



Facteurs et résultats associés à l'observance des pratiques professionnelles recommandées en faveur de l'allaitement maternel

Marion Callendret

► **To cite this version:**

Marion Callendret. Facteurs et résultats associés à l'observance des pratiques professionnelles recommandées en faveur de l'allaitement maternel. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01025733

HAL Id: dumas-01025733

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01025733>

Submitted on 18 Jul 2014

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

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



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENoble
MEDECINE

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

**FACTEURS ET RESULTATS ASSOCIES A
L'OBSERVANCE DES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES RECOMMANDEES EN FAVEUR
DE L'ALLAITEMENT MATERNEL**

Mémoire soutenu le 16 Juin 2014

CALLENDRET Marion

Née le 10/11/1990

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2014

Remerciements,

Je remercie les membres du Jury :

- Dr Véronique EQUY, PH au CHU de Grenoble, Présidente du Jury ;

- Mme Nadine VASSORT, représentante de la directrice de l'Ecole de Sages-femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble ;

- Dr Amélie CHATRIAN, Gynécologue-Obstétricien à la Clinique Mutualiste de Grenoble ;

- Mme Marie GONZALES, Sage-femme au Centre Hospitalier de Voiron ;

- Mr Lionel DI MARCO, Sage-femme enseignant de l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble.

Je remercie plus particulièrement :

Pour sa patience, son implication et ses conseils tout au long de ce travail

- Dr José LABARERE, Médecin de Santé Publique au CHU de Grenoble, Directeur de ce mémoire ;

Pour sa disponibilité et ses encouragements

- Mr Lionel DI MARCO, Sage-femme enseignant de l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble, Guidant de ce mémoire.

Je remercie aussi :

Pour leur confiance et leur soutien tout au long de ces années

Mes parents, Benoît et Thomas mes frères, et tous mes proches

Pour son amour, sa patience et sa compréhension

Matthieu AUGIER

Pour notre cohésion et leur confiance tout au long de ces quatre dernières années

L'ensemble de la promotion 2010-2014, et plus particulièrement

Sandy BERNARD-GRANGER, Mylène GOMEZ, Anne DEMAZEAU

Pour sa patience immense durant mes trois premières années à l'école de Sages-femmes, je remercie tout particulièrement

Thomas CALLENDRET

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION	2
MATERIEL ET METHODES	4
TYPE D'ETUDE.....	4
ÉCHANTILLON D'ETUDE	4
RECUEIL DES DONNEES	5
CRITERES DE JUGEMENT	5
NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRE	6
ANALYSE STATISTIQUE	6
RESULTATS	8
Figure 1. Diagramme de flux des patients.....	8
Tableau I. Caractéristiques à l'inclusion des couples mères-enfants en fonction de l'observance des pratiques professionnelles recommandées en maternité.....	10
Tableau II. Résultats du projet d'allaitement maternel en fonction de l'observance des pratiques professionnelles recommandées en maternité	12
Tableau III. Caractéristiques indépendamment associées au risque instantané de sevrage (N=993).....	14
DISCUSSION	15
BIAIS ET LIMITES	17
CONCLUSION	19
BIBLIOGRAPHIE	20
ANNEXES	24
Annexe 1. Caractéristiques indépendamment associées au risque instantané de sevrage après imputation multiple des valeurs manquantes (N=993).....	25
Annexe 2. Caractéristiques de l'échantillon en fonction de la cohabitation mère-enfant en maternité.....	26
Annexe 3. Caractéristiques de l'échantillon en fonction de l'absence de don de complément en maternité	28
Annexe 4. Caractéristiques de l'échantillon en fonction de l'éviction de la tétine en maternité.....	30
Annexe 5. Caractéristiques de l'échantillon en fonction d'une tétée dans l'heure suivant la naissance en maternité.....	32
RESUME	34

ABREVIATIONS

UNICEF: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

BAS: Breastfeeding Assessment Score

IHAB: Initiative Hôpital Ami des Bébé

INTRODUCTION

Les bénéfices de l'allaitement maternel ont été largement démontrés tant pour la santé du nouveau-né que pour celle de la mère (1) (2) (3) (4). De ce fait, les recommandations préconisent l'allaitement maternel exclusif jusqu'au 6^{ème} mois puis sa poursuite de manière partielle jusqu'à la fin de la première année du postpartum (4) (5).

En France, la proportion de mères initiant un allaitement maternel a régulièrement augmenté en maternité, atteignant 69% en 2012 (6). Néanmoins, la prévalence de l'allaitement maternel n'était plus que de 54% à l'issue du premier mois du postpartum (6). En effet, une proportion importante des sevrages survient au cours des deux premières semaines du postpartum, voire dès le retour à domicile (7) (8).

Outre la motivation et les caractéristiques maternelles (9) (10) (11), les pratiques professionnelles en maternité jouent un rôle primordial dans la mise en place d'un allaitement durable (12). Elles incluent notamment l'initiation de l'allaitement dans les 30 minutes suivant la naissance, la cohabitation mère-enfant 24 heures sur 24, l'éviction de la tétine et l'exclusion de tout autre apport que le lait maternel (notamment le don de compléments), sauf indication médicale particulière, au cours du séjour en maternité. Ces pratiques professionnelles ont été promues dans plus de 20.000 hôpitaux répartis dans 156 pays, dans le cadre de l'initiative *hôpitaux amis des bébés* soutenue conjointement par l'Organisation Mondiale pour la Santé et l'UNICEF depuis 1991 (13). Néanmoins, les données issues des essais randomisés et des méta-analyses d'essais sur lesquelles ces recommandations de pratiques professionnelles reposent sont limitées voire contradictoires (14) (15) (16) (17) (18). De plus, peu d'études ont examiné si l'effet de ces pratiques professionnelles s'additionnait et aucune n'a été conduite en France à notre connaissance (19) (20).

L'objectif principal de cette étude était de déterminer s'il existait une relation croissante entre le nombre de pratiques professionnelles observées en maternité et la poursuite de l'allaitement maternel au cours des six premiers mois du postpartum. Notre hypothèse était que la combinaison des pratiques professionnelles recommandées était associée à une durée plus longue d'allaitement maternel. La mise en évidence d'une telle relation constituerait un argument supplémentaire en faveur de la nature causale de la relation entre l'observance des pratiques professionnelles recommandées en maternité et la poursuite de l'allaitement maternel.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient de déterminer la durée médiane de l'allaitement maternel, ainsi que de comparer la satisfaction maternelle par rapport au projet d'allaitement et la survenue de difficultés en fonction du respect des pratiques professionnelles recommandées en maternité.

MATERIEL ET METHODES

Type d'étude

Nous avons réalisé une analyse post hoc des données originales d'une étude de cohorte prospective multicentrique dont la méthode et les résultats ont été publiés précédemment (21). Brièvement, l'étude originale avait été conduite dans huit maternités situées en région Aquitaine, Picardie et Rhône-Alpes. Une maternité était située dans un centre hospitalier universitaire, quatre dans un centre hospitalier général et trois dans une clinique. Le nombre annuel médian d'accouchements était de 1476 par maternité (étendue, 871 à 2919) et le pourcentage médian de mères allaitant à la sortie de la maternité était de 68% (étendue, 22 à 76%). Le consentement écrit de toutes les mères participantes a été recueilli. Le protocole d'étude avait été approuvé par le Comité Consultatif de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Échantillon d'étude

Tous les couples mères-enfants ont été évalués pour inclusion sept jours par semaine, pendant une période d'un mois en 2005 et en 2006, respectivement. Étaient éligibles les mères ayant accouché d'un enfant unique d'âge gestationnel supérieur à 37 semaines révolues et de poids de naissance supérieur à 2500g et qui allaitaient le jour de leur sortie de maternité. Étaient exclus de l'étude les couples mères-enfants dont l'enfant avait été admis dans une unité de néonatalogie, ou dont la mère était âgée de moins de 18 ans, ne voulait ou ne pouvait participer à l'étude, ne pouvait s'exprimer en français, ou ne pouvait se conformer au suivi de l'étude (personnes sans domicile fixe).

Recueil des données

Dans chaque maternité, un pédiatre ou une sage-femme a recueilli de manière prospective les caractéristiques à l'inclusion des couples mère-enfant ainsi que les pratiques professionnelles recommandées en maternité. Le délai de première mise au sein, quantifié en minutes, a été recueilli en même temps que les caractéristiques du nouveau-né à la naissance. La cohabitation mère-enfant 24 heures sur 24, l'éviction de la tétine, et l'absence de don de complément ont été recueillies sur toute la durée du séjour du postpartum à partir des informations colligées dans le dossier médical et obstétrical. Le nombre de pratiques professionnelles recommandées en maternité a été discrétisé en quatre catégories.

Les données nécessaires au calcul de la version française du *Breastfeeding Assessment Score* (BAS) ont également été recueillies au cours du séjour en maternité (22). Le BAS est un score prédictif du risque de sevrage au 10^{ème} jour du postpartum, dont les valeurs sont comprises entre -6 et +10. Dans l'étude de dérivation originale, un score inférieur à 8 était prédictif d'un risque augmenté de sevrage (7).

Deux enquêtrices de formation médicale ont réalisé un suivi téléphonique des mères par entretien structuré à 4 et 26 semaines du postpartum. Elles ont réalisé cinq tentatives de contact à différentes dates et heures de la journée avant de considérer que la mère était injoignable. Les informations recueillies au cours de l'entretien téléphonique incluaient la notion d'allaitement maternel au cours des 24 heures précédant l'appel, la date et le motif de sevrage le cas échéant, les difficultés d'allaitement rencontrées depuis le retour à domicile et la satisfaction relative à l'expérience d'allaitement maternel évaluée sur une échelle à quatre modalités de réponse (23).

Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la poursuite de l'allaitement maternel, évaluée par la durée médiane et le pourcentage de poursuite à 4 et 26 semaines du post-partum, respectivement.

Les critères de jugement secondaires étaient la survenue d'une ou plusieurs difficultés d'allaitement rencontrées après le retour à domicile et la satisfaction relative à l'expérience d'allaitement. L'allaitement incluait l'allaitement exclusif, l'allaitement prédominant, et l'allaitement complémentaire. La durée d'allaitement était égale à l'âge de l'enfant lors du sevrage et était censurée à 26 semaines pour les mères qui allaitaient encore à cette date.

Nombre de sujets nécessaire

S'agissant d'une analyse post hoc, la taille de l'échantillon a été guidée par le nombre de sujets inclus dans l'étude originale.

Analyse statistique

Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages, et les variables quantitatives par la médiane et l'espace interquartile (25^{ème} et 75^{ème} percentiles). Les caractéristiques à l'inclusion ont été comparées en fonction du nombre de pratiques professionnelles recommandées en maternité à l'aide du test du χ^2 , remplacé par la probabilité exacte de Fisher si nécessaire, pour les variables qualitatives et à l'aide du test non-paramétrique de Kruskal-Wallis pour les variables quantitatives continues.

La durée d'allaitement a été analysée comme une donnée de survie censurée et estimée par la méthode de Kaplan-Meier. En analyse univariée, la poursuite de l'allaitement a été comparée en fonction du nombre de pratiques professionnelles recommandées en maternité, à l'aide du test du logrank. En analyse multivariée, nous avons utilisé un modèle de Cox pour examiner s'il existait une association indépendante entre le risque instantané de sevrage et le nombre de pratiques professionnelles recommandées, après ajustement sur l'âge maternel, la césarienne, l'anesthésie péridurale, le tabagisme, la primiparité, la vie en couple, l'absence d'emploi, et le site d'étude. Un rapport de risque instantané supérieur à 1,00 indiquait un risque accru de sevrage. Pour vérifier la robustesse des résultats de l'analyse multivariée, nous avons utilisé une procédure d'imputation multiple des valeurs manquantes. Pour cela, ont été introduits dans le modèle d'imputation l'âge maternel, la césarienne, l'anesthésie péridurale, le tabagisme,

la primiparité, la vie en couple, l'absence d'emploi, le poids de naissance, le sexe de l'enfant, l'observance pour chacune des quatre pratiques professionnelles recommandées en maternité, le site d'étude, et la durée d'allaitement. Soixante échantillons ont été générés avec un nombre total de 60.000 itérations et des imputations réalisées toutes les 1000 itérations.

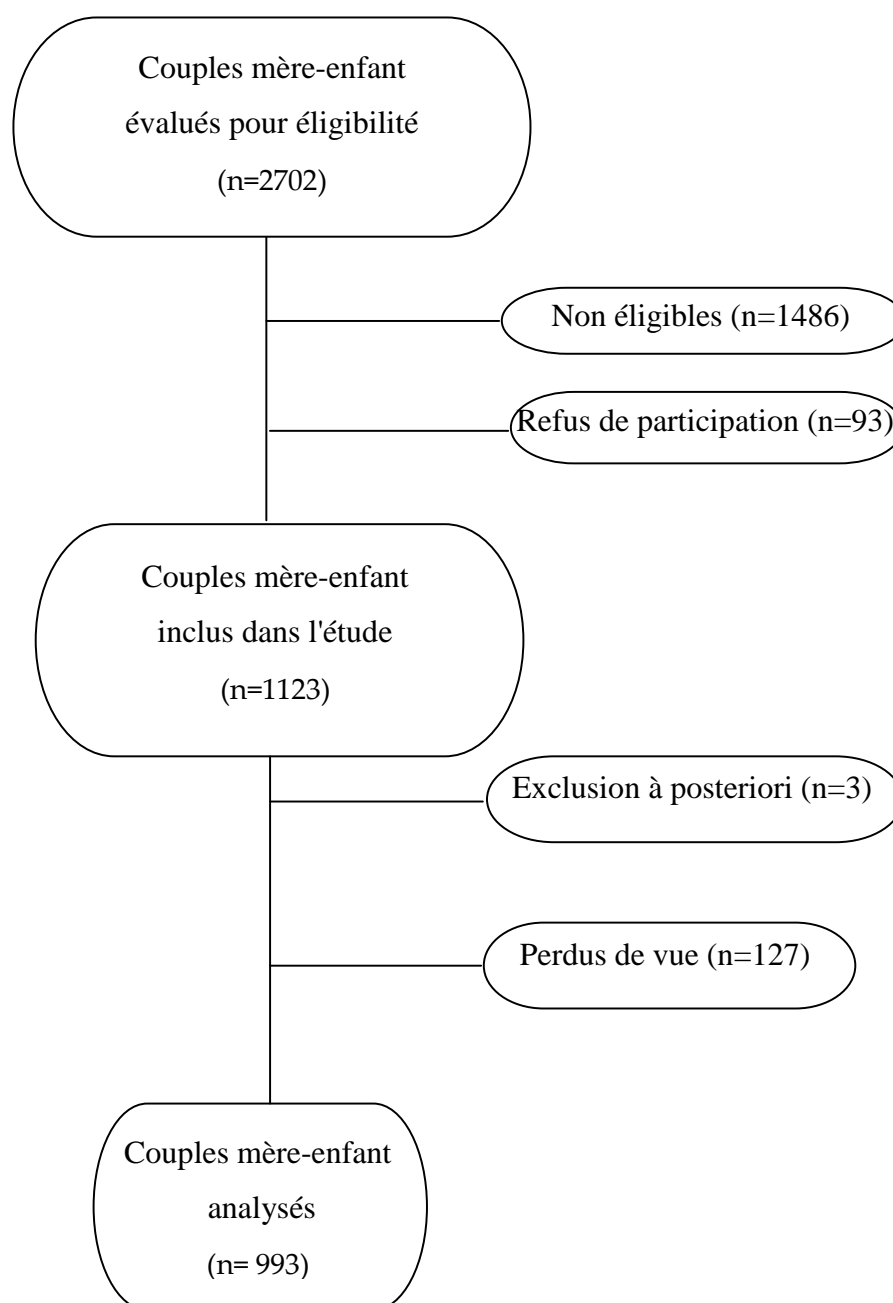
Le pourcentage de mères assez ou très satisfaites avec leur expérience d'allaitement ainsi que le pourcentage de mères ayant rapporté une ou plusieurs difficultés au cours de l'allaitement ont été comparés en fonction du nombre de pratiques professionnelles recommandées en maternité à l'aide du test du Khi^2 de tendance.

Le seuil de signification statistique retenu était de 0,05. Les estimations ponctuelles ont été encadrées d'un intervalle de confiance à 95%. L'adéquation d'un modèle de tendance linéaire aux données a été systématiquement vérifiée par un test statistique adapté. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata 11.0 (Stata Corporation, College Station, TX).

RESULTATS

Des 1123 couples mères-enfants inclus dans l'étude originale, trois (0,2%) ont été exclus du fait de la découverte d'un critère d'exclusion à posteriori, et 127 mères (11,3%) ont refusé de participer à l'entretien téléphonique de suivi ou n'ont pu être jointes. Finalement, l'échantillon d'analyse était constitué de 993 couples mères-enfants (figure 1).

Figure 1 : Diagramme de flux des patients



Globalement, les mères avaient un âge médian de 30 ans, 444 (44,8%) étaient primipares et 151 (15,4%) avaient bénéficié d'une césarienne (Tableau I). Des 858 couples mères-enfant pour lesquels le BAS a pu être calculé, 376 (43,8%) avaient un score inférieur à 8. La durée médiane de séjour en maternité était de 4 jours du postpartum (intervalle interquartile, 4 à 5 jours). A la fin de la période de suivi, 383 mères (38,6%) avaient repris une activité professionnelle avec un délai médian de 18 semaines (intervalle interquartile, 13 à 20 semaines).

L'observance des pratiques professionnelles recommandées en maternité était comprise entre 64,9% pour la mise au sein dans l'heure suivant la naissance et 78,8% pour la cohabitation mère-enfant 24 heures sur 24 (Tableau I). Au total, l'effectif de mères bénéficiant de quatre, trois, deux, et une ou aucune pratiques professionnelles recommandées en maternité était respectivement de 315 (34,7%), 309 (34,0%), 186 (20,5%) et 98 (10,8%). La primiparité, la naissance par césarienne, la réalisation d'une anesthésie péridurale, une valeur du BAS inférieure à 8, et l'absence d'emploi étaient associés à une moindre observance des quatre pratiques professionnelles recommandées en maternité (Tableau I).

Tableau I. Caractéristiques à l'inclusion des couples mères-enfants en fonction de l'observance des pratiques professionnelles recommandées en maternité.

Caractéristiques ^a	Nombre de pratiques professionnelles recommandées en maternité ^a										P
	Tous (N=993)		0-1 (N=98)		2 (N=186)		3 (N=309)		4 (N=315)		
Age, <i>année</i> , médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	30	(27-33)	30	(27-34)	30	(27-33)	30	(27-33)	30	(28-33)	0,49
Primiparité, <i>n</i> (%)	444	(44,8)	51	(52,0)	88	(47,6)	145	(46,9)	116	(36,8)	0,01
Tabagisme, <i>n</i> (%)	222	(22,3)	17	(17,5)	47	(25,3)	73	(23,6)	70	(22,3)	0,50
Césarienne, <i>n</i> (%)	151	(15,4)	42	(42,9)	41	(22,3)	42	(13,7)	11	(3,5)	<0,001
Anesthésie péridurale, <i>n</i> (%)	760	(76,5)	92	(93,9)	153	(82,3)	231	(74,8)	223	(70,8)	<0,001
<i>Breastfeeding assessment score</i> <8, <i>n</i> (%)	376	(43,8)	68	(72,3)	100	(61,7)	112	(41,5)	67	(24,6)	<0,001
Vie en couple, <i>n</i> (%)	976	(98,4)	94	(95,9)	186	(100)	304	(98,7)	310	(98,4)	0,05
Niveau d'études ≤ au baccalauréat, <i>n</i> (%)	274	(28,5)	33	(35,1)	48	(26,5)	84	(28,2)	85	(27,8)	0,48
Sans emploi, <i>n</i> (%)	70	(7,3)	15	(16,3)	14	(7,8)	15	(5,0)	21	(6,9)	0,004
Poids de naissance, <i>gramme</i> , médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	3340	(3100-3640)	3325	(3050-3620)	3327	(3100-3610)	3320	(3087-3615)	3380	(3100-3680)	0,49
Sexe masculin, <i>n</i> (%)	502	(51,2)	48	(49,5)	96	(51,9)	165	(54,6)	144	(46,1)	0,20
Pratiques en maternité, <i>n</i> (%)											
Eviction de la tétine	725	(75,3)	20	(20,4)	93	(50,0)	248	(80,3)	315	(100)	<0,001
Cohabitation mère-enfant 24 h / 24	774	(78,8)	29	(29,6)	114	(61,3)	259	(83,8)	315	(100)	<0,001
Exclusion de tout autre apport que le lait maternel	717	(73,0)	8	(8,2)	81	(43,5)	257	(83,2)	315	(100)	<0,001
Mise au sein dans l'heure suivant la naissance	612	(64,9)	27	(27,5)	84	(45,2)	163	(52,7)	315	(100)	<0,001

Tableau I. Caractéristiques à l'inclusion des couples mères-enfants en fonction de l'observance des pratiques professionnelles recommandées en maternité.

^a *Les données n'étaient pas renseignées pour l'âge maternel (n=3), la parité (n=1), le tabagisme avant ou pendant la grossesse (n=6), l'accouchement par césarienne (n=12), le BAS (n=135), la vie en couple (n=1), le niveau d'études (n=32), l'absence d'emploi (n=39), le poids de naissance (n=3), le sexe de l'enfant (n=13), l'éviction de la tétine en maternité (n=30), la cohabitation mère-enfant en maternité (n=11), l'exclusion de tout apport autre que le lait maternel en maternité (n=11), la mise au sein dans l'heure suivant la naissance (n=50), et le nombre de pratiques recommandées (n=85).*

Globalement, la durée médiane d'allaitement maternel était de 18 semaines (intervalle interquartile, 9 à plus de 26 semaines), avec 87,6% et 31,5% des mères poursuivant l'allaitement à 4 et 26 semaines du postpartum, respectivement (Tableau II). En analyse univariée, la durée médiane et la poursuite de l'allaitement maternel à 4 et 26 semaines étaient associées à l'observance des pratiques professionnelles recommandées en maternité (Tableau II).

Tableau II. Résultats du projet d'allaitement maternel en fonction de l'observance des pratiques professionnelles recommandées en maternité

	Nombre de pratiques professionnelles recommandées en maternité ^a					P
	Tous (N=993)	0-1 (N=98)	2 (N=186)	3 (N=309)	4 (N=315)	
Allaitement maternel ^b						0,001
à 4 semaines, %	87,6	82,6	83,3	87,4	92,4	
à 26 semaines, %	31,5	25,6	24,9	29,5	38,7	
durée, <i>semaine</i> , médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	18 (9-26+)	15 (9-26+)	17 (8-25)	16 (9-26+)	21 (12-26+)	
Très / assez satisfaite par rapport à l'expérience d'allaitement, <i>n</i> (%)	894 (90,2)	81 (82,6)	164 (88,2)	276 (89,9)	297 (94,3)	<0,001^c
Survenue d'une ou plusieurs difficultés d'allaitement, <i>n</i> (%)	509 (51,3)	56 (57,1)	110 (59,1)	158 (51,3)	140 (44,4)	0,001^c

Tableau II. Résultats du projet d'allaitement maternel en fonction de l'observance des pratiques professionnelles recommandées en maternité

^a *Les données n'étaient pas renseignées pour le nombre de pratiques recommandées (n=85) et la satisfaction relative à l'expérience d'allaitement maternel (n = 2).*

^b *La proportion de couples mères-enfants poursuivant l'allaitement maternel à 4 et 26 semaines ainsi que la durée médiane d'allaitement maternel ont été estimées par la méthode de Kaplan Meier et comparées à l'aide du test du logrank pour l'analyse de données censurées.*

^c *Le degré de signification correspond à un test du Khi² de tendance.*

Après ajustement sur le site d'étude et les caractéristiques à l'inclusion, le rapport de risque instantané de sevrage de l'allaitement maternel associé à l'observance de trois, deux et une ou aucune pratiques professionnelles était de 1,32, 1,54 et 1,59 comparativement à l'observance des quatre pratiques professionnelles recommandées en maternité (p de tendance <0,001, Tableau III). Les résultats de l'analyse multivariée demeuraient inchangés après imputation multiple des données manquantes (Annexe 1).

Tableau III. Caractéristiques indépendamment associées au risque instantané de sevrage (N=993).

Caractéristiques	Rapport de risque instantané ajusté (intervalle de confiance à 95%) ^a	<i>P</i>
Nombre de pratiques professionnelles recommandées en maternité		<0,001^b
4 (référence)	1,00 -	
3	1,32 (1,06-1,64)	
2	1,54 (1,20-1,98)	
0-1	1,59 (1,13-2,25)	
Age maternel, <i>année</i>	0,99 (0,97-1,02)	0,86
Césarienne	0,97 (0,75-1,26)	0,81
Anesthésie péridurale	1,19 (0,93-1,51)	0,16
Tabagisme	1,42 (1,16-1,75)	0,001
Sans emploi	0,93 (0,65-1,32)	0,70
Vie en couple	1,37 (0,56-3,37)	0,49

^a Les rapports de risque instantané ont été estimés à l'aide d'un modèle de Cox multivarié incluant les variables listées dans le tableau et le site d'étude. Un rapport de risque instantané supérieur à 1,00 indique un risque augmenté de sevrage.

^b Le degré de signification correspond à un test de tendance.

Au total, 894 mères (90,2%) étaient très ou assez satisfaites de leur expérience d'allaitement maternel et 509 (51,3%) avaient connu une ou plusieurs difficultés d'allaitement depuis leur retour à domicile (Tableau II). L'observance d'un nombre croissant de pratiques professionnelles recommandées en maternité était associée à un pourcentage plus élevé de mères très ou assez satisfaites de leur expérience d'allaitement maternel et à une moindre fréquence de difficultés d'allaitement après le retour à domicile (Tableau II).

DISCUSSION

Conformément à notre hypothèse de départ, notre étude a montré que le respect de la totalité des quatre pratiques recommandées est associé à une augmentation de la durée de l'allaitement maternel à 4 et à 26 semaines du postpartum (92,4 et 38,7%). La durée médiane d'allaitement maternel est elle aussi augmentée (21 semaines).

Ces résultats concordent avec les données d'autres études sur le sujet. En effet, AM DiGirolamo (19,20) a montré, au sein de plusieurs études une augmentation de la durée de l'allaitement maternel en cas de respect de la totalité des pratiques recommandées par rapport au respect d'aucune. Les femmes pour lesquelles aucune des pratiques étudiées (allaitement dans l'heure suivant la naissance, absence de complément au cours du séjour, cohabitation mère-enfant, absence de tétine et allaitement à la demande) n'était respectée étaient 8 et 13 fois plus à risque de sevrage précoce (<6 semaines postpartum).

L'analyse multivariée conforte ce résultat, donnant un risque instantané de sevrage augmenté en cas de non observance de la totalité des pratiques recommandées. Celui-ci était en effet de 1,32, 1,54 et 1,59 en cas de respect de trois, deux, une ou aucune des pratiques recommandées au cours du séjour, comparativement au respect des quatre pratiques, ce qui conforte donc l'effet cumulatif de ces pratiques. Cette augmentation de la durée médiane d'allaitement est logiquement associée à une augmentation de la satisfaction maternelle, et inversement associée avec la survenue de difficultés au cours de l'allaitement.

Ces résultats peuvent s'expliquer par une meilleure prise en charge globale du couple mère-enfant et un meilleur accompagnement lors du séjour en maternité pour permettre le respect des recommandations. En effet, il faut une plus grande présence des praticiens auprès du couple mère-enfant afin de respecter ces quatre recommandations. Cette présence permet plus facilement de répondre aux questions des parents et de les accompagner au mieux lors de la mise en place de la lactation. Cet accompagnement global est d'ailleurs au centre de l'IHAB. Les professionnels y sont possiblement aussi plus sensibilisés et mieux formés à l'accompagnement et au soutien à l'initiation de l'allaitement maternel, ainsi qu'à sa prolongation dans à long terme.

Cela peut ainsi diminuer les difficultés maternelles et prolonger sensiblement l'allaitement maternel.

Cependant, dans la pratique quotidienne, il est parfois difficile d'être en accord avec certaines de ces recommandations. En effet, en cas de césarienne, il est souvent difficile de mettre en place une tétée précoce alors que la mère est en salle de réveil pendant les deux heures du postpartum immédiat. Il n'y est pas forcément possible d'y emmener l'enfant selon l'heure et l'activité en cours à la fois au sein de la salle d'accouchement que de la salle de réveil. De même, en cas de perte de poids importante du bébé, ou par exemple d'hypoglycémie néonatale, le don de lait artificiel peut être nécessaire pour préserver la santé de l'enfant. Celui-ci n'est pas forcément administré sous la forme d'un biberon, afin de ne pas perturber la succion néonatale (cuillère, DAL, seringue...). Il pourrait être intéressant d'étudier, en cas de don de complément au cours du séjour, l'impact de sa voie d'administration sur la durée de l'allaitement maternel.

La motivation maternelle pour l'allaitement est probablement aussi un critère important pour sa poursuite dans le postpartum. Il serait opportun d'inclure ce critère dans une étude ultérieure. En effet, les patientes ayant connaissance des recommandations ou ayant un fort souhait d'allaitement maternel peuvent par leur motivation favoriser le respect des pratiques professionnelles recommandées en refusant l'utilisation de complément ou d'une tétine par exemple, ou en sollicitant une mise au sein précoce en salle de naissance.

Contrairement à ce que nous attendions, nous avons observé peu de bénéfices à long terme entre le respect de zéro ou une ou de deux des pratiques recommandées, avec 25,6% d'allaitement à 26 semaines contre seulement 24,9% en cas de respect de deux pratiques. Cette discordance peut être expliquée par le type de pratiques respectées. Il pourrait être intéressant d'étudier la durée de l'allaitement en fonction du respect des pratiques professionnelles en discrétisant les différentes pratiques respectées dans chaque groupe afin de savoir si certaines associations de pratiques sont plus favorables à la poursuite de l'allaitement maternel que d'autres.

Individuellement, nous avons aussi mis en évidence un lien statistique entre l'éviction de la tétine et la poursuite de l'allaitement maternel, de même qu'entre l'absence de don de compléments au cours du séjour et la poursuite de l'allaitement maternel. Ces résultats sont retrouvés au sein de plusieurs méta-analyses. AM DiGirolamo (19) (20), a montré un effet protecteur de l'absence de don de complément au cours du séjour sur la durée de l'allaitement en plus du bénéfice en additionnant les différentes pratiques étudiées. Dans cette seconde étude, il montre aussi un effet protecteur de l'éviction de la tétine.

Contrairement à nos résultats, il démontre également une augmentation de la durée de l'allaitement en cas d'initiation de l'allaitement dans l'heure suivant la naissance (19) (20). Cette divergence peut être liée à un défaut de puissance de notre étude.

D'autres méta-analyses ont montré que le don de complément au cours du séjour (d'autant plus sans indication médicale chez un enfant à terme en bonne santé), diminue la durée de l'allaitement maternel (12) (14). A l'inverse, contrairement à notre étude, certaines études ne révèlent pas d'association entre la cohabitation mère-enfant en continue au cours du séjour, ou entre l'éviction de la tétine et la durée de l'allaitement maternel (15) (17). Ces résultats sont pourtant en accord avec les recommandations de l'IHAB (13).

Biais et limites

Cette étude a été conduite au sein de huit maternités françaises recrutées sur la base du volontariat. Il existe donc un possible biais d'auto-sélection susceptible de limiter la portée de nos résultats. Cependant, afin de limiter ce biais, ces maternités ont été recrutées dans des régions différentes, et étaient de niveau de soin et de statut différent.

Il existe aussi un biais d'attrition lié à la poursuite de cette étude jusqu'à 26 semaines du postpartum favorisant l'apparition de perdus de vue. De plus, les mères n'ayant pas été rappelées entre 4 et 26 semaines du postpartum, il est possible que la durée de l'allaitement maternel ne soit pas totalement exacte.

Certaines des informations recueillies l'ont été au sein du dossier médical. Il existe donc un biais lié au mauvais remplissage des dossiers par le personnel soignant en fonction du degré d'activité du service au moment de l'inclusion des patientes et de l'implication des professionnels pour l'étude.

Enfin, si les recommandations de l'IHAB préconisent une première mise au sein dans les 30 minutes suivant la naissance, notre étude a élargi cette durée à la première heure du postpartum. Cette imprécision est récurrente entre les recommandations IHAB et les différentes études publiées. En effet, les différentes méta-analyses traitant du sujet prennent elles aussi en compte la première heure du postpartum (12) (19) (20). Cette différence est peut-être due à une difficulté, en routine clinique, à mettre en place un allaitement dans les 30 minutes du postpartum, le personnel étant occupé à la délivrance, suture et autres actes prioritaires.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude confirment notre hypothèse selon laquelle le respect de la totalité des pratiques recommandées en maternité favorise la poursuite de l'allaitement maternel. De même, en plus d'augmenter la durée d'allaitement maternel, le respect de toutes les pratiques recommandées en maternité permet la diminution des difficultés maternelles liées à l'allaitement, tout en augmentant la satisfaction maternelle.

BIBLIOGRAPHIE.

1. Turck D.

Breast feeding: health benefits for child and mother.

Arch Pediatr. 2005;12S3:S145-S165. Epub 2005 Nov 21.

2. Salle B.

Infant nutrition

Bull Acad Natl Med 2009;193(2):431-46.

3. Kramer MS, Kakuma R.

Optimal duration of exclusive breastfeeding.

Cochrane Database Syst Rev 2012;8:CD003517.

4. Breastfeeding and the use of human milk.

Pediatrics 2012;129(3):e827-41.

5. Breast feeding: implementation and continuation through the first six months of life.

Recommendations (May 2002)

Gynecol Obstet Fertil. 2003;31(5):481-90.

6. Salanave B, de Launay C, Guerrisi C, Castetbon K.

Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane. 2012.

7. Hall RT, Mercer AM, Teasley SL, McPherson DM, Simon SD, Santos SR, et al.

A breast-feeding assessment score to evaluate the risk for cessation of breast-feeding by 7 to 10 days of age.

J Pediatr. 2002;141(5):659-64.

8. Ertem IO, Votto N, Leventhal JM.
The timing and predictors of the early termination of breastfeeding.
Pediatrics. 2001;107(3):543-8.

9. Branger B, Dinot-Mariau L, Lemoine N, Godon N, Merot E, Brehu S, et al.
Duration of breastfeeding from 15 maternity wards of the perinatal network in the Pays de la Loire area.
Arch Pediatr 2012;19(11):1164-76.

10. Labarere J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, Rivier A, Callec M, Polverelli JF, et al.
Initiation and duration of breastfeeding in obstetrical hospitals of Aix-Chambéry (France).
Arch Pediatr 2001;8(8):807-15.

11. Siret V, Castel C, Boileau P, Castetbon K, Foix L'hélias L.
Factors associated to breastfeeding up to 6 months in the maternity of Antoine-Beclere Hospital, Clamart
Arch Pediatr 2008;15(7):1167-73.

12. Wright A, Rice S, Wells S.
Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding.
Pediatrics 1996;97(5):669-75.

13. Pound CM, Unger SL.
The Baby-Friendly Initiative: Protecting, promoting and supporting breastfeeding.
Paediatr Child Health 2012;17(6):317-27.

14. Becker GE, Remington S, Remington T.
Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants
Cochrane Database Syst Rev 2011(12):CD006462.

15. Jaafar SH, Lee KS, Ho JJ.

Separate care for new mother and infant versus rooming-in for increasing the duration of breastfeeding.

Cochrane Database Syst Rev 2012;9:CD006641.

16. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T.

Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.

Cochrane Database Syst Rev 2012;5:CD003519.

17. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadat MS, Hauck FR.

Pacifiers and breastfeeding: a systematic review.

Arch Pediatr Adolesc Med 2009;163(4):378-82.

18. Perez-Escamilla R, Pollitt E, Lonnerdal B, Dewey KG.

Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview.

Am J Public Health 1994;84(1):89-97.

19. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein S.

Maternity care practices: implications for breastfeeding.

Birth 2001;28(2):94-100.

20. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB.

Effect of maternity-care practices on breastfeeding.

Pediatrics 2008;122 Suppl 2:S43-9.

21. Labarère J, Gelbert-Baudino N, Laborde L, Arragain D, Schelstraete C, Francois P.

CD-ROM-based program for breastfeeding mothers.

Matern Child Nutr 2010.

22. Laborde L, Fulcheri J, Gelbert-Baudino N, Schelstraete C, Mathieu M, Durand M, et al. Performance of the Breastfeeding Assessment Score for the prediction of early weaning in France.

Arch Pediatr. 2007;14(8):978-84. Epub 2007 May 23.

23. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Laborde L, Baudino F, Durand M, Schelstraete C, et al. Determinants of 6-month maternal satisfaction with breastfeeding experience in a multicenter prospective cohort study.

J Hum Lact 2012;28(2):203-10.

ANNEXES

Annexe 1. Caractéristiques indépendamment associées au risque instantané de sevrage après imputation multiple des valeurs manquantes (N=993)

Caractéristiques	Rapport de risque instantané ajusté (intervalle de confiance à 95%) ^a	<i>P</i>
Nombre de pratiques professionnelles recommandées en maternité		<0,001
4 (référence)	1,00 -	
3	1,32 (1,07-1,63)	
2	1,51 (1,18-1,92)	
0-1	1,54 (1,11-2,13)	
Age maternel, <i>année</i>	1,00 (0,98-1,02)	0,87
Césarienne	0,99 (0,78-1,26)	0,95
Anesthésie péridurale	1,18 (0,94-1,48)	0,15
Tabagisme	1,43 (1,18-1,74)	0,001
Sans emploi	0,87 (0,61-1,23)	0,42
Vie en couple	1,25 (0,59-2,68)	0,56

^a Les rapports de risque instantané ont été estimés à l'aide d'un modèle de Cox multivarié incluant les variables listées dans le tableau et le site d'étude. Une procédure d'imputation multiple des valeurs manquantes a été utilisée. Ont été introduits dans le modèle d'imputation l'âge maternel, la césarienne, l'anesthésie péridurale, le tabagisme, la primiparité, la vie en couple, l'absence d'emploi, le poids de naissance, le sexe de l'enfant, l'observance pour chacune des quatre pratiques professionnelles recommandées en maternité, le site d'étude, et la durée d'allaitement. Soixante échantillons ont été générés avec un nombre total de 60.000 itérations et des imputations réalisées toutes les 1000 itérations.

Annexe 2. Caractéristiques de l'échantillon en fonction de la cohabitation mère-enfant en maternité

Caractéristiques de l'échantillon	Cohabitation mère-enfant			P-value	
	Non (n=208)		Oui (n=774)		
Âge, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	30	(26-33)	30	(27-33)	0,42
Primiparité, n (%)	104	(50.0)	336	(43.5)	0,1
Préparation à la naissance < 8 séances, n (%)	156	(77.2)	563	(76.0)	0,78
Tabagisme, n (%)					0,97
non fumeuse	160	(76.9)	595	(77.5)	
avant grossesse	26	(12.5)	93	(12.1)	
au cours de la grossesse	22	(10.6)	80	(10.4)	
Césarienne, n (%)	64	(31.1)	84	(11.0)	<0,001
Anesthésie péridurale, n (%)	184	(88.5)	568	(73.4)	<0,001
BAS <8, n (%)	91	(50.0)	279	(41.8)	0,03
Durée anticipée de l'allaitement maternel, semaines, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	17,4	(8,7-26)	17,4	(8,7-26)	0,75
Durée du séjour, jours, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	5	(4-5)	4	(4-5)	<0,001
Niveau d'études ≤ au baccalauréat, n (%)	64	(31.2)	206	(27.7)	0,34
Statut marital, n (%)					0,99
en couple	205	(98.6)	760	(98.3)	
Catégorie socio-professionnelle, n (%)					0,15
Sans emploi et autres	17	(8.5)	53	(7.1)	
Col bleu	4	(2.0)	37	(5.0)	
Col blanc	180	(89.6)	652	(87.9)	
Âge médian de la reprise du travail,	18	(13-20)	18	(13-20)	0,63

semaines, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)					
Poids de naissance, g, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	3327,5	(3120-3630)	3345	(3080-3640)	0,81
Âge gestationnel, semaines, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	40	(39-40,88)	40	(39-40,43)	0,27
Sexe de l'enfant, <i>n</i> (%)					0,05
masculin	92	(44.9)	402	(52.6)	
Apgar à 1 minute <10, <i>n</i> (%)	23	(11.2)	103	(13.8)	0,35
Apgar à 5 minutes <10, <i>n</i> (%)	7	(3.4)	39	(5.3)	0,36
Apgar à 10 minutes <10, <i>n</i> (%)	4	(2.2)	16	(2.4)	0,99
Pratiques professionnelles en maternité, <i>n</i> (%)					
éviction de la tétine	135	(66.8)	584	(77.5)	0.002
absence de don de complément	126	(61.2)	587	(76.3)	<0,0001
mise au sein <1h après la naissance	109	(55.3)	499	(67.7)	0.001

Annexe 3. Caractéristiques de l'échantillon en fonction de l'absence de don de complément en maternité

Caractéristiques de l'échantillon	Don de complément			P-value	
	Non (n=717)		Oui (n=265)		
Âge, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	30	(27-33)	31	(27-34)	0,26
Primiparité, n (%)	300	(41.8)	139	(52.7)	0,003
Préparation à la naissance < 8 séances, n (%)	530	(77.4)	190	(73.9)	0,26
Tabagisme, n (%)					0,42
non fumeuse	553	(77.6)	204	(77.3)	
avant grossesse	90	(12.6)	28	(10.6)	
au cours de la grossesse	69	(9.7)	32	(12.1)	
Césarienne, n (%)	91	(12.8)	58	(22.2)	0,001
Anesthésie péridurale, n (%)	531	(74.1)	220	(83.0)	0,003
BAS <8, n (%)	194	(31.5)	179	(75.0)	<0,001
Durée anticipée de l'allaitement maternel, semaines, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	17,4	(8,7-26)	17,4	(8,7-26)	0,73
Durée du séjour, jours, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	4	(4-5)	4	(4-5,5)	<0,001
Niveau d'études ≤ au baccalauréat, n (%)	195	(28.0)	76	(29.9)	0,57
Statut marital, n (%)					0,58
en couple	703	(98.2)	262	(98.9)	
Catégorie socio-professionnelle, n (%)					0.007
Sans emploi et autres	43	(6.2)	27	(10.7)	
Col bleu	31	(4.5)	11	(4.4)	
Col blanc	617	(89.3)	214	(84.9)	

Âge médian de la reprise du travail, semaines, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	18	(13-20)	18	(13,5-21)	0,23
-Poids de naissance, g, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	3350	(3110-3650)	3320	(3060-3615)	0,29
Âge gestationnel, semaines, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	40	(39-40,57)	40	(39-40,59)	0,98
Sexe de l'enfant, <i>n</i> (%)					0,72
masculin	361	(50.9)	136	(52.3)	
Apgar à 1 minute <10, <i>n</i> (%)	95	(13.7)	32	(12.4)	0,67
Apgar à 5 minutes <10, <i>n</i> (%)	32	(4.7)	14	(5.4)	0,62
Apgar à 10 minutes <10, <i>n</i> (%)	16	(2.6)	4	(1.8)	0,61
Pratiques professionnelles en maternité, <i>n</i> (%)					
éviction de la tétine	590	(84.1)	132	(51.6)	<0,001
cohabitation mère-enfant	587	(82.3)	182	(69.5)	<0,001
mise au sein <1h après la naissance	457	(67.5)	150	(58.4)	0.009

Annexe 4. Caractéristiques de l'échantillon en fonction de l'éviction de la tétine en maternité

Caractéristiques de l'échantillon	Éviction de la tétine			P-value
	Non (n=238)		Oui (n=725)	
Âge, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	30 (27-33)	30	(27-33)	0,9
Primiparité, n (%)	101 (42.4)	331	(45.7)	0,41
Préparation à la naissance < 8 séances, n (%)	183 (79.9)	523	(75.1)	0,15
Tabagisme, n (%)				0,045
non fumeuse	175 (74.2)	567	(78.5)	
avant grossesse	26 (11.0)	90	(12.5)	
au cours de la grossesse	35 (14.8)	65	(9.0)	
Césarienne, n (%)	38 (16.1)	108	(15.1)	0,76
Anesthésie péridurale, n (%)	198 (83.2)	544	(75.0)	0,01
BAS <8, n (%)	129 (61.1)	237	(37.9)	<0,0001
Durée anticipée de l'allaitement maternel, semaines, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	1,7 (8,7-26)	17,4)	(8,7-26)	0,93
Durée du séjour, jours, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	5 (4-5)	4	(4-5)	0,55
Niveau d'études ≤ au baccalauréat, n (%)	78 (33.9)	187	(26.6)	0,04
Statut marital, n (%)				0,35
en couple	233 (97.9)	715	(98.8)	
Catégorie socio-professionnelle, n (%)				0,13
Sans emploi et autres	22 (9.7)	46	(6.6)	
Col bleu	13 (5.7)	27	(3.9)	
Col blanc	193 (84.7)	624	(89.5)	
Âge médian de la reprise du travail,	18 (15-21)	18	(13-20)	0,33

semaines, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)					
-Poids de naissance, g, 3320 médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	(3100-3620)	3350	(3100-3650)	0,76	
Âge gestationnel, 39,79 semaines, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	(39-40,4)	40	(39-40,57)	0,66	
Sexe de l'enfant, <i>n</i> (%)				0,77	
masculin 123	(51.3)	362	(50.7)		
Apgar à 1 minute <10, 24 <i>n</i> (%)	(10.3)	99	(14.1)	0,15	
Apgar à 5 minutes <10, 9 <i>n</i> (%)	(3.8)	36	(5.2)	0,6	
Apgar à 10 minutes <10, 4 <i>n</i> (%)	(2.1)	16	(2.6)	0,99	
Pratiques professionnelles en maternité, <i>n</i> (%)					
absence de don de compléments 112	(47.5)	590	(81.7)	<0,001	
cohabitation mère- enfant 170	(71.3)	584	(81.2)	0.002	
mise au sein <1h après la naissance 160	(68.4)	433	(63.4)	0,18	

Annexe 5. Caractéristiques de l'échantillon en fonction d'une tétée dans l'heure suivant la naissance en maternité

Caractéristiques de l'échantillon	Tétée dans l'heure suivant la naissance		P-value
	Non (n=331)	Oui (n=612)	
Âge, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	30 (27-33)	30 (27-33)	0,93
Primiparité, n (%)	172 (52.1)	243 (39.7)	<0,001
Préparation à la naissance < 8 séances, n (%)	232 (72.7)	463 (78.7)	0,048
Tabagisme, n (%)			0,02
non fumeuse	269 (81.5)	457 (74.9)	
avant grossesse	38 (11.5)	76 (12.5)	
au cours de la grossesse	23 (7.0)	77 (12.6)	
Césarienne, n (%)	111 (33.7)	29 (4.8)	<0,001
Anesthésie péridurale, n (%)	265 (80.0)	457 (74.6)	0,06
BAS <8, n (%)	151 (51.0)	209 (39.6)	0,002
Durée anticipée de l'allaitement maternel, semaines, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	17,4 (8,7-26)	17,4 (8,7-26)	0,8
Durée du séjour, jours, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	5 (4-6)	4 (4-5)	0,001
Niveau d'études ≤ au baccalauréat, n (%)	83 (26.0)	180 (30.3)	0,19
Statut marital, n (%)			0,79
en couple	324 (98.2)	603 (98.5)	
Catégorie socio-professionnelle, n (%)			0,21
Sans emploi et autres	24 (7.6)	43 (7.3)	
Col bleu	9 (2.8)	32 (5.4)	
Col blanc	284 (89.6)	516 (87.3)	
Âge moyen de la reprise	18 (13-20)	18 (13-20)	0,46

du travail, semaines, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)					
-Poids de naissance, g, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	3330	(3085-3610)	3330	(3090-3650)	0,72
Âge gestationnel, semaines, médiane (25 ^{ème} - 75 ^{ème} percentile)	39,86	(39-40,6)	40	(39-40,57)	0,37
Sexe de l'enfant, <i>n</i> (%)					0,01
masculin	187	(57.2)	287	(47.6)	
Apgar à 1 minute <10, <i>n</i> (%)	58	(18.2)	59	(9.9)	0,001
Apgar à 5 minutes <10, <i>n</i> (%)	25	(7.8)	17	(2.9)	0,001
Apgar à 10 minutes <10, <i>n</i> (%)	15	(5.3)	3	(0.6)	<0,001
Pratiques professionnelles en maternité, <i>n</i> (%)					
absence de don de compléments	220	(67.3)	457	(75.3)	0.011
cohabitation mère- enfant	238	(73.0)	499	(82.1)	0.001
éviction de la tétine	250	(77.2)	433	(73.0)	0,18

RESUME

Contexte : Les pratiques professionnelles en maternité jouent un rôle primordial dans la mise en place de l'allaitement et incluent notamment l'initiation de l'allaitement dans les 30 minutes suivant la naissance, la cohabitation mère-enfant 24 heures sur 24, l'éviction de la tétine, et l'exclusion de tout autre apport que le lait.

Objectifs : L'objectif principal de cette étude était de déterminer s'il existe une relation croissante entre le respect des pratiques recommandées en maternité et la durée de l'allaitement maternel.

Méthode : Nous avons utilisé les données originales d'une étude de cohorte prospective multicentrique incluant 993 mères allaitant le jour de leur sortie, recrutées dans huit maternités françaises en 2005 et 2006 et suivies par téléphone.

Résultats : L'effectif de mères bénéficiant des quatre pratiques professionnelles recommandées en maternité était de 315 (34,7%). La durée médiane d'allaitement maternel était de 18 semaines (intervalle interquartile, 9 à plus de 26 semaines), avec 87,6% et 31,5% des mères poursuivant l'allaitement à 4 et 26 semaines du postpartum. La durée médiane et la poursuite de l'allaitement maternel à 4 et 26 semaines étaient associées à l'observance des pratiques professionnelles recommandées. Après ajustement sur le site d'étude et les caractéristiques à l'inclusion, le rapport de risque instantané de sevrage de l'allaitement maternel associé à l'observance de trois, deux et une ou aucune pratiques professionnelles était de 1,32, 1,54 et 1,59 comparativement à l'observance des quatre pratiques professionnelles recommandées en maternité (p de tendance <0,001).

Conclusion : Le respect des quatre pratiques recommandées en maternité favorise la poursuite de l'allaitement maternel à 4 et 26 semaines du postpartum.