



HAL
open science

Efficacité d'une consultation spécialisée dans les quinze jours du post-partum sur le taux d'allaitement maternel exclusif à un mois : résultats d'un essai contrôlé, randomisé, ouvert auprès de 231 mères

Anne-Sophie Ayral, Catherine Duc

► **To cite this version:**

Anne-Sophie Ayral, Catherine Duc. Efficacité d'une consultation spécialisée dans les quinze jours du post-partum sur le taux d'allaitement maternel exclusif à un mois : résultats d'un essai contrôlé, randomisé, ouvert auprès de 231 mères. Médecine humaine et pathologie. 2002. dumas-00756049

HAL Id: dumas-00756049

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00756049v1>

Submitted on 22 Nov 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.

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 FOURNIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2002

N°

**Efficacité d'une consultation spécialisée dans les quinze
jours du post-partum sur le taux d'allaitement maternel
exclusif à un mois.**

Résultats d'un essai contrôlé randomisé ouvert auprès de 231 mères

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

AYRAL Anne-Sophie, née le 24/03/1975 à Grenoble (38)

DUC Catherine, née le 02/08/1973 à Grenoble (38)

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble
Le 08 octobre 2002

DEVANT UN JURY COMPOSE DE :

Président du jury : Monsieur le Professeur PONS Jean-Claude

Membres du jury:

Monsieur le Professeur FRANCOIS Patrice

Monsieur le Professeur PUTET Guy

Madame le Docteur BERCHOTTEAU Martine

Madame le Docteur SCHELSTRAETE Camille

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté
Vice-Doyen
Assesseurs

M. le Professeur J. L. DEBRU
M. le Professeur J. P. CHIROSSEL
M. le Professeur J. LEBEAU
M. le Professeur J.P. ROMANET
M. le Professeur B. SELE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

@AMBLARD	Pierre	Dermato. Vénérologie	LAVIEILLE	Jean-Pierre	O.R.L.
AMBROISE-THOMAS	Pierre	Parasitologie et Mycol.	LE BAS	François	Biophys. et Trait. de l'Image.
BACHELOT	Ivan	Endocrinologie et Maladies Métaboliques	LEBEAU	Jacques	Stomat. et Chirurgie Maxillo-
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques et Informatique Méd.	LEROUX	Dominique	Génétique
BARGE	Michel	Neurochirurgie	LETOUBLON	Christian	Chirurgie Générale
BARRET	Luc	Médecine Légale	LEVERVE	Xavier	Thérapeutique
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et Imag. Méd.	LEVY	Patrick	Physiologie
BEANI	J.-Claude	Dermatologie, Vénérologie	LUNARDI	Joël	Biochimie et Bio. Molécul.
BENABID	Al.-Louis	Biophys. et Trait. de l'image	MACHECOURT	Jacques	Cardio. et Maladie Vascul.
BENSA	J. Claude	Immunologie	MAGNE	Jean-Luc	Chir. Vasculaire
BERNARD	Pierre	Gynéco et Obstétrique	MALLION	J. Michel	Méd. du Trav. et Risques Prof.
BESSARD	Germain	Pharma. Fondamentale	MASSOT	Christian	Médecine Interne
BLIN	Dominique	Chir. Thor. et Cardio Vascul.	MERLOZ	Philippe	Chir. Ortho. et Traumatol.
BOLLA	Michel	Radiothérapie	MICOU	Max	Maladies Infect. et Trop.
BOST	Michel	Pédiatrie	MOREL	Françoise	Bioch. et Biol. Moléculaire
BOUCHARLAT	Jacques	Pédo Psychiatrie	MOUILLON	Michel	Ophtalmologie
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes	MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie	MOUTET	François	Chir. Plast. Reconst. et Esth.
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et Cyto. Pathol.	PASQUIER	Basile	Anat. et Cyto. Patho
BRICHON	P. Yves	Chir. Thor. et Cardio. Vasc.	PASSAGIA	J.-Guy	Anatomie.
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique	PAYEN de LA		
CARPENTIER	Patrick	Méd. Interne	GARANDERIE	J. François	Anesthésiologie
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie	PELLAT	Jacques	Neurologie
CHAMBAZ	Edmond	Biologie Cellulaire	PELLOUX	Hervé	Parasitologie
CHARACHON	Robert	O.R.L.	PHELIP	Xavier	Rhumatologie
CHIROSSEL	J. Paul	Anatomie	PISON	Christophe	Pneumologie
CINQUIN	Philippe	Biostatistique et Inf. Méd.	POLACK	Benoît	Hématologie
COLOMB	Maurice	Immunologie	POLLAK	Pierre	Neurologie
CORDONNIER	Daniel	Néphrologie	PONS	Jean-Claude	Gynécologie et Obstétrique
COULOMB	Max	Radiologie et Imagerie Méd.	RAMBAUD	Pierre	Pédiatrie
DEBRU	Jean-Luc	Médecine Interne	RAMBEAUD	J. Jacques	Urologie
DE GAUDEMARIS	Régis	Méd. du Trav. et des risques professionnels.	RAPHAEL	Bernard	Stomat. et Chirurgie Maxillo-faciale
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistique et Inf. Med.	REYT	Emile	O.R.L.
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie	ROMANET	J. Paul	Ophtalmologie
DUPRE	Alain	Chirurgie Générale	SARAGAGLIA	Dominique	Chir. Orthopédique et Traumatologique
DYON	J. François	Chirurgie Infantile	SCHAERER	René	Cancérologie
FAGRET	Daniel	Bioph et Trait. Image	SEIGNEURIN	Daniel	Histo. embry. cytogénét. Reproduction
FAURE	Claude	Anatomie	SEIGNEURIN	J. Marie	Bactério-Viro - Hygiène.
FAVROT	Marie C.	Cancerologie CLB Lyon	SELE	Bernard	Biologie du Développement et de la Reproduction
FERRETTI	Gilbert	Radiologie centrale	SOTTO	J. Jacques	Hématologie et Transfusion
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie	STAHL	J. Paul	Maladies Infect. et Trop.
FOURNET	Jacques	Hépto-Gastro-Entéro.	VANZETTO	Gérald	Clin./Urgences Cardio.
FRANCO	Alain	Médecine. Interne	VIALTEL	Paul	Néphrologie
FRANCOIS	Patrice	Épidém., Econ. de la Sant. et Prévention.	VROUSOS	Constantin	Radiothérapie
GARNIER	Philippe	Pédiatrie	VUILLEZ	J.-Philippe	Biophys./Méd. Nucléaire
GIRARDET	Pierre	Anesthé. et Réa. Chir.	ZARSKI	J. Pierre	Hépto-Gastro-Entérol.
GOULLIER-FLEURET	Andrée	Parasitologie et Mycologie			
GUIDICELLI	Henri	Chirurgie Vasculaire			
GUIGNIER	Michel	Réanimation Médicale			
HADJIAN	A.-Jean	Biochimie et biol. Mol			
HALIMI	Serge	Nutrition			
HOMMEL	Marc	Neurologie.			
HOSTEIN	Jean	Hépto-Gastro-Entérol.			
JOUK	Pierre-Simon	Biologie du Dévelop. et de la reproduction.			
JUVIN	Robert	Rhumatologie			

Avant propos et remerciements :

Nous tenons à remercier Monsieur le Professeur Pons, Monsieur le Professeur Putet et Monsieur le Professeur François pour avoir accepté de juger notre travail.

Nous remercions tout spécialement :

Madame Nathalie Gelbert-Baudino qui est à l'origine de ce travail,

Madame Martine Berchotteau pour le fastidieux travail d'inclusion réalisé et pour son amitié,

Monsieur José Labarère pour sa rigueur scientifique, son aide précieuse à la saisie des données, ses bons conseils et ses nombreux e-mails....

Madame Camille Schelstraete pour son enthousiasme communicatif à promouvoir l'allaitement, ses encouragements, son écoute et sa disponibilité.

Nous tenons à remercier vivement l'ensemble des médecins généralistes, pédiatres et médecins de PMI qui ont accepté de participer à notre étude ainsi que l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux pour son soutien financier.

*Merci à mes parents d'être toujours à mes côtés,
A Anne-sophie à qui je dois cette thèse, à ce qu'elle m'a appris,
A mon homme pour avoir supporté mes excès,
A ma famille, à mes amis pour le bonheur qu'ils me donnent chaque jour,
A mes grands-parents qui auraient été fiers aujourd'hui.*

Cathy

Au terme de ces longues années d'études, je tiens à remercier mes parents pour leurs encouragements et leur affection sans faille, mes grands-parents pour leur présence lointaine et bienveillante, Anne et Marjo pour leur fidèle soutien et Cathy pour son amitié pétillante .

A Nanie qui est partie trop vite.

A Clara qui vient d'ouvrir les yeux.

A notre Histoire, Fred, qui commence à peine.....

Anne-Sophie

Table des matières

1	INTRODUCTION	12
2	CONTEXTE	13
2.1	Les bienfaits de l'allaitement maternel	13
2.1.1	La composition du lait maternel.....	13
2.1.1.1	<i>Le colostrum</i>	13
2.1.1.2	<i>Le lait mature</i>	14
2.1.2	Les bénéfices sur la santé de l'enfant	15
2.1.3	Les bénéfices sur la santé de la mère.....	16
2.1.4	Les bénéfices pour la société	17
2.2	Définitions et recommandations	18
2.2.1	Définitions	18
2.2.2	Les recommandations de l'OMS en matière d'alimentation infantile	18
2.2.3	Les moyens mis en œuvre	19
2.3	L'allaitement maternel en France	20
2.3.1	Initiation à l'allaitement	20
2.3.2	Durée de l'allaitement.....	22
3	ANALYSE DES FACTEURS INFLUENÇANT LA DUREE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL	24
3.1	Caractéristiques maternelles	24
3.1.1	Caractéristiques socio-démographiques	24
3.1.1.1	<i>L'âge maternel</i>	24
3.1.1.2	<i>Le niveau socio-économique</i>	25
3.1.1.3	<i>La reprise du travail</i>	26
3.1.2	Caractéristiques liées à la grossesse et à l'accouchement.....	27
3.1.2.1	<i>La parité</i>	27
3.1.2.2	<i>La césarienne</i>	28
3.1.2.3	<i>Le sexe du bébé</i>	29
3.1.2.4	<i>La préparation à la naissance</i>	29
3.1.2.5	<i>Le tabagisme maternel</i>	30
3.1.2.6	<i>Le projet d'allaitement</i>	31
3.1.3	Caractéristiques psychologiques et culturelles	32
3.1.3.1	<i>Accepter la fonction nourricière du sein</i>	32
3.1.3.2	<i>Accepter de prendre patience...et de garder confiance</i>	33
3.1.3.3	<i>Résister au discours scientifique des fabricants de lait artificiels</i>	33

3.1.3.4	<i>Prendre en compte la place du père</i>	34
3.2	Les pratiques en maternité	34
3.2.1	L'allaitement à la demande	35
3.2.2	La mise au sein précoce	35
3.2.3	Le don de compléments	36
3.2.4	L'utilisation de tétines	38
3.2.5	La séparation mère - enfant	39
3.2.6	La distribution de coffrets promotionnels	39
3.3	Les difficultés au retour à domicile	40
3.3.1	Des mères très seules	40
3.3.2	Des mères mal informées	40
3.3.3	Des professionnels de santé mal formés	42
4	ANALYSE DES EXPERIENCES DE SOUTIEN SUR LA DUREE D'ALLAITEMENT MATERNEL	44
4.1	Efficacité globale des expériences de soutien	44
4.2	Impact de chaque type d'intervention	46
4.2.1	Programme d'éducation prénatal	47
4.2.1.1	<i>Intérêt des actions prénatales</i>	47
4.2.1.2	<i>Consultation prénatale</i>	47
4.2.1.3	<i>Utilisation de matériel pédagogique dans les actions prénatales</i>	49
4.2.2	Changement des pratiques hospitalières	51
4.2.3	Soutien post-natal	52
4.2.3.1	<i>Par des groupes de pairs</i>	53
4.2.3.2	<i>Par des professionnels de santé</i>	56
4.2.4	Campagnes médiatiques	56
4.2.5	Interventions multiples, politique de santé	57
4.3	Intérêt de l'étude	59
5	OBJECTIF ET PROBLEMATIQUE	60
6	POPULATION ET METHODE	61
6.1	Type d'étude	61
6.2	Lieu de l'étude	61
6.3	Durée de l'étude	61
6.4	Les participantes	61
6.4.1	Les critères d'éligibilité	61

6.4.2	Critères d'inéligibilité.....	62
6.4.3	Lieu d'inclusion	62
6.5	Randomisation	63
6.6	Description de l'intervention	63
6.6.1	Le groupe « consultation »	63
6.6.2	Le groupe « témoin ».....	64
6.7	Critères de jugement.....	64
6.7.1	Critères de jugement principal.....	64
6.7.2	Critères de jugement secondaires	64
6.8	Calcul de la taille de l'échantillon	65
6.9	Le recueil des données.....	65
6.10	Analyse des résultats.....	66
6.10.1	Analyse en intention de traiter	66
6.10.2	Vérification de la comparabilité des groupes.....	66
6.10.3	Analyse univariée	66
6.10.4	Analyse multivariée.....	66
6.10.5	Analyse de sensibilité des résultats.....	67
6.10.6	Estimation de la durée d'allaitement.....	67
6.11	Autorisations et financement	68
6.11.1	Considérations éthiques	68
6.11.1.1	<i>Comité de coordination</i>	68
6.11.1.2	<i>Comité Consultatif de Protection des Personnes qui se prêtent à des Recherches Biomédicales (C.C.P.P.R.B.)</i>	68
6.11.1.3	<i>Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés</i>	68
6.11.1.4	<i>Conseil de l'Ordre</i>	69
6.11.2	Financement de l'étude	69
6.11.2.1	<i>Assurance</i>	69
6.11.2.2	<i>Soutien financier</i>	69
7	RESULTATS DE L'ETUDE.....	70
7.1	Population de l'étude	70
7.2	Caractéristiques de l'étude.....	70
7.3	Caractéristiques des échantillons de l'étude	72
7.3.1	Caractéristiques socio-démographiques	72

7.3.2	Caractéristiques obstétricales	72
7.4	Déroulement de la consultation spécialisée	75
7.5	Prévalence de l'allaitement exclusif à un mois	77
7.6	Critères de jugement secondaires	80
7.7	Estimation de la durée totale d'allaitement (mixte+exclusif)	84
8	DISCUSSION	86
8.1	Efficacité de l'étude.....	86
8.2	A propos de la population	87
8.2.1	Prévalence de l'allaitement en Savoie.....	87
8.2.2	Les pertues de vue	87
8.2.3	Représentativité de la population	88
8.2.4	Effet Hawthorne	89
8.2.5	Biais de contamination	89
8.3	A propos de l'intervention médicale	89
8.3.1	Analyse de la formation des médecins référents	89
8.3.2	Une consultation unique ?	90
8.4	A propos du recueil des données	91
8.4.1	Biais de mémorisation	91
8.4.2	Problème de définitions	91
8.5	Conclusion.....	92
9	CONCLUSIONS.....	94
10	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	96
11	ANNEXES	105

Tables des figures et des tableaux

Figure 2-1 : Taux d'allaitement en France à la naissance	21
Figure 2-2 : Répartition des modes d'alimentation à la naissance en France en 1998	21
Figure 2-3 : Courbe de tendance générale des durées d'allaitement en France et dans certains pays industrialisés.....	22
Tableau 3-I : Risque relatif de sevrage stratifié par l'âge maternel.....	25
Tableau 3-II : Risque relatif de sevrage stratifié par le niveau socio-économique.....	26
Tableau 3-III : Risque relatif de sevrage stratifié par la reprise d'une activité professionnelle.....	27
Tableau 3-IV : Risque relatif de sevrage stratifié par la parité.....	28
Tableau 3-V : Risque relatif de sevrage stratifié par le mode d'accouchement.....	28
Tableau 3-VI : Risque relatif de sevrage stratifié selon le sexe du bébé.....	29
Tableau 3-VII : Risque relatif de sevrage stratifié selon la préparation à la naissance.	30
Tableau 3-VIII : Risque relatif de sevrage stratifié selon le tabagisme maternel.....	31
Tableau 3-IX : Risque relatif de sevrage stratifié selon le projet d'allaitement.....	32
Tableau 3-X : Risque relatif de sevrage stratifié selon la position du père.....	34
Tableau 3-XI : Risque relatif de sevrage stratifié selon les horaires d'allaitement.....	35
Tableau 3-XII : Risque relatif de sevrage stratifié selon le délai de mise au sein.....	36
Tableau 3-XIII : Risque relatif de sevrage stratifié par le don de compléments.....	37
Tableau 3-XIV : Risque relatif de sevrage stratifié selon l'utilisation ou non d'une tétine.....	38
Figure 3-1 : Les illustrations alimentaires dans les publications « puériculture » grand public en 1997.....	41
Figure 3-2 : Le traitement de l'allaitement dans les textes des publications « puériculture » grand public en 1997.....	41
Tableau 4-I : Impact des expériences de soutien sur le risque relatif de sevrage de l'allaitement maternel à six mois	44
Tableau 4-II : Impact des expériences de soutien sur le risque relatif d'interrompre l'allaitement exclusif à 6 mois.....	45
Tableau 4-III : Impact des expériences de soutien sur le risque relatif de sevrage à différents points de l'étude.....	46

Tableau 4-IV : Impact des différents modes de soutien sur le risque relatif de sevrage.	46
Tableau 4-V : Taux d'allaitement maternel après intervention prénatale.	48
Tableau 4-VI : Pourcentage et durée d'allaitement maternel après interventions pré et postnatales.	48
Tableau 4-VII : Taux d'allaitement maternel à douze semaines lors du soutien en groupe ou individuel.	49
Tableau 4-VIII : Pourcentage d'allaitement maternel après vidéo et discussion selon Rossiter.	50
Tableau 4-IX : Pourcentage d'augmentation de l'allaitement maternel après l'étude PROALMA.	51
Tableau 4-X : Taux d'allaitement maternel après l'étude PROBIT.	52
Tableau 4-XI : Impact du soutien téléphonique par des pairs sur le risque relatif de sevrage.	54
Tableau 4-XII : Impact des visites de volontaires sur le risque relatif de sevrage à 3 mois.	54
Tableau 4-XIII : Prévalence de l'allaitement maternel exclusif à 5 mois après visites à domicile par des pairs.	55
Tableau 4-XIV : Evolution du taux d'allaitement maternel dans le temps après soutien au domicile et par téléphone.	55
Tableau 4-XV : Evolution du pourcentage d'allaitement maternel après les initiatives du HSI.	57
Tableau 4-XVI : Proportion de mères allaitant plus de 8 semaines après interventions multiples du WIC.	58
Tableau 4-XVII : Taux d'allaitement maternel après interventions multiples du WIC.	59
Tableau 6-I : Critères d'éligibilité.	62
Tableau 6-II : Critères d'inéligibilité.	62
Figure 7-1 : Schéma de l'étude.	71
Tableau 7-I : Caractéristiques socio-démographiques des couples mères-enfants à l'inclusion.	73
Tableau 7-II : Caractéristiques obstétricales et périnatales des couples mères-enfant à l'inclusion.	74
Tableau 7-III : Caractéristiques des consultations spécialisées en allaitement.	76

Figure 7-2 : Proportion de mères qui allaitent leur enfant un mois après leur naissance.....	78
Tableau 7-IV : Effet de la consultation sur la poursuite de l’allaitement à un mois après ajustement sur les facteurs de confusion en analyse multivariée.....	79
Figure 7-3 : Difficultés rencontrées au cours du premier mois du post-partum	82
Figure 7-4 : Recours aux différentes structures de soin au cours du premier mois...	83
Figure 7-5 : Durée totale d’allaitement (mixte + exclusif).....	84
Figure 7-6 : Comparaison entre la durée d’allaitement projeté et effectivement réalisée.....	85

1 INTRODUCTION

En France, le taux d'allaitement à la sortie des maternités figure parmi les plus bas d'Europe [1]. De plus, une proportion non négligeable de sevrages survient au cours du premier mois de vie de l'enfant. Le rôle des professionnels de santé sur la durée d'allaitement a été documenté par de nombreux essais randomisés communautaires conduits dans les pays en voie de développement, mais dont les conclusions sont difficilement transposables au contexte français. Seules quelques évaluations quasi-expérimentales de soutien à l'allaitement menées par des professionnels hospitaliers sont disponibles en France [2]. Il nous est donc apparu nécessaire d'évaluer l'efficacité d'un suivi médical lors des premiers jours du retour à domicile des femmes allaitant. L'objectif de l'étude était de documenter l'impact d'une consultation dans les 15 jours du post partum comparativement à un suivi laissé à l'initiative de la mère, sur la durée d'allaitement maternel. L'objectif secondaire était de former un groupe de praticiens compétents en matière d'allaitement.

Nous avons divisé notre travail en quatre parties :

- Dans une première partie, nous avons rappelé brièvement les bienfaits de l'allaitement maternel pour l'enfant et pour la mère. Et à la lecture des recommandations de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et des sociétés savantes sur la durée d'allaitement, nous avons étudié la situation en France ;
- Puis nous avons présenté les facteurs décrits dans la littérature influant sur la durée d'allaitement maternel ;
- Par la suite, nous avons analysé à travers quelques grandes études de soutien à l'allaitement l'impact de chaque type d'intervention ;
- Enfin, nous avons présenté notre étude qui a évalué l'intérêt d'un soutien postnatal par des praticiens de ville et de P.M.I.(Protection Maternelle et Infantile).

2 CONTEXTE

2.1 Les bienfaits de l'allaitement maternel

« Le meilleur lait pour le nourrisson est celui de sa mère. » La supériorité du lait maternel sur le lait de la vache et les substituts industriels est admise par tous, et résumée dans le slogan anglo-saxon devenu classique : « Breast is best ^{*} ». Nous allons rappeler les principales justifications scientifiques de cet adage.

2.1.1 La composition du lait maternel

Depuis une cinquantaine d'années, la composition du lait maternel a fait l'objet de nombreuses études qui ont démontré tant sa spécificité que son adaptation aux besoins du nouveau-né.

2.1.1.1 *Le colostrum*

Ce liquide épais sécrété dans les premières heures qui suivent l'accouchement est un aliment de forte densité et de faible volume qui rassemble d'énormes qualités, il représente :

- Un concentré antiseptique par la présence très importante en immunoglobulines et aussi en facteurs cellulaires (macrophages et lymphocytes) ;
- Un économiseur d'énergie par sa concentration en protéines et en sels minéraux particulièrement élevée permettant de retenir l'eau ;
- Un excellent laxatif par l'action de la gynolactose qui, en acidifiant les selles, favorise le drainage du méconium ;

* « Allaiter est meilleur »

- Et enfin un protecteur de la maturation digestive en favorisant l'implantation d'une flore saprophyte et en apportant une protection immunologique et pariétale digestive [3].

2.1.1.2 *Le lait mature*

Le lait de femme est un modèle inimitable. Ce n'est pas seulement un ensemble de nutriments fixes, c'est un produit biologique riche en enzymes, hormones, peptides trophiques, facteurs de croissance, nucléotides, immunoglobulines. C'est surtout un produit évolutif dont la composition varie d'une femme à l'autre, mais également chez la même mère, d'un sein à l'autre, d'une tétée à l'autre et même au cours d'une même tétée ainsi qu'au cours de la lactation [4]. Sans rentrer dans les détails, nous insisterons de façon non exhaustive sur quelques composants spécifiques du lait maternel :

- La lactoferrine est un facteur permettant une biodisponibilité optimale du fer contenu dans le lait de femme, jouant un rôle bactériostatique en limitant l'accès au fer intraluminal de nombreux gènes pathogènes [5];
- Les acides gras essentiels et les acides gras polyinsaturés sont très présents dans le lait de femme, ils semblent être fondamentaux à la synthèse des membranes cellulaires en particulier dans le système cérébral et sensoriel du nourrisson [6];
- Les nucléotides sont des composés intracellulaires dont le lait de femme est très riche en comparaison du lait de vache et des laits artificiels qui en sont totalement dépourvus. Ils stimulent la synthèse des lipoprotéines, la fonction et la régénération cellulaire hépatique et participent au développement du tissu lymphoïde associé au tube digestif [7] ;
- Enfin dernier exemple, le lait humain se distingue du lait de vache par sa richesse et sa grande variété en oligosaccharides. Ils participent à la croissance de la flore saprophyte (facteur « bifidus ») et peuvent inhiber l'adhérence de certains germes (pneumocoques, E .Coli)[4].

Ainsi le lait maternel possède une spécificité importante par la variabilité et la multiplicité des facteurs qui le composent. De ces propriétés biologiques découle la supériorité de l'allaitement maternel dans la prévention de nombreuses maladies.

2.1.2 Les bénéfices sur la santé de l'enfant

La situation dans les pays en voie de développement montre clairement que l'utilisation des laits artificiels à la place du lait maternel augmente considérablement la morbidité et la mortalité des jeunes enfants. La situation n'est bien sûr pas identique dans les pays industrialisés. Une revue bibliographique récente des études cliniques [4] sur les bénéfices éventuels pour la santé de l'enfant de l'allaitement maternel comparé à l'allaitement artificiel dans les pays industrialisés a mis en relief un certain nombre de points :

- Il en ressort tout d'abord qu'un allaitement maternel de 4 à 6 mois, suivi d'une diversification très progressive couvre en général les besoins du nourrisson et lui permet une croissance harmonieuse. [4] [8]
- L'effet protecteur de l'allaitement maternel vis à vis des infections précoces les plus courantes est mis en évidence par de nombreux auteurs. Ainsi la fréquence des infections bactériennes et virales et, de façon plus générale, la mortalité par infection est beaucoup plus faible chez les enfants nourris au sein que chez ceux recevant un substitut de lait . On note moins de gastro-entérites, notion admise depuis 1980 par l'Académie Américaine de pédiatrie à la suite d'une large revue de la littérature, et confirmée récemment dans trois études [9] [10] [11] ; moins d'otites [12] ; et enfin, moins d'infections respiratoires, effet qui semble s'observer plutôt sur les infections basses et les sifflements [13] [14]. La pérennité après l'arrêt de l'allaitement de cet effet prophylactique sur les infections de l'enfance est évoquée, mais devra être confirmée par des études complémentaires.
- La maladie atopique est une maladie courante dans nos pays. La prédisposition génétique joue un rôle important, d'autant plus si les deux parents sont atopiques. L'environnement dès l'enfance a sa part de responsabilité dans l'apparition de cette pathologie : le système immunitaire du nourrisson est immature. Chez les enfants à risque, l'allaitement maternel exclusif pendant 4 à 6 mois associé à une

diversification tardive et progressive a montré son efficacité dans la prévention des manifestations d'allergie. Ce sujet a fait l'objet de nombreuses controverses mais il semble qu'un consensus se dégage et que le recul paraît suffisant pour confirmer qu'il ne s'agit pas simplement d'un retard d'apparition mais bien d'une diminution de l'incidence des manifestations d'allergie au cours de la petite enfance [15] [16]. Il a été cependant démontré que la sensibilisation par le lait maternel des enfants prédisposés liée aux protéines étrangères passant dans le lait est possible mais probablement rare. Aussi, ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles qu'il faut conseiller à la mère l'éviction des aliments les plus allergisants présumés responsables de cette sensibilisation. C'est pourquoi le régime maternel limitant l'absorption de protéines allergisantes (telles que l'œuf, le lait de vache) pendant la lactation a montré un intérêt dans la prévention de l'eczéma chez des enfants prédisposés à haut risque.

- L'effet protecteur de l'allaitement maternel vis-à-vis de la mort subite du nourrisson est retrouvé de façon inconstante dans la littérature [17] [18]. S'il existe, son impact est faible, comparé à d'autres facteurs de protection comme la position dorsale au cours du sommeil.
- Enfin, les études les plus récentes concernent les bénéfices à long terme de l'allaitement maternel qui sont mal connus. Son rôle protecteur est évoqué dans le développement de l'obésité [19], du diabète insulino-dépendant [20], de certains cancers (lymphomes en particuliers [21]) et des maladies inflammatoires intestinales [22]. Le mécanisme de cette protection est encore incertain mais pourrait être lié aux effets immunomodulateurs de certains composants du lait maternel qui sont à l'origine de nouveaux axes de recherche. Une étude publiée dans le Lancet [23] met en évidence que les personnes allaitées dans l'enfance ont une pression artérielle sanguine plus basse, cela pourrait être un facteur de protection contre les pathologies cardiovasculaires.

2.1.3 Les bénéfices sur la santé de la mère

S'il est vrai que l'allaitement artificiel représente une somme d'avantages incontestables pour l'enfant, il n'en est pas moins pour la mère.

- Les suites de couches sont en effet facilitées par la mise en route immédiate de l'allaitement maternel. Les sécrétions hormonales provoquées par la mise au sein diminuent le risque d'infection du post-partum, préviennent les hémorragies de la délivrance et favorisent l'involution utérine. De plus, la perte de poids est plus rapide dans les six premiers mois du post-partum ; les réserves constituées pendant la grossesse sont mobilisées pour la lactogénèse [24].
- Même si on a accusé l'allaitement maternel d'accélérer la déminéralisation osseuse (la perte calcique a été évalué à 4 % en trois mois d'allaitement), les études ont prouvé que la densité osseuse revenait à la normale après le sevrage et qu'à long terme, avoir allaité représentait un facteur de protection envers les fractures ostéoporotiques [25].
- Enfin, les études récentes montrent que l'allaitement diminuerait la fréquence des cancers de l'ovaire et des cancers du sein avant la ménopause [26] [27].
- Et puis au-delà des facteurs scientifiques bénéfiques de l'allaitement maternel, il paraît difficile de parler allaitement sans parler du côté relationnel et du bonheur apporté par le contact étroit entre la mère et son enfant. L'allaitement est la continuité logique, naturelle de la grossesse, il permet de prolonger cet état de fusion de la mère avec l'enfant. Ainsi il favorise l'harmonie de la relation et jouerait un rôle préventif contre la maltraitance.

2.1.4 Les bénéfices pour la société

Nous passerons vite sur l'intérêt économique et social de l'allaitement maternel, mais il est indéniable que c'est une forme de médecine préventive peu coûteuse. A l'échelon individuel cela représente une économie pour les familles de l'ordre de 2 000 Euros par an , à l'échelon national les économies pour la Sécurité Sociale pourraient être de l'ordre du milliard de francs [28].

Aussi, au vu de ces nombreux avantages, les sociétés savantes et de protection de la santé de l'enfant ont émis un certain nombre de recommandations afin d'informer les pouvoirs publics de la nécessité de promouvoir et de protéger l'allaitement maternel.

2.2 Définitions et recommandations

2.2.1 Définitions

Il existe plusieurs définitions, nous avons choisi celle de l'OMS :

- l'allaitement est considéré comme exclusif lorsque l'enfant ne reçoit que du lait maternel à l'exclusion de tout autre aliment solide ou boisson ; seuls peuvent être donnés médicaments et vitamines ;
- l'allaitement devient prépondérant lorsque sont administrés d'autres liquides comme jus de fruits, tisanes en quantité limitée, le lait humain restant la principale source nutritionnelle ;
- l'allaitement complet se définit par l'association de l'allaitement exclusif et de l'allaitement prépondérant ;
- dès que des aliments solides, semi-solides ou du lait artificiel sont donnés, on parle d'allaitement complémenté.

En fait, peu d'études définissent les types d'allaitement décrits, très peu d'entre elles adhèrent à la rigueur des définitions sus-mentionnées.

2.2.2 Les recommandations de l'OMS en matière d'alimentation infantile

Dans les dernières années, il n'existait pas de consensus sur la durée optimale de l'allaitement. L'OMS conseillait 4 à 6 mois d'allaitement exclusif relayé par l'introduction d'aliments solides, l'UNICEF préférait conseiller une durée d'environ 6 mois, tandis que l'académie américaine de pédiatrie se prononçait pour un début de la diversification alimentaire « autour de 4 mois ». En effet un allaitement exclusif prolongé au delà de 4 mois avait la réputation d'être insuffisant du point de vue nutritionnel.

Une étude systématique de la littérature scientifique sur cette question a été réalisée en novembre 2001 [29]. Les conclusions sont les suivantes : il n'a pas été retrouvé de déficit de croissance parmi les enfants allaités de façon exclusive pendant 6 mois ou plus, qu'ils proviennent de pays développés ou en développement ; aucun bénéfice n'a été mis en évidence à introduire des aliments dès l'âge de 4 mois en

dehors de l'amélioration du bilan martial ; la morbidité par gastro-entérite n'a été inférieure dans le groupe d'enfants exclusivement allaités.

Au vu de ces conclusions, l'Organisation mondiale de la Santé recommande [30]:

- d'allaiter exclusivement les enfants pendant les six premiers mois de vie environ ;
- d'introduire les aliments de complément à sixième mois, en fonction des besoins spécifiques de l'enfant ;
- de poursuivre l'allaitement des enfants jusqu'à deux ans ou plus, tout en leur donnant des aliments de complément appropriés.

Les pays industriels ne sont pas exclus de ces recommandations qui sont universelles car elles reposent sur un fonctionnement biologique humain. Les bénéfices pour la santé des enfants vivant dans les pays riches ne peuvent pas être ignorés.

2.2.3 Les moyens mis en œuvre

Il existe un certain nombre de textes et de lois, malheureusement mal connus et souvent non appliqués en France, chargés de protéger et de promouvoir l'allaitement. Nous présentons ici les textes incontournables :

- La déclaration d'Innocenti (1990) est un texte qui référence les objectifs et les moyens pour soutenir l'allaitement. Il a été signé par 32 gouvernements dont la France [31].
- L'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés (1992) pilotée par l'UNICEF est un label remis aux établissements hospitaliers respectant les 10 conditions nécessaires à un bon démarrage de l'allaitement (annexe 1) [32]. Ces 10 conditions insistent surtout sur la nécessité d'un soutien efficace des mères par les professionnels de santé qui doivent être formés sur ce point, d'une proximité continue de la mère et du bébé, de la mise au sein précoce et de l'absence de complément. Deux maternités ont obtenu ce label en France, dont une à Roubaix tout récemment.

- Le code international de commercialisation des substituts de laits maternels (OMS 1981) réglemente les pratiques commerciales agressives de l'industrie alimentaire infantile mettant l'allaitement en danger. Ce texte doit être appliqué dans chaque pays.
- La convention sur la protection de la maternité au travail de l'Organisation Internationale du Travail (2000) prévoit des pauses allaitement.

A l'éclairage des avantages théoriques de l'allaitement et des recommandations internationales et nationales pour promouvoir ce mode d'alimentation des nouveau-nés, analysons maintenant la situation en France.

2.3 L'allaitement maternel en France

En dépit de ces multiples avantages, l'allaitement maternel est devenu progressivement un mode d'alimentation minoritaire en France.

2.3.1 Initiation à l'allaitement

Le taux d'allaitement à la naissance calculé d'après les certificats du huitième jour confirme pour 1998 qu'une femme sur deux allaite en France ; elles sont exactement 50,1% à donner le sein à la maternité [1]. Dans une autre enquête périnatale réalisée par l'INSERM dans l'ensemble des maternités françaises, ce qui représente un échantillon de 14 077 femmes, la proportion de nouveau-nés nourris entièrement au sein est passée de 40,5% en 1995 [33] à 45% en 1998 au détriment de l'alimentation au biberon. Toute proportion gardée, la situation n'a guère évolué en 17 ans.

Figure 2-1 : Taux d'allaitement en France à la naissance (%) (source : ministère de la santé)

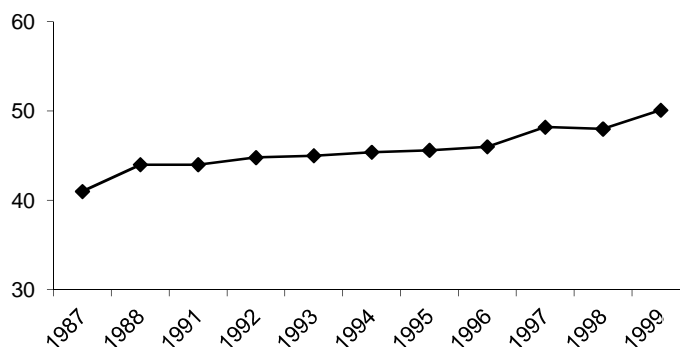
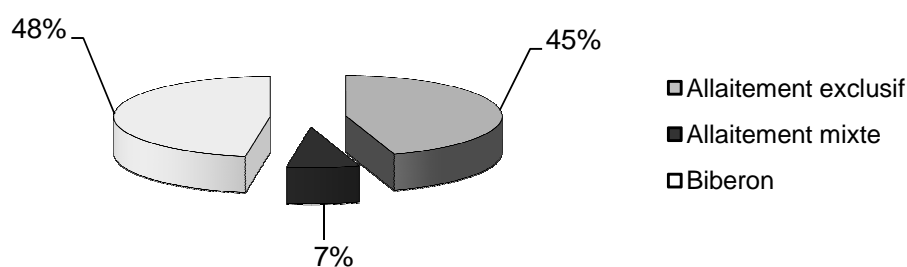


Figure 2-2 : Répartition des modes d'alimentation à la naissance en France en 1998 (source : INSERM)



Avec un taux d'allaitement proche de 50%, la France reste très en dessous du niveau de la plupart des pays industrialisés : Etats-Unis (60% en 1995), Angleterre (66% en 1995), Italie (75%), et surtout les pays scandinaves où ce taux dépasse près de 90%. Notons que ces chiffres sont difficilement comparables car les méthodes de recueil et les définitions utilisées sont très différentes d'un pays à l'autre.

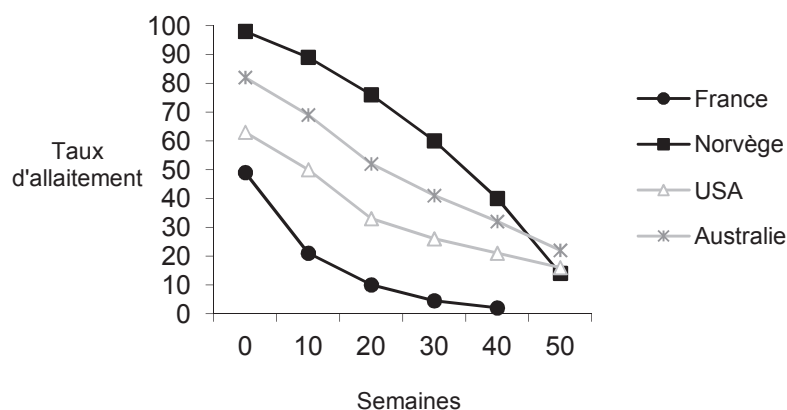
2.3.2 Durée de l'allaitement

Lors de la visite du neuvième mois de l'enfant, le médecin remplit un certificat de santé dit « du 9^{ème} mois ». Une question concerne depuis 1998 la durée de l'allaitement qui doit normalement être inscrite par le médecin. Une enquête par la CoFAM en 2000 dans tous les départements auprès des services de PMI a permis une première exploitation de ces chiffres pour huit départements. Ces départements ont des taux d'allaitement à la naissance qui vont de 36% à 63%. Tous offrent une courbe d'allure similaire, avec un déclin rapide de l'allaitement puisque en dix semaines un bébé sur deux est sevré. Mais ces résultats sont difficiles à exploiter du fait des nombreuses non-réponses.

Une enquête de l'INSERM récente vient confirmer ces tendances, la durée médiane d'allaitement est huit semaines ; à 8 semaines 50% des bébés sont sevrés, à 12 semaines 70% des bébés allaités sont sevrés [34].

Aussi peut-on proposer une comparaison directe avec les autres pays industrialisés concernant la durée d'allaitement.

Figure 2-3 : Courbe de tendance générale des durées d'allaitement en France et dans certains pays industrialisés (source : INSERM)



Et pourtant, lorsque l'on demande aux femmes françaises si elles souhaitent allaiter, beaucoup répondent « oui ». Autrement dit, un certain nombre de femmes désirent allaiter mais finissent par y renoncer.

Quant à celles qui démarrent l'allaitement, la plupart sevreront leur bébé dans les deux mois.

Que se passe-t-il dans notre société, que se passe-t-il dans nos maternités, que se passe-t-il de retour à domicile pour qu'il y ait un tel échec dans la réalisation d'un désir si naturel ?

Nous allons analyser ces facteurs influençant la durée d'allaitement maternel.

3 ANALYSE DES FACTEURS INFLUENÇANT LA DUREE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Comme nous l'avons vu, l'allaitement maternel est devenu minoritaire en France, l'enquête périnatale nationale de 1998 estime la prévalence de l'allaitement à la naissance à 50,1% ; au quatrième mois les études estiment la prévalence à 4 %, avec un abandon de l'allaitement précoce survenant le plus souvent au cours du premier mois suivant la naissance. Plusieurs études se sont intéressées aux facteurs influant l'initiation et surtout la durée de l'allaitement. Ces facteurs sont multiples et leurs effets respectifs ne sont pas forcément retrouvés d'une étude à l'autre.

3.1 Caractéristiques maternelles

3.1.1 Caractéristiques socio-démographiques

3.1.1.1 L'âge maternel

La principale caractéristique socio-démographique liée à l'allaitement maternel est l'âge maternel à la naissance avec un effet homogène dans la plupart des publications [35] [36] [37]. L'âge maternel jeune est classiquement associé à une réduction de la probabilité d'initier un allaitement et à un risque accru de sevrage précoce. Aussi les femmes âgées de moins de 25 ans ont environ deux fois plus de risque de sevrer plus vite que dans la classe d'âge supérieur, effet confirmé dans trois études récentes.

Tableau 3-1 : Risque relatif de sevrage stratifié par l'âge maternel.

Auteur		
Année de publication	Catégories d'âge maternel	RR [IC]*
Pays		
Vogel [35]	<25 ans	2,21 [1,38 ; 3,52]
1999	25-34	1,40 [0,99 ; 1,97]
Nouvelle-Zélande	35 et +	1
Scott [36]	<20 ans	2
1999	20-30	1
Australie	30-40	0,5 [0,34 ; 0,74]
Michaelsen [37]	<20 ans	2,2
1995	20-30	1
Danemark	30-40	0,6 [0,43 ; 0,93]

3.1.1.2 Le niveau socio-économique

L'effet du niveau socio-économique sur la durée d'allaitement a été largement étudié mais reste d'interprétation plus délicate étant donné l'hétérogénéité des indices utilisés d'une publication à l'autre. Les indices de valeur sont : soit les catégories socio-professionnelles du père ou de la mère, soit le revenu des ménages, soit le statut socio-économique (avantagé/désavantagé), soit le niveau d'étude de la mère. Dans tous les cas, les résultats des différentes études semblent montrer que plus le niveau socio-économique du couple est bas, plus le risque de sevrage est précoce [35] [36] [38]. Ceci est probablement à mettre en relation avec une méconnaissance des avantages du lait maternel dans les populations de milieu défavorisé.

* IC : Intervalle de confiance à 95 %

Tableau 3-II : Risque relatif de sevrage stratifié par le niveau socio-économique.

Auteur	Niveau socio-économique		RR [IC]*
Année de publication			
Pays			
Vogel [35]	Niveau d'éducation	Secondaire	1,38 [0,96 ; 1,97]
1999		Technique	1,25 [0,90 ; 1,74]
Nouvelle-Zélande		Universitaire	1
.....			
	Revenus	<45 000 dollars NZ	1,22 [0,95 ; 1,58]
		>45 000 dollars NZ	1
.....			
	Niveau socio-économique	Avantagé	1
		Désavantagé	1,04 [0,80 ; 1,36]
.....			
Riva [38]	Niveau d'éducation de la mère	Bas	1
1999		Moyen	0,90 [0,8. ; 1,02]
Italie		Haut	0,77 [0,63 ; 0,94]
.....			
Scott [36]	Nombre d'années d'éducation de la mère	<10 ans	1
1999		>10 ans	0,72 [0,5 ; 1,05]
Australie			

3.1.1.3 La reprise du travail

La reprise d'une activité professionnelle apparaît comme un facteur déterminant sur la poursuite de l'allaitement. La reprise du travail est en effet associée à un risque accru de sevrage précoce [35] [38]. En France les estimations les plus optimistes font état d'une durée médiane d'allaitement de 10 semaines chez les femmes exerçant une activité professionnelle, ce qui correspond à la durée légale du congé maternité.

Par contre, notion intéressante, l'aménagement du temps de travail lors de la reprise de l'activité semble être un facteur de bon pronostic pour la poursuite de

* IC : Intervalle de confiance à 95 %

l'allaitement. Aux Etats-Unis, Fein a montré en 1998 que les femmes reprenant le travail à temps plein ont une durée d'allaitement inférieure à 9 semaines par rapport à celles ne travaillant pas ; alors que les femmes reprenant le travail à mi-temps présentent des durées d'allaitement similaires au groupe sans activité [39].

Tableau 3-III : Risque relatif de sevrage stratifié par la reprise d'une activité professionnelle.

<i>Auteur</i>	<i>Reprise du travail de la mère à temps</i>	<i>RR [IC]*</i>
<i>Année de publication</i>	<i>plein</i>	
<i>Pays</i>		
Vogel [35]	Oui	1,37 [0,98 ; 1,94]
1999		
Nouvelle-Zélande	Non	1

3.1.2 Caractéristiques liées à la grossesse et à l'accouchement

3.1.2.1 La parité

L'effet de la parité sur la durée d'allaitement maternel semble contradictoire ; les études apportent des réponses différentes [35] [40]. Il semble que l'expérience d'allaitements précédents soit un facteur plus déterminant que la parité. Une étude hongroise récente montre qu'une femme ayant allaité son premier enfant allaitera le second pendant une durée allongée de presque un mois [41].

* IC : Intervalle de confiance à 95 %

Tableau 3-IV : Risque relatif de sevrage stratifié par la parité.

Auteur		
Année de publication	Parité	RR [IC]*
Pays		
Vogel [35]	Primipare	1
1999		
Nouvelle-Zélande	Multipare	0,92 [0,72 ; 1,19]
Branger [40]	Primipare	1
1998		
France	Multipare	1,49 [1,10 ; 1,85]

3.1.2.2 La césarienne

Le rôle de la césarienne semble être sans effet ni sur l'initiation de l'allaitement maternel, ni sur le sevrage en analyse multivariée après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels en cas de césarienne programmée ou survenant après le début du travail spontané [35] [42].

Tableau 3-V : Risque relatif de sevrage stratifié par le mode d'accouchement.

Auteur		
Année de publication	Mode d'accouchement	RR [IC]*
Pays		
Vogel [35]	Césarienne	1 [0,71 ; 1,39]
1999		
Nouvelle-Zélande	Voie basse	1
Perez [42]	Césarienne	0,97 [0,86 ; 1,11]
1996		
Mexique	Voie basse	1

* IC : Intervalle de confiance à 95%

3.1.2.3 Le sexe du bébé

Plusieurs études retrouvent que les garçons seront sevrés plus rapidement que les filles [35] [26]. Ces données sont à interpréter avec précaution, il existe probablement un biais de publication : en effet l'étude des différents articles ne nous permet pas de recueillir de façon suffisamment fréquente cette donnée.

Tableau 3-VI : Risque relatif de sevrage stratifié selon le sexe du bébé.

Auteur		
Année de publication	Sexe du bébé	RR [IC]
Pays		
Vogel [35]	Fille	0,84 [0,65 ; 1,09]
1999		
Nouvelle-Zélande	Garçon	1
Scott [36]	Fille	1
1999		
Australie	Garçon	1,69 [1,16 ; 2,50]

3.1.2.4 La préparation à la naissance

Elle serait associée à une augmentation de la durée de l'allaitement, lien qui a été mis en évidence dans l'étude publiée par Labarère [43]. Bien qu'elle semble être le moment privilégié pour informer les femmes sur l'allaitement maternel, le rôle de la préparation à la naissance est pourtant controversé. La préparation à l'accouchement n'est suivie que par une minorité de femmes sans doute les plus sensibilisées aux questions de prévention. D'autre part, les résultats publiés par Branger [40] montrent qu'elle n'est pas associée à la poursuite de l'allaitement et s'interroge sur « le rôle des professionnels pendant la grossesse sur le projet de la femme en matière d'allaitement ».

Tableau 3-VII : Risque relatif de sevrage stratifié selon la préparation à la naissance.

Auteur		
Année de publication	Séance de préparation	RR [IC]*
Pays		
Labarrère [43]	Présence aux séances	0,80 [0,75 ; 0,86]
2000		
France	Absence aux séances	1

Les autres facteurs associés à l'accouchement (type d'anesthésie, pratique d'une épisiotomie, poids de l'enfant....) ont vraisemblablement un faible impact sur la durée de l'allaitement.

3.1.2.5 Le tabagisme maternel

L'effet néfaste du tabac sur l'allaitement a été largement publié [35] [38] [44]. L'usage du tabac est associé à une durée d'allaitement plus courte. Il est pourtant admis que même si fumer et allaiter ne représentent pas une situation idéale pour l'enfant, cela permet tout de même de prévenir les pathologies respiratoires basses de la première année chez le nouveau-né. Ces résultats sont vraisemblablement le reflet d'un comportement plus globale des femmes vis à vis de la santé et de la prévention, mais aussi de l'action pharmacologique d'éléments constitutifs du tabac ou de sa combustion. [45]

* IC : Intervalle de confiance à 95 %

Tableau 3-VIII : Risque relatif de sevrage stratifié selon le tabagisme maternel.

Auteur		
Année de publication	Tabagisme maternel	RR [IC]*
Pays		
Vogel [35]	Oui	1,28 [0,80 ; 2.04]
1999		
Nouvelle-Zélande	Non	1
Riva[38]	Oui	1,26 [1,03 ; 1,54]
1999		
Italie	Non	1
Bouvier [44]	Pas de tabac	1
1998		
Suisse	<15 cigarettes	1,53 [1,20 ; 1,96]
	>15 cigarettes	3,65 [2,16 ;6,09]

3.1.2.6 Le projet d'allaitement

Enfin, il semble important de souligner ici que plus la décision d'allaiter a été prise tôt dans la grossesse, voir même avant la grossesse, plus les femmes allaiteront longtemps ; cette donnée a été publiée par Branger en France [40] et a été confirmée dans toutes les études récentes.

De même, la durée effective de l'allaitement semble corrélée à la durée envisagée par la mère au moment du séjour en maternité. Aussi la motivation psychologique de la mère à allaiter est un facteur déterminant sur la durée de cet allaitement [35] [36].

* IC : intervalle de confiance à 95%

Tableau 3-IX : Risque relatif de sevrage stratifié selon le projet d'allaitement.

Auteur		
Année de publication	Durée souhaitée d'allaitement	RR [IC][*]
Pays		
Vogel [35]	AM<6 mois	3 [2,27 ; 4,46]
1999	AM>6 mois	1
Nouvelle-Zélande	Aussi longtemps que possible	1,76 [1,22 ; 2,55]
	Ne sait pas	3,43 [2,35 ; 5,05]
Scott [36]	AM>4 mois	1
1999	AM<4 mois	5,01 [2,85 ; 8,80]
Australie	Ne sait pas	1,60 [1,03 ; 2,50]

Nous allons donc maintenant analyser les différents facteurs psychologiques et culturels qui peuvent influencer dans le maintien de cette décision d'allaiter.

3.1.3 Caractéristiques psychologiques et culturelles

Au delà des facteurs socio-démographiques et biomédicaux influant choix et durée de l'allaitement maternel, nous allons aborder l'importance des représentations maternelles que la mère et son entourage ont de l'allaitement. Ces représentations deviennent collectivement une culture favorisant ou non la pratique et la transmission de cet art.

L'acte d'allaiter est un acte culturel qui nécessite un apprentissage et un encouragement permanent dans une société où l'habitude a été perdue. Les difficultés sont nombreuses.

3.1.3.1 Accepter la fonction nourricière du sein

Le sein a trois fonctions : une fonction narcissique, une fonction sexuelle et une fonction nourricière quasiment effacée dans notre culture occidentale. L'image de la

* IC : Intervalle de confiance à 95 %

femme et de la féminité dans la société joue un rôle non négligeable dans le choix du mode d'alimentation de l'enfant à naître, et ce de façon plus ou moins consciente. Le sein féminin a aujourd'hui une attraction sexuelle et non plus nourricière [46]. Ce sein semble tellement réservé aux jeux de séduction que beaucoup de femmes n'osent pas nourrir leur enfant avec ce sein.

De ce fait, dans notre inconscient, l'allaitement maternel s'est associé à un comportement érotique et donc impensable en public. Dans l'étude de Branger [40], les pères pensent que l'allaitement a un rapport avec l'érotisme et 50 % d'entre eux se déclarent gênés si leur femme allaite en public.

3.1.3.2 Accepter de prendre patience...et de garder confiance

Plusieurs semaines sont nécessaires pour mettre en route un allaitement. Il faut admettre que l'allaitement est une fonction qui s'apprend, qui se construit jour après jour ; la patience n'est malheureusement pas une vertu à la mode, la société de consommation nous apprend à vouloir tout, tout de suite.

Et c'est dans cette période de tâtonnement que le couple doit garder confiance ; confiance dans les capacités de chaque mère à subvenir aux besoins de son propre enfant, confiance dans les capacités de chaque nouveau-né bien portant à prendre la ration qui lui est nécessaire.

3.1.3.3 Résister au discours scientifique des fabricants de lait artificiels

Fascinés par les découvertes scientifiques, épatés par toute la technologie qui s'offre à nous et par souci de tout simplifier dans un monde où le temps est précieux, nous avons laissé le sein se soustraire au biberon et le lait artificiel remplacer le lait de femme.

Tant est si bien qu'aujourd'hui on ne se demande plus si le lait artificiel est suffisamment bon pour l'enfant mais au contraire, les mères qui choisissent d'allaiter ont peur que leur lait ne soit « pas bon » ou « pas assez nourrissant ».

C'est aujourd'hui aux défenseurs de l'allaitement maternel de prouver que le lait de femme est supérieur au lait artificiel, qui le prend comme modèle en essayant de copier sa composition.

3.1.3.4 Prendre en compte la place du père

Le choix et la durée de l'allaitement sont profondément affectés par l'entourage, le compagnon jouant un rôle au premier plan. Son opposition est un facteur de mauvais pronostic sur la durée de l'allaitement [36]. Un allaitement épanoui est celui qui associe le père à sa décision et où celui-ci trouve sa place. Une place qui n'est pas toujours facile à prendre, car le père n'a généralement reçu aucune transmission familiale, traditionnelle ou culturelle autour du bébé, même si l'allaitement peut le confronter à des sentiments divers : bonheur et admiration d'un côté, jalousie de l'autre. Même s'ils n'y sont pas préparés, c'est aux pères à assumer à la fois un soutien émotionnel et matériel aux femmes allaitantes.

Tableau 3-X : Risque relatif de sevrage stratifié selon la position du père.

Auteur		
Année de publication	Position du père	RR [IC]*
Pays		
Scott [36]	Soutien du père	1
1999		
Australie	Pas de soutien	1,52 [1,04 ; 2,21]

3.2 Les pratiques en maternité

Le séjour hospitalier, limité à quelques jours en post-partum, devrait constituer un moment privilégié pour faciliter l'établissement d'un allaitement durable et prévenir la survenue d'un sevrage précoce. En effet l'impact des pratiques professionnelles en maternité sur la poursuite de l'allaitement a fait l'objet de constats réitérés. Dès les années 80, les initiatives de promotion des pratiques professionnelles propices à l'initiation et à la poursuite de l'allaitement maternel se sont multipliées à différentes échelles. Parmi celles-ci, les dix recommandations de l'OMS et de l'UNICEF constituent le programme le plus ambitieux (annexe 1).

* IC : Intervalle de confiance à 95 %

3.2.1 L'allaitement à la demande

Au début du vingtième siècle, il était légitime d'apprendre aux mères à nourrir leur enfant de façon régulière selon un emploi du temps imposé, toutes les deux ou trois heures par exemple. Le corps médical assurait aux mères que c'était le meilleur moyen pour créer des routines et pour promouvoir la digestion de l'enfant.

Une large revue de la littérature a prouvé qu'au contraire allaiter à la demande permettait à la mère et à l'enfant de trouver leur propre rythme et de stimuler au mieux la lactation. Les schémas d'allaitement trop rigides sont responsables de sevrages précoces et entraînent plus de complications (douleur, engorgement...). [47]

Tableau 3-XI : Risque relatif de sevrage stratifié selon les horaires d'allaitement.

<i>Auteur</i> <i>Année de publication</i>	<i>Horaires d'allaitement</i>	<i>RR [IC]*</i>
Renfrew, Cochrane [47] 1994	Allaitement à la demande	1
	Allaitement à heures fixes	1,53 [1,08 ; 2,15]

3.2.2 La mise au sein précoce

La mise au sein doit se faire dans l'heure qui suit la naissance, c'est à ce moment que le réflexe de succion du nouveau-né est maximum. Les publications à ce sujet sont contradictoires :

Une méta-analyse de neuf études randomisées publiées avant 1989 prouve que le contact précoce prolonge la durée de l'allaitement de façon significative [48].

En revanche une méta-analyse plus récente publiée sous l'égide de la collaboration Cochrane rassemblant 209 couples mère-enfant n'objective pas de lien statistique entre la mise au sein précoce et la durée d'allaitement [49]. Par contre elle conclue qu'un contact précoce favorise les interactions mère - enfant, mais qu'il n'y a pas d'argument scientifique pour promouvoir la mise au sein précoce, d'autant que les enfants ne sont pas tous prêts à manger à la même heure.

* IC : Intervalle de confiance à 95 %

Dans tout les cas, si le rôle de la mise au sein précoce sur la durée de l'allaitement est controversé, il est indéniable que c'est dans les deux premières heures qui suivent l'accouchement que le nouveau-né se trouve dans un état très particulier de vigilance et d'éveil propice à la rencontre avec sa mère, à l'apprentissage et à la mémorisation du réflexe de succion ; il est donc très probable que la mise au sein précoce permette une bonne mise en route de l'allaitement. De plus la succion du mamelon déclenche chez la mère la sécrétion de prolactine favorisant la montée laiteuse et d'ocytocine favorisant la délivrance [50].

Tableau 3-XII : Risque relatif de sevrage stratifié selon le délai de mise au sein.

<i>Auteur</i>	<i>Délai de mise au sein</i>	<i>RR [IC]*</i>
<i>Année de publication</i>		
<i>Pays</i>		
Labarère [43]	<1 heure	1
2000		
France	1-8 heures	1,25 [1,03 ; 1,52]
	>8 heures	1,78 [1,66 ; 1,92]
Bernard-Bonin [48]	Mise au sein précoce	1
1989		
Canada	Mise au sein tardive	2,96 [1,60 ; 5,22]

3.2.3 Le don de compléments

De nombreuses études ont montré que l'utilisation de compléments dès le séjour en maternité augmentait le risque de sevrage précoce. [35][37][38]

En effet, donner des compléments à une femme qui présente déjà des difficultés semble être le meilleur moyen pour pérenniser ces troubles.

L'utilisation de biberons de complément entraîne une baisse de la lactation par diminution quantitative de la stimulation aréolaire (le bébé tête moins), par diminution qualitative de la stimulation (confusion sein/tétine) et aussi par impact psychologique négatif, la mère pouvant se juger « insuffisante » à nourrir son bébé [50]. La notion

* IC : Intervalle de confiance à 95 %

de confusion sein/tétine s'explique par des techniques de succion différentes au biberon et au sein. En effet, téter consiste à positionner la langue en gouttière sous l'aréole, à effectuer avec la langue un mouvement péristaltique et à déglutir quand la langue est sortie. Boire au biberon se fait en pinçant la tétine verticalement entre les gencives, en aspirant et en déglutissant en collant la langue au palais (déglutition adulte). Donner un complément au biberon risquerait de troubler le comportement des nouveau-nés en leur faisant perdre le réflexe de tétée. C'est cette notion de confusion sein/tétine qui a fait recommander de ne donner des compléments que de façon exceptionnelle sur prescription médicale et si possible à la cuillère ou à la tasse afin de ne pas perturber la succion de l'enfant.

En fait, ces compléments sont plus souvent proposés aux mères primipares, aux mères fumeuses [37], à ces mères qui en fait secrètent certainement un volume de lait moins important durant la mise en route de la lactation. Ainsi nous ne pouvons exclure la possibilité que ces compléments soient donnés dans des cas où d'autres difficultés interfèrent avec la mise en route de la lactation et qu'elles entraînent par elles-mêmes des conséquences à plus long terme. Aussi le fait de donner des compléments serait plus un marqueur précoce de difficultés d'allaitement qu'une cause de sevrage.

Tableau 3-XIII : Risque relatif de sevrage stratifié par le don de compléments.

Auteur		
Année de publication	Don de compléments	RR [IC]*
Pays		
Vogel [35]	Oui	2,79 [2,05 ; 3,80]
1999		
Nouvelle-Zélande	Non	1
<hr/>		
Riva [38]	Oui	1,14 [1,01 ; 1,30]
1999		
Italie	Non	1
<hr/>		
Michaelsen [37]	Oui	1,35 [1,21 ; 1,51]
1995		
Danemark	Non	1

* IC : Intervalle de confiance à 95 %

3.2.4 L'utilisation de tétines

La suppression de la tétine représente l'étape 9 de la chartre de l'UNICEF pour favoriser l'allaitement maternel, en effet là encore, l'utilisation de la tétine peut être responsable de trouble de la succion et peut entraîner un bébé insatisfait au sein et provoquer à terme un sevrage précoce.

Une étude randomisée récente [51] s'est penchée de près sur les effets de l'utilisation quotidienne de la sucette chez 281 couples mère-enfant. Il existe un lien statistique fort entre l'usage régulier de la sucette et le sevrage précoce avant l'âge de trois mois, mais ce lien disparaît dès que les données sont analysées en intention de traiter ; ce qui suggère là aussi, que l'usage de la sucette est plus un marqueur de difficultés à allaiter ou de motivation insuffisante qu'une réelle cause de sevrage. Cette notion pourrait amener à réexaminer le dogme de la suppression de la tétine promulguée par les associations de soutien à l'allaitement.

Tableau 3-XIV : – Risque relatif de sevrage stratifié selon l'utilisation ou non d'une tétine.

<i>Auteur</i>		
<i>Année de publication</i>	<i>Utilisation de la tétine</i>	<i>RR [IC]*</i>
<i>Pays</i>		
Vogel [35]	Oui	1,62 [1,20 ; 2,18]
1999		
Nouvelle-Zélande	Non	1
Riva[38]	Oui	1,35 [1,18 ; 1,55]
1999		
Italie	Non	1
Labarère [43]	Oui	1,72 [1,19 ; 2,47]
2000		
France	Non	1

* IC : intervalle de confiance à 95%

3.2.5 La séparation mère - enfant

La cohabitation de la mère et de l'enfant dès la première nuit, sans séparation nocturne, permettrait de ne pas perturber la mise en place de la lactation, de laisser la mère et l'enfant se créer leur propre rythme d'alimentation, et là encore de favoriser les interactions précoces. Cette cohabitation dès la maternité permettrait de diminuer le risque de sevrage précoce [35] [40].

3.2.6 La distribution de coffrets promotionnels

Une méta-analyse de la collaboration Cochrane a étudié neuf études qui cherchaient à déterminer si la distribution de coffrets promotionnels à la sortie de la maternité pouvait raccourcir la durée d'allaitement [52]. Ces coffrets encore distribués dans nos maternités contiennent des échantillons de lait artificiel 2^{ème} âge (la publicité pour le lait 1^{ère} âge étant interdite), ainsi que des coupons de réduction sur l'alimentation solide pour bébés. Ces neuf études sont formelles, cela entraîne une baisse de la durée d'allaitement maternel et une introduction plus précoce des aliments solides, allant à l'encontre des recommandations des sociétés savantes.

Aussi, les pratiques professionnelles en maternité jouent un rôle important sur la durée de l'allaitement maternel. Un personnel soignant qui donne des informations contradictoires ou mal adaptées aux problèmes exposés ne favorise pas l'allaitement.

Une étude épidémiologique récente faite à la maternité du CHU de Grenoble a permis de documenter l'efficacité d'un programme de formation des professionnels de santé sur la modification des pratiques et sur la prévalence de l'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité [53]. Cette étude rétrospective, de type « avant-après » montre qu'en formant le personnel aux mesures reconnues comme favorisant l'allaitement, la prévalence de l'allaitement exclusif passe de 15,5% à 34,4% à la sortie de la maternité. L'étude est toujours en cours pour savoir si ce bénéfice est maintenu au retour à domicile.

3.3 Les difficultés au retour à domicile

Au delà des premiers jours où l'attitude du personnel soignant peut jouer un rôle important dans la mise en route d'un allaitement réussi, nous avons vu qu'allaiter est une fonction qui s'apprend, c'est le fruit d'une relation qui se construit, se cherche et se tisse jour après jour. Nous allons passer en revue les différents éléments qui peuvent de retour à domicile conforter la mère dans son allaitement ou alors l'amener à sevrer de façon précoce.

3.3.1 Des mères très seules

Les jeunes mères d'aujourd'hui n'ont que très rarement eu l'occasion de voir une femme allaiter ou d'entendre raconter une expérience d'allaitement maternel réussie, leur propre mère ne pouvant pas la plupart du temps les conseiller en cas de difficultés. Or nous avons vu l'importance pour une mère d'être tout au long de son allaitement soutenu par son entourage. Au delà d'un soutien moral, ces mères ont besoin de familles, d'amies, de collègues de travail qui peuvent les conseiller, les rassurer sur l'évolution normale d'un allaitement.

C'est pour pallier ces manques que des groupes de mères se forment pour témoigner de leur propre expérience et pour répondre aux interrogations des mères souhaitant persévérer dans leur allaitement. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement fait partie des dix conditions de l'UNICEF pour un allaitement réussi.

3.3.2 Des mères mal informées

Il n'existe pas d'étude analysant les conséquences du discours des médias sur la durée de l'allaitement maternel.

Une analyse a été réalisée entre le mois d'août et novembre 1997 concernant trois revues françaises à grande diffusion consacrées à la petite enfance et les résultats sont inquiétants [54]. En résumé, on constate que la nature des illustrations concerne pour 7 % l'allaitement et pour 93 % le biberon. Et surtout, l'évaluation des textes montre que l'allaitement maternel est inexistant dans 44,1 %, qu'il est évoqué dans 5,9 % mais l'information est inadéquate. Seuls 17,6 % des textes évoquent l'allaitement de façon globalement correcte.

Difficile dans ce contexte de trouver dans les médias une information objective qui aidera la femme à persévérer dans son choix d'allaiter.

Figure 3-1 : Les illustrations alimentaires dans les publications « puériculture » grand public en 1997
(source : IPA)

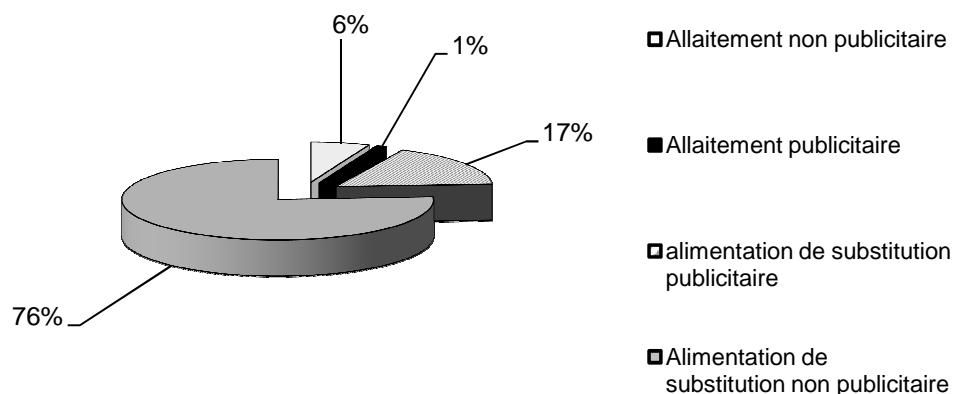
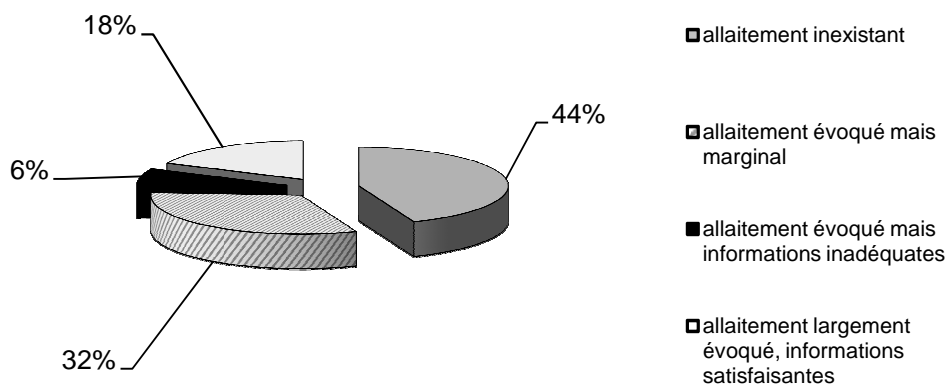


Figure 3-2 : Le traitement de l'allaitement dans les textes des publications « puériculture » grand public en 1997 (source : IPA)



Entre l'absence de repères familiaux et culturels et la difficulté d'avoir accès à une information fiable en matière d'allaitement, les professionnels de santé (généralistes, pédiatres, équipes de P.M.I. et sages-femmes) semblent être en première ligne pour accompagner ces mères dans leur désir d'allaiter au retour à domicile.

3.3.3 Des professionnels de santé mal formés

De nos jours, les seules personnes susceptibles d'informer, d'aider et de soutenir une femme qui rencontre des difficultés lors du démarrage de son allaitement ou plus tard sont les professionnels de santé. Or, bien souvent l'allaitement maternel est très mal connu de ceux qui sont censés informer.

- Une étude menée en 1995 dans la Somme a cherché à établir les raisons de l'abandon de l'allaitement par les mères durant le premier mois ; les difficultés comme le manque de lait viennent largement en tête et on remarque que 17 % des femmes arrêtent durant le premier mois sur les conseils de leur médecin, ce qui illustre le manque de connaissances et de compétences des professionnels de santé [55].
- Une enquête originale menée auprès de vingt généralistes du Val-de-Marne en 2000 montre que les connaissances, les attitudes et les réponses pratiques face aux mères allaitant sont très variables d'un médecin à l'autre, car non soutenues par un apport théorique et pratique cohérent [56]. Ainsi l'allaitement court est la norme commune pour ces agents de santé qui ne savent pas soutenir les mères qui rencontrent des difficultés dans leur allaitement (fatigue, baisse de lait, prise de médicaments...). Par exemple, en cas d'hypogalactie, 10 médecins sur 20 prescrivent un complément de substitut de lait maternel, 7 proposent l'arrêt de l'allaitement et seulement 3 recommandent d'augmenter la fréquence des tétées, attitude la plus logique afin de relancer la lactation. La rigueur professionnelle attendue de ces praticiens est mise en défaut par des schémas d'actions hérités de l'environnement socioculturel et d'expériences personnelles soit de non-allaitement, soit d'allaitement court.
- En 1995, une étude publiée dans JAMA analyse les connaissances des internes, pédiatres, obstétriciens et généralistes en matière d'allaitement [57]. L'analyse des réponses de chaque groupe montre des lacunes très importantes en matière de connaissances théoriques et d'expériences cliniques.
- De même aux Etats-Unis, les attitudes et pratiques des pédiatres ont été analysées en 1999 [58]. L'allaitement maternel exclusif les premiers mois n'a été

recommandé que par 65% des pédiatres interrogés. Les raisons données pour contre-indiquer l'allaitement comprennent des situations médicales où des traitements n'excluant pas l'allaitement existent. Ainsi ils sont 23 % à proposer le sevrage en cas de mastite.

- Dans une autre étude, Goldstein et al. a évalué le manque de connaissances des généralistes par des questionnaires. Les praticiens estiment à 93% qu'il est de leur rôle de conseiller les femmes en matière d'allaitement maternel, 67% pensent que leur enseignement est inadéquat, 48% disent manquer de connaissances [59].
- De même, la formation sur l'allaitement a été évaluée ; elle est estimée inadaptée pendant le cursus universitaire. Un questionnaire d'auto évaluation des connaissances des généralistes démontre là encore des lacunes importantes sur les pratiques et bénéfices de l'allaitement maternel. [60]

L'ensemble de ces données incite les communautés scientifiques à imaginer des programmes de soutien à l'allaitement. Analysons les différentes initiatives permettant de soutenir les femmes dans leur décision d'allaiter.

4 ANALYSE DES EXPERIENCES DE SOUTIEN SUR LA DUREE D'ALLAITEMENT MATERNEL

4.1 Efficacité globale des expériences de soutien

L'impact des expériences de soutien à l'allaitement maternel a été étudié par une méta analyse réalisée par la collaboration Cochrane [61], revue systématique régulièrement remise à jour sur le soutien à l'allaitement maternel, incluant uniquement des études randomisées. L'efficacité des différents modes de soutien pré et post natal, professionnel et non professionnel a également été évaluée dans cette analyse.

- La méta analyse de 2002 [61] s'appuyant sur vingt études réalisées dans dix pays, étudiant 23712 couples mère enfant, a conclu à un effet bénéfique des interventions sur la durée de l'allaitement maternel quel que soit le mode de soutien.
- L'évaluation plus spécifique de l'action des intervenants a montré que le soutien donné par les professionnels de santé était plus efficace sur le prolongement de l'allaitement maternel que celui donné par les non professionnels.

Tableau 4-1 : Impact des expériences de soutien sur le risque relatif de sevrage de l'allaitement maternel à six mois

	<i>RR*</i>	<i>IC[†] à 95%</i>	<i>Nombre d'études</i>	<i>effectif</i>
Tous types d'intervention confondus	0.88	[0.81, 0.95]	15	21910
Support par les professionnels de santé	0.89	[0.81, 0.97]	10	19696
Support par les « volontaires »	0.84	[0.69, 1.02]	5	2224

* RR : risque relatif de sevrage

† IC : intervalle de confiance

- Les études ont mis en évidence un rôle encore plus important du soutien dans l'allaitement maternel exclusif, toutes expériences confondues (11 études portant sur 20788 femmes), mais avec une efficacité plus grande cette fois ci, des actions faites par les volontaires (5 études avec 2530 femmes) que celles réalisées par les professionnels de santé (6 études portant sur 18258 femmes). Il faut cependant noter que les études concernant les professionnels sont réalisées en milieu hospitalier au moment de l'initiation de l'allaitement, alors que celles concernant les volontaires le sont surtout en post-partum. Leur action sur l'exclusivité de l'allaitement était donc difficilement comparable.

Tableau 4-II : Impact des expériences de soutien sur le risque relatif d'interrompre l'allaitement exclusif à 6 mois.

	RR*	IC à 95%
Tous types d'intervention confondus	0.78	[0.69, 0.89]
Actions par les professionnels de santé	0.90	[0.81, 1.01]
Actions faites par les volontaires	0.66	[0.49, 0.89]

- On observe un épuisement dans le temps : la méta analyse de 2001[62] incluant treize études, montrait une perte de l'efficacité des différentes initiatives après trois, quatre et six mois. L'effet n'était réellement significatif qu'en période précoce à 2 mois.

Tableau 4-III : Impact des expériences de soutien sur le risque relatif de sevrage à différents points de l'étude.

Durée d'allaitement	RR*	IC à 95%
2 mois	0.74	[0.65, 0.86]
3 mois	0.94	[0.81, 1.10]
4 mois	0.93	[0.83, 1.06]
6 mois	0.94	[0.88, 1.00]

- Dans la méta-analyse, différentes méthodes de soutien à l'allaitement sont comparées entre elles, l'entretien individuel est plus efficace que l'entretien téléphonique.

Tableau 4-IV : Impact des différents modes de soutien sur le risque relatif de sevrage.

	RR*	IC à 95%
Face à face prédominant	0.86	[0.78, 0.94]
Contact téléphonique prédominant	0.92	[0.78, 1.08]

4.2 Impact de chaque type d'intervention

Prolonger la durée d'allaitement maternel par des initiatives de soutien a donc été démontré par la confrontation des études les plus récentes. Beaucoup de questions se posent sur le meilleur moyen de prolonger l'allaitement maternel : à quel moment faut-il intervenir, avec quels moyens et avec quels intervenants ?

* RR : risque relatif de sevrage

* RR : risque relatif de sevrage

4.2.1 Programme d'éducation prénatal

Les actions prénatales se déroulent généralement lors du dernier trimestre de grossesse. Selon les pays, l'intervention a lieu soit lors des consultations prénatales profitant de ces consultations obligatoires, soit à domicile. Elles peuvent être dispensées par des médecins, sages femmes ou par des volontaires (groupe de pairs, consultants en lactation).

4.2.1.1 Intérêt des actions prénatales

Comme nous l'avons évoqué, les actions prénatales interviennent surtout dans le choix d'allaiter et ont donc un rôle plus sur l'initiation que sur la durée de l'allaitement maternel.

La plus récente analyse de la collaboration Cochrane [61] confirme qu'il faut associer soutien prénatal et postnatal pour multiplier les chances de prolonger l'allaitement.

4.2.1.2 Consultation prénatale

Il est de prime abord difficile de définir si un soutien individuel a une plus grande incidence que l'action du groupe sur le succès de l'allaitement maternel à travers le temps.

a - Soutien individuel

- Dans une étude faite aux USA par Serwint en 1996, [63] des mères de classe défavorisée reçoivent une consultation prénatale ciblée sur l'allaitement maternel. Celle-ci est dispensée par un praticien formé sur le rôle et les techniques d'allaitement maternel, en milieu hospitalier, entre 32 et 36 semaines de grossesse. Les taux d'initiation et d'allaitement maternel à 1 mois et 2 mois ne sont pas statistiquement augmentés.

Tableau 4-V : Taux d'allaitement maternel après intervention prénatale.

	Groupe intervention	Groupe témoin
Taux d'initiation de l'AM	42%	31%
Taux d'AM à 1 mois	19%	14%
Taux d'AM à 2 mois	11%	9%

En fait peu d'études peuvent illustrer réellement le soutien individuel anténatal à domicile réalisé par des volontaires ou sages femmes, car il est presque toujours évalué de façon concomitante avec les visites post natales à domicile.

- Par exemple l'étude de Brent, en 1995, propose une éducation prénatale et un suivi postnatal réalisée par des consultants en lactation [64] lors d'entretiens individuels et téléphoniques. Les actions insistent sur les bénéfiques et les pratiques d'allaitement. Le suivi se déroule jusqu'à l'âge de un an. L'objectif des actions est largement atteint : les taux d'allaitement maternel à deux mois entre les deux groupes sont statistiquement significatifs.

Tableau 4-VI : Pourcentage et durée d'allaitement maternel après interventions pré et postnatales.

	Groupe intervention	Groupe témoin	p
Taux d'AM à 15 jours	47%	18%	<0.001
Taux d'AM à 2 mois	37%	9%	<0.0004
Taux d'AM à 6 mois	14%	7%	ns
Durée d'AM en jours	84	33	<0.005

Ainsi, espérer modifier la durée d'allaitement maternel par des consultations lors de la période prénatale est insuffisant, les entretiens doivent être appuyés par des visites postnatales.

b - Soutien en groupe

- Wiles et al. montrent dans une étude réalisée en 1984, l'efficacité d'un programme d'éducation de santé réalisé en groupe sur l'allaitement maternel,

abordant l'anatomie, la physiologie, les avantages de l'allaitement maternel, ainsi que les problèmes les plus courants. A un mois l'allaitement maternel exclusif est de 90% pour le groupe intervention et de 30% pour le groupe témoin [65].

- Dans une autre étude prénatale d'éducation réalisée en 1997 aux USA [66] des séances sont dispensées par des sages femmes, dans un groupe de travail, concernant avantages, initiation et maintien de l'allaitement maternel. La durée moyenne d'allaitement maternel est de 76,1 jours pour le groupe d'intervention et 29,5 jours pour le groupe contrôle ($p < 0.05$).
- Lorsque l'on compare des sessions prénatales de 50 à 80 minutes en groupe, ou de 15 à 30 minutes en individuel, avec un contenu identique (à savoir les raisons motivant leur choix d'un allaitement maternel ou artificiel, les principes de base de l'allaitement maternel, ses bénéfices, comment remédier aux principales difficultés, comment allaiter en travaillant), on met en avant la supériorité du groupe à prolonger davantage la durée d'allaitement maternel entre six et douze semaines [67].

Tableau 4-VII : Taux d'allaitement maternel à douze semaines lors du soutien en groupe ou individuel.

	Taux d'AM à 12 semaines	p
Soutien en groupe	15%	<0.05
Soutien individuel	6%	-
Groupe contrôle	4%	-

Ainsi, le fait de travailler en groupe, de façon plus interactive, avec l'expérience et le vécu de chacun permet une plus grande assimilation des points forts de l'allaitement et allonge la durée d'allaitement maternel.

4.2.1.3 Utilisation de matériel pédagogique dans les actions prénatales

Plusieurs études ont testé l'efficacité de brochures ou l'utilisation de vidéo sur l'initiation et sur l'allongement de la durée d'allaitement maternel.

- Le soutien par brochures d'information n'a pas fait ses preuves dans l'étude de Kaplowitck en 1983 aux USA [68]. L'envoi de cinq prospectus sur les bénéfices, la physiopathologie et les techniques d'allaitement maternel n'augmente pas le taux d'allaitement maternel à 2 mois.
- La discussion (étude réalisée par Hell en 1987) à partir d'un questionnaire de connaissances et d'un exposé de quarante minutes par vidéo projection complété par des brochures, touchant des femmes de bas niveau socio-économique, n'a pas augmenté les pourcentages de mères allaitant à un mois et demi : groupe intervention 39%, groupe témoin 30% [69].
- En Angleterre, l'utilisation d'une vidéo visionnée à domicile sur l'allaitement maternel, son initiation et les problèmes pratiques, ne met pas en évidence de différence statistique entre les taux d'allaitement maternel des groupes intervention et témoin à six semaines du post-partum : 53% d'allaitement maternel dans le groupe intervention contre 32% dans le groupe témoin [70],
- Par contre, une autre étude du même type, réalisée par Rossiter en Australie en 1994 [71], propose à une population de femmes vietnamiennes immigrées un programme d'éducation comprenant vingt cinq minutes de vidéo, suivi de trois sessions de discussion en petits groupes. Les taux d'allaitement maternel à quatre mois ont été améliorés de façon significative, mais pas ceux à six mois. La répétition des entretiens augmente les chances de sensibiliser les femmes et de les conforter dans leur choix d'allaiter.

Tableau 4-VIII : Pourcentage d'allaitement maternel après vidéo et discussion selon Rossiter.

	Groupe intervention	Groupe témoin	p
Taux d'AM à 4 mois	50%	26%	<0.001
Taux d'AM à 6 mois	25%	16%	ns

En conclusion, les vidéos et documents seuls, sans l'intervention humaine réitérée, ont peu d'impact.

4.2.2 Changement des pratiques hospitalières

Sans reprendre dans le détail les facteurs influant la durée d'allaitement maternel, un certain nombre d'entre eux sont fondamentaux lors du séjour hospitalier pour promouvoir et allonger la durée d'allaitement. Quatre illustrations de la modification de ces pratiques dans des projets d'envergure sont rapportées.

- Le projet PROALMA (Projet pour le soutien de l'Allaitement Maternel) réalisé en zone urbaine en Honduras a duré de 1982 à 1988. Il avait pour but de changer les pratiques hospitalières, de limiter l'utilisation des biberons de lait artificiel, de former les soignants à l'éducation prénatale, au suivi lors de l'accouchement et en post partum [72]. La durée moyenne d'allaitement maternel a été prolongée de 1,7 mois (1981 à 1984) à 2,5 mois (1984 à 1987).

Tableau 4-IX : Pourcentage d'augmentation de l'allaitement maternel après l'étude PROALMA.

Pourcentage d'augmentation de l'AM entre 1981 et 1984	
A 5 mois d'AM	42%
A 9 mois d'AM	52%
A 11 mois d'AM	63%

- Deuxième exemple, l'étude Biélorusse PROBIT (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial) a réalisé en 2001 à grande échelle (17046 couples mère enfant) l'application du modèle Hôpital Ami Des Bébé de l'OMS [32] qui reprend les dix points essentiels pour réussir l'allaitement maternel. Les chefs de services des unités de pédiatrie et de gynécologie ont reçu 18 heures de formation suivies de 14 mois de formation du reste du personnel médical (médecins, sage femmes, pédiatres). Les résultats sont probants [73].

Tableau 4-X : Taux d'allaitement maternel après l'étude PROBIT.

	Groupe Intervention	Groupe Contrôle	Odds Ratio [IC 95%]	p
AM à 12 mois	19.7%	11.4%	0.47 [0.32-0.69]	-
AM exclusif à 3 mois	43.3%	6.4%	0.52 [0.40-0.69]	<0.001
AM exclusif à 6 mois	7.9%	0.6%	0.52 [0.39-0.71]	<0.01

- De même, la formation à la promotion et protection de l'allaitement maternel du personnel soignant hospitalier de Sao Polo réalisée en 2000 a permis d'augmenter de 29% la durée d'allaitement exclusif et de 20% celle de l'allaitement maternel global [74].
- Et enfin dernière exemple, l'étude non randomisée de type avant-après française réalisée par Macquart-Moulin en 1990, évalue une campagne de soutien à l'allaitement exclusif au sein à un mois chez 657 femmes (151 cas-témoin) ayant décidé d'allaiter à la maternité de Maupertuis (Vaucluse) durant les années 1987 et 1988. Les résultats ont montré que les interventions de formation des professionnels hospitaliers augmentaient significativement le taux d'allaitement au sein à un mois (66% versus 52%- $p < 0.01$) et diminuaient les problèmes physiques et médicaux liés à l'allaitement (51% versus 60%) [2].

Ainsi, la formation du professionnel de santé, actualisée, sur un sujet jusque là mal connu et peu enseigné, permet d'avoir un discours uniforme pour les mères. En changeant les pratiques, les taux d'allaitement maternel sont nettement améliorés.

4.2.3 Soutien post-natal

Après une initiation de l'allaitement réussie en maternité, c'est dans la durée qu'il faut inscrire l'allaitement et c'est là où le soutien postnatal prend tout son sens. Il pourrait

exister une consultation de soutien systématique au même titre que les consultations obligatoires du nourrisson. La plupart du temps, il s'agit d'une initiative laissée à l'appréciation de la mère avec les intervenants de son choix. A qui incombe vraiment la prise en charge de l'allaitement maternel : pédiatres, gynécologues, médecins généralistes, médecins de PMI, consultants en lactation, volontaires des associations de soutien ? Tous ont un rôle à jouer.

4.2.3.1 *Par des groupes de pairs*

Les pairs sont des volontaires qui sont la plupart du temps des femmes ayant allaité avec succès et qui par leur expérience, complétée d'une formation, vont à leur tour soutenir d'autres mères. En France, elles interviennent surtout dans les groupes de soutien à l'allaitement maternel lors de réunions. Dans les autres pays (Etats-Unis, Amérique du Sud ...) leur champ d'action est plus vaste : à domicile, dans les hôpitaux...

Le soutien téléphonique a été comparé à celui apporté en groupe.

a- Soutien téléphonique

- Dans l'étude de Mongeon en 1995, les volontaires contactent les mères à domicile durant le dernier mois de grossesse, puis de façon hebdomadaire durant six semaines, et si besoin jusqu'au sevrage. Cependant malgré ce soutien, aucune différence avec le groupe témoin n'émerge [75].
- Dans l'étude de Dennis de 1999, les pairs reçoivent deux à cinq heures de formation. Le suivi est téléphonique dès le retour à domicile. A trois mois, plus de femmes continuent à allaiter de façon significative. A 82 % les femmes sont satisfaites de l'expérience et l'observance est bonne [76].

Tableau 4-XI : Impact du soutien téléphonique par des pairs sur le risque relatif de sevrage.

	RR*	IC à 95%
à 4 semaines	1.1	1.01-2.72
à 8 semaines	1.13	1.00-1.28
à 12 semaines	1.21	1.04-1.41
AM exclusif à 12 semaines	1.43	1.06-1.91

b- Soutien à domicile

Plus que par téléphone, c'est en fait surtout à domicile que les groupes de pairs sont un maillon précieux dans la chaîne de soin. Ces femmes assurent le suivi à la sortie de la maternité dans des pays où la durée d'hospitalisation est brève comme aux Etats Unis (48 heures voire 24 heures), ou au Bangladesh où les accouchements se font en majorité à domicile.

- Au Mexique des volontaires, formées par la Leche League assurent trois ou six visites à domicile en ante et postnatal précoce. A trois mois l'allaitement maternel exclusif est significativement plus pratiqué par le groupe ayant reçu trois visites et encore davantage dans le groupe ayant bénéficié de six visites [77].

Tableau 4-XII : Impact des visites de volontaires sur le risque relatif de sevrage à 3 mois.

	Taux d'AM exclusif à 3 mois	RR*	IC à 95%
Groupe témoin	12%	1	-
3 visites	50%	0.56	0.32-1.00
6 visites	67%	0.38	0.18-0.74

- Une autre étude, réalisant de même des visites de pairs à domicile, dans une population défavorisée de Glasgow durant l'année 2000, n'a pas mis en

* RR : risque relatif de sevrage

- évidence de différence significative à six semaines entre les deux groupes comparés. Les femmes disent cependant être satisfaites de cette intervention et avoir davantage confiance en elles [78].
- L'étude d'une population de 363 femmes au Bangladesh avec de nombreuses visites (deux visites prénatales lors du dernier trimestre, trois en post partum précoce puis jusqu'à cinq mois, soit au total quinze visites en moyenne) évalue l'action faite par des pairs formés durant dix jours. La particularité de ce pays est que 95% des femmes accouchent à domicile. Les pairs insistent sur l'exclusivité de l'allaitement maternel jusqu'à cinq mois, rarement pratiqué, bien que les taux d'allaitement maternel soient importants. L'initiative est récompensée par une augmentation de la durée de l'allaitement exclusif [79].

Tableau 4-XIII : Prévalence de l'allaitement maternel exclusif à 5 mois après visites à domicile par des pairs.

	Groupe intervention	Groupe témoin	IC à 95%
Prévalence de l'AM exclusif à 5 mois	70%	6%	0.57-0.71

- Enfin dans une dernière étude réalisée aux USA en 1998, le soutien en pré et post-partum, à domicile et par appels téléphoniques, afin de promouvoir l'allaitement maternel et de résoudre les difficultés d'allaitement, prolonge la durée moyenne à 5,7 semaines pour le groupe intervention (2,5 semaines groupe contrôle) ; $p < 0.001$ [80].

Tableau 4-XIV : Evolution du taux d'allaitement maternel dans le temps après soutien au domicile et par téléphone.

	Groupe intervention	Groupe témoin	p
A 2 semaines	81%	18%	<0.01
A 4 semaines	56%	10%	<0.01
A 8 semaines	48%	10%	<0.01
A 12 semaines	43%	0	<0.01

4.2.3.2 *Par des professionnels de santé*

Peu d'études évaluent l'aide apportée par les sages femmes et médecins à la sortie de la maternité.

- L'étude de Gagnon et al. faite en 1997 évalue l'action des sages femmes. Par des visites prénatales à domicile, lors de l'accouchement à l'hôpital, par téléphone à 48 heures et dix jours après la sortie de la maternité, puis à nouveau par des visites à domicile au troisième et cinquième jour, elles accompagnent les mères dans chaque étape importante de l'allaitement. A un mois, bien que leur présence ait été constante, il n'apparaît pas de différence avec le groupe contrôle [81].

Alors que pédiatres et généralistes sont en première ligne, aucune étude à notre connaissance ne les a inclus dans une expérience de soutien à l'allaitement maternel.

4.2.4 Campagnes médiatiques

Voici deux exemples d'études ciblées sur des campagnes médiatiques.

- Une campagne de promotion a eu lieu au Canada en 1989: pendant six semaines, flash télévisés, messages de quinze secondes passés cinq fois par semaine sur la radio locale, articles dans les journaux se sont succédés. Cela n'a pas modifié de façon statistique les attitudes quant à l'allaitement maternel [82].
- Une autre étude menée par le WIC (département d'agriculture et de nutrition pour la femme –Women-, le nourrisson –Infant- ,et l'enfant –Children-) sur l'impact du soutien médiatique par brochures, vidéos, livres, journaux adressés aux professionnels, consultants en lactation, intervenants volontaires et grand public n'est pas convaincante. Malgré les initiatives le taux d'allaitement maternel à six mois n'a pas été significativement différent : 21% avant, 30 % après [83].

Les médias, sous quelque forme qu'ils soient, sensibilisent à l'allaitement maternel à condition que le message soit répété. Il est très difficile d'évaluer son impact qui semble faible à court terme mais probable à plus long terme.

4.2.5 Interventions multiples, politique de santé

Parfois ce sont de véritables politiques de santé, à l'échelle d'une ville telle que Sao Polo, qui sont mises en place quand le gouvernement ou les acteurs de santé veulent changer radicalement les choses.

- Le HSI (Health Sector Initiative) institution américaine ayant pour but la promotion de l'allaitement maternel a mis en place de nombreuses initiatives [84]. C'est par le changement des politiques de santé comme celle adoptée au sein des hôpitaux reprenant le modèle Hôpital Ami Des Bébé que l'avancée se fait. En 1995 l'étude a porté sur :
 - Education prénatale donnée en 2 à 4 sessions de 10 à 15 minutes par un consultant en lactation afin de discuter des bénéfices et pratiques d'allaitement maternel ;
 - Soutien lors de l'accouchement par un consultant en lactation ;
 - Appel téléphonique 48 heures après accouchement par des volontaires ;
 - Visites à la clinique à une semaine et à chaque visite de l'enfant jusqu'à un an par les consultants en lactation, médecins ou sages femmes ;
 - Formation des médecins et sages femmes qui interviennent.

L'impact de ces multiples actions est très pertinent.

Tableau 4-XV : Evolution du pourcentage d'allaitement maternel après les initiatives du HSI.

	Groupe intervention	Groupe témoin	p
A 2 semaines	47%	18%	0.001
A 2 mois	37%	9%	0.0004
A 6 mois	14%	7%	ns
En moyenne	84 jours	33 jours	0.005

- Dans une autre étude menée aux USA, de multiples interventions ont permis de changer des pratiques hospitalières avec interdiction des coffrets promotionnels de lait artificiel, formation du personnel hospitalier, développement du soutien pré et post natal, changement du matériel éducatif (vidéo, brochures), et formation des volontaires. La durée moyenne d'allaitement maternel est passée de 11,7 à 48,5 % $p= 0.001$ [85].
- Parfois les initiatives ne sont pas payantes. Cinq stratégies de promotion, lancées par le WIC de Georgie aux Etats-Unis: éducation en matière d'allaitement maternel, location de tire lait, changement de la politique hospitalière, formation du personnel hospitalier, formation des volontaires, ont permis d'augmenter le taux d'initiation mais n'ont pas joué sur sa durée [86].

Tableau 4-XVI : Proportion de mères allaitant plus de 8 semaines après interventions multiples du WIC.

	AM >8 semaines	IC à 95%
1993	18.5%	[14.9, 21.8]
1996	19.4%	[15.7, 23.2]

- Quand les volontés sont fortes, les actions sont à leur grandeur, comme au Brésil ; où en 1989 par une politique de santé d'envergure menée à Sao Paulo la durée d'allaitement a été prolongée [87]. Les mesures prises étaient les suivantes :
 - Programme médiatique national avec appui de la télévision et de la radio ;
 - Formation des professionnels de santé avec restructuration des services de santé en favorisant le rapprochement mère enfant ;
 - Sensibilisation à l'allaitement maternel à l'école primaire ;
 - Création d'un code brésilien basé sur le code de l'OMS en matière de protection d'allaitement maternel ;
 - Adaptation de la législation du travail pour les mères allaitant ;
 - Sensibilisation des autorités ;
 - Création de groupes de pairs.

Tableau 4-XVII : Taux d'allaitement maternel après interventions multiples du WIC.

	<i>Avant intervention</i>	<i>Après intervention</i>
Allaitement mixte	89.4 jours	127.5 jours
Allaitement exclusif	43.2 jours	66.6 jours

4.3 Intérêt de l'étude

Ainsi de nombreuses études randomisées et non randomisées ont montré l'efficacité des interventions de soutien sur la durée d'allaitement maternel, mais dans un certain contexte et en fonction des modalités de soutien.

Ces études sont le plus souvent réalisées dans les pays en voie de développement ou concernent une population défavorisée dans les pays développés. Notre projet touche toutes les catégories sociales d'un pays développé.

Très peu ont été réalisées en France. A notre connaissance une seule étude française, Macquart et Moulin (1990) [70], étaye une initiative de soutien, mais elle est non randomisée, limitée dans le temps à un mois, et déjà ancienne.

Il était intéressant de suivre l'évolution dans le temps de la durée d'allaitement maternel et notamment à 6 mois comme le recommande l'OMS.

Aucun article concernant la formation des médecins généralistes dans les données bibliographiques n'a été trouvé, acteurs pourtant importants de la promotion de l'allaitement maternel. Seule l'évaluation d'un défaut de compétence des professionnels de santé a été faite. Les sensibiliser et améliorer leurs connaissances théoriques et pratiques en allaitement maternel est une action de santé publique.

L'impact du soutien lors des premières semaines après l'accouchement, par les visites à domicile ou consultations, par des bénévoles ou soignants, est bien étudié. Instaurer une consultation systématique dans les quinze jours du post-partum, remboursée par la Sécurité Sociale, est une initiative intéressante à évaluer ; lors de cette phase précoce le soutien est en effet souvent aléatoire, laissé à l'initiative de la mère .

Toutes ces raisons font l'originalité de cette étude.

5 OBJECTIF ET PROBLEMATIQUE

L'objectif est de documenter l'intérêt à court et moyen terme (un mois et six mois) d'une prise en charge spécifique et précoce en matière d'allaitement par des médecins préalablement formés à l'allaitement maternel.

L'originalité de l'étude est double :

- Les interventions de promotion de l'allaitement maternel sont peu développées en France et sont essentiellement ciblées sur les pratiques professionnelles en milieu hospitalier. Il nous paraît très intéressant d'étendre ce genre d'études à la médecine libérale et à la P.M.I.
- Cette étude permet de plus de sensibiliser les médecins de la région chambérienne aux problèmes d'allaitement. Rappelons que l'allaitement maternel est une des priorités de l'OMS et que la France est un des pays où le taux d'allaitement est le plus faible.

6 POPULATION ET METHODE

6.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude randomisée, prospective, ouverte, contrôlée, comparant un groupe de mères bénéficiant d'une consultation systématique à 15 jours du post-partum à une prise en charge conventionnelle en matière d'allaitement maternel.

6.2 Lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée au centre hospitalier de Chambéry, la maternité est un centre de niveau 3 et réalise environ 2 000 accouchements par an.

6.3 Durée de l'étude

L'inclusion a eu lieu du 01/10/2001 au 31/05/2002, soit sur une durée de sept mois.

6.4 Les participantes

6.4.1 Les critères d'éligibilité

Etaient éligibles les patientes, âgées de plus de 18 ans, résidant dans l'unité urbaine de Chambéry, accouchant à terme à la maternité de Chambéry et souhaitant allaiter leur enfant. Etaient considérés comme à terme les enfants naissant après la trente septième semaine d'aménorrhée.

Tableau 6-I : Critères d'éligibilité.

Patientes	âgées de plus de 18 ans résidant dans le bassin chambérien (liste des communes, annexe 3) pouvant bénéficier d'une consultation médicale dans les quinze jours du post-partum pouvant faire l'objet d'un suivi régulier pendant six mois ayant signé le formulaire de consentement éclairé de l'essai
Maternité	Accouchement d'un bébé né à un terme supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée allaitement maternel initié à la maternité

6.4.2 Critères d'inéligibilité

Le tableau suivant résume les critères d'inéligibilité (annexe 7).

Tableau 6-II : Critères d'inéligibilité.

Patientes	âge inférieur à 18 ans éloignement géographique du lieu de résidence (hors du bassin chambérien) difficultés de compréhension de la langue française instabilité psychosociale ne permettant pas un suivi prolongé refus de participation à l'essai
Maternité	Absence d'allaitement maternel initié en maternité enfant prématuré de terme inférieur à 37 semaines d'aménorrhée enfant décédé enfant transféré en néonatalogie

6.4.3 Lieu d'inclusion

Le recrutement des patientes a été réalisé à la maternité de l'hôpital de Chambéry par le pédiatre hospitalier. (Procédure d'inclusion en annexe 4)

6.5 Randomisation

- Le tirage au sort a été effectué par le pédiatre hospitalier, pour chaque patiente, dès que les critères d'éligibilité étaient vérifiés et au plus tard lors de la consultation de sortie du nouveau-né. Au préalable, les consentements ont été recueillis (annexe 5 et 6) et la description des modalités a été faite aux patientes.
- La randomisation était pré-établie, stratifiée sur l'âge maternel (inférieur à 30 ans et supérieur ou égal à 30 ans) et équilibrée par blocs de 8. Le groupe d'allocation de chaque mère était connu au terme du bilan initial réalisé par le pédiatre hospitalier au moyen d'un jeu d'enveloppes cachetées et numérotées consécutivement.

6.6 Description de l'intervention

A l'issue du tirage au sort, les patientes étaient affectées dans le groupe de prise en charge « consultation » ou « témoin ».

6.6.1 Le groupe « consultation »

- Les patientes du groupe « Consultation » étaient invitées à consulter de manière systématique au 15^{ème} jour du post-partum (\pm 2 jours) un praticien référent généraliste ou pédiatre d'une liste constituée préalablement à l'étude. Cette consultation avait pour but d'évaluer les conduites d'allaitement, ainsi que les difficultés de démarrage et la croissance du nouveau-né. Les médecins avaient pour mission d'aider les femmes à réaliser leur projet d'allaitement.
- Le groupe de praticiens référents a été constitué de la façon suivante : la totalité des praticiens libéraux généralistes et pédiatres de l'agglomération chambérienne, ainsi que les pédiatres de P.M.I, ont été informés, par courrier, de la réalisation et des objectifs de l'étude et ont été invités à y participer. Deux séances de formation ont été organisées le 14 juin 2001 et le 13 septembre 2001. Le contenu des séances a été standardisé (Annexe 2) et a été relayé par la distribution d'un matériel pédagogique : grille de consultation-type en matière

d'allaitement, rappel des conduites à tenir devant les problèmes les plus fréquents (crevasses, engorgement, prise de poids insuffisante...).

- En pratique, une liste des médecins volontaires pour participer à l'étude a été établie à l'issue de la deuxième réunion et distribuée aux femmes à la sortie de la maternité. La consultation dite du « 15^{ème} jour » devait avoir lieu auprès d'un des médecins de cette liste, au libre choix de la patiente. La consultation donnait lieu à l'établissement d'une feuille de soins et était prise en charge en totalité par le Régime Général de l'Assurance Maladie en accord avec le médecin conseil chef de service de l'échelon local du service médical.

6.6.2 Le groupe « témoin »

Les patientes du groupe « témoin » bénéficiaient d'une prise en charge conventionnelle laissée au libre choix des femmes.

6.7 Critères de jugement

6.7.1 Critères de jugement principal

Le critère de jugement principal est la proportion de mères réalisant un allaitement maternel exclusif à un mois. L'allaitement maternel exclusif était défini par l'alimentation du nouveau-né au sein à l'exclusion du don de tout biberon depuis le retour à domicile (le don de compléments lors du séjour en maternité n'a pas été considéré, s'agissant d'une pratique fréquente).

6.7.2 Critères de jugement secondaires

- la proportion de mères réalisant un allaitement maternel à un mois ;
- la proportion de mères rapportant des difficultés d'allaitement au cours du premier mois du post-partum ;
- la satisfaction maternelle vis-à-vis de l'expérience d'allaitement évaluée à l'aide d'une échelle ordinale à quatre modalités allant de « tout à fait satisfait » à « pas du tout satisfait ».

- observance et appréciation de l'utilité de la consultation spécialisée par les mères du groupe intervention.

6.8 Calcul de la taille de l'échantillon

En France, la prévalence de l'allaitement maternel exclusif estimée à un mois parmi les mères qui ont initié un allaitement est proche de 70% [34]. Afin de mettre en évidence une augmentation relative de 25 % de ce taux, le nombre de sujets nécessaires dans chaque groupe est de 102, avec un risque de première espèce de 5% en situation bilatérale et une puissance de 80%.

Chaque groupe sera donc constitué de 115 couples mère-enfant, en faisant l'hypothèse d'une proportion de mères sorties de l'essai à un mois proche de 10% de l'effectif initial.

6.9 Le recueil des données

Le recueil des données s'est fait en quatre temps :

- A la maternité : immédiatement après la randomisation, le pédiatre investigateur a colligé le groupe d'allocation, l'identité et les caractéristiques socio-démographiques et médicales de la patiente sur un questionnaire (annexe 8)
- Lors de la consultation chez le praticien référent : le praticien référent était chargé de remplir à la fin de la consultation une fiche de consultation résumant les problèmes rencontrés et les solutions apportées (annexe 9). Cette fiche était retournée aux promoteurs de l'étude.
- Enquête postale à un mois : un auto-questionnaire postal était adressé à domicile à un mois aux mères des deux groupes d'allocation. (annexe 10). Le questionnaire était accompagné d'une lettre rappelant les objectifs de l'étude et d'une enveloppe pré-affranchie et libellée à l'adresse du promoteur de l'étude. Une relance conditionnelle des non répondantes a été réalisée par voie postale deux semaines après l'envoi initial.

- Enquête postale à six mois : un deuxième auto-questionnaire postal était adressé à six mois à domicile aux mères des deux groupes d'allocation selon la même procédure (annexe 11). Les mères ayant stoppé l'allaitement lors du premier mois n'étaient pas sollicitées pour ce deuxième questionnaire.

6.10 Analyse des résultats

La saisie informatique des données a été effectuée en double saisie par le Département Informatique Médical. (Laboratoire GPSP, Faculté de Médecine de Grenoble).

6.10.1 Analyse en intention de traiter

Aucune exclusion n'a été réalisée après tirage au sort. L'analyse a été réalisée en intention de traiter : les sujets inclus à tort et les sujets n'observant pas le protocole ont été pris en compte, lors de l'analyse, dans leur groupe d'allocation initial.

6.10.2 Vérification de la comparabilité des groupes

La distribution des caractéristiques socio-démographiques des patientes et des facteurs associés à la durée d'allaitement identifiés dans la littérature a été comparée entre les deux groupes.

6.10.3 Analyse univariée

La comparaison des distributions des modalités de variables qualitatives a été testée par le test du Chi 2, corrigé par la formule de Yates lorsque les effectifs attendus étaient compris entre 3 et 5 ou remplacé par la méthode exacte de Fisher pour les effectifs attendus inférieurs à 3 [88].

La comparaison des distributions des variables continues a été testée par analyse de variance (Anova).

6.10.4 Analyse multivariée

Une analyse multivariée a été réalisée à l'aide d'un modèle de régression logistique pour estimer l'odds ratio de poursuite de l'allaitement exclusif à un mois dans le

groupe consultation comparativement au groupe témoin, après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels. L'âge maternel, utilisé comme variable de stratification lors de l'inclusion dans l'essai, a été systématiquement introduite dans les modèles. Les covariables explicatives polytomiques ont été introduites dans le modèle au moyen de variables indicatrices. Les modèles ont été développés en utilisant une procédure de sélection automatique des variables pas à pas ascendante, avec un seuil d'entrée de 0,20 et un seuil de sortie de 0,25. Les termes d'interaction de 1^{er} ordre ont également été testés pour juger de l'existence d'éventuelles variations de l'effet du groupe d'allocation en fonction des covariables présentes dans le modèle d'effet principal. Les observations incomplètes (comportant une ou plusieurs variables non renseignées introduites dans le modèle) ont été exclues de l'analyse multivariée. L'adéquation du modèle aux données a été jugée au moyen de la statistique d'Hosmer-Lemeshow.

6.10.5 Analyse de sensibilité des résultats

Pour juger de la robustesse des résultats, l'analyse du critère de jugement principal a également été conduite sous l'hypothèse du biais maximum, en considérant que les mères perdues de vue du groupe témoin poursuivaient un allaitement exclusif à un mois et que les mères perdues de vue du groupe consultation avaient interrompu l'allaitement exclusif.

Une analyse per-protocole a également été réalisée, en ne considérant que les femmes qui ont respecté le protocole initial.

6.10.6 Estimation de la durée d'allaitement

La date de point de l'étude est planifiée le 31/12/02. La durée d'allaitement total (mixte+exclusif) est fournie à titre indicatif, à la date du 31/08/02. La date des dernières nouvelles était la date de sevrage, ou en cas de poursuite de l'allaitement, la date de retour du questionnaire du 6^{ème} mois (ou la date de retour du questionnaire du 1^{er} mois si le recul était inférieur à six mois). La durée d'allaitement a été assimilée à une donnée de survie avec censures. Les courbes de survie ont été établies selon la méthode de Kaplan-Meier. Aucun test de comparaison n'a été réalisé, étant donnée la forte proportion d'observations censurées à un mois, dans les deux groupes.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Stata 6.0 (Stata corporation, College Station, TX). Le seuil de signification retenu était de 5%, en situation bilatérale.

6.11 Autorisations et financement

6.11.1 Considérations éthiques

6.11.1.1 Comité de coordination

Un comité de coordination a été créé, il était composé de deux pédiatres hospitalières (Dr Berchotteau M. et Dr Bouchon N.), d'une pédiatre libérale (Dr Gelbert N.), d'une omnipraticienne libérale, consultante en lactation (Dr Schelstraete C.) et d'un médecin de Santé Publique (Dr Labarère J.).

Le rôle de ce comité a été de veiller au bon déroulement de l'essai et, s'il avait été nécessaire, de modifier le protocole de l'étude par amendements.

6.11.1.2 Comité Consultatif de Protection des Personnes qui se prêtent à des Recherches Biomédicales (C.C.P.P.R.B.)

Le protocole de l'étude et ses pièces annexes (questionnaires de recueil de données, formulaire d'information du patient, formulaire de consentement éclairé) ont été soumis pour avis au C.C.P.P.R.B. de Grenoble.

Celui-ci a rendu un avis favorable le 08 août 2001 (annexe 12).

6.11.1.3 Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

Le fichier informatique (données médicales) a fait l'objet d'une déclaration à la C.N.I.L. après avis du comité consultatif. Ce fichier était strictement anonyme : il ne comportait ni le nom, ni le prénom, ni la date de naissance (simplement l'âge), ni la domiciliation des patientes. La liaison avec les fiches de renseignement a été réalisée par un numéro d'identification attribué au moment du tirage au sort. Le recueil des données étant réalisé à trois dates différentes (inclusion, questionnaire postal à 1 mois et à 6 mois), les bordereaux étaient nominatifs dans un premier

temps (bandeau détachable). Au terme de l'enquête, le médecin investigateur a assuré la mise en commun des trois bordereaux sur lesquels il a retranscrit le numéro d'inclusion. Après vérification de la cohérence des fiches et éventuel complément d'informations, les bandeaux nominatifs seront détachés et détruits un mois après la date de point de l'étude.

La C.N.I.L a rendu un avis favorable le 31 janvier 2002 (Annexe 13).

6.11.1.4 Conseil de l'Ordre

Le protocole a été soumis à l'approbation du Conseil de l'Ordre de Savoie qui a donné son accord écrit le 12 avril 2001 (Annexe 14).

6.11.2 Financement de l'étude

6.11.2.1 Assurance

Une assurance a été souscrite par le Centre hospitalier de Chambéry, promoteur de l'étude. Cette assurance (la S.H.A.M.) a permis de couvrir la responsabilité civile de l'investigateur et de ses collaborateurs travaillant dans le cadre de l'étude (annexe 15).

6.11.2.2 Soutien financier

L'étude a bénéficié du soutien financier de l'U.P.M.L (Union Professionnelle des Médecins Libéraux) de Rhône Alpes à hauteur de 1524 euros (10 000 francs).

7 RESULTATS DE L'ETUDE

7.1 Population de l'étude

Sur la période d'inclusion 1080 accouchements ont eu lieu, 849 femmes n'étaient pas éligibles, 410 d'entre elles résidaient hors bassin chambérien, 108 nouveau-nés avaient un âge gestationnel inférieur à 37 semaines d'aménorrhée, et enfin 166 n'ont pas initié d'allaitement maternel en maternité (Figure 7-1).

A noter que 65 femmes éligibles ont refusé de participer, et 79 femmes n'ont pu être sollicité en particulier dans les périodes de grande affluence.

7.2 Caractéristiques de l'étude

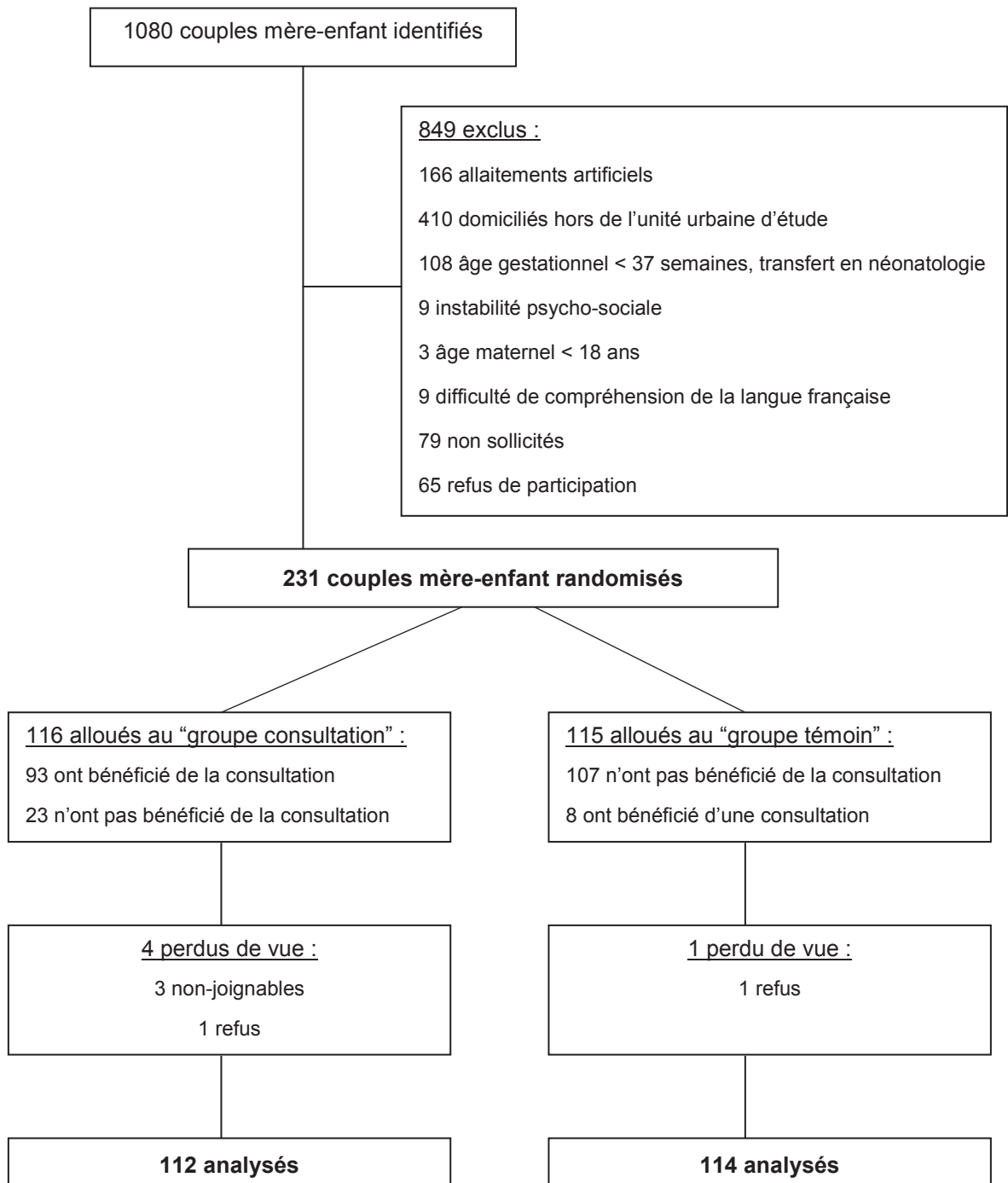
Cent quinze femmes ont été attribuées au groupe témoin, 116 au groupe consultation.

Huit patientes du groupe témoin ont tout de même bénéficié d'une consultation de soutien à l'allaitement auprès d'un médecin de leur choix ; tandis que 23 patientes du groupe consultation n'ont pas fait la démarche d'aller à la consultation ce qui représente 20 % de femmes incluses à tort.

Malgré la procédure de relance systématique des sujets ne répondant pas aux enquêtes postales, 4 patientes ont été perdues de vue dans le groupe consultation, 1 dans le groupe témoin.

L'analyse a porté au total sur 112 patientes du groupe consultation, 114 du groupe témoin.

Figure 7-1 : Schéma de l'étude.



7.3 Caractéristiques des échantillons de l'étude

Analysons la comparabilité des groupes à l'inclusion :

7.3.1 Caractéristiques socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques des mères étaient comparables à l'inclusion entre les deux groupes (Tableau 7-I). Les mères étaient âgées en moyenne de 29 ans. Les trois quarts d'entre elles avaient un niveau d'étude supérieur et exerçaient une profession dans le secteur tertiaire. Dix-huit mères (8%) prenaient un traitement au long cours. Il s'agissait d'anticoagulants dans quatre cas, d'anti-asthmatiques dans deux cas, d'un traitement hormonal thyroïdien dans trois cas, d'anti-épileptiques dans deux cas, de fer dans deux cas et d'une autre thérapeutique dans trois cas.

7.3.2 Caractéristiques obstétricales

Les caractéristiques obstétricales et les conditions périnatales des couples mère enfant à l'inclusion étaient comparables dans les deux groupes (Tableau 7-II). Cent dix neuf mères (53%) étaient primipares et 106 (47%) multipares. Quatre vingt dix sept des 106 femmes multipares (91%) avaient allaité lors d'une naissance antérieure. Soixante cinq pour cent d'entre elles (63/97) avaient vécu cette expérience plutôt ou très favorablement. Elles étaient 78,6% à avoir décidé d'allaiter leur enfant avant la mise en route de leur grossesse et souhaitaient en moyenne allaiter cinq mois. Malgré les bonnes pratiques recommandées lors de l'initiation de l'allaitement en maternité, seuls 55% des nouveau-nés sont mis au sein dans l'heure qui suit leur naissance ; un complément de lait artificiel est administré dans 46% des cas et 26% des nouveau-nés ont déjà la tétine. Les difficultés sont présentes dès la maternité : crevasses (18%), engorgement (5,75%), troubles de la succion (9,3%).

Tableau 7-1 : Caractéristiques socio-démographiques des couples mères-enfants à l'inclusion. (les valeurs sont des proportions sauf mention contraire.)

Caractéristiques maternelles	Groupe Consultation n = 112	Groupe témoin n = 114
Age (m [ecart-type]), an	29,4 [4,1]	29,6 [4,7]
< 25	12,5	14,9
25 – 29	37,5	36,8
30 - 34	37,5	35,1
≥ 35	12,5	13,2
Cols blancs ¹	79,5	75,4
Cols bleus	16,2	8,8
Sans profession	14,3	15,8
Niveau d'étude supérieur	75,9	72,8
Foyer monoparental	1,8	2,6

¹ « cols blancs » : cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés (Nomenclature des catégories socio-professionnelles de l'INSEE)

Tableau 7-II : Caractéristiques obstétricales et périnatales des couples mères-enfant à l'inclusion. (Les valeurs sont des proportions sauf mention contraire.)

Caractéristiques obstétricales	Groupe consultation n = 112	Groupe témoin n = 114
Primipare	50,0	55,3
Préparation à la naissance	74,1	76,3
Tabagisme actif pendant la grossesse	12,5	13,2
Traitement au long cours	7,1	8,8
Césarienne	8,9	8,8
Anesthésie épidurale	59,8	63,2
Age gestationnel (m [écart-type]), semaine	39,6 [1,3]	39,8 [1,2]
37-38	22,3	18,4
39-40	54,5	55,3
≥ 41	23,2	26,3
Sexe masculin	51,8	53,5
Poids (m [écart-type]), g	3316 [437]	3323 [398]
< 2500	3,6	4,4
2500-2999	15,2	13,2
3000-3499	44,6	48,3
3500-3999	30,4	30,7
≥ 4000	6,2	3,5
Conditions périnatales (en maternité)		
Score d'apgar = 10 à 10 minutes	100	100
Décision d'allaiter avant la grossesse	80,4	76,3
Durée d'allaitement prévue m [écart-type], mois	4,6 [2,6]	5,1 [3,4]
Délai de mise au sein < 1 h	42,9	46,5
Séparation mère-enfant > 4 h	21,4	29,8
Dons de compléments	44,6	46,5
Tétine	28,6	23,0
Engorgement	7,1	4,4
Douleur du mamelon	18,7	12,3
Crevasses	18,7	17,5
Difficultés de succion	7,1	11,4
Durée de séjour (m [écart-type]), jour	5,6 [1,0]	5,6 [1,0]

7.4 Déroulement de la consultation spécialisée

Quatre vingt trois bordereaux de consultation spécialisée ont été retournés par 13 praticiens différents (étendue : 1 à 26 consultations par praticien). Trois bordereaux supplémentaires ont été retournés par des praticiens qui ne se sont pas identifiés. Il faut noter que sept consultations spécialisées n'ont pas été suivies par l'établissement d'un bordereau. Un bordereau supplémentaire concernant une mère du groupe témoin a été exclu. L'analyse a donc porté sur 86 bordereaux de consultation (Tableau 7-III). La consultation a été réalisée au 11^{ème} jour du post-partum, alors que la durée moyenne du séjour à la maternité est de 5.5 jours. Le délai dans lequel elles ont consulté a donc été très précoce.

Les difficultés d'allaitement relevées par les médecins sont les mêmes qu'à la maternité. Les réponses amenées par les médecins ont surtout porté sur la modification des pratiques d'allaitement et l'information sur l'existence d'un groupe de soutien de mères.

Quatre vingt-cinq pour cent des mères du groupe consultation qui ont effectivement bénéficié d'une consultation spécialisée ont jugé celle-ci plutôt ou très utile.

Tableau 7-III : Caractéristiques des consultations spécialisées en allaitement (n=86).

Caractéristiques de la consultation	Effectif (%)	
Délai de consultation (m [écart-type])	10,6	[4,3]
Difficultés d'allaitement		
Crevasses	14	(16,3)
Engorgement	5	(5,8)
Problèmes de succion	6	(7,0)
Douleurs du mamelon	20	(23,3)
Mastite	1	(1,2)
Difficultés psychologiques	5	(5,8)
Autres difficultés	9	(10,5)
Pathologies du nouveau-né		
Ictère	15	(17,4)
Etat infectieux	1	(1,2)
Troubles du tonus	1	(1,2)
Autre pathologie ¹	5	(5,8)
Attitude thérapeutique proposée		
Prescription d'un tire-lait	5	(5,8)
Modification des pratiques	24	(27,9)
Examens complémentaires	0	-
Consultation de suivi	8	(9,3)
Prescription médicamenteuse	10	(11,6)
Information sur groupe de soutien	15	(17,4)
autre	8	(9,3)

¹ items non exclusifs : muguet buccal (n = 3), coliques (n = 1), prise de poids insuffisante (n = 1), sécheresse cutanée (n = 1).

7.5 Prévalence de l'allaitement exclusif à un mois

A un mois, 93 mères dans le groupe consultation (83%) ont déclaré avoir allaité de manière exclusive depuis le retour à domicile comparativement à 82 mères du groupe témoin (72%) (p = 0,05). (Figure 7-2).

En analyse multivariée, l'association entre le groupe d'allocation et la poursuite d'un allaitement exclusif jusqu'au terme du premier mois du post-partum persistait après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels (odds ratio ajusté = 2,34, intervalle de confiance à 95%, 1,11 à 4,99). Quatre observations étant incomplètes, le modèle de régression logistique a été développé sur 222 des 226 observations de l'étude. (Tableau 7-IV). Aucune interaction de premier ordre n'était significativement associée à la poursuite de l'allaitement exclusif. Tous les items non présentés dans le tableau (tabac, catégories socio-professionnelles, parité...) n'étaient pas associés à une poursuite de l'allaitement avec un risque significatif ($p > 0.25$).

En analyse sous l'hypothèse du biais maximum concernant le statut des perdus de vue, la proportion de mères allaitant de manière exclusive était estimée à 80% (93/116) dans le groupe consultation versus 72% (83/115) dans le groupe témoin ($p = 0,15$).

Par contre, en analyse per protocole, c'est à dire en excluant les 23 mères du groupe intervention qui ne se sont pas rendues à la consultation et les 8 du groupe témoin qui sont quand même allées consulter, on observe un lien statistique fort : le taux d'allaitement exclusif à un mois est de 85% (78/92) dans le groupe intervention versus 71% (75/106) dans le groupe témoin ($p = 0.02$). Cette analyse est donnée à titre indicatif.

Figure 7-2 : Proportion de mères qui allaitent leur enfant un mois après leur naissance.

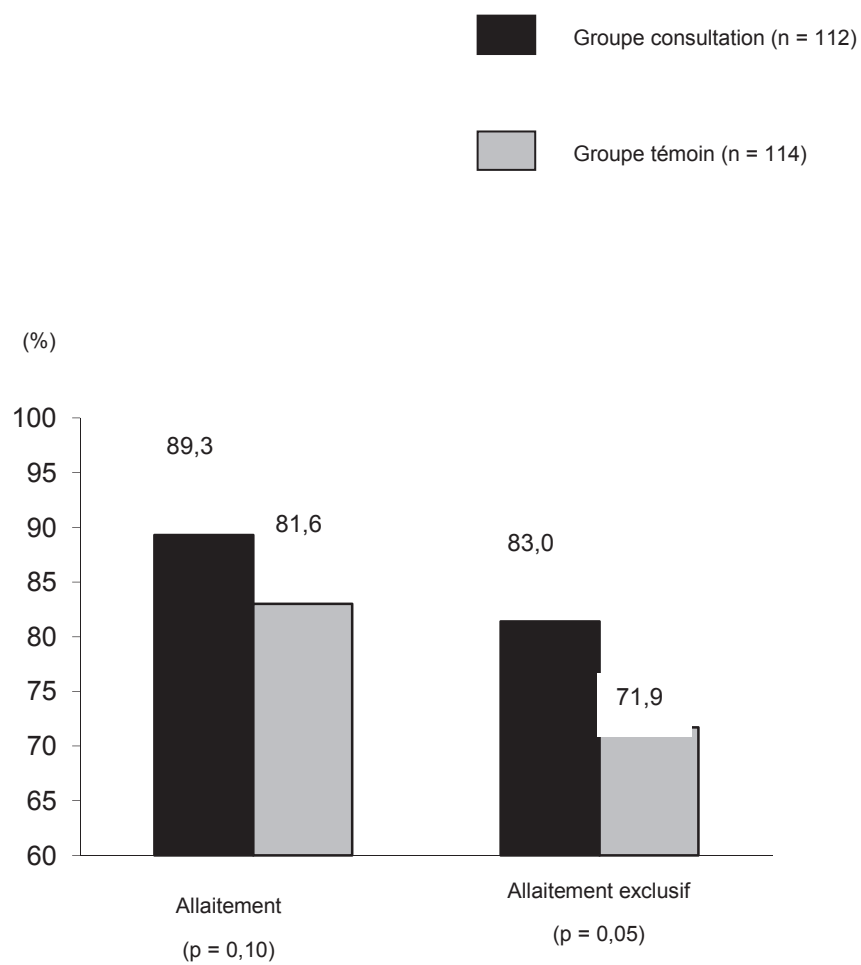


Tableau 7-IV : Effet de la consultation sur la poursuite de l'allaitement à un mois après ajustement sur les facteurs de confusion en analyse multivariée (n = 222).

Caractéristiques	Effectif	Odds ratio ajusté	p
		(IC_{95%})[*]	
Groupe consultation	112	2,34	(1,10-4,99) 0,03
Age maternel ≥ 30 ans [†]	111	1,60	(0,76-3,38) 0,22
Age gestationnel, semaine			
37-38	46	0,62	(0,25-1,54) 0,30
39-40	124	1,00	- -
≥ 41	56	4,09	(1,43-11,74) 0,01
Anesthésie épidurale	139	0,27	(0,11-0,64) <0,01
Don de compléments en maternité	103	0,51	(0,24-1,07) 0,07
Crevasses en maternité	41	0,46	(0,18-1,15) 0,10
Traitement au long cours	18	0,18	(0,05-0,66) 0,01
Durée souhaitée d'allaitement, mois			
0-2	26	0,40	(0,13-1,22) 0,11
2-4	100	1,00	- -
4-6	68	1,11	(0,47-2,58) 0,81
≥ 6	28	5,49	(1,08-27,82) 0,04

* intervalle de confiance à 95%

† variable de stratification à l'inclusion

7.6 Critères de jugement secondaires

- A un mois, 100 mères dans le groupe consultation (89%) ont déclaré poursuivre l'allaitement comparativement à 93 mères du groupe témoin (82%) ($p = 0,10$) (Figure 7-2). Les motifs de sevrage évoqués étaient des difficultés d'allaitement (9 dans le groupe consultation versus 16 dans le groupe témoin), une pathologie de l'enfant (0 versus 1), une pathologie maternelle (2 versus 3), l'anticipation du retour au travail (1 versus 1), et d'autres raisons (3 versus 10) (les motifs de sevrages n'étaient pas exclusifs).
- Respectivement, 103 mères du groupe consultation et 111 mères du groupe témoin ont renseigné l'item de satisfaction vis-à-vis de l'expérience d'allaitement à un mois. Quatre vingt-seize pour cent des mères du groupe consultation (99/103) ont déclaré être plutôt ou très satisfaites de leur expérience versus 93% de celles du groupe témoin (103/111) ($p = 0,32$).
- Quarante trois mères du groupe consultation (38%) n'ont déclaré aucune difficulté d'allaitement au cours du premier mois comparativement à 24 mères (21%) du groupe témoin ($p < 0,01$).
- L'observance de la consultation dans le groupe intervention a été bonne puisque 93 mères sur 116 (80%) se sont effectivement rendues à la consultation. Les mères l'ont jugée à 85 % utile.

Les difficultés rencontrées au cours du premier mois du post-partum sont détaillées dans la figure 7-3. Les problèmes sont fréquents, cependant aucune différence significative n'est rapportée entre les deux groupes à propos de la fréquence de survenue des crevasses et des engorgements, existant le plus souvent dès la maternité. Seule la fréquence de survenue des refus de sein est moins importante dans le groupe consultation. (2,7% groupe consultation versus 9,6% groupe témoin, $p=0.03$).

Dans la figure 7-4, sont reportées les différentes structures auxquelles les femmes ont fait appel au cours du premier mois pour les aider dans leur allaitement. On remarque que les patientes du groupe témoin ont fait plus souvent appel aux sages-femmes (19,3% versus 9%, $p=0.02$) et aux conseils de leur famille (27% versus 18%, $p=0.09$).

Figure 7-3: Difficultés rencontrées au cours du premier mois du post-partum (modalités non exclusives)

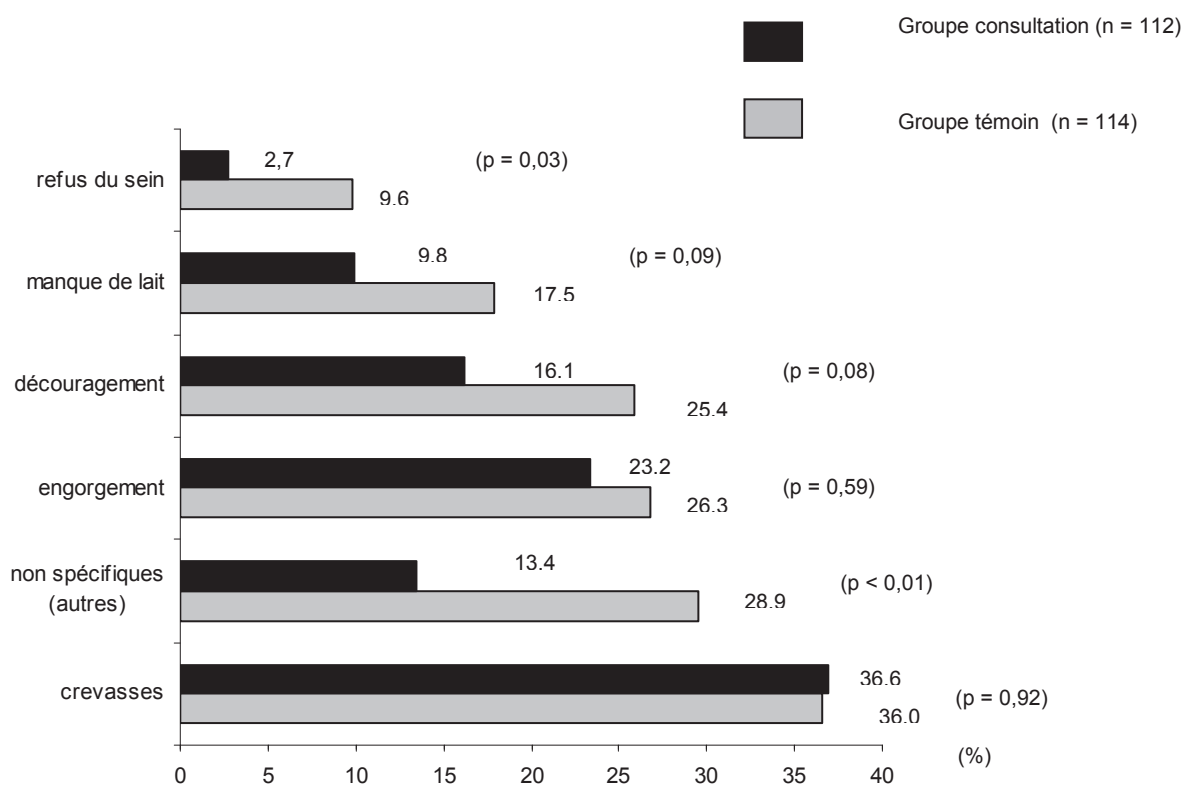
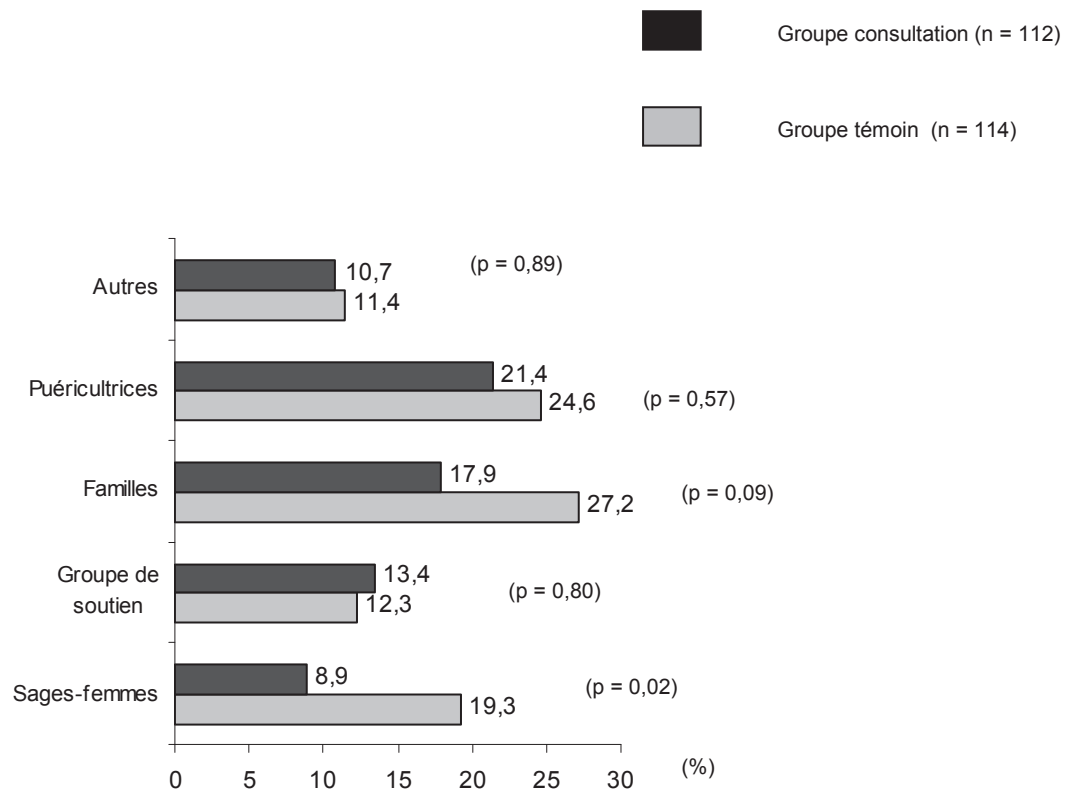


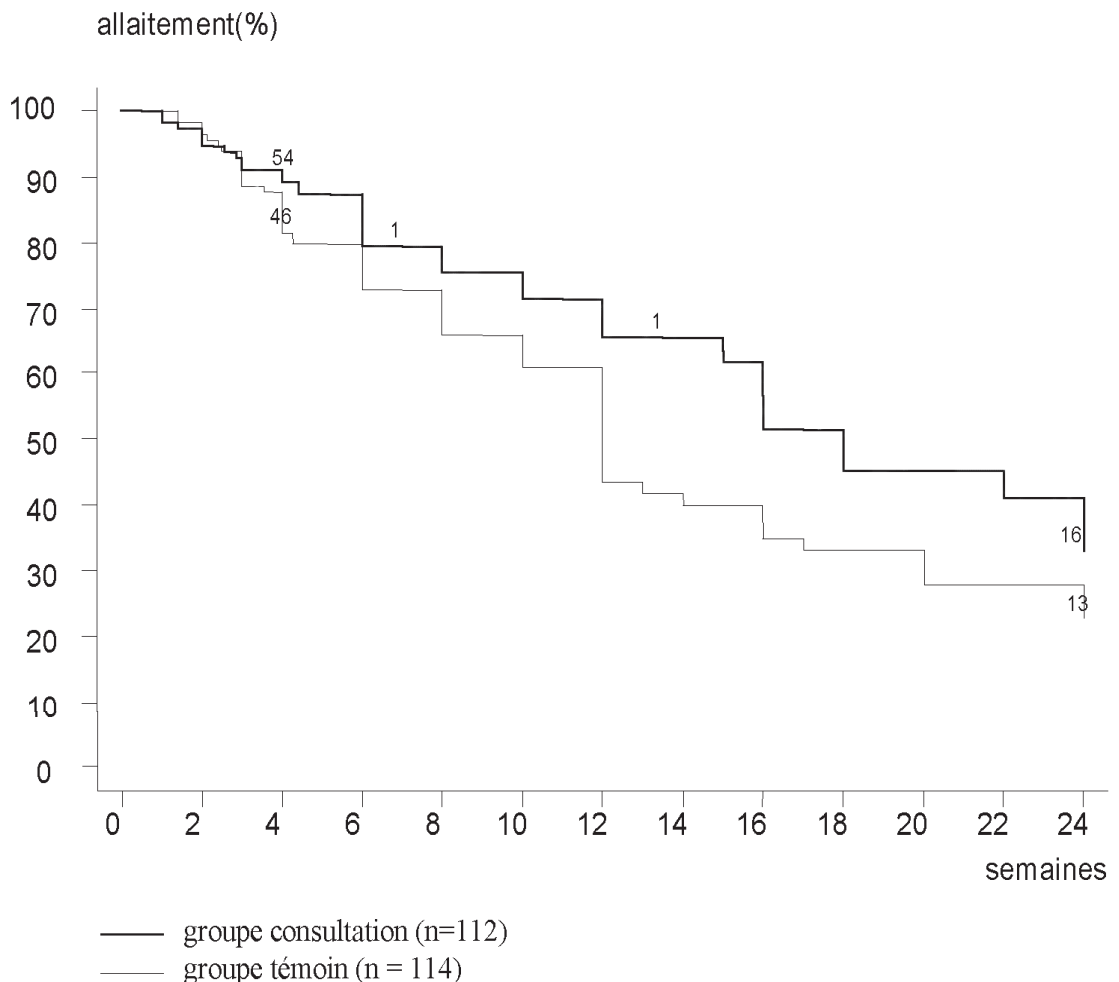
Figure 7-4 : Recours aux différentes structures de soin au cours du premier mois.(modalités non exclusives).



7.7 Estimation de la durée totale d'allaitement (mixte+exclusif)

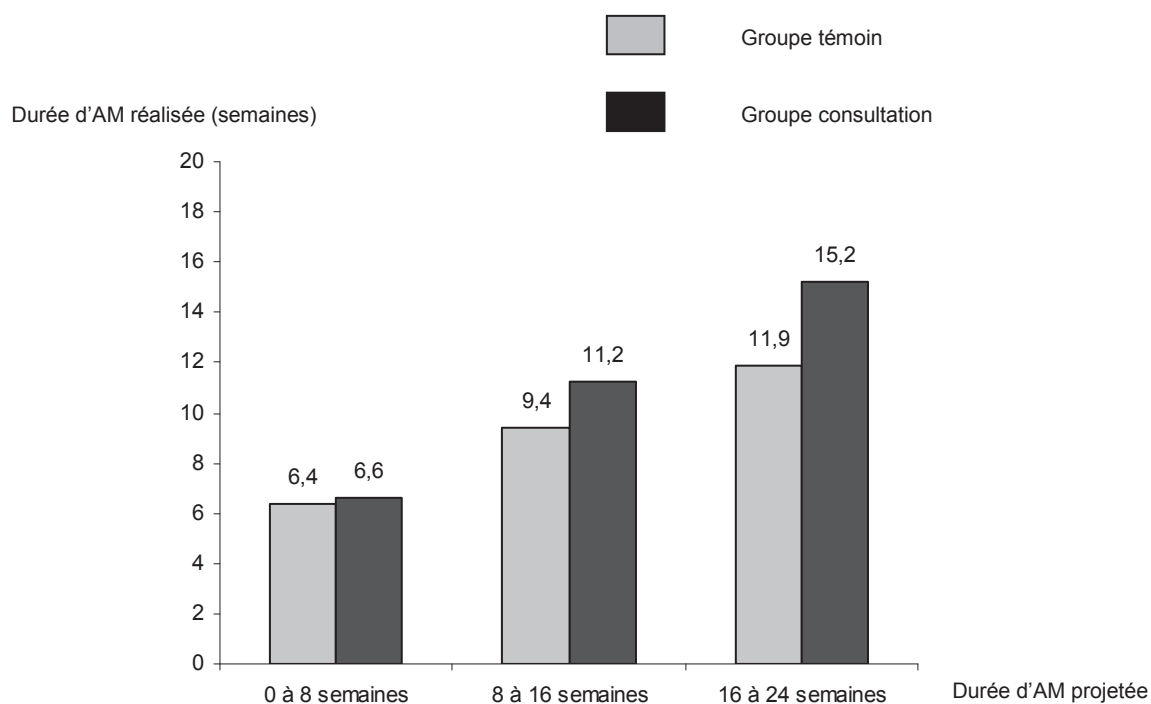
Respectivement, 46 et 54 observations étaient censurées à 4 semaines dans le groupe témoin et dans le groupe consultation, le 31/08/02. A cette date, la durée médiane d'allaitement était estimée à 12 semaines dans le groupe témoin et 18 semaines dans le groupe consultation (figure 4). Respectivement, 25 mères (22%) du groupe témoin et 30 mères (27%) du groupe consultation avaient repris une activité professionnelle à la date des dernières nouvelles ($p = 0,39$). Le délai moyen de reprise du travail (14 semaines) ne différait pas significativement entre les deux groupes ($p = 0,92$).

Figure 7-5 : Durée totale d'allaitement (mixte + exclusif). Les valeurs indiquent les effectifs d'observations censurées à chaque date.



Sur les données disponibles à six mois, il est intéressant de comparer la durée d'allaitement effectivement réalisée par les femmes avec la durée projetée, donnée recueillie à la maternité lors de l'inclusion. Sur ces données indicatives résumées dans la figure suivante (figure 7-6), le groupe intervention semble avoir réalisé son projet mieux que le groupe témoin. L'analyse à venir des cent questionnaires manquants nous confirmera ou non ces tendances.

Figure 7-6 : Comparaison entre la durée d'allaitement projeté et effectivement réalisée.



8 DISCUSSION

8.1 Efficacité de l'étude

Cette étude de soutien post-natal à l'allaitement réalisée par des pédiatres et généralistes libéraux et de P.M.I. a permis d'augmenter de façon statistiquement significative le taux d'allaitement maternel exclusif à un mois (83% avec soutien versus 72% groupe témoin, $p=0.05$). En dépit du caractère ouvert de cette étude, la comparabilité des groupes à l'inclusion est en faveur d'une relation de causalité entre la consultation systématique et l'accroissement de la fréquence de l'allaitement exclusif. Ce bénéfice persiste en analyse multivariée après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels. Rappelons que dans la littérature, la méta-analyse de Cochrane [61] rapportait l'efficacité de toute expérience de soutien sur l'allongement de la durée d'allaitement maternel et plus particulièrement sur l'allaitement maternel exclusif. De plus ce soutien était plus efficace si l'aide était personnalisée et réalisée par des professionnels de santé, en post-natal. Notre étude confirme ces données.

De plus, la consultation a permis de diminuer la proportion de mères rapportant des problèmes en post-partum immédiat (62% avec soutien versus 80 % groupe témoin, $p<0.01$) ; elle a été considérée comme utile par 85% des mères. L'observance a été bonne : 80% des mères se sont rendues à la consultation dans un délai moyen de 11 jours soit à 4.5 jours de la sortie de la maternité, illustrant un besoin précoce de soutien. A un mois, 96% des mères du groupe consultation ont déclaré être plutôt ou très satisfaites de leur expérience versus 93 % de celles du groupe témoin. Difficile d'interpréter ces chiffres, car paradoxalement, c'est dans le premier mois que les problèmes sont les plus nombreux et pourtant les femmes se déclarent satisfaites.

L'analyse descriptive de la durée totale d'allaitement estimée sur un échantillon de 58 femmes dans le groupe consultation et 68 femmes dans le groupe témoin montre l'efficacité de notre intervention. Dès trois semaines de post-partum, les courbes de survie des durées d'allaitement des deux groupes semblent se différencier à la faveur du groupe consultation, et l'écart semble se maintenir pendant les six mois. La

durée médiane d'allaitement est estimée respectivement à 12 et 18 semaines dans le groupe témoin et consultation. Cette donnée très intéressante sera à confirmer à la date de clôture de l'étude.

Enfin, lorsque l'on considère un critère de jugement plus large comme la prévalence à un mois de post-partum de tout allaitement confondu (mixte+ exclusif), la différence entre les deux groupes s'estompe. Analysons les faiblesses et les forces de notre étude.

8.2 A propos de la population

8.2.1 Prévalence de l'allaitement en Savoie

Une enquête prospective menée entre mars et juin 1999 sur un échantillon de 353 femmes ayant accouché dans les maternités de Chambéry et Aix-les bains souligne que le taux d'allaitement est supérieur à la moyenne nationale. La prévalence de l'allaitement maternel initié en établissement était de 70,8% dont 40% d'allaitement jugé « exclusif ». A un mois, la prévalence atteignait 58,1%. Ce qui est bien supérieur aux 50,1% d'allaitement maternel de moyenne nationale obtenu aux sorties des maternités. Nous sommes donc dans une région plus sensibilisée et probablement plus active en matière d'accompagnement des femmes allaitant. En effet, l'étude de Labarère réalisée en 1999 [43] avait déjà souligné l'importance et le dynamisme de l'association locale de soutien. De plus, les femmes de notre groupe témoin, souvent déçues à l'issue de la randomisation de ne pas bénéficier de la consultation spécialisée étaient très demandeuses d'informations ; les coordonnées du groupe de soutien des femmes allaitant leur étaient souvent remises. Le fréquent recours à l'association locale de soutien et aux sages femmes dans notre groupe témoin a pu minimiser l'écart entre les deux groupes.

8.2.2 Les perdues de vue

Le protocole de suivi des patientes a été relativement peu contraignant, se limitant à deux enquêtes postales évaluant les conduites d'allaitement. La procédure de relance systématique des sujets n'ayant pas répondu aux enquêtes postales a

minimisé ce biais. Le biais d'attrition est relativement faible, cinq couples mère-enfant ont été perdus de vue soit quatre dans le groupe consultation et un dans le groupe témoin, pour un pourcentage global de 2.1%, ce qui est minime.

8.2.3 Représentativité de la population

Notre population étudiée n'est pas représentative de la population générale et les données obtenues peuvent être difficilement généralisables.

- En effet 22% des femmes potentiellement éligibles ont refusé de participer. Les motifs de refus n'ont pu être recueillis avec précision, cependant les femmes nous citaient souvent : une expérience d'allaitement réussi, un environnement familial de bon conseil fréquemment rapporté par les femmes d'origine nord africaine ou encore un niveau socioculturel très faible rendant la participation à notre étude difficile.
- De plus 79 femmes sur notre période d'inclusion n'ont pu être contactées.
- Pour des raisons pratiques nous n'avons inclus que des femmes résidant dans le bassin chambérien. En effet les médecins référents participant à l'étude exerçaient dans cette même zone géographique. Ainsi nous n'avons sélectionné que des patientes de milieu urbain.
- Nos patientes ont été sélectionnées sur le volontariat, elles étaient donc à priori motivées par l'allaitement maternel, en effet 80% d'entre elles avaient choisi d'allaiter bien avant la mise en route de leur grossesse et la durée d'allaitement projetée recueillie à la maternité était presque de cinq mois.
- De plus, une grande proportion des patientes incluses étaient âgées de plus de 25 ans (86%), avaient un niveau d'étude supérieur (74%) et appartenaient à des catégories socio-professionnelles élevées (77% de « cols blancs »). L'effet d'un accompagnement médical individualisé dans le post-partum précoce sur des patientes plus jeunes, moins éduquées ou de catégories sociales plus basses pourrait être plus bénéfique et nécessiterait d'être évalué de façon rigoureuse. Cependant, l'absence d'interaction significative entre

l'effet de notre intervention et le risque de sevrer, rapportés aux caractéristiques socio-démographiques, en analyse multivariée, ne confirme pas cette hypothèse.

8.2.4 Effet Hawthorne

Dans notre groupe témoin, le taux d'allaitement maternel à un mois est de 72% pour l'allaitement exclusif et de 81,4% pour allaitement total (mixte et exclusif) ; ces taux sont élevés et légèrement supérieurs à ceux attendus. Cela peut correspondre à un effet bénéfique du fait de prendre part à une recherche. En effet, la simple randomisation dans le groupe témoin d'un essai d'intervention de santé en groupes parallèles peut conduire à la modification des pratiques professionnelles et des comportements des patients minimisant ainsi l'écart entre les deux groupes. Ainsi, un changement de comportement a pu se produire chez les mères du seul fait de l'intérêt qui leur a été porté, pendant la période de l'étude, sans que ce changement soit spécifiquement lié aux stratégies de soutien mises en place pendant le temps de l'intervention. Cela est habituellement décrit comme « l'effet Hawthorne ». En illustration, rappelons que 8 patientes des 116 du groupe témoin se sont rendues à une consultation d'allaitement dans le premier mois, traduisant l'émulation pour la réussite de leur allaitement.

8.2.5 Biais de contamination

A la maternité, il est arrivé que l'étude soit proposée à deux femmes de la même chambre. Des patientes des deux groupes ont pu échanger des informations, ce qui a pu minimiser l'écart entre les deux groupes.

8.3 A propos de l'intervention médicale

8.3.1 Analyse de la formation des médecins référents

La consultation médicale dans les quinze jours du post-partum était réalisée par des pédiatres et généralistes volontaires. Les praticiens s'étaient engagés à assister aux deux sessions de sensibilisation dispensées par les promoteurs de l'étude. Nous avons vu dans la première partie que les connaissances en matière d'allaitement des

généralistes et pédiatres étaient insuffisantes. Ces sessions de formation ont permis de refaire le point sur le déroulement d'un allaitement et sur les techniques de base pour accompagner les mères dans leur projet d'allaitement. Cet apport théorique indispensable, accompagné de cas cliniques, n'est peut-être pas seul suffisant pour aider ces femmes dans ce domaine où l'expérience clinique du praticien reste indispensable. En plus des deux séances de formation de base, l'enseignement aurait pu être complété par d'autres sessions de type questions/réponses, jeux de rôle, témoignages de consultants en lactation... Le consultant en lactation est une profession reconnue dans d'autres pays comme au Canada ou en Suisse, il assure des consultations d'allaitement et la formation des professionnels de santé. Par son expérience clinique quotidienne, il apporte un savoir-faire et surtout un « savoir-être » indispensable.

8.3.2 Une consultation unique ?

Notre travail prouve qu'une seule consultation médicale dans le post-partum précoce ciblée sur le soutien à l'allaitement est efficace. Est-ce que multiplier les consultations de soutien permettrait une augmentation plus franche des taux d'allaitement ? Dans la littérature, les études de soutien à l'allaitement en post-natal font surtout appel à des groupes de pairs qui œuvrent à domicile ou par téléphone auprès des femmes pendant de longues périodes. Au Mexique dans l'étude de Morrow [77] trois à six visites sont proposées, au Bangladesh [79], ce sont quinze visites qui sont effectuées à domicile par des volontaires. Ce genre d'étude n'est pas transposable dans notre pays. Notre travail a l'avantage de montrer que des interventions plus réalistes à l'heure actuelle sur le plan économique, se résumant à utiliser l'accessibilité et la qualité de notre réseau informel de soin de ville, peuvent avoir des effets bénéfiques sur le soutien à l'allaitement. En cas de difficulté d'allaitement, il peut paraître intéressant de devoir multiplier les consultations mais ceci nécessiterait d'être évalué dans une autre étude.

En effet, une consultation unique peut être insuffisante pour résoudre l'ensemble des problèmes liés à des techniques d'allaitement mal initiées déjà en maternité ; dès la sortie de la maternité, on recueille 18 % de crevasses, 10 % de trouble de succion et 5.5% d'engorgement. De même, en post-partum précoce, deux femmes sur trois déclarent être confrontées à des difficultés d'allaitement. Ce taux très important illustre bien la nécessité d'organiser un suivi à la sortie des maternités.

Cependant sur l'analyse descriptive réalisée sur les données disponibles à six mois, il n'existe pas d'arguments en faveur de l'épuisement de l'effet de notre intervention. Au fil des mois l'écart semble se creuser entre nos deux groupes ; au contraire, la littérature rapporte une perte d'efficacité de toutes les interventions de soutien à l'allaitement maternel au cours des mois [61].

8.4 A propos du recueil des données

8.4.1 Biais de mémorisation

Les sujets enquêtés ont dû se remémorer à distance des événements importants comme la date de sevrage, la date d'introduction du premier biberon ou les problèmes rencontrés. Ce potentiel biais de mémorisation a justifié l'évaluation des critères de jugement à deux dates (1 mois et 6 mois).

Nous ne possédons pas aussi de critères objectifs réels concernant la durée d'allaitement maternel, en particulier pour la durée d'allaitement exclusif. En effet certaines mères peuvent avoir donné de fausses informations sur leur statut d'allaitement. Aarts et al. insiste sur la difficulté de recueillir des données valables auprès des mères concernant l'exclusivité de leur allaitement ; en effet seul un agenda journalier et précis sur la nature et la fréquence des aliments liquides ou solides apportés en complément permettrait d'obtenir des résultats à peu près fiables sur le taux d'allaitement réellement exclusif, ce qui représente un travail d'investigation énorme [89].

Cependant dans notre étude, le recueil des données a été fait par des auto-questionnaires standardisés. Si les données concernant l'exclusivité de l'allaitement ont été biaisées, elles l'ont été pour les deux groupes n'amenant donc pas de différence significative.

8.4.2 Problème de définitions

Nous avons évoqué dans une première partie la définition stricte de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en matière d'allaitement exclusif.

Deux études récentes insistent sur la nécessité d'adopter les mêmes définitions afin de pouvoir comparer les études entre elles [90] [89]. De façon pratique, les auteurs s'accordent à prendre quelque liberté avec la rigueur des définitions.

Dans notre étude, l'allaitement maternel exclusif était défini par l'alimentation du nouveau-né au sein à l'exclusion du don de tout biberon depuis le retour à domicile. En effet seule entorse à la définition stricte de l'OMS, nous n'avons pas considéré le don de complément à la maternité, pratique réalisée dans 45 % des cas sur laquelle nous n'avons aucune influence, notre étude portant sur le post-partum.

8.5 Conclusion

Plusieurs études françaises ont décrit récemment la situation de l'allaitement maternel dans notre pays ; leur conclusion sont sans appel, la France se situe en dernière position des pays occidentaux. Des efforts pour promouvoir l'allaitement sont nécessaires auprès des mères et des professionnels de santé. Les programmes de formation du personnel hospitalier ont fait leurs preuves en France comme à l'étranger ; notre étude confirme bien par les nombreuses difficultés décrites dès la maternité, l'importance de continuer à former sages-femmes et obstétriciens. Par contre aucun essai communautaire de soutien à l'allaitement faisant intervenir des professionnels de santé de ville n'a été réalisé à notre connaissance. Notre étude a l'avantage de montrer qu'en sensibilisant des pédiatres et généralistes volontaires et en créant une consultation systématique de soutien dans le post-partum précoce par ces professionnels, le taux d'allaitement maternel exclusif à un mois est augmenté, la proportion des mères rapportant des difficultés d'allaitement est diminuée et les femmes sont satisfaites de la consultation.

Notre étude pilote réalisée à petite échelle sur une population qui n'est pas le reflet de la population générale, rapporte des résultats encourageants et soulève aussi de nombreuses questions révélant la nécessité de réaliser d'autres études complémentaires. Envers quelles patientes ce soutien serait-il le plus efficace ? Quelle formation serait la plus adaptée pour les praticiens de ville ? Combien de consultations de soutien faudrait-il prévoir ? Quelle est l'efficience (ratio coût-bénéfice) d'un tel soutien ?

Un changement est possible en France, l'exemple des pays nordiques est la preuve qu'une action à l'origine initiée par un mouvement important de citoyens regroupés

en associations très actives, puis relayée par une volonté politique au plus haut niveau de l'état peut très rapidement augmenter la prévalence de l'allaitement maternel. L'action politique est indissociable : allonger le congé maternité, adapter le monde du travail, prévoir un accompagnement par des professionnels de santé aux femmes allaitant sont des mesures politiques fondamentales à mettre en œuvre.

9 CONCLUSIONS

Thèse soutenue par AYRAL Anne-Sophie et DUC Catherine

Efficacité d'une consultation spécialisée dans les quinze jours du post-partum sur le taux d'allaitement maternel exclusif à un mois.

Résultats d'un essai contrôlé, randomisé, ouvert auprès de 231 mères.

Buts de l'étude :

Le taux d'allaitement à la sortie des maternités en France (50 %) figure parmi les plus bas d'Europe. De plus, une proportion non négligeable de sevrages survient au cours du premier mois de vie de l'enfant. Le rôle des professionnels de santé sur la durée d'allaitement a été documenté par de nombreux essais randomisés communautaires conduits dans les pays en voie de développement, mais dont les conclusions sont difficilement transposables au contexte français. Seules quelques évaluations quasi-expérimentales de soutien à l'allaitement menées par des professionnels hospitaliers sont disponibles en France. Il nous est donc apparu nécessaire d'évaluer l'efficacité d'un suivi médical lors des premiers jours du retour à domicile des femmes allaitant. L'objectif de l'étude était de documenter l'impact d'une consultation systématique dans les quinze jours du post-partum comparativement à un suivi laissé à l'initiative de la mère, sur le taux d'allaitement maternel exclusif à un mois. L'allaitement maternel exclusif était défini par l'alimentation du nouveau-né au sein à l'exclusion du don de tout biberon depuis le retour à domicile. L'objectif secondaire a été de former un groupe de praticiens volontaires compétents en matière d'allaitement.

Méthode :

Nous avons conduit une étude randomisée, prospective, ouverte et contrôlée ; l'essai a été mené sur deux groupes parallèles de respectivement 116 et 115 mères allaitant, incluses à la sortie de la maternité de Chambéry et bénéficiant soit d'une consultation médicale systématique chez un praticien référent dans les quinze jours du post-partum soit d'aucune intervention spécifique. L'inclusion a eu lieu du 01/10/2001 au 31/05/2002, soit sur une durée de sept mois. Afin de recueillir les conduites d'allaitement, un auto-questionnaire postal était adressé à domicile à un mois et six mois aux mères des deux groupes d'allocation.

Résultats :

Cinq patientes ont été perdues de vue, l'analyse a donc porté sur 112 patientes dans le groupe consultation et 114 dans le groupe témoin. L'analyse a été réalisée en intention de traiter. Les caractéristiques socio-démographiques et obstétriques des deux groupes étaient comparables à l'inclusion. A un mois, 93 mères dans le groupe consultation (83%) ont déclaré avoir allaité de manière exclusive depuis le retour à domicile comparativement à 82 mères du groupe témoin (72%) ($p = 0,05$). En analyse multivariée, l'association entre le groupe d'allocation et la poursuite d'un allaitement exclusif jusqu'au terme du premier mois du post-partum persistait après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels (odds ratio ajusté = 2,34, intervalle de confiance à 95%, 1,11 à 4,99). Quarante trois mères du groupe consultation (38%) n'ont déclaré aucune difficulté d'allaitement au cours du premier mois comparativement à 23 mères (20%) du groupe témoin ($p < 0,01$). Quarante vingt cinq pour cent des mères ont jugé la consultation utile. A un mois, 100 mères dans le groupe consultation (89%) ont déclaré poursuivre l'allaitement (mixte + exclusif) comparativement à 93 mères du groupe témoin (82%) ($p = 0,10$). Et enfin sur l'analyse descriptive des données disponibles à six mois, la consultation semble augmenter la durée médiane d'allaitement estimée à 12 semaines dans le groupe témoin et 18 dans le groupe intervention.

Conclusion :

La prévalence de l'allaitement maternel exclusif à la quatrième semaine du post-partum est significativement supérieur dans le groupe de mères ayant bénéficié de la consultation.

A notre connaissance, cette étude est la première en France à décrire l'efficacité d'un programme de soutien à l'allaitement réalisé en post-natal précoce par des généralistes et pédiatres de ville sensibilisés. Des études complémentaires sont nécessaires pour vérifier la généralisation de ces résultats sur d'autres sites et dans d'autres populations.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 1^{er} septembre 2002

LE DOYEN, Pr DEBRU

LE PRÉSIDENT DE THESE, Pr PONS

10 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Enquête périnatalité. INSERM 1998.
- [2] Macquart-Moulin G, Fancello G, Vincent A, Julian C, Baret C, Ayme S. Evaluation des effets d'une campagne de soutien à l'allaitement exclusif au sein à un mois. *Rev Epidemiol Santé Publique* 1990 ; 38 : 201-9.
- [3] Ribadeau-Dumas B, Brignon G, Salla BL. Composition du lait humain. In : Salle BL, Putet G. Alimentation du prématuré et du nouveau-né à terme dans les trois premiers mois de vie. *Progrès en pédiatrie*. Doin 1996 : 1-28.
- [4] Galinou C. Allaitement maternel et santé de l'enfant. Thèse de médecine. Université C. Bernard – Lyon I, 03/07/1998.
- [5] Pisacane A, De Vizia B, Valiante A. Iron status in breast-fed infants. *J Pediatr* 1995 ; 127 : 429-31.
- [6] Ghisolfi J. Acides gras polyinsaturés et développement cérébral et sensoriel du nourrisson. *Arch Pediatr* 1995 ; 2 : 825-30.
- [7] Buts JP. Les facteurs trophiques du lait. *Arch Pediatr* 1998 ; 5 : 298-306.
- [8] Dewey KG, Heining MJ, Nommsen LA, Peerson JM, Lönnerdal B. Growth of breast-fed and formula-fed infants from 0 to 18 months : The Darling study. *Pediatrics* 1992 ; 89 :1035-41.
- [9] Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey C. Prospective effect of breastfeeding against infections. *BMJ* 1990 ; 300 :11-6.
- [10] Beaudry M, Dufour R, Marcoux S. Relation between infant feeding and infections during the first six months of life. *J Pediatr* 1995 ; 126 : 191-7.
- [11] Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA. Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. *J Pediatr* 1995 ; 126 : 696-702.

-
- [12] Duncan B, Ey J, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD, Taussig LM. Exclusive breast-feeding for at least 4 months protect against otitis media. *Pediatrics* 1993 ; 91 : 867-72.
- [13] Wright AL, Holberg CJ, Martinez FD, Morgan WJ, Taussig LM. Breast-feeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. *BMJ* 1989 ; 299 : 946-9.
- [14] Pisacane A, Graziano L, Zona G. Breast-feeding and acute lower respiratory infection. *Acta Paediatrica* 1994 ; 83 :714-8.
- [15] Halken S, Host A, Hansen LG, Osterballe O. Effect of an allergy prevention programm on incidence of atopic symptoms in infancy. A prospective study of 159 « high risk » infants. *Allergy* 1992 ; 47 : 545-53.
- [16] Marini A, Agosti M, Motta G, Mosca F. Effects of a dietary and environmental prevention programm on the incidence of allergic symptoms in high atopic risk infants : three years follow-up. *Acta Paediatric* 1996 ; S414 :1-22.
- [17] Ford RPK, Taylor BJ, Mitchell EA, Enright SA. Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *Int J Epidemiol* 1993 ; 22 : 885-90.
- [18] Dwyer T, Ponsoby AL, Newman NM, Gibbons LE. Prospectiv cohort study of prone sleeping position and sudden infant death syndrome. *Lancet* 1991 ; 337 : 1244-7.
- [19] Von Kries R, Kolletzbo B and al. Breastfeeding and obesity : cross sectionnal study. *Britisch medical journal* 1999 ; 319 : 157-60.
- [20] Borch-Johnsen K, Joner G, Hanssen KF. Relationship between breast feeding and incidence of insulin-dependant diabetes mellitus. *Lancet* 1984 ; ii : 1083-6.
- [21] Shu XO, Clemens J, Zheng W, Ying DM, Ji BT, Jin F. Infant breastfeeding and the risk of child hood lymphoma and leukemia. *Int J Epidemiol* 1995 ; 24 : 27-32.
- [22] Rigas A, Rigas B, Glassman M, et al. Breastfeeding and maternal smoking in the etiology of Crohn's deseasa and ulcerative colitis in childhood. *Ann Epidemiol* 1993 ; 3 : 387-92.

[23] Shingal A, Cole TJ, Lucas A. Early nutrition in preterm infants and later blood pressure : two cohorts after randomised trials. *Lancet* 2001 ; 357 : 413-9.

[24] Loras-Duclaux I. Les intérêts de l'allaitement maternel ; allaitement maternel : c'est bien aussi pour la mère. *CFES Education pour la santé*. 1999 ; 339 : 18.

[25] Kalwarf J, Specker BL. Bone mineral loss during lactation and recovery after weaning. *Obs and Gynec* 1995 ; 86 : 26-32.

[26] Layde PM, Webster LA, Baughman AL et al. The independant association of parity, age at first full-term pregnancy and duration of breastfeeding with the risk of breast cancer. *J Clinic Epidemiol* 1998 ; 42 ; 10 :963-73.

[27] Mac Tiernan, Thomas DB. Evidence for a protective effect of lactation on risk of breast cancer in young women. *Am J Epidemiol* 1986 ; 124 ; 3 :353-358.

[28] Bitoun P. Valeur économique de l'allaitement maternel. *Les dossiers de l'obstétrique* 1994 ; 216 : 10-3.

[29] Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library, Issue 1, 2002*. Oxford : Update Software.

[30] World Health Organization. *Infant and young children nutrition*. Geneva : World Health Assembly 2001 ; (54.2).

[31] Déclaration Innocenti sur la protection et le soutien de l'allaitement maternel. Signée le 01/08/90 à Florence. OMS.

[32] Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel. Le rôle spécial des services liés à la maternité. Déclaration conjointe OMS et UNICEF, 1989.

[33] Crost M et al. L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995, enquête nationale périnatale. *Arch Pediatr* 1998 ; 5 :1316-26.

[34] Lelong N et al. Durée de l'allaitement en France. *Arch Pediatr* 2000 ; 7 :571-2.

[35] Vogel A, Htchinson BL, Mitchell EA. Factors associated with the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr* 1999 ; 88(12) : 1320-6.

-
- [36] Scott JA, Aitkin I, Binns CW, Aroni RA. Factors associated with the duration of breastfeeding amongst women in Perth. *Acta Paediatr* 1999 ; 88(4) : 416-21.
- [37] Michaelsen KF, Larsen PS, Thomsen BL, Samuelson G. The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth : duration of breastfeeding and influencing factors. *Acta Paediatr* 1994 ; 83 : 565-71.
- [38] Riva E, Banderali G, Agostini C, Silano M, Radaelli G, Giovannini M. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatr* 1999 ; 88(4) : 411-5.
- [39] Fein SB, Roe B. The effect of work status on initiation and duration of breastfeeding. *AM J Public Health* 1998 ; 88(7) : 1042-6.
- [40] Branger B, Cebren M, Picherot G, De Cornulier M. Factors influencing the duration of breastfeeding. A study of 150 women. *Arch Pediatr* 1998 ; 5(5) : 489-96.
- [41] Nagy E, Orvos H, Pal A, Kovacs L, Loveland K. breastfeeding duration and previous breastfeeding experience. *Acta Paediatr* 2001 ; 90(1) : 51-6.
- [42] Perez-Escamilla R, Maulen-Radovan I, dewey KG. The association between cesarean delivery and breastfeeding outcomes among Mexican women. *Am J Public Health*. 1996 ; 86 (6) : 832-6.
- [43] Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstrate C et al. Initiation and duration of breastfeeding in obstetrics hospitals of Aix-Chambéry. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2000 ; 48 : 3s36.
- [44] Bouvier P, Rougemont A. Breastfeeding in Geneva : prevalence, duration and determinants. *Soz Praventivmed* 1998 ; 43(3) : 116-23.
- [45] Leung M, Lam TH, Ho LM. Breastfeeding and its relation to smoking and mode of delivery. *Obs and Gy* 2002 ; 99(5) : 785-94.
- [46] Bayot I. Seins de femme, seins de mère...l'unité impossible ? Les dossiers de l'obstétrique 1996 ; 236 : 28-31

[47] Renfrew MJ, Lang S, Martin L, Woolridge MW. Feeding schedules in hospitals for newborn infants. The Cochrane library 2001 ; issue 4.

[48] Bernard-Bonin AC, Statchenko S, Rousseau E, Girard G. Pratiques hospitalières et durée de l'allaitement maternel : méta-analyse. Rev Epidemiol Sante Publique 1989 ; 37(3) : 217-25.

[49] Renfrew MJ, Lang S, Martin L, Woolridge MW. Early versus delayed initiation of breastfeeding. Cochrane database Syst Rev 2000 ; (2) : Cd000043.

[50] Battu-Merle I, Jan-Mouchard A. Allaitement maternel et médecine générale. Thèse de médecine Univ Joeph-Fourier-Grenoble ; Juin 2000.

[51] Kramer M, Barr R, Dagenais S, Yang H. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior, a randomised controlled trial. JAMA 2001 : 286(3) : 322-26.

[52] Donnelly A, Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Commercial hospital discharge packs for breastfeeding women. The Cochrane library 2001 ; issue 4.

[53] Durand M, Labarère J, Brunet E, Pons J-C . Evaluation of impact of training program for healthcare professionals about breastfeeding. Eur J Obstet Gynecol Reprod biol. 2001 (sous presse).

[54] Roques N. L'allaitement maternel dans les revues françaises consacrées à la petite enfance en 1997. Les dossiers de l'allaitement 1998 : 37

[55] Etude sur l'alimentation des nourrissons et l'allaitement maternel dans la Somme. Service de Protection Maternelle et Infantile, Conseil Général de la Somme, septembre 1996.

[56] Marchand-Lucas L, Lucas E. Le généraliste face aux déterminants de la conduite d'allaitement. Thèse de doctorat en médecine, 1998.

[57] Freed GL, Clark SJ, Sorenson J, Lohr JA, Cefalo R, Curtis P. National assesment of physicians' breastfeeding knowledge, attitudes, training and experience. JAMA 1995 feb 8 ; 273(6) : 472-6.

-
- [58] Schandler RJ et al. Pediatrician's practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. *Pediatrics* 1999 ; 103(3)
- [59] Goldstein AO, Freed GL. Breastfeeding counseling practices of family practice residents. *Fam Med* 1993; 25 (8) : 524-9.
- [60] Freed GL, Clark SJ, Curtis P, Sorenson JR. Breastfeeding education and practice family medicine. *JFam Pract* 1995 ; 40(3) : 263-9.
- [61] Sikorski J, Renfrew M J, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford : Update Software.
- [62] Sikorski J, Renfrew M J. Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*, Issue 4, 2001. Oxford : Update Software.
- [63] Serwin JR, Wilson ME, Vogelhut JW, Repke JT, Seidel HM. A randomized controlled trial of prenatal pediatric visits for urban, low-income families. *Pediatrics* 1996; 98 :1069-75.
- [64] Brent NB, Redd B, Dworetz A, D'Amico F, Greenberg JJ. Breastfeeding in a low-income population. Program to increase incidence and duration. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149 : 798-803.
- [65] Wiles LS. The effect of prenatalbreastfeeding education on breastfeeding success and maternal perception of the infant. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1984 ; 13 :253-7.
- [66] Reifsnider E, Eckhart D. Prenatal breastfeeding education : its effect on breastfeeding among WIC participants. *J Hum Lactation* 1997 ; 13 : 121-5.
- [67] Kistin N, Benton D, Rao S, Sullivan M. Breastfeeding rates among black urban low-income women : effect of prenatal education. *Pediatrics* 1990 ; 86 : 741-6.
- [68] Kaplowitz DD, Olson CM. The effect of an educational on the decision to breastfeed. *J Nutr Educ* 1983; 15 : 61-5.

[69] Hill PD. Effects of education on breastfeeding success. *Matern Child Nurs J* 1987 ; 16 : 145-56.

[70] Barwick MB, Chambers L, Jones A. Positive intervention with breastfeeding in an Asian population. Unpublished report from East Berkshire Community Health NHS Trust. Windsor : East Berkshire Community Health NHS Trust; 1997.

[71] Rossiter JC. The effect of a culture-specific education program to promote breastfeeding among Vietnamese women in Sydney. *Int J Nurs Stud* 1994 ; 31 : 369-79.

[72] Popkin BM, Canahuti J, Bailey PE, O’Gara C. An evaluation of a national breastfeeding promotion programme in Honduras. *J Biosoc Sci* 1991; 23 : 5-21.

[73] Kramer, Chalmers, Hodnett, Sevkoskaya. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) : a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;(285) 4 : 413-20.

[74] Taddei, Westphal, Venancio, Bogus, Souza. Breastfeeding training for health professionals and resultant changes in breastfeeding duration. *Sao Paulo Med J* 2000; 118 : 185-91.

[75] Mongeon M, Allard R. Essai contrôlé d’un soutien téléphonique régulier donné par une bénévole sur le déroulement et l’issue de l’allaitement. *J Public Health* 1981 ;86 :124-7.

[76] Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women :a randomized controlled trial. *CMAJ* 2002 jan 8 ;166(1):42-3.

[77] Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Bravo J, Ruiz Palacios G. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding :a randomised controlled trial . *Lancet* 1999 ; 353(9160) :1226-31.

[78] Mc Innes RJ, Love JG, Stone DH. Evaluation of a community-based intervention to increase breastfeeding prevalence. *J Public Health Med* 2000 ;22(2) :1338-45.

[79] Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SR. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in dhaka Bangladesh : a randomised controlled trial. *Lancet* 2000 ; 356(9242) : 1643-7.

[80] Schafer E, Vogel MK, Viegas S, Hausafus C. Volunteer peer counselors increase breastfeeding duration among rural low-income women. *Birth* 1998 ; 25(2) : 101-6.

[81] Gagnon AJ, Edgar L, Kramer MS, Papageorgio A, Waghorn K, Klein MC. A randomized trial of a program of early post partum discharge with nurse visitation. *American Journal of obstetrics and Gynécology* 1997 ; 176 : 205-11.

[82] World Health Organization United Nations Children's fund. HIV and infant feeding : a policy statement developed collaboratively by UNAIDS. Geneva:UNAIDS /WHO ; 1997.

[83] Michaels M. Breasteeding promotion in the Utah WIC program. *JHum Lact* 1993 ; 9 : 206-7.

[84] Brent NB, Reed B, Dworetz A, D'Amico FD, Greenberg . Breastfeeding in a low-income population. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 1995 ; 149 : 798-803.

[85] Wright AL, Naylor A , Wester R, Bauer M, Sutcliff E. Using cultural knowledge in health promotion : breastfeeding among the Navajo. *Health Educ Behav* 1997 ; 24 : 625-39.

[86] Ahluwalia IB, Tessaro I, Grummer-Strawn L, Mac Gowan C. Georgia's breastfeeding promotion program for low-income women. *Pediatrics* 2000 ; 105(6) : 85.

[87] Réa MF. The Brazilian National breastfeeding program :a success story. *Int J Gynaecol Obste* 1990 ;31 :79-82.

[89] Aarts C, Kylberg E, Homell A, Hofvander Y, Gebre-Medhin M, Greiner T. How exclusive is exclusive breastfeeding ? A comparison of data since birth with current status data. *Int.J.epidemiol* 2000 ; 29 : 1041-6.

[90] Cattaneo A, Davanzo R, Ronfanil. Are data on the prevalence and duration of breastfeeding reliable ? The case of Italy. *Acta Paediatrics* 2000 ; 89 : 88-99.

11 ANNEXES

Liste des annexes :

- 1- Les dix recommandations de l’OMS
- 2- Contenu des deux séances de formation
- 3- Liste des communes
- 4- Procédure d’inclusion
- 5- Lettre d’information remise aux participantes
- 6- Formulaire de consentement
- 7- Fiche d’inéligibilité
- 8- Questionnaire d’inclusion à la maternité
- 9- Questionnaire de la consultation spécialisée
- 10- Questionnaire d’évaluation des conduites d’allaitement à un mois
- 11- Questionnaire d’évaluation des conduites d’allaitement à six mois
- 12- Avis favorable du CPPRB
- 13- Avis de la CNIL
- 14- Avis du conseil de l’Ordre de Savoie
- 15- Attestation d’assurance

Annexe 1 : protection et encouragement et soutien de l'allaitement maternel, le rôle spécial des maternités. OMS et UNICEF.

Les 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel

- Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et de soins aux nouveau-nés devraient respecter les 10 conditions suivantes :
- Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
- Donner à tous les personnels soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
- Informer toutes les femmes enceintes des bénéfices de l'allaitement au sein et de sa pratique.
- Aider les mères à commencer à allaiter dans l'heure suivant la naissance.
- Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
- Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucun liquide autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
- Pratiquer la cohabitation mère-enfant 24 heures par jour.
- Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant et de la mère.
- 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 la sortie de la clinique.

Annexe 2 : Contenu des deux séances de formation des généralistes et pédiatres de ville et de P.M.I.

Contenu de la première séance (14/06/2001)

- 1- Physiologie, histologie du sein lactant, déroulement normale d'une tétée.
- 2- Cas clinique : apprentissage des positions, de la technique de succion et les indices de surveillance d'une tétée efficace.
- 3- Cas clinique : conduite à tenir face à des crevasses et un engorgement.
- 4- Cas clinique : attitude face à une mastite.
- 5- Cas clinique : étiologies et conduite à tenir face à des mamelons douloureux.

Contenu de la deuxième séance(13/09/2001)

- 1- Cas clinique d'un nourrisson de un mois : que faire devant une prise de poids insuffisante.
- 2- Que faire devant les petits troubles digestifs ? (régurgitations, fausse constipation, diarrhée).
- 3- Conduite à tenir devant une fièvre chez la mère.
- 4- Partie théorique sur la prescription des médicaments chez la femme allaitant.
- 5- Synthèse : analyse d'une grille de consultation type en matière d'allaitement au sein.

Distribution de matériel pédagogique : illustrations par tableaux et illustrations sur la prise de poids insuffisante, les différentes crevasses, les différentes positions, fiches thérapeutiques sur le traitement curatif des mastites, de l'engorgement, liste des médicaments autorisée et interdits pendant l'allaitement ; grille de consultation-type, adresses utiles, et enfin fiche sur la conservation du lait et l'accompagnement du sevrage.

Annexe 3 : Liste des communes des unités urbaines d'Aix-les-bains et Chambéry (INSEE)

- Aix-les-bains
- Brison Saint Innocent
- Drumettaz-Clarafond
- Grésy sur Aix
- Mouxy
- Tresserve
- Viviers du lac

- Chambéry
- Barberaz
- Barby
- Bassens
- Challes-les-eaux
- Chignin
- Chindrieux
- Cognin
- Jacob-Bellecombette
- Motte-Servolex (la)
- Ravoire (la)
- Saint Alban-Leysse
- Saint Baldoph
- Saint Jean d'Arvey
- Saint Jeoire Prieuré
- Sonnaz
- Vimines

Annexe 4 :

Procédure d'inclusion des couples mères-enfants

Rédigé par le Dr Labarère

La participation à l'essai implique le recueil de données médicales confidentielles.

Veiller à rester discret quant à la décision de la mère de participer ou non à l'étude.

Ranger les fiches d'inéligibilité, les formulaires de consentement et les bordereaux d'inclusion dès le remplissage achevé dans le bureau du Dr Berchotteau.

DEROULEMENT DE L'INCLUSION

Vérification de l'éligibilité du couple mère / enfant

Vérifier l'éligibilité du couple mère / enfant, à l'aide de la fiche d'inéligibilité

En cas d'inéligibilité :

- Coller une étiquette patiente et spécifier le motif sur la fiche d'inéligibilité.
- Déposer la fiche d'inéligibilité dans le bureau du Dr Berchotteau.

Information orale et écrite de la mère

a) Mentionner oralement :

- l'objectif de l'étude : « étude sur la durée et les difficultés d'allaitement à domicile ».
- la possibilité d'être affectée dans un groupe qui bénéficiera d'une consultation au 15^{ème} jour du post-partum.
- L'envoi de deux questionnaires à domicile respectivement à 1 mois et à 6 mois.
- La participation volontaire et la possibilité de retrait à tout moment de l'étude.

b) Remettre la lettre d'information et le formulaire de consentement, et laisser un délai de réflexion

Recueil du formulaire de consentement signé

En cas de refus de participer à l'étude :

- coller une étiquette patiente et spécifier le refus sur la fiche d'inéligibilité
- Déposer la fiche d'inéligibilité dans le bureau du Dr Berchotteau.

Inclusion de la patiente

Prendre dans l'ordre croissant de numérotation, la 1^{ère} enveloppe située dans le bureau du Dr Berchotteau.

Vérifier que l'âge de la mère correspond bien à la classe d'âge indiquée sur l'étiquette de l'enveloppe (< 30 ans ou ≥ 30 ans)

Ouvrir l'enveloppe **immédiatement APRES** avoir recueilli le formulaire de consentement de la mère

En cas d'affectation dans le groupe « consultation spécialisée à J 15 » :

- Indiquer à la mère qu'elle bénéficie de cette consultation et l'inciter à s'y rendre, même en l'absence de problème particulier.
- Remettre à la mère la liste des médecins investigateurs (Annexe 4).
- Spécifier à la mère qu'elle peut bénéficier d'une consultation gratuite en PMI, si elle ne dispose pas de couverture sociale complémentaire.
- Demander à la mère de prendre rendez-vous au cabinet de l'un des médecins investigateurs, le plus tôt possible, en mentionnant qu'il s'agit d'une « consultation spécialisée en allaitement du 15^{ème} jour ».
- Remettre à la mère le questionnaire de consultation destiné au médecin investigateur

Compléter le bordereau d'inclusion

S'aider du dossier obstétrical et de l'interrogatoire de la mère.

Archivage du bordereau d'inclusion et du formulaire de consentement

Agrafer le bordereau d'inclusion et le formulaire de consentement

Déposer l'ensemble dans le bureau du Dr Berchotteau.

CAS PARTICULIERS

Retenir :

lorsqu'une enveloppe a été ouverte, le tirage au sort a été dévoilé.

cette enveloppe ne peut plus servir à inclure une nouvelle patiente.

Le bordereau d'inclusion doit être archivé avec les autres.

Sortie de l'essai avant ouverture de l'enveloppe

Cette situation ne pose pas de problème puisque la patiente n'a pas été incluse.

Ne pas ouvrir l'enveloppe et la replacer dans la boîte, en respectant l'ordre croissant de numérotation

Remplir une fiche d'inéligibilité, et cocher la case « refus de participer à l'essai ».

Déposer cette fiche d'inéligibilité dans le bureau du Dr Berchotteau

Sortie de l'essai après ouverture de l'enveloppe

La sortie de l'essai survient après randomisation (décision secondaire de ne pas **participer à l'essai**).

Mentionner en première page du bordereau d'inclusion la formule

« SORTIE APRES INCLUSION »

en grands caractères et si possible avec un stylo de couleur

Déposer ce bordereau d'inclusion avec les autres

En aucun cas, ce bordereau ne doit servir à l'inclusion d'une autre patiente.

Inclusion d'un couple mère enfant inéligible

La sortie de l'essai survient après randomisation (inclusion à tort).

Mentionner en première page du bordereau d'inclusion la formule

« INCLUSION D'UN SUJET INELIGIBLE »,

en grands caractères et si possible avec un stylo de couleur

Déposer ce bordereau d'inclusion avec les autres.

En aucun cas, ce bordereau ne doit servir à l'inclusion d'une autre patiente.

Annexe 5 :

Lettre d'information remise aux patientes

Chambéry, septembre 2001

Mademoiselle, Madame,

Le Centre Hospitalier de Chambéry réalise une étude sur l'allaitement maternel. Cette recherche est intitulée : **« Influence d'une consultation spécialisée dans les quinze jours du post-partum sur le taux d'allaitement maternel à un mois. »**

Cette étude a pour but de documenter l'impact d'une consultation spécialisée systématique au 15^{ème} jour du post-partum comparativement à un suivi laissé à l'initiative de la mère sur la durée de l'allaitement maternel.

Deux groupes de mères allaitant seront constitués à la sortie de la maternité. L'inclusion se fera par un des médecins investigateurs lors de l'examen de sortie du nouveau-né après recueil du consentement maternel.

Le premier groupe, groupe témoin, ne bénéficiera d'aucune intervention spécifique ; le deuxième groupe devra se rendre à une consultation spécialisée dans les quinze jours du post-partum, chez un des médecins partenaires de l'étude. Cette étude est réalisée en partenariat avec des pédiatres et généralistes de la région chambérienne et aixoise. Cette consultation médicale a pour but d'aider les femmes à réaliser leur projet d'allaitement.

Toutes les femmes participantes recevront deux questionnaires dans les six mois à venir afin d'évaluer leurs conduites d'allaitement.

L'analyse de vos réponses est **strictement anonyme et confidentielle**. Aucun membre de l'équipe soignante (médecins, infirmières, ...) n'aura connaissance de vos réponses.

Votre participation est volontaire et vous êtes libre de vous retirer de l'étude à tout moment, sans donner d'explication, sans encourir aucune responsabilité et sans que la qualité de vos soins futurs n'en soit affectée.

L'ensemble des données vous concernant sera centralisé de manière anonyme dans un fichier informatique à des fins de traitement statistique. Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, vous pouvez avoir accès à ces données sur simple demande auprès du médecin responsable.

Nous vous remercions de votre collaboration, et nous vous prions d'agréer, Mademoiselle, Madame, nos sincères salutations.

Les médecins responsables de l'enquête :

Dr Berchotteau M, Dr Bouchon N, Dr Gelbert-Baudino N, Dr Schelstraete C.

Annexe 6 :

Formulaire de consentement éclairé

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A UNE ETUDE SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL

Mademoiselle, Madame (NOM, Prénom) :

Adresse :

❶ Le Docteur _____ m'a proposé de participer à une recherche organisée par la maternité de l'hôpital de Chambéry intitulée : **« Influence d'une consultation spécialisée dans les quinze jours du post-partum sur le taux d'allaitement maternel à un mois »**.

Il m'a expliqué en détail la nature et le déroulement de cette étude ainsi que ses contraintes.

❷ J'ai compris que la confidentialité des informations concernant mon dossier médical au cours de cette étude sera respectée conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés. J'accepte que les données enregistrées me concernant fassent l'objet d'un traitement informatique. Je peux exercer mon droit d'accès aux données me concernant par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix.

❸ J'ai compris que ma participation est volontaire et que je suis libre de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner d'explication, sans encourir aucune responsabilité et sans que la qualité de mes soins futurs n'en soit affectée.

❹ J'ai reçu et compris une note d'information destinée aux patients qui m'a été remise conformément à la loi 88-1138 du 20 décembre 1988 modifiée ; le Comité de Protection des Personnes se prêtant à des Recherches Biomédicales (C.P.P.R.B) de Grenoble a rendu un avis favorable concernant cette étude le 8 août 2001.

❺ J'accepte en connaissance de cause et en toute liberté de participer à cette étude, après avoir eu un délai de réflexion suffisant.

Le200...

Signature précédée de la mention

Signature du médecin :

« lu et approuvé »

Annexe 7 :

Fiche d'inéligibilité

Etiquette patiente

Motif d'inéligibilité*

- absence d'allaitement maternel initié en maternité.....	<input type="checkbox"/>
- âge inférieur à 18 ans.....	<input type="checkbox"/>
- éloignement géographique du lieu de résidence (hors du bassin chambérien).....	<input type="checkbox"/>
- difficultés de compréhension de la langue française.....	<input type="checkbox"/>
- instabilité psychosociale ne permettant pas un suivi prolongé.....	<input type="checkbox"/>
- refus de participation à l'essai.....	<input type="checkbox"/>
- accouchement sous X	<input type="checkbox"/>
- enfant prématuré de terme inférieur à 37 semaines d'aménorrhée.....	<input type="checkbox"/>
- enfant transféré en néonatalogie.....	<input type="checkbox"/>

* 1 seule case cochée rend inéligible la mère pour l'essai

Annexe 8 :

Questionnaire d'inclusion à la maternité

Age : _____ ans

Profession : _____

Situation familiale :

- 0 seule
- 1 mariée
- 2 en couple, non mariée

Niveau d'études :

- 0 primaire
- 1 secondaire
- 2 supérieur

A la naissance

Age gestationnel de l'enfant (semaine d'aménorrhée) : _____

Mode d'accouchement :

- 1 Voie basse
- 2 Césarienne
- 3 Manœuvres instrumentales

Anesthésie :

- 0 aucune
- 1 Anesthésie générale
- 2 Péridurale
- 3 Rachianesthésie

Sexe de l'enfant : 0 féminin 1 masculin

Apgar

- A 1 minute : _____

- A 10 minutes : _____

Le nouveau-né est-il ictérique ? 1 Oui 0 Non

Poids de l'enfant (en grammes) : _____

Taille de l'enfant (en cm) : _____

Combien de temps s'est écoulé entre la

naissance et la première mise au sein ? H.....min

ne pas remplir

LLI

LI

LI

LI

LLI

LLI

LI

LLLLL

LLI

LLLLL

ne pas remplir

Séjour en maternité

Y a-t-il eu séparation mère-enfant plus

de 4 heures durant le séjour à la maternité ? ₁ Oui ₀ Non

Y a-t-il eu des problèmes d'allaitement ?

₀ Engorgement ₂ Douleurs du mamelon

₁ Crevasses ₃ Mauvaise succion

₄ Autre : _____

Des compléments de lait industriel ont-ils été utilisés ?

₁ Oui ₀ Non

Y a-t-il eu utilisation de tétine ou de sucette ? ₁ Oui ₀ Non

Représentation maternelle de l'allaitement

Nombre d'enfants, y compris le nouveau-né : _____ Enfants

uti

Nombre d'enfants allaités précédemment ? _____ Enfants

Etait-ce une expérience positive pour la mère ?

₀ Très favorable ₂ Plutôt favorable

₁ Très défavorable ₃ Plutôt défavorable

A quel moment a-t-elle décidé d'allaiter cet enfant ?

₀ Avant la grossesse

₁ En début de grossesse

₂ En fin de grossesse

La mère a-t-elle suivi des séances de préparation à la naissance

₁ Oui ₀ Non

Combien de temps souhaite-t-elle l'allaiter ? _____ Mois

Consommation maternelle de tabac :

₀ Oui, avant la grossesse

₁ Oui, pendant la grossesse

₂ Non fumeuse habituelle

Prend-elle un traitement chronique ? ₁ Oui ₀ Non

Si oui, quelle classe thérapeutique ?

Annexe 9 :

Questionnaire de la consultation spécialisée

*Ce questionnaire est destiné à être rempli dans les quinze jours du post-partum
par le médecin spécialisé en allaitement.*

La mère allaite-t-elle toujours ? Oui

Non, date de la dernière tétée :/...../ 200.

Si non, pour quelles raisons ?

Difficultés d'allaitement

Pathologie maternelle

Pathologie infantile

Désir de la mère

autre :

Si oui, l'allaitement est-il exclusif ?

Oui

Non

Y a-t-il des problèmes d'allaitement ?

Crevasses

Mastite

Engorgement

Problème de succion

Mamelons douloureux

Difficultés psychologiques

autre :

Poids de l'enfant (en grammes) : _____

Taille de l'enfant (en cm) : _____

L'enfant présente-t-il une des pathologies suivantes :

Ictère

Infection

Trouble du tonus

Autres, précisez :

Quelle attitude avez-vous adopté concernant l'allaitement ?

Ordonnance d'un tire-lait

Changement des pratiques d'allaitement

Réalisation d'examens complémentaires

Programmation d'une consultation de suivi

Prescription d'un médicament, lequel :

Information sur un groupe de soutien concernant l'allaitement

Autre, précisez :

>.....

Identité de la mère :

NOM :

Prénom :

Cachet du médecin

Date de consultation : ____ / ____ / 200.

Annexe 10 :

Questionnaire de recueil des conduites d'allaitement à un mois

Voilà un mois que votre enfant est né !

Lors de votre séjour à la maternité, vous avez été sollicitée pour participer à une enquête sur l'allaitement. Ce questionnaire représente l'étape suivante de notre enquête.

N'oubliez pas que ces informations restent strictement confidentielles.

Nous espérons que vous serez nombreuses à le renvoyer dans l'enveloppe ci-jointe.

Continuez-vous actuellement l'allaitement de votre enfant ?

Oui

Non

Si vous ne l'allaitiez plus,

Quel âge avait votre enfant lors de la dernière tétée ? _____

Et quel âge avait-il au moment du premier biberon à domicile? _____

L'allaitement est ou a été pour vous une expérience :

Très positive

Très négative

Plutôt positive

Plutôt négative

Si vous ne l'allaitiez plus, pour quelles raisons, avez-vous arrêté ?

Difficultés d'allaitement

Avis de votre entourage

Maladie de l'enfant

Maladie de vous-même

C'était votre souhait

Reprise du travail

autre raison, précisez :

Avez-vous connu les difficultés suivantes :

Crevasses

Refus du sein par votre bébé

Engorgement

Manque de lait

Mastite

Découragement

Aucune de ces difficultés

autre difficulté, précisez :

Avez-vous bénéficié de la consultation spécialisée en allaitement dans les quinze jours suivant votre accouchement ?

Oui

Non

Si oui, cette consultation a été ...

Très utile

Très inutile

Plutôt utile

Plutôt inutile

Avez-vous reçu d'autres aides de la part :

Sage-femme

Médecin généraliste ou pédiatre

Groupe de soutien

Famille

Puéricultrice de PMI

Autre, précisez :

***Nous vous remercions vivement de votre participation
et nous vous souhaitons bonne route avec votre enfant !***

Annexe 11 :

Questionnaire de recueil des conduites d'allaitement à six mois

Voilà six mois que votre enfant est né !

Lors de votre séjour à la maternité, vous avez été sollicitée pour participer à une enquête sur l'allaitement. Ce questionnaire représente l'étape suivante de notre enquête.

N'oubliez pas que ces informations restent strictement confidentielles.

Nous espérons que vous serez nombreuses à le renvoyer dans l'enveloppe ci-jointe.

Continuez-vous actuellement l'allaitement de votre enfant ?

Oui

Non

Si vous ne l'allaitiez plus,

Quel âge avait votre enfant lors de la dernière tétée ? _____

Et quel âge avait-il au moment du premier biberon à domicile ? _____

L'allaitement est ou a été pour vous une expérience :

Très positive

Très négative

Plutôt positive

Plutôt négative

Si vous ne l'allaitiez plus, pour quelles raisons, avez-vous arrêté ?

Difficultés d'allaitement

Avis de votre entourage

Maladie de l'enfant

Maladie de vous-même

Désir maternel

Reprise du travail

Avez-vous connu les difficultés suivantes :

Crevasses

Refus du sein par votre bébé

Engorgement

Manque de lait

Mastite

Découragement

Aucune de ces difficultés

autre difficulté, précisez :

Avez-vous repris le travail ?

Oui

Non

Si oui, quel âge avait votre bébé lors de la reprise du travail ? _____

***Nous vous remercions vivement de votre participation
et nous vous souhaitons bonne route avec votre enfant !***

Annexe 12 :

Avis du CPPRB

COMITE CONSULTATIF DE PROTECTION DES PERSONNES

DANS LA RECHERCHE BIOMEDICALE GRENOBLE 2

Madame M. BERCHOTTEAU
B.P. 1125
C.H.
Maternité
73011 CHAMBERY Cedex

26. Vos Réf. : Néant
Nos Réf. : 01/CHCH/1/C2
Objet : Avis

La Tronche, le 10 août 2001

Madame,

Président :
L. BARRET

Vice-Président :
B. HABOZIT

Trésorier :
D. CHARLETY

Secrétaire :
J. GRUNWALD

Le Trésorier, au nom du Comité, a donné un avis **FAVORABLE**, en date du 8 août 2001 pour le protocole intitulé :
Influence d'une consultation spécialisée dans les quinze jours du post-partum sur le taux d'allaitement maternel à un mois.
après consultation des rapporteurs et examen par le Comité en ses séances du 11 juillet 2001, 8 août 2001.

Les personnes ayant délibéré sur le projet sont :

I - RECHERCHE BIOMEDICALE

Dr GRAND Sylvie
Dr LAVIEILLE Jean-Pierre
Dr FAVRE Pascal
Dr PEOC'H Michel
Dr PEGOURIE Brigitte

II - MEDECINS GENERALISTES

Dr FAURE Alain
Dr JALLON Pascal

III - PHARMACIENS

Mme BERAS Mathilde
Mme CHARLETY Dominique
Mme SUISSE-GUILLAUD Françoise

☒ C.H.U.
B.P. 217 -
3è étage Unité D -
38043 -
GRENOBLE
Cedex 9

Secrétariat :
A. M. MOREL
☎ 04.76.76.57.83
☐ 04.76.76.51.77
AMMorel
@chu-grenoble.fr

IV - INFIRMIERS

Mme GUILLON-NUIRY Laurence

V - PERSONNES QUALIFIEES «ETHIQUE»

M. RIBUOT Christophe

VI - PERSONNES QUALIFIEES «DOMAINE SOCIAL»

Mme MORAEL Chantal

Mme VEYRET Chantal

VII - PERSONNES QUALIFIEES «PSYCHOLOGUE»

Néant

VIII - PERSONNES QUALIFIEES «JURIDIQUE»

Néant

Il s'agit d'un protocole avec bénéfice individuel direct, dont le promoteur est le Centre Hospitalier de CHAMBERY.

Les investigateurs participants sont :

Dr. N. BOUCHON - CH CHAMBERY -

N° du Conseil de l'Ordre : 7302173

Dr. N. GELBERT-BAUDINO 30 allée Albert Sylvestre CHAMBERY-

N° du Conseil de l'Ordre 73 1 01585 5

Dr. C. SCHELSTRAETE 258 rue Nicolas Parent - CHAMBERY -

N° du Conseil de l'Ordre 73 1 01860 2

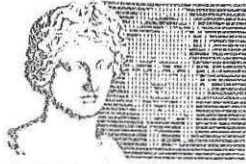
Je vous prie de croire, Madame, à l'expression de mes salutations distinguées.

Le Trésorier,
Dominique CHARLETY



Annexe 13 :

Avis de la C.N.I.L.



Commission Nationale
de l'Informatique et des Libertés

Le Président de la Commission Nationale
de l'Informatique et des Libertés
à

Docteur Martine BERCHOTTEAU
Service de Pédiatrie
CENTRE HOSPITALIER DE CHAMBERY
BP 1125
73011 CHAMBERY CEDEX

N/Réf. : MGT/JBR/SV/JB/AR021064

DEMANDE D'AUTORISATION N° 902031

**A rappeler dans toute correspondance,
notamment en cas de modification ou
de suppression du traitement.**

Paris, le 5 AVR. 2002

Vous avez saisi le 31/01/2002 la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés d'une demande d'autorisation relative à un traitement automatisé d'informations nominatives ayant pour finalité

**INFLUENCE D'UNE CONSULTATION SPECIALISEE DANS LES QUINZE JOURS DU
POST PARTUM SUR LE TAUX D'ALLAITEMENT MATERNEL A UN MOIS**

Conformément aux dispositions de l'article 40.2, dernier alinéa de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'autorisation de la CNIL sera acquise au terme d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre demande.

Michel GENTOT

Hubert BOUCHET
Vice-Président Délégué

Annexe 14 :

Avis du conseil de l'Ordre de Savoie

**ORDRE
NATIONAL
DES
MEDECINS** conseil départemental de la SAVOIE

Chambéry le 12 avril 2001

Madame le Docteur SCHELSTRAETE Camille
258 Rue Nicolas Parent
73000 CHAMBERY

Madame et Cher Confrère,

LA COMMISSION DES CONTRATS DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DE SAVOIE a pris connaissance du contrat concernant une étude sur l'allaitement maternel.

Les exemplaires que vous nous avez adressés n'appellent pas de remarque de la part du CONSEIL, Ils ont été déclarés à la D.D.A.S.S. et classés pour archives.

Nous vous prions de croire, Madame et Cher Confrère, à l'assurance de nos sentiments distingués.

Pour la Commission des Contrats
Le Vice-Président
Dr Ph. VITTOZ

Le Président
Dr G. BAVEREL



Annexe 15 :

Attestation d'assurance

ATTESTATION D'ASSURANCE

**RESPONSABILITE CIVILE
PROMOTEUR DE RECHERCHES BIOMEDICALES**

(Loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988, décret n° 91-440 du 14 mai 1991,
loi n° 94-630 du 25 juillet 1994)

LA SOCIETE HOSPITALIERE D'ASSURANCES MUTUELLES
74, rue Louis Blanc - 69456 LYON CEDEX 06

atteste que le CENTRE HOSPITALIER
B.P. 1125
73011 CHAMBERY CEDEX

a souscrit sous le n° 109615 un contrat d'assurance de la Responsabilité Civile Promoteur de Recherche Biomédicale conforme aux dispositions du décret n° 91-440 du 14 mai 1991, afin de couvrir les obligations mises à sa charge en application de l'article L 209-7 du Code de la Santé Publique

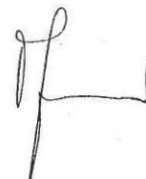
"Influence d'une consultation spécialisée dans les quinze jours du post-partum sur le taux d'allaitement maternel à un mois." (DR BOUCHON)

La garantie prend effet au plus tôt le 8 juin 2001, la présente attestation ne constituant qu'une présomption d'assurance à la charge de la Société.

Fait à LYON, le 8 juin 2001



Alain JUTTET
Service Production



Annexe 16 :

Serment d'Hippocrate



SERMENT D'HIPPOCRATE

Qui dicitur in iudicio, repudiat perjurium
Inquit dicitur, Hippocraticum dicitur.
Dicitur in iudicio, Hippocraticum, Cœcilius, Cœcilius
Cœcilius quod in iudicio dicitur.

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.