



HAL
open science

Vécu maternel et premier mois d'allaitement en contexte de restriction des visites en lien avec l'épidémie de Coronarivirus

Violette Scoarnec

► To cite this version:

Violette Scoarnec. Vécu maternel et premier mois d'allaitement en contexte de restriction des visites en lien avec l'épidémie de Coronarivirus. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03693865

HAL Id: dumas-03693865

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03693865>

Submitted on 13 Jun 2022

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2022

N°

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Violette SCOARNEC

Présentée et soutenue publiquement le mardi 12 avril 2022

**VÉCU MATERNEL ET PREMIER MOIS D'ALLAITEMENT EN CONTEXTE DE
RESTRICTION DES VISITES EN LIEN AVEC L'ÉPIDÉMIE DE CORONAVIRUS**

Président : Monsieur le Professeur Cyril FLAMANT

Directrice de thèse : Dr Cécile BOSCHER

Jurés : Dr Jean-Baptiste AMELINEAU

Pr Céline BOUTON

Pr Elise LAUNAY

Remerciements

Au Professeur Cyril Flamant, merci d'avoir accepté la présidence de ce jury de thèse.

Au Dr Cécile Boscher, pour m'avoir permis d'assister à quelques consultations d'allaitement puis pour avoir accepté d'encadrer mon travail de thèse. Merci pour tes conseils, ta supervision attentive, ton implication tout au long de cette recherche.

Au Dr Bernard Branger, je vous suis reconnaissante d'avoir partagé avec moi vos connaissances en pédiatrie ainsi qu'en statistiques au cours de rencontres qui m'ont beaucoup apporté.

A mon jury, la Professeure Céline Bouton, la Professeure Elise Launay, le Docteur Jean-Baptiste Amélineau, merci d'avoir accepté de juger ce travail de fin d'études.

A tous les professionnels de santé qui m'ont appris pendant toutes ces années, en particulier Denis Barba, Abdoulaye Diallo et bien sûr Frédéric Carton et le cabinet de Monnières.

A Mme Claude Daussy, co-initiatrice du projet à ses débuts, pour son implication dans ce travail.

A Blandine, sage-femme, pour sa participation en tant que co-investigatrice à cette recherche.

A toutes les sage-femmes et cadres sage-femmes ayant accepté de participer à l'enquête ainsi qu'à toutes les familles ayant eu la gentillesse d'y répondre.

A Alexandra Elbakyan, pour permettre à tant d'étudiants d'avoir accès aux études scientifiques à travers Sci-Hub.

Table des matières

Remerciements.....	2
Liste des abréviations.....	6
1. Introduction.....	8
1.1 Breast is best.....	8
1.2 Allaitement maternel en France.....	9
1.3 Crise sanitaire et confinement.....	11
1.4 Visites en maternité	12
2. Matériels et méthodes :.....	14
2.1 Design de l'étude :.....	14
2.2 Population étudiée.....	14
2.3 Période de recrutement des patientes.....	16
2.4 Suivi des patientes.....	16
2.5 Comparaison à une population témoin.....	17
2.6 Analyse statistique.....	18
3. Résultats.....	19
3.1 Population initiale recrutée.....	20
3.2 Questionnaires initiaux en maternité.....	22
3.2.1 Perdues de vue.....	23
3.2.2 Echecs précoces d'allaitement.....	24
3.2.3 Vécu des primipares	24
3.3 Ressenti maternel selon les restrictions de visites.....	24
3.4 Résultats de la cohorte à un mois.....	27
3.5 Comparaison des patientes à M+1 selon la poursuite ou non de l'allaitement :.....	28
3.6 Comparaison avec un groupe témoin.....	31
4. Discussion	34
4.1 Ce que nous montre cette étude	34
4.1.1 Un vécu maternel positif.....	34
4.2 Limites de l'étude.....	37
5. Conclusion.....	38
6. Bibliographie.....	40
Dossier de consentement remis aux patientes.....	45
Questionnaire téléphonique à un mois révolu.....	48

Table des figures

Figure 1: Taux d'allaitement selon l'âge de l'enfant, ELFE.....	10
Figure 2: Flow Chart de l'étude.....	19
Figure 3: Répartition des catégories socioprofessionnelles des patientes.....	21
Figure 4: Répartition géographique des accouchées.....	21
Figure 5: Répartition des régimes de visite dans les quatre maternités.....	24

Index des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques démographiques des patientes incluses.....	20
Tableau 2: Questionnaire de qualité de vie des accouchées (notes de 0 « en désaccord » à 5 « complètement d'accord »).....	22
Tableau 3: Initiation de l'allaitement en maternité (J3-J4).....	23
Tableau 4: Comparaison du vécu maternel selon la présence du père (notes de 0 = en désaccord à 5 = complètement d'accord).....	25
Tableau 5: Vécu des multipares selon la restriction imposée à la fratrie (notes de 0 = en désaccord à 5= complètement d'accord).....	26
Tableau 6: Questionnaire d'allaitement des patientes contactées à M + 1.....	27
Tableau 7: Comparaison de notre cohorte à l'étude du Dr Branger (2007).....	32

Liste des abréviations

AM : allaitement maternel

AVB : accouchement voie basse

CH : centre hospitalier

CHU : centre hospitalo-universitaire

CSP:catégorie socio-professionnelle

GHT : groupement Hospitalier de Territoire

IHAB : initiative hôpital ami des bébés

IMC : indice de masse corporelle

INSEE : institut national de la Statistique et Études économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PNNS : Plan National Nutrition Santé

PPN : préparation pour nourrisson

RSN:Réseau Sécurité Naissanc

SA : semaines d'aménorrhée

TL:tire-lait

UE : Union Européenne

1. Introduction

1.1 Breast is best

Si la lactation est un processus physiologique qui ne nécessite aucune compétence, allaiter son enfant est un comportement qui s'apprend. A ce jour, il persiste une confusion entre lactation et allaitement y compris au cours du cursus médical, menant à une formation minimaliste sur le sujet. Les connaissances des médecins semblent en effet venir d'une démarche personnelle volontaire et /ou par confrontation avec la pratique, plutôt qu'être issues d'un apprentissage académique(1) .

Pourtant, l'allaitement maternel est recommandé depuis les années 1990 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et par les organismes gouvernementaux (via le Plan National Nutrition Santé, PNNS) comme alimentation exclusive de l'enfant jusqu'à ses quatre (pour le PNNS) à six mois, et comme alimentation complémentaire de choix jusqu'aux deux ans de celui-ci(2) (3) (4).

En effet les bienfaits d'une alimentation au lait maternel, tant pour l'enfant que pour la mère, ont été démontrés dans de nombreuses études : du côté maternel par une réduction du risque carcinologique (sein et ovaire (5)), diminution du risque d'hémorragie de la délivrance. Concernant les enfants allaités, ceux-ci ont un moindre risque de syndrome métabolique à l'âge adulte, souffrent moins d'infections virales (gastro-intestinale, oto-rhino-laryngologique) en particulier pendant la première année de vie, et sont moins fréquemment hospitalisés pour une cause infectieuse (6,7)

D'autres bienfaits restent plus débattus, comme la perte de poids maternelle en post-partum, ou les performances cognitives à l'âge adulte des enfants allaités.

Sur un plan économique le lait maternel est une alimentation à faible coût pour les ménages. Par ricochet il permet des économies du système de soins en diminuant la morbidité maternelle et infantile(8). On estime qu'il est également avantageux pour les employeurs des jeunes parents, avec moins d'absences pour enfant malade même si les estimations en ce sens restent théoriques. Enfin l'argument écologique se fait entendre depuis une dizaine d'années en comparaison avec l'alimentation artificielle. On a pour exemple l'étude de Caldwell et al., qui estime qu'en 2016

les ventes de lait en poudre en Amérique du Nord ont rejeté plus d'un million de tonnes de CO².
(9)

1.2 Allaitement maternel en France.

Le taux d'initiation et de maintien de l'allaitement maternel en France est bien plus faible que celui de la moyenne des pays de l'Union Européenne (UE). Ce phénomène ne semble pas récent et n'a pas d'explication évidente. Ont été mis en avant le rôle des industriels du lait (10), au XIXe et début du XXe siècle « l'utilisation » plus généralisée et prolongée des nourrices en comparaison avec d'autres pays(11) ou encore l'emploi des femmes dans des industries ne permettant pas un maintien à domicile prolongé des mères.

On note malgré tout que ce faible taux s'est amélioré depuis les années 1990. Depuis une dizaine d'années les enquêtes de périnatalité retrouvent un taux d'initiation de l'allaitement stable, situé entre 65 et 70 % (dernière enquête Epopé en 2016 retrouvant 66% d'allaitement en maternité dont 52% d'allaitement exclusif).(12) Ce pourcentage est sujet à d'importantes variations régionales. Concernant les Pays de la Loire, la dernière enquête de périnatalité réalisée en 2016 retrouvait un taux d'allaitement maternel en sortie de maternité de 58%. Les dernières données issues du Programme de Médicalisation de Systèmes d'Information (PMSI) de l'année 2020, retrouvaient quant à elles un taux d'allaitement déclaré en sortie de maternité de 63,5% en Loire-Atlantique (données issues du Réseau Sécurité Naissance, RSN). Les données issues des registres du CHU de Nantes retrouvaient quant à elles 56 % d'allaitements exclusifs et 14 % d'allaitements mixtes en sortie de maternité au cours de l'année 2021.

Plusieurs facteurs peuvent être favorables à l'initiation d'un allaitement.

Certains facteurs ne sont pas modifiables: catégorie socioprofessionnelle, âge, antécédent d'allaitement, mode d'accouchement, pays de naissance des parents avec davantage d'allaitements parmi les couples nés à l'étranger.

D'autres paramètres sont modifiables : indice de masse corporelle (IMC) maternel, tabagisme maternel, moment de décision du mode d'alimentation de l'enfant(13).

Parmi les études ayant exploré le refus d'un allaitement parmi les mères, on constate que celles-ci sont statistiquement moins bien informées des bienfaits de l'allaitement pour elle-mêmes et pour leur bébé(14). Les mères évoquent une image de « praticité » de l'allaitement artificiel,

permettant une meilleure répartition des tâches avec le père de l'enfant, un maintien de leur intimité au moment de nourrir leur enfant en public et une réassurance par rapport aux quantités ingérées(15).

D'autre part on constate une diminution rapide de l'allaitement dès les premiers mois de vie de l'enfant(13) .

Figure : Prévalence de l'allaitement de la naissance à 12 mois, Étude Elfe 2011, France (n=17 562)

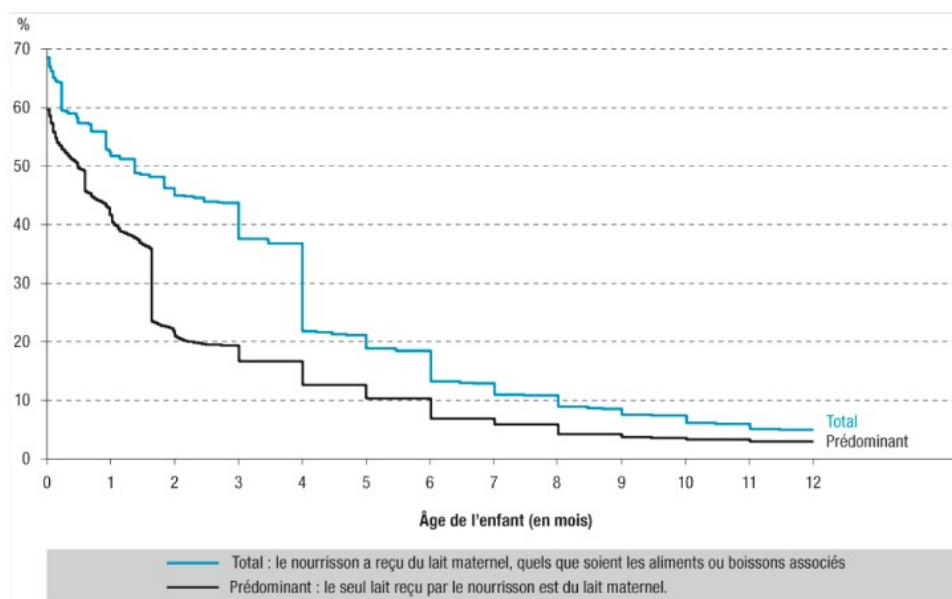


Figure 1: Taux d'allaitement selon l'âge de l'enfant, ELFE

La reprise du travail, la fatigue, l'impression que le lait maternel « ne suffirait pas » à l'enfant sont les arguments les plus fréquemment avancés par les mères pour expliquer ces arrêts précoces même si les raisons semblent varier en fonction du moment du sevrage. De plus, l'entourage des jeunes parents peut faire preuve d'incompréhension et décourager le choix d'une parentalité « proximale » en désaccord avec les anciens modèles (16).

Plusieurs mesures ont été proposées pour promouvoir l'allaitement maternel : information large des jeunes parents, recours systématique à des consultations prénatales et postnatales axées sur l'allaitement, allongement du congé maternité, développement des hôpitaux « initiative Amis des bébés » (IHAB) qui promeuvent l'allaitement maternel autour de plusieurs points clés(17,18). La formation et le temps consacré par le personnel médical sont également remis en cause, ce que

perçoivent bien les accouchées qui peuvent se sentir mises à l'écart : « le médecin n'a pas le temps » « il se concentrait uniquement sur le bébé »(19).

Ainsi, les objectifs du dernier Plan National Nutrition santé (PNNS) 2019-2023 sont un taux d'initiation de l'allaitement maternel de 75% et une durée médiane d'allaitement de 17 semaines quel que soit son type. Actuellement si la médiane d'allaitement quel qu'il soit est estimée à 15-17 semaines(20) (21) la médiane d'allaitement prédominant n'est que de 7 semaines.

1.3 Crise sanitaire et confinement

A partir du 16 mars 2020, la crise sanitaire liée à la pandémie de SARS-Cov-2 a conduit à une mise en danger des allaitements maternels : séparations mère-bébé en cas d'infection maternelle, questionnement sur la possibilité d'une transmission virale médiée par le lait, confinement de la population. Ainsi une diminution drastique des taux d'allaitement a pu être observée dans certaines maternités ayant appliqué un confinement strict malgré des retours rassurants concernant les infections à Coronavirus des nouveaux-nés(22) (23)

En France, l'allaitement maternel a continué à être encouragé. Cependant dans le but de diminuer le risque de dissémination intra-hospitalière du SARS-Cov 2 les mères se sont retrouvées isolées avec leur bébé en maternité pendant plusieurs semaines(24). Initialement déconseillées voire interdites, les visites ont par la suite été autorisées pour le père, puis parfois pour la fratrie selon un calendrier déterminé par chaque structure.

Ainsi dans les hôpitaux de Loire-Atlantique, le confinement en maternité a été total dans plusieurs maternités, tandis que d'autres toléraient un confinement du conjoint en suites de couches. Dans un deuxième temps, des aménagements ont permis davantage de souplesse quant aux visites des pères. La fratrie du nouveau-né, puis parfois la famille proche, ont pu par la suite avoir de nouveau accès aux visites.

Le retour des équipes était plutôt positif quant à la diminution du nombre de visiteurs, avec des services moins bruyants, une impression de meilleure prise en charge des dyades mère-bébé rapportées dans plusieurs services(25).

On constatait cependant un plus grand nombre de sorties anticipées (sorties moins de 48h après un accouchement par voie basse et moins de 4 jours après une césarienne) durant les périodes de restriction. En moyenne ces sorties précoces concernent 15 à 20% des patientes au CHU de Nantes. Durant l'année 2020, les registres mensuels de la maternité du CHU ont comptabilisé 28% de sorties précoces durant le mois d'avril, majoration statistiquement significative qui correspond à la période confinement strict. Les mois de mai et juin ont vu s'assouplir les mesures de visites avec un conjoint pouvant être présent ; durant cette période on retrouve un taux global de 25% de sorties anticipées.

Lors de la période de recrutement (du mois de juin au mois d'août 2020) le taux de sorties précoce lissé sur la période rejoignait le pourcentage habituel.

N'ayant pas collecté de données sur les sorties anticipées à cette période, il est difficile d'établir un lien de causalité entre ces variations et les confinements. Cependant il est possible que certaines patientes aient écourté leur séjour du fait des règles en vigueur lors de leur accouchement. En effet, durant la période de confinement strict à la maternité du CHU, une étude a retrouvé un taux de baby blues significativement supérieur en suites de couches en comparaison avec la période d'assouplissement des visites(26).

1.4 Visites en maternité

La visite des adultes convalescents a fait l'objet de peu d'études. Historiquement responsables du « nursing » du malade, les proches ont été ensuite évincés des soins voire du terrain hospitalier. (27) Dans le courant du XIXe siècle les visites telles qu'on les connaît à présent ont fait leur apparition en Europe.

Concernant les visites en service de pédiatrie, leurs bénéfices sur le développement de l'enfant et les liens familiaux sont bien établis(28). Les bienfaits pour les adultes sont moins clairs. On suppose qu'une ouverture excessive des services peut mener à un risque infectieux, et il a été prouvé que le taux de burn-out chez les soignants était plus élevé dans les services ne restreignant pas les familles malgré un meilleur vécu de ces dernières et du patient(29).

Plus généralement, on constate que les soignants et les usagers ont un ressenti différent sur les visites, les soignants les estimant épuisantes pour le malade et souhaitant une limitation en temps et en nombre des visiteurs. Les usagers, quant à eux, souhaiteraient une réglementation plus

souple même si les convalescents disent apprécier des temps de repos et qu'un tiers des patients souhaitent un respect des horaires de repas et aimeraient leurs proches n'assistent aux temps de soins(30)

Il a été mis en évidence que la diminution de certaines visites pouvait être positive en maternité. Aux États-Unis, hors pandémie, l'instauration du « Family Bonding Time », temps d'intimité pour le nouveau-né et ses parents en maternité, a permis une diminution des intrusions non sollicitées en chambre – de la part des visiteurs mais aussi du personnel hospitalier - et un meilleur taux d'initiation de l'allaitement maternel (31).

Le rôle de la présence précoce des pères dans le démarrage de l'allaitement n'est pas consensuel. On sait que leur implication permet une durée d'allaitement maternelle plus longue (32) mais le lien entre présence paternelle prolongée en maternité et poursuite de l'allaitement n'a pas été démontré (33).

Les restrictions de visites en contexte de pandémie et leur lien avec les taux d'allaitement en maternité ont fait l'objet d'une recherche à Grenoble durant la période de grippe H1N1 en 2009-2010. Cette étude ne retrouvait pas de diminution des arrêts très précoces entre le groupe des femmes « exposées aux visites » et au groupe « non exposées ». Cependant cette étude rétrospective n'explorait pas le vécu maternel ni la poursuite de l'allaitement dans la durée (34).

L'objectif de notre étude était d'évaluer si les privations de visites ont pu avoir un impact quel qu'il soit sur la poursuite et le maintien de l'allaitement maternel au premier mois de vie des nouveaux-nés.

L'objectif secondaire était d'explorer le vécu maternel pendant la période de limitations des visites du père et de la fratrie.

2. Matériels et méthodes :

2.1 Design de l'étude :

L'étude présentée est une recherche prospective, observationnelle et quantitative. Elle explore l'initiation et la poursuite d'un allaitement maternel exclusif ou mixte parmi une cohorte de patientes ayant subi des limitations de visites en maternité.

Cette cohorte exposée aux restrictions devait initialement être comparée à une cohorte « non exposée ».

Les questionnaires ont été élaborés par la cadre sage-femme supérieure de santé de la maternité du CHU de Nantes Mme Claude Daussy, et par moi-même.

Ils se composaient d'une partie descriptive concernant les données démographiques des patientes, les caractéristiques de leur accouchement, l'état clinique des nouveaux-nés.

Le questionnaire initial proposé explorait le ressenti maternel au cours du séjour en maternité et recueillait les caractéristiques d'initiation de l'allaitement.

Un second questionnaire a été modélisé afin d'explorer le développement de l'enfant, le suivi réalisé, la poursuite d'un allaitement exclusif, mixte ou artificiel. Ce questionnaire s'appuyait sur les données obtenues lors de l'étude du Dr B.Branger dans la région des Pays de la Loire durant l'année 2007(20) et était proposé à un mois révolu.

Ces questionnaires ont été présentés au Centre d'investigations cliniques de Nantes qui a autorisé cette recherche en tant qu'étude hors loi Jardé.

2.2 Population étudiée

Les dyades éligibles étaient constituées de parturientes majeures, sachant suffisamment lire et écrire le français, avant donné naissance à un enfant unique né à terme (> 36 semaines d'aménorrhée, SA) et n'ayant pas nécessité de transfert en unité de néonatalogie.

Du fait des besoins du questionnaire initial, les patientes bénéficiant d'une sortie très précoce n'ont pas été incluses, la mère devant séjourner au moins une nuit en maternité.

Les patientes en situation sociale précaire n'ont pas été incluses en prévision des difficultés de prise de contact à un mois.

Les patientes ont été recrutées sur les sites du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes, Saint-Nazaire, Ancenis et Châteaubriant.

A noter que deux des centres hospitaliers recrutés sont labellisés « IHAB » (Ancenis et Châteaubriant) et appliquent donc une politique active de promotion de l'allaitement.

Les centres IHAB doivent informer toutes les femmes enceintes sur les bienfaits de l'allaitement, et les guider vers la réussite de celui-ci en les conseillant au mieux par le biais de professionnels spécifiquement formés. L'allaitement à la demande, la limitation des biberons de complément et des tétines, le peau-à-peau précoce sont encouragés de même que le maintien du bébé 24 heures sur 24 avec sa mère. Les centres doivent également tenir un registre statistique de leur taux d'allaitement et proposer des pistes pour améliorer leurs résultats.

Du fait du faible recrutement de ces centres, les patientes ayant accouché dans une maternité IHAB n'ont pas été comparées au reste de la cohorte.

Les patientes pouvaient se retirer de l'étude à tout moment sans justification, que ce soit en maternité ou lors de l'appel à un mois.

Lors de l'étude nous avons pu recueillir 160 questionnaires (91 questionnaires au CHU, 53 à Saint-Nazaire, 12 à Ancenis et 4 à Châteaubriant). La proportion faible de questionnaires à Châteaubriant s'explique par la reprise d'un régime de visites plus permissif de façon plus précoce que dans les autres centres, avec autorisation de visites pour les grands-parents et la fratrie.

Cinq patientes ont été exclues a posteriori, soit car elles présentaient des critères d'exclusion (maîtrise du français ne permettant pas un échange téléphonique, sortie précoce de la maternité) soit du fait de questionnaires trop incomplets pour être informatifs.

Quatre patientes ont exprimé le souhait de se retirer de l'étude : certaines ne souhaitaient pas être suivies au bout d'un mois lors du rappel, d'autres ont exercé leur droit dès le séjour en maternité.

2.3 Période de recrutement des patientes

La période de recrutement des patientes s'est déroulée du 15 juin 2020 au 16 août 2020. Durant cette période les politiques de restriction ont varié entre les maternités et pour un même centre, différentes périodes ont été identifiées.

- Au CHU, le confinement a initialement été total (aucune visite). Sur la période de recrutement, du 15 juin au 22 juin, seul le conjoint était autorisé à visiter la maman en journée; à partir du 22 juin le conjoint pouvait être continuellement présent et la fratrie était autorisée de 15h à 18h.

-A Saint-Nazaire, le confinement a d'abord été total (soit confinement des deux parents sans allées et venues, soit absence totale de visites). Sur la période concernée, le conjoint était autorisé à rendre visite à sa famille de 9h à 19h, la fratrie a été admise à partir du premier juillet.

A Ancenis, courant mars le conjoint pouvait accéder à la salle de naissance et devait par la suite se confiner avec son épouse ou sortir définitivement de la maternité. Par la suite le conjoint était autorisé à venir en visites en journée, les enfants ont été autorisés à partir de début juillet.

A Châteaubriant, durant le mois de mars le conjoint devait être confiné à l'hôpital sans possibilité d'aller-retour durant le séjour en maternité. Dans un second temps des visites ont été rendues possibles. Les mineurs de moins de 15 ans n'étant pas autorisés à se rendre en maternité, il a été estimé que la fratrie n'avait pas pu rendre de visite au nouveau-né et à la mère pendant le laps de temps analysé.

Pour plus de clarté, les restrictions ont été divisées en sous catégories : autorisation de présence continue du père ou droit de visite simple d'une part, droit de visite ou interdiction de la fratrie d'autre part..

2.4 Suivi des patientes

Les questionnaires initiaux étaient remplis par les enquêtrices et la patiente de façon conjointe après recueil du consentement au lit de celle-ci, le jour théorique de sa sortie de la maternité. Ces questionnaires étaient anonymisés dès leur création.

Si une patiente abandonnait son allaitement en maternité, le questionnaire initial concernant le déroulement de l'allaitement (positions lors des tétées, montée de lait...) n'était pas complété car les items n'étaient plus pertinents. Le questionnaire de qualité de vie était recueilli quelle que soit l'issue de l'allaitement..

Les enquêtrices étaient les cadres sage-femmes ou les sage-femmes désignées par les maternités concernées, la sage-femme rédigeant son mémoire sur le sujet ou moi-même, alors interne en médecine.

Le second questionnaire devait être complété puis expédié par les patientes à l'issue du premier mois sur une boîte mail créée pour l'étude. Devant le peu de retours obtenu par mail (un seul retour de questionnaire dans les temps impartis) il a été décidé de joindre toutes les patientes par téléphone à l'issue du premier mois de vie de leur enfant. L'étudiante sage-femme rédigeant son mémoire sur le sujet et moi avons rappelé les patientes à l'issue du premier mois.

Les patientes ayant suspendu prématurément leur allaitement n'étaient pas rappelées ultérieurement.

Une patiente était déclarée « perdue de vue » si aucun contact n'avait pu être obtenu au bout d'au moins trois appels téléphoniques à des dates différentes, sans que celle-ci n'ait exprimé de souhait de ne pas être recontactée.

La période de rappel des patientes a eu lieu du 15 juillet jusqu'au mois de novembre 2020 du fait des difficultés à recontacter les patientes dans les temps impartis.

2.5 Comparaison à une population témoin

Un deuxième bras de patientes devait être recruté une fois les restrictions sanitaires levées, ce qui était initialement annoncé pour la rentrée 2020. Devant l'avancée de la pandémie et l'absence de levée des limitations de visites il a été décidé de comparer le premier bras recruté avec les données connues concernant la Loire Atlantique lors de l'étude de B.Branger (données de 2007). Malgré des différences concernant l'incorporation des dyades (prématurés inclus dans l'étude de

Branger, exclusion des sorties précoces dans notre groupe) c'est ce groupe qui nous a paru le plus proche au niveau des autres critères d'inclusion et au niveau géographique.

2.6 Analyse statistique

Le nombre de sujets nécessaire a été calculé pour respecter les critères suivants : différence attendue de 15 % entre les taux d'allaitement observés dans la région pour l'étude de B.Branger et les parturientes de l'enquête, avec une formulation bilatérale, un risque α de 0,05 et une puissance β de 80 %. Sous ces conditions, entre 180 et 200 femmes étaient nécessaires à l'enquête (source Open Epi).

Les 170 questionnaires ont été répartis dans quatre maternités rattachées au GHT : CHU de Nantes, CH de Saint-Nazaire, CH d'Ancenis, CH de Châteaubriant, en tenant compte de la proportion de naissances enregistrées dans chacune d'entre elles. (22) Ainsi, l'objectif était de recueillir 93 questionnaires à Nantes, 53 à Saint-Nazaire, 12 à Ancenis et 11 à Châteaubriant.

Les données ont été anonymisées dès leur recueil et colligées sous Excel.

L'analyse statistique s'est faite en utilisant les logiciels en ligne BiostaTGV et Epidata .

Selon l'analyse à réaliser, les tests du Chi2 (comparaison de pourcentages) ou de Student (comparaison des moyennes) ont été utilisés. Pour de petits effectifs le test de Fischer (pour les pourcentages) et le test de Wilcoxon pour les moyennes ont été employés.

Un test était considéré comme significatif si p était égal ou inférieur à 0,05.

3. Résultats

A partir de l'objectif de 170 questionnaires, 151 questionnaires ont été validés et analysés.

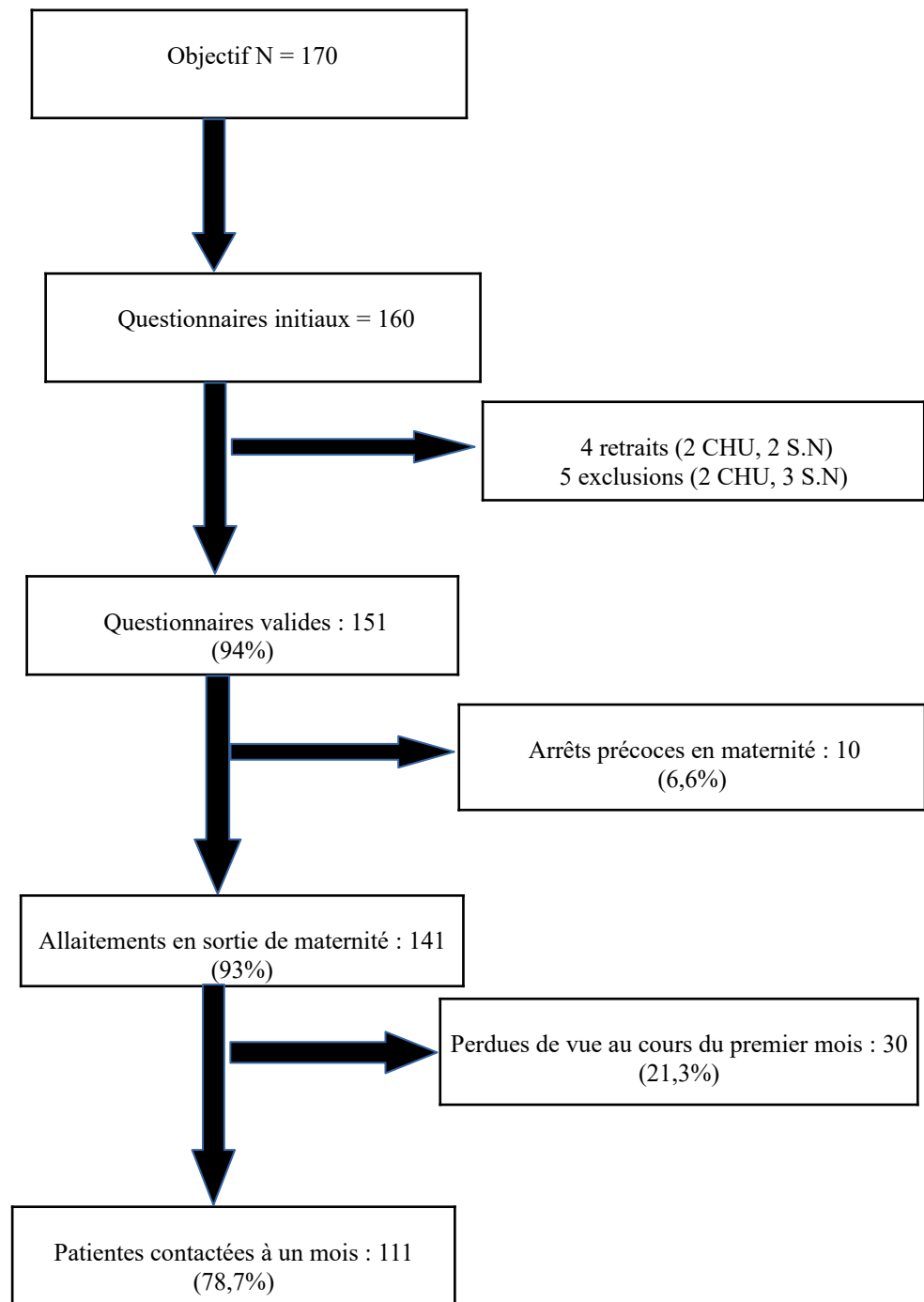


Figure 2: Flow Chart de l'étude

3.1 Population initiale recrutée

La description de la population étudiée a été présentée par Blandine Renaud, sage-femme lors de la soutenance de son mémoire de fin d'études(35). Les principaux critères sont repris dans les tableaux suivants :

Tableau 1: Caractéristiques démographiques des patientes incluses

	moyenne	médiane	écart type	minimum	maximum
Age (ans)	30,98	31	4,61	20	45
IMC (kg/m ²)	24,29	23	4,71	17,7	40
Parité	1,93	2	1,02	1	6
Durée séjour (jours)	4,11	4	1,24	2	8
Terme (SA + jours)	39 +5	39+4	3,42	36+5	42
Poids du nouveau-né (g)	3360	3360	414	2135	4280
Allaitement antérieur (%)	54,9				
Tabagisme (%)	5,9				

On note un pourcentage de femmes tabagiques inférieur au chiffre attendu (17% de patientes tabagiques en Pays de Loire dans la dernière enquête de périnatalité Epopé 2016). On retrouve 14% de césariennes dans notre cohorte contre 18 % dans l'enquête Epopé et 21% de césariennes pour l'ensemble des naissances de l'année 2021 au CHU de Nantes (structure ayant recruté le plus de patientes). Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que les femmes allaitantes sont moins souvent tabagiques et que le nombre d'allaitements est moins élevé parmi les femmes ayant eu une césarienne.

Concernant les allaitements antérieurs, on note que 88 % des multipares en avaient déjà fait l'expérience.

La catégorie socio-professionnelle des mères a été étudiée selon la grille de l'INSEE. Les patientes mères au foyer ou au chômage avant leur congé parental étaient comptabilisées dans la catégorie « sans profession » sans distinction.

Près de la moitié (44%) des patientes sont issues de catégories socioprofessionnelles favorisées (cadres ou professions intermédiaires). On note une sous-représentation de la classe ouvrière, qui a tendance à moins allaiter.

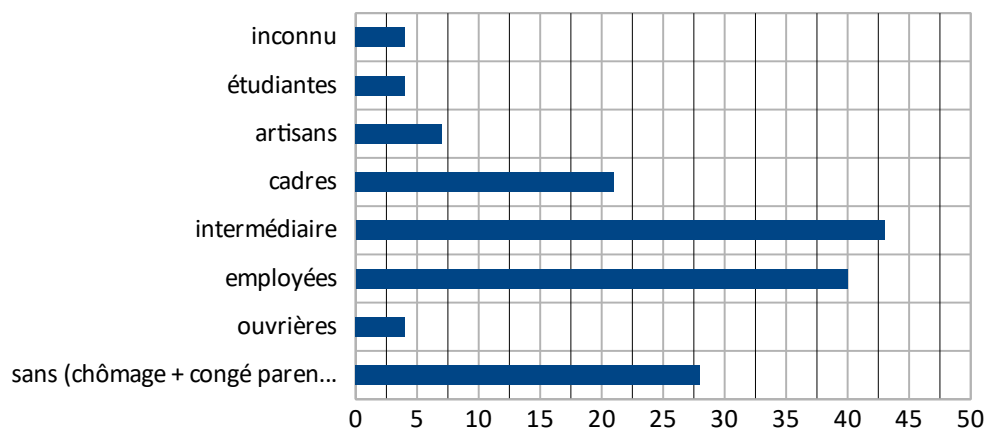
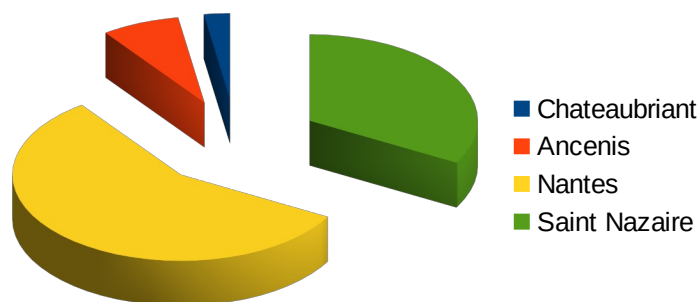


Figure 3: Répartition des catégories socioprofessionnelles des patientes

Concernant la distribution géographique des réponses, les centres hospitaliers de Nantes (niveau III) et de Saint-Nazaire (niveau IIB) sont très majoritaires en raison des proportions déjà présentées et du recrutement plus faible que prévu des petits centres. On comptabilisait 16 patientes ayant accouché dans des services labellisés IHAB.

Les derniers recueils connus concernant la région font état de 30% d'accouchements en maternité de niveau III tandis que notre étude comptabilise 57% d'accouchements en niveau III.

Figure 4: Répartition géographique des accouchées



Concernant les restrictions de visites, 48 % des pères pouvaient séjourner en maternité sans limitation et 52 % avaient des horaires de visites. Pour 61 % des familles les enfants étaient autorisés à venir en visite.

3.2 Questionnaires initiaux en maternité

Tableau 2: Questionnaire de qualité de vie des accouchées (notes de 0 « en désaccord » à 5 « complètement d'accord »)

	Moyenne	Médiane	Écart-type	Minimum	Maximum	Nombre réponses
Respect des professionnels	4,9	5	0,36	3	5	146
1 ou 2 sieste(s)	3,9	5	1,42	0	5	147
Restriction appréciée	3,6	4	1,57	0	5	149
Manque du conjoint*	2,4	3	1,81	0	5	126
Manque des aînés*	4	5	2,11	0	5	91
Solitude*	1,4	1	1,65	0	5	148
Repos	3,6	4	1,50	0	5	147
Soutien des choix	4,8	5	0,6	1	5	147
Manque des visites*	1,6	1	1,74	0	5	148
Moyens de communication appréciés	3,6	4	1,71	0	5	72

Les accouchées répondaient à des questions abordant leur vécu des limitations de visites. Le barème des réponses allait de 0 « en désaccord » à 5 « complètement d'accord ».

Certains thèmes explorent le vécu positif du séjour en maternité et une note élevée correspond à une grande satisfaction (possibilité de se reposer, respect des choix parentaux, possibilité de faire des siestes). D'autres questions concernent des aspects négatifs (manque des aînés, du conjoint, des visites, sentiment de solitude pendant le séjour) et sont marqués d'un astérisque, pour ces items un score élevé correspond à un mauvais vécu maternel.

Le questionnaire de qualité de vie permet de constater une satisfaction très élevée concernant le contact avec les professionnels de santé. La satisfaction était bonne concernant la possibilité de se reposer en maternité et le vécu des restrictions.

Le manque des visites a été mal vécu concernant les restrictions de visite des autres enfants de la fratrie.

On note peu de réponses concernant l'item sur les moyens de communication car la plupart des femmes déclaraient être déjà équipées des moyens nécessaires (smartphone). Nous n'avons donc pas exploré quels étaient les moyens proposés par chaque service.

Tableau 3: Initiation de l'allaitement en maternité (J3-J4)

	oui	Total	Pourcentages
Mère sait quand le bébé est prêt à têter	140	141	99,3
Crevasse/Douleurs	77	141	54,6
Perte plus de 8% du poids	36	136	26,5
Bébé a repris du poids	115	137	83,9
8 à 12 tétées/jour	125	140	89,3
Urines et selles fréquentes	116	140	82,9
1-2 positions d'allaitement maîtrisées	132	141	93,6
Montée de lait	113	141	80,1

On constate un nombre élevé de complications locales à type de douleurs et crevasses lors de l'initiation de l'allaitement, ainsi qu'une perte de poids ayant dépassé 8 % pour près d'un quart des nouveaux-nés lors du séjour. Au moment de leur sortie (J3-J4), plus de 15 % des nouveaux-nés n'ont pas encore repris de poids.

3.2.1 Perdues de vue

Une minorité de patientes n'a pas pu être recontactée malgré plusieurs rappels. Cette population perdue de vue a été comparée à la population contactée à un mois pour évaluer si la perte d'informations pouvait influencer sur les résultats finaux.

Sur le plan général, on constatait une sous cohorte constituée de multipares (moyenne de 2,4 enfant contre 1,8 pour les répondantes, $p = 0.03$) avec des durées de séjour plus courtes (3.6 jours contre 4.2 jours, $p = 0.02$). Ces durées de séjour courtes ne semblaient pas être liées à des conditions d'accouchement plus favorables avec un taux d'accouchements par voie basse comparable. Les observations concernant la mise en place de l'allaitement n'étaient pas statistiquement plus favorables dans ce sous groupe. La dispersion des catégories socio-professionnelles n'était pas différente de même que l'âge, le tabagisme, le poids de naissance ou le régime de visites. Concernant le vécu maternel la relation avec les professionnels était statistiquement meilleure, les autres variables n'étaient pas différentes.

On peut émettre l'hypothèse que les patientes perdues de vue, ayant déjà des enfants à charge, se sont trouvées moins disposées à répondre à un mois du questionnaire.

3.2.2 Echecs précoces d'allaitement

Une autre population d'intérêt est celle des échecs d'allaitement très précoces en maternité (N= 10). Dans les CH d'Ancenis et de Châteaubriant, aucun arrêt précoce n'a été observé dans ces maternités.

Les patientes ayant arrêté précocement leur allaitement ont un IMC statistiquement supérieur ($p = 0,01$) par rapport aux mères ayant poursuivi leur allaitement. Les taux de césarienne et d'accouchements par voie basse instrumentale sont également supérieurs ($p = 0,04$). Le vécu de ces patientes en échec précoce n'était pas statistiquement différent du groupe de patientes allaitant en sortie de maternité.

3.2.3 Vécu des primipares

Si le manque du conjoint a été décrit comme significativement plus fort chez les primipares ($p = 0,004$), les autres items étaient comparables voire plus favorables aux limitations de visites bien que de façon non significative.

3.3 Ressenti maternel selon les restrictions de visites

Selon les maternités et la période de recrutement, le conjoint pouvait être présent jour et nuit ou s'astreindre à un régime de visites en journée qui différait selon les services. Ces différences sont décrites en partie «Matériels et méthodes ».

Il y avait un lien significatif entre un régime de visites permissif pour le conjoint, et la possibilité pour la fratrie de venir en maternité ($OR = 39,9$ $p < 0,05$).

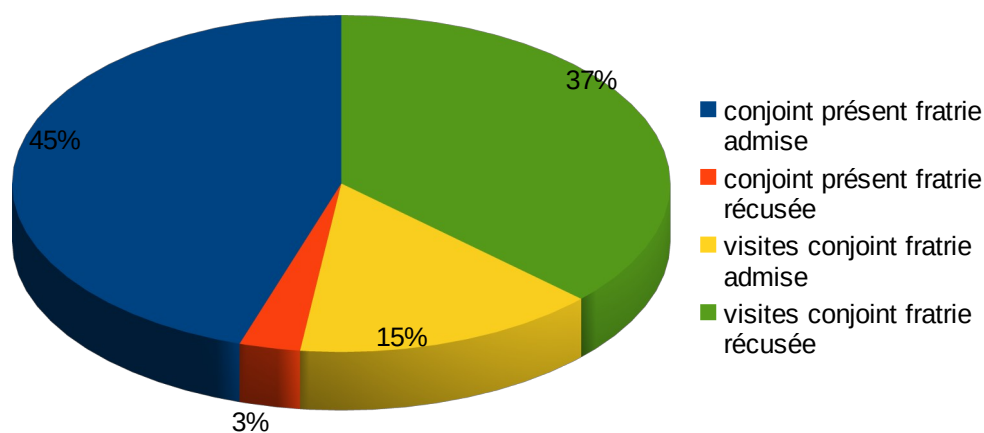


Figure 5: Répartition des régimes de visite dans les quatre maternités

Concernant les paramètres d'allaitement, on note une tendance à plus de montées de lait et plus de reprises de poids des nouveaux-nés mais de manière non significative (OR = 1,56 [0,6; 4,0] p = 0,3 sur les montées de lait, OR = 1,80 [0,65 ; 5,3] avec p = 0,25 pour la reprise du poids) lorsque le père était présent. On ne notait pas davantage d'arrêts très précoces.

Si l'on compare les restrictions imposées aux couples, les femmes ont souffert de l'absence de leur conjoint si il n'était présent qu'en visites. Elles s'étaient également moins senties respectées par les professionnels de santé.

Tableau 4: Comparaison du vécu maternel selon la présence du père (notes de 0 = en désaccord à 5 = complètement d'accord)

	Moyenne si présence père (N = 73)	Moyenne si visites père (N = 78)	Significativité p
Respect/pro santé	4,94	4,80	0,02
Siestes	3,75	4,21	0,06
Restriction appréciée	3,86	3,34	0,06
Manque aînés	3,88	4,20	0,2
(multipares)			
Manque conjoint	1,69	3,12	<0,005
Solitude	1,16	1,69	0,05
Possibilité de repos	3,47	3,70	0,3
Soutien des choix	4,83	4,73	0,3
Manque visites	1,30	1,90	0,03
Moyens de communication	3,3 (N = 8)	3,6 (N = 64)	0,6

Seules les mères multipares ont été comparées concernant les possibilités de visite de leurs aînés.

Tableau 5: Vécu des multipares selon la restriction imposée à la fratrie (notes de 0 = en désaccord à 5 = complètement d'accord)

	Moyenne si présence fratrie (N = 52)	Moyenne si fratrie exclue (N = 37)	Significativité
Respect/pro santé	4,9	4,7	0,001
Siestes	3,8	4,2	0,18
Restric. appréciée	3,6	3,1	0,1
Manque aînés	3,8	4,3	0,1
Manque conjoint	1,6	3	<0,005
Solitude	1,4	1,6	0,7
Possibilité de repos	1,6	3,8	0,4
Soutien des choix	4,8	4,6	0,08
Manque visites	1,4	2,3	0,02

Moyens de comm.	3,9 (N = 14)	3,4 (N = 33)	0,3
-----------------	--------------	--------------	-----

Si l'on compare les réponses de ces deux groupes, on trouve des résultats significatifs aux mêmes items que lorsque le père n'est pas présent (manque des visites, respect des professionnels de santé, manque du conjoint).

Plus les visites sont permissives, plus les patientes sont satisfaites de leur séjour; elles estiment en revanche avoir moins pu se reposer. L'absence du père déclenchait un sentiment de solitude plus fort.

On note que les femmes ayant bénéficié de plus d'occasions de voir leur famille, ont peu répondu à la question concernant les moyens de communication. Probablement en ont-elles moins eu besoin.

3.4 Résultats de la cohorte à un mois

Les résultats descriptifs sont résumés dans les tableaux suivants. On notait 9 sevrages avant le premier mois dans notre cohorte, ainsi que 12 relais vers un allaitement mixte.

Du fait du petit effectif de notre cohorte, les comparaisons entre le groupe « sevrage » et le groupe « poursuite d'allaitement » sont à prendre avec précaution.

Tableau 6: Questionnaire d'allaitement des patientes contactées à M + 1

	Réponses des patientes à un mois	Pourcentage sur les réponses (%)
Poursuite allaitement (exclusif ou mixte)	102	92
Soutien conjoint	91	84
Soutien familial	66	61
Bébé gardé 24h/24 par la mère	92	82
Partage de la chambre avec bébé la nuit	101	90
Tire lait	48	43
Bouts de sein	13	11
Tétine	52	47
Complément	37	33
Nécessité de stimuler bébé pour téter	24	21
Nombre tétées/nuit (moyenne)	2	
Croissance harmonieuse	100	90
Pleurs du soir	55	57
Satisfaction/projet initial	96	86

Les patientes ayant répondu à un mois avaient poursuivi un allaitement exclusif ou partiel dans 92% des cas, dont 65% d'allaitement exclusif et 27% d'allaitements mixtes (contre 21% d'allaitements mixtes lors du séjour en maternité). 8% des femmes avaient sevré leur enfant.

La tétine avait été introduite de façon habituelle pour 47% des enfants alors que cette pratique n'est pas conseillée lors d'un allaitement maternel.

Le tire-lait avait été utilisé régulièrement ou au moins essayé par un grand nombre de femmes.

Quelle que soit l'issue de l'allaitement à un mois, les mères étaient dans l'ensemble satisfaites de cette expérience.

Tous les enfants avaient bénéficié d'un suivi médical lors du rappel à un mois révolu. Il n'a pas été reporté de difficulté d'accès au soins lié au COVID 19.

3.5 Comparaison des patientes à M+1 selon la poursuite ou non de l'allaitement :

Lors de la comparaison des deux groupes de patientes, on ne notait pas de différence statistiquement significative concernant l'âge, l'IMC, la parité, la catégorie socio-professionnelle, le poids de naissance, les restrictions sur les visites des enfants et du conjoint ($p = 1$ pour ces deux derniers paramètres). La restriction des visites n'induisait pas de modification des taux d'allaitement.

On constatait davantage d'arrêts d'allaitement parmi les mères ayant choisi un allaitement mixte d'emblée (OR= 0,18 [0,03-0,95] $p = 0,02$).

On ne notait pas de différence significative entre les deux groupes sur la perte de poids des bébés en maternité, les crevasses et douleurs ni la montée de lait.

A un mois, lors du recueil qualitatif sur les restrictions de visites, on constatait que les patientes ayant suspendu leur allaitement avant un mois déclaraient avoir été plus impactées par l'absence de leurs aînés ($p= 0,30$) et qu'elles avaient un moins bon vécu de l'absence de leur conjoint (non significatif, $p = 0,26$).

Durant le mois écoulé, les mères avaient déclaré à 80 % avoir été soutenues par leur conjoint et à 61 % par leur famille sur le plan organisationnel, sans différence entre les groupes. 17 % des mères déclaraient avoir fait garder leur enfant par un tiers (conjoint ou famille) sans que cela n'impacte leur allaitement. L'utilisation de bouts de sein ou d'un tire lait n'étaient pas des indicateurs d'un arrêt précoce ($p = 1$ et $p = 0,49$ respectivement) ni utilisés plus fréquemment lors d'un allaitement mixte. Peut-être les utilisatrices de tire-lait allaitent-elle d'ailleurs plus longtemps. Le pourcentage de pleurs de décharge ou « coliques du nourrisson » vespéraux était important compte-tenu de l'âge des enfants (le pic de coliques étant estimé plutôt vers 6 semaines) mais pas plus fréquents dans l'un ou l'autre des groupes.

L'emploi régulier d'une tétine avait une tendance négative sur la poursuite des allaitements de façon significative (OR = 0,11 IC [0.0025 ; 0.9447] $p = 0,02$).

On constatait une tendance, proche du seuil de significativité ($p = 0,07$) à moins de tétées nocturnes chez les enfants nourris par PPN à un mois (2,1 tétées par nuit pour les enfants en AM exclusif, 1,83 pour les allaitements partiels et 1,5 pour les arrêts d'allaitement).

On notait des prises de poids plus faibles parmi les enfants nourris au lait artificiel ou en mixte par rapport à l'allaitement exclusif (OR = 4,2 avec $p = 0,3$ pour le lait artificiel, OR = 12 avec $p < 0,05$ pour l'allaitement mixte) probablement suite à des allaitements exclusifs n'ayant pas jamais démarré correctement.

On ne retrouvait cependant pas de lien direct entre un mauvais gain de poids à un mois et une moindre fréquence d'allaitement nocturne.

On observait également moins de bébés partageant la chambre de leur parents parmi les enfants non allaités à un mois (OR = 3,3 $p = 0,18$), ce qui est pourtant préconisé par l'OMS jusqu'aux six mois des nourrissons.

Concernant le suivi des enfants, aucune patiente n'a rapporté de difficultés ou de rupture de suivi médical lié au confinement. Les patientes ont consulté 2,4 intervenants différents en moyenne (minimum de 1 et maximum de 5 intervenants) sans différence entre les groupes de poursuite ou d'arrêt. Les patientes primipares avaient tendance à consulter davantage (moyenne de 2,54 intervenants contre 2,26 pour les multipares, $p = 0,009$). La multiplicité des intervenants n'était pas un facteur d'arrêt précoce.

La majorité des enfants avait consulté une sage-femme (81 enfants) mais une seule sage-femme avait assuré seule le suivi du premier mois conjointement avec le lactarium.

77 enfants avaient été suivis par un généraliste, qui s'était occupé à deux reprises de tout le suivi sans intervenant extérieur.

Les pédiatres avaient suivi 30 nourrissons mais n'avaient jamais été les seuls intervenants. Pour huit enfants, le suivi était assuré par un généraliste, une sage-femme et un pédiatre de façon conjointe.

On note que la PMI avait été sollicitée à 42 reprises et était le seul intervenant pour 9 enfants.

Les enfants suivis uniquement par la PMI étaient issus de ménages moins favorisés (OR = 8,5 $p = 0,03$) avec des mères plus jeunes, plus tabagiques et ayant davantage choisi un allaitement mixte.

Parmi les patientes, 16 avaient adressé leur enfant à un ostéopathe et une à un magnétiseur. La nature et le motif des soins portés aux enfants par ces praticiens n'a pas été questionnée. Les soins ostéopathiques n'ont à ce jour pas d'effet bénéfique sur les taux d'allaitement à un mois. (36)

On note qu'aucune des patientes ayant arrêté son allaitement n'a consulté de conseillère en lactation ni de lactarium. La moitié d'entre elles a fait appel à la PMI de leur secteur. Lors des entretiens par téléphone plusieurs patientes ont mis en avant une raison médicale à leur arrêt (appendicite, infection urinaire avec traitement incompatible, rétention placentaire).

3.6 Comparaison avec un groupe témoin

En raison des limitations de visites toujours en cours, nous n'avons pas pu constituer de groupe témoin suite au recrutement du groupe cible.

Parmi les études concernant l'allaitement maternel et sa poursuite, l'étude du Dr B.Branger réalisée dans les Pays de la Loire en 2007 a été sélectionnée en raison de la proximité géographique des cohortes, malgré un écart temporel conséquent entre les groupes, et de la présence d'informations à un mois de vie.

D'autres études (EPOPE 2016 ; EPIFANE 2013, ELFE 2011) ont été comparées à la nôtre et permettent d'évaluer notre population initiale mais n'ont pas été retenues en raison de l'absence d'informations à un mois ou du nombre important de biais entre les groupes.

L'étude de B.Branger concernait les femmes **allaitant en sortie de maternité**, ayant accouché de nouveaux-nés non transférés par la suite. Deux pour cent des naissances concernaient des prématurés (< 36 SA) ce qui constituait un critère d'exclusion dans notre recherche. Le taux d'enfants hypotrophes (défini par un PN < 2500g) était proche (3 nouveaux-nés dans l'étude de B.Branger, 2 dans la nôtre).

L'étude de 2007 ne comptabilisait pas de patientes perdues de vue contrairement à la nôtre. Pour garder des groupes comparables, nous avons considéré la cohorte de patientes en sortie de maternité y compris les femmes n'ayant pas pu être suivies par la suite.

Tableau 7: Comparaison de notre cohorte à l'étude du Dr Branger (2007)

Variables	Étude 2007 (N = 239)	Étude 2020 (N = 141)	Significativité
Age	30,8 (± 4,9)	30,92 (±4,6)	OR 0,1 [0,9-1,1] p 0,8
IMC (obésité) %	8	8	OR 0,9 [0,4-2,2] p 1
IMC (surpoids) %	12	19	OR 1,7 [0,9-3,1] p 0,07
IMC (poids normal)%	67	63	OR 1,15 [0,7-1,8] p 0,5
IMC (maigreur) %	13	10	OR 1,3 [0,6-2,8] p 0,4
CSP favorisée %	42	44	Non comparable *
Primipares %	41	38	OR 0,89 [0,6-1,4] p 0,66
AM antérieur	86	92	OR 0,52 [0,2-1,5] p 0,24
multipares %			
Durée séjour (j)	4,6 (± 1,2)	4,11 (± 1,2)	OR 0,5 [0,24-0,75] p 0,0001
Césariennes %	14	12	OR 0,8 [0,4-1,6] p 0,7
Délivrance	11	10	OR 1,1 [0,5-2,3] p 0,8
instrumentale %			
Terme (SA + jours)	40 (± 1)	39,4 (± 3,4)	OR 0,6 [0,1-1,6] p 0,01
Poids bébé	3373 (± 381)	3345 (± 414)	OR 0,67 [-54;110] p 0,50
Allaitement à un mois	88,8	91,8	OR 0,6 [0,2-1,4] p 0,36
%			
Tétée < 2h %	87	94	OR 0,4 [0,1-0,9] p 0,02
Crevasses %	38	53	Non comparable*

On observait des cohortes comparables concernant différents paramètres.

Certaines variables n'ont pas pu être comparées comme la CSP pour laquelle nous n'avions d'informations que sur celle de la mère. Les patientes des deux recherches paraissent cependant être largement issues de catégories favorisées, ce qui est habituellement décrit dans les cohortes de femmes allaitantes.

La durée moyenne de séjour a diminué entre les deux études, ce d'autant plus que nous avons fait le choix de ne pas inclure de sorties précoces parmi les patientes (ce système de sorties n'était pas effectif en 2007). Cette exclusion pourrait être un biais en notre défaveur, les patientes et les bébés relevant d'une sortie anticipée ayant un profil plus « favorable ».

La question concernant les complications locales de l'allaitement ne concernait que les crevasses dans l'étude de 2007 et incluait douleurs et crevasses dans notre étude.

Les groupes étaient statistiquement différents concernant le terme de la grossesse avec davantage de pré-termes dans notre étude malgré un choix de ne pas sélectionner d'enfants prématurés.

La proportion de femmes en surpoids est plus importante dans notre étude bien que de façon non significative. Le pourcentage de femmes en surpoids et obèses est à rapprocher des pourcentages

de la dernière enquête de périnatalité de 2016 (20% de femmes en surpoids en France dont 10% d'obèses en Pays de la Loire, Epopé 2016).

L'heure de la première tétée s'est raccourci, reflet d'une amélioration des pratiques en salle de naissance.

Le taux d'allaitement observé à un mois était statistiquement comparable chez les répondantes malgré une perte d'informations dans notre cohorte.

4. Discussion

4.1 Ce que nous montre cette étude

4.1.1 Un vécu maternel positif

Cette étude montre que le vécu des accouchées pendant les restrictions dans quatre hôpitaux de l'Ouest entre le mois de mai et juin et le mois d'août 2020 était nuancé : la satisfaction des mères était bonne concernant le lien avec le personnel soignant. Les restrictions paraissaient bien vécues dans leur ensemble, certaines patientes estimant que leur séjour en maternité était plus reposant . Cependant les patientes multipares éprouvaient de la difficulté à ne pas pouvoir recevoir leurs autres enfants lors du séjour tandis les primipares exprimaient un manque de leur conjoint.

Les patientes ayant eu le moins de possibilités de visites décrivaient une moins bonne satisfaction lors de leur séjour, néanmoins, nous n'avons pas constaté de lien entre les restrictions et le déroulement des allaitements maternels.

Ces résultats rassurants auraient peut-être été différents si notre étude avait inclus la période de confinement strict des accouchées.

Par ailleurs, il nous a paru lors des interrogatoires que les patientes allophones avaient eu un vécu plus négatif de cette période, la barrière de la langue n'ayant pas toujours permis de les interroger.

4.1.2 Des pratiques d'allaitement modifiables

Lors du suivi à un mois, on retrouvait davantage de sevrages parmi les patientes ayant débuté un allaitement mixte et utilisant habituellement une tétine. Ces résultats sont concordants avec les connaissances concernant la mise en place de l'allaitement : un bébé stimulant moins souvent le sein ne permet pas une lactation suffisante. De même, la préhension d'une tétine étant différente de celle d'un mamelon, les tétées peuvent être perturbées par l'usage d'une sucette.

Les hôpitaux labellisés IHAB ont pour mission d'informer du rôle défavorable des tétines sur l'initiation de l'allaitement . On constate que malgré leur travail de prévention, plusieurs patientes ayant accouché dans ces hôpitaux proposaient une tétine de façon habituelle.

Les enfants ayant une courbe de croissance plus poussive avaient plus tendance à être nourris de façon mixte ou artificielle à un mois. Ils avaient également une tendance à moins se réveiller la nuit pour manger.

On peut supposer que la réponse des professionnels de santé et des parents à une mauvaise prise de poids, a été de donner des préparations pour nourrissons (PPN) à l'enfant, pouvant mener secondairement à un arrêt d'allaitement.

Si l'effet « satiété » des PPN peut expliquer la moindre fréquence des réveils nocturnes dans ce même groupe d'enfants, il est aussi possible que ces bébés ne se réveillent pas la nuit et ne stimulent pas l'allaitement.

On note également moins de partage de chambre parmi les enfants ayant été sevrés lors du premier mois, ce qui est pourtant préconisé par l'OMS. Nous n'avons pas pu déterminer si cette séparation a été la cause ou la conséquence du sevrage.

4.1.3 Un suivi coordonné

Malgré les difficultés liées à la pandémie, les suivis ne semblent pas avoir été impactés lors du retour à domicile.

Les primipares ont été davantage consommatrices de soins, sans que cela n'ait d'influence pour la suite de leur allaitement.

L'essentiel des enfants était suivi par un binôme sage-femme – médecin généraliste ou spécialiste. On note que la PMI a été sollicitée pour un tiers des nourrissons, et se trouvait seule interlocutrice pour une dizaine d'enfants, majoritairement en situation de précarité sociale (mères plus jeunes, plus tabagiques, issues de CSP plus défavorisées) ce qui confirme son rôle essentiel auprès des publics les plus fragiles.

Des praticiens plus surprenants comme les ostéopathes ont été sollicités précocement. Le motif des consultations auprès des praticiens n'était pas connu, bien que certaines patientes aient mentionné une problématique de frein de langue ou de frein de joue, entité sujette à débat(37,38). L'impact de ces séances sur la poursuite de l'allaitement a été nul dans notre cohorte et n'a pas démontré d'efficacité dans d'autres études(36).

La grande majorité des patientes se disaient satisfaites de leur expérience d'allaitement. Lors des entretiens par téléphone, les patientes n'étant pas satisfaites éprouvaient essentiellement de la déception en cas de sevrage au premier mois. Plusieurs d'entre elles ont formulé un sentiment d'abandon des professionnels de santé lors du retour à domicile ainsi que des informations

contradictoires sur l'allaitement. La majorité des patientes confiait se sentir plus fatiguée qu'elle ne l'aurait imaginé.

La plupart des mères mettaient en avant un sevrage pour motif médical. On note cependant que les mères ayant suspendu leur allaitement n'ont pas consulté le lactarium et n'y ont pas été adressées, ce qui est une perte de chance. Il est possible que durant la période estivale les consultantes en allaitement aient été moins disponibles, de même que les patientes. On peut aussi s'interroger sur la proportion d'arrêts pour allaitements « mal démarrés » au cours du premier mois.

4.1.4 Des pratiques qui évoluent peu

Les taux d'allaitement à un mois de notre cohorte sont très légèrement supérieurs à ceux du Dr Branger mais de façon non significative.

Cette différence de résultats peut s'expliquer par différents facteurs. La présence accrue des conjoints du fait du télétravail très répandu de ceux-ci en cours d'étude a pu permettre une meilleure répartition des rôles parentaux. L'allongement récent du congé parental du conjoint aura ainsi peut-être un effet positif sur les allaitements.

D'autre part, les améliorations des pratiques en maternité avec une généralisation significative du peau-à-peau précoce entre les deux périodes et la formation à l'allaitement des soignants ont pu avoir un effet également favorable.

Concernant le questionnaire maternel d'évaluation des pratiques d'allaitement en maternité (tableau 12 p.44) il n'a pas été prédictif d'un plus grand nombre d'arrêts. Il n'existe à ce jour pas de questionnaire permettant de prévoir les échecs d'allaitement mais un faisceau d'indices devant mener les professionnels à plus de vigilance : césarienne, utilisation précoce de bords de sein, obésité maternelle...

4.2 Limites de l'étude

-Questionnaire initial non validé par d'autres études malgré une base originale sur le ressenti des patientes, et non testé sur un petit échantillon initial ce qui a pu mener à des incompréhensions (« manque des aînés ») ou des questions peu pertinentes telles que l'utilisation des moyens de communication : la plupart des patientes possédaient un smartphone et n'ont pas eu besoin d'autres interfaces de communication.

- le bras « patientes confinées sans aucune visite » n'a pas pu être exploré du fait du peu de temps de cette restriction en vigueur, il aurait été intéressant de savoir si cette restriction stricte a pu avoir un impact ultérieur sur les dyades.

- Biais d'inclusion : les patientes parlant peu français ou en situation sociale complexe n'ont pas été incluses du fait des difficultés ultérieures à les contacter par téléphone. Ainsi, on retrouve un grand nombre de patientes issues de CSP favorisées et peu de patientes fumeuses.

Les prématurés et les jumeaux n'ont pas été inclus en raison d'un risque plus important de sevrage précoce.

A contrario, la plupart des patientes relevant d'une sortie précoce n'ont pas été incluses alors qu'elles sont plus susceptibles de poursuivre leur allaitement.

Quelques patientes ont souhaité sortir de l'étude en raison d'un arrêt très précoce en maternité, ou n'ont pas été comptabilisées car considérées comme n'ayant jamais allaité : le nombre d'arrêts très précoce est probablement sous-estimé.

- On peut déplorer l'absence de groupe témoin strict du fait des restrictions sanitaires encore en cours... l'écart entre les deux populations comparées à un mois pouvant s'expliquer par de nombreux facteurs : augmentation « attendue » du taux d'allaitement entre ces deux périodes, (plus de dix ans) différences de population du fait d'une sélection sur critères plus restreints dans notre cohorte qui excluait les naissances prématurées, sur-représentation de la population du CHU de Nantes dans l'échantillon. Une analyse portant sur la population du GHT pourrait être conduite durant l'année 2022 pour créer un groupe plus comparable si le régime des visites revient à la normale.

5. Conclusion

Par rapport à l'étude de Bernard Branger, cette étude n'a pas montré de modification significative des taux d'initiation et de poursuite de l'allaitement maternel durant le premier mois des nouveaux-nés de Loire Atlantique en période de confinement.

Plusieurs facteurs connus d'arrêt d'allaitement sont retrouvés dans notre recherche : surpoids maternel, césarienne, introduction précoce de compléments lactés, utilisation d'une tétine, arrêt du partage de chambre avec les parents. Le manque d'accompagnement (dans notre cas, l'absence de recours au lactarium ou à un référent en allaitement en cas de sevrage) a pu jouer pour certains arrêt précoces.

Le questionnaire clinique d'allaitement en maternité proposé par notre étude ne permettait pas de déceler de nouveaux points d'intérêt pour la pratique.

Une restriction des visites peut être vécue comme sécurisante par les mères (ce qui nous a été témoigné à l'oral lors des entretiens téléphoniques à un mois) compte-tenu de la période de pandémie. La présence du conjoint était parfois jugée « nécessaire mais suffisante » par les accouchées. Les limitations de visites ont été bien vécues par la majorité des répondantes.

Si le séjour en maternité semble avoir un faible impact sur les comportements d'allaitement, les efforts sont donc à concentrer sur le retour à domicile. On constate lors du suivi que de nombreux intervenants sont sollicités lors du premier mois de l'enfant : pédiatres libéraux et hospitaliers, sage-femmes libérales, PMI, médecin généraliste, consultantes en lactation, lactarium, services d'urgences ambulatoires et hospitaliers, ostéopathe...

Les binômes sage-femme / médecin généraliste ou pédiatre sont les plus représentés mais la PMI est également sollicitée, parfois comme seul intervenant lors des soins (avec une population semblant plus précaire).

Une base de connaissances commune semble indispensable à tous ces intervenants, ce à quoi les professionnels devraient tendre sur la région (via le Réseau Sécurité Naissance et les initiatives locales). A l'heure des ressources médicales en ligne, une base de données simplifiée (sur le modèle de Gestaclic ou d'Antibioclic(39)) pourrait permettre d'harmoniser les pratiques en médecine notamment en libéral et de repérer rapidement les difficultés d'allaitement. Les carnets

de santé des enfants pourraient également être un moyen de mettre à jour les pratiques, avec l'ajout des courbes adaptées à un enfant allaité notamment le premier mois (40).

Une autre piste d'amélioration pourrait être la mise en place d'une consultation dédiée à l'allaitement lors du premier mois des nouveaux-nés. On note que des cours de préparation à l'allaitement maternel sont proposés dans les maternités d'Ancenis et de Châteaubriant, avec des résultats positifs sur les durées d'allaitement avec augmentation de la médiane d'allaitement de 10 à 17 semaines pour Ancenis(41). Au niveau du CHU de Nantes, le détachement récent d'une sage-femme dédiée à l'allaitement une journée par semaine pourrait également permettre une amélioration des taux observés. Ces initiatives locales seraient-elle généralisables avec la mise en place d'une consultation d'allaitement systématique au premier mois par exemple?

Enfin, le fait de promouvoir et d'informer sur l'allaitement avant la grossesse permettrait d'augmenter les initiations d'allaitement, les décisions d'allaitement étant souvent prises avant même d'attendre un enfant. Nous n'avons pas recueilli les motivations des mères quant à leur décision d'allaiter. La promotion de l'allaitement lors des consultations préconceptionnelles ou de gynécologie pourrait également avoir un impact (information sur la protection vis à vis du cancer du sein etc).

6. Bibliographie

1. A.Mollier, Etat des lieux des connaissances en allaitement maternel des étudiants de 3^e cycle de médecine générale à Nantes [Thèse d'exercice] Université de Nantes, UFR Médecine 2018, 36p.
2. WHO : Indicators for assessing breastfeeding practices 1991, report of an informal meeting [Internet]. [cité 27 oct 2021]. Disponible sur:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62134/WHO_CDD_SER_91.14.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. République Française, Plan Natrional Nutrition Santé 2019-2023[Internet]. [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: https://info-allaitement.org/wp-content/uploads/2019/09/pnns4_2019-2023.pdf
4. République Française, INPES. Le Guide de l'allaitement maternel. [Internet]. [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/INPES-Guide-allaitement-maternel.pdf>
5. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. The Lancet. 20 juill 2002;360(9328):187-95.
6. Fisk CM, Crozier SR, Inskip HM, Godfrey KM, Cooper C, Roberts GC, et al. Breastfeeding and reported morbidity during infancy: findings from the Southampton Women's Survey. Matern Child Nutr. janv 2011;7(1):61-70.
7. Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. Pediatrics. avr 2007;119(4):e837-842.
8. Walters DD, Phan LTH, Mathisen R. The cost of not breastfeeding: global results from a new tool. Health Policy Plan. 1 juill 2019;34(6):407-17.

9. Cadwell K, Blair A, Turner-Maffei C, Gabel M, Brimdyr K. Powdered Baby Formula Sold in North America: Assessing the Environmental Impact. *Breastfeed Med.* 31 juill 2020;15(10):671-9.
10. Cossez E, Baker P, Mialon M. 'The second mother': How the baby food industry captures science, health professions and civil society in France. *Matern Child Nutr.*:Déc 2021.
11. Marc Pilliot. La situation de l'allaitement maternel en France. *Santé Homme.* août 2010; (408):19-20.
12. République Française : Enquête nationale Périnatale rapport 2016 : les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 [Internet]. [cité 18 oct 2021]. Disponible sur:http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
13. Salanave B, de Launay C, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012). *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* sept 2014;62:S182.
14. Zielińska MA, Sobczak A, Hamułka J. Breastfeeding knowledge and exclusive breastfeeding of infant un first six months of life. *Rocz Panstw Zakl Hig* 2017;68(1):51-59
15. Charpentier E. Étude descriptive des raisons du choix de l'allaitement artificiel [Thèse exercice]. Université de Grenoble, UFR Médecine 2012;54 p.
16. Vigie MP. Influence de l'environnement social et familial sur le vécu et le comportement des mères pratiquant un maternage proximal.[Mémoire] Université de Marseille, UFR Maïeutique 2019, 83p.
17. Les 12 recommandations du programme IHAB [Internet]. IHAB. [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.i-hab.fr/le-programme-ihab/12-recommandation-s-ihab/>
18. Turck D, Razanamahefa L, Dazelle C, Gelbert N, Gremmo-Féger G, Manela A, et al. Plan d'action : allaitement maternel. *Médecine Nutr.* 2010;46(3-4):25-47.
19. Venekas MSP, Magnien CS. Le vécu de l'allaitement maternel et le rôle des professionnels de santé dans l'accompagnement des femmes allaitantes au cours des premiers mois.[Thèse d'exercice] Université de Grenoble, UFR Médecine 2019 ; 91p.

20. Branger B, Dinot-Mariau L, Lemoine N, Godon N, Merot E, Brehu S, et al. Durée d'allaitement maternel et facteurs de risques d'arrêt d'allaitement : évaluation dans 15 maternités du Réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire. Arch Pédiatrie. 1 nov 2012;19(11):1164-76.
21. Wagner et al. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe de 2011. BEH 29, (522-532) 2015
22. Lubbe W, Botha E, Niela-Vilen H, Reimers P. Breastfeeding during the COVID-19 pandemic - a literature review for clinical practice. Int Breastfeed J. 14 sept 2020;15(1):82.
23. Latorre G, Martinelli D, Guida P, Masi E, De Benedictis R, Maggio L. Impact of COVID-19 pandemic lockdown on exclusive breastfeeding in non-infected mothers. Int Breastfeed J. 17 avr 2021;16(1):36.
24. CNGOF: position du CNGOF sur la présence d'un accompagnant en maternité dans le contexte de COVID-19, avril 2020 [Internet]. [cité 8 févr 2021]. Disponible sur: https://www.reseau-naissance.fr/medias/2020/08/CNGOF_accompagnant_27-AVRIL-2020.pdf
25. IHAB France :enquête COVID 19 menée en mai 2020 dans les maternités et néonatalogies IHAB, 2020 [Internet]. [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: https://www.i-hab.fr/wp-content/uploads/2020/07/ENQUETE_COVID19_IHAB_mai_2020_6dias_pour_diffusion.pdf
26. Boudiaf L. Etude MUMI-19 (Mothers Undergoing Mental Impact of Covid-19 pandemic): Evaluation de l'impact de l'isolement maternel dans le post-partum immédiat sur le taux de dépression du post-partum en période de pandémie Covid-19. Université de Nantes; 2021. 65p
27. Ismail S, Mulley G. Visiting times. BMJ. 22 déc 2007;335(7633):1316-7.
28. Cuttini M, Croci I, Toome L, Rodrigues C, Wilson E, Bonet M, et al. Breastfeeding outcomes in European NICUs: impact of parental visiting policies. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. mars 2019;104(2):F151-8.

29. Nassar Junior AP, Besen BAMP, Robinson CC, Falavigna M, Teixeira C, Rosa RG. Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med.* 2018;46(7):1175-80.
30. Tanner J. Visiting time preferences of patients, visitors and staff *Nursing Times.* 2005 Jul 5-11; 101(27) 38-42.
31. Grassley JS, Tivis R, Finney J, Chapman S, Bennett S. Evaluation of a Designated Family Bonding Time to Decrease Interruptions and Increase Exclusive Breastfeeding. *Nurs Womens Health.* juin 2018;22(3):219-27.
32. Hunter T, Cattelona G. Breastfeeding Initiation and Duration in First-Time Mothers: Exploring the Impact of Father Involvement in the Early Post-Partum Period. *Health Promot Perspect.* 30 déc 2014;4(2):132-6.
33. Wyts C. Effet de la présence du conjoint auprès d'une maman primipare sur l'initiation et la durée de l'allaitement (à 1 mois et 3 mois) [Thèse d'exercice] Université de Lille; UFR Médecine, 2019 177p
34. Lang A. Visites externes et allaitement en maternité. [Mémoire] Université de Grenoble, UFR Maïeutique, 2014 44 p
35. Renaud B. Restrictions des visites à la maternité durant l'épidémie de COVID 19 : Impacts sur l'allaitement maternel et vécu des patientes accouchées [Mémoire]. Nantes; 2021 76p.
36. Danielo-Jouhier DM. intérêt d'une prise en charge ostéopathique précoce dans les comportements non optimaux au sein chez les nouveaux-nés en sortie de maternité : un essai randomisé contrôlé. Réseau Sécurité Naissance, Dixième journée régionale de l'allaitement maternel, Nantes 2017
37. AFPA. Section de freins de langues chez les nourrissons et les enfants : un collectif de professionnels de santé alerte sur des pratiques abusives, 2021 [Internet]. [cité 12 mars 2021]. Disponible sur: https://www.rp2s.fr/wp-content/uploads/2022_Comunique-de-presse_Freins-de-langues.pdf
38. Gremmo-Féger G. La saga des « freins buccaux restrictifs » chez l'enfant allaité. 2021.
39. GESTACLIC - Accueil [Internet]. [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: <http://gestaclinic.fr/>

40. OMS. La prise de poids des bébés allaités :les nouvelles données de l’OMS et les données françaises [Internet]. [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/1901-les-courbes-de-poids-de-l-oms>

41. Dufourd A, Boudault S. Durée d’allaitement à la maternité d’Ancenis ; journées Régionales de l’allaitement 2013

Tableau 10: Questionnaire initial maternité partie 1

ETUDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL DURANT LA RESTRICTION DES VISITES EN MATERNITE POUR CAUSE D'EPIDEMIE

	Hospitalisée du:	au	Date accht :
Code mère	Parité : Allaitement antérieur : Allaitement : exclusif - mixte	IMC :	
N° Tel :	Terme du bébé :	PN :	
Mode d'accouchement :	APGAR : Heure première mise au sein :		
Événements durant grossesse ?	:		
	Profession maman : Tabac maman :	age mère :	
		oui	non
La maman sait quand le bébé est prêt à téter			
Des crevasses/douleurs sont apparues			
L'allaitement a été arrêté durant le séjour			
Le bébé a perdu plus de 8% de son poids durant le séjour			
Le bébé a entamé une reprise de poids			
Les 8 à 12 tétées par jour sont respectées.			
Le bébé a des urines fréquentes et des selles jaunes			
La maman se sent bien dans une ou deux positions d'allaitement			
La montée de lait est établie			

Dossier de consentement remis aux patientes

Note d'information pour la participation à la recherche « Restriction des visites à la maternité durant l'épidémie de COVID 19 : étude des facteurs impactant les allaitements et le vécu des patientes accouchées »
Titre abrégé : « Restrictions des visites, allaitement et vécu maternel »
Promoteur : CHU de Nantes

Ce document est remis à la personne participant à la recherche avec double à l'investigateur

Madame,

Vous avez accouché dans une des maternités du GHT 44 (groupement hospitalier de territoire de Loire-Atlantique) et nous vous remercions de la confiance que vous nous accordez.

Ces 4 maternités souhaitent mener une recherche dont le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes est le promoteur (c'est à dire qu'il en est responsable et qu'il l'organise).

Cette recherche porte sur les facteurs de réussite du démarrage des allaitements et sur la satisfaction des femmes accouchées durant la période de restriction des visites due à l'épidémie de COVID 19. Une première partie de l'étude se déroule durant la période de restriction des visites ; une seconde partie se déroulera lors du retour à un régime normal des visites.

Cette recherche est réalisée grâce aux réponses que vous apporterez aux questionnaires qui vous seront remis à la fin de votre séjour et lors d'une enquête aux premier mois de votre bébé. Vous serez invitées à répondre à un questionnaire à un mois par téléphone (avec l'aide de vos données anonymes) portant sur la poursuite de votre allaitement.

Votre participation à la recherche, au cas où vous donneriez votre accord, ne pourra vous être confirmée qu'à la condition que vous remplissiez tous les critères d'inclusion pour participer à cette recherche.

Cette recherche ne présente pas de risque pour votre santé. Les résultats qui en seront issus serviront à la recherche et n'apporteront pas d'informations supplémentaires concernant votre santé. Ils favoriseront le développement des connaissances dans le domaine de l'allaitement, et contribueront à améliorer les prises en charges en maternité.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre : cela permettra d'analyser les résultats de la recherche et de remplir l'objectif de la recherche.

Pour cela, les données vous concernant seront recueillies dans un fichier informatique auquel aura accès le Promoteur de la recherche (CHU de Nantes).

Afin d'assurer leur confidentialité, ces données seront identifiées par un numéro de code et vos initiales.

Vos coordonnées ou données nominatives seront transmises entre centres participants à l'étude. Vous pourrez être contacté(e) par ce centre qui détruira vos données nominatives en fin d'étude.

Au sein de l'Europe la protection de vos données est garantie (Règlement européen UE 2016/679). Hors Europe vos données pourront être transmises dans des états n'ayant pas le même niveau d'exigence en termes de protection des données. Le cas échéant, le Promoteur prendra toutes les mesures nécessaires pour protéger les données recueillies et devra s'engager à assurer un niveau de sécurité équivalent à celui couvert par les lois françaises et européennes pour les données envoyées à l'étranger. Si vous le souhaitez, vous pouvez obtenir la copie de l'ensemble des mesures prises pour assurer l'ensemble de la protection de vos données auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) voir en fin de document, paragraphe « vos contacts ».

Vos données seront susceptibles d'être exploitées dans le cadre de publications ou de communications ; dans ce cas votre anonymat sera préservé.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi modifiée du 6 janvier 1978), de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données

(RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, de limitation et d'opposition du traitement de vos données personnelles. Quant au droit d'effacement, si vous décidez de retirer votre consentement pour participer à la recherche, les données obtenues avant que celui-ci n'ait été retiré seront utilisées conformément à l'article L.1122- 1-1 du CSP. Les données recueillies après le retrait de votre consentement ne seront pas utilisées pour cette recherche et resteront destinées à l'usage strict du soin. Vous pouvez également porter une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (CNIL pour la France : <https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte/>).

Ces données pourront être utilisées lors de recherches ultérieures exclusivement à des fins scientifiques. Vous pouvez retirer votre consentement à cette utilisation ultérieure ou exercer votre faculté d'opposition à tout moment.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Vos données seront conservées tout au long de la recherche. Après la fin de la recherche, les données seront archivées pour une durée de 15 ans, puis détruites.

L'investigateur pourra vous informer, sur votre demande, des résultats globaux de cette recherche.

Pour en savoir plus ou exercer vos droits concernant vos données, voir en fin de document, paragraphe « vos contacts ».

Cette recherche est conforme :

–à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles

-- au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD)

– ce projet ainsi que le présent document ont été présentés au Groupe Nantais d'éthique dans le domaine de la Santé GNEDS.

– Votre participation à cette recherche est libre. Vous pouvez refuser de participer à cette recherche, et vous pouvez à tout moment vous retirer de cette recherche, sans préjudice. Cela n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins qui vous seront donnés; vous devez simplement en informer l'investigateur.

Date de l'information	Nom de la personne ayant délivré l'information	Cocher si non opposition verbalisée

VOS CONTACTS :

Pour toute question concernant l'étude, retrait de consentement, ou pour exercer vos droits concernant vos données (accès, rectification, etc...), votre contact privilégié est :

**L'investigateur coordonnateur de la
recherche :**
DAUSSY Claude
Coordonnatrice en Maïeutique
✉38 Bd Jean MONNET 44093 NANTES Cedex

Pour toute question générale sur le traitement de vos données :

Le promoteur de la recherche, responsable du traitement :

CHU de Nantes, direction de la recherche
5 allée de l'Île Gloriette, 44093 NANTES Cedex 1

Le Délégué à la Protection des Données (DPO) :

vosdonneespersonnelles@chu-nantes.fr

Merci de conserver cette notice d'information

Questionnaire téléphonique à un mois révolu

Code patiente :

- Votre allaitement a t'il été poursuivi, de façon mixte ou exclusive ?

Après-votre retour à domicile, estimez-vous avoir été soutenue par votre conjoint dans les tâches quotidiennes ? Par votre famille ?

Pendant la durée de votre allaitement :

-Votre bébé a t'il été gardé par vous exclusivement durant le mois précédent ? Par de tierces personnes ?

Votre enfant et vous partagiez-vous la même chambre ? Donniez-vous le sein la nuit et si oui, combien de fois en moyenne ?

Durant votre allaitement, avez vous eu besoin d'utiliser un tire-lait ? Des « écrans » ou bouts de sein ?

Avez-vous eu l'impression de devoir stimuler votre enfant pour manger ?

Votre enfant utilise t'il une tétine ou une sucette de façon habituelle ?

La croissance de votre enfant a t'elle été satisfaisante durant ce premier mois ? (si pas de réponse, un gain de poids de plus de 700g par rapport au poids le plus bas était considéré comme une évolution satisfaisante)

Avez-vous subi des « pleurs de décharge » ou pleurs du soir durant le mois écoulé ?

Par quels professionnels de santé votre enfant t'il été suivi, même de façon ponctuelle, au cours du mois écoulé ?

Que vous ayez ou non poursuivi votre allaitement, vous diriez-vous satisfaite de celui-ci par rapport à votre projet initial ?

Vu, le Président du Jury,

(Indiquer le NOM, Prénom et titre et faire signer)

Vu, le Directeur de Thèse,

(Indiquer le NOM, Prénom et titre et faire signer)

Vu, le Doyen de la Faculté,

(nous nous chargeons de faire signer le Doyen)

NOM : Scoarnec

PRENOM : Violette

Titre de Thèse : Vécu maternel allaitement du premier mois en contexte de restriction des visites en lien avec l'épidémie de Coronarivus

RESUME

Introduction : La France compte un faible taux d'allaitement maternel par rapport aux autres pays de l'Union Européenne, qui décroît rapidement dès le premier mois de vie. L'objectif des autorités de santé est d'augmenter le taux d'allaitement car il est bénéfique pour la santé des mères et des enfants.

Durant la pandémie de COVID-19 ayant débuté en mars 2020, les maternités françaises ont interdit, puis restreint les visites des conjoints et de la fratrie des nouveaux-nés dans les services. Dans certains pays ayant imposé un confinement strict en maternité, les taux d'allaitement maternel ont été divisés par deux sur la période concernée.

Objectif : Le but de cette étude était de déterminer si ces restrictions ont pu avoir un impact sur le vécu des parturientes ainsi que sur l'initiation et la poursuite à un mois des allaitements maternels.

Méthode : Entre le mois de juin et le mois d'août 2020, 151 patientes issues de quatre hôpitaux de Loire-Atlantique appliquant des restrictions de visites et souhaitant allaiter ont été incluses. Elles ont rempli des questionnaires sur leur vécu du séjour en maternité ainsi que sur le déroulement de leur allaitement en maternité puis au premier mois du bébé.

Résultats : Parmi ces patientes, le vécu du séjour hospitalier était plutôt positif même si les restrictions de visites les plus sévères ont eu pour conséquence une moins bonne qualité de vie des accouchées sur plusieurs plans. On ne retrouvait pas davantage d'arrêts d'allaitement en maternité ni à un mois de vie par rapport aux enquêtes de périnatalité menées hors confinement. Les dix femmes ayant arrêté leur allaitement avant la sortie de maternité souffraient davantage de surpoids ou d'obésité et avaient subi une césarienne dans la moitié des cas. Les femmes ayant sevré leur enfant avant un mois pratiquaient plus souvent l'allaitement mixte et utilisaient plus fréquemment une tétine. Elles partageaient moins souvent la même chambre que leur enfant et se levaient moins fréquemment la nuit pour nourrir leur bébé mais de façon non statistique. Le suivi ambulatoire des nouveaux-nés n'avait pas pâti de la crise sanitaire.

Conclusion : Si dans cette étude, les conditions du séjour en maternité ne semblent pas déterminantes pour la poursuite de l'allaitement, les efforts de promotion de celui-ci sont à concentrer lors du retour à domicile, en proposant un suivi systématique aux mères allaitantes.

MOTS-CLES

Allaitement exclusif, allaitement mixte, Confinement, restrictions, visites, Sars-Cov-2, sevrage, qualité de vie