur de l'allaitement (36).

### **Séjour raccourci à la maternité et IHAB**

M. Graffar et A. Sand dénonçaient déjà le retour précoce en 1960 comme influençant directement et négativement la poursuite de l'allaitement à domicile (98). Le séjour à la maternité réduit d'un demi-jour depuis janvier 2015 ne laisse rien présager de positif en matière de poursuite de l'allaitement tant que des initiatives visant plus spécifiquement le public à risque de sevrage précoce ne seront pas réalisées. Le KCE dénonce à ce propos un vide de soins malgré l'existence d'une mosaïque de possibilités de prise en charge (14). Les initiatives sont disparates et peu connues (14). Si une prise en charge cohérente, facile d'accès n'est pas mise en place le jour même de la sortie de la maternité, il est facile d'imaginer une diminution des taux d'allaitement les jours qui suivent le retour à domicile ainsi que le stress et toutes les questions que les parturientes se posent qui resteront sans réponse. Une étude devrait être réalisée sur les admissions aux urgences et les réadmissions dans les services de néonatalogie ou de pédiatrie pour soucis d'alimentation ou d'engorgement, mastites ou autre, depuis la dernière réduction de séjour à la maternité. Il est prévu, d'ici quelques années de raccourcir d'encore une demi-journée le séjour à la maternité.

Les stratégies et différentes interventions à mettre en œuvre devraient viser toute la période périnatale et pas uniquement le séjour à la maternité ou la grossesse, d'autant plus quand le séjour à la maternité est réduit. L'IHAB, reconnue internationalement pour son efficacité, est la seule stratégie « officielle » existante pour promouvoir l'allaitement au niveau fédéral. L'encadrement et la prise en charge de la parturiente par le personnel IHAB n'a lieu que sur une durée courte avec une probabilité très importante d'avoir la montée de lait (lactogénèse II), période critique, plutôt à domicile. Au Japon, le séjour médian à la maternité est de 5 jours. Cette durée est la principale raison de l'efficacité du protocole IHAB puisque la lactogénèse II a lieu à la maternité pour presque toutes les mères (108).

Par ailleurs, le critère des 75% d'allaitement exclusif minimum à atteindre à la maternité comme critère pour qu'une institution soit labellisée pose certaines questions comme celle de la labellisation plus facile et plus immédiate pour les maternités qui obtiennent ce taux de façon « naturelle » de par la population,

notamment immigrée qui y accouche. Ces maternités offrent néanmoins plus que les autres une cohérence dans le discours et dans la promotion de l'allaitement, tout en assurant un suivi à domicile.

### **“Breastfeeding, achieving the new normal”<sup>51</sup>”**

La conclusion de l'éditorial de la série d'articles parus dans le Lancet en janvier 2016 est ferme : “genuine and urgent commitment is needed from governments and health authorities to establish a new normal: where every woman can expect to breastfeed, and to receive every support she needs to do so” (25). La norme qui semble prévaloir aujourd'hui et dont personne n'a à se justifier semble être celle qui concerne les préparations commerciales. De façon insidieuse dans les discussions entre mamans, dans les crèches, dans la publicité, autrement dit, dans la culture commune mais aussi dans certains discours scientifiques et médicaux l'alimentation artificielle reste une norme établie et légitime. Cette situation renforce de façon sournoise l'usage des préparations pour nourrissons comme naturel et normal. De l'incongruité de l'allaitement en public à la prise de poids différente de l'enfant nourri aux préparations, les mères doivent se justifier d'allaiter les 3-4 premiers mois passés. Mois après mois, les questions ou commentaires sont plus fréquents, et le comportement est de moins en moins toléré (109). Le lait commercial et les comportements y afférents semblent donner le ton et la société cautionne.

Par ailleurs, le regain d'intérêt pour l'allaitement est revendiqué au nom de ses bienfaits « alors qu'en réalité il souligne les effets négatifs du non-allaitement ou de l'usage des préparations commerciales ». L'allaitement étant la norme biologique, il n'a, par conséquent, pas à être « supérieur » ou « avantageux » (18). « A l'heure actuelle l'alimentation au lait industriel est perçue comme la norme et l'allaitement comme supérieur à la norme » (110).

La campagne de promotion de l'allaitement aux États-Unis qui visait pour 2010 des taux de 75% à la naissance, 50% à 6 mois et 25% à 12 mois a été retardée d'un an à cause des démarches des fabricants de lait car pour la première fois une campagne mentionnait les risques de l'alimentation avec des préparations commerciales au lieu de parler des avantages de l'allaitement (110).

Afin que l'allaitement devienne spontané et naturel comme c'est le cas dans de nombreux pays, y compris européens, il est temps que la médecine de première ligne, s'y intéresse et le considère comme un réel sujet de santé publique visant tant le bien-être physique et psychique de la mère et de son enfant. Cette médecine de première ligne, qui n'est d'ailleurs pas la seule concernée, devra être soutenue par des politiques cohérentes. Au vu de tout ce qui a été décrit jusqu'à présent, la question de l'intérêt de changer de paradigme peut se poser. L'allaitement maternel n'occupe pas encore la place qu'il mérite et n'est pas encore reconnu comme norme. Les prestataires de soins ne sont pas à l'aise sur le sujet.

Au niveau international, le changement de courbes de référence (OMS, 2006) pour ce qui est de la croissance des enfants est un bon signal. Cet événement montre la prise en considération de l'allaitement comme mode d'alimentation de référence alors que jusque-là la référence concernait une population d'enfants à la fois nourris au sein et au lait commercial. Il en est de même quand l'Académie Américaine de Pédiatrie en 2012 est montée au créneau pour redéfinir l'allaitement non pas comme un choix de vie mais comme un réel problème de santé publique.

### **L'allaitement maternel, vecteurs de valeurs**

Selon B. Tillard, dans les milieux précaires, l'allaitement n'entre pas, dans la dimension consumériste de la grossesse. « L'allaitement est perçu comme une impossibilité d'agir par l'achat d'objets appropriés : pas de biberon, pas de stérilisateur, pas de chauffe-biberon, ... » (30). « Dans le cas de l'allaitement, l'accès à la consommation, momentanément facilité par les allocations prénatales, ne peut pas se manifester par le plaisir de « faire des courses ». En effet, « le temps de l'allaitement reste biologiquement et

---

<sup>51</sup> Lancet, 2016

socialement inscrit dans le temps du *post-partum* (30). Le biberon quant à lui, introduit le mode alimentaire dans le présent de la grossesse et non seulement dans l'intention. » Il se concrétise par l'achat. « Le biberon est plus conforme au mouvement général qui tend à convertir la grossesse en une phase de pré-naissance » (30). « Beaucoup de familles pauvres sont prêtes à faire des efforts pécuniaires importants à l'occasion de l'arrivée de ce bébé (...). L'allaitement est mal perçu par ces familles qui souhaitent le mieux pour leurs petits, même au prix de sacrifices financiers (30). L'auteur va plus loin en précisant que « la gratuité du lait maternel n'est pas un argument pour allaiter, bien au contraire » (30). Autrement dit, plus qu'économiquement déterminé, l'allaitement est une pratique socialement déterminée (33).

Le consumérisme en période prénatale est une valeur partagée par une partie non négligeable de la population. Par ailleurs, le KCE mentionne dans « l'étude sur l'organisation des soins après l'accouchement » que les professionnels ayant participé aux focus groupes ont fait remarquer que les futurs parents sont très souvent préoccupés par les préparatifs matériels de la venue du bébé (chambre, vêtements, liste de naissance) mais qu'ils ne sont guère préparés sur le plan émotionnel et social à l'arrivée du nourrisson (14). Les phantasmes lors de la grossesse font déjà, en partie, le lit des futures inégalités en matière de santé.

À l'inverse, pour les franges de la population plus instruites et plus aisées, les cours de préparation à la naissance, les cours de yoga, les séances de kiné prénatale, d'acupuncture, font de plus en plus partie du parcours normal de la grossesse. Les différents professionnels de santé ont, dans ce cadre, beaucoup plus de temps pour aborder les techniques de maternage dont l'allaitement. Il y a dans ces endroits fréquentés par des femmes de milieux plus aisés une réappropriation d'une certaine culture maternelle perdue. Ces différents cours peuvent se faire en groupe et seront le lieu d'échanges informels sur les pratiques pouvant être bien utiles au moment de la naissance ou par la suite.

Une fois l'enfant né, l'usage du biberon semble rassurer un grand nombre de mères. La peur de ne pas donner assez est une raison suffisante pour ne pas commencer à allaiter (95). Ce constat a aussi été réalisé par B. Tillard qui relève dans les discussions autour du sujet que le biberon est considéré comme un outil d'évaluation de la mesure de la quantité de lait car l'absence de visualisation des **quantités** ingérées est source d'inquiétude (30).

En plus de la quantité de lait ingérée se pose la question de la **qualité** de celui-ci. La nature du lait maternel peut parfois s'avérer suspecte. « Si la certitude de donner le meilleur au nouveau-né en l'allaitant est rencontrée parmi les femmes issues de l'immigration, la même assurance n'est pas retrouvée par les femmes d'origine française depuis au moins trois générations. Elles choisissent alors le biberon et en même temps expriment leurs difficultés à prendre en considération les recommandations énoncées par les professionnels de santé en matière d'allaitement (30). » Un grand nombre de femmes qui fument ne préfèrent pas allaiter par souci de la qualité de leur lait. Dans certains milieux, les femmes n'ont pas confiance dans leur capacité à faire du lait de qualité. Le lait en poudre est souvent synonyme de qualité et de progrès. Ce discours sera moins fréquent dans les milieux plus instruits qui, en général, sont plus méfiants et plus critiques face à l'industrie agro-alimentaire. De façon générale, et au-delà de la thématique de l'allaitement maternel, Boltanski souligne que les campagnes d'information ont tendance à rapprocher les classes moyennes des règles de puériculture mais écartent encore davantage celles des classes populaires » (111). Au Québec, D. Groleau montre dans une étude, menée par focus groupes et entretiens qualitatifs que le fait d'allaiter dans l'espace public peut sembler plus difficile pour les mères de milieux plus précarisés qui ont moins de pouvoir que les autres pour négocier et résister aux regards imposés aux femmes allaitantes. Selon D. Groleau, la question de l'allaitement dans l'espace public est une barrière importante pour l'allaitement (95), d'autant plus dans les milieux défavorisés.

D'une part, dans les cultures occidentales, le désir d' « autonomisation » est très fortement valorisé et ce pour ainsi dire dès la naissance (18). C'est un argument fréquemment présenté par les mères non allaitantes qui craignent de prolonger une relation de dépendance entre elle et leur bébé (99). Cet argument peut aussi être présenté contre l'allaitement dont la durée dépasse les normes sociales jugées actuellement acceptables. On craint que l'allaitement prolongé nuise au développement social de l'enfant. Bien

souvent la culture du biberon dans laquelle nous baignons amène les mères à applaudir devant l'autonomie de leur tout petit « capable de boire tout seul ! » (18)

D'autre part, alors qu'il est accepté comme physiologiquement normal qu'un enfant ne puisse pas faire ses nuits avant l'atteinte de ses 5 kilos, au-delà de 2-3 mois les parents attendent de sa part des nuits sans réveil. Derrière l'expression « faire ses nuits » se cache probablement un désir d'autonomisation et d'indépendance. Dans une « civilisation du biberon » pour reprendre l'expression de « la déclaration d'Innocenti » (7), la question peut sembler moins impertinente que dans une « civilisation de l'allaitement » (7). Vu la digestibilité plus rapide du lait maternel (17), il est normal qu'un bébé allaité réclame à manger plus souvent qu'un bébé nourri aux préparations et que par conséquent, celui-ci ne soit pas capable de faire ses nuits aussi rapidement que l'enfant nourri au biberon. Cette question de rapidité de digestibilité est peu évoquée par les prestataires de soins et les promoteurs de l'allaitement maternel. Il en est de même du sommeil partagé. En effet, les observations laissent penser que dans les sociétés où l'allaitement est peu à peu abandonné (c'est-à-dire où une minorité d'enfants est allaitée plus de 6 mois), la pratique du sommeil partagé est abandonnée dans un second temps (112). En France, en 2012-2013, selon l'étude Epifane, la pratique du co-sleeping a eu lieu pour 12% des enfants à 1 mois et pour 5% des enfants au-delà de 4 mois (93). Dans une « civilisation de l'allaitement », le partage du lit de la maman ou des parents est, par contre, beaucoup plus courant et considéré comme normal. L'allaitement de longue durée se retrouve dans les pays où l'enfant dort auprès de ses parents et où l'allaitement nocturne est banal. Ces pratiques sont évidentes dans les sociétés traditionnelles ou dans les sociétés dans lesquelles le monde médical ne s'est pas imposé dans le couple mère-enfant au détriment du savoir traditionnel (le Japon, où l'enfant dort plusieurs années auprès de sa mère, a rappelons-le un taux d'allaitement à 12 mois de 60% (19)). Au Ghana, le nombre moyen de tétées nocturnes pour les enfants âgés de 6 à 12 mois est de 4 (113). En Suède, les enfants âgés de moins de 6 mois exclusivement allaités tètent au moins une fois par nuit (114). Étant donné que la prolactine est principalement produite la nuit (70), les tétées nocturnes sont utiles en vue d'une lactation de longue durée (70) d'autant plus quand la mère n'est pas disponible la journée. Le partage du lit est important pour favoriser l'allaitement (115,116). Selon l'étude Epifane, la proportion d'enfants dormant dans la chambre ou partageant le lit de ses parents était significativement plus élevée chez les enfants allaités que chez ceux nourris exclusivement aux préparations pour nourrissons. A 12 mois, plus de 28% des enfants encore allaités dormaient dans le lit de leurs parents contre moins de 3% pour ceux non allaités à cet âge (93). Aujourd'hui, dans la « culture du biberon » il est encore normal de respecter un délai de temps minimum entre deux tétées et ce, en dépit des recommandations de l'OMS. Il en est de même pour l'allaitement nocturne. Pourtant un allaitement nocturne, tout comme l'allaitement à la demande, est utile pour favoriser une production efficiente de lait sur le long terme.

Par ailleurs, dans les pays où le partage du lit est la norme, le taux de mort subite du nourrisson est plus faible qu'ailleurs (Japon, Hong-Kong)<sup>52</sup>. La discussion sur l'allaitement nocturne et le partage du lit met donc en lumière des valeurs telles que l'autonomisation et l'indépendance. Autrement dit, la question de l'âge où l'enfant est censé faire ses nuits prévaut-elle de la même façon dans une culture où l'allaitement est la norme ?

En outre, dans la culture occidentale, « le sein publicitaire n'est que très rarement exploité dans sa version allaitante. Il fait davantage référence à un objet érotique. Faut-il donc se surprendre de la difficulté à intégrer le sein nourricier à l'espace public? (17) » De façon plus générale, l'idée selon laquelle vie de couple et maternité seraient incompatibles pendant les premiers mois placent certaines femmes face à un choix illégitime entre la « bonne mère » et la « bonne épouse » (28). Dans les milieux précaires pour D. Groleau, "the breast has too sexual a connotation to be a source of nutrition for the baby. Certain mothers spoke of the need to preserve this part of their body to remain attractive" (95). Selon l'auteur,

---

<sup>52</sup> Un risque plus important de mort subite s'observe dans les cultures où le partage du lit n'est pas la norme principalement dans les milieux précarisés. Le mort subite est alors associée au tabagisme, à la consommation d'alcool, position ventrale, à l'obésité et d'autres facteurs de risque (117)

dans les pays occidentaux, un faible niveau d'études des mères limite l'accès au pouvoir discursif nécessaire pour négocier l'hypersexualisation des seins (95).

L'histoire nous a montré l'impact néfaste de l'interdit religieux de tout rapport sexuel pendant la période de l'allaitement sur la fréquence de celui-ci. En France, la mise en nourrice était dès lors la solution pour les classes les plus favorisées jusqu'à sa généralisation au 18<sup>ème</sup> siècle. Cet interdit sexuel pendant plusieurs siècles a été la cause d'un taux de mortalité infantile très important vu la séparation mère-nourrisson qu'il engendrait (29). Une « concurrence » entre le nourrisson et son père, dans le chef des mères et des pères semble persister au fil des siècles. Lorsque le père est défavorable à l'allaitement, celui-ci n'a pas lieu ou est de courte durée. Ceci est démontré en Wallonie comme à Bruxelles et est aussi une évidence dans la littérature internationale. Pourtant, le père n'est toujours pas considéré comme un acteur-clé par les prestataires de soins en matière de promotion de l'allaitement.

De façon générale, comme le dit Capponi, l'argumentaire faisant référence à la Nature conduit à une position de défense de l'allaitement. A l'inverse, celui qui s'appuie sur le rôle social, socioéconomique des femmes ou sur leur émancipation et donc de référence à la Culture débouche le plus souvent (mais non exclusivement) sur une position défavorable à l'allaitement (99). Cette opposition Nature *versus* Culture se retrouve déjà dans le contexte féministe des années 50-70. Avec comme chef de file, S. de Beauvoir, le premier courant plutôt contre l'allaitement se revendiquait d'un féminisme universaliste et culturaliste minimisant la différence de genre, alors que le féminisme naturaliste ou maternalisme célèbre le primat de la nature et les qualités féminines découlant de l'expérience maternelle (31).

---

*(...) le lait des mères supplée à tout et rien ne supplée au lait des mères (...) (Prononcée par Beaumarchais à la veille de la Cinquantième représentation du Mariage de Figaro en 1784)*

---

# Partie V : Recommandations

---

Comme nous l'avons mentionné auparavant, certains pays, comme l'Australie (102)<sup>53</sup> ou les États-Unis, mais aussi le Québec (45), ont développé des outils, des stratégies, des lignes directrices formant un tout cohérent pour promouvoir et atteindre des meilleurs taux d'allaitement. « Le plan d'action européen » (38) fournit une série d'actions concrètes pour promouvoir l'allaitement. Celui-ci a été co-écrit par des acteurs de terrain de chaque pays concerné. Pour la Belgique, l'auteur F. Moyersoen a rédigé le rapport « protection et soutien de l'allaitement maternel en Belgique » (13) souvent mentionné dans ce travail. La plupart des recommandations qui se trouvent dans « le plan d'action européen » sont adaptées à la situation belge, notamment les rubriques qui concernent les politiques et programmes ; l'information, l'éducation et la communication ; la formation ; la protection, promotion et soutien ainsi que le contrôle et l'évaluation. Étant donné la pertinence de ces différents documents, l'ampleur et la précision de ceux-ci, nous renvoyons le lecteur à ces différents textes de référence et à la panoplie d'outils qui y sont proposés pour améliorer *in fine* la situation de l'allaitement en Belgique ou dans ses différentes régions.

Par ailleurs, le PNNS-B avait lui aussi développé des objectifs cohérents (hormis l'objectif d'atteindre 90% d'enfants allaités à 6 mois) par rapport à la situation particulière de la Belgique en 2005.

Selon « le plan d'action européen », **la qualité des méthodes de recherche** (38) doit être considérablement améliorée. C'est cet aspect particulier que nous voulons principalement développer dans ce chapitre au vu de ce qui a été développé dans ce travail.

## *Au niveau épidémiologique*

### Indicateurs d'« allaitement total » et d'« allaitement exclusif » actuels à utiliser

#### Allaitement à la maternité

Les taux d'allaitement total à la naissance sont équivalents entre les ECV et la BDMS, en Wallonie et à Bruxelles. Ils peuvent depuis peu être confirmés par les données e-Birth. Autrement dit, il semble correct de pouvoir dire que les données que l'ONE récolte en routine peuvent représenter un indicateur valable pour l'allaitement total à la naissance. Mais comme nous l'avons dit, celui-ci sera bientôt redondant quand e-Birth se sera généralisé à toutes les maternités du pays (ce qui représentera dès lors 120 000 naissances). Cette base de données nourrie par les bulletins statistiques de naissance peut générer les taux d'allaitement total à la naissance à l'échelle régionale, provinciale, communale et à l'échelon de la maternité (sous conditions d'autorisations particulières). L'indicateur d'allaitement à la naissance présente l'avantage de pouvoir être celui qui est le plus facilement comparable avec les données d'autres pays.

*A contrario*, en ce qui concerne l'indicateur allaitement exclusif à la sortie de la maternité, au vu, à la fois, de la comparaison avec les données issues des enquêtes de couverture vaccinale mais aussi en regardant de plus près la formulation de la question de l'*Avis de naissance*, il ne semble pas que ces taux représentent la situation épidémiologique de l'allaitement exclusif. Le raisonnement est le même pour l'allaitement partiel. Alors que ce sont ces données qui fournissent les données « officielles » du pays, il

---

<sup>53</sup> <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/aust-breastfeeding-strategy-2010-2015>

semblerait pourtant judicieux de ne plus utiliser comme indicateur « officiel » de la FWB l'allaitement exclusif provenant de la BDMS.

Par conséquent, vu que e-Birth ne prélève pas d'informations sur l'allaitement exclusif et vu les limites de cet indicateur dans la BDMS, la seule façon d'obtenir l'information sur l'allaitement maternel exclusif à la maternité, consiste à réaliser des enquêtes ponctuelles.

#### Durées d'allaitement

Le premier bilan de santé de l'ONE, « le bilan de 9 mois », complété entre 7 et 11 mois, représente 25% des enfants pour lesquels un avis de naissance avait été rempli. Ce sous-effectif représente une population plus précaire. La question du bilan de 9 mois inclut l'usage de l'eau dans la définition de l'allaitement exclusif. Par conséquent, en ce qui concerne les durées d'allaitement maternel, il ne semble pas que la BDMS soit un outil idéal. Dans ce cas-ci aussi, les enquêtes ponctuelles sont le moyen de pallier le manque d'information sur les durées d'allaitement exclusif et complété.

### Récolte des indicateurs et usage des définitions reconnues internationalement

Vu le manque de rigueur dans l'utilisation des définitions dénoncé précédemment, la récolte de données en routine mais aussi toutes les enquêtes ponctuelles devraient être réalisées avec des questions basées sur des définitions reconnues internationalement afin de permettre des comparaisons régionales et internationales. Outre les définitions de différents types d'allaitement, certains termes utilisés comme celui « d'alimentation de complément » devraient être utilisés de façon plus rigoureuse.

Par conséquent, une harmonisation au moment de la récolte et de l'enregistrement des indicateurs par les institutions régionales/communautaires est indispensable pour pouvoir connaître la situation épidémiologique et pouvoir transférer les données belges dans les bases de données internationales. Cette harmonisation doit passer par une utilisation de définitions communes. Avec le temps, l'usage des termes précis participe aussi à la construction du paradigme et d'un langage communs.

Selon l'ISP, le contenu de la collecte de données et la population doivent être harmonisés par les deux institutions régionales compétentes (ONE et KenG). Car à l'heure actuelle, « en Flandre, l'allaitement maternel n'est toutefois enregistré que jusqu'à 3 mois post-partum par la PMI. À Bruxelles et en Wallonie, la collecte de données au sein de l'ONE touche une population trop sélective (de niveau socioéconomique inférieur)» (92). Pour être fournies à l'échelon international, les données régionales doivent toujours être rassemblées par une institution nationale désignée à cet effet. En Belgique, l'ISP se charge d'être l'intermédiaire pour les principaux indicateurs sanitaires.

Vu les limites des données de la PMI que nous avons discutées précédemment, depuis 2012 l'ISP propose aux équipes responsables des ECV de fournir les taux et durées d'allaitement pour les indicateurs internationaux ECHIM et ceux de l'OMS. Depuis lors, chaque année, nous sommes sollicités pour leur envoyer ces taux et durées. L'ISP se charge de la pondération des résultats.

Alors que le CFAM, l'ISP et les équipes responsables des ECV ont conscience des limites et biais des données de la PMI à propos de l'allaitement dans notre pays, en FWB ce sont toujours les données de l'ONE qui servent de référence pour représenter la situation de l'allaitement. A l'échelon international par contre, depuis peu ce sont les données ECV, par l'intermédiaire de l'ISP, qui servent de référence pour les indicateurs sur l'allaitement.

Vu la réforme actuelle de l'État et le transfert de compétences, rien ne garantit que d'autres enquêtes de CV de la sorte soient réalisées dans le futur. En effet, l'ONE devient responsable de tout le programme de vaccination et par conséquent, des éventuelles enquêtes de couverture vaccinale. Dès lors, il appartiendra à l'ONE de réaliser ou non ces enquêtes, de les réaliser ou non en interne, d'y inclure ou non des modules complémentaires. Si de telles enquêtes ne sont plus réalisées, une réflexion devrait avoir lieu pour développer une autre approche afin d'obtenir les taux et durées des différents types d'allaitement.

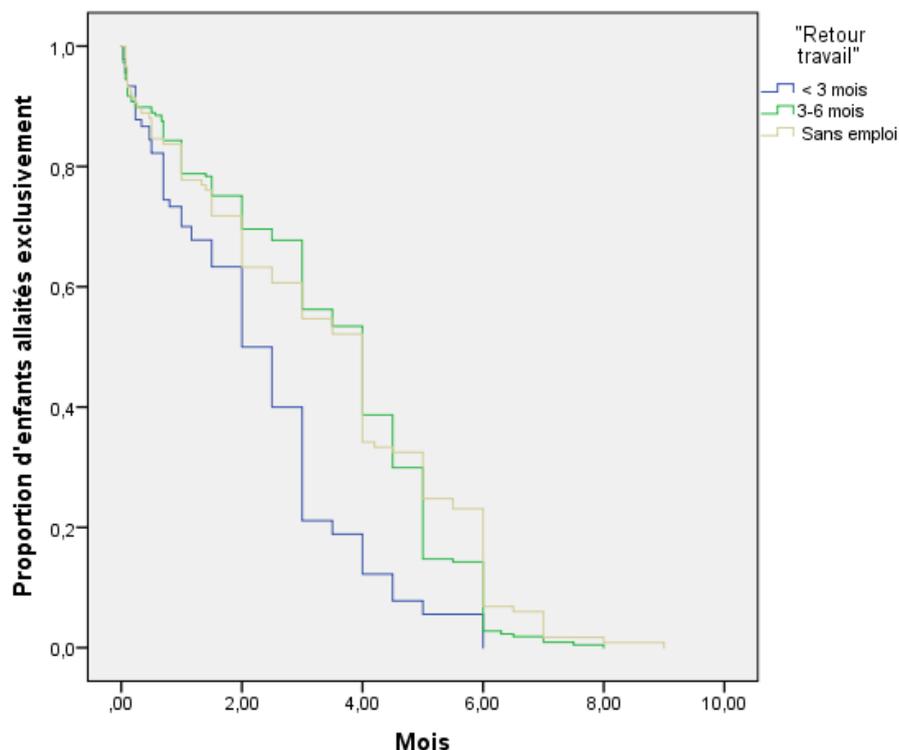
## Utilisation des méthodes statistiques uniformisées et des unités de temps cohérentes

Dans l'enquête de consommation de 2014-2015 précédemment mentionnée, les parents devaient fournir l'âge d'arrêt de l'allaitement exclusif en semaines alors que tous les enfants avaient entre 3 et 9 ans. Il en est de même lors du bilan santé de 9 mois de l'ONE. Une réflexion devrait avoir lieu sur les unités de temps proposées dans les questions posées aux parents, mais aussi sur la conversion de ces unités. Pour le PNNS-B, 26 semaines est l'équivalent de 6 mois alors que pour l'ONE et l'ISP, il s'agit de 24 semaines seulement. La perte de précision peut donc se produire à plusieurs niveaux, au moment de l'anamnèse et au moment de la conversion.

Par ailleurs, dans la littérature, les durées d'allaitement sont soit fournies en moyennes, soit en médianes. Dans la présentation des résultats des études épidémiologiques, il ne semble pas y avoir de consensus à ce propos. Il en est de même pour l'usage de l'unité de temps dans laquelle sont présentés les résultats (semaines ou mois).

Dans la littérature, on retrouve un plus grand nombre d'études qui présentent les déterminants de l'allaitement à des moments particuliers (ex : 1, 3, 4, 6 mois). En termes de comparaison des facteurs associés à l'allaitement (où à l'arrêt de l'allaitement), des contradictions selon le moment étudié peuvent dès lors apparaître. Ces variations sont clairement visibles sur les courbes de Kaplan-Meier. L'exemple ci-dessous illustre notre propos. Le graphique présenté montre les proportions d'enfants qui sont encore allaités de façon exclusive, selon que la mère n'a pas pris de congé parental ou congé d'allaitement (bleu), a pris ce type de congé (vert) ou est sans emploi (jaune). Ce graphique permet de voir clairement les arrêts d'allaitement à 3 mois pour les mères sans congé supplémentaire. La fracture est claire à 4 et 5 mois pour les congés parentaux. Une inversion de courbes se produit à 5 mois entre les mères sans emploi et les mères qui ont pris un congé parental.

Ce genre de courbes permet une analyse (et une visualisation dans le cas des graphes) beaucoup plus fine que celle réalisée par cutts off particuliers. Or, les médianes de survie et courbes de Kaplan-Meier sont plus rarement présentées. La réalisation de ces courbes nécessite de pouvoir récolter n'importe quel âge d'arrêt de l'allaitement (ou de sevrage) (ex : quel âge avait votre enfant quand vous l'avez allaité pour la dernière fois? (Réponse en jours, semaines ou mois). Le fait de ne pas avoir posé les questions de la sorte a restreint les analyses de l'ECV 2009 (ex : allaitiez-vous à 3 mois post-partum ? Oui/non). La récolte de l'âge d'arrêt de l'allaitement en « question ouverte » laisse la possibilité d'analyses avec des limites choisies mais aussi avec des moyennes de survie. Elle permet surtout de mieux visualiser les âges de rupture ou les âges auxquels les déterminants peuvent s'inverser.



**Figure 5. Proportion d'enfants allaités exclusivement en fonction de l'âge de l'enfant quand la mère retourne travailler ou pas**

## Prise de conscience de la faiblesse des indicateurs existants en routine

La prise de conscience des limites des indicateurs existants doit notamment concerner les pouvoirs politiques. La BDMS de l'ONE sert en FWB « d'outil d'évaluation et de pilotage du politique <sup>54</sup> » pour certains indicateurs comme celui de l'allaitement. Même si l'allaitement total issu de la BDMS semble être cohérent avec e-Birth et les ECV, l'allaitement exclusif quant à lui donne l'impression d'avoir un taux supérieur de 10% à la réalité.

Hormis une récolte ponctuelle par le biais d'enquêtes statistiques, aucune source de données (représentatives à l'échelle régionale ou nationale) autre que la BDMS ne centralise des données sur l'allaitement exclusif. A l'heure actuelle, par conséquent, l'ONE est l'unique source existante pour cet indicateur et celui-ci malheureusement ne reflète pas la réalité épidémiologique. Vu l'unicité de cette source, il est tentant de la prendre comme référence.

La prise de conscience au sein de l'ONE des limites de la BDMS en matière de qualité des indicateurs concernant l'allaitement devrait porter à différents niveaux (questions mal posées, récolte de données, hétérogénéité dans le remplissage des questions selon la TMS, soucis du dénominateur, proportion de données manquantes importante). Cette prise de conscience devrait par conséquent être réalisée par les différents types de prestataires de soins au sein même de l'ONE (TMS, pédiatres, conseillers pédiatres, gestionnaires et responsables de la base de données, ...).

<sup>54</sup> <http://www.pcf-cdh.be/questiondetails.php?id=860> (visité le 31 mars 2016)

En effet, les questions sur l'allaitement de « l'Avis de naissance » et des différents bilans de santé devraient être refondues par souci de cohérence interne et cohérence avec la littérature internationale. La reformulation devrait permettre de discriminer correctement l'allaitement exclusif de l'allaitement total.

## *Au niveau des professionnels*

### **Meilleure formation des prestataires de soins**

Les prestataires de soins (gynécologues, sages-femmes, pédiatres, ...) devraient jouer un rôle majeur de plaidoyer dans leur pratique clinique et dans la société. Pour ce faire, ils devraient connaître les avantages de l'allaitement pour la santé de l'enfant et de la mère et aussi avoir conscience des bénéfices économiques pour la société. Les pédiatres notamment, en plus des sages-femmes et des consultantes en lactation, devraient connaître les techniques pour encourager et supporter la dyade mère-enfant dans son parcours d'allaitement, y compris pouvoir trouver des solutions en cas de difficulté.

Nous avons constaté, lors de l'enquête de 2012 en Wallonie (rappelons-le une centaine de TMS avait réalisé les enquêtes), d'importantes confusions entre les différents modes d'allaitement et un manque de connaissance sur le sujet. Vu le nombre d'erreurs et d'incohérences trouvées dans les dossiers complétés nous avons dû rappeler une proportion importante de parents pour rectifier ou valider les informations récoltées. Des erreurs systématiques ont été trouvées, parfois sur chaque questionnaire de la grappe<sup>55</sup>.

Même si nous n'avons pas eu connaissance de l'équivalent de l'étude de *de Bakermat* démontrant les lacunes des différents types de prestataires de soins sur les questions touchant à l'allaitement en Wallonie, le réseau allaitement maternel et le PNNS-B ont dénoncé un manque de formation des prestataires de soins (52), notamment au sein de l'ONE (13).

Or, nous savons grâce aux ECV que plus de 60% des enfants en FWB fréquentent régulièrement une consultation ONE. L'ONE est un acteur majeur de la prise en charge de la petite enfance, principalement dans les milieux les plus précaires. Par conséquent, l'ONE a un rôle essentiel à jouer en matière de conseil et d'aide aux parents. Pourtant, les contradictions entre les messages lus dans les brochures et les conseils donnés oralement par les professionnel(le)s existent dans un certain nombre de consultations ou crèches de l'ONE. Le discours à l'ONE en matière d'allaitement maternel est loin d'être univoque et le personnel est insuffisamment formé sur le sujet, ce qui produit dans les faits des messages contradictoires auprès des mères. Une prise de conscience au sein de l'institution des lacunes du personnel serait bénéfique pour une meilleure prise en charge de l'allaitement. La dernière version du « Guide sur l'allaitement maternel à l'usage des professionnels de santé (version 2015) » (118) est disponible sur la plateforme « Excellensis » et est un outil intéressant mais pas suffisant, notamment au regard de ce que proposent certains pays (France, Québec).

Etant donné que la formulation des questions sur l'allaitement dans l'« Avis de naissance » et le « premier contact », ne mentionnent pas, comme nous l'avons vu, d'item particulier pour l'allaitement exclusif, il est possible que les TMS ne soient pas habituées à utiliser le vocabulaire reconnu dans la littérature.

---

<sup>55</sup> Exemple sur le même questionnaire : « jusqu' à quel âge votre enfant n'a bu que et uniquement du lait maternel ? Réponse : 12 mois ». « A quel âge l'enfant a-t-il bu le lait maternel pour la dernière fois ? Réponse : 3 mois ».

## *Au niveau institutionnel*

### **Guidelines communes à l'échelon régional ou national**

Afin d'éviter les contradictions entre certains types de prestataires de soins ou acteurs de terrains (ex entre pédiatres et pharmaciens), les guidelines devraient être réalisées à un niveau décisionnel supérieur (CFAM, PNNS-B, par exemple), puis dans un second temps être diffusées aux différents organismes sur le terrain. Ces guidelines devraient être communes à tous les prestataires de soins mais aussi connues plus largement des pharmaciens et puéricultrices par exemple. Des exemples de ce type existent dans d'autres pays.

### **Développement d'un axe sur la promotion de la durée de l'allaitement**

L'IHAB semble être la seule initiative structurelle qui promeut l'allaitement maternel de façon claire et cohérente. Cependant, nos résultats montrent un impact faible de cette initiative sur les durées de l'allaitement. *A contrario*, en matière de promotion de durée de l'allaitement, peu d'outils semblent exister. Or, comme nous l'avons vu même si Bruxelles obtient de bons taux par rapport aux pays étrangers, de par ses particularités sociodémographiques, peu d'enfants atteignent un allaitement exclusif de 6 mois et un allaitement complété prolongé. Autrement dit, l'axe qui concerne la durée de l'allaitement exclusif de 6 mois ou l'allaitement complété de 24 mois au moins devrait devenir une priorité. Une concertation entre promoteurs de santé et prestataires de soins devrait être réalisée pour définir des stratégies à mettre en place en ce sens.



## Liste des tableaux

Tableau 1. Effets de l'allaitement sur la santé de l'enfant et celle de la mère (inspiré de Victoria et al.) (19) .....	16
Tableau 2. Les 15 premières causes de mortalité de l'enfant de 0 à 4 ans et nombre de décès à travers le monde (OMS) .....	18
Tableau 3. Définitions de l'allaitement maternel de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2007)....	26
Tableau 4. Critères définissant les pratiques d'alimentation des nourrissons (OMS, 2001).....	27
Tableau 5. Types d'aliments et liquides autorisés selon la nature de l'allaitement.....	28
Tableau 6. Définitions proposées par de l'Interagency Group for Action on breastfeeding.....	29
Tableau 7. Échantillonnage de la population d'enfants de la Région de Bruxelles-Capitale (2012) .....	48
Tableau 8. Calendrier vaccinal 2010 .....	52
Tableau 9. Taux de couverture vaccinale (% , IC 95%) en Wallonie et à Bruxelles en 2012 (60) .....	53
Tableau 10. Seuil critique d'immunité collective par maladie.....	54
Tableau 11. Comparaison des prévalences d'allaitement (naissance et sortie de la maternité) de l'enquête de CV (Wallonie 2012) comparées à celles de l'ONE .....	74
Tableau 12. Comparaison des prévalences d'AM (naissance et sortie de la maternité) de l'enquête de CV (cf. article 1) comparées à celles de l'ONE (soulignés) – Bruxelles.....	84
Tableau 13. Comparaison des données sociodémographiques et d'allaitement entre l'étude bruxelloise et l'étude wallonne (2012).....	109
Tableau 14. Comparaisons des prévalences d'allaitement à différents moments avec les objectifs définis par l'ONE .....	111

## *Liste des figures*

Figure 1. Proportion d'enfants qui ont été allaités au sein des pays de l'OCDE (2005) .....	31
Figure 2. Taux d'allaitement à 12 mois à travers le monde (données de 153 pays entre 1995 et 2013) ..	32
Figure 3. Évolution des taux d'allaitement selon les quintiles de richesse entre 1990 et 2015 .....	33
Figure 4. Courbes de prévalences de l'allaitement total et exclusif (%) en Wallonie et à Bruxelles (2012) .....	110
Figure 5. Proportion d'enfants allaités exclusivement en fonction de l'âge de l'enfant quand la mère retourne travailler ou pas .....	176

## *Bibliographie*

1. Theeten H, Roelants M, Lernout T, Braeckman T, Hens N, Hoppenbrouwers K, et al. Vaccinatiegraad bij jonge kinderen en adolescenten in Vlaanderen in 2012. Universiteit Antwerpen Katholieke Universiteit Leuven; 2012.
2. Robert E, Swennen B. Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Fédération Wallonie-Bruxelles (Bruxelles exceptée). Provac, Ecole de santé publique, ULB; 2012.
3. Robert E, Swennen B. Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale. Ecole de Santé Publique, ULB; 2012.
4. Desclaux A, Taverne B (sous dir). Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique. Karthala. Paris; 2000. (Médecines du monde).
5. Rocques N. Au sein du monde, une observation critique de la conception moderne de l'allaitement maternel en France. L'Harmattan. Paris; 2001.
6. Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève; 2003.
7. Unicef/OMS. Déclaration d'Innocenti. Forence; 1991.
8. World Health Organization. Global Strategy on Infant and Young Child Feeding. Geneva, World Health Organization; 2003.
9. European Commission Directorate Public Health and Risk Assessment. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. Dublin: European Commission; 2004 p. 34.
10. Comment obtenir le label «Hôpital Ami des Bébé en Belgique? Guide pratique pour la mise en oeuvre des Dix conditions et l'obtention du label. Coordination IHAB-BFHI du Comité fédéral de l'allaitement maternel SFP Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement; 2006.
11. Labbok MH, Starling A. Definitions of breastfeeding: call for the development and use of consistent definitions in research and peer-reviewed literature. *Breastfeed Med.* 2012;7(6):397-402.
12. Cattaneo A, Burmaz T, Arendt M, Nilsson I, Mikiel-Kostyra K, Kondrate I, et al. Protection, Promotion and Support of Breast-Feeding in Europe: Progress from 2002 to 2007. *Public Health Nutr.* 2010;13(6):751-9.
13. Réseau Allaitement maternel. Protection et soutien de l'allaitement maternel en Belgique. 2003.
14. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. L'organisation des soins après l'accouchement. KCE; 2014.
15. Massé R. Culture et santé publique. Gaëtan Morin. Montréal; 1995.
16. Kilani M. Introduction à l'anthropologie. Payot Lausanne. Lausanne; 1992. (Sciences humaines).

17. Turck D, Vidailhet M, Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, Chouraqui J-P, et al. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Arch Pédiatrie*. 2013;20, Supplement 2:S29-48.
18. Beaudry M, Chiasson S, Lauzière J. *Biologie de l'allaitement maternel*. Québec: Presses Universitaires de Québec; 2006.
19. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016;387(10017):475-90.
20. Cregan MD, Fan Y, Appelbee A, Brown ML, Klopčič B, Koppen J, et al. Identification of nestin-positive putative mammary stem cells in human breastmilk. *Cell Tissue Res*. 2007;329(1):129-36.
21. Hassiotou F, Geddes DT. Immune Cell-Mediated Protection of the Mammary Gland and the Infant during Breastfeeding. *Adv Nutr Int Rev J*. 2015;6(3):267-75.
22. Gremmo-Féger G. Allaitement maternel et développement neurologique de l'enfant prématuré. In: *Soins de développement en période néonatale*. Springer Paris; 2014
23. Breastfeeding SO. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. 1 févr 2012;pediatrics.2011-3552.
24. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*. 2016;387(10017):491-504.
25. The Lancet. Breastfeeding: achieving the new normal. *The Lancet*. 2016;387(10017):404.
26. McFadden A, Mason F, Baker J, Begin F, Dykes F, Grummer-Strawn L, et al. Spotlight on infant formula: coordinated global action needed. *The Lancet*. 2016;387(10017):413-5.
27. Brodribb W. Barriers to translating evidence-based breastfeeding information into practice. *Acta Paediatr*. 2011;100(4):486-90.
28. Knibielher Y. *La revanche de l'amour maternel*. Paris: Erès, 1001 BB; 2000.
29. Rollet-Echalier C. *La politique à l'égard de la petite enfance sous la IIIème république*,. Puf, Travaux et document; 1990.
30. Morel M-F. *L'allaitement en marge*. L'Harmattan. Paris; 2002.
31. Badinter E. *La ressemblance des sexes : de l'amour en plus au conflit-la femme et la mère*. Le livre de Poche. Paris; 2012.
32. Masuy-Stroobant G. *Les déterminants de la mortalité infantine, la Belgique d'hier et d'aujourd'hui*. Ciaco Editeur. Louvain; 1983.
33. Gojard S. L'alimentation dans la prime enfance: Diffusion et réception des normes de puériculture. *Rev Fr Sociol*. 2000;41(3):475.
34. Masuy-Stroobant et P. Humblet G. *Mères et nourrissons, de la bienfaisance à la protection médico-sociale (1830-1945)*. Bruxelles: Labor; 2004.
35. Graffar M. *L'allaitement maternel*. Oeuvre Nationale de l'Enfance; sd. (L'enfant).

36. Sand EA. Allaitement maternel et artificiel chez le nouveau-né. *Acta Paediatr Belg.* 1960;5:239-59.
37. de Beauvoir S. *Le deuxième sexe.* Gallimard. Paris: Le livre de poche; 1949. (Folio/Essais).
38. Commission Européenne, Direction de la Santé Publique et de l'évaluation des Risques,. EU project on Promotion of breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe : a blueprint for action. 2004.
39. Burdette AM, Pilkauskas NV. Maternal Religious Involvement and Breastfeeding Initiation and Duration. *Am J Public Health.* 2012;102(10):1865-8.
40. Bavel JV, Kok J. The role of religion in the Dutch fertility transition: starting, spacing, and stopping in the heart of the Netherlands, 1845-1945. *Contin Change.* 2005;20(2):247-263.
41. Abdelhafid Ossoukine. L'interdit matrimonial induit par le co-allaitement en droit musulman. *Rev Int Droit Comparé.* 2009;61(2 (1)):359-82.
42. Dennis C-L. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal.* 2002;31(1):12-32.
43. Organisation mondiale de la Santé. Indicateurs servant à évaluer les modes d'allaitement maternel. Genève; 1991. Report No.: WHO/CDD/SER/91.14, Corr. 1.
44. Organisation Mondiale de la Santé. Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (partie 2 calculs). 2011.
45. L'allaitement maternel au Québec, lignes directrices. Santé et services sociaux; 2001.
46. Labbok M, Krasovec K. Toward consistency in breastfeeding definitions. *Stud Fam Plann.* 1990;21(4):226-30.
47. Robert E, Despiegelaere M, Dramaix M, Swennen B. Estimation de la prévalence de l'allaitement maternel au travers d'une enquête en population de couverture vaccinale en Belgique francophone en 2009. *Arch Pédiatrie.* 2014;21(4):355-62.
48. Collectif. Prévention et petite enfance, guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant. Office de la Naissance et de l'Enfance; 2011.
49. Suzanne C, Rebato E. *Anthropologie biologique, Evolution et biologie humaine.* Bruxelles. 2003. (De Boeck).
50. Hunsberger M, Lanfer A, Reeske A, Veidebaum T, Russo P, Hadjigeorgiou C, et al. Infant feeding practices and prevalence of obesity in eight European countries - the IDEFICS study. *Public Health Nutr.* 2013;16(2):219-27.
51. Le guide d'utilisation des nouvelles courbes de croissance de l'OMS à l'intention du professionnel de la santé. *Paediatr Child Health.* 2010;15(2):91-8.
52. Plan national Nutrition-Santé pour la Belgique, 2005-2010, Plan opérationnel, version finale.
53. Collectif. Prévention et petite enfance, guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant. Office de la Naissance et de l'Enfance; 2004.

54. Office de la Naissance et de l'enfance. Rapport 2010, Banque de Données Médico-Sociales, données statistiques 2008-2009-2010. Fédération Wallonie-Bruxelles; 2012.
55. Leroy C, Van Leeuw V, Zhang W, Englert Y. Données périnatales en Wallonie, année 2014. Centre d'épidémiologie périnatale; 2016.
56. Van Leeuw V, Leroy C, Zhang W-H, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise-Année 2014. Centre d'épidémiologie périnatale; 2016.
57. Centre de recherche opérationnelle en santé publique. Enquête Nationale de Santé, Belgique. Bruxelles; 2008.
58. Dramaix M, Miakala N, Tonglet R, Brasseur D, Hennart P. Etude prospective de la prévalence de l'allaitement maternel dans la province de Hainaut (Belgique). Arch Public Health. 1990;48.
59. Lebacqz T. Allaitement maternel exclusif in Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. WIV-ISP; 2015.
60. Robert E, Dramaix M, Swennen B. Vaccination Coverage for Infants: Cross-Sectional Studies in Two Regions of Belgium. BioMed Res Int. 2014;2014:e838907.
61. Robert E, Swennen B. Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Fédération Wallonie-Bruxelles (Bruxelles exceptée)-2015. Provac, Ecole de santé publique, ULB; 2015.
62. Collectif. Prévention et petite enfance, guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant. Office de la Naissance et de l'Enfance; 2011.
63. Wagner S, Kersuzan C, Séverine G, Tichit C, de Lauzon-Guillain B. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française ELFE 2011. BEH. 2015;29:522-32.
64. Rapport banque de données-médico-sociales 2015. Office de la Naissance et de l'Enfance; 2015.
65. Pérez-Escamilla R, Chapman DJ. Validity and Public Health Implications of Maternal Perception of the Onset of Lactation: An International Analytical Overview. J Nutr. 2001;131(11):3021S-3024S.
66. Scott JA, Binns CW, Oddy WH. Predictors of delayed onset of lactation. Matern Child Nutr. 2007;3(3):186-93.
67. Galipeau R. Modélisation de facteurs associés à une perception d'insuffisance lactée (Thèse) ; Université de Montréal, Montréal. 2011
68. Betzold CM, Hoover KL, Snyder CL. Delayed Lactogenesis II: A Comparison of Four Cases. J Midwifery Women's Health 2004;49 (2):132-137
69. Gremmo-Féger. Allaitement maternel, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. Revue Spirale, Erès; 2003.
70. World Health Organization. Infant and Young child feeding, model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. 2009.
71. Dykes F. Western medicine and marketing: construction of an inadequate milk syndrome in lactating women. Health Care Women Int. 2002;23(5):492-502.

72. Hill PD, Humenick SS. Insufficient milk supply. *J Nurs Scholarsh.* 1989;21(3):145-8.
73. McCarter-Spaulding DE, Kearney MH. Parenting Self-Efficacy and Perception of Insufficient Breast Milk. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2001;30(5):515-22.
74. Dykes F. A critical ethnographic study of encounters between midwives and breast-feeding women in postnatal wards in England. *Midwifery.* 2005;21(3):241-52.
75. Negayama K, Norimatsu H, Barratt M, Bouville J-F. Japan-France-US comparison of infant weaning from mother's viewpoint. *J Reprod Infant Psychol.* 2012;30(1):77-91.
76. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding. *Pediatrics.* 2013;131(3):e726-32.
77. Cloherty M, Alexander J, Holloway I. Supplementing breast-fed babies in the UK to protect their mothers from tiredness or distress. *Midwifery.* 2004;20(2):194-204.
78. Furber C, Thomson A. Midwives in the UK: An Exploratory Study of Providing Newborn Feeding Support for Postpartum Mothers in the Hospital. *J Midwifery Womens Health.* 2007;52(2):142-7.
79. Adams, J, Dedry A. Kennis van gezondheidswerkers rond borstvoeding Wat ze vandaag (al?) weten en morgen(nog?) moeten leren, om overmorgen voedende moeders succesvol te begeleiden. De Bakermat; Leuven, Belgium, 2006.
80. Schaffar A, Huyghe A-S, Bomy H, Duriez P, Ego A, Pierrat V. Allaitement maternel : opinions et connaissances des pharmaciens dans la métropole lilloise. *Arch Pédiatrie.* 2012;19(5):476-83.
81. Centre de l'égalité des chances entre hommes et femmes. Avis n°145, du 13 février 2015, du Conseil de l'Égalité des Chances entre Hommes et Femmes, relatif à la réduction de la durée d'hospitalisation après un accouchement.
82. Humblet P, Amerijckx G, Aujean S, Deguerry M, Vandenbroeck M, Wayens B. Note de synthèse BSI. Les jeunes enfants à Bruxelles : d'une logique institutionnelle à une vision systémique. *Bruss Stud.* 2015;(21):31.
83. Gillespie B, d'Arcy H, Schwartz K, Bobo JK, Foxman B. Recall of age of weaning and other breast-feeding variables. *Int Breastfeed J.* 2006;1:4.
84. Agampodi SB, Fernando S, Dharmaratne SD, Agampodi TC. Duration of exclusive breastfeeding; validity of retrospective assessment at nine months of age. *BMC Pediatr.* 2011;11:80.
85. Fadnes LT, Taube A, Tylleskär T. How to identify information bias due to self-reporting in epidemiological research. *Internet J Epidemiol.* 2009.
86. Natland ST, Andersen LF, Nilsen TIL, Forsmo S, Jacobsen GW. Maternal recall of breastfeeding duration twenty years after delivery. *BMC Med Res Methodol.* 2012;12:179.
87. Levêque A. Traumatismes et épidémiologie, un cadre de réflexion, une approche globale, un rôle central pour l'épidémiologie. [Bruxelles]: Université Libre de Bruxelles; 2001.
88. OECD. OECD family database. Disponible sur: <http://www.oecd.org/els/family/>

89. 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.
90. Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. *Public Health Nutr.* 2001;4(2b):631-45.
91. Noirhomme-Renard F, et al. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *J Pédiatrie Puériculture.* 2009;(22):112-20.
92. Collectif. *La Fédération Wallonie-Bruxelles en Chiffres.* Fédération Wallonie-Bruxelles; 2012.
93. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Guerrisi C, Castetbon K. Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie Résultats de l'étude Epifane 2012-2013. Institut de veille sanitaire; 2016.
94. Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M. Breastfeeding Duration: A Survival Analysis; Data from a Regional Immunization Survey. *BioMed Res Int.* 2014;2014:e529790.
95. Groleau D, Sigouin C, D'souza NA. Power to negotiate spatial barriers to breastfeeding in a western context: when motherhood meets poverty. *Health Place.* 2013;24:250-9.
96. Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M. The Reasons for Early Weaning, Perceived Insufficient Breast Milk, and Maternal Dissatisfaction: Comparative Studies in Two Belgian Regions. *Int Sch Res Not.*; 2014:e678564.
97. Lanting CI, Van Wouwe JP, Reijneveld SA. Infant milk feeding practices in the Netherlands and associated factors. *Acta Paediatr Oslo Nor 1992.* 2005;94(7):935-42.
98. Graffar M, Corbier J. Comparaison d'enfants belges normaux à des critères adéquats de poids et de taille. *Acta Paediatr Belg.* 1965;(19):235-74.
99. Capponi I, Roland F. Allaitement maternel : liberté individuelle sous influences. *Devenir.* 2013;25(2):117-36.
100. Cesbron P, Knibielher Y. *La naissance en Occident.* Albin Michel. Paris; 2004.
101. Department of Health and Human Services. *The business case for breastfeeding, 2008.*
102. Australian Health Ministers' Conference. *Australian National Breastfeeding Strategy 2010 - 2015.* 2009.
103. Didierjean-Jouveau C. Allaitement et santé publique. In: *Le livre blanc de la périnatalité en France.* Erès. Paris; 2007. p. 100.
104. Girard L. Communiquer autour de l'allaitement maternel en France. *Les dossiers de l'Obstétrique;* 2008.
105. Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant, recommandations. Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES); 2003.
106. Favoriser l'allaitement maternel, Processus-Evaluation. Haute autorité de santé; 2006.

107. Collectif. Le guide de l'allaitement maternel. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2010.
108. Yoda T, Takahashi K, Yamauchi Y. Japanese trends in breastfeeding rate in baby-friendly hospitals between 2007 and 2010: a retrospective hospital-based surveillance study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13(1):207.
109. Thomson G, Ebisch-Burton K, Flacking R. Shame if you do – shame if you don't: women's experiences of infant feeding. *Matern Child Nutr*. 2015;11(1):33-46.
110. Didierjean-Jouveau C-S. Allaitement et santé publique. *Spirale*. 2007;(41):125-32.
111. Boltanski L. Prime éducation et morale de classe. Editions de l'EHESS. Paris; 1969.
112. Rocques N. Tétées nocturnes : dormir ou non avec son bébé? Doss Allaitement. 2003.
113. Lartey A, Manu A, Brown KH, Peerson JM, Dewey KG. A randomized, community-based trial of the effects of improved, centrally processed complementary foods on growth and micronutrient status of Ghanaian infants from 6 to 12 mo of age. *Am J Clin Nutr*. 9 janv 1999;70(3):391-404.
114. Hörnell A, Aarts C, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns in exclusively breastfed infants: a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden. *Acta Paediatr* 1992. 1999;88(2):203-11.
115. Département santé et développement de l'enfant et de l'adolescent. Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement. OMS; 1999.
116. Clements M, Mitchell E, Wright S, Esmail A, Jones D, Ford R. Influences on breastfeeding in south-east England. *Acta Pædiatrica*. 1997;86(1):51-6.
117. Carroll-Pankhurst C, Mortimer EA. Sudden Infant Death Syndrome, Bedsharing, Parental Weight, and Age at Death. *Pediatrics*. 2001;107(3):530-6.
118. Allaitement maternel, guide à l'usage des professionnels de santé. Office de la Naissance et de l'Enfance; 2015.



## *Annexes*

**Annexe 1 : « Avis de naissance » de l'ONE**

**Annexe 2 : « Premier contact » de l'ONE**

**Annexe 3 : « Bilan de santé à 9 mois » de l'ONE**

**Annexe 4 : Article : “Vaccination coverage for infants: Cross-sectional studies in two regions of Belgium Module”**

**Annexe 5 : Module allaitement maternel de l'enquête de couverture vaccinale de 2012**

**Annexe 6 : Module allaitement maternel de l'enquête de couverture vaccinale de 2015**

**Annexe 7 : Carte blanche dans la Libre Belgique du 01/10/2015**

# Annexe 1

## ONE AVIS DE NAISSANCE

Toutes les données récoltées à partir de ce document sont traitées de manière anonyme et dans le total respect de la législation relative à la protection de la vie privée. (numéro d'identification à la Commission de Protection de la vie privée: HM32365).

### Numéro d'identification

Maternité : .....

■       ■ 3 5       ■       ■  1  2

Date de naissance mère

Date de naissance enfant

Numéro de maternité

Poids naissance enfant

1) Nombre d'enfants nés de cet accouchement

2) L'ordre de sortie de l'enfant lors de cet accouchement

A. \_\_\_\_\_

L'enfant (NOM, PRENOM) \* : .....

Mère (NOM, PRENOM) \* : .....

Père (NOM, PRENOM) \* : .....

Domicile pour la visite : Rue : ..... N° : .....

\*Inscrire les noms en IMPRIME SVP

C. postal : ..... Localité : .....

Téléphone contact parents : .....

B. \_\_\_\_\_

Commune de résidence effective :

Sexe :  Masculin  Féminin  inconnu Nombre d'enfants nés lors de cet accouchement : .....

Type d'alimentation ce jour : (1= artific., 2= abandon de l'allaitement maternel, 3= mixte, 4= maternel, 9= inc.) .....

Les parents ont-ils l'intention de faire suivre l'enfant à l'ONE :  oui  non  inconnu  Autre type de suivi prévu

Si oui, ONE de : .....

Y-a-t'il un suivi à domicile prévu par accoucheuse :  oui  non  inconnu  VAD

Gestité (Nbre grossesses): ..... Parité (Nbre accouchements viables): .....

Durée de gestation : ..... sem. Périmètre crânien : ..... cm Taille à la naissance : ..... cm.

Nationalité d'origine de la mère : .....

Devenir probable:  1= Sortie prévue avec sa mère le .....

2= Reste en observation jusqu'au .....

3= Transfert à ..... le .....

5= Mort-né  6= Décès périnatal le .....

C. \_\_\_\_\_

Surveillance prénatale : (1= ONE seul / 2= ONE+Autre(s) / 3= Autre(s) sans ONE / 7= non suivie / 9= inconnu)

Si CPN ONE \* :   3         N° de référ. \*

Année

Numéro CPN

Présentation : (1= sommet /2= siège /3= transverse /9= inc.)

Expulsion : (1= spont. /2= ventouse /3= forceps /4= césar. /5= man. sur siège /9= inc.)

Induction : (1= pas d'induct. /2= induction /3= césar. progr. /9= inc.)

Analgsie : (1= aucune /2= péridurale /3= narcose /4= autre /9= inc.)

Score d'Apgar à : 1 minute   5 minutes

Mise au sein : [1= néant / 2= immédiate - précoce (dans les 2h après accouchement) / 4= tardive / 9= inc.]

Tabagisme de la mère :  oui  non  inconnu Si oui, nombre de cigarettes par jour

Numéro accouchement \*      Etat civil :

\* A reprendre sur le carnet de la mère

EC1 EC2

Cachet TMS (à reproduire sur la copie)

Date :

Téléphone TMS :

Signature :

Avis de naissance envoyé à (facultatif) .....

IMPCA0000 - 09/08 - version 2009



Toutes les données récoltées à partir de ce document sont traitées de manière anonyme et dans le total respect de la législation relative à la protection de la vie privée. (numéro d'identification à la Commission de Protection de la vie privée: HM392365).

## PREMIER CONTACT

(après retour à domicile du nouveau-né)

### Numéro d'identification

Date de naissance mère

Date de naissance enfant

Numéro de maternité

      <sup>1</sup>  <sup>2</sup> 

Poids naissance enfant

1) Nombre d'enfants nés de cet accouchement 2) L'ordre de sortie de l'enfant lors de cet accouchement

Commune de résidence effective de l'enfant (avant fusion): .....

J'en ai eu connaissance le     20   par  Avis de naissance (1)

Adm. Communale (2)  Comité Subr. ONE (3)  La famille elle-même (4)

Autre (5)  Inconnu (9)

### Premier contact

Date du contact effectif

(Ne cocher que le contact le plus précoce)

à domicile  en consultation médicale ONE  entretien avec TMS au local

uniquement contact téléphonique (pas prise de RDV)  pas de contact

et/ou nombre de visites infructueuses :  (8 ou plus = 8; inconnu = 9)

Décès de l'enfant

Allaitement lors du 1<sup>er</sup> contact :

maternel (1) -  mixte (2) -  artificiel (3) -  sans objet (4) -  inconnu (9)

Dépistage de la surdité en maternité par oto-émissions acoustiques (OEA) :

PASS pour les 2 oreilles  REFER pour 1 ou 2 oreille(s)  Non fait  Inconnu

→ Un bilan auditif chez un ORL est prévu :

Oui  Non - A faire - Conseillé  Inconnu

Accompagnement ONE prévu

oui (1) -  non (2) -  sans objet (3) -  inconnu (9)

Observations : .....

Identité du TMS

Cachet



### Research Article

# Vaccination Coverage for Infants: Cross-Sectional Studies in Two Regions of Belgium

Emmanuelle Robert,<sup>1</sup> Michèle Dramaix,<sup>2</sup> and Béatrice Swennen<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Research Center of Health Policy and Systems-International Health, School of Public Health, Université Libre de Bruxelles, Route de Lennik 808, 1070 Brussels, Belgium

<sup>2</sup> Research Center of Epidemiology, Biostatistics and Clinical Research, School of Public Health, Université Libre de Bruxelles, Route de Lennik 808, 1070 Brussels, Belgium

Correspondence should be addressed to Emmanuelle Robert; [emrobert@ulb.ac.be](mailto:emrobert@ulb.ac.be)

Received 28 February 2014; Accepted 5 May 2014; Published 26 May 2014

Academic Editor: Holly Seale

Copyright © 2014 Emmanuelle Robert et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

*Methods and Objectives.* To estimate infant vaccination coverage in the French-speaking region of Belgium (Wallonia) and in the Brussels-Capital Region, two cross-sectional studies were performed in 2012. A face-to-face questionnaire was administered by trained investigators. The objective was to evaluate infant vaccination coverage retrospectively in 18- to 24-month-old children. These studies offered the opportunity to assess some factors influencing vaccine uptake in infants. *Results and Discussion.* Approximately 99% of the children had received the first dose of IPV-DTaP, 90% the fourth dose, 94% the MMR vaccine, 97% the first dose of pneumococcal vaccine, and 90% the third dose. In both regions, when fitting a logistic model, the most associated factor was attendance at maternal and child clinics (MCH). No association was observed between vaccination coverage and the mother's level of education. For the last immunization session, where the mother was a Belgian native and when she worked more hours, child was better immunized, but only in Brussels. *Conclusion.* Coverage for the fourth dose of hexavalent vaccine (DTaP-IPV-HBV/Hib) needs to be increased. Indeed, additional effort is needed to increase HIB and pertussis coverage rates because the herd immunity threshold for these two diseases has not been reached.

## 1. Introduction

Immunization coverage is a major indicator for vaccination programs. Without a vaccination registry, regular assessment should be done to measure changes in coverage and to provide avenues for action.

In Belgium, there are 3 regions, and the immunization program is organized on a regional basis but the vaccination schedule is identical for all the country and recommended by the National Health Council (NHC). All vaccines (except rotavirus vaccine) that are recommended by the NHC are provided free of charge by each regional government. Polio vaccination is the only mandatory infant vaccination. Documented polio vaccination must be returned to the municipal administration at 18 months of age. If not done, parents may incur a penalty. Since 2007, national recommendations for infant immunization include the administration of DTaP-IPV-HBV/Hib vaccine (hexavalent) at 8, 12, and 16 weeks

and at 15 months, pneumococcal vaccine (PCV7) at 2, 4, and 12 months, the first dose of measles-mumps-rubella (MMR) at 12 months, and meningococcal C vaccine (MenC) at 15 months. The complete schedule includes five sessions during which it is recommended to perform several injections (e.g., session 5: Hexa4 + MenC). Parents can choose to have their child immunized in a maternal and child health clinic (MCH), which is a public organization, or by a private practitioner. Administration of the infant vaccine is free of charge when performed at the MCH. For parents who object to the DTaP-IPV-HBV/Hib vaccine, it is possible to obtain the DTaP-IPV (tetravalent) vaccine, IPV Imovax vaccine, or Hib vaccine. A fee must be paid if the vaccine is administered at a general practitioner or pediatrician's practice. At birth, a child health booklet is given to the parents. Each vaccination is recorded in it by the vaccinators. There is not yet a centralized immunization registry for 2 of the 3 regions of Belgium, namely, Brussels and Wallonia.

This paper presents the current vaccine coverage in infants aged 18–24 months and the predictors for the last doses of vaccination and for complete schedules in two of the three Belgian Regions covering 45% of the population.

## 2. Material and Methods

**2.1. Population and Sampling.** An expanded program on immunization (EPI) two-stage cluster sampling study was conducted in Wallonia. To calculate the sample size, the margin of error for the 95% confidence interval was desired at 2.5%. Coverage rate of 91.2% (MenC) and a design effect of 1 were based on the results of the 2009 study. With these parameters the target number was 495 children. We added the nonrespondents rate of the previous study. In the first stage, 55 clusters were selected with probability proportional to size, which allowed larger municipalities to be drawn more than once. In the second stage, 12 children in each cluster were randomly selected from the municipality list. A minimum of 9 children per cluster must be reached.

The number of children selected at random in each of the 19 municipalities of Brussels-capital Region was proportional to the size of the municipality. To calculate the sample size, the margin of error for the 95% confidence interval was desired at 2.5%. Coverage rate of 91.1% (MenC) was based on the results of the 2006 study. With these parameters the target number was 499 children. We added the nonrespondents rate of the previous study.

A list of children born between 31 May and 30 November 2010 was obtained from each municipality. All of the children were aged between 18 and 24 months at the time of the surveys. Each family selected received a brief information letter announcing that an interviewer would visit them. Families were substituted with a replacement if they could not be contacted after three attempted visits. If parents were reached but refused to participate, the child was not replaced to limit the risk of selection bias, as refusal could be linked to a negative attitude against vaccination. The two studies were conducted between May and July 2012. The two regions cover 45% of the Belgian population. The databases were registered by the Commission for the Protection of Privacy in Belgium.

**2.2. Variables and Definitions.** Vaccination dates for hexavalent, pneumococcal, MMR, and meningococcal C doses since birth were transcribed from vaccination document at home. Vaccine doses that are not recorded were considered as not given. Children without vaccine record because of refusal of immunization were included in the sample as nonvaccinated. In addition to the dates of vaccination, sociodemographic determinants were asked about their age, working time, educational level, nationality of origin of the mother, gender and parity of the child, attendance at maternal and child clinics (MCH), and the use of day-care centers. To be comparable to the literature, vaccination coverage was first presented by disease. To do this, the hexavalent was broken down by disease (diphtheria, tetanus, pertussis, polio, hepatitis B, and Hib). We also added coverage with isolated vaccines (DTP, IPV, HBV, or Hib).

In contrast, for the analysis of the risk factors, to avoid redundancy, we presented complete coverage with hexavalent vaccine (Hexa4).

Vaccination coverage by vaccine dose was defined as the percentage of children for whom a vaccination date was registered on their vaccination document for that dose at the time of the study. A complete schedule was considered as 4 doses of hexavalent, 3 doses of pneumococcal, 1 dose of MMR, and 1 dose of MenC. A partial schedule was defined as a lack of at least one dose of these vaccines.

For the logistic regression, all socioeconomic variables were dichotomized. For the mother's working time, the first category included mothers who worked full time, those who were self-employed and on maternity leave. The second category included unemployed mothers or mothers without a replacement income and working part time.

**2.3. Statistical Analysis.** Coverage estimates for the two regions are presented with a 95% confidence interval. Multiple logistic regressions models were used to study each complete recommended vaccine. Variables significantly associated at  $P < 0.10$ , with at least one of the vaccine coverage in bivariate analysis, were included in all logistic models. The adjusted odds ratios from regression analysis are presented with 95% confidence intervals. An association was considered significant if the  $P$  value did not exceed 5%. Potential interactions were tested and were nonsignificant. Epi-Info 6.04d Fr (Centre for Disease Control and Prevention) was used for encoding and analyses were performed with IBM SPSS 22.0.

## 3. Results

**3.1. Study Population.** Of the 660 children originally included in the Wallonia sample, 82 (12.4%) families could not be contacted (despite the substitution). Of the 578 (87.2%) families successfully contacted (8.3% substituted once), 51 (8.8%) refused to cooperate mainly because of lack of time or interest. The vaccination documents of 519 children (78.6%) were consulted and included in the analysis. The design effect did not exceed 1.06 for any of the vaccine doses.

Of the 597 children originally included in the Brussels sample, 27 (4.5%) families could not be contacted (despite the substitution). Of the 570 (95.5%) families successfully contacted (21.7% substituted, sometimes twice), 24 (4.2%) refused to cooperate. The vaccination documents of 538 children (90.1%) were consulted and included in the analysis. The sociodemographic characteristics of the children and parents in the two samples are presented in Table 1.

The samples were representative of the Wallonia and of the Brussels-Capital Region. Indeed, the sociodemographic data were comparable to the two databases of the Perinatal Epidemiology Centre (CEPIP) which records and analyzes all statistical reports on births in the two regions [1, 2].

The Brussels-Capital Region included a greater number of foreign native mothers (76.4%), mothers with no income (24.3%), and children attending an MCH (63.4%).

TABLE 1: Main characteristics of the two sampled (Wallonia and Brussels) children and their mothers (*n*, %).

Characteristics	Wallonia		Brussels	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Mother's age				
16–30	249	49.1	191	35.9
>30	258	50.9	341	64.1
Mother's educational level				
Maximum secondary level	293	57.8	296	56.1
Higher than secondary level	214	42.2	233	43.9
Parity				
1	221	42.8	215	40.2
2	171	33.1	169	31.6
3	82	15.9	98	18.3
>3	42	8.2	53	9.9
MCH consultation				
Yes	278	53.8	340	63.4
No	239	46.2	196	36.6
Attendance at day-care				
Yes	293	56.7	231	43.1
No	224	43.3	305	56.9
Mother's birth nationality				
Belgian	372	72.1	127	23.6
Other	144	27.9	410	76.4
Mother's employment situation				
Full time salaried	135	27.2	118	22.3
Part-time salaried	130	26.2	86	16.2
Self-employed	28	5.6	20	3.8
Unemployed	133	26.8	159	30.0
Maternal leave	19	3.8	18	3.4
Without a replacement income	52	10.5	129	24.3
Gender				
Male	267	51.6	278	51.7
Female	250	48.4	260	48.3

3.2. *Vaccination Coverage.* One child in Wallonia and two children in Brussels had not been immunized against any disease, including the mandatory polio vaccination. The coverage rates are presented in Table 2. For each disease, the rates were constant for the first three doses. In the two regions, the last dose was systematically less administered. For IPV-DTaP, the vaccination coverage dropped from over 99% for the first dose to 90% for the fourth dose. For pneumococcal vaccine, the coverage dropped from 97% to 89% for the last dose. Any complete vaccinations reached at least 89%, as is the case for MenC, except for MMR which reached 94%. In Brussels, 3.9% of the children had not received the recommended schedule with hexavalent vaccine but other combinations (DtaP-IPV) or IPV only excluding often HBV vaccine or Hib vaccine. In Wallonia they were 2.1%.

3.3. *Characteristics Associated with Complete Childhood Vaccination.* The regression models for each complete vaccine for Wallonia are shown in Table 3. Being a first child and attendance at an MCH consultation were significantly and

positively associated for all complete vaccines and complete schedules. In Wallonia, the native nationality, age, educational level, and employed situation of the mother were never associated with better vaccination coverage. Children attending a day-care center were never associated with better coverage either.

The regression models for each complete vaccine in the Brussels-Capital Region are shown in Table 4. As in Wallonia, attending an MCH consultation was significantly associated for all complete vaccines. Unlike Wallonia, being a first child was not significantly associated with any vaccine. Children of older mothers and those whose mothers worked more hours were better vaccinated with Hexa4 and MenC. Children who attended a day-care center and children of native foreign mothers were associated with better PCV7 coverage. Children who often received a complete schedule were those whose mothers worked the most.

## 4. Discussion

4.1. *Vaccination Coverage and Herd Immunity Threshold.* The vaccination coverage measured in these two studies showed rates based on reliable documented vaccination. In Wallonia, the study showed a slight increase for complete pneumococcal vaccine (+8.5%) since the last study performed in 2009 [3]. Coverage for the other vaccines remained stable.

In Brussels, the survey showed a slight increase for the MMR vaccine (+3%) and a significant increase for the pneumococcal vaccine (+80.8%) since the last study performed in 2006 [4]. At that time, the pneumococcal vaccine was not free of charge. Coverage for all the other vaccines has remained stable since 2006 in the Belgian capital.

In the two regions, the critical vaccine coverage for polio, diphtheria, mumps, and rubella has been reached. Pertussis requires coverage levels of around 92–95% and *Haemophilus influenzae* type b around 95% [5]. Therefore additional effort is needed to increase the coverage levels of Hib and pertussis. Even if some valences reached the critical values, the fourth dose of hexavalent vaccine must be increased. The WHO's very high goal (95%) in the current plan to eliminate measles and rubella [6] was almost reached in the two regions. In Flanders, the MMR coverage was 96.6% in 2012 [7] and thus the WHO's goal has been reached for some years.

Our type of sampling did not highlight the existence of groups with low measles vaccine coverage. In Belgium, anthroposophical schools, in which most of the children are unvaccinated, are mainly located in Flanders (the third region of Belgium), with just a few in Brussels and Wallonia [8, 9]. The resurgence of measles in 2011 in Belgium showed the need to maintain high vaccination coverage because other groups were affected by the measles virus in Brussels and Wallonia, for example, a Roma community and families opposed to vaccination due to fear of side effects [8].

4.2. *Major Impact of MCH Consultations.* In 2012, in Wallonia and in Brussels, attending an MCH consultation remained associated in all logistic models. The children who attended an MCH consultation were often more vaccinated. In 2012, in Flanders, the influence of this predictor was

TABLE 2: Percentage vaccination coverage (%) and 95% confidence interval of all recommended vaccinations in children aged 18–24 months, Wallonia and Brussels.

	IPV-DTaP	Hib	HBV	MMR	MenC	Pneumococcal
Wallonia	(519)					
Dose1	99.8 (99.4–100)	99.2 (98.5–100)	98.1 (96.9–99.3)	94.4 (92.4–96.4)	89.6 (87.0–92.2)	97.1 (95.7–98.6)
Dose2	99.2 (98.5–100)	98.5 (97.4–99.5)	97.2 (96.2–98.8)			97.1 (95.7–98.6)
Dose3	99.2 (98.5–100)	98.5 (97.4–99.5)	97.2 (96.2–98.8)			89.2 (86.5–91.9)
Dose4	90.4 (87.8–92.9)	89.4 (86.8–92.1)	89.2 (86.5–91.9)			
Brussels	(538)					
Dose1	99.6 (99.1–100)	97.3 (95.8–98.6)	96.7 (95.1–98.2)	94.1 (92.1–96.1)	89.4 (87.0–92.2)	97.0 (95.6–98.5)
Dose2	99.3 (98.5–100)	97.6 (96.6–98.9)	96.8 (95.4–98.3)			95.5 (93.8–97.3)
Dose3	98.7 (97.7–99.7)	96.7 (95.1–98.2)	96.3 (94.7–97.9)			90.1 (87.6–92.7)
Dose4	91.1 (88.7–93.5)	90.1 (87.6–92.7)	89.6 (87.0–92.2)			

the same [10]. In the three regions of the country, we can say that attending an MCH consultation is the predictor most often and most strongly associated with any complete vaccination. MCH consultations are free. In the French-speaking community of Belgium, the children who attended MCH consultation most often came from disadvantaged backgrounds. More educated parents attended private physicians. In Flanders too, the choice of a certain administrator was associated with sociodemographic variables. A possible explanation is that an appointment with the GP or pediatrician can be organized more readily after working hours [11]. Parents who are more educated expressed concern regarding the safety of vaccines and indicated that medical doctors had little influence over the vaccination decisions they made for their children [12]. We suppose that the parents opposed to one or other vaccine attended more private physicians than MCH consultations.

**4.3. Less Impact of Sociodemographic Determinants.** In Wallonia, in 1999, no association between vaccination and most of the sociodemographic factors was demonstrated [13]. At the same time, in the Flemish community, infant vaccination coverage could not be associated with any sociodemographic factors except for hepatitis B vaccination [13]. In 2006, the only vaccine against pneumococcus was not free of charge. Parents had to pay €66 per dose. Traditional indicators of social disparities (parent's outcome, mother's education level, and attendance at day-care) persisted in the univariate and multivariate analyses for this paid-for vaccine in 2006 but disappeared for all vaccines supported by the community [14]. Only for this paid-for vaccine were children attending private physicians most frequently vaccinated (52.1% for private physicians versus 23.3% MCH).

In Wallonia, in 2012, it would seem that vaccination policy and free access to vaccine largely reduce health inequalities. Indeed, children with a less advantaged socioeconomic background (unemployed mother or working part time, mother's lower level of education, and foreign native mothers) were not less vaccinated than others. However, in Brussels, differences existed for some factors. When the mother was older or when she worked more, the child was more likely to be vaccinated with Hexa4 and MenC (administered during the same session). The mother's employment situation affected

the complete schedule too. In Flanders, in 2012, this predictor was significant for having MMR and PCV7 [10]. However, the mother's education level did not influence the vaccination coverage. While, in Wallonia, the mother's native nationality was never associated with any complete vaccination; in Brussels this association only existed for the final PCV7 dose [15].

In the Netherlands, the vaccination policy is reported to be associated with reduced health inequalities [16]. In the US, mothers younger than 30 years old are associated with not receiving all vaccines [17]. Other studies show that better coverage correlates with the most advantaged backgrounds [18]. The number of vaccines recommended and whether they are provided free of charge by the government, the provision of MCH consultations, and the reimbursement system for private medical fees are so different from one country or region to another that it is not easy to compare the impact of socioeconomic predictors on the quality of coverage.

In Wallonia, the first child was systemically associated with a higher vaccination rate. This predictor is already known in the literature [18] but, in Brussels, it does not appear to be associated with a higher vaccination rate. In Flanders, the first born child is generally better vaccinated than the following children [10, 19].

**4.4. Refusal and Particular Schedules.** Surveys of immunization coverage in Belgium did not reveal a significant percentage of parents who oppose vaccination. The rates in the different surveys do not seem to exceed 1% for the only mandatory vaccine in the country. Outright refusal of vaccination was an exception in Flanders and in Wallonia and Brussels too. Only one child in Wallonia and two in Brussels were found. Other countries, like the Netherlands, also have very low or extremely low refusal rates [16]. Given the rarity of these cases it is impossible to profile these children in Belgium. Only large studies can provide the profile of these children. The profile may indeed be different for children who are partially vaccinated [6, 12]. A higher proportion of mothers of unimmunized infants were educated to degree level or above, were older, and had a better household income [6, 12].

In Brussels, 3.9% of the children had not received the recommended schedule but an alternative schedule (DTPa-IPV, IPV). In Wallonia, 2.1% of the children had received an alternative schedule. In these two regions, the use of

TABLE 3: Observed coverages (%) and adjusted odds ratio (a OR, 95% CI, P value) for complete vaccine and for total recommended schedule in Wallonia.

Wallonia (n = 481)	Hexa4		RR0		MenC		Pn3		Complete schedule	
	Coverage	a OR	P value	Coverage	a OR	P value	Coverage	a OR	P value	Coverage
Mother's age (years)										
16-30	89.2	1		95.2	1		89.2	1		83.1
>30	88.8	1.4 (0.7-2.7)	0.3	94.2	0.9 (0.3-2.3)	0.8	88.4	0.9 (0.5-1.7)	0.7	89.1
Mother's educational level										
Maximum secondary level	86.7	1		92.5	1		88.3	1		80.8
Higher than Secondary level	90.2	1.5 (0.7-3.1)	0.3	95.1	2.7 (0.9-8.4)	0.08	90.2	1.8 (0.8-4.0)	0.1	90.4
Parity										
1	94.1	2.8 (1.3-5.7)	0.006	95.9	5.6 (1.5-21.2)	0.01	93.2	2.3 (1.1-4.9)	0.03	93.2
>1	85.6	1		93.3	1		86.9	1		86.2
MCH consultations										
Yes	95.0	5.1 (2.5-10.2)	<0.001	98.6	8.1 (2.3-28.8)	<0.001	94.6	3.7 (1.8-7.3)	0.001	93.5
No	82.8	1		89.5	1		83.7	1		84.5
Mother's birth nationality										
Belgian	89.2	1.0 (0.5-2.1)	0.9	93.8	0.7 (0.3-1.8)	0.5	89.0	0.9 (0.4-1.9)	0.8	89.0
Other	89.6	1		95.8	1		91.7	1		89.6
Mother's working time										
Unemployed, part time	88.9	1		95.6	1		90.8	1		88.6
Full time, self-employed	89.0	0.7 (0.4-1.5)	0.4	93.4	0.6 (0.2-1.6)	0.3	87.9	0.6 (0.3-1.3)	0.2	90.7
Attendance at day-care										
Yes	90.8	1.7 (0.9-3.4)	0.1	93.2	0.7 (0.3-2.1)	0.6	89.4	1.2 (0.6-2.5)	0.5	88.7
No	87.1	1		96.0	1		89.7	1		89.7

Not included in the models: infant's sex and father's educational level.

TABLE 4: Observed coverages (%) and adjusted odds ratio (a OR, 95% CI, P value) for complete vaccine and for total recommended schedule in Brussels.

Brussels (n = 518)	Hexa4		RRO		MenC		Pn3		Complete schedule	
	Coverage	a OR (95% CI)	Coverage	a OR (95% CI)	Coverage	a OR (95% CI)	Coverage	a OR (95% CI)	Coverage	a OR (95% CI)
Mother's age (years)										
16-30	86.9	1	94.2	1	85.3	1	92.7	1	81.2	1
>30	90.9	1.9 (1.0-3.5)	94.1	1.5 (0.6-3.6)	91.8	2.4 (1.3-4.5)	89.1	0.8 (0.4-1.6)	85.0	1.5 (0.9-2.7)
Mother's educational level										
Maximum secondary level	88.2	1	96.1	1	88.2	1	92.1	1	81.6	1
Higher than secondary level	90.2	1.1 (0.6-2.2)	93.4	0.5 (0.2-1.6)	90.0	1.1 (0.5-2.1)	89.7	0.9 (0.4-2.0)	84.4	1.1 (0.6-2.1)
Parity										
1	90.2	1.2 (0.6-2.2)	95.8	1.9 (0.8-4.4)	89.8	1.1 (0.6-2.1)	91.2	1.4 (0.7-2.6)	82.8	1.0 (0.6-1.6)
>1	89.2	1	92.9	1	89.2	1	89.5	1	83.9	1
MCH consultations										
Yes	93.2	3.4 (1.8-6.3)	97.9	6.6 (2.7-16.5)	93.2	3.4 (1.8-6.3)	95.6	4.8 (2.4-9.4)	90.6	4.6 (2.7-7.8)
No	83.2	1	87.8	1	83.2	1	81.1	1	71.4	1
Mother's birth nationality										
Belgian	85.8	0.6 (0.3-1.3)	91.3	0.7 (0.3-1.8)	86.6	0.7 (0.3-1.5)	84.3	0.5 (0.2-1.0)	78.7	0.7 (0.4-1.2)
Other	90.7	1	95.1	1	90.5	1	92.2	1	85.1	1
Mother's working time										
Unemployed, part time	88.0	1	94.4	1	88.0	1	90.6	1	81.3	1
Full time, self-employed	92.9	2.4 (1.1-5.1)	93.6	1.3 (0.5-3.1)	92.4	2.3 (1.1-5.0)	89.1	1.0 (0.5-2.1)	88.5	2.3 (1.2-4.3)
Attendance at day-care										
Yes	89.2	0.9 (0.5-1.9)	93.5	1.1 (0.5-2.8)	89.2	0.9 (0.2-3.5)	90.5	2.1 (1.0-4.5)	84.0	1.2 (0.7-2.2)
No	89.8	1	95.1	1	90.2	1	90.2	1	83.6	1

Not included in the models: infant's sex and father's educational level.

separate vaccines is more frequent when the mother is Belgian and when the parents are more educated. These particular schedules were administered by private physicians. It should be noted that the father's level of education is more strongly associated with these particular patterns than the mother's.

**4.5. Study Limits.** The samples sizes of the two surveys reached the desired size and were representative of the two regions. It remains unclear as to whether or not the children whose parents refused the survey were undervaccinated. Indeed, we had no idea of the profile of parents refusing to participate to the study. We do not know if the refusal is in link with a negative attitude about vaccination. However, we believe that this bias is limited because the parents did not know the topic of the survey before they accept or refuse the interview. They were informed of a survey about infancy. Children illegally resident in the two regions were not included in the surveys. Those children may be less vaccinated than resident; however, according to the program policy they have free access to the MCH services.

## 5. Conclusions

Since 1989, regular cross-sectional studies with the same methodology have been conducted in Wallonia (nine surveys) and the Brussels-Capital Region (four surveys since 1995), covering 45% of Belgium's population. These studies have made it possible to not only measure the vaccine coverage, but also to study the sociodemographic variables associated with the vaccination status of the children.

In the absence of a centralized immunization registry, these studies are the only population-based measures that give the program a major indicator to follow and evaluate its efforts to cover the vaccination of preventable diseases.

Access to immunization services is an important factor in explaining health inequalities. In the two regions, free access to MCH service and to free vaccines recommended by the Health Council are two major factors that have dramatically reduced immunization inequalities. However, the significant (around 9%) decrease in vaccination coverage after twelve months of age must be a concern for the program. To alleviate the burden of vaccine preventable diseases the critical vaccination threshold specific to each disease needs to be achieved. In 2012, Wallonia and the Brussels-Capital Region with coverage above 94% almost reached the WHO objective of 95% coverage for the first dose of MMR for the first time.

## Conflict of Interests

The authors declare no conflict of interests.

## References

- [1] C. Leroy, V. van Leeuw, A.-F. Minsart, and Y. Englert, *Données Périnatales en Wallonie, Année 2010*, Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2012.
- [2] C. Leroy, V. van Leeuw, A.-F. Minsart, and Y. Englert, *Données Périnatales en Région Bruxelloise-Année 2010*, Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2010.
- [3] E. Robert and B. Swennen, *Vaccination Coverage Survey of Children (18–24 Months) in the French Community (Belgium)*, Provac, Ecole de Santé Publique, ULB, 2009.
- [4] E. Robert and B. Swennen, *Vaccination Coverage Survey of Children (18–24 Months) in Brussels*, Ecole de Santé Publique, ULB, Bruxelles, Belgium, 2006.
- [5] R. M. Anderson, "The concept of herd immunity and the design of community-based immunization programmes," *Vaccine*, vol. 10, no. 13, pp. 928–935, 1992.
- [6] L. Samad, A. R. Tate, C. Dezateux, C. Peckham, N. Butler, and H. Bedford, "Differences in risk factors for partial and no immunisation in the first year of life: prospective cohort study," *British Medical Journal*, vol. 332, no. 7553, pp. 1312–1313, 2006.
- [7] T. Braeckman, T. Lernout, G. Top et al., "Assessing vaccination coverage in infants, survey studies versus the Flemish immunisation register: achieving the best of both worlds," *Vaccine*, vol. 32, no. 3, pp. 345–349, 2014.
- [8] M. Sabbe, D. Hue, V. Hutse, and P. Goubau, "Measles resurgence in Belgium from January to mid-April 2011: a preliminary report," *Eurosurveillance*, vol. 16, no. 16, 2011.
- [9] T. Braeye, M. Sabbe, V. Hutse, W. Flipse, L. Godderis, and G. Top, "Obstacles in measles elimination: an in-depth description of a measles outbreak in Ghent Belgium, spring 2011," *Archives of Public Health*, vol. 71, no. 1, p. 17, 2013.
- [10] H. Theeten, M. Roelants, T. Lernout et al., *Vaccinatiegraad Bij Jonge Kinderen en Adolescenten in Vlaanderen in 2012*, Universiteit Antwerpen Katholieke Universiteit Leuven, 2012.
- [11] A. Vellinga, A. M. Depoorter, and P. Van Damme, "Vaccination coverage estimates by EPI cluster sampling survey of children (18–24 months) in Flanders, Belgium," *Acta Paediatrica*, vol. 91, no. 5, pp. 599–603, 2002.
- [12] P. J. Smith, S. Y. Chu, and L. E. Barker, "Children who have received no vaccines: who are they and where do they live?" *Pediatrics*, vol. 114, no. 1, pp. 187–195, 2004.
- [13] B. Swennen, P. van Damme, A. Vellinga, Y. Coppieters, and A. M. Depoorter, "Analysis of factors influencing vaccine uptake: perspectives from Belgium," *Vaccine*, vol. 20, supplement 1, pp. S5–S7, 2001.
- [14] E. Robert and B. Swennen, "Impact de la protection maternelle et infantile sur la vaccination à Bruxelles," *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 60, pp. S82–S83, 2012.
- [15] H. Theeten, N. Hens, C. Vandermeulen et al., "Infant vaccination coverage in 2005 and predictive factors for complete or valid vaccination in Flanders, Belgium: an EPI-survey," *Vaccine*, vol. 25, no. 26, pp. 4940–4948, 2007.
- [16] T. G. W. Paulussen, F. Hoekstra, C. I. Lanting, G. B. Buijs, and R. A. Hirasig, "Determinants of Dutch parents' decisions to vaccinate their child," *Vaccine*, vol. 24, no. 5, pp. 644–651, 2006.
- [17] E. T. Luman, M. M. McCauley, S. Stokley, S. Y. Chu, and L. K. Pickering, "Timeliness of childhood immunizations," *Pediatrics*, vol. 110, no. 5, pp. 935–939, 2002.
- [18] E. T. Luman, M. M. McCauley, A. Shefer, and S. Y. Chu, "Maternal characteristics associated with vaccination of young children," *Pediatrics*, vol. 111, no. 5, part 2, pp. 1215–1218, 2003.
- [19] C. Vandermeulen, M. Roelants, H. Theeten, P. van Damme, and K. Hoppenbrouwers, "Vaccination coverage and sociodemographic determinants of measles-mumps-rubella vaccination in three different age groups," *European Journal of Pediatrics*, vol. 167, no. 10, pp. 1161–1168, 2008.

# Annexe 5

Etiquette n° 1



## Enquête de couverture vaccinale des enfants de la Région de Bruxelles-Capitale – 2012

<b>1.</b>	Nom de l'enquêteur :													
<b>2.</b>	Date de l'enquête :													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 35%;">Jour</th> <th style="width: 35%;">Heure</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1<sup>ère</sup> visite</td> <td></td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>2<sup>ème</sup> visite</td> <td></td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>3<sup>ème</sup> visite</td> <td></td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> </tbody> </table>		Jour	Heure	1 <sup>ère</sup> visite		H	2 <sup>ème</sup> visite		H	3 <sup>ème</sup> visite		H	Passages à des jours et heures chaque fois différents.
	Jour	Heure												
1 <sup>ère</sup> visite		H												
2 <sup>ème</sup> visite		H												
3 <sup>ème</sup> visite		H												
<b>2.1</b>	Tentative infructueuse, le contact n'a pu être établi : <input type="checkbox"/> <i>STOP enquête</i>													
<b>3.</b>	Si changement d'adresse, la nouvelle adresse est :													
<b>3.1</b>	<input type="checkbox"/> Inconnue	<i>REEMPLACER l'enfant</i>												
<b>3.2</b>	<input type="checkbox"/> Dans la même commune	<i>POURSUIVRE l'enquête</i>												
<b>3.3</b>	<input type="checkbox"/> Dans autre commune	<i>REEMPLACER l'enfant</i>												
	Nouvelle adresse : _____ Code postal : _____ Commune : _____													

## Allaitement maternel

(Question à poser même au père ou au conjoint)

**29.** Dans quelle maternité votre enfant est-il né ?

**30.** La maternité dans laquelle vous avez accouché est-elle une maternité «Initiative hôpital ami des bébés» ?

- |   |   |
|---|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> Oui  |
| 2 | <input type="checkbox"/> Non  |
| 3 | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas / Je ne suis pas sûr(e) / Je ne sais pas ce que c'est |

**31.** Votre enfant est-il né ?

- |   |  |
|---|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> par voie basse                            |
| 2 | <input type="checkbox"/> par césarienne                            |
| 3 | Si prématurément : précisez le nombre de semaines : _____ semaines |

### Définitions basées sur celles de l'OMS 2001

- **Allaitement exclusif** : lait maternel exclusivement, on accepte les médicaments (y compris sirops), vitamines et minéraux, sels de réhydratation orale. Le lait maternel peut être tiré et donné à la tasse ou au biberon ou sonde naso-gastrique.
- **Allaitement prédominant** : Lait maternel et de l'eau (grenadine, thé, tisane, jus de fruits en quantité limitée. !! Pas de lait commercial).
- **Allaitement partiel ou mixte** : allaitement maternel associé à un lait commercial et/ou aliments solides.

**32.** Quelle est la durée de séjour de l'enfant à la maternité ?

\_\_\_\_\_ jours

**33.** L'enfant recevait-il du lait maternel à la naissance ?

- |   |   |
|---|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> Oui, exclusivement, <i> passez à la question 34.</i> |
| 2 | <input type="checkbox"/> Oui, partiellement                                   |
| 3 | <input type="checkbox"/> Non  |

**33.1**

Quelle est la raison principale de ce choix ?

**34.** L'enfant recevait-il du lait maternel à la sortie de la maternité ?

- |   |   |
|---|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> Oui, exclusivement, <i> passez à la question 35.</i> |
| 2 | <input type="checkbox"/> Oui, partiellement                                   |
| 3 | <input type="checkbox"/> Non  |

**34.1**

Quelle est la raison principale de ce choix ?

*Répondez, puis passez à la question 38.*

**35.** *Allaitement exclusif*

Jusqu'à quel âge votre enfant a-t-il été nourri avec du lait maternel **exclusivement** ?

.....

**36.** *Allaitement prédominant*

Pendant cette période, avez-vous donné des boissons à base d'eau en quantité limitée, exemple, eau, grenadine, jus de fruits,... ?  
Si oui, à partir de quel âge ?

.....

<b>37.</b>	<b>Allaitement mixte</b>	Tout en continuant à donner le lait maternel à quel âge avez-vous introduit le lait commercial, les panades, les fruits, les légumes,... ?	.....	.....
37.1	Si inférieur à 6 mois : Pour quelle raison principale avez-vous introduit ce type d'alimentation ou de lait ?			

<b>38.</b>	<b>À quel âge l'enfant a-t-il pris le lait maternel pour la dernière fois ?</b>		.....	.....
38.1	Quelle était la raison principale de l'arrêt <u>définitif</u> de l'allaitement ?			

<b>39.</b>	<b>À quelle période la mère de l'enfant a-t-elle décidé d'allaiter ou de ne pas allaiter ? (lire les propositions)</b>			
	1	<input type="checkbox"/>	Avant de tomber enceinte	
	2	<input type="checkbox"/>	Pendant la grossesse	
	3	<input type="checkbox"/>	Après l'accouchement	
	4	<input type="checkbox"/>	Suite à une expérience antérieure d'allaitement maternel	
	5	<input type="checkbox"/>	Autre, précisez :	

<b>40.</b>	<b>L'allaitement a-t-il été arrêté plus tôt que désiré ?</b>			
	1	<input type="checkbox"/>	Oui	
	2	<input type="checkbox"/>	Non	
	3	<input type="checkbox"/>	Je n'avais pas de désir particulier, passez à la question <b>41</b> .	
40.1	Quelle durée d'allaitement souhaitiez-vous ?		..... mois	<input type="checkbox"/> Tant que le petit ou moi le désirions

<b>41.</b>	<b>À la sortie de la maternité connaissiez-vous les recommandations à propos de la durée idéale de l'allaitement ?</b>			
	1	<input type="checkbox"/>	Oui	
			1.1. Quelle est la durée idéale de l'allaitement exclusif ?	..... mois
			1.2. Quelle est la durée idéale de l'allaitement mixte ?	..... mois
	2	<input type="checkbox"/>	Non	

<b>42.</b>	<b>L'attitude de votre conjoint par rapport à l'allaitement maternel de votre enfant était :</b>			
	1	<input type="checkbox"/>	Tellement favorable qu'il m'a convaincue d'allaiter	
	2	<input type="checkbox"/>	Très favorable	
	3	<input type="checkbox"/>	Favorable	
	4	<input type="checkbox"/>	Indifférente	
	5	<input type="checkbox"/>	Négative	

<b>43.</b>	<b>Quel âge avait l'enfant quand la maman est retournée travailler ?</b>			
	1	..... mois		
	2	<input type="checkbox"/>	Sans objet (si la maman ne travaillait pas)	
	3	<input type="checkbox"/>	Ne sais pas	

## Questions socio-économiques

50. Qui êtes-vous par rapport à l'enfant ?	
1	<input type="checkbox"/> La maman
2	<input type="checkbox"/> Le papa
3	<input type="checkbox"/> Les deux parents ensemble
4	<input type="checkbox"/> La sœur /le frère
5	<input type="checkbox"/> Un/les grand(s)-parent(s)
6	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :

51. Pouvez-vous nous dire quel est le temps de travail de la mère ?			
51.1 Actuellement		51.2 Quand votre enfant avait 6 mois	
1	<input type="checkbox"/> Temps plein salarié	1	<input type="checkbox"/> Temps plein salarié
2	<input type="checkbox"/> Temps partiel salarié	2	<input type="checkbox"/> Temps partiel salarié
3	<input type="checkbox"/> Indépendant	3	<input type="checkbox"/> Indépendant
4	<input type="checkbox"/> Chômage / CPAS / Invalide	4	<input type="checkbox"/> Chômage / CPAS / Invalide
5	<input type="checkbox"/> Congé parental/Pause carrière/congé de maternité	5	<input type="checkbox"/> Congé parental / Pause carrière
6	<input type="checkbox"/> Sans revenus de remplacement	6	<input type="checkbox"/> Sans revenus de remplacement
7	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	7	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
8	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	8	<input type="checkbox"/> Ne sais pas

52. Dans votre ménage, dans quelle catégorie de revenus nets par mois vous situez-vous (y compris allocations diverses) ?	
<i>(Cocher la catégorie après avoir énuméré les différentes propositions)</i>	
1	<input type="checkbox"/> < 1.000 €
2	<input type="checkbox"/> Entre 1.000 et 1.500 €
3	<input type="checkbox"/> Entre 1.500 et 2.000 €
4	<input type="checkbox"/> Entre 2.000 et 2.500 €
5	<input type="checkbox"/> Entre 2.500 et 3.000 €
6	<input type="checkbox"/> > 3.000 €
7	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
8	<input type="checkbox"/> Refus de répondre

53. Quel est le rang (ordre de naissance) de l'enfant dans la fratrie (par rapport à la mère) ? :	
---	--

54. Avec combien de frères et sœurs vit-il ? :	
--	--

55. Comment se compose la famille dans laquelle vit l'enfant ?	
1	<input type="checkbox"/> Couple avec un enfant
2	<input type="checkbox"/> Couple avec plusieurs enfants
3	<input type="checkbox"/> Parent seul avec un enfant
4	<input type="checkbox"/> Parent seul avec plusieurs enfants
5	<input type="checkbox"/> Autre :

<b>56.</b>	Âge de la maman :					ans
<b>57.</b>	Quel est le niveau d'études le plus élevé atteint par :					
<b>57.1</b>	la mère de l'enfant			<b>57.2</b>	le père de l'enfant	
	1	<input type="checkbox"/>	Aucune	1	<input type="checkbox"/>	Aucune
	2	<input type="checkbox"/>	Primaire	2	<input type="checkbox"/>	Primaire
	3	<input type="checkbox"/>	Secondaire inférieur	3	<input type="checkbox"/>	Secondaire inférieur
	4	<input type="checkbox"/>	Secondaire supérieur	4	<input type="checkbox"/>	Secondaire supérieur
	5	<input type="checkbox"/>	Supérieur Non universitaire	5	<input type="checkbox"/>	Supérieur Non universitaire
	6	<input type="checkbox"/>	Supérieur Universitaire	6	<input type="checkbox"/>	Supérieur Universitaire
	7	<input type="checkbox"/>	Autre, précisez :	7	<input type="checkbox"/>	Autre, précisez :

	1 Belgique	2 Italie	3 Maroc	4 Congo (RDC)	5 Turquie	6 Autre, précisez :
<b>58.</b>	Quelle est la nationalité d'origine de la <u>grand-mère maternelle</u> de l'enfant ?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>59.</b>	Quelle est la nationalité d'origine de la <u>grand-mère paternelle</u> de l'enfant ?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>60.</b>	Quelle est la nationalité d'origine de la mère de l'enfant ?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>61.</b>	Quelle est la nationalité <u>actuelle</u> de la mère de l'enfant ?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MERCI DE VOTRE COLLABORATION.

N'oubliez pas de demander un numéro de **contact téléphonique** et mentionnez ici si le répondant avait des difficultés de **compréhension** du français.



## Enquête de couverture vaccinale des enfants de la Fédération Wallonie-Bruxelles, 2015

<b>1.</b>	Nom de l'enquêteur :													
	Nom du responsable de la grappe :													
<b>2.</b>	Date de l'enquête :													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JJ / MM</th> <th>Heure</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1<sup>ère</sup> visite</td> <td>/</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>2<sup>ème</sup> visite</td> <td>/</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>3<sup>ème</sup> visite</td> <td>/</td> <td>H</td> </tr> </tbody> </table>		JJ / MM	Heure	1 <sup>ère</sup> visite	/	H	2 <sup>ème</sup> visite	/	H	3 <sup>ème</sup> visite	/	H	Jours et heures chaque fois différents, svp
	JJ / MM	Heure												
1 <sup>ère</sup> visite	/	H												
2 <sup>ème</sup> visite	/	H												
3 <sup>ème</sup> visite	/	H												
<b>2.1</b>	Tentative infructueuse, le contact n'a pu être établi : <input type="checkbox"/> <b>STOP enquête*</b>													
<b>3.</b>	Si changement d'adresse, la nouvelle adresse est :													
<b>3.1</b>	<input type="checkbox"/> Inconnue	<i>STOP enquête*</i>												
<b>3.2</b>	<input type="checkbox"/> Dans la même commune	<i>POURSUIVRE l'enquête</i>												
<b>3.3</b>	<input type="checkbox"/> Dans autre commune	<i>STOP enquête*</i>												
	Nouvelle adresse : _____ Code postal : _____ Commune : _____													

\* **ATTENTION SI 3 ENFANTS INJOIGNABLES** après 3 tentatives infructueuses pour chacun d'eux : prévenir au 02/555.40.81 entre 8h30 et 16h30. De nouvelles adresses vous seront fournies par PROVAC.

24.	Répondez aux propositions suivantes par oui, non, pas d'avis, sans objet :	Oui	Non	Ne sais pas	Pas d'avis
24.1	Est-ce que le principe de l'obligation vaccinale vous gêne ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
24.2	Trouvez-vous que les enfants gardés en milieu d'accueil doivent être vaccinés suivant le schéma recommandé par les autorités ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
24.3	Avez-vous reçu des informations sur la vaccination des enfants de la part d'un professionnel de santé ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
24.4	Êtes-vous satisfait(e) de ces informations ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

25.	Êtes-vous d'accord, pas d'accord ou n'avez-vous pas d'avis avec les propositions suivantes :	D'accord	Pas certain	Pas d'accord	Indifférent
25.1	Les maladies infantiles renforcent le système immunitaire et ne devraient pas être évitées par la vaccination	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
25.2	Les vaccins combinés devraient être évités pour ne pas surcharger le système immunitaire	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Des parents refusent pour leur enfant certains vaccins recommandés.					
26.	À votre avis, quels en sont les raisons ? (citez-en maximum 3) Êtes-vous d'accord ou pas avec ces raisons ?	D'accord	Pas certain	Pas d'accord	Indifférent
26.1		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
26.2		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
26.3		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

27.	Avez-vous déjà vu ces documents ?				
27.1	« Vacciner ? Mieux comprendre pour décider »		27.2	« Les rendez-vous des vaccins »	
	1	<input type="checkbox"/> Oui		1	<input type="checkbox"/> Oui
	2	<input type="checkbox"/> Non		2	<input type="checkbox"/> Non

## SUIVI EN PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

28.	Pendant la grossesse, la mère a-t-elle fréquenté une consultation prénatale de l'ONE ?	
	1	<input type="checkbox"/> Oui
	2	<input type="checkbox"/> Non, passez à la question 29.
	3	<input type="checkbox"/> Ne sait pas, passez à la question 29.
28.1	Si OUI, était-ce :	
	1	<input type="checkbox"/> Une consultation hospitalière ?
	2	<input type="checkbox"/> Une consultation de quartier ?
	3	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

29.	À la maternité, avez-vous eu la visite de l'ONE ?	
	1	<input type="checkbox"/> Oui
	2	<input type="checkbox"/> Non
	3	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

<b>30.</b>	<b>Votre enfant a-t-il fréquenté une consultation ONE (autre que la consultation ONE de la crèche) ?</b>	
	1	<input type="checkbox"/> Toujours depuis la naissance de l'enfant
	2	<input type="checkbox"/> De façon régulière
	3	<input type="checkbox"/> De façon irrégulière
	4	<input type="checkbox"/> Non, jamais

<b>31.</b>	<b>L'enfant a-t-il été vacciné dans votre consultation (ne pas poser aux parents)</b>	
	1	<input type="checkbox"/> Oui
	2	<input type="checkbox"/> Non

## ALLAITEMENT MATERNEL

<b>32.</b>	<b>Dans quelle maternité votre enfant est-il né ?</b>	
------------	---	--

<b>33.</b>	<b>Votre enfant est-il né ?</b>	
	1	<input type="checkbox"/> par voie basse
	2	<input type="checkbox"/> par césarienne
	3	Si prématurément : à quelle semaine de grossesse l'enfant est-il né ? <span style="float: right;">_____ semaines</span>

<b>34.</b>	<b>L'enfant recevait-il du lait maternel à la naissance ?</b>	
	1	<input type="checkbox"/> Oui, exclusivement, <i> passez à la question 35.</i>
	2	<input type="checkbox"/> Oui, partiellement
	3	<input type="checkbox"/> Non
	<b>34.1</b>	<b>Quelle est la raison principale de ce choix ?</b>

<b>35.</b>	<b>L'enfant recevait-il du lait maternel à la sortie de la maternité ?</b>	
	1	<input type="checkbox"/> Oui, exclusivement, <i> passez à la question 36.</i>
	2	<input type="checkbox"/> Oui, partiellement
	3	<input type="checkbox"/> Non
	<b>35.1</b>	<b>Quelle est la raison principale de ce choix ?</b>

<b>36.</b>	<b>Jusqu'à quel âge votre enfant n'a bu que <u>et uniquement</u> du lait maternel ?</b> (Ni eau, ni tisane, ni jus, ni lait commercial... / Médicaments autorisés : vitamines, sirops, SRO)	.....
<b>36.1</b>	<i>Si inférieur à 6 mois : Pour quelle raison principale avez-vous introduit autre chose que du lait maternel ?</i>	

<b>37.</b>	<b>Quel âge avait l'enfant quand il a reçu du lait en poudre pour la première fois ?</b>	.....
------------	--	-------

<b>38.</b>	Quel âge avait l'enfant quand il a reçu de la nourriture semi-solide pour la première fois ? (panade, fruit, légume, ...)	.....
------------	---	-------

<b>39.</b>	À quel âge l'enfant a-t-il pris le lait maternel pour la dernière fois ?	.....
------------	--	-------

<b>39.1</b>	Quelle était la raison principale de l'arrêt <u>définitif</u> de l'allaitement ?	
-------------	--	--

<b>40.</b>	À quelle période la mère de l'enfant a-t-elle décidé d'allaiter ou non ? ( <i>lire les propositions</i> )	
	1	<input type="checkbox"/> Avant de tomber enceinte
	2	<input type="checkbox"/> Pendant la grossesse
	3	<input type="checkbox"/> Après l'accouchement
	4	<input type="checkbox"/> Suite à une expérience antérieure d'allaitement maternel
	5	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :

<b>41.</b>	L'allaitement a-t-il été arrêté plus tôt que désiré ?	
	1	<input type="checkbox"/> Oui
	2	<input type="checkbox"/> Non, passez à la question <b>42.</b>
	3	<input type="checkbox"/> Je n'avais pas de désir particulier, passez à la question <b>42.</b>

<b>41.1</b>	Si OUI, quelle durée d'allaitement <u>exclusif</u> souhaitiez-vous ?	..... mois <input type="checkbox"/> Tant que le petit ou moi le désirions
-------------	--	--

<b>41.2</b>	Si OUI, quelle durée d'allaitement <u>complété</u> souhaitiez-vous ?	..... mois <input type="checkbox"/> Tant que le petit ou moi le désirions
-------------	--	--

<b>42.</b>	L'attitude de votre conjoint par rapport à l'allaitement maternel de votre enfant était :	
	1	<input type="checkbox"/> Tellement favorable qu'il m'a convaincue d'allaiter
	2	<input type="checkbox"/> Très favorable
	3	<input type="checkbox"/> Favorable
	4	<input type="checkbox"/> Indifférente
	5	<input type="checkbox"/> Négative

<b>43.</b>	Quel âge avait l'enfant quand la maman est retournée travailler ?	
	1	..... mois
	2	<input type="checkbox"/> Sans objet (si la maman ne travaillait pas)
	3	<input type="checkbox"/> Ne sais pas

<b>44.</b>	Quel est le rang (ordre de naissance) de l'enfant dans la fratrie (uniquement enfant(s) porté(s) par la mère) ? :	
------------	---	--

<b>45.</b>	Avez-vous allaité au moins un de vos enfants précédents ?	
	1	<input type="checkbox"/> Oui
	2	<input type="checkbox"/> Non

46. Questions à poser UNIQUEMENT À LA MÈRE DE L'ENFANT													
46.1	Quel(s) professionnel(s) de santé vous a (ont) régulièrement suivi au long de votre dernière grossesse ?					Le plus souvent		Quelques fois					
	1	<input type="checkbox"/> Gynécologue			1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>					
	2	<input type="checkbox"/> Sage-femme			1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>					
	3	<input type="checkbox"/> Médecin généraliste			1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>					
	4	<input type="checkbox"/> Consultations ONE			1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>					
	5	<input type="checkbox"/> Autre, lequel :			1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>					
					Pendant la grossesse		À la maternité		Après la maternité				
					Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non			
46.2	Un professionnel de santé vous a-t-il informé des avantages pour votre bébé de l'allaitement ?					1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
46.3	Un professionnel de santé vous a-t-il informé des avantages pour la maman de donner le sein ?					1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
46.4	Un professionnel de santé vous a-t-il informé de la durée idéale de l'allaitement exclusif ?					1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	1	Si OUI, quelle est la durée idéale de cet allaitement ?					.....						
46.5	Un professionnel de santé vous a-t-il informé de la durée idéale de l'allaitement complété ?					1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	1	Si OUI, quelle est la durée idéale de cet allaitement ?					.....						
46.6	À la maternité, le personnel vous a-t-il soutenu dans votre choix d'alimentation (allaitement ou biberon) ?												
	1	<input type="checkbox"/> Oui											
	2	<input type="checkbox"/> Non											
46.7	Durant votre séjour à la maternité, les différents professionnels rencontrés vous ont-ils donné des avis contradictoires sur l'allaitement (nombre de tétées, durée, positions, ...) ?												
	1	<input type="checkbox"/> Oui											
	2	<input type="checkbox"/> Non											
46.8	Pour votre premier enfant étiez-vous informé de douleurs (et/ou difficultés) possibles liées à la mise au sein ?												
	1	<input type="checkbox"/> Oui											
	2	<input type="checkbox"/> Non											
46.9	Estimez-vous avoir été suffisamment informée sur l'allaitement par les professionnels de santé ?					1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>

47. Questions à poser UNIQUEMENT AUX MAMANS QUI ONT ALLAITÉ										
47.1	Avez-vous éprouvé des difficultés à allaiter pendant les premières semaines suivant la naissance ?									
	1	<input type="checkbox"/> Oui								
	2	<input type="checkbox"/> Non								
47.2	Quelle a été la raison principale d'avoir choisi d'allaiter votre enfant ?									

<b>47.3</b>	<b>En dehors de la maternité, à quel professionnel vous êtes-vous adressé quand vous avez rencontré des difficultés ou des doutes concernant l'allaitement? (plusieurs réponses possibles)</b>	
	1	<input type="checkbox"/> Pas de difficulté particulière
	2	<input type="checkbox"/> Aucun
	3	<input type="checkbox"/> Pédiatre
	4	<input type="checkbox"/> Sage femmes
	5	<input type="checkbox"/> ONE
	6	<input type="checkbox"/> Pharmacien
	7	<input type="checkbox"/> Gynécologue
	8	<input type="checkbox"/> Médecin généraliste
	9	<input type="checkbox"/> Consultante en lactation
	10	<input type="checkbox"/> Autre, lequel :

### QUESTIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES

<b>48.</b>	<b>Qui êtes-vous par rapport à l'enfant ?</b>	
	1	<input type="checkbox"/> La maman
	2	<input type="checkbox"/> Le papa
	3	<input type="checkbox"/> Les deux parents ensemble
	4	<input type="checkbox"/> La sœur /le frère
	5	<input type="checkbox"/> Un/les grand(s)-parent(s)
	6	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :

<b>49.</b>	<b>Pouvez-vous nous dire quel est le temps de travail de la mère ?</b>			
	<b>49.1</b>	<b>Actuellement</b>	<b>49.2</b>	<b>Quand votre enfant avait 6 mois</b>
	1	<input type="checkbox"/> Temps plein salarié	1	<input type="checkbox"/> Temps plein salarié
	2	<input type="checkbox"/> Temps partiel salarié	2	<input type="checkbox"/> Temps partiel salarié
	3	<input type="checkbox"/> Indépendant	3	<input type="checkbox"/> Indépendant
	4	<input type="checkbox"/> Chômage / CPAS / Invalide / Incapacité de travail	4	<input type="checkbox"/> Chômage / CPAS / Invalide / Incapacité de travail
	5	<input type="checkbox"/> Congé parental / Pause carrière / Congé de maternité	5	<input type="checkbox"/> Congé parental / Pause carrière
	6	<input type="checkbox"/> Mère au foyer	6	<input type="checkbox"/> Mère au foyer
	7	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	7	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
	8	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	8	<input type="checkbox"/> Ne sais pas

<b>50.</b>	<b>La famille vit avec (situation officielle) :</b>	
1	<input type="checkbox"/>	Un revenu professionnel
2	<input type="checkbox"/>	Deux revenus professionnels
3	<input type="checkbox"/>	Un revenu professionnel + un revenu de remplacement
4	<input type="checkbox"/>	Uniquement avec un (ou des) revenus de remplacement
5	<input type="checkbox"/>	Pas de revenu fixe (professionnel ou de remplacement)
6	<input type="checkbox"/>	Inconnu
7	<input type="checkbox"/>	Refus de répondre
8	<input type="checkbox"/>	Autre :

<b>51.</b>	<b>Comment se compose la famille dans laquelle vit l'enfant ?</b>	
1	<input type="checkbox"/>	Couple avec un enfant
2	<input type="checkbox"/>	Couple avec plusieurs enfants
3	<input type="checkbox"/>	Parent seul avec un enfant
4	<input type="checkbox"/>	Parent seul avec plusieurs enfants
5	<input type="checkbox"/>	Autre :

<b>52.</b>	<b>Âge de la maman :</b>	ans
------------	--------------------------	-----

<b>53.</b>	<b>Quel est le niveau d'études le plus élevé achevé par :</b>			
<b>53.1</b>	<b>la mère de l'enfant</b>	<b>53.2</b>	<b>le père de l'enfant</b>	
1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	Aucun
2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	Primaire
3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	Secondaire inférieur
4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	Secondaire supérieur
5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	Supérieur non universitaire
6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	Supérieur universitaire
7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	Autre, précisez :

	1 Belgique	2 Italie	3 Maroc	4 Congo	5 Turquie	6 Autre, précisez :
<b>54.</b>	<b>Quelle est la nationalité d'origine de la <u>grand-mère maternelle</u> de l'enfant ?</b>					
<b>55.</b>	<b>Quelle est la nationalité d'origine de la <u>grand-mère paternelle</u> de l'enfant ?</b>					
<b>56.</b>	<b>Quelle est la nationalité d'origine de la mère de l'enfant ?</b>					
<b>57.</b>	<b>Quelle est la nationalité <u>actuelle</u> de la mère de l'enfant ?</b>					

MERCI DE VOTRE COLLABORATION.

N'oubliez pas de demander un numéro de **contact téléphonique**.  
 Cochez ici  si le répondant avait des difficultés de **compréhension** du français.

Téléphone :
-------------



ACTU

ECONOMIE

CULTURE

SPORTS

LIGHT

LIFESTYLE

DÉBAT

JEAN-PIERRE CASTALDI  
& PAULINE BRISY

Toute l'histoire du cinéma en un seul spectacle !



Accueil &gt; Débats &gt; Opinions

## Quel plaidoyer pour l'allaitement maternel ?

CONTRIBUTION EXTERNE Publié le dimanche 01 novembre 2015 à 17h01 - Mis à jour le mercredi 09 décembre 2015 à 16h19



Recommander

Partager

36



Tweeter

G+

0



- [Chastrès \(Walcourt\), village raciste ?](#)
- [Lettre ouverte à François Hollande](#)
- [Bruno Dayez, avocat: "Les médias ont transformé les victimes en agents de la répression"](#)

OPINIONS Une opinion de Emmanuelle Robert, chercheuse-doctorante, École de santé publique; Yves Coppieters, Président de l'École de santé publique; Marco Schetgen, Doyen de la faculté de médecine; Béatrice Swennen, chercheuse, École de santé publique, tous à l'ULB.

Une semaine belge de l'allaitement maternel a eu lieu début octobre, dans une certaine forme d'indifférence et les questions sur ce sujet restent par ailleurs nombreuses. A l'exception d'une affiche publiée par le "Comité fédéral de l'allaitement maternel" (CFAM), quelles sont les initiatives qui ont été mises en place pour l'occasion ? Des débats, conférences, colloques, ont-ils eu lieu en Wallonie, à Bruxelles ou en encore en Flandre ? Si tel a été le cas, l'information est alors restée plus que discrète.

Ce "si" peu, démontrerait-il le "trop" peu d'intérêt que les décideurs politiques, scientifiques, bailleurs de fonds, professionnels de la petite enfance, auraient à propos de l'allaitement maternel ? Ce constat de l'absence de communication sur le sujet, vient renforcer l'hypothèse qu'in fine l'allaitement maternel n'intéresse que peu de monde.

### **Parmi les plus bas de l'OCDE**

Et pourtant les résultats de deux enquêtes menées auprès de plus de 520 couples mère-enfant par l'Ecole de Santé publique de l'ULB, permettent d'affirmer que la Belgique connaît des taux d'allaitement parmi les plus bas des pays de l'OCDE :

- 77 % des mères allaitent à la sortie de la maternité en Wallonie dont 69 % de manière exclusive (respectivement 54 % et 41 % à 3 mois). A titre d'exemple, les pays nordiques dépassent les 95 % d'allaitement à la naissance.
- une mère sur deux rencontre des difficultés liées à l'allaitement dans les premières semaines qui suivent la naissance de son enfant.
- 50 % des mères disent ne pas avoir été informées des avantages de l'allaitement maternel pour leur bébé (diminution du risque d'infections digestives, de la sphère ORL, pulmonaires,...) et 62 % des avantages pour elles (perte de poids, diminution du risque de cancer du sein et de l'ovaire,...)
- 50 % des mères sont insatisfaites quant à la durée de l'allaitement qu'elles ont pu offrir à leur enfant.
- 80 % des mères ignorent que la durée idéale de l'allaitement exclusif est de 6 mois et 96 %, qu'un allaitement complété pourrait idéalement durer 2 ans.
- La perception de manque de lait et les difficultés rencontrées (engorgement, crevasse,...) représentent 46 % des raisons de sevrage jusqu'à l'âge de 3 mois, et la reprise du travail représente 12 % des raisons de sevrage pour cette tranche d'âge. Or, c'est le retour au travail que les professionnels de la santé incriminent comme première cause de sevrage.
- 13 % des mères ont allaité 6 mois et moins de 5 %, 2 ans.

De plus, seules quelques heures d'enseignement concernant l'allaitement sont prodiguées aux futurs médecins.

### **Que d'obstacles !**

Tous ces arguments démontrent que l'allaitement est loin d'être un parcours sans embûche et plaident largement en faveur d'un repositionnement de l'allaitement maternel comme sujet central de la santé périnatale. Il n'existe pas de volonté politique visant une amélioration, du moins aucune preuve d'une telle volonté n'est visible à l'heure actuelle. Les incohérences fréquentes entre les conseils des médecins, la durée du congé de maternité parmi les plus courts d'Europe, les contradictions constantes des différents professionnels rencontrés, l'accès trop facile aux laits commerciaux (distribution d'échantillons gratuits dans certaines pharmacies) mènent à un manque de réponse univoque aux questionnements des mères confrontées à des difficultés dans la réalisation de leur souhait d'allaiter.

Un obstacle supplémentaire est le retour précoce de la maternité qui prévaut depuis janvier 2015. Cette mesure impacte de plein fouet les mères qui se retrouvent à devoir gérer seules à domicile, avec un nombre de professionnels pour les aider trop faibles, la montée de lait bien souvent douloureuse. Pourtant, ce moment est décisif et délicat pour la poursuite de l'allaitement. Il survient parfois au même moment que le baby blues qui fragilise déjà la mère. Et ces difficultés sont bien souvent exacerbées dans les milieux les plus vulnérables.

### **Pourquoi ce silence ?**

Finalement, seules les femmes les plus motivées ou celles imprégnées d'une culture de l'allaitement, arriveront à être satisfaites de cette expérience unique dans leur vie.

A ce stade, que nos propos ne soient pas mal interprétés. Il ne s'agit en aucun cas "d'imposer" l'allaitement aux jeunes mères et encore moins de les **culpabiliser** en cas de refus, mais bien évidemment de leur donner toutes les informations objectives et de les accompagner dans ce choix qui restera le leur.

Ce qui est sûr, c'est que les données actuelles montrent que les mères n'ont pas de point de repère sur les durées recommandées, qu'elles font confiance à leurs médecins qui eux-mêmes ne sont pas toujours suffisamment formés sur le sujet. Une grande partie des mères aimeraient allaiter plus longtemps, et pour diverses raisons elles n'y arrivent pas (difficultés de mise en place de l'allaitement, douleurs, perception de manque de lait, retour au boulot, manque de soutien familial dont celui du conjoint, manque d'aide autour de la mère pour l'intendance). Sans réponse adéquate de la part des professionnels, et souvent dans l'urgence, elles introduisent, bien trop tôt, du lait commercial. L'effet sera une diminution de la stimulation lactée qui entraînera, de facto, une diminution de production de lait.

Seules quelques sages-femmes ou consultantes en lactation pourront leur venir en aide de façon rapide et adéquate. Mais encore faut-il que les mères connaissent à quel(s) professionnel(s) se vouer, et aient le bon réflexe, une fois sorties de la maternité de consulter les personnes appropriées qui pourront leur venir en aide. En effet, tous les hôpitaux ne donnent pas l'information de la possibilité de suivi à domicile par une sage-femme.

La question est de savoir pourquoi un tel silence de la part des différentes parties prenantes ? Qui plus est pendant la semaine dédiée à l'allaitement ? Espérons que cette occasion ratée sera suivie d'un travail de réflexion et d'information sur ce sujet fondamental de santé publique.