

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

Determinants of breastfeeding at maternity in Brussels

E. Robert¹, Y. Coppieters², B. Swennen¹ et M. Dramaix²

¹Centre de recherche " Politiques et système de santé, santé internationale " et ²Centre 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 : 69-74

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 : 69-74

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 plus¹, 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-Uni². 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 exclusif³. 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^{4,5}. De plus, la littérature met en évidence l'influence d'autres facteurs tels que le soutien du père^{2,5,6} ainsi que la période de la prise de décision d'allaiter^{5,8,9}. 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 2012¹⁰. 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 2006¹¹. Les questionnaires ont été réalisés en face-à-face avec les parents au domicile des enfants. L'enquête s'est déroulée entre le 1^{er} 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 administré¹². 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 proche 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 (tableau 3).

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 Bébé " (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
Age (années)				0,7
16-29	154 (28,5)	82,5	1	
30-35	386 (71,5)	83,6	1,1 (0,7-1,8)	
Niveau d'études				0,8
Maximum secondaire supérieur	303 (56,2)	83,8	1,1 (0,7-1,7)	
Supérieur	236 (43,8)	83,0	1	
Temps de travail 6 mois après la naissance				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	
Nationalité d'origine				0,9
Belge	196 (35,9)	83,1	1	
Autre	350 (64,1)	83,4	1,0 (0,6-1,6)	
Connaissance de la recommandation O.M.S. par la mère				0,2
Oui	111 (20,3)	87,4	1,5 (0,8-2,8)	
Non	435 (79,7)	82,2	1	
Période de décision				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 restaient 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
Sexe				0,7
Masculin	282 (51,6)	83,9	1,1 (0,7-1,7)	
Féminin	264 (48,4)	82,6	1	
Rang				0,05
1	324 (40,3)	79,4	1	
2+	219 (59,7)	85,8	1,6 (1,0-2,5)	
IHAB				0,7
Oui	354 (68,6)	83,9	1,1 (0,7-1,8)	
Non	162 (31,4)	82,6	1	
Délivrance				0,01
Vaginale	426 (79,5)	85,4	1,9 (1,1-3,2)	
Césarienne	110 (20,5)	75,5	1	
Enfant né à terme				< 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
Niveau d'étude				0,02
Maximum secondaire supérieur	288 (56,3)	87,2	1,7 (1,1-2,8)	
Supérieur	224 (43,8)	78,5	1	
Attitude conjoint				< 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 %¹³, 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 exclusif¹³, 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^{2,14,15}. 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'AM⁵. Kolhuber arrive à la même conclusion après ajustement sur les autres facteurs de son étude⁶. 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'AM¹⁶. 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^{17,18}. L'âge de sevrage est plus précis que le rappel lié à l'introduction de nourriture^{17,19,20}. 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 nôtre¹⁷. 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^{6,15}. 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^{2,6,14,21,22} que le père soit plus souvent pris en compte pendant les périodes prénatale et postnatale⁷ 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 Wallonie²³ (AM à la sortie de la maternité en Wallonie : 75,7 % dont 66,4 % d'AME vs Bruxelles 90,6 % dont 80,9 % d'AME²⁴). 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-Chambéry (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, Dramaix M, Swennen B : Vaccination Coverage for Infants : Cross-Sectional Studies in Two Regions of Belgium. *BioMed Res Int* 2014 ; 2014 : 838907
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
13. Office de la Naissance et de l'enfance : Communication personnelle, 2013
14. Guillaumon A, Trombert-Pavot 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, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M : The reasons for early weaning and perceived insufficient breastmilk and maternal dissatisfaction : comparative studies in two Belgian regions. *Int Scholarly Research Notices* 2014 ; 2014 : 678564
24. Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M : Breastfeeding duration : A survival analysis-data from a regional immunization survey. *BioMed Res Int* 2014 ; 2014 : 529790

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

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