



Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie
École de Sages-femmes de Poitiers

Quels sont les déterminants dans le choix de l'allaitement mixte ?

Etude observationnelle transversale auprès de 611 femmes, réalisée sur les réseaux sociaux

Mémoire soutenu le 30/03/2023

Par Chloé GUERIN
Née le 17/12/2000

**En vue de l'obtention du diplôme d'État de Sage-Femme
Année 2023**

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame Julia DEPARIS, Sage-femme enseignante

Membres : Madame Sylvie Guinot, Sage-femme directrice de l'école de Sage-femme de Poitiers

Madame Charline AUZANNET, Sage-femme

Directrice de Mémoire : Vanessa POUPARD, Sage-femme enseignante



Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie
École de Sages-femmes de Poitiers

Quels sont les déterminants dans le choix de l'allaitement mixte ?

Etude observationnelle transversale auprès de 611 femmes, réalisée sur les réseaux sociaux

Mémoire soutenu le 30/03/2023

Par Chloé GUERIN
Née le 17/12/2000

En vue de l'obtention du diplôme d'État de Sage-Femme
Année 2023

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame Julia DEPARIS, Sage-femme enseignante

Membres : Madame Sylvie Guinot, Sage-femme directrice de l'école de Sage-femme de Poitiers

Madame Charline AUZANNET, Sage-femme

Directrice de Mémoire : Vanessa POUPARD, Sage-femme enseignante

Remerciements

Je souhaite remercier ma directrice de mémoire, Vanessa POUPARD, sage-femme enseignante, pour ses conseils et son soutien tout au long de la mise en œuvre du mémoire.

Je remercie Julia DEPARIS et Sonia PAPIN, sages-femmes enseignantes, pour leur sens critique, leur aide et leur expertise.

Je remercie aussi, Sylvie GUINOT, sage-femme, directrice de l'école de sage-femme de Poitiers, pour sa bienveillance, sa contribution et son écoute durant ces cinq années au sein de l'école.

Je remercie tout particulièrement Maëlle PETIT, sage-femme, qui m'a permis de croire en mon sujet de mémoire et m'a aidée à développer les premières ébauches de ce travail acharné avec des conseils précieux.

A mes collègues Auxiliaires de la Clinique du Fief de Grimoire, et en particulier Maëlle, qui m'a aidé dans la mise en place de mon étude avec bienveillance, toujours pleine de bons contacts.

Merci à toutes les mamans qui ont pris le temps de répondre au questionnaire et qui m'ont encouragée et envoyé beaucoup de force à travers leurs réponses.

A mes parents, qui n'ont jamais cessé de croire en moi et qui m'ont toujours approuvée dans mes choix et mes décisions. Une mention spéciale à ma maman, qui m'a toujours écoutée et soutenue dans ces cinq longues années d'études, et encore plus durant le périple du mémoire.

Je remercie Flavien CASTRO, pour son amour, son accompagnement et son soutien perpétuels tout au long de ma formation, sans qui je n'aurais pu devenir sage-femme. Merci à toi d'avoir sans cesse écouté mes déboires et mes doutes, et répondu avec réassurance.

Table des matières

1	GLOSSAIRE	5
2	INTRODUCTION	6
3	METHODE	8
	3.1 Objectifs	8
	3.2 Le schéma d'étude	8
	3.3 La population d'étude	8
	3.3.1 Les critères d'inclusion	8
	3.3.2 Les critères de non-inclusion	8
	3.3.3 Les critères d'exclusion	8
	3.4 L'outil de recueil	9
	3.5 Les critères de jugement	9
	3.6 L'analyse des données	10
	3.7 Aspects éthiques et réglementaires	10
4	RESULTATS	11
	4.1 Diagramme de flux	11
	4.2 Caractéristiques générales de la population d'étude	12
	4.3 Proportions dans les groupes	13
	4.4 Les facteurs de motivation d'un allaitement mixte initial	13
	4.5 Les facteurs de motivation d'un allaitement mixte secondaire	14
	4.6 Période de choix de l'allaitement mixte	15
	4.7 Niveau de connaissances sur l'allaitement mixte	16
	4.8 Rôle de la Sage-Femme dans l'information	17
	4.9 Soutien des femmes dans leur choix	18
	4.10 La durée d'allaitement mixte	18
	4.11 Impact de la reprise du travail	19
	4.12 La satisfaction des femmes concernant leur accompagnement	19
	4.13 La satisfaction des femmes concernant leur expérience de l'allaitement mixte	20
	4.14 Analyse complémentaire	20
	4.14.1 Durée du séjour à la maternité	20
	4.14.2 Conduite pratique de l'allaitement mixte	21
5	DISCUSSION	22
	5.1 Principaux résultats	22
	5.2 Les limites de l'étude	24
	5.3 Les points forts de l'étude	24
	5.4 Comparaison avec la littérature	25
	5.4.1 Choix du mode d'allaitement	25
	5.4.2 Place du père	26
	5.4.3 Introduction du lait artificiel	26
	5.4.4 Données concernant les prématurés	27
	5.4.5 Les déterminants	27
	5.4.6 VIH et stigmatisation	28
6	CONCLUSION	30
7	BIBLIOGRAPHIE	31
8	ANNEXES	34
	8.1 Annexe I : Flyer d'information	34
	8.2 Annexe II : Questionnaire	35
9	SUMMARY ET KEY WORDS	41
10	RESUME	43

1 Glossaire

- Amixte : Allaitement mixte
- Elfe : Étude longitudinale française depuis l'enfance
- ENP : Enquête Nationale Périnatale
- Epifane : Épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie
- Epipage-2 : Étude épidémiologique sur les petits âges gestationnels-2 : étude nationale prospective en population ayant inclus les naissances survenues en 2011 entre 22 et 34 semaines d'aménorrhée dans toutes les unités néonatales de 25 régions françaises
- HAS : Haute Autorité de Santé
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- SA : Semaines d'Aménorrhée
- SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
- UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance (agence de l'Organisation des Nations Unies consacrée à l'amélioration et à la promotion de la condition des enfants)

2 Introduction

Les recommandations de l'OMS et l'UNICEF préconisent un allaitement exclusif jusqu'à six mois et une poursuite de l'allaitement lors de la diversification alimentaire, jusqu'à deux ans. En France, le taux d'allaitement à six mois reste l'un des plus faibles en Europe, estimé à un enfant sur trois, et la durée de l'allaitement est de l'ordre de 10 semaines (1). En Europe, les taux d'allaitement maternel à 6 mois varient de 33% aux Pays-Bas à 82% en Norvège (2). L'OMS estime qu'environ 40% des nourrissons de 0 à 6 mois sont exclusivement nourris au sein dans le monde (3).

L'allaitement mixte, en France, consiste à donner quotidiennement du lait maternel associé à des préparations pour nourrisson (4).

Un complément est une quantité donnée de lait artificiel proposée en plus du lait maternel chez un enfant avant six mois.

En 2011, l'étude Elfe a étudié 18 000 enfants à la maternité. Le pourcentage d'allaitement était de 70,5%, dont 59,0% d'allaitement exclusif, et 11,5% d'allaitement mixte (5). L'étude Epifane menée en 2012 et 2013, s'est intéressée à l'alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie : à la naissance, 69,1% étaient allaités (60% exclusivement, 9,1% mixte). A six mois, seul un enfant sur quatre était encore allaité et plus de la moitié d'entre eux consommaient des préparations pour nourrissons en complément (3), (6).

Des résultats issus de l'étude Epifane rapportent que dès la première semaine de vie, 52 % des nourrissons allaités recevaient du lait artificiel. Selon l'étude, cette pratique à la maternité favorise l'abandon de l'allaitement maternel, sans pour autant l'adoption du mixte (6).

Plusieurs études ont montré que l'introduction de compléments entraînait un sevrage plus précoce. En Suède, Blomquist et al. ont analysé les pratiques d'alimentation en maternité chez 521 nouveau-nés. Pendant leur séjour en maternité, 69 % d'entre eux étaient exclusivement allaités et 31 % avaient reçu un biberon ou plus de lait maternel ou de substitut de lait (6). Cependant, il est également intéressant de noter que quand les compléments étaient donnés sur indication médicale, par exemple en cas de diabète maternel, leur utilisation n'était pas associée à une réduction de la durée de l'allaitement. Hill et al. ont mis en évidence que l'introduction précoce (durant la deuxième semaine) de biberons de substitut de lait était nettement associée à un sevrage plus rapide (6).

Dans une étude parisienne réalisée sur 134 mères en 2014 par E. Courtois et al. (7), à six mois, 15,7 % des mères allaitaient encore exclusivement. Pour les autres mères, l'introduction du

lait artificiel s'est faite dès la maternité pour 15,6 % d'entre elles, entre un et trois mois pour 20,9 % et entre trois et six mois pour 47,8 % des mères. Une mère sur quatre environ allaite jusqu'à six mois et très peu de mères allaitent exclusivement.

L'usage de compléments ainsi que l'allaitement mixte peuvent avoir d'autres conséquences : diminution de la fréquence des tétées, donc de la stimulation et de la vidange des seins. Cela accroît le risque d'engorgement, et à fortiori de mastite. La stase lactée peut entraîner une baisse de la production de lait, une interférence avec l'apprentissage de la succion au sein et risque de « confusion » sein-tétine. Cela réduit, mais n'annule pas l'efficacité de l'allaitement maternel exclusif : il y a moins de bénéfices sur le plan allergique et infectieux, secondaire aux modifications de la flore intestinale. (8).

Dans certains pays, la motivation est culturelle, on ne pratique pas le mixte pour les mêmes raisons (5), (9), comme les femmes originaires de l'Afrique du Nord. En Afrique, le taux d'allaitement exclusif est bas et la majorité des mères pratiquent l'allaitement mixte (10), ce qui semble naturel puisque culturel pour ces populations. Ndarukwa V et al. ont conclu après une étude incluant 1204 enfants au Zimbabwe, que l'initiation précoce de l'anti-rétrovirus diminue les taux d'infection Materno-foetale au VIH, associé à un allaitement exclusif. Ainsi, les femmes ont peur d'être stigmatisées, et allaitent exclusivement seulement dans leur pays lorsqu'elles sont infectées par le VIH, sinon elles pratiquent l'allaitement mixte (11).

En 2003, en France, Bonet et al. ont établi que l'allaitement exclusif est plus fréquent chez les femmes primipares, étrangères et de niveau d'études élevé (9). Mais qu'en est-il de l'allaitement mixte ? Très peu d'études ont été menées sur le sujet.

Nous souhaitons nous intéresser aux motivations des femmes qui choisissent l'allaitement mixte, et si telle était leur volonté initiale, afin de comprendre leur cheminement. Quels sont les facteurs déterminants dans le choix de l'allaitement mixte ? A quel moment ce type d'allaitement a été introduit et est-ce que les professionnels encadrant ces femmes sont incitatifs sur un allaitement mixte ? Il serait aussi intéressant de savoir si le libre choix de l'allaitement mixte au lieu d'une instauration suite à un échec de l'allaitement exclusif ne permettrait pas une poursuite plus longue de l'allaitement ainsi qu'un meilleur vécu.

3 Méthode

3.1 Objectifs

L'objectif principal était d'analyser les déterminants dans le choix de l'allaitement mixte. Secondairement, d'estimer la proportion de femmes pratiquant l'allaitement mixte l'ayant choisi initialement, ainsi que d'évaluer le moment où l'allaitement mixte a été introduit si cela s'est fait secondairement et pour quelles raisons. Comparer les durées d'allaitement mixte en fonction du choix, qu'il soit initial ou secondaire. Observer la satisfaction et le vécu des femmes à propos de leur allaitement mixte.

3.2 Le schéma d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale. L'inclusion s'est déroulée sur une période de 3 mois, entre le 17 avril et le 15 juillet 2022, après avoir effectué deux relances.

3.3 La population d'étude

Il s'agit d'une population de femmes de tout âge, ayant pratiqué un allaitement mixte au cours de leur vie.

3.3.1 Les critères d'inclusion

- Les femmes ayant pratiqué un allaitement mixte pour au moins un enfant
- Femme majeure sachant lire le français

3.3.2 Les critères de non-inclusion

- Les femmes ayant un enfant nourri avec du lait infantile uniquement
- Les femmes ayant un enfant nourri avec du lait maternel uniquement
- Le manque de compréhension de la langue française

3.3.3 Les critères d'exclusion

- Questionnaire incomplet

3.4 L'outil de recueil

Le recueil s'est fait par un questionnaire anonyme, en ligne sur Lime Survey, plateforme sécurisée, proposée par l'Université de Poitiers, qui s'engage à respecter les recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des libertés (CNIL), la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, ainsi que le règlement général sur la protection des données (RGPD). Le questionnaire ainsi sécurisé a pu ensuite être partagé via les réseaux sociaux. Il était composé de questions semi-fermées.

Il y a d'abord eu une phase de test sur 5 patientes afin de vérifier la pertinence et la compréhension du questionnaire, avec un flyer informatif en ligne.

Le questionnaire était composé de deux parties : la première concernait les renseignements généraux des mères, et la seconde interrogeait les patientes sur les caractéristiques de leur allaitement mixte.

3.5 Les critères de jugement

Les facteurs de motivation d'un allaitement mixte initial :

Les femmes ont été interrogées sur ce qui a motivé leur décision : leur soutien familial et celui des professionnels de santé, les pratiques culturelles, les connaissances sur le colostrum, la possibilité d'allaiter partout, l'envie de faire partager l'alimentation du nouveau-né avec les proches, leurs connaissances sur l'allaitement, les bienfaits.

Les facteurs de motivation d'un allaitement mixte secondaire :

Pour comprendre pourquoi elles ont changé d'avis et opté secondairement pour un allaitement mixte, il leur a été demandé leur satisfaction concernant leur accompagnement à la maternité, leur mode d'accouchement, le moment où elles ont introduit le premier biberon de lait artificiel et pourquoi, comme leur choix personnel, le fait que leur bébé soit hospitalisé, la fatigue, l'impression que le bébé n'est pas rassasié, une prise médicamenteuse, les conseils d'un professionnel, la pression de la prise de poids avant la sortie, le baby blues, l'influence de leur entourage, la montée de lait, certaines complications de l'allaitement : crevasses, engorgement.

Le moment où a été introduit l'allaitement mixte :

Il a été demandé aux femmes si elles ont pratiqué l'allaitement mixte dès la naissance, à la maternité, ou à domicile et l'âge de leur enfant lors du changement si c'était un relais.

La durée d'allaitement mixte :

Les femmes ont été questionnées sur la durée réalisée de leur allaitement mixte.

La satisfaction, le vécu des femmes concernant leur accompagnement durant la pratique de l'allaitement mixte :

Il leur a été demandé leur niveau de connaissances selon elles, et sur quoi elles ont été informées, par qui elles ont eu des informations (cours de préparation à la naissance, internet, amis, livres), leur niveau de satisfaction à propos des conseils et de l'accompagnement à la maternité et leur vécu général à posteriori.

3.6 L'analyse des données

Les variables quantitatives ont été présentées par leurs moyennes, leurs écarts types et leurs valeurs extrêmes. Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectifs et leurs pourcentages.

Les logiciels d'analyse utilisés étaient Epi info 7 et Microsoft Excel.

3.7 Aspects éthiques et réglementaires

Les données collectées ont été traitées selon les recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et la loi « Informatique et Libertés ».

Seuls les sujets désirant participer à l'étude ont rempli le questionnaire après avoir bénéficié d'une information éclairée présente sur le flyer en ligne, portant sur :

- L'identité du responsable du traitement des données ;
- L'objectif de la collecte d'informations ;
- Le caractère non obligatoire de la participation à l'étude ;
- Les destinataires des informations, c'est-à-dire les lecteurs de ce mémoire, s'intéressant aux motivations des femmes pratiquant l'allaitement mixte.

La plateforme Lime Survey a présenté un questionnaire anonyme et sécurisé. Le retour du questionnaire complété par le sujet faisait office de consentement pour participer à l'étude.

4 Résultats

4.1 Diagramme de flux

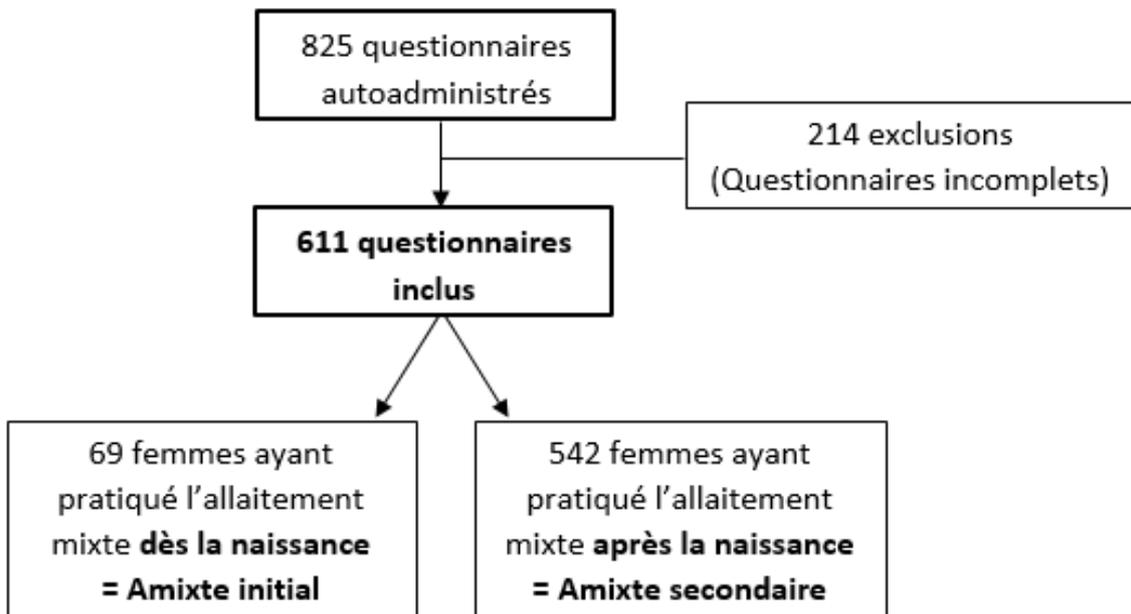


Figure 1 : Flow chart

4.2 Caractéristiques générales de la population d'étude

Tableau I : Caractéristiques générales de l'échantillon

Caractéristiques des mères	Effectif (n = 611)	Proportion (%)
Age (moyenne +/- ET, médiane, [min-max]) en années)	32.28 +/- 6.03	32 [19-65]
Origine		
France Métropolitaine	510	83.47
France des DOM TOM	10	1.63
Europe hors France	56	9.17
Asiatique	3	0.49
Afrique du Nord	12	1.96
Afrique Noire	8	1.31
Américaine	12	1.96
Diplôme		
Etudes supérieures	431	70.54
Bac	111	18.17
Brevet, BEP, CAP	61	9.98
Sans diplôme	8	1.31
Travail		
Employée	289	47.30
Cadre/Cheffe d'entreprise	167	27.33
Profession intermédiaire	58	9.49
Ouvrière	10	1.64
Etudiante	8	1.31
Sans emploi	79	12.93
Mode d'allaitement reçu dans l'enfance		
Allaitement artificiel	296	48.52
Allaitement maternel exclusif	174	28.52
Allaitement mixte	96	15.74
Ne sait pas	44	7.21
Parité		
1	307	50.25
2	195	31.91
3	74	12.11
4	26	4.26
5	6	0.98
6 ou plus	3	0.49
Expérience d'allaitement antérieure (n=228 car parité>1)		
Allaitement maternel exclusif	114	50.00
Allaitement mixte	89	39.04
Allaitement artificiel	25	10.96

4.3 Proportions dans les groupes

Nous avons choisi de répartir les femmes de notre population selon deux groupes : les femmes ayant choisi de pratiquer un allaitement mixte dès la naissance (**groupe 1**, n = 69 femmes) et celles dont le choix s'est fait plus tard, à la suite d'un changement dans le mode d'alimentation de leur enfant (**groupe 2**, n = 542 femmes). Dans cette étude, il y avait donc 11.29% de femmes ayant choisi un allaitement mixte initial pour leur nouveau-né.

Les déterminants dans le choix de pratiquer un allaitement mixte ont été classés par thèmes :

- Le point de vue maternel, souhaits, peurs et vécu
- La vie de famille
- Les « croyances populaires »
- La vie quotidienne
- Pathologies de l'enfant

4.4 Les facteurs de motivation d'un allaitement mixte initial

Tableau II : Les déterminants dans le choix de l'allaitement mixte mis en place dès la naissance

Déterminants		Effectif (n)	Proportion (%)
Point de vue Maternel : souhaits, peurs, vécu	Plus facile de donner un biberon quand la maman est fatiguée	14	20,29
	Peur de la douleur, des crevasses	3	3.35
	Ne pas avoir son bébé constamment au sein	2	2,90
	Mauvaise expérience d'un allaitement antérieur	2	2.90
	Stress	1	1,45
Vie de famille	Pouvoir laisser donner des biberons à ses proches	32	46,38
	Conjoint réticent à l'allaitement maternel exclusif	6	8.70
	"Ma mère a fait ça pour moi"	1	1.45
	Tradition familiale	0	0.00
	Peur d'un impact sur la sexualité du couple	0	0.00
« Croyances populaires »	Peur du regard des gens, du jugement en allaitant en public	8	11.59
	Pense que pour un enfant, avoir les deux, c'est mieux	4	5.80
	Imposé par l'équipe car grossesse gémellaire	3	3.35
	Plus facile quand ce sont des jumeaux	2	2.90
	"Au début on n'a pas de lait"	1	1,45
Vie quotidienne	Pouvoir faire garder son enfant	28	40,58
	Pratique, faisable partout où l'on va	17	24.64
	Habituer son nouveau-né à la tétine en vue de la reprise du travail	5	7.25
	Pas envie d'utiliser un tire lait	3	3.35
	Quantité de lait recueillie au tire lait insuffisante	1	1.45
	Prolonger l'allaitement maternel après la reprise du travail	1	1.45
Pathologie du nouveau-né	Fente Labio-Palatine	2	2.90
	Peur qu'il ne prenne pas assez de poids	1	1.45
	Hypotrophie	1	1,45

4.5 Les facteurs de motivation d'un allaitement mixte secondaire

Tableau III : Les déterminants dans le choix de donner le premier biberon de lait artificiel

Déterminants		Effectif (n)	Proportion (%)
Point de vue Maternel : souhaits, peurs, vécu	Fatigue	101	18,63
	Montée de lait pas encore en place à la maternité	59	10,89
	Césarienne/Ventouse/Forceps	48	8,86
	"C'est mon choix, je l'ai décidé"	39	7,20
	Douleurs mammaires	38	7,01
	Diabète	13	2,40
	Mauvais accompagnement	7	1,26
	Hospitalisation/Opération maternelle/Complication du post partum	4	0,68
	Mastite/Galactocèle/Abcès	2	0,34
	Stress/événement traumatique	2	0,34
Prothèses mammaires	1	0,18	
Vie de famille	Reprise du travail	134	24,72
	Sevrage	48	8,86
	Pouvoir confier son enfant à une assistante maternelle	12	2,16
	Nouveau-né constamment au sein	3	0,54
	Garde alternée	1	0,18
Ressenti maternel	Nouveau-né qui s'énerve au sein	56	10,33
	Pouvoir sortir de la maternité	8	1,44
	Impression qu'il n'est pas rassasié	4	0,72
	"Refus du sein"	1	0,18
	Manque de confiance, peur d'une mauvaise prise de poids	1	0,18
Vie quotidienne	Insuffisance de lait	89	16,42
	Jumeaux ou triplés	66	12,18
	Besoin de beaucoup stimuler à chaque tétée	62	11,44
	Conseils de professionnels : Pédiatre, Sage-Femme	11	1,98
	Pouvoir faire participer ses proches	9	1,62
	Pleurs	7	1,26
	Soirées arrosées	1	0,18
Pathologie du nouveau-né	Perte importante de poids du nouveau-né	116	21,40
	Succion inefficace	100	18,45
	Hypotrophie/Macrosome	81	14,94
	Pathologie ou hospitalisation	64	11,81
	Peu de prise de poids, incitation de l'entourage	5	0,86
	Fente labio-palatine	5	0,86
	Frein de langue	4	0,72
	Accouchement prématuré	4	0,72

Tableau IV : Les déterminants du changement de mode d'allaitement vers le mixte

Déterminants		Effectif (n)	Proportion (%)
Point de vue Maternel : souhaits, peurs, vécu	Fatigue	150	27,68
	Complications de l'allaitement : crevasses, engorgement	79	14,58
	Douleurs	50	9,23
	Baby blues	36	6,64
	Prise de médicament	15	2,77
	Opération/Hospitalisation	3	0,55
	Femme seule	1	0,18
	Stress qui a fortement diminué la lactation	1	0,18
Vie de famille	Organisation au retour à domicile	29	5,35
	Sevrage	29	5,35
	Proximité, relation avec son enfant	22	4,06
	Pouvoir le confier à une assistante maternelle	8	1,48
	Partager avec papa les moments avec bébé	3	0,55
	Avoir plus de liberté	3	0,55
Ressenti maternel	Impression qu'il n'est pas rassasié	137	25,28
	Peur d'une mauvaise prise de poids	105	19,37
Vie quotidienne	Conseils d'un professionnel	102	18,82
	Discours des professionnels discordants	86	15,87
	Influence de l'entourage, jugement sur le choix	64	11,81
	Manque de temps pour tirer son lait	3	0,55
	Absences quotidiennes (rdv, courses)	3	0,55
	Pleurs du soir	1	0,18
	Besoin du sein entre les biberons	1	0,18
Pathologie du nouveau-né	Pathologie de l'enfant	48	8,86
	Reflux gastro-œsophagien : lait épaissi	2	0,37
	Obligation par l'équipe de Néonatalogie pour RAD	1	0,18

4.6 Période de choix de l'allaitement mixte

Tableau V : La période de choix d'un allaitement mixte dès la naissance

Période de choix Amixte initial	Effectif (n = 69)	Proportion (%)
Avant la grossesse	21	30,43
Pendant la grossesse	43	62,32
A la naissance	5	7,25

Tableau VI : La période de mise en place d'un allaitement mixte secondaire

Période de mise en place Amixte Secondaire	Effectif (n = 542)	Proportion (%)
Pendant le séjour à la maternité	155	28,60
Deux premières semaines de vie	57	10,52
3 semaines/1mois de vie	103	19,00
Au moment de la reprise du travail	133	24,54
Au moment de la diversification alimentaire (4-6mois)	51	9,41
Après 6 mois	43	7,93

4.7 Niveau de connaissances sur l'allaitement mixte

Une des questions demandait aux femmes d'évaluer leurs connaissances sur l'allaitement mixte avant la naissance de leur enfant, sur une échelle de 1 à 5, correspondant respectivement à pas du tout informée et très bien informée.

Dans le groupe d'allaitement mixte initial, la moyenne était de 3.07 +/-1.22 (mode/médiane=3). Dans le groupe d'allaitement mixte secondaire, la moyenne était de 2.17 +/-1.30 (médiane=2, mode=1)

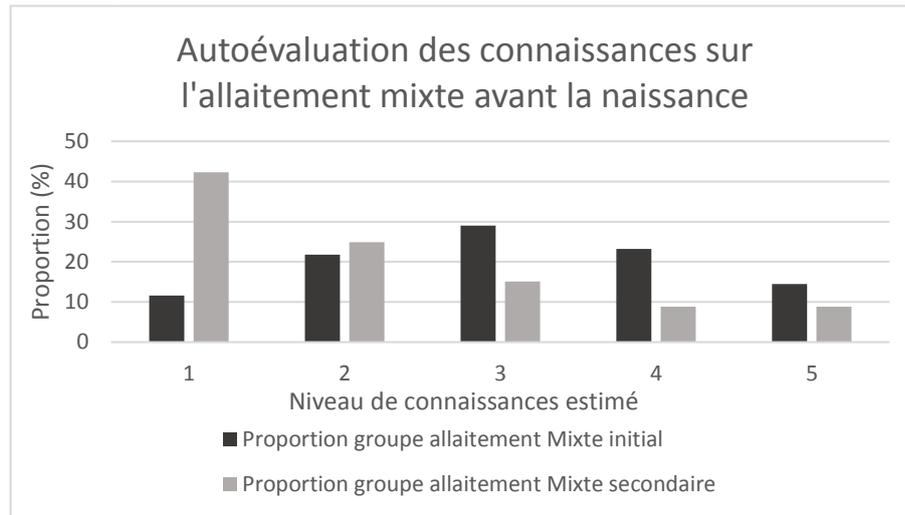


Figure 2 : Autoévaluation des connaissances sur l'allaitement mixte avant la naissance

Il leur a été demandé par la suite sur quoi elles étaient informées et comment elles l'ont été.

Tableau VII : Les connaissances des femmes avant l'accouchement

Connaissances antérieures	Effectif AMixte initial (n=69)	Proportion AMixte initial (%)	Effectif AMixte secondaire (n=542)	Proportion AMixte secondaire (%)
Bienfaits de l'allaitement	66	95,65	511	94,28
Colostrum	58	84,06	408	75,28
Positions d'allaitement	51	73,91	346	63,84
Montée de lait	45	65,22	334	61,62
Accessoires Allaitement	43	62,32	325	59,96
Préparation des biberons	43	62,32	253	46,68
Rythme des tétées au sein	40	57,97	273	50,37
Lavage des biberons	37	53,62	213	39,30
Prévention, traitement des crevasses	36	52,17	245	45,20
Evolution du lait	35	50,72	231	42,62
Signes d'efficacité d'une tétée	33	47,83	213	39,30
Rythme des biberons	30	43,48	184	33,95
Aucune information	1	1,45	27	4,98

Tableau VIII : Sources d'information sur l'allaitement Mixte

Information grâce à :	Effectif Amixte initial (n=69)	Proportion Amixte initial (%)	Effectif Amixte secondaire (n=542)	Proportion Amixte secondaire (%)
Pros de santé	41	59,42	303	55,90
Internet	40	57,97	239	44,10
Réseaux sociaux	28	40,58	262	48,34
Livres	17	24,64	64	11,81
Amis	14	20,29	54	9,96
Famille	11	15,94	51	9,41
Télévision	5	7,25	11	2,03

Parmi les femmes informées par un professionnel de santé, on a retrouvé, les deux groupes confondus :

Tableau IX : Représentation des professionnels de santé dans l'information sur l'allaitement mixte, exclusif ou artificiel

Professionnels de santé	Effectif total (n=611)	Proportion (%)
SF Libérale	391	63,95
SF Maternité	381	62,32
Auxiliaire Puériculture Maternité	171	27,91
Puéricultrice Maternité	147	24,13
Pédiatre	128	20,93
PMI	114	18,60
Médecin Généraliste	80	13,08
Gynécologue	27	4,36
Pharmacie	20	3,20

4.8 Rôle de la Sage-Femme dans l'information

Tableau X : Information faite lors des cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité

Cours PNP	Sujet abordé	Effectif Amixte initial (=69)	Proportion AMixte Initial (%)	Effectif Amixte secondaire (n=542)	Proportion AMixte Secondaire (%)	P-Value
	Allaitement maternel	43	62,32	370	68,27	0.194
	Allaitement artificiel	15	21,74	111	20,48	0.456
Oui	Allaitement mixte	29	42,03	80	14,76	<0.001
	Sujet de l'alimentation non abordé	5	7,25	71	13,10	0.112
	Non	11	15,94	99	18,27	0.389

4.9 Soutien des femmes dans leur choix

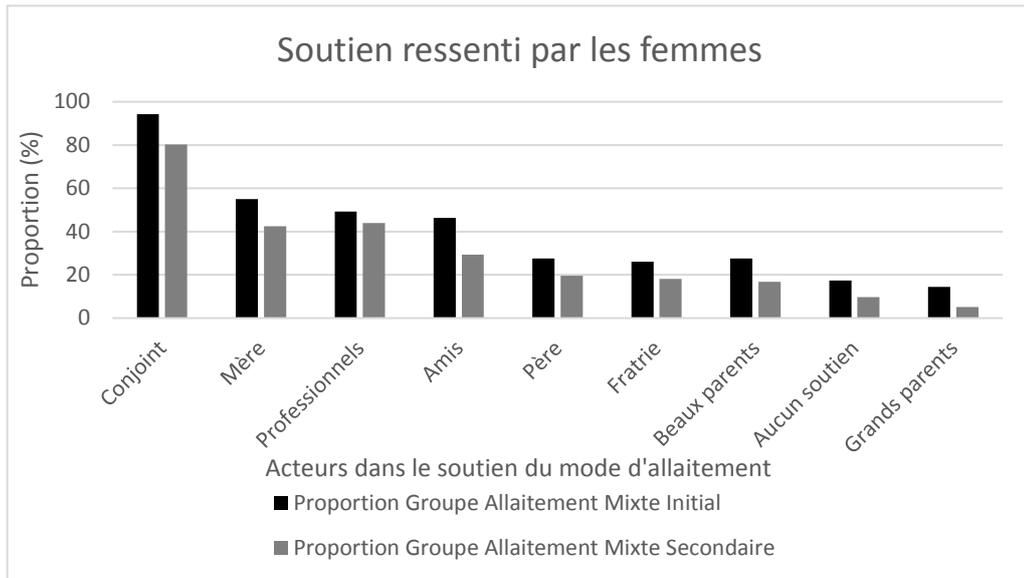
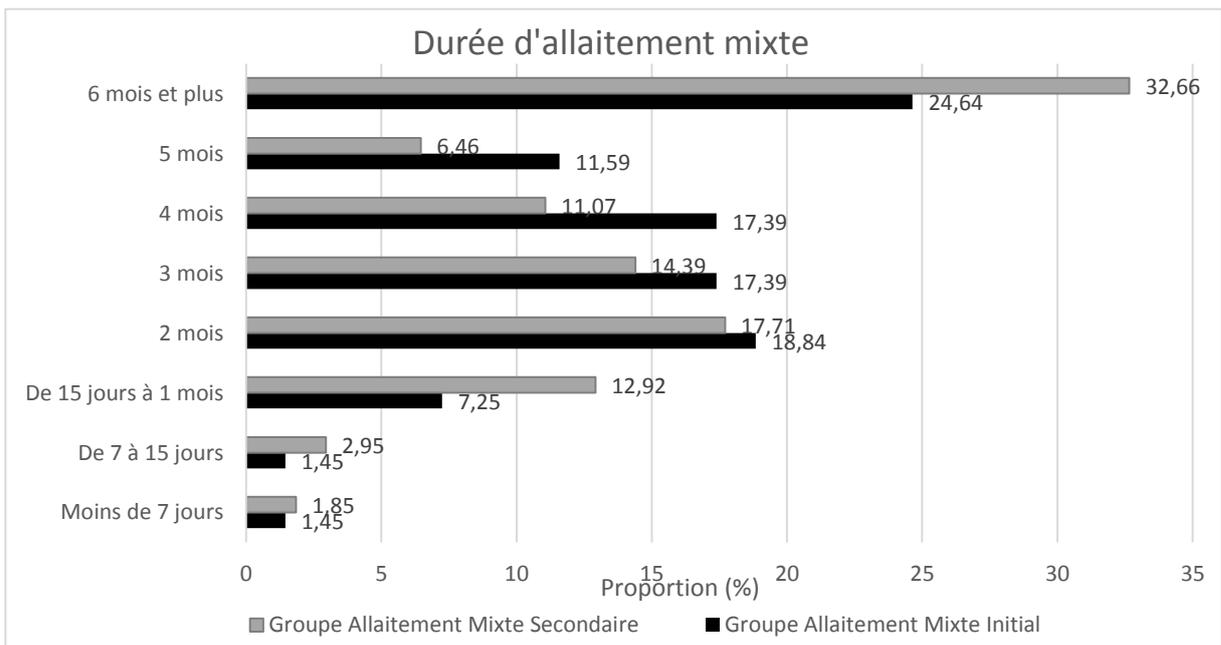


Figure 3 : Soutien de l'entourage ressenti par les femmes

4.10 La durée d'allaitement mixte



*Pour chacune des durées d'allaitement mixte, $p > 0.05$, pas de différence significative

Figure 4 : Durée de l'allaitement mixte effectué

4.11 Impact de la reprise du travail

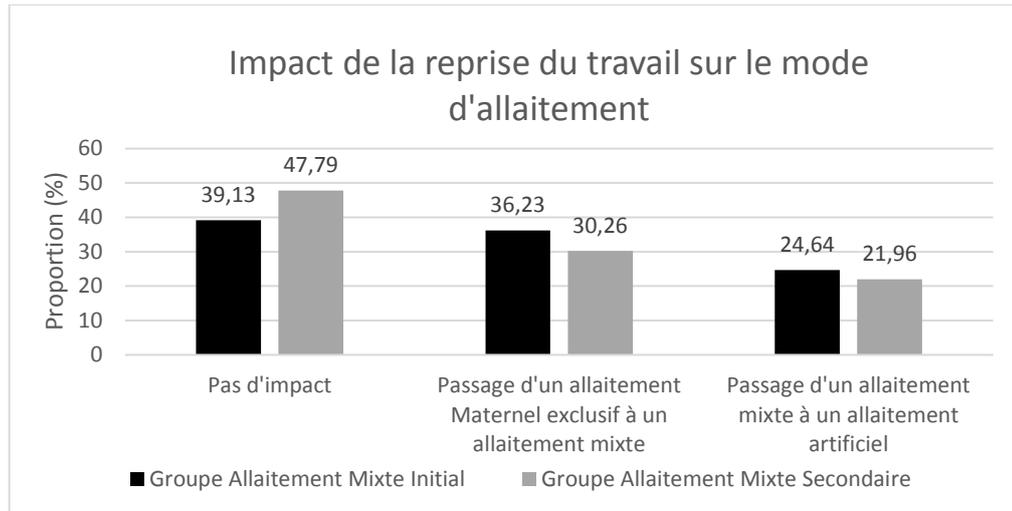


Figure 5 : Impact de la reprise du travail sur le mode d'allaitement

On a observé une grande proportion du groupe ayant pratiqué un allaitement mixte dès la naissance, ayant répondu « passage d'un allaitement Maternel exclusif à un allaitement Mixte ». Cela s'est expliqué par le fait qu'elles ont commencé par un allaitement mixte le temps de prendre leurs marques et d'apprendre à connaître leur nouveau-né, puis sont passées à un allaitement maternel exclusif. Elles ont ensuite repris le travail en réadoptant l'allaitement mixte.

4.12 La satisfaction des femmes concernant leur accompagnement

Dans une question, il était demandé aux femmes d'évaluer leur accompagnement et les conseils reçus à la maternité, sur une échelle de 1 à 5, correspondant respectivement à pas du tout soutenue et très bien soutenue.

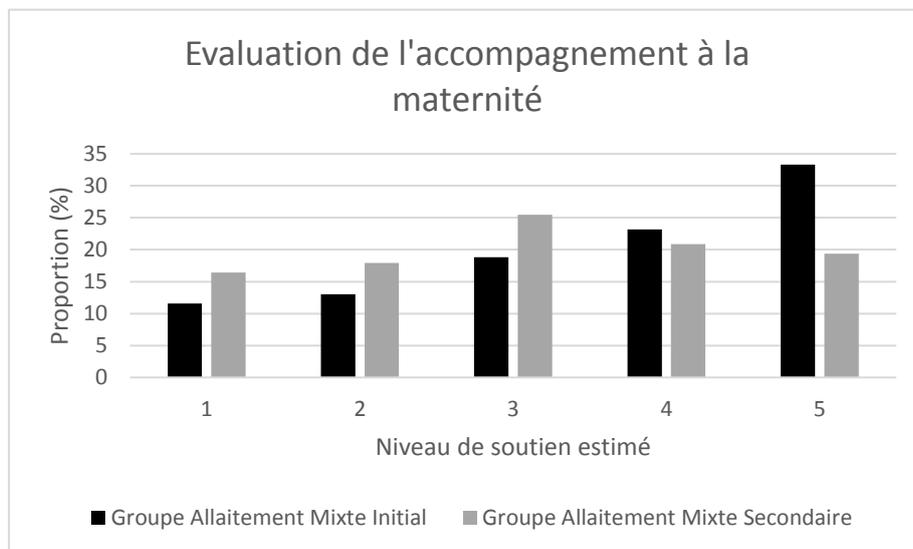


Figure 6 : Evaluation de l'accompagnement à la maternité

Dans le groupe d'allaitement mixte initial, la moyenne était de 3.54+/-1.38 et le mode à 5. Dans le groupe d'allaitement mixte secondaire, la moyenne était de 3.09+/-1.35 et le mode à 3.

4.13 La satisfaction des femmes concernant leur expérience de l'allaitement mixte

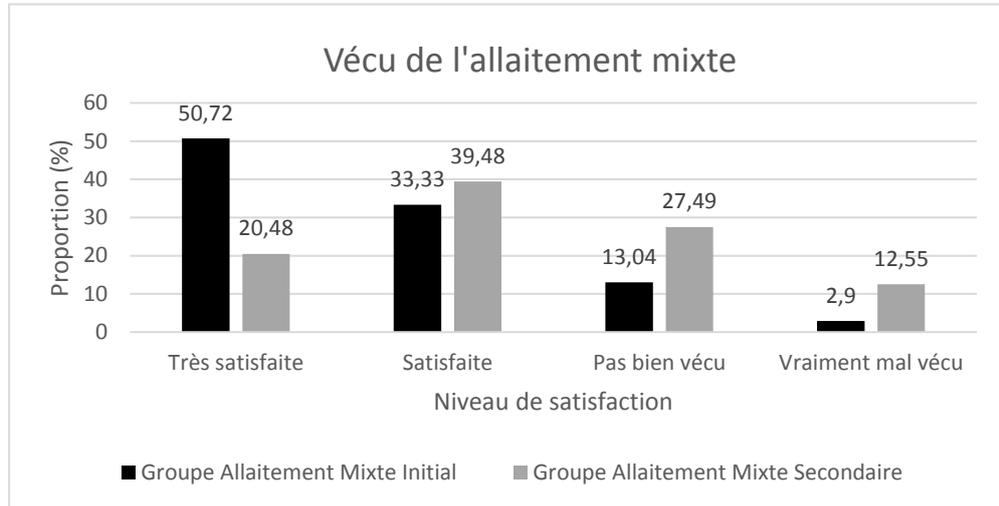
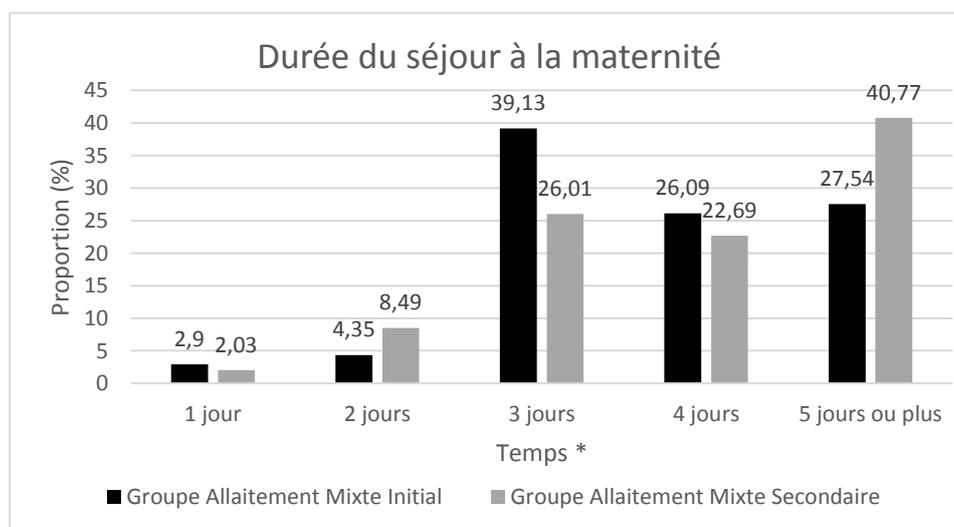


Figure 7 : Vécu de sa pratique de l'allaitement mixte

À la question « Si c'était à refaire, est-ce que je choisirais le même mode d'allaitement ? », 84.06% des femmes du groupe d'allaitement mixte initial ont répondu positivement, contre 57.38% des femmes du groupe d'allaitement mixte secondaire ($p < 0.001$).

4.14 Analyse complémentaire

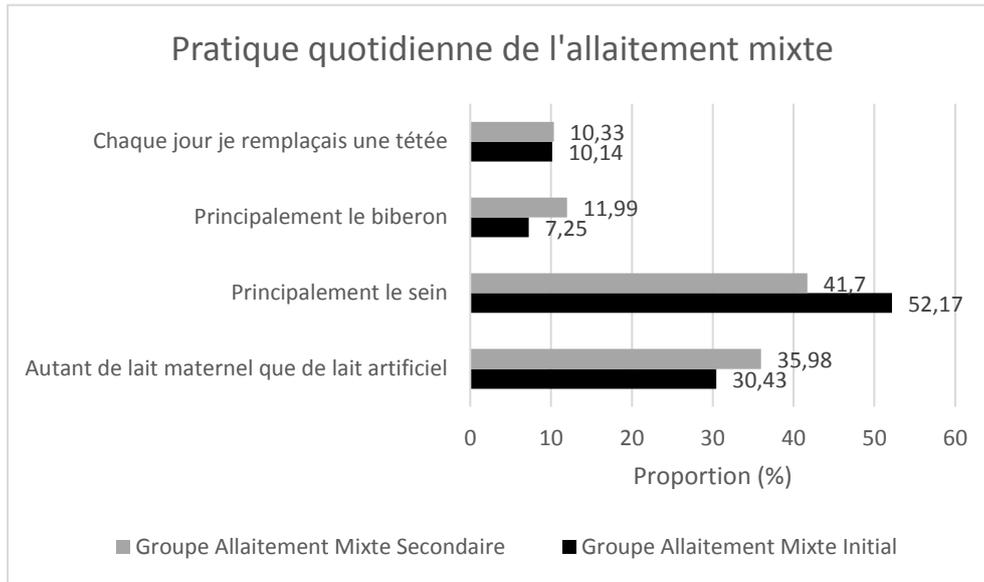
4.14.1 Durée du séjour à la maternité



*Pour chacune des durées de séjour, $p > 0.05$, pas de différence significative

Figure 8 : Durée du séjour à la maternité

4.14.2 Conduite pratique de l'allaitement mixte



*Pour chacune des durées de séjour, $p > 0.05$, pas de différence significative

Figure 9 : Pratique quotidienne de l'allaitement mixte

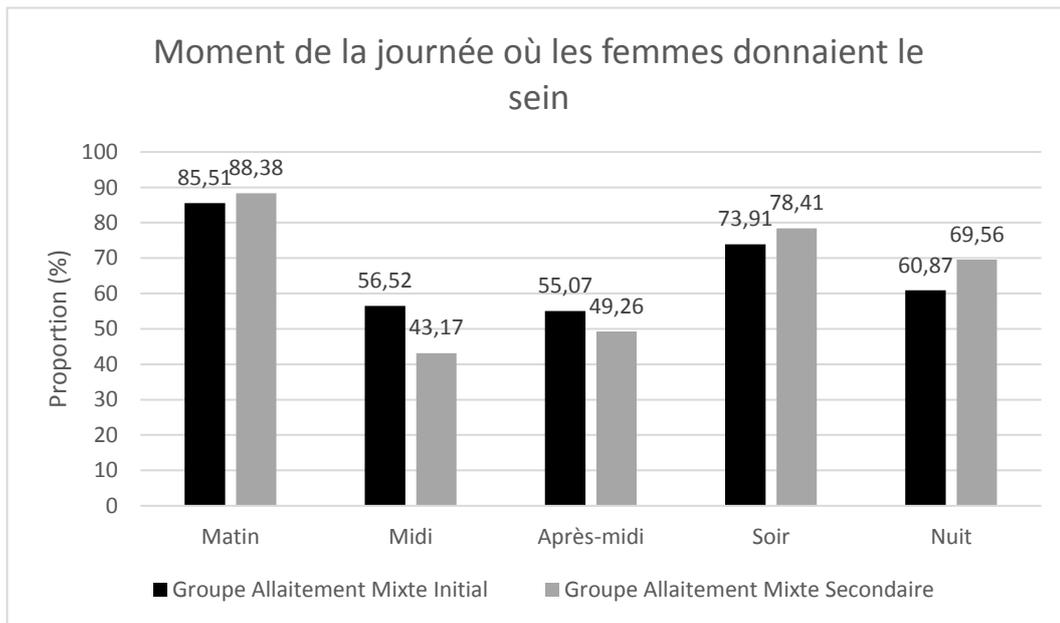


Figure 10 : Moment de la journée où les femmes donnaient le sein

5 Discussion

5.1 Principaux résultats

Parmi les 611 femmes incluses dans cette étude, il y avait 11.29% (n=69) de femmes ayant choisi un allaitement mixte initial pour leur nouveau-né. Les principaux déterminants dans le choix de l'allaitement mixte dès la naissance étaient : le fait de pouvoir laisser donner des biberons à ses proches ; de pouvoir faire garder son enfant ; une question pratique, faisable partout où l'on va ; de donner un biberon quand la fatigue est présente ; la peur du regard des gens, et du jugement en cas d'allaitement dans un lieu public.

Les principaux déterminants dans le choix de donner le premier biberon observés dans cette étude étaient : lors de la reprise du travail ; en cas de perte de poids importante du nouveau-né ; la fatigue ; des difficultés de succion ; l'insuffisance de lait et les allaitements dans un contexte de naissances multiples.

Les principaux déterminants dans le choix de l'allaitement mixte secondaire dans cette étude étaient : la fatigue, l'impression que le nouveau-né n'est pas rassasié, la peur d'une mauvaise prise de poids, en lien avec les conseils d'un professionnel et les complications de l'allaitement (crevasses, engorgement).

Lorsque les femmes ont fait le choix d'un allaitement mixte secondairement, elles l'ont introduit pour 58.12% (n=315) dans le premier mois (dont 28,6% (n=155) à la maternité), pour 24.54% (n=133) lors de la reprise du travail et pour 17.34% (n=94) après quatre mois. Nous pouvons noter que plus de 40% (n=221) de ces femmes sont restées cinq jours ou plus à la maternité.

Au niveau de la durée de l'allaitement mixte, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes. Cependant, les variables n'étaient pas réparties de manière identique : dans le groupe d'allaitement mixte initial, 24.64% (n=17) des femmes l'ont pratiqué jusqu'à 6 mois et plus. Dans le groupe d'allaitement mixte secondaire, elles étaient 32.66% (n=177). Ce groupe avait la particularité d'être celui où il y avait le plus d'arrêt de l'allaitement avant 1 mois (17.72% (n=96) versus 10.15% (n=7) dans le groupe 1), mais aussi où il y avait le plus de femmes qui ont continué après 6 mois.

Dans notre étude, le groupe d'allaitement mixte initial était en général bien informé avant de commencer ce mode d'alimentation, avec une autoévaluation moyenne de 3.07/5 et un mode à 3, contrairement au groupe d'allaitement mixte secondaire, peu informé : 2.17/5 de moyenne avec un mode à 1. L'état des connaissances avant la naissance a renforcé notre

précédente observation : les femmes ayant choisi un allaitement mixte initial sont les plus informées, que ce soit sur la pratique courante de l'allaitement maternel ou artificiel.

En général, leur source principale d'information était les professionnels de santé (notamment les Sages-Femmes libérales et hospitalières et les auxiliaires de puériculture) et Internet. Cette étude a aussi montré que lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, l'allaitement mixte était peu abordé, et l'était significativement plus chez les femmes ayant choisi le mixte initialement (42.03% (n=29) versus 14.76% (n=80) dans le groupe AMixte secondaire, $p < 0.001$).

Les moments de la journée où les femmes allaient étaient en proportion sensiblement les mêmes dans les deux groupes : principalement le matin (85.51 % (n=59) des femmes du groupe 1 et 88.38% (n=479) du groupe 2) et le soir (respectivement 73.91% (n=51) et 78.41% (n=525), mais pour plus de la moitié des femmes de l'étude, c'était à tout moment du jour et de la nuit.

Les acteurs dans le soutien du choix de l'allaitement mixte étaient relativement les mêmes dans les deux groupes, mais nous avons observé que les femmes qui ont choisi un allaitement mixte initial se sentent globalement plus soutenues. Dans cette étude, les femmes pratiquant un allaitement mixte, qu'il soit initial ou secondaire, donnaient quotidiennement à leur enfant plus souvent du lait maternel que du lait artificiel (52.17% (n=36) du groupe 1 versus 41.70% (n=226) du groupe 2 donnaient principalement le sein).

Concernant le vécu des femmes, nous avons pu observer qu'elles étaient en général plus satisfaites de leur accompagnement à la maternité dans le groupe 1 : la moyenne était de 3.54+/-1.38 et le mode à 5 (échelle de 1 à 5 où 5 = très satisfaite). Dans le groupe d'allaitement mixte secondaire, les femmes se sentaient en général moins bien accompagnées, avec une moyenne de 3.09+/-1.35 et le mode à 3.

De plus, en moyenne, les femmes ayant choisi un allaitement mixte initial en étaient plus satisfaites que les femmes l'ayant adopté secondairement (84,05%, n=58 vs 59,96%, n=325) : la majorité des femmes du premier groupe étaient très satisfaites de cette expérience (50.72%, n=35), contre moins d'un quart du deuxième groupe (20.48%, n=111), et étaient significativement plus fréquemment prêtes à refaire un allaitement mixte pour un autre enfant (84.06% (n=58) groupe 1, versus 57.38% (n=311) groupe 2, $p < 0.001$). Nous pourrions nous demander si l'amélioration de la satisfaction jouerait un rôle dans la diminution de la dépression du post partum et le risque de suicide, deuxième cause de mort maternelle en France en 2015 (12).

5.2 Les limites de l'étude

Un biais de sélection a été occasionné par la diffusion sur les réseaux sociaux. En effet, le questionnaire était en français et concernait les femmes ayant accès à internet et aux réseaux sociaux. Nous n'avons donc pas pu toucher les populations plus précaires ou étrangères (13), (14). Cela nous a donc empêché d'avoir un échantillon représentatif de la population des femmes ayant déjà eu au moins 1 enfant, notamment au niveau de la catégorie socio-professionnelle selon les chiffres de l'INSEE (15), (16). Nous aurions pu produire le questionnaire sous une autre forme afin de le distribuer dans les cabinets libéraux ou les différentes antennes de PMI.

Nous avons obtenu un effectif conséquent de femmes ayant pratiqué un allaitement mixte secondairement par rapport à celui des femmes l'ayant expérimenté dès la naissance ($n = 542$ versus $n = 69$). Nous pouvons supposer que ce soit en lien avec la publication de l'étude sur les groupes Facebook de soutien et de partages d'expériences d'allaitement.

La diffusion sur internet ne nous permettait pas de quantifier les personnes refusant de répondre au questionnaire.

Un biais de mémorisation est aussi présent dans cette étude car les patientes étaient interrogées sur l'allaitement mixte expérimenté au cours de leur vie, qu'il soit récent ou non.

5.3 Les points forts de l'étude

Le partage de l'étude sur les réseaux sociaux a permis de diffuser l'étude dans toute la France et former un échantillon de 611 femmes, qui est un effectif conséquent.

Cette étude était novatrice car, centrée sur l'allaitement mixte, elle a permis de mettre en avant les différents déterminants dans le choix initial et secondaire du mixte, et de recueillir ensuite le vécu des femmes, ce qui était peu retrouvé dans la littérature. En effet, nous avons rencontré des difficultés dans la recherche bibliographique, car peu d'études s'intéressaient à ce sujet. Ces dernières se déroulaient peu sur le territoire français, et les conclusions obtenues étaient dépendantes du contexte culturel, social et sanitaire du pays dont il était question (17), (18).

Cela a permis aux femmes de se questionner sur leurs connaissances à propos de l'allaitement en général. Le fait de les avoir questionnées sur leurs connaissances a permis de recueillir le vécu des femmes concernant l'accompagnement des professionnels de santé et l'information qui leur est donnée.

5.4 Comparaison avec la littérature

5.4.1 Choix du mode d'allaitement

D'après le rapport 2021 de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) réalisée auprès de 12 723 femmes, le taux d'allaitement maternel lors du séjour à la maternité n'a que peu augmenté depuis la précédente enquête ; 56,3% des femmes allaitent exclusivement leur enfant en 2021 contre 54,6% en 2016. De même pour l'allaitement mixte elles étaient 13,4% à réaliser un allaitement mixte contre 12,5% en 2016. Selon le rapport de l'ENP, « le mode d'allaitement effectif est en deçà du mode d'allaitement initialement choisi, puisqu'avant l'accouchement elles étaient 64,8% à souhaiter un allaitement exclusif et 8,5% un allaitement mixte » (19).

La part des femmes de nationalité étrangère accouchant en France métropolitaine a légèrement augmenté entre 2016 et 2021, passant de 14,1 % à 15,8%. Le principal groupe de femmes étrangères en 2021 est composé des femmes d'Afrique du Nord (5,4%), comme en 2016, puis des femmes d'autres pays d'Afrique et d'Europe (19). Ces données correspondent à celles de notre étude qui incluait 14,9% (n=91) de femmes non originaires de France Métropolitaine ou DOM TOM.

Dans l'étude de M. Bonet sur la situation dans les maternités françaises en 2003, l'allaitement exclusif et mixte étaient plus fréquents chez les femmes primipares, étrangères et de niveau d'études élevé. La nationalité étrangère avait une influence plus forte sur l'allaitement mixte que sur l'allaitement exclusif (Odds Ratio ajusté = 9,9 versus 5,2 (exclusif) pour les femmes d'Afrique du Nord). Le niveau d'études supérieur au baccalauréat jouait un rôle plus important sur l'allaitement exclusif (ORa = 2,5) que sur l'allaitement mixte (ORa = 1,8). L'allaitement maternel était plus fréquent en Île-de-France, dans l'Est, le Centre-Est et en région Méditerranée, avec des variations plus marquées pour l'allaitement mixte que pour l'allaitement exclusif (20). Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé d'origine géographique ni de situation socio professionnelle significative.

D'après Cabieses et al., en 2014, au Royaume-Uni, 10% des femmes pratiquaient le mixte dès la naissance. Les primipares étaient plus susceptibles d'allaiter exclusivement ou de pratiquer un allaitement mixte. L'origine Pakistanaise était associée plus fréquemment à un allaitement mixte. La raison de ce choix la plus fréquente dans cette étude était la facilité, l'aspect pratique et les effets bénéfiques de l'allaitement maternel (18), ce qui rejoint les déterminants de l'allaitement mixte initial retrouvés dans notre étude.

La durée du séjour en maternité en France après l'accouchement continue de diminuer, aussi bien chez les femmes ayant accouché par voie basse, que chez celles ayant

accouché par césarienne : 3,7 jours en 2021 (versus 4,0 jours en 2016). Les durées de séjour très courtes, 2 jours ou moins, ont été multipliées par 3 (12,4% en 2021 versus 4,5% en 2016). Le plus fréquemment, les femmes restent hospitalisées 3 jours après un accouchement par voie basse et 4 jours après une césarienne (19),(21). Ces chiffres sont comparables avec la durée de séjour observée dans notre étude, en moyenne de 3,89 jours.

5.4.2 Place du père

Dans l'étude sur la place des pères dans un contexte d'allaitement maternel exclusif, réalisée par Clémence Leprêtre, étudiante Sage-Femme, en 2021, seulement 13.04% des pères avaient des craintes en anténatal vis-à-vis de l'allaitement. In fine, aucun des pères ayant un bébé allaité exclusivement au sein, ne souhaitait donner de biberon car ils avaient trouvé leur place autrement que via l'alimentation (22). Les déterminants dans le choix d'un allaitement mixte initial retrouvés dans notre étude : laisser donner des biberons à ses proches et faire garder son enfant, rejoignent donc cette étude et le fait que cela peut être une pensée des futurs parents en anténatal. Puis en postnatal, le père s'implique et crée une relation avec son nouveau-né autrement que dans un rôle nourricier.

5.4.3 Introduction du lait artificiel

L'étude parisienne réalisée sur 134 mères en 2014 par E. Courtois et al. (7), montrait que l'introduction du lait artificiel s'est faite dès la maternité pour 15,6 % d'entre elles (versus 28.60% (n=155) dans notre étude), entre un et trois mois pour 20,9 % (vs 19% (n=103)) et entre trois et six mois pour 47,8 % des mères (vs 33,95% (n=184)).

D'après le rapport 2021 de l'ENP, le taux d'allaitement à 2 mois est bas ; 34,4% des femmes allaitent exclusivement leur enfant, 19,8% réalisent un allaitement mixte et 45,8% des femmes nourrissent leur enfant avec du lait 1er âge (19). Dans notre étude, environ 85 % des femmes ont apporté du lait maternel durant plus de 2 mois et jusqu'à 32% plus de 6 mois.

Dans l'étude de Bilenko et al. qui a suivi des enfants bédouins jusqu'à 18 mois, les enfants encore partiellement allaités, notamment entre 4 et 6 mois, avaient moins d'infections intestinales, moins d'otites et moins d'asthme que ceux qui n'étaient plus allaités du tout (23). Selon le Dr Laurent, pédiatre de la Leche league, toute dose d'allaitement est bonne à prendre, car l'allaitement mixte n'annule pas tous les bienfaits de l'allaitement maternel (24). Cependant, nous n'avons pas trouvé d'étude mettant en avant une dose optimale d'apport en lait maternel pour garder ces bienfaits, ni d'étude sur un type de lait artificiel plus adapté.

5.4.4 Données concernant les prématurés

D'après les données de la cohorte française EPIPAGE-2 de 2011 (25), le mode d'alimentation à la sortie chez les enfants allaités a été étudié chez les enfants nés avant 32 SA (N=3 108) ainsi que chez les enfants nés entre 32 et 34 SA (N=833) : l'allaitement mixte à la sortie était respectivement de 55% et 57%, c'est-à-dire la majorité des enfants sortant de néonatalogie. Ces données sont en relation avec les réponses des femmes de notre étude, qui témoignaient d'une « pression » de prise de poids de la part du service, et peu de soutien concernant leur allaitement. En effet, En 2011, « l'utilisation du lait de donneuses pour les enfants nés avant 32 SA, l'alimentation entérale précoce avec du lait de femme, des protocoles pour l'allaitement et des tire-laits disponibles étaient très largement répandus dans les unités néonatales en France ». À l'inverse, d'autres politiques de soutien étaient moins implantées : « 38% des unités déclaraient des politiques de soutien à l'initiation de la lactation, 50% des unités avaient un professionnel formé en lactation mais 43% d'entre elles déclaraient que ce professionnel ne disposait pas de temps dédié pour le soutien à l'allaitement, et 16% des enfants nés entre 32 et 34 SA bénéficiaient d'un peau-à-peau durant les 24 premières heures de vie » (25). Ces résultats montrent que les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel établies par l'OMS ne sont pas remplies dans tous les établissements de santé de France (26). Ces dix conditions sont importantes dans la mise en place d'un allaitement maternel, qu'il soit exclusif ou mixte.

5.4.5 Les déterminants

L'étude menée au CHU de Rennes en 2001 sur les facteurs associés au choix du mode d'alimentation pour un nouveau-né hospitalisé (27), a montré à partir d'un effectif de 320 femmes, des facteurs postnataux qui sont à corrélérer avec nos déterminants de l'allaitement mixte secondaire : qualités du lait maternel considérées par la mère comme étant déterminantes pour améliorer la santé de son nouveau-né, antécédent d'allaitement maternel d'un nouveau-né de la fratrie, allaitement maternel conseillé par le corps soignant, mère elle-même allaitée, profession libérale ou intermédiaire, père cadre, allaitement maternel abordé en cours de préparation à l'accouchement et à la parentalité, âge gestationnel inférieur à 31 semaines d'aménorrhée, première rencontre mère-enfant dès le premier jour, distance domicile-pédiatrie de 30 km ou moins. L'ajout de préparations pour nourrissons résultaient des contraintes pratiques liées à l'hospitalisation (50 %), et le souhait d'éviter d'avoir recours au tire-lait (47 %).

Un article de la Leche League France (24) aborde aussi un des déterminants de l'allaitement mixte initial important pour les mères : instituer un rythme de tétées espacé et régulier, pour limiter l'accès au sein de leur enfant, et se sentir moins dépendantes. Les déterminants secondaires listés sont principalement l'impression de manquer de lait (à cause des pleurs du bébé en particulier) et la fatigue, comme retrouvés dans notre étude. Le Docteur Laurent, pédiatre à la Leche League, rapporte aussi que « certaines mères débutent un allaitement mixte pendant le 2ème mois, considérant que leur enfant sait bien téter au sein et qu'il risque de refuser le biberon si on attend trop longtemps. D'autres attendent le 4ème mois quand l'enfant porte tous les objets à sa bouche ». Ce dernier déterminant n'a pas été retrouvé dans notre étude.

5.4.6 VIH et stigmatisation

Depuis 1990, l'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée par le VIH, et représente deux tiers des nouvelles contaminations dans le monde en 2016 (28). Mais l'accès aux traitements antirétroviraux, coûteux, demeure inégal dans le monde. En effet, seuls 41% des personnes porteuses du VIH sont traitées par antirétroviral (29). Mais dans d'autres pays comme la Bolivie, l'Egypte, la Libye, mais aussi la Russie et la Chine, seuls moins de 20% des malades sont soignés par thérapie antirétrovirale. Au Pakistan et en Afghanistan, ce chiffre tombe sous le seuil des 10%.

Au Burkina Faso, dès 2000, le Programme de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PPTME) adopte les recommandations internationales de l'OMS et instaure le « choix éclairé » de la mère. Selon le programme, au terme d'un conseil qui doit débuter en consultation prénatale, dès que sa séropositivité lui a été annoncée, la femme doit opter soit pour l'allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce entre quatre et six mois, soit pour l'allaitement artificiel (30). Quelle que soit l'option alimentaire choisie, les femmes interrogées ont rencontré des difficultés, car aucune de ces deux pratiques d'allaitement n'est ancrée dans la culture populaire au Burkina Faso : elles sont nombreuses à pratiquer un allaitement mixte, ou à changer l'option alimentaire (allaitement maternel pendant quelques jours à quelques mois puis alimentation artificielle). Dans l'étude de Desclaux Alice au Burkina Faso, les entretiens témoignent du fait que l'amélioration des connaissances de l'ensemble de la population augmente le risque social de stigmatisation et rend plus difficile l'application des mesures de prévention. Lorsqu'elles donnent du lait artificiel, les femmes se doivent de trouver une justification médicale (absence de montée laiteuse, pathologies mammaires) qui,

vis-à-vis de leur entourage, évite la stigmatisation généralement associée au VIH. Cette étude rapporte qu'en Zambie, les pratiques des femmes vivant avec le VIH ne respectent pas les recommandations et sont dominées par l'allaitement mixte, la pratique où le risque de transmission est maximal (30),(31).

En 2019, en Ethiopie, Belay et Wubneh ont mis en évidence que la prévalence générale d'allaitement mixte était de 23.11% chez les mères HIV positives. La ville d'Addis-Ababa était celle où le taux était le plus haut : 48.38% (32).

En Afrique Subsaharienne, en 2019, Nyoni et al. rappellent une croyance largement répandue dans ce pays : le fait que le lait maternel est insuffisant pour nourrir un enfant, ce qui les amène à pratiquer un allaitement mixte (33). Cependant, les femmes savent très peu comment stimuler leur production de lait afin de produire assez pour répondre aux besoins de leur enfant. Ils ajoutent que la stigmatisation est présente envers l'allaitement exclusif car cela va contre les normes culturelles. Cela a conduit au fait que l'allaitement exclusif est vu comme une intervention spécifique pour les femmes HIV positives. Quand les femmes perdent du poids dû à l'allaitement, elles sont exposées au stigma pour lequel le changement physique était interprété comme un effet du SIDA (33).

6 Conclusion

Cette étude a mis en évidence que la pratique de l'allaitement mixte peut prendre source par choix personnel, mais aussi par contrainte. Les femmes qui font ce choix dès la naissance le font pour un aspect pratique, pouvoir passer la main pour nourrir leur enfant, le faire garder. Les femmes qui passent d'un allaitement maternel exclusif au mixte le font surtout face à la fatigue, peur qu'il ne soit pas rassasié ou d'une mauvaise prise de poids, selon les conseils d'un professionnel et au moment de la reprise du travail. Ces déterminants expliquent les différences de satisfaction : les femmes ayant choisi le mixte secondairement se sentent en général moins bien soutenues, que ce soit par leur conjoint, proches ou professionnels. Elles se sentent aussi moins bien informées et accompagnées, et sont moins satisfaites de leur allaitement mixte. Elles l'ont introduit pour 58.12% (n=315) dans le premier mois (dont 28,6% (n=155) à la maternité), et pour 24.54% (n=133) lors de la reprise du travail.

Il ressort de l'étude que les femmes ayant opté pour le mixte dès la naissance, représentant 11.29% (n=69) de notre échantillon, sont en moyenne plus satisfaites de cette expérience et significativement plus à même de le refaire pour un autre enfant.

Nous avons pu identifier la première source d'information pour les futures mères : les professionnels de santé, suivi par Internet et les réseaux sociaux. Les sages-femmes se démarquent largement et sont les professionnels qui donnent la majorité des informations, notamment lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Néanmoins, nous avons observé que l'information sur l'allaitement mixte est rare. Chaque femme devrait pouvoir choisir librement après une information complète sur les modes d'allaitement. D'autant que jusqu'à 32 % des femmes de notre étude allaitaient encore à plus de 6 mois, donnaient principalement du lait maternel et qu'il est établi que même non exclusif, il y a des bénéfices pour la santé des enfants et des mères.

Une étude portant sur l'information réellement apportée par les professionnels sur l'allaitement mixte, mise en relation avec le contenu des recherches internet, l'accompagnement à la maternité et le vécu des parents permettrait d'adapter notre discours à la population, afin de répondre au mieux à leurs attentes. Ce choix éclairé améliorerait les vécus, et permettrait une baisse des dépressions du post partum à l'heure où le suicide est la deuxième cause de décès maternels en France. De plus, il serait intéressant, concernant le déterminant de l'allaitement mixte « pouvoir faire garder mon enfant », d'étudier le point de vue des personnes ressources et structures de garde d'enfants : grands-parents, amis, baby-sitter, crèches et assistantes maternelles.

7 Bibliographie

1. Société française de pédiatrie, Programme national nutrition santé. Allaitement maternel : les bénéfiques pour la santé de l'enfant et de sa mère. 2006 [cité 26 juill 2022]. 72 p. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf> (consulté le 26.07.2022)
2. Jean-Yves Nau. De l'allaitement maternel traité comme un sujet statistique et politique. Revue Medecale Suisse. 2015 [cité 7 janv 2023]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medecale-suisse/2015/revue-medecale-suisse-488/de-l-allaitement-maternel-traite-comme-un-sujet-statistique-et-politique> (consulté le 14.01.2023)
3. OMS. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant. 2021 [cité 17 oct 2021]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> (consulté le 10.01.2023)
4. World Health Organization. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. 1981 [cité 25 juillet 2022]. Disponible sur : https://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf (consulté le 25.07.2022)
5. Kersuzan C, Gojard S. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011. [cité 9 déc 2021]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/prevalence-de-l-allaitement-a-la-maternite-selon-les-caracteristiques-des-parents-et-les-conditions-de-l-accouchement.-resultats-de-l-enquete-elfe> (consulté le 14.01.2023)
6. HAS. Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant 2002 [cité 28 nov 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_272220/fr/allaitement-maternel-mise-en-oeuvre-et-poursuite-dans-les-6-premiers-mois-de-vie-de-l-enfant (consulté le 14.01.2023)
7. Courtois E, Lacombe M, Sandrine T. Facteurs associés à la poursuite de l'allaitement jusqu'à 6 mois chez les mères allaitantes dans une maternité parisienne, 2014 [cité 17 oct 2021]. Disponible sur : <https://www-cairn-info.ressources.univ-poitiers.fr/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-2-page-50.htm> (consulté le 15.01.2023)
8. LAURENT C. L'allaitement mixte : point de vue d'une pédiatre. Lecheleague.fr. 2004 [cité 14 nov 2021]. Disponible sur : <https://www.llfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1202-da-61-lallaitement-mixte-est-il-possible> (consulté le 12.01.2023)
9. Bonet M, L'hélias LF, Blondel B. Exclusive and mixed breastfeeding in a maternity unit in France, 2003. Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr. 2008 ; 15(9):1407-15.
10. Onah S, Osuorah DIC, Ebenebe J, Ezechukwu C, Ekwochi U, Ndukwu I. Infant feeding practices and maternal socio-demographic factors that influence practice of exclusive breastfeeding among mothers in Nnewi South-East Nigeria: a cross-sectional and analytical study. 2014;9:6.
11. Ndarukwa V, Zunza M. Combination antiretroviral treatment use in prevention of mother-to-child transmission programmes: 6-week HIV prevalence and relationship to time of antiretroviral treatment initiation and mixed feeding. South Afr J Infect Dis. 25 nov 2019;34(1):5.
12. INSERM PRESS ROOM, Santé Publique France. Les maladies cardiovasculaires et les suicides premières causes de décès maternels en France en 2013-2015, 6ème rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) pour la période 2013-2015. 2021 [cité 4 févr 2023].

Disponible sur : <https://presse.inserm.fr/en/les-maladies-cardiovasculaires-et-les-suicides-premieres-causes-de-deces-maternels-en-france-en-2013-2015/41869/> (consulté le 4.02.2023)

13. INSEE. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers, 2022 [cité 26 juill 2022]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212> (consulté le 15.01.2023)

14. Statista 2022. Facebook : utilisateurs par âge et sexe dans le monde, 2020 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur : <https://fr.statista.com/statistiques/574791/facebook-repartition-mondiale-par-age/> (consulté le 14.01.2023)

15. INSEE. Professions et secteurs d'activité – Emploi, chômage, revenus du travail, 2020 [cité 18 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4501557?sommaire=4504425> (consulté le 14.01.2023)

16. INSEE. Population totale en 2019 – Activité, emploi et chômage en 2019 et en séries longues, 2020 [cité 18 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4498308?sommaire=4498692#consulter> (consulté le 14.01.2023)

17. Fjeld E, Siziya S, Katepa-Bwalya M. « No sister, the breast alone is not enough for my baby » A qualitative assessment of potentials and barriers in the promotion of exclusive breastfeeding in southern Zambia. 2008; 3(1):26.

18. Cabieses B, Waiblinger D, Santorelli G, McEachan RR. What factors explain pregnant women's feeding intentions in Bradford, England: A multi-methods, multi-ethnic study. BMC Pregnancy Childbirth, 2014; 14(1):50.

19. Santé Publique France, Inserm. Enquête Nationale périnatale, Rapport 2021, 2022 [cité 19 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/474363/3629098?version=3> (consulté le 02.01.2023)

20. Bonet M, Foix L'Hélias L, Blondel B. Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003. Arch Pédiatrie. sept 2008;15(9):1407-15.

21. Westphal V. Périnatalogie : une enquête nationale pour y voir plus clair, 2022 [cité 19 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2022/10/perinatalogie-une-enquete-nationale-pour-y-voir-plus-clair/>(consulté le 16.01.2023)

22. Clemence Lepretre. La place de père dans un contexte d'allaitement maternel. Etude observationnelle, descriptive, quantitative et transversale auprès de 46 pères. 2022 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/67248> (consulté le 15.01.2023)

23. Bilenko N, Ghosh R, Levy A, Deckelbaum RJ, Fraser D. Partial breastfeeding protects Bedouin infants from infection and morbidity: prospective cohort study. Asia Pac J Clin Nutr. 2008;17(2):243-9.

24. Dr Claire LAURENT. L'allaitement mixte : point de vue d'une pédiatre. Leche League France. 2004 [cité 14 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.llfFrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1202-da-61-lallaitement-mixte-est-il-possible> (consulté le 12.01.2023)

25. Ayoub Mitha. Allaitement à la sortie d'hospitalisation des enfants nés prématurément et politiques des unités néonatales : données de la cohorte nationale française Epipage-2. Santé Publique France. 2020 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur:

<https://www.santepubliquefrance.fr/import/allaitement-a-la-sortie-d-hospitalisation-des-enfants-nes-prematurement-et-politiques-des-unites-neonatales-donnees-de-la-cohorte-nationale-franc> (consulté le 15.01.2023)

26. LecheLeagueFrance. Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel, selon l'OMS. 2018 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.llfFrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-officiels-et-legislatifs/1369-dix-conditions-ihab> (consulté le 11.01.2023)
27. C. Duclos. Facteurs associés au choix du mode d'alimentation pour un nouveau-né hospitalisé, 2002 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0929693X02000507> (consulté le 14.01.2023)
28. Wang H, Wolock TM, Carter A, Nguyen G, Kyu HH, Gakidou E, et al. Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2015: the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet HIV*. août 2016;3(8):e361-87.
29. Sermondadaz S. Sida : quels sont les pays les plus touchés par le VIH ? *Sciences et Avenir*. 2017 [cité 11 janv 2023]. Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/sida-quels-sont-les-pays-les-plus-touchees-par-le-vih_118784 (consulté le 20.01.2023)
30. Desclaux A, Alfieri C. Allaitement, VIH et prévention au Burkina Faso : les déterminants sociaux ont-ils changé ? *Sci Tech*. nov 2008; 10. [cité 19 nov 2022] Disponible sur : <https://hal.ird.fr/ird-00368249/document> (consulté le 20.01.2023)
31. Downs JH, Cooper PA. VIH et allaitement maternel. *Ann Nestlé Ed Fr*. 2007; 65(1):29-38.
32. Belay GM, Wubneh CA. Infant Feeding Practices of HIV Positive Mothers and Its Association with Counseling and HIV Disclosure Status in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AIDS Res Treat*. 2019; 2019:3862098.
33. Nyoni S, Sweet L, Clark J, Ward P. A realist review of infant feeding counselling to increase exclusive breastfeeding by HIV-positive women in sub Saharan-Africa: what works for whom and in what contexts. *BMC Public Health*. déc 2019; 19(1):570.

8 Annexes

8.1 Annexe I : Flyer d'information



**VOUS AVEZ DÉJÀ PRATIQUÉ
UN ALLAITEMENT MIXTE (SEINS+BIBERONS DE LAIT
ARTIFICIEL) AU COURS DE VOTRE VIE ?**

Je suis Chloé, étudiante Sage Femme à Poitiers, je réalise mon mémoire de fin d'études sur les déterminants dans le choix de l'allaitement mixte, et pour cela, j'aurais besoin de vous !

Si vous acceptez de répondre au questionnaire en ligne, celui-ci me permettra d'analyser les déterminants dans le choix de l'allaitement mixte votre bébé, et l'évolution de ce mode d'alimentation dans le temps, ainsi que votre vécu. Le questionnaire prendra environ 5 minutes.

**IL VOUS SUFFIT DE SCANNER LE QR CODE
OU D'ALLER À L'ADRESSE SUIVANTE :**

**[HTTPS://SURVEY.APPLI.UNIV-
POITIERS.FR/215754?LANG=FR](https://survey.appli.univ-poitiers.fr/215754?LANG=FR)**



La participation à l'étude est non obligatoire, toutes les données sont anonymisées et le retour du questionnaire complété fait office de consentement pour participer.

8.2 Annexe II : Questionnaire

Bonjour,

Étudiante Sage-Femme à Poitiers, je réalise mon mémoire de fin d'études sur les déterminants de l'allaitement mixte.

Vous avez fait le choix d'allaiter votre enfant tout en lui apportant des préparations pour nourrissons. Si tel est le cas, vous pouvez répondre à ce questionnaire.

Cela vous prendra environ 5 minutes.

Si vous avez allaité plusieurs enfants de manière mixte, merci de répondre pour le dernier bébé.

Les informations recueillies dans ce questionnaire sont traitées de manière anonyme et globale, uniquement dans un but statistique. Aucune information personnelle n'est recueillie. Votre participation est libre et volontaire, sachez que vous pouvez interrompre votre participation à tout moment en sortant du questionnaire. Pour préserver votre anonymat, nous attirons votre attention sur les zones de textes libre : n'y indiquez pas de données identifiantes.

En continuant, vous signifiez que vous avez compris les informations.

Un grand Merci pour votre participation et n'hésitez pas à partager cette étude

Chloé GUERIN

Etudiante sage-femme de 4^{ème} année

Ecole de sages-femmes de Poitiers

- Première partie : Mes caractéristiques

1) J'ai actuellement ... ans : *

Menu déroulant proposant les chiffres entiers

2) Je suis d'origine : *

- Française (Métropole)
(DOM-TOM)

- Autre :

Européenne

Asiatique

Afrique du Nord

Afrique Noire

Américaine

Autre :

3) Mon dernier diplôme obtenu ou en cours d'obtention *

Baccalauréat

Etudes supérieures

Brevet, CAP, BEP

Je n'ai pas de diplôme

4) Je suis actuellement : * QCM

Ouvrière
 Employée
 Profession intermédiaire
 Cadre / Cheffe d'entreprise
 Etudiante
 Sans emploi

5) Ma mère m'a allaité ? *

Oui, un allaitement mixte
 Oui, un allaitement maternel exclusif
 Non
 Je ne sais pas

6) J'ai : *

1 enfant
 2 enfants
 3 enfants
 4 enfants
 5 enfants
 6 enfants ou plus

7) Avant de pratiquer cet allaitement mixte, j'avais déjà expérimenté pour un autre enfant :

L'allaitement artificiel
 L'allaitement maternel au sein ou au tire-lait
 L'allaitement mixte
 Non concernée

- Deuxième Partie : Mon choix

ARBRE A 2 BRANCHES DES LE DEBUT selon la réponse à la question 1 : choix fait avant la naissance, ou après la naissance

1) Concernant le choix de l'allaitement mixte, il s'est fait : *

- Avant la naissance :

Avant la grossesse
 Pendant la grossesse
 A la naissance

- Après la naissance : L'allaitement mixte a été mis en place :

Pendant le séjour à la maternité
 Dans les deux premières semaines de vie de mon enfant
 Vers 3 semaines/1 mois de vie de mon enfant
 Au moment de la reprise du travail
 Au moment de la diversification alimentaire (4-6 mois)
 Après 6 mois

2) Je voulais faire un allaitement mixte parce que (plusieurs réponses possibles) :

Je voulais que mes proches puissent donner des biberons (conjoint, frères et sœurs, grands-parents)

Je trouvais plus facile de donner un biberon quand j'étais fatiguée
 Mon conjoint était réticent à l'allaitement maternel exclusif
 J'avais peur que ça impacte ma sexualité
 J'avais peur du regard des gens, d'allaiter en public
 Dans ma famille, c'est pratiqué
 Selon moi, le colostrum ne nourrissait pas assez mon bébé
 Au début, on n'a pas de lait
 Ma mère a fait ça pour moi
 C'était pratique, faisable partout où j'allais
 J'ai eu une mauvaise expérience d'un précédent allaitement
 Je pensais qu'il était préférable pour le bébé d'avoir les deux
 Je voulais pouvoir confier mon bébé à quelqu'un
 J'avais peur d'avoir mal, peur des crevasses
 Autres :

3) Dans mon choix, je me suis sentie soutenue par (plusieurs réponses possibles) : *

Mon/Ma conjoint.e
 Ma mère
 Mon père
 Ma belle mère
 Mon beau père
 Mes grands parents
 Mes frères et sœurs
 Mes ami.e.s
 Les professionnels de santé

4) Mon statut familial lors de l'allaitement mixte*

Je vivais seule
 Je vivais en couple

5) Sur une échelle de 1 à 5, comment j'évalue mes connaissances sur l'allaitement mixte avant la naissance de mon enfant : *

Echelle numérique de pas du tout informée (=1) à très bien informée (=5)

6) J'étais informée sur (plusieurs réponses possibles) : *

Les bienfaits de l'allaitement
 Les positions d'allaitement
 Le rythme des tétées
 Le colostrum
 L'évolution du lait
 La montée de lait
 Les signes d'efficacité d'une tétée
 La prévention et le traitement des crevasses
 Les accessoires utilisables : coussin, crème, coquillages, coussinets, tire lait, tisanes...
 La préparation des biberons
 Le lavage des biberons
 Le rythme des biberons
 Je n'avais aucune information

Autres :

7) J'ai bénéficié d'une information sur l'Allaitement Mixte grâce à/aux (plusieurs réponses possibles) : *

Professionnels de santé : Médecin généraliste / SF de la maternité / SF libérale / Auxiliaire de Puériculture / Puéricultrice / PMI / Pharmacien.ne / Gynécologue / Pédiatre

Ami.e.s

Famille

Livres

Télévision

Internet

Réseaux sociaux

8) J'ai suivi des séances de préparation à la naissance avec une sage-femme : *

- Oui, et nous avons abordé (plusieurs réponses possibles) :

L'allaitement maternel

L'allaitement artificiel

L'allaitement mixte

Nous n'avons pas parlé de l'alimentation du bébé

- Non

Ces prochaines questions concernent la période à partir de la naissance

9) Mon séjour à la maternité a duré : *

1 jour

2 jours

3 jours

4 jours

5 jours ou plus

10) **Pour quelle raison ai-je donné le premier biberon ?** *

C'était mon choix

J'étais fatiguée

Ma montée de lait a été tardive

J'ai eu des jumeaux / triplés

J'ai eu une césarienne / forceps / ventouse

Mon enfant a été hospitalisé ou a présenté une pathologie

Accouchement prématuré

J'avais mal aux seins

Je n'avais pas de lait

Perte importante de poids du bébé

Mon bébé n'avait pas une succion efficace

Mon bébé s'énervait au sein

Il fallait beaucoup stimuler mon bébé

Mon bébé avait un très petit poids ou était un gros bébé

Reprise du travail

Diabète gestationnel

Sevrage

Autre :

11) Sur une échelle de 1 à 5, comment j'évalue mon accompagnement et les conseils que j'ai reçu à la maternité : *

Echelle numérique de pas du tout (=1) à très bien soutenue (=5).

**12) Si j'ai adopté l'allaitement mixte en relais d'un autre mode d'allaitement, c'était pour :
(plusieurs réponses possibles)**

Dû à certaines complications de l'allaitement : crevasses, engorgement

Le baby blues (Baisse de moral, tristesse)

J'étais fatiguée

J'avais des douleurs

Prise médicamenteuse

Une meilleure proximité, relation avec mon bébé

J'avais l'impression que mon bébé n'était pas rassasié

J'avais peur qu'il ne prenne pas assez de poids

Pathologie de mon bébé

Conseils d'un professionnel

Par influence de mon entourage, sensation de jugement sur le mode d'alimentation choisi

Les conseils des professionnels étaient parfois discordants, ce qui m'a déstabilisée et fait douter

Arrêter ma production de lait

L'organisation au retour à domicile

La reprise du travail

Autres :

13) Ma pratique de l'allaitement mixte : mon bébé recevait environ :

50 % de mon lait, 50 % de lait artificiel

Principalement le sein

Principalement le biberon

Chaque jour je remplaçais une tétée par un biberon

14) Lorsque je pratiquais l'allaitement mixte, à quel(s) moment(s) de la journée je donnais le sein ? (Plusieurs réponses possibles) *

Le matin

Le midi

L'après midi

Le soir

La nuit

15) La reprise du travail a impacté mon mode d'allaitement : *

- Oui : Je suis passée de l'allaitement maternel à mixte

Je suis passée le l'allaitement mixte à artificiel

- Non

16) Au total, la durée de mon allaitement mixte a été de : *

Moins de 7 jours

Entre 7 et 15 jours

Entre 15 jours et 1 mois

2 mois

3 mois

- 4 mois
- 5 mois
- 6 mois
- Plus de 6 mois

17) Mon vécu concernant l'allaitement mixte : *

- J'en suis très satisfaite
- J'en suis satisfaite
- Je ne l'ai pas très bien vécu
- Je l'ai vraiment mal vécu

18) Si c'était à refaire, est-ce que je choisirais le même mode d'allaitement ? *

- Oui
- Non

19) Un espace de libre expression vous est réservé si vous voulez vous exprimer sur le sujet de l'allaitement mixte :

Votre réponse a été enregistrée, je vous remercie pour le temps consacré et l'intérêt accordé à mon projet ! Les résultats de l'étude, après avoir été analysés, me permettront de réaliser mon mémoire de fin d'études de Sage-Femme. Si vous souhaitez en connaître le contenu, vous pouvez me contacter à cette adresse : chloe.guerin@etu.univ-poitiers.fr.

Bien cordialement, Chloé GUERIN

9 Summary et Key words

Introduction : Mixed feeding is the least documented mode of newborn feeding in the literature. When it is cited, it represents around 10% of breastfeeding modes. The objective of the study was to observe mixed feeding practices, and to identify the factors that lead to this choice.

Method : This is an observational, descriptive, cross-sectional study. The questionnaire was anonymous and distributed through social networks. The study took place from April to July 2022. It questioned women who had practiced mixed feeding for at least one of their children. The objective was to study the factors that led them to practice mixed feeding, through their knowledge, sources of information, experience and support on the subject. The sample consisted of 611 women.

Results : In our study, 11.29% of the women (group 1, n=69) had chosen mixed breastfeeding from the birth of their child and 88.71% secondarily (group 2, n=542). The most frequent determinants of an initial choice were : being able to let relatives give bottles ; having the child babysat ; a practical issue, feasible wherever one goes ; and giving a bottle when tired. The determinants for secondary mixed feeding were : tiredness ; the impression that the newborn is not full ; fear of poor weight gain and on the advice of a professional. In secondary mixed feeding, artificial milk was introduced for 58.12% (n=315) in the first month (of which 28.6% (n=155) in the maternity hospital), for 24.54% (n=133) upon return to work and for 17.34% (n=94) after four months. Regarding the duration, 24.64% (n=17) of the women in group 1 practiced it up to 6 months and more, against 32.66% (n=177) of the women in group 2. The satisfaction rate of women was better in group 1 (84.05% vs. 59.96%). The main source of information (63%, n=385) was the midwife, whether in a hospital or a private practice.

Conclusion : This study has shown that information to couples in the antenatal period, combined with support from professionals from birth, is the key tool to enable parents to settle in calmly, whatever the feeding method. A study on the information actually provided by professionals on mixed feeding, compared with the content of internet searches, and the experience of parents would allow us to adapt our advise to the population.

Key words : Bottle-feeding – Breastfeeding – Factors – Mixed feeding – Newborn – Support

10 Résumé

Introduction : L'allaitement mixte est le mode d'alimentation du nouveau-né le moins documenté de la littérature. Lorsqu'il est cité, il représente autour de 10% des modes d'allaitement. L'objectif de l'étude était d'observer les allaitements mixtes, et d'identifier les déterminants qui amènent à ce choix.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et transversale. Le questionnaire était anonyme et diffusé via les réseaux sociaux. L'étude s'est déroulée d'Avril à Juillet 2022. Elle interrogeait les femmes ayant pratiqué l'allaitement mixte pour au moins un de leurs enfants. L'objectif était d'étudier les facteurs les ayant amenées à pratiquer un allaitement mixte, à travers leurs connaissances, sources d'information, expérience et accompagnement sur le sujet. L'échantillon était composé de 611 femmes.

Résultats : Dans notre étude, 11.29% des femmes (groupe 1, n=69) avaient choisi l'allaitement mixte dès la naissance de leur enfant et 88.71% secondairement (groupe 2, n=542). Les déterminants d'un choix initial les plus fréquents étaient : pouvoir laisser donner des biberons aux proches ; faire garder son enfant ; une question pratique, faisable partout où l'on va et donner un biberon quand la maman est fatiguée. Les déterminants d'un allaitement mixte secondaire étaient : la fatigue ; l'impression que le nouveau-né n'est pas rassasié ; la peur d'une mauvaise prise de poids et sur les conseils d'un professionnel. Lors d'un allaitement mixte secondaire, le lait artificiel était introduit pour 58.12% (n=315) dans le premier mois (dont 28,6% (n=155) à la maternité), pour 24.54% (n=133) lors de la reprise du travail et pour 17.34% (n=94) après quatre mois. En ce qui concerne la durée, 24.64% (n=17) des femmes du groupe 1 l'ont pratiqué jusqu'à 6 mois et plus, contre 32.66% (n=177) des femmes du groupe 2. Le taux de satisfaction des femmes était meilleur dans le groupe 1 (84.05% vs 59.96%). La source principale d'information (63%, n=385) était la Sage-Femme, qu'elle soit libérale ou hospitalière.

Conclusion : Cette étude a montré que l'information auprès des couples en anténatal associée à l'accompagnement par les professionnels dès la naissance, est l'outil clé pour permettre aux parents de prendre leurs marques sereinement quel que soit le mode d'alimentation. Une étude portant sur l'information réellement apportée par les professionnels sur l'allaitement mixte, mise en relation avec le contenu des recherches internet, et le vécu des parents permettrait d'adapter notre discours à la population.

Mots Clés : Allaitement mixte – Allaitement maternel – Allaitement artificiel – Facteurs – Nouveau-né – Soutien