

Allaitement : des femmes-relais pour soutenir les jeunes mères

L'allaitement maternel est peu répandu en France, en particulier dans les populations défavorisées. Des réseaux de professionnels de la périnatalité accompagnent les jeunes mères pour leur offrir des conditions plus propices à l'allaitement. Des « accompagnantes » spécialement formées soutiennent les mères autour d'elles, dans une démarche de proximité et de suivi individuel. Ce soutien va au-delà de l'allaitement et concerne l'ensemble de la parentalité.

L'allaitement maternel dans les populations vulnérables ou économiquement défavorisées est peu pratiqué. C'est pourtant un facteur de prévention à court, moyen et long termes pour la mère et l'enfant. La mise en place de réseaux locaux de mères informées, dénommées « accompagnantes », qui soutiennent les autres mères autour d'elles, permet une promotion efficace de l'allaitement et constitue plus largement une action de soutien à la parentalité. Elle augmente la confiance en soi des participantes et favorise leur insertion dans la vie sociale.

L'allaitement maternel est une pratique qui interroge les milieux des professionnels de la santé périnatale, de la petite enfance mais aussi les chercheurs en sociologie et en psychologie. Ses déterminants sont complexes, variant selon les régions, les milieux socio-économiques et l'histoire individuelle des parents.

En France, le taux d'allaitement à la naissance est parmi les plus bas d'Europe (1) (56 % en 2003) (2). Les durées sont également faibles, estimées à quelques semaines (3) (taux de 15 % à 3 mois) (1). Une enquête menée dans le Val-de-Marne montre que les femmes les plus diplômées ou d'origine étrangère allaitent le plus (de 70 à 80 %) tandis que les femmes de niveau scolaire moyen (CAP ou équivalent) allaitent peu (45 %) (4).

Dans les milieux populaires, les discours savants sur les bénéfices de l'allaitement ont peu de poids et les fem-

mes prennent principalement conseil auprès de leur famille et leur entourage. Le plaisir de la relation avec l'enfant est le premier argument en faveur de l'allaitement. L'absence de références familiales, le peu de confiance accordée au corps maternel (et au lait qu'il peut produire), la difficulté à se reposer (durée du congé de maternité et charge des aînés) sont des éléments décisifs dans le choix de l'alimentation au lait artificiel (5). Ce sont donc des populations qui bénéficient peu des dispositifs existants délivrant de l'information sur l'allaitement (préparation en prénatal, brochures, livres, soutien associatif). De plus, dans les populations d'origine étrangère, l'allaitement exclusif est rarement pratiqué.

Le non-allaitement implique une morbidité plus importante. Ainsi, une étude (6) s'est intéressée à la demande de soins la première année de vie des enfants selon leur mode d'alimentation. En cas d'infections respiratoires hautes ou de gastro-entérites, le nombre d'hospitalisations est multiplié par trois ; en cas d'otites, le nombre de visites médicales augmente de 35 %. Le non-allaitement a aussi un coût pour les familles, environ 6 % du revenu pour une famille monoparentale au Smic. Pourtant, les acteurs sociaux savent que l'argument de la gratuité du lait maternel est en général contre-productif : les familles veulent le meilleur pour leur enfant, donc, le plus cher. Les réseaux de pairs et de professionnels promouvant l'allaitement utilisent la comparaison du lait maternel avec de l'or, en indiquant par exemple, le prix du lait

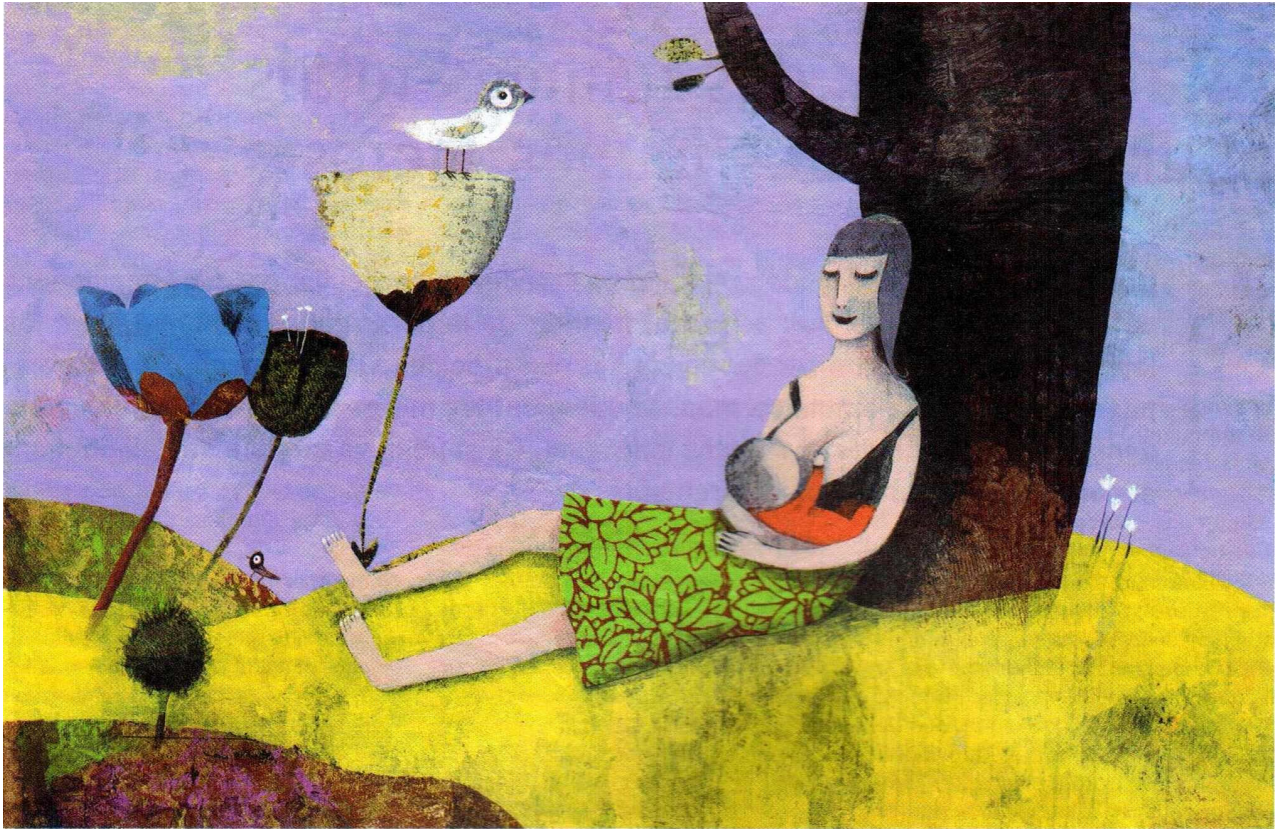
vendu par les lactariums (environ soixante-dix euros le litre) ; cet argument aide les mères à valoriser l'aliment qu'elles peuvent produire elles-mêmes pour leur enfant. Une étude réalisée en France (7) montre qu'une augmentation de 5 % des taux d'allaitement impliquerait une économie des dépenses de santé de 2,5 M par an (chiffres de 1997).

Vingt heures de formation

Ces données tendent à démontrer que des actions permettant à des femmes bien informées de soutenir les autres femmes allaitant autour d'elles dans un réseau de proximité seront particulièrement efficaces, en synergie avec le travail des professionnels de santé et des acteurs sociaux. C'est ce que vise le programme PraLLL. Au niveau international, ces actions sont désignées sous le terme de *Peer Counselor Program* et sont valorisées dans plusieurs méta-analyses (8, 9). En France, les réseaux locaux de parents sont encouragés, en particulier dans le cadre des Reep (10, 11).

Dans un programme PraLLL, les accompagnantes à l'allaitement sont des mères volontaires et formées, habitant le même quartier, de même niveau socio-économique ou partageant la même culture d'origine. Elles constituent un réseau de proximité, coordonné par un responsable de réseau (professionnel de santé ou de la petite enfance, travailleur social ou responsable d'association).

Les responsables de réseau reçoivent une formation de formateur de



cinq jours afin de constituer le réseau et le faire vivre. Des outils pédagogiques pour la formation de vingt heures des accompagnantes et l'évaluation du programme leur sont fournis, ainsi qu'une documentation complète sur l'allaitement.

Les formatrices du PraLLL sont toutes consultantes en lactation¹ et ont une pratique d'animation de groupes de soutien. Elles réalisent une étude préliminaire sur la population ciblée, les pratiques d'allaitement et les possibilités pratiques de l'intervention, lieux, moyens de transport, contraintes horaires, etc. À cette étape, les professionnels en exercice libéral, les travailleurs sociaux et les associations du quartier sont contactés. Il est important que tous aient un discours cohérent et puissent, si besoin, adresser les femmes à des professionnels spécialisés.

Des rencontres mensuelles permettent d'échanger autour des difficultés éventuelles, de soutenir les accompagnantes et d'évaluer le programme. L'équipe du PraLLL assure, pendant trois ans², la supervision des responsables, qui ont aussi besoin d'être soutenus, et participe à l'évaluation de l'action

(recueil de l'activité des accompagnantes, questionnaires dans la population cible et comparaison des taux d'allaitement enregistrés en PMI).

Trente pays concernés

Le PraLLL est la version française du programme de *Peer Counselor* de la *Leche League International*³. Plus de quatre cents programmes ont été mis en œuvre à ce jour dans une trentaine de pays (12), en particulier aux États-Unis, au Canada, en Amérique du Sud, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et en Afrique. Il est en cohérence avec les recommandations éditées en France sur l'allaitement (13-15). Au Royaume-Uni, où le programme est largement implanté, une étude a montré que les économies générées en termes de dépenses de santé sont bien supérieures à son coût (16).

Le programme *Peer Counselor* fait partie de dispositifs coordonnés à grande échelle aux États-Unis par le *WIC Department* (17), au Royaume-Uni, et par l'Organisation mondiale de la santé. Les publications mentionnent une augmentation importante des taux d'allaitement. D'autres retombées sociales et comportementales sont notées.

Deux exemples (Mexique et Royaume-Uni) illustrent ces tendances.

À Mexico, un tirage au sort a été fait parmi des femmes souhaitant allaiter, et trois groupes ont été constitués ; l'un a bénéficié de six visites d'une accompagnante à l'allaitement en pré- et post natal, le deuxième de trois visites, et le groupe contrôle n'a eu aucune visite. Les taux d'allaitement augmentent avec le nombre de visites, et, à trois mois, 67 % des bébés du groupe « six visites » sont toujours allaités contre 12 % dans le groupe contrôle (18).

Au Royaume-Uni, dans un quartier ouvrier de Sheffield, quatre ans après la mise en place du programme, le taux d'initiation de l'allaitement est passé de 20 % à 50 %. 11 % des bébés étaient toujours allaités à six mois, contre 2,5 % à quatre mois avant l'intervention. Les mères interrogées soulignent la complémentarité entre accompagnantes et professionnels de santé, la qualité du soutien reçu et leur plaisir d'avoir pu vivre cette expérience. Le programme a contribué à la constitution de groupes de mères proposant des animations et des activités dans le quartier (19). L'analyse de vingt-six programmes après un

an d'existence a montré qu'il était important que :

- les représentations spécifiques des populations ciblées soient prises en compte ;
- les professionnels de santé reconnaissent le rôle des accompagnantes (y compris en maternité) et les valorisent auprès des mères ;
- les responsables de réseau soutiennent les accompagnantes pour entretenir leur motivation (20).

La qualité de la formation des accompagnantes, qui doivent faire preuve de tolérance et d'empathie, est jugée essentielle pour éviter les situations (exceptionnelles, dans les publications) où les femmes ont le sentiment d'avoir été « contraintes à allaiter ». L'allaitement touche à une part très intime dans l'expérience de la maternité et il importe que le cadre éthique des interventions soit clairement précisé aux accompagnantes, qu'elles l'acceptent et que la

formation leur permette de s'exercer à une communication appropriée.

La mise en place de réseaux de proximité pour le soutien à l'allaitement a obtenu dans différents contextes des résultats très positifs qui s'expliquent par la nature même de l'intervention. Les accompagnantes font partie de la population ciblée et leurs représentations du bébé et de ses besoins sont cohérentes avec celles des autres familles, ce qui facilite les échanges et les apprentissages. Les valeurs culturelles et les codes de langage qu'utilisent les accompagnantes sont pertinents et accessibles pour les femmes qu'elles soutiennent parce qu'elles ont une proximité importante ou appartenance en termes de classe, d'origine, d'histoire ou de milieu de vie. Cette proximité et ce partage leur permettent d'être particulièrement efficaces pour informer sur les pratiques favorisant la santé et transmettre un modèle positif

lié à leur propre expérience. En France, plusieurs conseils généraux et réseaux de périnatalité étudient la mise en place du programme dans leur région. Une expérience pilote financée en partie par le Groupement régional de santé publique du Languedoc-Roussillon devrait démarrer à Montpellier en 2008.

Danièle Bruguères

Consultante en lactation,
formatrice programme PrALL.

1. Les consultants en lactation sont certifiés par un comité international indépendant, l'IBLCE, à l'issue d'un examen qui valide des compétences théoriques et pratiques pour la promotion de l'allaitement et l'accompagnement des familles. Elles sont actuellement cent quatre-vingts en France.
2. À l'issue des trois ans, les professionnels ont les outils et l'expérience pour poursuivre le programme en fonction des besoins.
3. Ce réseau international de soutien de mère à mère pour l'allaitement est actif dans soixante-dix pays.
4. Tél. : 01 39 76 30 83 ou 06 62 00 88 46 - Courriel : contact@programmerelaisallaitement.fr

► Références bibliographiques

- (1) *Promotion of breastfeeding in Europe*. EU Project Contract N. SPC 2002359. *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation*. December 2003. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a1_18_en.pdf
- (2) Inserm. *Enquête périnatale 2003*. <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/enquete.pdf>
- (3) Branger B., Cebron M., Picherot G., De Cornulier M. *Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes*. Arch. Pédiatr. 1998 ; 5 (5) : 489-96.
- (4) Gojard S. *L'allaitement : une pratique sociale différenciée*. Inra, Recherches et Prévisions 1998 ; 53 : 23-34.
- (5) Tillard B. Ce qu'il en coûte de nourrir. In : Bonnet D., Le Grand-Séville C., Morel M.-F. (sous la dir.) : *Allaitements en marge*. Paris : L'Harmattan, 2002 : 244 p.
- (6) Ball T.M., Wright A.L. *Health care costs of formula-feeding in the first year of life*. Pediatrics 1999; 103: 870-6. <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/4/S1/870>
- (7) Leclercq A.-M. *L'allaitement maternel : choix personnel, problème de santé publique ou question de finance publique ?* Mémoire de DESS en économie et gestion hospitalière privée. Université de Montpellier I, 1996.
- (8) Shealy K.R., Li R., Benton-Davis S., Grummer-Strawn L.M. *The CDC Guide to Breastfeeding Interventions*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2005. <http://www.cdc.gov/breastfeeding>
- (9) Lewin S.A., Dick J., Pond P., et al. *Health workers in primary and community health care*. The Cochrane Database of Systematic Review: CD004015, 2003.
- (10) *Soutien à la parentalité et développement social local : quels réseaux pour quels intérêts partagés ?* Actes de la rencontre départementale du 21 octobre 2002, organisée par le Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (Reaap) du Val-d'Oise et le Pôle de ressources départemental ville et développement social.
- (11) Compte rendu de la journée nationale Reaap 2005. http://reaap93.free.fr/article.php?id_article=137
- (12) *Leche League International*. Annual report 2004-2005. http://www.llli.org/docs/05_LLLI_AR.pdf
- (13) Anaes. *Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de l'enfant*. Recommandations pour la pratique clinique, 2002. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf
- (14) Société française de pédiatrie. « Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère », brochure éditée dans le cadre du Programme national nutrition-santé, 2005. <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/allaitement.pdf>
- (15) Haute Autorité de santé. *Favoriser l'allaitement maternel*. Processus-Évaluation. HAS : 2006 : 55 p. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/allaitement_epp_guide.pdf
- (16) Battersby S., Aziz M., Sabin K. *The cost-effectiveness of breastfeeding peer support*. British Journal of Midwifery 2004; 12(4): 201-5.
- (17) Kistin N., Abramson R., Dublin P. *Effect of peer counselors on breastfeeding initiation, exclusivity and duration among low-income urban women*. Journal of Human Lactation 1994; 10(1): 11-5.
- (18) Morrow A.L., Guerrero M. L., Shults J., Calva J. J., Lutter C., Bravo J. *Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial*. Lancet 1999; 353: 1226-31.
- (19) Battersby S. *An evaluation of the merged breastfeeding Peer Support Programmes*.
- (20) Dykes F. *Government funded breastfeeding peer support projects: implications for practice*. Maternal and Child Nutrition 2005; 1: 21-31.