



HAL
open science

Visites externes et allaitement en maternité

Alice Lang

► **To cite this version:**

Alice Lang. Visites externes et allaitement en maternité. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00743654

HAL Id: dumas-00743654

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00743654v1>

Submitted on 19 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENoble
MEDECINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH-FOURIER
UFR DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

**VISITES EXTERNES
ET
ALLAITEMENT EN MATERNITE**

Mémoire soutenu le 29 mai 2012

Par LANG Alice
Née le 23 août 1988 à Grenoble (38)

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme
Année 2007-2012

UNIVERSITE JOSEPH-FOURIER
UFR DE MEDECINE DE GRENOBLE
DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

**VISITES EXTERNES
ET
ALLAITEMENT EN MATERNITE**

Mémoire soutenu le 29 mai 2012

Par LANG Alice
Née le 23 août 1988 à Grenoble (38)

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme
Année 2007-2012

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

Je remercie les membres du Jury

- ✓ **Dr Fabrice SERGENT**, PU-PH en Gynécologie Obstétrique au CHU de Grenoble.
- ✓ **Dr Charles BERARD**, assistant spécialisé en Gynécologie Obstétrique au centre hospitalier de la région d'Annecy.
- ✓ **Mme Chantal SEGUIN**, Directrice de l'Ecole de Sages-femmes, Département maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, représentée par **Mme Nadine VASSORT**, Sage-femme enseignante cadre supérieur.
- ✓ **Mme Sophie JOURDAN**, Sage-femme cadre enseignante de l'école de Grenoble.
- ✓ **Mme Maud BONFILS**, Sage-femme du CHU de Grenoble.

REMERCIEMENTS

Je remercie plus particulièrement

- ✓ **Mme Sophie JOURDAN**, *pour son aide apportée à l'élaboration de ce travail.*
- ✓ **Mme Annie UHRY**, ingénieur statisticien, *pour ses explications et sa patience.*
- ✓ **Mme Cassandra VIGNON**, sage-femme et consultante en lactation certifiée IBCLC, exerçant à l'Unité Transversale d'Accompagnement Psychiatrique à l'HCE de Grenoble, *pour ses conseils et le partage de son expérience.*

Je remercie aussi

- ✓ **Mme Claire BAUDON**, Sage-femme enseignante et guidante de notre promotion, *pour sa pédagogie, et l'attention portée à ses étudiants.*
- ✓ **Ma famille**, *pour m'avoir toujours soutenue et encouragée.*
- ✓ **Mes camarades de promotion** qui se reconnaîtront *pour leur soutien et leur solidarité, et particulièrement Melle Camille BERTHIER pour l'attention portée à mon mémoire et sa précieuse écoute.*

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS

1. INTRODUCTION	1
1.1. Etat des lieux de l'allaitement maternel en France.....	1
1.2. Le séjour en maternité, une étape cruciale dans l'initiation de l'allaitement maternel et prédictif de sa durée.....	1
1.3. Présentation de notre étude : cadre et objectifs.	2
2. MATERIEL ET METHODE	4
2.1. Type de l'étude.....	4
2.2. Population.....	4
2.3. Recueil des données	5
2.4. Critère de jugement.....	6
2.5. Analyse statistique	6
3. RESULTATS	8
3.1. Description de la population	8
3.2. Test d'homogénéité des populations.....	9
3.3. Analyse uni-variée globale du facteur d'exposition aux visites	10
3.4. Analyses bi-variées : ajustement du facteur d'exposition aux visites sur les facteurs de confusions.....	10
4. DISCUSSION	14
4.1. Choix et limites de l'étude	14
4.1.1. Justification des choix de l'étude.	14
4.1.2. Limites de l'étude	17
4.2. Discussion des résultats	18
5. CONCLUSION	23
6. BIBLIOGRAPHIE	24
ANNEXE I : HISTORIQUE DE L'ALLAITEMENT	26
Les « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » proposées par l'OMS et l'UNICEF en 1989	27
Déclaration conjointe d'Innocenti sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Florence, Italie, le 22 novembre 2005.....	28
L'initiative Hôpitaux Amis des bébés	30
ANNEXE II FACTEURS DETERMINANTS L'ALLAITEMENT MATERNEL RETROUVES DANS LA LITTERATURE	31
ANNEXE III COMPARAISON DU TAUX D'ABANDON MOYEN DE L'AM DANS NOTRE ETUDE AVEC LE RAPPORT 2010 DE L'HCE	34
ANNEXE IV TABLE DE CALCUL	

LISTE DES ABREVIATIONS

- ✓ **IBCLC**: International Board of Certified Lactation Consultant.
- ✓ **HCE**: Hôpital Couple Enfant.
- ✓ **AM** : Allaitement maternel.
- ✓ **APD**: Anesthésie péridurale.
- ✓ **IHAB** : Initiative Hôpital Ami des Bébés.
- ✓ **E** : Sujets Exposés / **NE** : Sujets non exposés
- ✓ **DMO** : Dossier Médical Obstétrical
- ✓ **RR** : Risque Relatif
- ✓ **IC** : Intervalle de confiance.
- ✓ **EPN** : Enquête périnatale.
- ✓ **TA** : Taux d'Abandon.

1. INTRODUCTION

1.1. Etat des lieux de l'allaitement maternel en France

L'histoire de l'Allaitement en France a été marquée par plusieurs grands événements. Au fil des années, de nombreux travaux de recherche ont démontré la richesse du lait maternel et ses effets bénéfiques pour la santé de l'enfant et de la mère. [22]

Autant d'arguments qui ont amené notre pays à adopter et mettre en place progressivement plusieurs « réformes » afin d'encourager l'allaitement. L'historique est détaillé en annexe I.

Ainsi, la prévalence de l'initiation de l'allaitement (exclusif et partiel) en maternité a augmenté ces dernières années passant de 36% en 1972 à 62.6% en 2003. [4]

En 2010 à l'hôpital couple-enfant (HCE) de Grenoble : sur l'ensemble des naissances analysées, 83.1% de femmes ont fait le choix d'un allaitement maternel (AM) exclusif à la naissance. 78 % d'entre elles ont continué leur allaitement à la sortie, soit un taux d'abandon de 22%. [23]

1.2. Le séjour en maternité, une étape cruciale dans l'initiation de l'allaitement maternel et prédictif de sa durée

De nombreux facteurs interviennent concernant l'initiation et la durée de l'AM. Ces facteurs, détaillés en annexe II, peuvent schématiquement se résumer en [16,22] :

- ✓ Facteurs liés à la mère : caractéristiques sociodémographiques, caractéristiques psychologiques, parité, expériences d'allaitement précédentes, pratique de l'allaitement, mode de vie : tabagisme et autres addictions.
- ✓ Facteurs liés à l'accouchement : Mode d'accouchement, type de naissance, anesthésie péridurale (APD), complications de la naissance.
- ✓ Facteurs liés à l'enfant : Terme de naissance, poids de naissance, prise de poids en maternité, technique de succion.
- ✓ Facteurs liés à l'entourage : Soutien du partenaire, de la famille et des proches.
- ✓ Facteurs liés aux pratiques hospitalières : tétée précoce, cohabitation mère enfant 24H/24, utilisation de tétine, recours à des compléments, soutien des professionnels.
- ✓ Facteurs liés aux politiques de santé : label Initiative Hôpitaux Amis des bébés (IHAB), distribution d'échantillons de substituts de lait, durée du congé maternité.

1.3. Présentation de notre étude : cadre et objectifs.

Durant l'hiver 2009, dans le cadre de la prévention de la transmission du virus H1N1, les visites en maternité furent strictement limitées aux pères. Etant en stage à cette période, divers points de vue nous furent alors rapportés :

- ✓ Du côté des soignants, le ressenti général fut une ambiance plus propice à la réussite de l'allaitement.
- ✓ Du côté des patientes, les réactions furent plus variées : certaines mères ont été comblées de cette relation d'intimité couple/enfant. Au contraire, d'autres ont souffert de l'isolement, de l'éloignement de leurs aînés et de leur famille et ont d'ailleurs voulu mettre un terme plus rapidement à leur séjour.

De ce constat émerge alors l'idée de notre étude : **Les visites externes constituent-elles un facteur influençant l'AM en maternité ?**

Essayons d'abord de comprendre l'impact des visites et celui de l'isolement sur la relation mère/enfant.

Les visites peuvent avoir un impact sur :

- ✓ La cohabitation mère/enfant
- ✓ L'allaitement à la demande
- ✓ L'encadrement par les professionnels de santé
- ✓ L'état physique de la mère et de l'enfant. En effet, on imagine que des visites répétées tout au long de la journée peuvent être fatigantes pour la mère et le nourrisson, et constituer un frein à l'aide apportée par les soignants. Elles peuvent ainsi compromettre l'allaitement à la demande du fait d'une fatigue, d'une gêne à allaiter devant certaines personnes... La pudeur a d'ailleurs été signalée comme facteur limitant l'allaitement. [5]
- ✓ La psychologie maternelle : si le soutien des proches est un élément fondamental dans la réussite de l'allaitement (moment de conseils, d'écoute et de partage d'expérience), à l'inverse les visites peuvent aussi être source de stress et de fatigue pour les mères, et engendrer un sentiment de culpabilité lorsqu'il existe une difficulté de l'allaitement.

L'intimité de la mère avec son enfant permet d'établir le lien d'attachement de manière optimale. C'est dans cette relation de proximité que les parents vont apprendre à observer les capacités motrices et sensorielles du nouveau-né, son «langage» et ses besoins. [3]

Parallèlement, l'isolement peut être néfaste. Le post-partum constitue une période de fragilité et de remaniement psychique majeur. C'est sur ce terrain fragile que peut alors survenir le post-partum blues, et dans un degré de sévérité supérieur la dépression du post-partum ; dont il a été établi que l'isolement était un facteur de risque important. [7]

En conclusion, les visites peuvent avoir à la fois un impact bénéfique et délétère sur l'allaitement. Mais dans quel sens penche la balance ?

- ➔ Ainsi, l'objectif principal de cette étude était de déterminer s'il existe un lien entre les visites externes en maternité et l'abandon de l'allaitement maternel.

- ➔ L'objectif secondaire était de voir si cet éventuel impact variait en fonction des caractéristiques maternelles et néonatales. Autrement dit, existe-il des sous-groupes d'individus plus ou moins sensibles aux visites ?

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Type de l'étude

Nous avons réalisé une étude prospective Exposé/Non Exposé au sein du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble.

Le facteur d'exposition aux visites n'était pas quantifiable. Nous avons donc utilisé la période de la grippe H1N1 (Novembre 2009-Janvier 2010) où les visites étaient strictement limitées aux pères pour sa prise en compte. Nous avons constitué deux groupes :

- ✓ Un groupe Non Exposé aux visites (NE) comprenant les femmes ayant accouché entre le 15 novembre 2009 et 15 décembre 2009.
- ✓ Un groupe Exposé aux visites (E) comprenant les femmes ayant accouché entre le 15 novembre 2010 et le 15 décembre 2010.

2.2. Population

Etaient éligibles toutes les mères ayant accouché à terme d'un singleton eutrophe et **ayant débuté un allaitement maternel exclusif dès le premier jour de la naissance.**

Critères d'exclusion maternelle

- ✓ Mères grippées.
- ✓ Hypertension artérielle ou pré éclampsie avec retentissement fœtal (Retard de croissance intra-utérin, Souffrance fœtale).
- ✓ Diabète gestationnel ou antérieur à la grossesse.
- ✓ Hémorragie de la délivrance : pertes sanguines du post-partum > 500 ml pour les accouchements voie basse et > 1L pour les césariennes.
- ✓ Transfert maternel.
- ✓ Pathologies maternelles contraignant l'allaitement telles que l'hémiplégie et traitements contre-indiquant l'AM.
- ✓ Mères sous méthadone.

Critères d'exclusion néonatale

- ✓ Prématurité : enfant nés avant 37 semaines d'aménorrhée révolues.
- ✓ Hypotrophie (poids de naissance < 10^opercentile pour un âge gestationnel donné) et macrosomie (poids de naissance > 90^opercentile pour un âge gestationnel donné).
- ✓ Transfert néonatal primaire ou secondaire.
- ✓ Malformations ou pathologies contraignant l'AM. Ainsi nous avons exclu les malformations mécaniques telles que le frein de langue, l'hémiplégie et les pathologies nécessitant des examens médicaux et paramédicaux répétés.
- ✓ Introduction d'une alimentation régulière « réveil 4h » quelque soit la raison.
- ✓ Infection néonatale.

2.3. Recueil des données

Les données ont été recueillies de manière rétrospective à l'aide du dossier médical obstétrical informatisé des patientes. (DMO)

Les facteurs influençant l'allaitement retrouvés dans la littérature et accessibles dans le DMO, ont été relevés dans chaque groupe. On a parlé par la suite des « facteurs de confusion relevés dans l'étude ». Ainsi, nous avons relevé quatre groupes de variables :

- ✓ Le premier groupe correspond aux caractéristiques sociodémographiques maternelles : âge et profession.
- ✓ Le deuxième groupe correspond aux caractéristiques médicales maternelles : tabagisme ou non pendant la grossesse.
- ✓ Le troisième groupe correspond aux caractéristiques obstétricales : parité, voie d'accouchement, mode de début de travail, présence ou non d'une anesthésie péridurale.
- ✓ Le quatrième groupe correspond aux caractéristiques néonatales : poids de naissance, terme de naissance, ictère ayant nécessité une photothérapie en maternité.

2.4. Critère de jugement

Le critère de jugement a été le taux d'abandon de l'allaitement maternel à la sortie du séjour de maternité. Un allaitement artificiel ou mixte était considéré comme un arrêt de l'AM exclusif.

2.5. Analyse statistique

Toutes les données recueillies ont été rentrées et analysées à l'aide du logiciel Statview®. Trois types d'analyses statistiques successives ont été menés :

1. *Une analyse préliminaire* a permis de s'assurer de l'homogénéité de répartition des individus dans chaque groupe E/ NE.
2. *Une analyse uni-variée globale* a été réalisée pour tester l'influence du facteur d'exposition aux visites sur l'AM.

Nous avons pour cela comparé **les taux bruts d'abandon** (TbA) de l'AM à la sortie entre les deux groupes.

3. Enfin, *plusieurs analyses bi-variées* ont été menées, afin de tester l'influence du facteur d'exposition aux visites après ajustement successif sur les facteurs de confusion relevés dans l'étude.

Nous avons pour cela comparé les **taux spécifiques d'abandon** (TsA) de l'AM à la sortie entre les deux groupes (= TA après ajustement de la variable visite sur un facteur de confusion).

Dans ces analyses de comparaison des TA de l'allaitement à la sortie entre les deux groupes E/NE, les Risques Relatifs (RR) ont été présentés avec un Intervalle de Confiance (IC) à 95%.

Les variables qualitatives ont systématiquement été décomposées en deux modalités complémentaires : **oui/non** pour le tabac, l'APD, l'ictère avec photothérapie. **Actifs/ Non actifs** pour l'activité professionnelle. **Primipare/ Multipare** pour la parité. **Naturel/ déclenchement** pour le mode de début du travail. **Voie basse/ césarienne** pour la voie d'accouchement.

Chaque modalité a été décrite par les effectifs (n) et les proportions(%).

Les variables quantitatives âge et terme, ont été décrites par la moyenne et l'écart-type dans le test d'homogénéité. Puis elles ont été transformées en variables qualitatives à deux modalités (**Inférieur à la moyenne/ Supérieur ou égal à la moyenne**) pour les analyses de comparaison des taux bruts et spécifiques d'abandon de l'AM.

Nous avons défini un risque d'erreur α à priori de 5% et les tests statistiques de signification utilisés ont été :

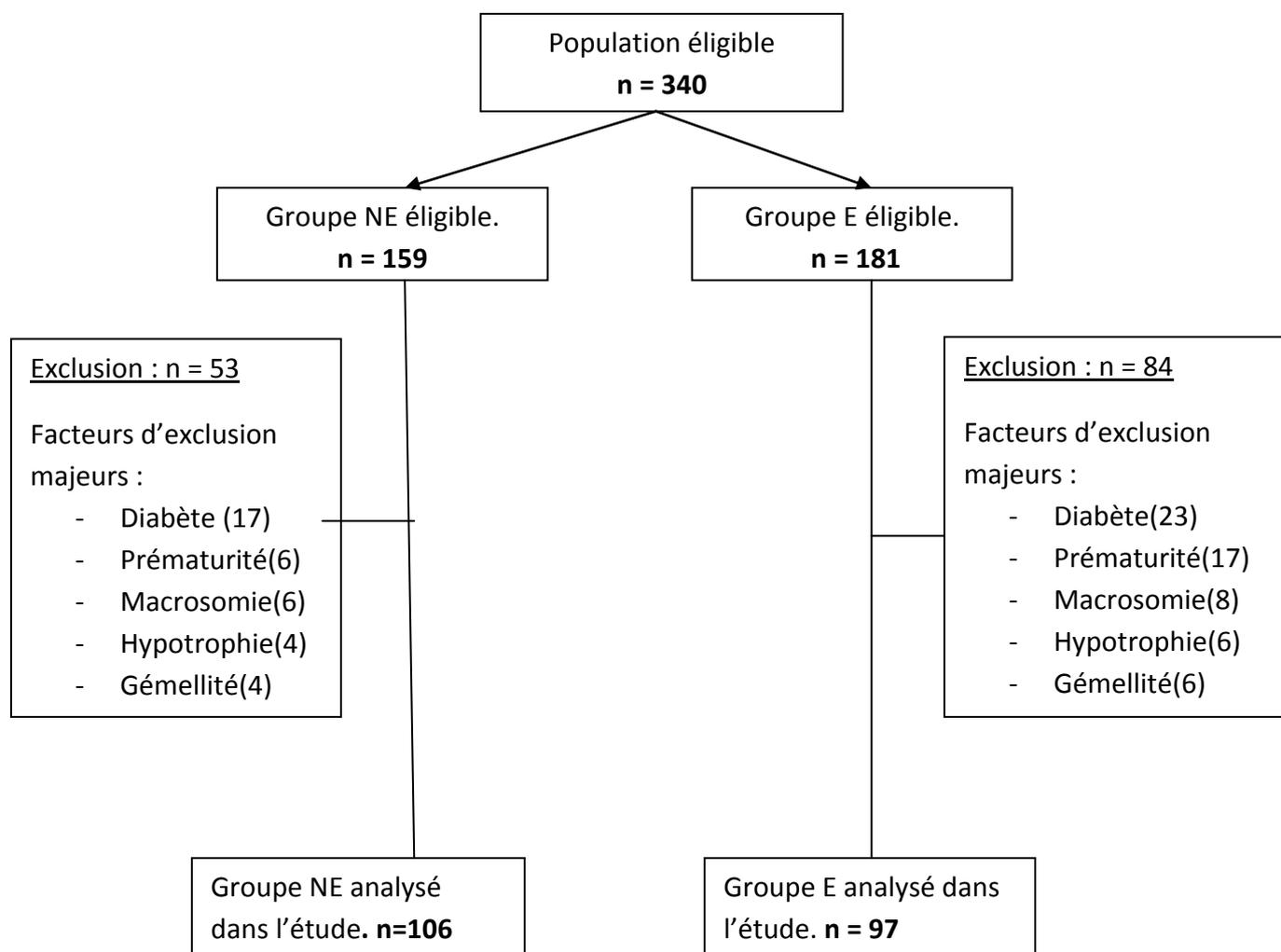
- ✓ Le test de Student pour la comparaison des moyennes.
- ✓ Le test du Chi 2 pour la comparaison des proportions. Lorsque les effectifs attendus étaient inférieurs à 5, nous avons utilisé la probabilité exacte de Fischer.

Ainsi, les résultats étaient jugés significatifs pour des p values (p) inférieures à 0,05.

3. RESULTATS

3.1. Description de la population

Diagramme d'inclusion :



Critères d'exclusion non renseignés mais non rejetés :

Les pertes du post-partum n'étaient pas renseignées dans 17 dossiers du groupe NE et 6 du groupe E.

Au départ, nous disposons de 340 dossiers répartis en 159 dossiers pour le groupe Non Exposé et de 181 dossiers pour le groupe Exposé.
Après application des critères d'exclusion, **il restait 106 dossiers pour le groupe Non Exposé et 97 pour le groupe Exposé.**

3.2. Test d'homogénéité des populations

Tableau I Répartition des individus dans chaque groupe E/ NE et test d'homogénéité

	Groupe NE N= 106	Groupe E N= 97	p
<i>Caractéristiques Sociodémographiques</i>			
AGE, moyenne (écart-type)	30(5)	29(6)	0.19
ACTIVITE PROFESSIONNELLE n (%) ¹			
Actifs	66 (67%)	60 (63%)	0.61
<i>Caractéristiques médicales maternelles</i>			
TABAC n (%) ²			
Non	91(87%)	81 (84%)	0.57
<i>Caractéristiques obstétricales</i>			
PARITE n (%) ³			
Multipare	65 (62%)	52(53%)	0.19
MODE DE DEBUT n (%) ⁴			
Naturel	79 (77%)	66 (75%)	0.75
VOIE D'ACCOUCHEMENT n (%)			
Voie basse	92(87%)	78 (80%)	0.19
PERIDURALE n (%) ⁵			
Oui	86 (82%)	82 (84%)	0.69
<i>Caractéristiques néonatales</i>			
TERME D'ACCOUCHEMENT	40(1,1)	39,85 (1,1)	0.26
Moyenne (écart-type)			
POIDS DE NAISSANCE, moyenne (écart-type)	3360(388)	3330(370)	0.55
ICTERE AVEC PHOTOTHERAPIE (%)			
Non	101(95%)	94(97%)	0.98

1 l'activité professionnelle n'était pas renseignée pour 7 patientes du groupe NE et 2 patientes du groupe E

2 Le tabagisme n'était pas renseigné pour 1 patiente du groupe NE et 1 patiente du groupe E.

3 La parité n'était pas renseignée pour 1 patiente du groupe NE.

4 Le mode de début n'était pas renseigné pour 3 patientes du groupe NE et 9 patientes du groupe E.

5 La présence ou non d'une APD pendant le travail n'était pas renseignée pour 1 patiente du groupe NE.

Pour chacune des caractéristiques étudiées, aucune différence significative n'a été mise en évidence concernant la répartition des individus entre les deux groupes E/ NE.

3.3. Analyse uni-variée globale du facteur d'exposition aux visites.

Tableau II Comparaison des taux bruts d'abandon de l'AM exclusif à la sortie entre les deux groupes E/ NE.

	Groupe NE n = 106	Groupe E n = 97	RR IC 95%	p
Abandon de l'AM, n (%)	14 (13,2%)	14 (14,4%)	1,09 [0,54-2,2]	0.96

Nous n'avons pas mis en évidence d'écart significatif entre les taux bruts d'abandon de l'AM à la sortie entre les deux groupes.

3.4. Analyses bi-variées : ajustement du facteur d'exposition aux visites sur les facteurs de confusions.

Tableau III Comparaison des taux spécifiques d'abandon de l'AM exclusif à la sortie entre les deux groupes en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

	GROUPE NE	GROUPE E	Ecart (TAE – TANE)	RR [IC 95%]	p
Caractéristiques Sociodémographiques					
AGE					
Age < moyenne	6% (3/50)	18% (9/51)	+12 %	3 [0,8-2,5]	0.07
Age > ou = moyenne	20% (11/56)	11%(5/46)	- 9 %	0.55 [0,2-2,4]	0.22
ACTIVITE PROFESSIONNELLE					
Actifs	15% (10/66)	17% (10/60)	+ 2 %	1,1 [0,5-2,4]	0.86
Non actifs	9 % (3/33)	14%(11/81)	+ 5 %	1,8 [0,45-7,2]	0.38

Guide de lecture du tableau :

Pour les femmes d'âge inférieur à la moyenne : 6% ont arrêté leur AM à la sortie dans le groupe NE contre 18% dans le groupe E, soit un écart de 12% entre les deux groupes. Mais cet écart n'est pas significatif ($p=0.07$)

Pour les femmes d'âge supérieur à la moyenne : 20 % ont arrêté leur AM à la sortie dans le groupe NE contre 11 % dans le groupe E, soit un écart de 9 % entre les deux groupes. Mais cet écart n'est pas significatif ($p=0.22$).

Après ajustement du facteur d'exposition aux visites sur l'âge ou sur l'activité professionnelle : aucun écart significatif n'a été mis en évidence entre les taux d'abandon spécifiques de l'AM à la sortie des deux groupes.

Tableau IV : Comparaison des taux spécifiques d'abandon de l'AM exclusif à la sortie entre les deux groupes en fonction des caractéristiques médicales maternelles.

	GROUPE NE	GROUPE E			
	TA NE (n)	TA E (n)	Ecart (TA.E – TA. NE)	RR [IC 95%]	p
Caractéristiques médicales maternelles					
TABAC					
Oui	21% (3/14)	20 % (3/15)	- 1 %	0,9 [0,2-4,1]	0.93
Non	12% (11/91)	14% (11/81)	+ 2 %	1,1 [0,5-2,5]	0.77

Après ajustement du facteur d'exposition aux visites sur le tabac, aucun écart significatif n'a été mis en évidence entre les taux d'abandon spécifiques de l'AM à la sortie des deux groupes.

Tableau V : Comparaison des taux spécifiques d'abandon de l'AM exclusif à la sortie entre les deux groupes en fonction des caractéristiques obstétricales.

	GROUPE NE		GROUPE E				
	TA NE (n)		TA E (n)		Ecart (TA E – TA NE)	RR [IC 95%]	P
Caractéristiques obstétricales							
PARITE							
Primipare	15% (6/40)		17% (8/46)		+ 2 %	1,2 [0,4-3,1]	0.76
Multipare	12,3% (8/65)		11,6% (6/52)		- 0,7 %	0,9 [0,4-2,7]	0.95
MODE DE DEBUT							
Naturel	10% (8/79)		12% (8/66)		+2 %	1,2 [0,4-2,7]	0.86
Déclenchement	17 % (4/24)		18% (4/22)		+ 1 %	1,05 [0,3-3]	0.98
VOIE D'ACCOUCHEMENT							
AVB	11% (10/92)		13% (10/78)		+ 2 %	1,2 [0,5-2,8]	0.67
Césarienne	29% (4/14)		21% (4/19)		- 8 %	0,7 [0,2-2,4]	0.56
PERIDURALE							
Oui	14% (12/86)		16% (13/82)		+2 %	1,1 [0,6-2,4]	0.68
Non	10% (2/19)		7% (1/15)		- 3 %	0,7 [0,1-6,2]	0.65

Après ajustement du facteur d'exposition aux visites sur le la parité, ou le mode de début, ou la voie d'accouchement, ou le type d'anesthésie: aucun écart significatif n'a été mis en évidence entre les taux d'abandon spécifiques de l'AM à la sortie des deux groupes.

Tableau VI : Comparaison des taux spécifiques d'abandon de l'AM exclusif à la sortie entre les deux groupes en fonction des caractéristiques néonatales.

	GROUPE NE	GROUPE E			
	TA NE (n)	TA E (n)	Ecart (TA.E – TA.NE)	RR [IC 95%]	p
Caractéristiques néonatales					
TERME D'ACCOUCHEMENT					
Terme < moyenne	11% (5/45)	17% (8/47)	+6 %	1,5 [0,5-4,4]	0.41
Terme > ou =moyenne	15% (9/61)	12% (6/50)	- 3 %	0,8 [0,3-2,2]	0.67
POIDS DE NAISSANCE					
Poids < moyenne	11% (6/53)	15% (7/48)	+ 4 %	1,1 [0,4-2,6]	0.62
Poids > ou = moyenne	15% (8/53)	14% (7/49)	- 1 %	0,9 [0,4-2,5]	0.90

Après ajustement du facteur d'exposition aux visites sur le terme ou sur le poids de naissance, aucun écart significatif n'a été mis en évidence entre les taux d'abandon spécifiques de l'AM à la sortie des deux groupes.

4. DISCUSSION

4.1. Choix et limites de l'étude

4.1.1. Justification des choix de l'étude.

- ✓ En réalisant une étude comparative Exposés/Non Exposés, nous avons apprécié le facteur d'exposition aux visites de manière **globale et qualitative**.

Or, l'exposition aux visites sous-entend plusieurs notions qui n'ont pas pu être prises en compte ou quantifiées :

- Combien de personnes sont présentes à l'occasion d'une visite ?
- Quel temps reste, en moyenne, un groupe de visiteurs ?
- A quelle fréquence quotidienne la femme reçoit elle des « groupes de visiteurs » ?
- Qui sont les visiteurs ? (Type de visite : visites de l'entourage familial, amical, visite du conjoint, visites de courtoisie ?)

Nous aurions pu appréhender l'association entre ces différentes notions et l'allaitement à l'aide d'une enquête descriptive (questionnaire distribué aux mères en suite de couches). Cependant, nous aurions abordé là un problème éthique: ce questionnaire aurait empiété sur la vie privée des mères et peut-être induit des craintes quant au rôle des visites sur l'AM. En outre, ce type de questionnaire nous paraît être source de fatigabilité chez les nouvelles accouchées.

- ✓ Les facteurs déterminant l'allaitement retrouvés dans la littérature [**Annexe II**] et accessibles à un recueil dans le DMO nous ont permis de définir notre population d'étude.

Les critères d'exclusion ont été définis de manière à ne retenir dans l'étude que les situations les plus propices à la réussite de l'AM.

Les grossesses multiples ont été exclues car l'AM chez les jumeaux est plus délicat.

Les mères grippées et celles ayant fait une hémorragie de la délivrance ont été exclues car il s'agit de situations à risque d'asthénie maternelle. Ainsi, la condition physique « réduite » de ces mères constituait un frein potentiel à l'AM.

Les nouveau-nés infectés ont été exclus de l'étude car il ne s'agit pas d'une situation garantissant des conditions optimales de réussite de l'AM. En effet, l'infection néonatale peut se caractériser par des symptômes variés: altération de l'état général, troubles hémodynamiques, trouble du comportement, hypotonie, perte d'appétit.

Les mères ou les nouveau-nés transférés en réanimation ont été exclus car il existait alors une séparation mère/enfant. Or la cohabitation mère/enfant 24H/24 garantit un meilleur taux de réussite de l'AM. **[Annexe II] [5]** Elle constitue d'ailleurs l'une des « dix conditions pour le succès de l'AM » proposées par l'OMS et l'UNICEF en 1989. **[Annexe I]**

Nous avons exclu les hypotrophes, les macrosomes, les mères atteintes de diabète car il s'agit de situations à risque d'hypoglycémie néonatale prolongée. En prévention de ce risque, le protocole appliqué à l'HCE est une surveillance régulière de la glycémie capillaire ainsi que l'introduction d'une alimentation régulière « réveil 4 heures ». Or, l'introduction d'une alimentation à heure fixe est associée à une durée réduite de l'AM. **[Annexe II] [10, 13, 17]**

Nous avons exclu les nouveau-nés prématurés car la prématurité constitue un facteur de risque de sevrage précoce. **[Annexe II] [4,13]**

Les nouveau-nés atteints de malformations mécaniques telles que le frein de langue ont été exclus car leur technique de succion est altérée.

Enfin, nous avons exclu les mères et nouveau-nés hémiplegiques car il s'agissait de situations délicates.

Les autres facteurs déterminant l'AM et accessibles à un recueil dans le DMO ont été pris en compte dans l'étude. Afin de s'assurer qu'ils ne constituent pas des facteurs de confusion, ils ont été répartis de façon homogène dans les deux groupes E/ NE.

Le tabagisme en période périnatale est associé à un sevrage plus précoce de l'AM. **[Annexe II] [17]**. En effet, le tabagisme favorise le développement de colique chez le nourrisson et peut entraîner une diminution de la lactation chez la mère. **[6]**

L'activité professionnelle a été relevée car des études scientifiques ont montré que les femmes non actives, qu'elles soient en congé, au chômage ou sans profession allaitent plus longtemps **[Annexe II] [5,17]**.

L'âge a été pris en compte car le jeune âge (moins de 18 ans dans l'enquête périnatale de 2003) est associé à une durée réduite de l'AM. [Annexe II] [4, 5,10].

La parité a été relevée car la primiparité est un facteur de risque de sevrage précoce de l'AM [Annexe II] [10].

Nous avons relevé le terme moyen d'accouchement car le taux de réussite de l'AM augmente avec le terme de naissance pour des enfants nés entre 37 et 41 SA révolus [Annexe II] [4].

Le poids de naissance a aussi été pris en compte pour les enfants eutrophes car le taux de réussite de l'AM augmente avec le poids jusqu'à 3 999 grammes. [Annexe II] [4].

Il était important de relever la voie d'accouchement : une perte de poids excessive(PPE) du nouveau-né est significativement associée à l'accouchement par césarienne [Annexe II] [16]. On peut donc en continuant le raisonnement émettre l'hypothèse que les césariennes ont plus de risque de sevrage précoce de l'AM, si l'on introduit chez leur nouveau-nés des compléments.

Concernant le mode de début du travail et la présence ou non d'une APD, leur association avec l'AM est presque toujours recherchée dans les études scientifiques, en revanche aucune d'entre elles n'a démontré leur impact sur l'AM. Nous avons tout de même choisi de les prendre en compte pour montrer une éventuelle interaction avec les visites.

- ✓ Les variables qualitatives de l'étude ont été décomposées en **deux modalités uniquement** afin d'avoir des effectifs suffisants pour chacune de ces deux modalités et s'approcher au mieux de la significativité des résultats.
- ✓ Nous avons constitué nos deux groupes sur une même période de l'année (hiver) afin de maîtriser l'influence du facteur saison (chaleur, sorties, choix de l'allaitement accru en hiver du fait des avantages immunologiques du lait maternel).

4.1.2. Limites de l'étude

Concernant la définition de la population

- Notre étude a été basée sur une approximation : toutes les femmes appartenant au groupe Exposé n'ont pas forcément reçu de visites lors de leur séjour en maternité.

Le facteur d'exposition aux visites n'était donc pas similaire au sein même du groupe Exposé.

Cependant, au vu de nos expériences en stage, nous avons émis l'hypothèse que quasiment toutes les femmes exposées avaient reçu au moins une visite lors de leur séjour en maternité.

- La constitution des deux groupes E/ NE à un an d'intervalle a pu introduire un biais : celui de l'équipe soignante, car le niveau de formation concernant l'allaitement a pu évoluer d'une année sur l'autre.
- Nous avons maîtrisé le biais de confusion sur les facteurs relevés dans l'étude par une répartition identique de ces facteurs dans les deux groupes E / NE.

En revanche, du fait de la multiplicité des facteurs déterminants l'AM : beaucoup n'ont pas été étudiés dans l'étude et ont pu biaiser les résultats.

N'étant pas accessibles à un recueil rétrospectif dans le dossier informatique des patientes, nous avons déterminé a priori, de ne pas étudier :

- Les caractéristiques psychologiques et environnementales (moment du choix de l'AM, participation aux cours de préparation à la naissance, soutien du conjoint et de l'entourage).
- Les pratiques hospitalières suivantes : la cohabitation mère/enfant 24H/24, la mise au sein précoce dans les 2 heures suivant l'accouchement, l'utilisation d'une tétine.
- La technique de succion

Nous aurions voulu prendre en compte les facteurs suivants :

- l'origine géographique des mères et le niveau socio-économique.
- La prise pondérale du nouveau-né pendant le séjour.
- Le recours aux compléments de lait.

Cependant, ces données figuraient de manière beaucoup trop inconstante dans le DMO, c'est pourquoi nous avons choisi à posteriori, de ne pas les étudier.

Un deuxième recueil dans les dossiers médicaux néonataux aurait permis d'inclure dans l'étude la prise pondérale et le recours aux compléments, mais par manque de temps, il n'a pu être réalisé.

Concernant le recueil de données

- Nous sommes peut-être passés à côté de l'exclusion de certains dossiers.

Les pertes sanguines du post-partum n'étaient pas renseignées pour 23 patientes. Nous avons donc considéré qu'il n'y avait pas eu d'hémorragie de la délivrance.

- Une des limites importante de cette étude est son manque de puissance liée à un effectif réduit de mères dans chaque groupe. Nous ré aborderons plus précisément cette limite, dans la partie « Discussion des résultats ».

4.2. Discussion des résultats

Test préliminaire d'homogénéité des deux groupes E/ NE

Pour chacune des caractéristiques étudiées (sociodémographiques, médicales, obstétricales et néonatales), aucune différence significative n'a été mise en évidence concernant la répartition des individus entre les deux groupes car la p value était toujours supérieure à 0,19.

Les deux groupes étaient donc homogènes : ces caractéristiques n'ont pas introduit de biais de confusion, et nous avons ainsi pu étudier le seul impact des visites sur l'AM en maternité.

Analyse uni-variée globale du facteur d'exposition aux visites

Nous n'avons pas mis en évidence d'écart significatif entre les taux bruts d'abandon de l'AM à la sortie entre les deux groupes.

Le taux d'abandon (TA) de l'AM était de 14,4 % chez les sujets exposés et de 13,2% chez les sujets non exposés. Soit un **écart très faible et non significatif de 1,2 %** entre les deux groupes. Le test de signification du RR donnait une p value $p = 0,96$.

Si nous avions souhaité montrer un **écart significatif de 1 %** entre les TA de l'AM des deux groupes, il aurait fallu étudier 8690 dossiers par groupe. [Annexe IV]

Au vu de ces données, on peut donc considérer que les visites n'influencent pas l'AM en maternité, toutes catégories de sujets confondues.

Donc finalement, l'impression générale des équipes de santé d'une meilleure réussite de l'AM lors de la période de la grippe H1N1, n'a pas été confirmée sur les données de cette étude.

Ainsi nous nous sommes demandé si cette impression n'était pas le reflet conscient ou inconscient, d'une satisfaction des professionnels des conditions de travail qu'offre la restriction des visites.

Du point de vue éthique, ce résultat est rassurant : comment imaginer interdire des visites dans un moment aussi unique de la vie humaine qu'est la naissance d'un enfant ?

Il convient à chacun de vouloir le partager ou d'en préserver l'intimité.

Pour finir sur la discussion de cette analyse, nous avons comparé le TA de l'AM à la sortie de maternité de notre étude à celui observé dans le rapport 2010 de l'HCE.

Le taux moyen d'abandon de l'AM exclusif à la sortie dans notre étude est de 13.8 % sur les deux populations confondues. Il ressort **significativement inférieur** au taux de 22 % observé dans le rapport 2010 de l'hôpital couple enfant de Grenoble. [Annexe III]

Nous expliquons cet écart par le fait que dans notre étude, il existe une sur-représentation de facteurs influençant favorablement l'initiation de l'AM en maternité. En effet, nous avons défini les critères d'exclusion de manière à ne retenir dans l'étude que les situations les plus propices à la réussite de l'AM.

Analyses bi-variées : ajustement du facteur d'exposition aux visites sur les facteurs de confusions.

L'ajustement du facteur d'exposition aux visites sur les facteurs de confusions relevés dans l'étude, n'a fait ressortir aucune interaction significative.

Globalement, on peut distinguer deux types de résultats :

- *Les interactions où l'écart observé entre les TA spécifiques de l'AM était très faible (< ou = à 6%) et non significatif* : interaction visites/ Activité professionnelle, interaction visites/ tabac, interaction visites/parité, interaction visites/ terme d'accouchement, Interaction visites/ mode de début, interaction visites/ APD, interaction visites/poids de naissance.

Si nous avons souhaité montrer un écart significatif pour chacune de ces interactions, il aurait fallu étudier plus de 1000 dossiers par groupe à chaque fois ! [Annexe IV]

Au vu de ces données, on peut donc considérer qu'il n'existe pas d'interaction entre les visites et les facteurs cités précédemment qui influencent l'AM en maternité.

- *Les interactions où l'écart observé entre les TA spécifiques de l'AM était important : interaction visites/ âge et interaction visites/césarienne.*

INTERACTION VISITES/ AGE :

Le taux d'abandon de l'AM chez les femmes de moins de 30 ans était inférieur dans le groupe NE aux visites.

En effet, 18% des femmes E avaient abandonné leur allaitement à la sortie contre 6 % des femmes NE, soit un écart **non significatif** de 12% entre les deux groupes.

Cet écart correspondait à un risque relatif $RR=3$ [0,8-2,5].

Le test de signification du RR nous donne une p value $p= 0,07$.

Ainsi nous voyons que ce résultat est très proche de la significativité.

Si nous avions étudié des cohortes de 60 individus par groupe, il aurait pu être significatif [Annexe IV].

Une tendance inverse a été observée pour les femmes d'âge supérieur à la moyenne.

Le taux d'abandon de l'AM exclusif chez ces femmes était inférieur dans le groupe E aux visites.

En effet, 20% des femmes NE avaient abandonné leur allaitement à la sortie contre 11% des femmes E. Soit un écart **non significatif** de 9% entre les deux groupes.

Cet écart correspond à un $RR = 0,55$ [0,2-2,4]

Le test de signification du RR nous donne une p value $p= 0,22$. Ainsi nous voyons que ce résultat est proche de la significativité.

Si nous avions étudié des cohortes de 107 individus par groupe, il aurait pu être significatif [Annexe IV].

On peut donc conclure que nous étions plus ou moins proches de la significativité des résultats. Le manque de puissance de l'étude, lié à un effectif réduit de mères dans chaque cohorte permet d'expliquer que ces **grands écarts ne soient pas significatifs**.

Il pourrait donc exister une interaction entre visite et âge : les visites seraient peut-être délétères pour les jeunes, et bénéfiques pour les femmes plus âgées. Ce qui explique d'ailleurs que toutes catégories confondues, l'écart entre les taux bruts d'abandon de l'AM à la sortie soit très faible (1,2%).

Voici les hypothèses que nous émettons pour expliquer ces interactions :

Les jeunes femmes sont peut-être moins matures et moins expérimentées. Elles seraient ainsi plus influençables, et n'arriveraient pas toujours à faire la part des choses entre les conseils divers et variés.

Les femmes plus âgées sont peut-être plus souvent des multipares. La majorité aurait souffert de l'isolement et de l'éloignement de leurs aînés lorsque les visites étaient interdites.

INTERACTION VISITES/ CESARIENNE

Le taux d'abandon de l'AM exclusif chez les femmes césarisées était inférieur dans le groupe E aux visites.

En effet, 29% des femmes avaient abandonné leur allaitement dans le groupe NE contre 21% dans le groupe E. Soit un écart de 8 % **non significatif** entre les deux groupes.

Cet écart correspond à un RR = 0,70 [0,2-2,4]

Le test de signification du RR nous donne une p value p= 0,56.

Les effectifs de femmes césarisées étaient très faibles dans chaque cohorte : 14 dans le groupe NE et 20 dans le groupe E.

Si nous avons étudié des cohortes de 136 individus par groupe, l'écart observé aurait pu être significatif [Annexe IV].

Il pourrait donc exister une interaction entre visite et césarienne: les visites pourraient peut-être avoir un impact positif sur l'AM en maternité chez les femmes césarisées.

L'hypothèse que nous émettons pour expliquer ce résultat est la suivante : Les femmes césarisées, sont plus fatiguées et ont une capacité de mobilisation réduite par rapport aux femmes ayant accouché voie basse. Elles ont donc plus besoin d'aide pour la mise au sein... d'où l'impact bénéfique des visites.

En conclusion de l'analyse de ces tests d'interactions, nous proposons que ces données **non significatives** soient confirmées ou infirmées sur d'autres données indépendantes, avec une augmentation de la puissance de l'étude : effectif minimum de 107 individus pour chaque modalité de la variable étudiée.

5. CONCLUSION

Nous avons donc mené une étude prospective Exposé/ Non Exposé afin de déterminer s'il existe un lien entre les visites externes en maternité et l'abandon de l'allaitement. Nous voulions aussi déterminer s'il existe des sous groupes d'individus plus ou moins sensibles aux visites.

Toutes catégories de patientes confondues, l'impression générale d'une meilleure réussite de l'AM, ressentie par les équipes de santé au cours de l'hiver 2009, n'a pas été confirmée sur les données de cette étude. Une interaction des visites avec l'âge des patientes était proche de la significativité, et mériterait d'être confirmée ou infirmée sur d'autres données indépendantes et en augmentant la puissance de l'étude.

Notre rôle de professionnel de santé se situe essentiellement dans l'information donnée aux patientes et dans des actions de dépistage et de prévention de toutes situations à risque de compromettre l'allaitement qu'il s'agisse d'un contexte psychologique, social ou médical.

Si certaines femmes se sentent envahies par les visites, nous pouvons par exemple les informer de la possibilité de mettre des pancartes « je me repose » sur leur porte.

Parallèlement, nous pouvons être attentifs à ce que les femmes ne souffrent pas d'isolement en maternité en les entourant d'avantage lorsqu'elles sont très peu visitées.

Néanmoins, il nous paraît fondamental de laisser les familles observer par elles-mêmes ce qui leur paraît aidant dans le démarrage de l'allaitement.

6. BIBLIOGRAPHIE

- [1] Allaiter en maternité : difficultés des mères et/ou des soignants. Vocation Sage-femme 2009 ; N°70
- [2] Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en santé(ANAES).Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations (mai 2002). Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2003 ; 31 :481-90
- [3] Apego y lactancia natural. Fernando PINTO.L. Rev Chil pediater 2007; 78: 96-102
- [4] Bonet M, Foix l'Hélias L, Blondel B. Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : situation en France en 2003.Archives pédiatriques 2007; 14 :7-89
- [5] Branger B, Cebron M, Picherot G et al. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. Archives pédiatriques 98 ; 5 : 489-496.
- [6] Champier Amélie. Facteurs influençant la durée et l'initiation de l'allaitement maternel. Mémoire de sage femme de Grenoble. Juin 2005.
- [7] Danion-Grilliat A, Sibertin-Blanc D, Moro M.R et al. Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Première partie ; Module 2 : De la conception à la naissance.
- [8] Dr claire LAURENT. L'allaitement mixte, est-ce possible ? Les cahiers de la puériculture 2004 ; N°178.
- [9] Ego A, Dubos J.P, Djavadzadeh Amini M et al. Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. Archives pédiatriques 2003; 10: 11-18.
- [10] Fanello S, Moreau Gout I, Cotinan J.P et al. Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : une enquête auprès de 308 femmes. Archive de pédiatrie 2003 ; 10 : 196-24
- [11] IHAB-France. Devenir « Ami des bébés » en France. Edition août 2009.
- [12] Labarère J, Dalla-Lana C.,Schelstraete C.et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les maternités d'Aix et Chambéry. Arch Pédiatr 2001 ; 8 :807-15
- [13] Laborde L, Fulcheri J, Gelbert-Baudino N et al. Interêt du Breastfeeding Assessment Score pour la prédiction du sevrage précoce de l'allaitement maternel en France. Archive de pédiatrie 2007 ; 14 : 978-84.
- [14] Marchand M.C, Pilliot M, Logfren K. Initiative hôpital ami des bébés : une démarche de qualité actuelle et méconnue. Médecine et enfance 2006 ; p585-589.
- [15] Michel M-P, Gremmo-Féger G, Oger E et al. Etude pilote des difficultés de mise en place de l'allaitement maternel des nouveau-nés à terme, en maternité : incidence et facteurs de risque. Archive de pédiatrie 2007 ; 14 : 454-60.

- [16] Noirhomme-renard F, Farfan-portet M.I, Berrewaerts J. Unité RESO, Education pour la santé, Faculté de médecine, Université catholique de Louvain. Soutenir l'allaitement maternel dans la durée : quels sont les facteurs en jeu ?
- [17] OMS. Code international de commercialisation des substituts de lait maternel.Genève, 1981,24 pages.
http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf
- [18] OMS et UNICEF. Protection, encouragement et soutien à l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité.OMS, Genève, 1989.
- [19] OMS et UNICEF. Déclaration conjointe d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien à l'allaitement maternel. Florence, Italie, 1990.
http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24807.html.
- [20] OMS et UNICEF. Déclaration conjointe d'Innocenti du 22 novembre 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.
- [21] Programme National Nutrition Sante(PNNS). Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère.
- [22] Rapport du professeur Dominique TURCK. Juin 2010. Plan d'action : Allaitement maternel.
- [23] Rapport statistique 2010 de l'allaitement maternel à l'HCE de Grenoble.
- [24] World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. A system review Geneva: WHO; 2002.

ANNEXE I : HISTORIQUE DE L'ALLAITEMENT

L'histoire de l'allaitement maternel en France a été marquée par plusieurs grands événements. On peut notamment citer :

- ✓ **En 1981** l'adoption par la France du code international de commercialisation des substituts de lait qui vise à procurer une nutrition sûre et adéquate aux nourrissons en protégeant l'allaitement maternel. Il assure une commercialisation et une distribution appropriée des substituts de laits maternels, quand ils sont nécessaires. [17]
- ✓ **En 1989**, la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF énonçant « les 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel ». [18]
- ✓ **En 1990**, la première déclaration d'Innocenti, lançant quatre cibles opérationnelles pour la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel. [19]
- ✓ **En 1992**, l'OMS et l'UNICEF proposent un concept international : l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB). Il s'agit de la mise en place d'un « état d'esprit » visant à accompagner les parents autour de la naissance, de l'allaitement et à respecter leur projet. [14]
- ✓ **En 2005**, la deuxième déclaration d'Innocenti, ajoutant 5 nouveaux objectifs à celle de 1990.

Les recommandations actuelles sont les suivantes :

- ✓ Au niveau international, l'OMS affirme en mai 2001 que le nourrisson doit être nourri exclusivement au sein pendant les six premiers mois de vie, et jusqu'à ses deux ans après la diversification. [24]
- ✓ Au niveau national, l'ANAES dans son rapport de mai 2002 et le Plan National Nutrition Santé recommande cette même durée d'Allaitement maternel exclusif. [2,21]

Les « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » proposées par l'OMS et l'UNICEF en 1989

- Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
- Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
- Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique.
- Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la ½ heure suivant la naissance.
- Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement maternel et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur bébé.
- Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
- Laisser l'enfant avec sa mère 24h/24.
- Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
- Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
- Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de la maternité.

Déclaration conjointe d'Innocenti sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Florence, Italie, le 22 novembre 2005.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

Quatre cibles opérationnelles reprises de la Déclaration Innocenti de 1990 :

1. Désigner un coordinateur national doté de pouvoirs appropriés et créer un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel, composé de représentants des services gouvernementaux compétents, d'organisations non gouvernementales et d'associations professionnelles dans le domaine de la santé.
2. Faire en sorte que chaque établissement assurant des prestations de maternité respecte pleinement les « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » énoncées dans la Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF sur l'allaitement maternel et les services liés à la maternité.
3. Mettre en œuvre les principes et l'objectif du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la Santé.
4. Promulguer des lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant et adopter des mesures pour assurer leur application.

Cinq cibles opérationnelles supplémentaires :

5. Elaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer une politique complète sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, dans le contexte des politiques et programmes nationaux concernant la nutrition, la santé de l'enfant, la santé génésique et la réduction de la pauvreté.
6. Faire en sorte que le secteur de la santé et les autres secteurs concernés protègent, encouragent et appuient l'allaitement exclusif au sein pendant six mois et sa poursuite jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà, tout en garantissant aux femmes l'accès aux moyens nécessaires – dans la famille, dans la communauté et au travail – pour y parvenir.
7. Promouvoir une alimentation complémentaire adéquate, sûre appropriée et à terme, parallèlement à la poursuite de l'allaitement maternel.
8. Donner des conseils sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans des situations de difficulté exceptionnelle et sur le soutien dont ont besoin en pareil cas les mères, les familles et les autres personnes qui s'occupent des enfants.
9. Envisager la nécessité de nouvelles mesures, législatives ou autres, dans le cadre d'une politique vaste sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, pour donner effet aux principes et aux objectifs du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée mondiale de la Santé.

L'initiative Hôpitaux Amis des bébés

L'IHAB a été lancée au niveau international en 1992, par l'OMS et l'UNICEF.

C'est un outil prépondérant pour soutenir l'allaitement maternel.

Il s'agit d'une démarche de qualité destinée au personnel soignant des services de maternité. Son objectif est la mise en place de pratiques hospitalières respectant les besoins et rythmes des nouveau-nés, et favorisant l'accompagnement des parents autour de la naissance et de l'allaitement.

Le label international est distribué à un établissement qui :

- ✓ Respecte les « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » et le code international de commercialisation des substituts de lait.
- ✓ Enregistre un taux d'allaitement maternel exclusif de la naissance à la sortie de la maternité supérieur ou égal à 75%.

En France, le premier label « Amis des bébés » a été attribué à un centre hospitalier du Jura en l'an 2000. De plus, la dernière enquête périnatale de 2003 a recensé un taux d'allaitement exclusif à la sortie de maternité de 52.6%.

Ainsi, du fait de ce retard français par rapport aux autres pays industrialisés, le comité d'attribution du label a déterminé un label national, où il n'est pas exigé de taux minimum d'allaitement exclusif de la naissance à la sortie de maternité. En revanche, ce taux doit être en progression par rapport aux années antérieures et être supérieur à la moyenne départementale.

Il est délivré pour quatre ans puis fera l'objet d'une réévaluation par le Comité scientifique de la coordination Française pour l'allaitement maternel (CoFAM).

ANNEXE II FACTEURS DETERMINANTS L'ALLAITEMENT MATERNEL RETROUVES DANS LA LITTERATURE

Tous les pourcentages donnés dans ce tableau correspondent aux résultats de l'enquête périnatale 2003 [4]

Initiation en maternité	Durée de l'Allaitement
Caractéristiques Sociodémographiques	
AGE L'AM exclusif est plus fréquent chez les femmes > 25 A. [4,10] 58 % contre 51 % chez les femmes < 25 A.	L'âge < 18 ans est associé à une durée réduite de l'AM. [5,10]
SITUATION MATRIMONIALE L'AM exclusif est plus fréquent chez les femmes mariées : 59 % Contre : <ul style="list-style-type: none"> • 48 % chez les femmes seules. • 54 % chez les femmes non mariées. 	Les femmes mariées allaitent plus longtemps. [17]
NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE	Les catégories socioprofessionnelles élevées allaitent plus longtemps. [17]
NIVEAU D'ETUDE L'AM exclusif est plus fréquent chez les femmes ayant un niveau BAC à études supérieures. 66 % contre 43 % d'AM exclusif pour les niveaux collège.	Les femmes à scolarité courte (primaire et collège) ont plus de risques de sevrage prématuré de l'AM. [10]
PROFESSION L'AM exclusif est plus fréquent chez les femmes ayant un emploi. 58 % contre 53 % chez : <ul style="list-style-type: none"> • les femmes au chômage • en congé parental • Sans profession. 	Les femmes sans travail (congé, chômage, sans profession) allaitent plus longtemps. [5,17]
NATIONALITE L'AM exclusif est plus fréquent chez les femmes de nationalité étrangère Entre 65 % et 73 % contre 54 % chez les Françaises.	

Mode de vie	
TABAC Le tabagisme en période périnatale est associé à un plus faible taux d'initiation de l'AM. [11,17]	Le tabagisme en période périnatale est associé à un sevrage plus précoce de l'AM. [17]
Caractéristiques médicales maternelles	
PARITE L'AM exclusif est plus fréquent chez les primipares. 62 % contre 52 % chez les multipares.	La multiparité allonge la durée de l'AM. [5] La primiparité est un facteur de risque de sevrage précoce. [10]
Caractéristiques obstétricales	
MODE DE DEBUT (naturel, déclenchement, césarienne prophylactique) Plusieurs études mais aucuns résultats significatifs.	
APD Elle peut retarder le réflexe de succion mais ne compromet pas le devenir de l'AM. [2]	
MODE D'ACCOUCHEMENT L'AM exclusif est plus fréquent chez les femmes ayant accouché par voie basse. 58 % contre 52 % chez les femmes ayant eu une césarienne.	Une PPE (Perte de Poids Excessive) est significativement associée à l'accouchement par césarienne. [16]
TYPE DE NAISSANCE L'AM exclusif est plus fréquent chez les femmes ayant eu une grossesse singleton par rapport aux grossesses multiples : 57 % contre 33 %.	
TERME DE NAISSANCE Le % d'AM exclusif augmente avec le terme de naissance. De 43 % avant 36 SA, il passe à 60 % après 41 SA.	La prématurité est un facteur de risque de sevrage précoce. [13]
Caractéristiques médicales néonatales	
POIDS DE NAISSANCE Le % d'AM exclusif augmente avec le poids jusqu'à 3999gr, puis diminue au-delà : <ul style="list-style-type: none"> ✓ 35 % pour des poids < 2.5kg jusqu'à 60 % pour des poids compris entre 2.5 et 3.999 kg. ✓ 52 % pour des poids > 3.999. 	

<p>PRISE PONDERALE</p> <p>La perte de poids excessive (PPE) est un marqueur de difficulté de l'AM en maternité [16]</p> <p>La PPE est significativement associée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ à la primiparité ✓ à l'accouchement par césarienne. 	<p>La PPE est associée à une durée réduite de l'AM. [10]</p>
Pratiques hospitalières	
<p>TETEE PRECOCE</p>	<p>Un délai > 1 heure pour la première mise au sein est associé à une durée réduite de l'AM. [10,13]</p>
<p>COHABITATION MERE/ENFANT</p>	<p>La cohabitation mère/enfant 24h/24 en maternité est associée à une durée plus longue d'AM. [5]</p>
<p>COMPLEMENT</p>	<p>L'absence de prise de complément en maternité est associée à une durée plus longue de l'AM. [5]</p>
Initiation en maternité	Durée de l'Allaitement
<p>TETINE ET ALIMENTATION A HEURE FIXE</p>	<p>L'utilisation d'une tétine et l'instauration d'une alimentation à heure fixe sont associés à une durée réduite de l'AM. [10, 13,17]</p>
Caractéristiques psychologiques et environnementales	
<p>CHOIX PRECOCE DE L'AM (avant la grossesse)</p>	<p>Il est prédictif d'une durée prolongée de l'AM. [5,13]</p>
<p>COURS DE PREPARATION A LA NAISSANCE (PNP)</p>	<p>L'assiduité de participation aux séances de PNP diminue le risque de sevrage précoce [13]</p>
<p>SOUTIEN DU CONJOINT</p>	<p>L'adhésion du conjoint au projet d'AM est prédictive d'une durée prolongée d'allaitement. [5,13]</p>

ANNEXE III COMPARAISON DU TAUX D'ABANDON MOYEN DE L'AM DANS NOTRE ETUDE AVEC LE RAPPORT 2010 DE L'HCE

	ETUDE HCE 2010	NOTRE ETUDE
	2103 dossiers analysés sur 1 an.	206 dossiers analysés sur 2 mois.
Allaitement maternel entrée	83.1% (1747/2103)	100%
Allaitement maternel sortie	65.1% d'AM à la sortie parmi toutes les naissances enregistrées. (1369/2103) 78% de poursuite de l'AM à la sortie parmi les femmes ayant fait le choix d'un AM à la naissance. (1369 /1747) Soit un taux d'abandon de 22%.	86 % de poursuite de l'AM à la sortie parmi les femmes ayant fait le choix d'un AM à la naissance (175/203) Soit un taux d'abandon de 13,8% (28/203).

Le taux d'abandon moyen de l'AM à la sortie de maternité de notre étude est significativement inférieur à celui observé dans le rapport 2010 de l'HCE. (p<5%)

ANNEXE IV TABLE DE CALCUL

Lorsque l'on confond les deux groupes E/ NE, le Taux moyen d'abandon (TA) de l'AM est d'environ 13%.

La table suivante donne le nombre d'individus nécessaires N par groupe E/NE pour obtenir un écart X significatif entre les TA des deux groupes.

Les calculs ont été effectués pour différents niveaux de signification: $\alpha = 5\%$, $\alpha = 10\%$ et $\alpha = 20\%$

$$N = [2. (u_{\alpha})^2 . TA(1-TA)]$$

	Risque α	5%	10%	20%
	U_{α}	1,96	1,64	1,28
TA moyen	écart X	N	N	N
0,13	0,01	8690	6084	3706
	0,02	2172	1521	927
	0,03	966	676	412
	0,04	543	380	232
	0,05	348	243	148
	0,06	241	169	103
	0,07	177	124	76
	0,08	136	95	58
	0,09	107	75	46
	0,10	87	61	37
	0,11	72	50	31
	0,12	60	42	26

Résumé

L'objectif de cette étude était de déterminer s'il existe un lien entre visites externes en maternité et abandon de l'allaitement.

Méthode Une enquête prospective Exposés/ Non Exposés a été menée auprès d'un échantillon de 203 femmes ayant accouché à la maternité de La Tronche, et ayant débuté un allaitement exclusif dès le premier jour de la naissance.

La période de la grippe H1N1 (hiver 2009) permettant d'appréhender la non exposition aux visites, les deux groupes Exposés/ Non Exposés ont été constitués sur une même période hivernale à un an d'intervalle.

Dix variables connues de confusion (âge, profession, tabagisme, parité, terme et voie d'accouchement, mode de début du travail, anesthésie péridurale, poids de naissance) ont pu être prises en compte.

Nous avons comparé les taux d'abandon de l'allaitement entre les deux groupes, toutes catégories confondues puis en ajustant successivement le facteur d'exposition aux visites sur chacune des dix variables relevées.

Résultats En moyenne, il n'existait pas d'association significative entre visites externes et allaitement en maternité. Aucune interaction des visites avec les facteurs de confusion ne ressortait significative.

Discussion Certains résultats proches de la significativité mériteraient d'être confirmés ou infirmés sur d'autres données indépendantes, en augmentant la puissance de l'étude.

Conclusion Notre rôle de professionnel de santé se situe essentiellement dans l'information donnée aux patientes et dans des actions de dépistage et de prévention de toutes situations à risque de compromettre l'allaitement.

Néanmoins, il nous paraît fondamental de laisser les familles observer par elles-mêmes ce qui leur paraît aidant dans le démarrage de l'allaitement.

Mots clés: Grippe H1N1. Restriction des visites. Allaitement. Exposés/ Non Exposés.