

L'alimentation des premiers mois en France

Food of the first months in France

Françoise Rovillé-Sausse

UMR 5145 Eco-Anthropologie, MNHN, 17 place du Trocadéro, 75116 Paris, France. E-mail: sausse@mnhn.fr

Mots-clés: allaitement, immigration, surpoids, France.

Key words: breast feeding, immigration, overweight, France.

Résumé

Dans les pays en développement, la croissance des enfants nourris au sein est plus rapide que celle des enfants nourris au lait artificiel, certains facteurs présents dans le lait maternel ayant un effet protecteur contre les épisodes de diarrhée et d'infections respiratoires aiguës. Dans les pays industrialisés, l'allaitement maternel procède plus d'un choix de la mère.

La présente étude porte sur l'analyse de la croissance longitudinale, et du mode d'allaitement de la naissance à 18 mois de 1820 nourrissons français. Le choix du mode d'allaitement des nouveau-nés dépend de l'origine géographique (et culturelle) de la mère, et de la durée de la gestation (enfants nés à terme/prématurés). La durée de l'allaitement maternel a diminué chez les femmes immigrées, en comparaison des habitudes du pays d'origine. Dans la plupart des cas, les Aliments Lactés Diététiques (ALD) favorisent une croissance pondérale plus rapide durant les premières semaines de la vie, mais le lait maternel aurait un effet préventif sur le surpoids et l'obésité durant l'enfance.

La concentration protéique du lait maternel diminue progressivement durant la période de lactation de la mère, mais cette concentration en protéines est plus élevée chez la mère d'un enfant prématuré; les pédiatres et les néatologues devraient donc encourager l'allaitement maternel du prématuré.

Abstract

In the developing countries, the growth of the breastfed children is faster than that of bottlefed children, certain factors present in the mother's milk having a protective effect against the episodes of diarrhoea and acute respiratory infections. In the industrialized countries, the breast-feeding proceeds more than one choice of the mother. The present study relates to the analysis of the longitudinal growth, and the way of feeding from birth to 18 months of 1820 French infants. The choice of the way of feeding of the newborns depends of the geographical (and cultural) origin of the mother, and the gestation period (at term/preterm babies). The duration of the breast-feeding decreased among immigrant women, in comparison to the practices in the country of origin. In the majority of the cases, the Dietetic Lacteous Foods supports a faster ponderal growth during the first weeks of the life, but the mother's milk would have a preventive effect on the overweight and obesity during childhood. The proteinic concentration of the mother's milk decreases gradually during the period of lactation of the mother, but this protein concentration is higher in the mother of a preterm child; the pediatricists and the neonatologists should thus encourage the breast-feeding of the preterms one.

Introduction

Durant les premiers mois de la vie, le lait maternel est généralement suffisant pour subvenir aux besoins énergétiques du nourrisson (Whitehead, 1985) qui, de plus, bénéficie par ce biais d'une importante immunité passive (Rahman *et al*, 1987). L'immunité passive décline rapidement dès la naissance, tandis que l'immunité active due à l'exposition aux agents infectieux augmente. Dans les pays en développement, la croissance des enfants nourris naturellement (allaitement maternel) est plus rapide que celle des enfants nourris artificiellement (Offringa et Boersma, 1987). En effet, certains facteurs présents dans le lait maternel ont un effet protecteur contre les épisodes de diarrhées et d'infections respiratoires aiguës (Rogers *et al*, 1997). Dans les pays industrialisés, on ne connaît pas la malnutrition protéino-énergétique ni les épisodes saisonniers d'infections et de diarrhées. De plus, le système de santé publique est généralement bien développé et accessible à tous, et les femmes doivent souvent reprendre leur activité professionnelle quelques semaines après l'accouchement. Dans ces conditions, l'allaitement maternel ne semble plus aussi vital, et le choix du mode d'alimentation du nourrisson dépend d'avantage du choix de la mère.

Matériel et méthode

La présente étude, effectuée en France, dans la région Ile-de-France (Paris et banlieue parisienne) provient de l'analyse longitudinale de la croissance staturo-pondérale de 1820 nouveau-nés suivis depuis leur naissance jusqu'à l'âge de 18 mois. Pour chacun des enfants étaient connus l'origine géographique de ses deux parents, la durée de la gestation (terme en semaines d'aménorrhée), le mode d'allaitement à la naissance et la durée de l'allaitement maternel. L'échantillon comprend 320 enfants français de père et de mère, 400 nouveau-nés français dont les deux parents sont vietnamiens, 400 nouveau-nés de parents chinois, 400 nouveau-nés de parents maghrébins, et 300 nouveau-nés de parents africains subsahariens (essentiellement Mali et Sénégal).

L'allaitement maternel

Les termes "allaitement maternel", "allaitement exclusif", "sevrage"... seront employés tout au long de ce texte; il est donc important d'en préciser la définition. La dernière définition de l'allaitement maternel proposée est celle de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES, 2002). Le terme allaitement maternel est réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère. L'allaitement est exclusif lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel, à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau. L'allaitement est partiel lorsqu'il est associé à une autre alimentation

comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau (sucrée ou non), ou tout autre nourriture. En cas d'allaitement partiel, celui-ci est majoritaire si la quantité de lait maternel consommé assure plus de 80% des besoins de l'enfant; l'allaitement partiel est moyen si le lait maternel couvre 20 à 80% des besoins de l'enfant, et faible s'il en assure moins de 20%. La réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel, même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein. Le sevrage correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel. Le sevrage ne doit pas être confondu avec le début de la diversification alimentaire.

L'allaitement maternel en France

Globalement, le taux d'allaitement maternel à la naissance est actuellement de près de 55 %, mais il existe une grande diversité suivant les régions du pays (Fig.1). Une analyse des certificats de santé du 8^{ème} jour (Action pour l'Allaitement, 1997; INSERM, 1998) montre les taux d'allaitement maternel les plus élevés dans l'Est et le Sud-Est, ainsi qu'en région parisienne et les taux d'allaitement les plus faibles dans le Nord.

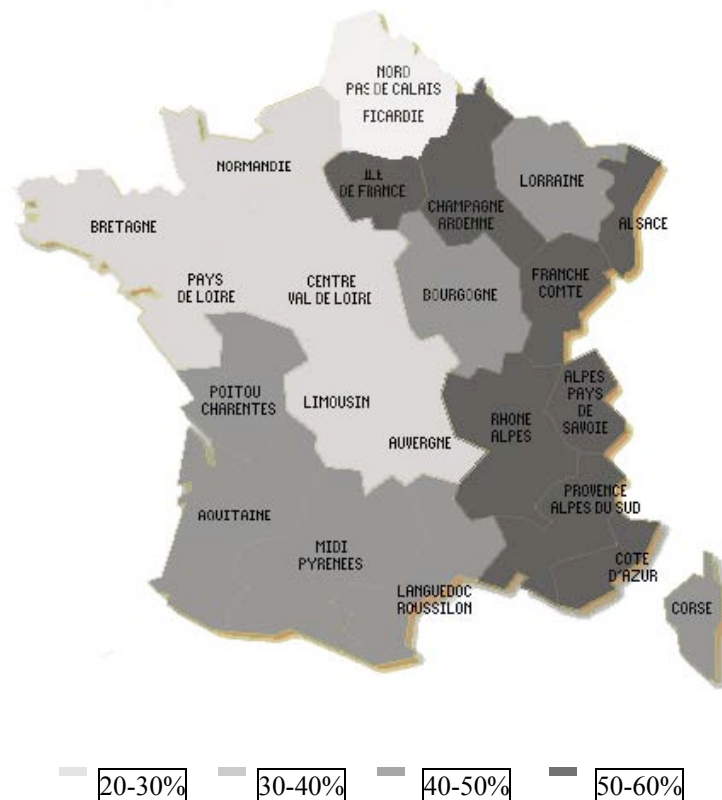


Figure 1. Taux d'allaitement en France par régions (en 1997), au 8^{ème} jour post-natal (d'après Action pour l'Allaitement).

Figure 1. Rate of breast feeding in France by areas (in 1997), at the 8th postnatal day (according to Action for Breast feeding).

La plupart des pays européens diffusent des messages sur l'allaitement dans les médias. L'Europe présente cependant la prévalence et la durée d'allaitement maternel les plus faibles de toutes les régions OMS, bien qu'un nombre relativement important de pays aient des programmes de formation à l'allaitement maternel et d'éducation pour la santé publique (WHO, 1998) et que la plupart aient adopté une législation minimum sur la maternité, conformément aux normes de l'Organisation Internationale du Travail: 85% des pays prévoient un congé de maternité d'au moins 12 semaines, 88% un congé de maternité rémunéré et 65% des pauses d'allaitement de 30 minutes. Le taux d'allaitement maternel en France est très inférieur aux taux les plus élevés

d'Europe du Nord (95% à la naissance en Scandinavie). Les taux les plus élevés dans les régions françaises n'arrivent qu'au niveau moyen européen (Grande Bretagne, 63%).

Il faut reconnaître qu'en France de nombreux efforts ont été faits pour réhabiliter l'allaitement maternel. En 1987, le taux était tombé très bas (41%). Les mères considéraient alors cette pratique comme astreignante et démodée. Aujourd'hui, on atteint une moyenne de près de 60%, du moins en région parisienne (Fig. 2).

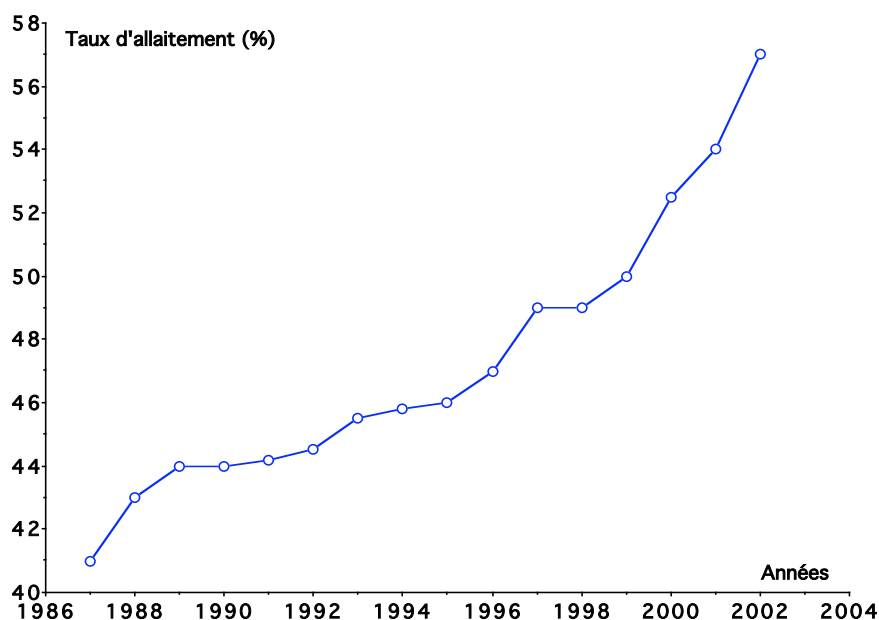


Figure 2. Evolution du taux d'allaitement à la naissance de 1987 à 2002.
Figure 2. Evolution of the rate of breast feeding at birth from 1987 to 2002.

Dans les pays industrialisés, et en France en particulier, l'allaitement maternel n'étant pas vital pour l'enfant résulte davantage d'un choix parental. La présente analyse a permis de constater une grande disparité des comportements. En effet, sur 1820 couples mère-enfant étudiés, on remarque que globalement 55% des mères allaitent dans les maternités de la région parisienne, mais que les taux varient considérablement en fonction de l'origine géographique de la mère (tableau 1).

Origine géographique des mères	Taux d'allaitement maternel
Taux global région parisienne	55 %
Françaises non immigrées	51 %
Vietnamiennes	8 %
Chinoises	1 %
Maghrébines	79 %
Subsahariennes	89 %

Tableau 1. Taux d'allaitement maternel (%) à la maternité et origine géographique des parents.
Table 1. Rate of breast-feeding (%) at the maternity and geographical origin of the parents.

Les raisons invoquées pour ne pas allaiter diffèrent également. Les femmes asiatiques pensent généralement que le lait de vache est plus nutritif. De nombreuses Chinoises déclarent avoir trop de travail et ne pas disposer d'assez de temps. Les femmes africaines qui n'allaitent pas, qu'elles soient originaires du Maghreb ou de l'Afrique subsaharienne, ont plutôt une raison médicale, ou une lactation insuffisante.

Globalement, la durée de l'allaitement maternel est relativement réduite en France (Fig.3).

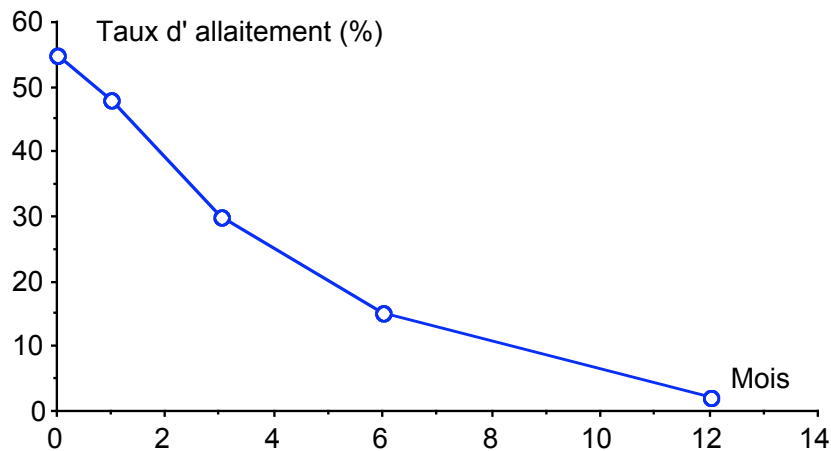


Figure 3. Taux d'allaitement maternel (en %) en fonction de l'âge du nourrisson (en mois) en France.
Figure 3. Rate of breast-feeding (in %) according to the age of the newborn (in month) in France.

En effet, si près de 55% des mères allaitent leur nouveau-né à la maternité, elles ne sont plus que 30% à trois mois, 15% à six mois et 2% à douze mois. Le sevrage précoce est donc courant en France. En Suisse, par exemple (ANAES, 2002), 92% des enfants bénéficient de l'allaitement maternel à la naissance, et 10% encore à l'âge de 5 mois. Il faut remarquer toutefois qu'il existe, là encore, une différence significative de comportement selon l'origine géographique des parents (Fig. 4).

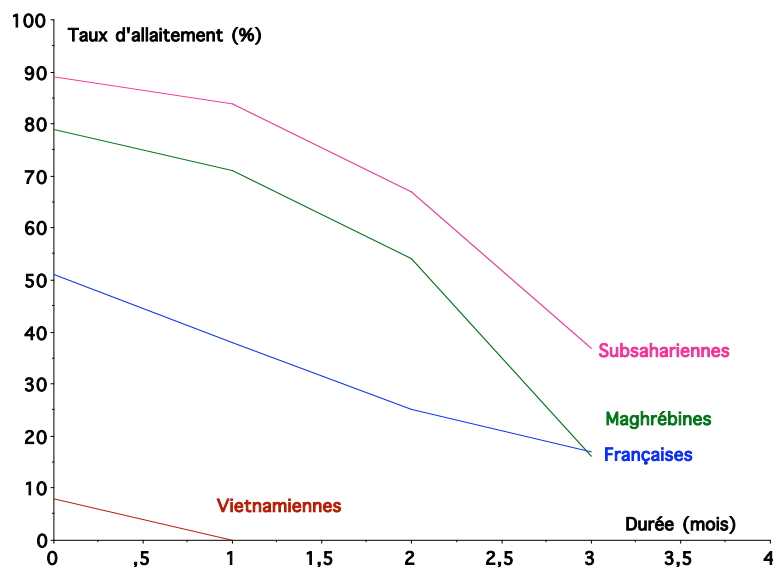


Figure 4. Taux d'allaitement (en %) en fonction de l'âge du nourrisson et origine géographique des parents.
Figure 4. Rate of breast feeding (in %) according to the age of the newborn and geographical origin of the parents.

A un mois, tous les enfants de parents asiatiques sont sevrés. A trois mois, 20% des nourrissons de parents français et de parents maghrébines et 40% (soit le double) des nourrissons de parents subsahariens sont encore allaités par leur mère.

Lors de l'enquête, il a été possible de demander aux femmes immigrées ayant eu d'autres enfants avant leur arrivée en France combien de temps elles avaient allaité leurs aînés, et combien de temps elles auraient allaité leur nourrisson si elles étaient encore dans leur pays. Ces résultats ont permis de comparer l'âge moyen au sevrage en France et dans le pays d'origine (tableau 2).

Origine des parents	Taux d'allaitement maternel à la naissance (%)	Durée allaitement maternel en France	Durée allaitement maternel au pays
France	51	3 mois	-
Vietnam	8	1 mois	9 mois
Chine	1	1 semaine	14 mois
Maghreb	79	3 mois	4 mois
Subsahara	89	6 mois	18-24 mois

Tableau 2. Durée de l'allaitement maternel en France et dans le pays d'origine.

Table 2. Duration of the breast-feeding in France and in the origin country.

On remarque notamment que les nourrissons d'origine asiatique, si peu allaités en France, auraient bénéficié de ce mode d'alimentation prolongé pendant 9 mois en moyenne au Vietnam et 14 mois en Chine.

Mode d'allaitement et développement de l'enfant

Quoiqu'il en soit, le mode d'allaitement influence le développement physique de l'enfant. A la naissance, la moyenne des poids dans les différentes populations reflète la taille de la mère et son état nutritionnel (Ulijaszek et Strickland, 1993). Après la naissance, les facteurs environnementaux (dont le mode d'alimentation) jouent un rôle plus important. On a pu mettre en évidence que dans les pays occidentaux où ne sévit pas de malnutrition protéino-énergétique, l'allaitement maternel est associé à un développement pondéral significativement moins rapide et plus régulier (Rovillé-Sausse, 1994, 1997). Plusieurs facteurs vont guider le choix des parents: le pays d'origine des parents migrants, la durée de la gestation, le poids de naissance des enfants. Le pays d'origine des parents sous-entend un environnement social et culturel, mais on a vu que les comportements évoluent dans le contexte de la migration. La présente étude montre que le choix du mode d'allaitement semble lié aussi à la durée de la gestation et aux proportions corporelles de l'enfant au moment de sa naissance. On trouve trois fois plus de prématurés parmi les nouveau-nés nourris artificiellement (aux aliments lactés diététiques) dans les familles françaises non immigrées, 10 fois plus dans les familles maghrébines (tableau 3). On n'a pas pu mettre en évidence, dans cet échantillon, de différence significative de poids de naissance liée au sexe.

Origine des parents	Taux de prématurés nourris au sein (%)	Taux de prématurés nourris artificiellement (%)
France	2	6
Maghreb	2	20
Subsahara	5	22

Tableau 3. Taux d'enfants prématurés et type d'allaitement en fonction de l'origine géographique des parents.

Table 3. Rate of premature children and type of breast feeding according to the geographical origin of the parents.

Cependant, si la concentration protéinique diminue progressivement durant la période de lactation chez la mère d'un enfant à terme, elle est plus élevée chez la mère d'un enfant prématuré (Anderson et al, 1981). C'est pourquoi les pédiatres néonatalogistes encouragent généralement les mères à allaiter lorsqu'elles ont mis au monde un enfant prématuré.

Le choix du mode d'allaitement de l'enfant semble lié aussi aux dimensions corporelles de l'enfant à la naissance. Parmi les enfants nés à terme de l'échantillon, la taille et le poids de naissance moyens sont significativement supérieurs chez les enfants qui ont été spontanément mis au sein. D'autres auteurs avaient déjà constaté des faits similaires. En Suède, Persson (1985) a suivi longitudinalement des cohortes de jeunes enfants: à la naissance, les bébés mis au sein ont un poids significativement supérieur. En Australie (Hitchcock et al, 1985), les poids de naissance

des nourrissons mis au sein sont en moyenne supérieurs de 200 grammes. Toutes origines confondues, et quelque soit la durée de la gestation, le poids de naissance moyen des enfants prématurés mis au sein est de 2900 g et le poids de naissance moyen de ceux ont été spontanément nourris artificiellement est de 2500 g dans l'échantillon de cette étude.

Discussion

Le mode d'allaitement va influencer le développement physique de l'enfant. Contrairement aux pays en développement, la croissance staturo-pondérale et de la corpulence (évaluée à partir de l'indice de Quételet P/T^2) des enfants nourris artificiellement est plus rapide durant les premiers mois de vie post-natale. La croissance des enfants allaités par leur mère est moins rapide et plus régulière (Rovillé-Sausse et al, 2001; Prado et Rovillé-Sausse, 2002). A un an, ils sont plus minces que les autres, sans conséquences sur leur état de santé. Il semble même que le lait humain, par la nature de ses composants, ait un effet préventif sur le surpoids et l'obésité (Koletzko et Sauerwald, 2000), l'allaitement artificiel ayant des conséquences sur la croissance future et l'adiposité (Hammer et al, 1999) et une plus haute pression systolique (Wilson et al, 1998). Des études récentes (Forsyth et al, 2003) montrent, d'autre part, que l'allaitement maternel exclusif est associé à une réduction significative des maladies respiratoires durant l'enfance, et que le lait de femme, qui contient des acides gras poly-insaturés à longue chaîne (AGPILC) réduit significativement la pression artérielle durant l'enfance, voire même à l'âge adulte.

Conclusion

En conclusion, on peut dire que les modalités d'allaitement du nourrisson évoluent dans le temps: en France, la pratique de l'allaitement maternel s'est développée au cours des dernières décennies. Elle évolue aussi dans le contexte migratoire, mais chaque communauté a un comportement différent. Les femmes migrantes n'adoptent pas forcément un comportement occidental dès qu'elles arrivent dans le pays d'accueil, mais on observe toujours un changement d'attitude par rapport au pays d'origine.

La présente étude montre que le choix du mode d'allaitement est lié à l'origine géographique des parents, à la durée de gestation, et aux proportions corporelles à la naissance.

Le lait artificiel peut être responsable d'un accroissement du poids et de la corpulence plus rapides, et à long terme de surpoids. Il paraît donc que la plus grande vitesse moyenne de développement physique que donnent les aliments lactés diététiques aux enfants nés à terme, ou un "rattrapage" dans le cas des prématurés ou des nouveau-nés hypotrophes, ne justifient généralement pas leur emploi, en comparaison des bénéfices de l'allaitement maternel pendant les premiers mois de la vie post-natale.

Bibliographie

- Action pour l'Allaitement, 1997, L'allaitement maternel en France. Taux d'allaitement en 97. <http://action.allaitement.free.fr/pages/taux97.html>
- ANAES, 2002, Allaitement maternel. Mise en œuvre dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant. http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/wEdition/RA_LILF-5JJMX7
- Anderson, G.H., Atkinson, S.A., Bryan, M.H., 1981, Energy and macronutrient of human milk during early lactation from mothers of premature infants. *Am J Clin Nutr*, 34: 258-265.
- Forsyth, J.S., Willatts, P., Agostini, C., Bissenden, J., Casaer, P., Boehm, G., 2003, Long chain polyunsaturated fatty acid supplementation in infant formula and blood pressure in later childhood: follow up of a randomized controlled trial. *BMJ*, 326: 953-960.
- Hammer, L.D., Bryson, S., Agras, W.S., 1999, Development of feeding practices during the first 5 years of life. *Arch Pediatr Adolesc Med*, Febr, 153 (2): 189-194.
- Hitchcock, E., Gracey, M., Gilmour, A.I., 1985, The growth of breast fed and artificially fed infants from birth to 12 months. *Acta Paediatr Scand*, 74: 240-245.
- INSERM, 1998, Enquête périnatale.

- Koletzko, B., Sauerwald, T., 2000, Does breast-feeding protect against childhood obesity? *Adv Exp Med Biol*, 478: 29-39.
- Lelong, N., Saurel-Cubizolles, M.J., Bouvier-Colle, M.H., Kaminski, M., 2000, Durée de l'allaitement maternel en France. *Arch Pediatr* 7: 571-572.
- Offringa, P.L., Boersma, E.R., 1987, Will food supplementation in pregnant woman decrease neonatal morbidity? *Human Nutr: Clin Nutr*, 41c: 311-315.
- Persson, L.A., 1985, Infant feeding and growth – a longitudinal study in three Swedish communities. *Ann Hum Biol*, 12: 41-52.
- Prado, C., Rovillé-Sausse, F., 2002, Amamantamiento y crecimiento de niños de origen magrebi que viven en dos países de la Unión Europea. *Antropología física latinoamericana*, 3: 81-94.
- Rahman, M.M., Yamauchi, M., Hanada, N., Nishikawa, K., Morishima, T., 1987, Local production of rotavirus specific IgA in breast tissue and transfer to neonates. *Arch Dis Childh*, 62: 401-405.
- Rogers, I.S., Emmet, P.M., Golding, J., 1997, The growth and nutritional status of the breast-fed infant. *Early Hum Dev*, oct 29; 49 suppl: S151-174.
- Rovillé-Sausse, F., 1994, The way of feeding of newborns. *International Journal of Anthropology*, 9 (3): 175.
- Rovillé-Sausse, F., 1997, Mode d'allaitement et biométrie du nourrisson. *Anthropologie et Préhistoire*, 108: 12-20.
- Rovillé-Sausse, F., Vercauteren, M., Prado-Martinez, C., 2001, Croissance et alimentation d'enfants (0 à 18 mois) d'origine maghrébine dans trois pays européens (France, Belgique et Espagne). *Biom Hum et Anthropolol*, 19 (1-2): 47-53.
- Ulijaszek, S.J., et Strickland, S.S., 1993, *Nutritional Anthropology. Prospects and perspectives*. London, Smith-Gordon and Company LTD, 176 p.
- Whitehead, R.G., 1985, Infant physiology, nutritional requirements, and lactational adequacy. *Am J Clin Nutr*, 41: 447-458.
- WHO, 1998, Nutrition. La déclaration "Innocenti": progrès et réalisations. *Relevé Épidémiologique Hebdomadaire*, 73: 25-32.
- Wilson, A.C., Greene, S.A., Irvine, L., Hau, C., Howie, P.W., 1998, Relation of infant diet to childhood health: seven follow up cohort of children in Dundee infant feeding study. *BMJ*, 316: 21-25.