



Ministère de la santé - Direction de la santé

# BISES

## Bulletin d'informations sanitaires, épidémiologiques et statistiques

### L'allaitement maternel en 2011 en Polynésie française

L. Bonnac Theron<sup>1</sup><sup>1</sup> Centre d'Aide Médico-Sociale Précoce, Direction de la santé

#### 1. Introduction

L'allaitement maternel (AM) est reconnu par l'ensemble des sociétés savantes et par les organismes internationaux de santé comme étant la meilleure forme d'alimentation pour les nouveaux nés et les nourrissons. Il est maintenant largement accepté que, même dans nos sociétés industrialisées, il diminue le risque et la gravité des infections respiratoires et gastro-intestinales chez les nourrissons. De multiples autres bénéfices, pour la santé de la mère, la santé et le développement intellectuel de l'enfant et le bien-être de la société, sont aussi confirmés par la littérature.

En 1996, peu de données chiffrées étaient disponibles, des constats étaient déjà faits : carences alimentaires chez le jeune enfant, abandon précoce et massif de l'AM dès les premières semaines de vie, erreurs de sevrage, accompagnement insuffisant des femmes enceintes et des mères... Sous l'impulsion des services de la Direction de la santé et à la demande du Ministère de la santé de Polynésie française (Pf), un groupe de professionnels réunissant des personnes spécialisées en AM, en nutrition et en santé de l'enfant a mis en place un programme de promotion de l'AM et de la qualité des aliments de diversification.

En 1997, la Pf affichait un des taux d'allaitement les plus faibles au monde ainsi qu'une durée d'allaitement inférieure aux recommandations en vigueur [1, 2].

Un plan à moyen terme a été élaboré pour une durée de 3 ans (1997-2000) puis un second sur la période 2000-2005. Les objectifs de ce programme sont inscrits dans le premier Plan de Santé 1995-1999 et reconduits dans le second Plan de Santé 2000-2005. Ils s'appuient de manière transversale sur des arguments de prévention dans le domaine des infections respiratoires, des maladies liées à l'alimentation (obésité et diabète), de la santé mentale chez le jeune enfant, des cancers du sein chez la femme et de la maîtrise des dépenses de santé.

Les résultats de l'enquête menée en 1997 [3] sur les modes d'alimentation des nourrissons de moins d'un an, ont conduit à reformuler les objectifs généraux : 1 - maintenir le taux de 80% de femmes qui allaitent après l'accouchement ; 2 - augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif et prédominant à 75% à 3 mois et à 50% à 6 mois.

Des enquêtes par entretien individuel pour administration d'un questionnaire en face à face, reposant sur la même

méthodologie de sélection des mères interrogées et les mêmes outils de recueil de données ont été réalisées tous les 5 ans en 1997, 2001, 2006 et 2011 [3,4,5]. Elles ont permis de recueillir des indicateurs quantifiés des pratiques d'AM chez les mères de nourrissons de moins d'un an en utilisant un questionnaire standardisé, basé sur la méthode du rappel de l'alimentation du nourrisson durant les dernières 24 heures. Une comparaison des taux d'AM entre les différentes études a été effectuée pour étudier l'évolution des pratiques.

L'enquête quantitative sur l'AM réalisée en 2011 avait pour objectif de mesurer le taux d'AM en Pf et de suivre l'évolution de ces indicateurs par rapport aux études précédentes.

Les objectifs spécifiques de cette enquête sont : 1 - estimer la durée d'AM exclusif ; 2 - mesurer le taux d'AM exclusif et prédominant par tranche d'âge (à la naissance, à 1 mois, à 3 mois, à 6 mois, à 1 an) ; 3 - identifier le type de nourriture pris par les enfants, par tranche d'âge ; 4 - évaluer les connaissances des mères et leurs pratiques quant à l'AM ; 5 - évaluer les pratiques professionnelles autour de l'AM.

#### 2. Matériels et méthode

En 2011, le questionnaire comportait 4 parties :

- les données sociodémographiques de la mère : âge, profession, niveau d'instruction, composition du noyau familial ;
- une enquête de consommation alimentaire sur les dernières 24 heures permettant en particulier d'établir un taux de prévalence de l'AM ;
- les connaissances, les représentations et les attitudes des mères ;
- les pratiques et les comportements concernant l'AM, le sevrage et tentait de repérer les freins à l'AM au travers de l'expérience des mères pendant la grossesse, à l'accouchement, et pendant le séjour à la maternité.

Les 2 premières parties sont communes à toutes les enquêtes réalisées durant le programme, les 2 dernières reprenaient des questions de l'enquête de 1997 afin de comparer l'évolution des connaissances et des pratiques des mères et des familles d'une part et des professionnels d'autre part.

Les définitions retenues sont celles de l'Organisation Mondiale de la Santé pour les différents modes d'allaitement [1] :

- AM exclusif : lait maternel avec vitamines, sels minéraux, médicaments ;
- AM prédominant : les précédents avec eau, boissons à base d'eau, jus de fruits, tisane, thé ;
- allaitement complété : les précédents avec tout aliment solide ou semi-solide et tout aliment liquide et lait d'origine non humaine ;
- allaitement au biberon : tout aliment liquide ou semi-liquide contenu dans un biberon (aliments liquides, lait d'origine non humaine, tous les liquides).

L'enquête a concerné des mères ayant au moins un enfant, âgé de 0 à 12 mois au moment de l'enquête. Les mères étaient interrogées à l'arrivée au centre sélectionné ou à la sortie de la consultation. Les données ont été redressées à partir des données recueillies par l'Etat civil au moment de la déclaration de naissance, sur l'âge et le lieu de résidence de la mère.

Les données ont été recueillies par un questionnaire administré en face à face par la société ALVEA pour les sites de Tahiti et Moorea, et par des agents de la Direction de la santé dans les autres îles. La saisie des données des questionnaires a été réalisée par la société ALVEA. L'analyse des données a été réalisée par la Direction de la santé.

### 3. Résultats

#### Caractéristiques générales de la population des mères

Au total, 830 mères ont été interrogées : 615 mères (75%) sur l'île de Tahiti (Centres de Consultations Spécialisées en Protection Infantile (CCSPI) du centre de la mère et de l'enfant et ses équipes décentralisées, cliniques Cardella et Paofai, Centre Hospitalier du Taaone (CHT) et Hôpital de Taravao) et 215 mères dans les Centres de santé publique des îles (Moorea, Raiatea, Tahaa, Nuku Hiva, Ua Pou, Hiva Oa).

Les lieux d'enquête sont plus nombreux que lors des enquêtes précédentes, mais la répartition entre Tahiti et les îles a été respectée (Figure 1).

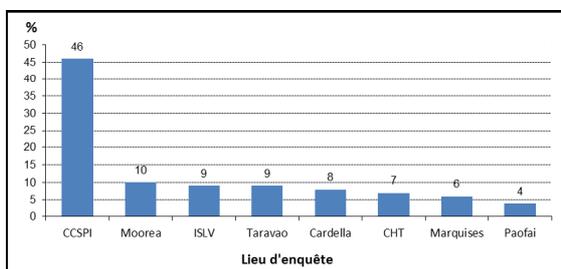


Figure 1 : Répartition des mères interrogées selon le lieu d'enquête en 2011 en Polynésie française (en %).

Les mères interrogées sont jeunes : 63% ont moins de 30 ans avec un âge moyen de 26,5 ans. Seules 5% sont âgées de plus de 40 ans. Elles sont un peu plus âgées que lors des études menées en 1997 et en 2006. Par rapport à 2006, les mères âgées de moins de 20 ans sont moins nombreuses (19% vs 11%), alors que les mères âgées de 30 à 34 ans sont plus nombreuses (15% vs 19%).

Elles sont 94% à être nées en Pf (même proportion qu'en 1997), et 75% résident à Tahiti. Toutes les mères interrogées ont été scolarisées et la majorité d'entre elles (89%) a le niveau baccalauréat. Les mères interrogées en 2011 sont plus nombreuses à avoir fait des études supérieures (16% vs 9% en 1997). En 2011, la proportion de personnes ayant uniquement suivi l'enseignement primaire est inférieure à celle de 1997 (11% vs 25%). La proportion de mères sans profession est stable depuis 1997 (70% vs 74% en 2011). Les mères âgées de 15 à 19 ans sont 99% à déclarer être sans profession. Parmi les mères qui travaillent, 48% sont employées. Concernant la catégorie socioprofessionnelle du conjoint, 10% des mères n'ont pas répondu à la question car elles ne vivent plus avec le père de leur enfant. La proportion de conjoints sans profession est très supérieure en 2011 à celle observée en 2006 (27% vs 11%). Les mères déclarant un revenu du ménage inférieur à 100 000 francs Pacifiques (FCFP) sont moins nombreuses qu'en 1997 (32% vs 51%), en 2011, 69% déclarent un niveau de revenus inférieur à 150 000 FCFP. La population fréquentant les cliniques Cardella et Paofai, a un niveau de revenus plus élevé que celles des autres lieux d'enquête. La population des îles présente une proportion plus importante de mères ayant des revenus inférieurs à 100 000 FCFP.

La moitié des mères interrogées (54%) fait partie d'une famille de 4 à 6 personnes et elles sont 34% à cohabiter avec plus de 7 personnes dans le même domicile. Les proportions sont stables par rapports aux résultats de 1997 et de 2006. Les mères issues de famille de moins de 4 personnes sont plus nombreuses à avoir un niveau d'étude élevé. Près d'une mère sur deux (43%) déclare n'avoir qu'un seul enfant à charge, parmi elles, les mères âgées de moins de 25 ans sont significativement plus nombreuses.

#### Caractéristiques générales de la population des nourrissons

L'âge moyen des nourrissons de l'échantillon est de 3,3 mois (2,8 mois, en 2001 et en 2006). Les comparaisons de certaines données sont donc à considérer avec précaution compte tenu de la forte corrélation entre l'âge du nourrisson et le fait d'être allaité. La moitié des enfants (54%) est née au CHT et 25% dans les cliniques Cardella et Paofai. Pour 42% des mères interrogées, il s'agit de leur premier enfant (âge moyen = 23,7 ans), 27% des enfants sont en deuxième rang dans la fratrie (âge moyen = 27,5 ans) et 17% en troisième rang (âge moyen = 31 ans). 99% des nourrissons sont des enfants légitimes, et 1% a été « fa'amu ». Il n'y a pas de différence avec les études réalisées précédemment.

#### Pratique de l'AM

Les mères interrogées sont 11% à déclarer n'avoir jamais allaité leur enfant. Plus d'un nourrisson sur deux de moins de 12 mois est allaité au moment de l'enquête (56%). Ce taux d'allaitement est en progression, il était de 35% en 1997 et de 50% en 2006. L'analyse du taux d'AM selon la tranche d'âge du nourrisson (figure 2) montre deux décrochages : le premier entre 0 et 3 mois correspond à l'abandon précoce de l'AM, le second, plus attendu, entre 9 et 10 mois correspond à l'introduction de l'alimentation diversifiée et à l'arrêt progressif de l'AM.

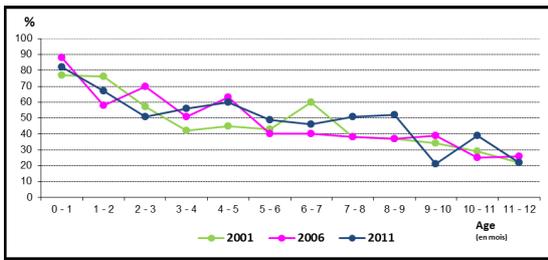


Figure 2 : Evolution des taux d'allaitement maternel selon l'âge en 2011 en Polynésie française.

Les nourrissons de 0 à 2 mois sont les plus allaités (75%) mais cette proportion chute rapidement : 54% pour les nourrissons de 2 à 4 mois, 53% pour les 4 à 6 mois et 42% pour les 6 à 12 mois (figure 3).

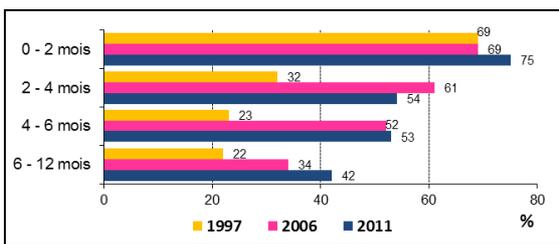


Figure 3 : Taux d'allaitement maternel selon la tranche d'âge en 2011 en Polynésie française (en %).

Les mères interrogées sont 69% à déclarer avoir arrêté d'allaiter leur enfant dans les 3 premiers mois qui ont suivi l'accouchement, elles étaient 83% en 1997. La principale raison évoquée pour justifier cet arrêt définitif de l'allaitement au sein est la diminution de la quantité de lait produite (38%), devenue insuffisante pour le nourrisson ; 15% ont dû arrêter l'allaitement à cause de la reprise du travail, et 10% parce que l'enfant refusait le sein.

**Les modes d'allaitement**

Parmi les nourrissons allaités au sein au moment de l'enquête, 22% le sont de façon exclusive, avec une proportion significativement plus élevée pour les nourrissons âgés de moins de 2 mois ; 17% le sont de façon prédominante ; 61% des nourrissons reçoivent un AM complété (figure 4). Par rapport à l'étude réalisée en 2006, la proportion de nourrissons ayant un AM prédominant est plus faible (17% vs 31%), et celle des nourrissons recevant un AM complété est significativement plus élevée (61% vs 44%).

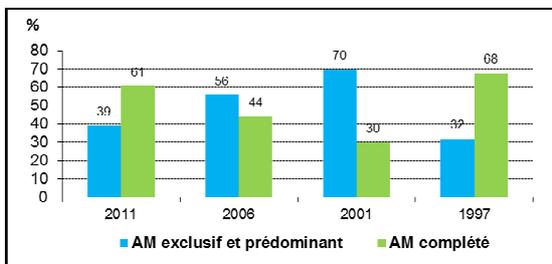


Figure 4 : Mode d'allaitement maternel en 2011 en Polynésie française, comparaison avec les enquêtes précédentes.

La répartition du mode d'allaitement par tranche d'âge fait apparaître un recours à l'AM complété très précoce, 40% des nourrissons de moins de 2 mois. Au-delà de 6 mois, 97% des enfants ont un AM complété, chiffre attendu

puisque les recommandations préconisent l'âge de 6 mois pour l'introduction des aliments solides.

Le programme cible en priorité les enfants de moins de 6 mois. Au moment de l'enquête, 63% des enfants de moins de 6 mois sont allaités (contre 42% en 1997 et 41% en 2006) dont 54% de façon exclusive ou prédominante.

Parmi les nourrissons de moins de 6 mois, 20% ont un AM exclusif, 14% un AM prédominant, 29% un AM complété.

**Les pratiques de sevrage**

Les nourrissons de moins de 12 mois (allaités ou non) sont 69% à être nourris au biberon. Du lait de substitution au lait maternel est utilisé pour 97% d'entre eux, principalement pour les nourrissons de plus de 2 mois. Les nourrissons allaités au moment de l'enquête sont 46% à recevoir du lait de substitution (AM complété), ils sont en moyenne âgés de 4 à 5 mois. Le lait de vache (UHT, frais ou en poudre) est en principe introduit après 1 an : 5% des mères en donnent à leur enfant avant cet âge (âge moyen : 8,9 mois). Les mères interrogées sont 13% à déclarer donner des boissons sucrées (eau sucrée, sirop) à leur enfant (âge moyen : 5,8 mois). Les enfants qui reçoivent du jus de fruits sont plus âgés (8,2 mois pour le jus de fruit en boîte, et 7,7 mois pour le jus de fruit pressé). Les mères interrogées sont 37% à donner des aliments semi-solides à solides à leur enfant (âge moyen : 7,6 mois).

Le taux d'AM par lieu de naissance ou par lieu d'enquête est présenté ici à titre indicatif (tableau 1) car ce taux est étroitement corrélé à l'âge de l'enfant, et la répartition géographique ne permet pas une taille d'échantillon suffisante dans les lieux autres que Tahiti pour établir des comparaisons.

Tableau 1 : Taux d'allaitement maternel selon le lieu de naissance en 2011 en Polynésie française (en %)

Lieu de naissance	Enfant allaité (%)
Uturoa	75
Moorea	75
Taravao	69
Taiohae	62
CHT	53
Cardella	48
Paofai	46
Autres	58
<b>Total</b>	<b>56</b>

**Connaissances et attitudes des mères**

Les principaux avantages cités par les mères sont les vertus de l'AM, la protection contre les maladies (62%) et ses bienfaits pour la croissance (39%), mais aussi le côté pratique de l'allaitement (prêt à l'emploi (53%), gratuité (49%), et bonne température (15%)). Les mères qui allaitent ou ont allaité sont 64% à souligner que l'AM protège contre les maladies, celles qui n'allaitent pas sont 49% à souligner cet avantage. Par rapport à l'étude de 1997, les mères mettent davantage en avant le côté pratique et économique de l'AM, mais aussi le rôle protecteur du lait maternel vis-à-vis des maladies. Elles sont également plus nombreuses à considérer l'AM comme un moyen de se rapprocher de leur enfant et de renforcer cette relation d'amour qui les lie.

Les mères interrogées sont 48% à déclarer qu'allaiter ne comporte aucun inconvénient. Les principaux inconvénients de l'AM cités par les mères interrogées sont : les douleurs au sein (13%), la fatigue (10%) et le respect d'une hygiène alimentaire particulière durant l'allaitement (tabac et alcool prohibés) (9%). Les mères qui allaitent ou ont allaité sont plus nombreuses à déclarer ne trouver aucun inconvénient à l'AM (49% vs 24% des mères qui n'allaitent pas). Par rapport à 1997, les inconvénients cités sont semblables, sauf pour le fait de ne pas pouvoir consommer certains aliments lorsqu'elles allaitent (9% en 2011 vs 19% en 1997).

Concernant les facteurs influençant la quantité de lait produite, 49% des mères interrogées pensent qu'une hygiène alimentaire adaptée est le facteur clé pour une production de lait satisfaisante. En 2011 comme en 1997, l'alimentation de la mère (73%) ainsi que les boissons abondantes (60%) sont les principaux facteurs cités comme favorisant les montées de lait. En 2011, les mères interrogées sont plus nombreuses à considérer l'état physiologique et psychologique de la mère comme un critère pouvant affecter la quantité de lait produite.

Enfin, la croyance selon laquelle la quantité de lait produite est corrélée à la taille des seins persiste en 2011, et les mères sont même plus nombreuses à l'évoquer (6% vs 2% en 1997).

Concernant la durée idéale de l'AM, 83% des mères interrogées pensent que l'AM devrait durer au-delà de 6 mois.

**Accompagnement des mères durant la grossesse**

Plus de 90% des mères ont été suivies durant leur grossesse (plus de 4 visites prénatales). Les mères qui allaitent ou ont allaité sont 96% à avoir eu une grossesse suivie (98% en 1997), celles qui n'allaitent pas sont 90% à avoir eu une grossesse suivie (96% en 1997).

Les informations sur la pratique de l'AM reçues par les mères proviennent en grande partie des professionnels de santé (sage-femme, médecin gynécologue ou obstétricien). Cependant, les mères qui allaitent ou ont allaité citent davantage la sage-femme vue en consultation (39% vs 28%) et un membre de leur famille (12% vs 5%) que celles qui n'allaitent pas. Alors que les mères qui n'allaitent pas citent davantage (36% vs 21%) leur médecin gynécologue/obstétricien et sont plus nombreuses à déclarer que personne ne les a informées (21% vs 16%). En 1997, les mères qui n'allaitaient pas étaient plus nombreuses à déclarer avoir été informées par des membres de la famille (34% vs 5%). Parmi les mères ayant reçu une information sur l'AM, 74% disent avoir été informées sur les bienfaits de l'AM. Les mères qui allaitent ou ont allaité sont plus nombreuses à déclarer avoir été informées sur l'alimentation recommandée pour les femmes enceintes et allaitantes (41% vs 25% pour les mères qui n'allaitent pas), ainsi que sur les méthodes de préparation des seins pendant la grossesse (42% vs 27% pour les mères qui n'allaitent pas). Dans l'ensemble, les informations transmises sont jugées suffisamment complètes (par 85% des mères qui allaitent ou ont allaité et 75% des mères qui n'allaitent pas).

En 2011, les mères interrogées sont plus nombreuses qu'en 1997 à déclarer avoir pris leur décision avant la grossesse, qu'elles allaitent (65% vs 34%) ou pas (62% vs 32%). Celles qui ont choisi de ne pas allaiter citent les

raisons suivantes : la reprise du travail (21%) et le suivi d'un traitement médical incompatible avec l'AM (19%).

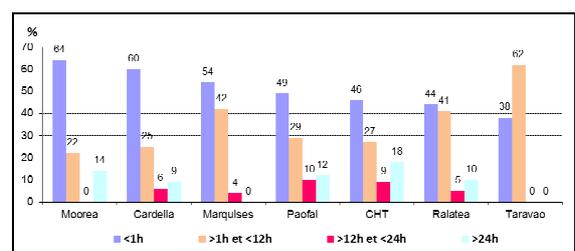
Parmi celles qui ont fait leur choix pendant la grossesse, les mères qui allaitent sont plus nombreuses que celles qui n'allaitent pas (19% vs 8%). Il s'agit d'une décision personnelle pour 28% des mères qui allaitent, bien qu'elles aient pu être encouragées par une tierce personne (entourage proche ou professionnel de santé).

Les mères qui n'allaitent pas sont plus nombreuses à déclarer avoir été encouragées à la pratique de l'AM par un professionnel de santé (68% vs 49% pour les mères allaitantes). Alors que les mères qui ont choisi d'allaiter sont 86% à avoir été encouragées par leur entourage, la majorité (50%) étant des mères primigestes. Plus d'une femme sur trois (38%) dit avoir été encouragée par son conjoint (34% en 1997). En 2011, elles sont plus nombreuses qu'en 1997 à avoir reçu le soutien des membres de leur famille (44% vs 35%) et de la sage-femme rencontrée dans le cadre de la préparation à l'accouchement (17% vs 6%). Elles sont moins nombreuses à avoir cité leur médecin généraliste (3% vs 7%), leur gynécologue (6% vs 13%) et une infirmière ou une puéricultrice (4% vs 9%). En 2011, elles sont aussi moins nombreuses à déclarer n'avoir reçu aucun soutien (14% vs 23%).

**Les pratiques en milieu hospitalier, à la naissance**

En 2011, 49% des mères interrogées déclarent avoir mis leur bébé au sein moins d'une heure après l'accouchement, alors qu'elles n'étaient que 20% en 1997.

C'est dans les cliniques que la proportion de mères ayant mis leur enfant au sein moins d'une heure après avoir accouché est plus élevée (56% vs 46% au CHT et dans les îles, figure 5). La proportion de mères ayant mis leur enfant au sein dans un délai de 1 à 12h est plus importante dans les îles (39% vs 26% dans les cliniques et 27% au CHT). La proportion de mères ayant mis son enfant au sein plus de 24h après l'accouchement est plus élevée au CHT (18% vs 10% dans les cliniques et 8% dans les îles).



**Figure 5 : Délai de mise au sein selon le lieu de naissance, en 2011 en Polynésie française.**

Quel que soit le lieu d'accouchement, les mères déclarent d'abord avoir été aidées par un professionnel de santé pour la première mise au sein (65%). En 2011, les mères ont été plus nombreuses à être aidées par une sage-femme (48% vs 23% en 1997), elles citent ensuite leur conjoint (32% vs 25% en 1997). Celles qui déclarent n'avoir reçu aucun soutien sont moins nombreuses qu'en 1997 (20% vs 30%). Les mères âgées de 20 à 25 ans sont plus nombreuses (50%) à déclarer avoir bénéficié du soutien de leurs proches pour la 1<sup>ère</sup> mise au sein, alors que celles âgées de 35 à 39 ans sont les plus nombreuses à déclarer l'avoir fait seule (28%).

En 2011, 74% des mères interrogées déclarent avoir reçu l'aide d'un professionnel de santé pour la pratique de l'AM, alors qu'elles n'étaient que 42% en 1997. Cette aide a été reçue de la sage-femme pour 54% des mères en 2011 (15% en 1997). La proportion de mères ayant reçu l'aide d'une personne de son entourage proche pour la pratique de l'AM est plus élevée dans les îles (32% vs 10% dans les cliniques et 9% au CHT). Ces conseils portaient sur la position de la mère et du bébé pendant l'AM (98%), sur l'hygiène et la préparation des seins (51%) et sur la fréquence et la durée des tétées (33%).

A la maternité, 66% des enfants ont reçu un biberon de complément (62% en 1997). Ce biberon a été demandé plutôt par un personnel soignant de la maternité (59%) que par la mère elle-même (41%). La proportion de nourrissons n'ayant pas reçu de biberon de complément est plus élevée dans les îles (53% vs 31% au CHT et 24% dans les cliniques). C'est dans les cliniques que la proportion de mères ayant fait la demande d'un biberon de complément est plus élevée (51% vs 37% au CHT et 42% dans les îles). Les raisons citées pour expliquer le recours à ce biberon de complément sont : l'insuffisance de lait et les problèmes liés à la montée de lait (50%) la fatigue de la mère (21%) et des raisons médicales concernant le bébé (15%). Ces proportions sont stables par rapport à 1997 (respectivement 57%, 20%, 12%).

#### 4. Discussion

Ces résultats, issus de la quatrième enquête menée avec la même méthodologie durant les 15 ans de programme, permettent de suivre l'évolution des taux et des types d'allaitement durant la première année de vie de l'enfant en Pf.

Les comparaisons avec les études précédentes ont été réalisées lorsque cela était possible. Ces comparaisons doivent cependant être interprétées avec prudence pour plusieurs raisons : les données de 2006 ne semblent pas avoir été redressées, l'âge moyen des nourrissons est supérieur en 2011 à celui de 2001 et 2006, et surtout, pour des raisons techniques, les tests statistiques de significativité des différences n'ont pas pu être réalisés.

Le premier constat de cette étude est le fort taux d'AM en Pf : 89% des enfants ont été allaités au moins un jour en 2011 (ils étaient 88% en 2006). Pour les enfants de moins de 12 mois, le taux d'AM est en croissance : il était de 34% en 1997, 49% en 2001, 50% en 2006, et il est de 56% en 2011. Parmi ces enfants allaités, 39% ont un AM exclusif ou prédominant (nourris au sein sans autre lait de substitution). En France métropolitaine, ces taux sont très en inférieurs à ceux de la Pf, 69% à la naissance en 2010, même s'ils augmentent régulièrement [6,7,8,9].

Si le taux d'AM à la naissance en Pf reste très élevé, l'arrêt de l'AM est rapide (69% des mères ont arrêté durant les 3 premiers mois en 2011, mais elles étaient 83% en 1997) alors qu'à priori les mères sont toujours en congé maternité pendant cette période, ce constat est identique en France métropolitaine [7,8,9].

Le second constat de cette étude est que l'AM complété prend le pas sur l'AM exclusif et prédominant chez les nourrissons de moins de 6 mois par rapport à 2006. La moitié des nourrissons (46%) allaités au moment de l'enquête est également nourrie avec du lait de substitution et ils sont en moyenne âgés de 4 à 5 mois. Que l'enfant soit nourri au sein ou au biberon, les mères respectent les consignes d'introduction des aliments semi-solides à

solides puisque l'âge moyen des enfants de l'échantillon qui en consomment est de 7,6 mois. Par contre, l'introduction des boissons sucrées est trop précoce et demeure inadaptée à l'alimentation des enfants de moins d'un an, l'âge moyen des enfants qui en reçoivent est de 5,8 mois. Enfin, les préparations de biberon à base de lait concentré sucré, pratique courante il y a quelques années, ne font quasiment plus partie de l'alimentation des nourrissons [10].

Les taux d'AM sont fortement corrélés au lieu de naissance et au lieu d'enquête : accoucher et élever son enfant dans une île semble favoriser l'AM. Comme dans les études précédentes, les taux d'AM ne sont pas liés au niveau socio-économique ni à l'âge de la mère, contrairement aux conclusions des études réalisées en France et en Europe [8,11,12].

La partie de l'étude sur les connaissances et les pratiques en matière d'AM et de sevrage a permis de mettre en évidence les points suivants :

- la grande majorité des mères interrogées connaissent les bienfaits de l'AM ; elles ont surtout retenu que le lait maternel protégeait leur enfant des maladies ;
- elles sont plus nombreuses à souligner le côté pratique et économique de l'AM ;
- les inconvénients les plus cités sont les « désagréments » physiques (douleur aux seins, fatigue) et la nécessité de respecter certaines règles d'hygiène alimentaire ;
- les mères interrogées estiment que l'alimentation (aliments et boissons) de la mère qui allaite ainsi que son état psychologique influence la quantité de lait produite.

Les informations sur la pratique de l'AM et ses bienfaits leur ont été principalement communiquées par des professionnels de santé, notamment durant le suivi de leur grossesse (9 femmes sur 10 ont été suivies durant leur grossesse). La sage-femme reste le professionnel de santé le plus cité dans ce domaine. La décision d'allaiter ou non est majoritairement prise avant même la grossesse, ce qui n'était pas le cas en 1997, cela témoigne de la bonne circulation des informations sur les bienfaits de l'AM. Ce choix est fortement influencé par l'entourage proche, le rôle de la famille et plus particulièrement du conjoint est favorable à l'AM, surtout lorsqu'il s'agit du premier enfant. Les mères qui ne souhaitent pas ou n'ont pas pu, allaiter leur enfant mettent en avant leur emploi ou des raisons médicales, le traitement suivi étant incompatible avec l'AM.

Cette étude montre un meilleur accompagnement des mères par les professionnels de la maternité lors de la pratique de l'AM, avec une aide portant essentiellement sur la façon de positionner correctement l'enfant. Ces professionnels de santé semblent plus impliqués et sont plus souvent cités pour les informations reçues notamment durant le suivi de la grossesse et pour le soutien à l'accouchement et en maternité. La place de la sage-femme, qu'elle soit rencontrée en consultation, lors de la préparation à l'accouchement, lors de l'accouchement ou durant le séjour à la maternité a fortement progressé depuis 1997, ce qui témoigne des efforts réalisés en matière de formation de ces dernières tant durant leurs études en Pf qu'au sein des structures.

Ces constats positifs sur l'information et les connaissances des mères sont à tempérer par le taux relativement faible de mise au sein dans la première heure après l'accouchement. Bien que celui-ci ait fortement progressé en 15 ans, 49% des mères ont mis leur enfant au sein moins d'une heure après avoir accouché, alors qu'elles

n'étaient que 20% en 1997. C'est au CHT que ce taux est le plus faible (46%), ce qui peut s'expliquer par le recrutement de cette maternité de niveau III, qui accueille donc les grossesses à haut risques de tout le pays. Alors que des progrès ont pu être observés dans le suivi de la grossesse, les pratiques hospitalières demeurent incohérentes avec la promotion de l'AM puisque la première mise au sein n'est pas assez précoce et le recours au biberon de complément, demandé principalement par le personnel de santé, demeure une pratique courante. Les principales raisons évoquées sont les mêmes qu'en 1997 : l'insuffisance de lait, la fatigue de la mère et l'état de santé de l'enfant. Dans l'ensemble, les mères sont plus nombreuses à avoir reçu de l'aide pour la première mise au sein qu'en 1997. La sage-femme reste le professionnel de santé le plus cité dans ce domaine. Les jeunes mères (20-25 ans) ont davantage reçu l'aide de leurs proches, alors que celles âgées de 35 à 39 ans sont plus nombreuses à avoir mis leur enfant au sein seule.

## 5. Conclusion

Cette enquête menée auprès de 830 femmes en Pf concernant l'AM et les pratiques de sevrage permet de conclure à :

- une meilleure connaissance des mères de la pratique de l'AM et de ses bienfaits ;
- une influence positive de l'entourage familial, surtout lorsqu'il s'agit du premier enfant ;
- un meilleur accompagnement des mères par les professionnels de santé, notamment au moment du suivi de la grossesse et durant le séjour en maternité ;
- une influence positive de l'information du public et de la formation des professionnels concernant le suivi prénatal et post natal ;
- une possible influence de la crise économique (gratuité du lait citée par 49% des mères) sur le choix de l'AM ;
- d'assez bonnes pratiques de diversification alimentaire qui débutent vers l'âge de 6 mois.

Néanmoins, les constats suivants ont été faits :

- l'AM complété par un lait de substitution prend le pas sur l'AM exclusif et prédominant chez les nourrissons de moins de 6 mois, dès le deuxième mois de vie de l'enfant ;
  - seule 1 mère sur 3 poursuit l'AM au-delà de 3 mois ;
  - seule une femme sur deux a pu mettre son enfant au sein moins d'une heure après l'accouchement ;
  - le biberon de complément dans les maternités est en recrudescence (on retrouve les chiffres de 1997 : 66% des enfants nés en Pf ont reçu un biberon de complément à la maternité).
- Au total, si certains objectifs du programme sont atteints ou proches de l'être, d'autres doivent encore faire l'objet d'actions de promotion forte :
- en 2011, 89% des femmes allaitent après l'accouchement (objectif : 80%) ;
  - le taux d'AM exclusif et prédominant est de 61% à 3 mois (objectif : 75%) ;

- le taux d'AM exclusif et prédominant est de 21% à 6 mois (objectif : 50%).

En 2010, pour les recommandations de la diversification alimentaire, le comité d'experts a choisi de cibler en priorité la ration alimentaire et le rythme des repas de l'enfant entre 6 mois et 3 ans, afin de prévenir l'apparition de surpoids voire d'obésité précoce [10].

Pour inciter les mères à pratiquer l'AM et ce au-delà de 3 mois, il pourrait être intéressant de communiquer davantage sur les différentes façons de se préparer (alimentation, préparation des seins, gestion du stress et de la fatigue) et les différentes mesures réglementaires qui existent en faveur de l'AM au travail.

Il est donc nécessaire de ne pas relâcher nos efforts dans le domaine de la promotion de l'AM auprès de la population et de poursuivre la formation des personnels de santé des maternités et des centres de naissance et de suivi des nourrissons.

## Références :

- [1] Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant – Durée optimale de l'alimentation au sein exclusive. OMS 2001.
- [2] De Onis M, Garza C, Onyango AW, Rolland-Cachera MF. Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Les standards de croissance de l'Organisation mondiale de la santé pour les nourrissons et les jeunes enfants. Arch Pediatr. 2009 ; 16(1) ; 47-53.
- [3] Bonnac Theron L, Guifford A, Mou Y. Enquête sur les habitudes alimentaires des nourrissons de moins de 1 an en Polynésie française. 1997. Direction de la Santé en Polynésie française.
- [4] Bonnac Theron L, Mou Y, N Guyen L. Enquêtes sur les pratiques d'allaitement maternel en 2001 en Polynésie française. Evolution entre 1997 et 2001. Direction de la Santé en Polynésie française.
- [5] Bonnac Theron L. Enquête sur les pratiques d'allaitement maternel en 2006 en Polynésie française. Evolution entre 2001 et 2006. Direction de la Santé en Polynésie française.
- [6] Castetbon K, Dupont N, Hercberg S. Bases épidémiologiques pour la surveillance de l'allaitement maternel en France. Rev Epidemiol Santé Publique. 2004 ; 52 (5) : 475-80.
- [7] Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Insem-U. 953. Paris : Insem : Dress : 2011 ; 132 p.
- [8] De Launay C, Salanave B, Deschamps V, Castetbon K. Epifane - Etude pilote 2010. Epidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie. Paris. Institut de veille sanitaire : 2011 ; 16p.
- [9] Salanave B, De Launay C., Castetbon K, Guerrisi C., Epifane. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane. France 2012. BEH 34 : 383-387.
- [10] Chouaraqui JP, Dupont C, Bocquet A, Bresson JL, Briand A, et al. Alimentation des premiers mois de vie et prévention de l'allergie. Arch Pediatr. 2008 ; 15 (4) : 431-42.
- [11] 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.
- [12] Siret V, Castel C, Boileau P, Castetbon K, Foix LL. Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart. Arch Pediatr. 2008 ; 15 (7) : 1167-73.

## Comité de rédaction

Bureau de Veille Sanitaire (BVS) : Tél. : 488 201 – [veille@sante.gov.pf](mailto:veille@sante.gov.pf)

Département des Programmes de Prévention (DPP) : Tél. : 488 200 – [secretariat.dpp@sante.gov.pf](mailto:secretariat.dpp@sante.gov.pf)