

Reçu le :
28 août 2014
Accepté le :
26 juin 2015
Disponible en ligne
29 juillet 2015



CrossMark

Observance des pratiques professionnelles recommandées en maternité et réduction du risque de sevrage de l'allaitement maternel dans les six premiers mois de vie

Hospital practices and breastfeeding cessation risk within 6 months of delivery

M. Callendret^a, N. Gelbert-Baudino^b, T. Raskovalova^c, D. Piskunov^d,
C. Schelstraëte^e, M. Durand^f, F. Baudino^a, P. François^{a,g}, V. Equy^h, J. Labarere^{a,g,*}

^a Unité d'évaluation médicale, centre hospitalier universitaire CS 10217, pavillon Taillefer, 38043 Grenoble cedex 9, France

^b Association française de pédiatrie ambulatoire, Le Polygone Alpha, 30, allée Albert-Sylvestre, 73000 Chambéry, France

^c Pôle de biologie médicale et d'anatomie pathologique, centre hospitalier universitaire Estaing, 1, place Lucie-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand cedex 1, France

^d Université médicale d'État, 1 ulitsa Krasnogo Vosstania, 664003 Irkoutsk, Fédération de Russie

^e 285, rue Nicolas-Parent, 73000 Chambéry, France

^f Département d'anesthésie réanimation, hôpital Edouard-Herriot, hospices civils de Lyon, place d'Arsonval, 69008 Lyon, France

^g TIMC, UMR 5525, CNRS université Joseph-Fourier, Grenoble 1, Domaine de la Merci, 38706 La Tronche cedex, France

^h Pôle couple enfant, centre hospitalier universitaire CS 10217, 38043 Grenoble cedex 9, France

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Summary

Background. The impact of maternity ward practices on breastfeeding duration remains uncertain in France.

Objective. This study aimed to determine whether compliance with an increasing number of Baby-Friendly Hospital Initiative recommended practices was associated with a decreasing risk for breastfeeding cessation within 6 months of delivery.

Methods. We analyzed the original data from a prospective cohort study carried out in eight maternity centers in France in 2005–2006. A pediatrician or a midwife prospectively collected data on breastfeeding initiation within 1 h of birth, rooming-in 24 h a day, pacifier non-use, and giving breast milk only for 908 mothers who were breastfeeding at discharge.

Results. Overall, 315 (34.7%), 309 (34.0%), 186 (20.5%), and 98 (10.8%) mothers experienced 4, 3, 2, or 0–1 maternity ward practices. The median breastfeeding duration was 18 weeks (25th–75th percentiles, 9 to > 26), with 87.6% and 31.5% of mothers who were

Résumé

Contexte. L'impact des pratiques professionnelles en maternité sur la poursuite de l'allaitement maternel est incertain en France.

Objectifs. Tester si l'observance d'un nombre croissant de pratiques recommandées par l'Initiative hôpital ami des bébés (IHAB) était associée à une réduction du risque de sevrage de l'allaitement maternel dans les six premiers mois de vie.

Méthode. Nous avons analysé a posteriori les données d'une étude de cohorte prospective conduite dans huit centres en France. La tétée précoce en peau-à-peau, la cohabitation mère-enfant 24 heures sur 24, l'éviction de la tétine, et l'absence de don de compléments avaient été documentées pour 908 mères allaitant à la sortie de la maternité.

Résultats. Respectivement, 315 (34,7 %), 309 (34 %), 186 (20,5 %) et 98 (10,8 %) mères avaient bénéficié de 4, 3, 2, et 1 ou aucune des pratiques recommandées. La durée médiane d'allaitement maternel a été de 18 semaines, respectivement 87,6 % et 31,5 % des mères

* Auteur correspondant.

e-mail : jlabarere@chu-grenoble.fr, jose.labarere@laposte.net (J. Labarere).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2015.06.017> Archives de Pédiatrie 2015;22:924–931
0929-693X/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

still breastfeeding by 4 and 26 weeks after delivery, respectively. After adjusting for study center and baseline characteristics, the hazard ratios of breastfeeding cessation associated with 3, 2, and 0–1 practices were 1.32 (95% confidence interval [CI], 1.06–1.64), 1.54 (95% CI, 1.20–1.98), and 1.59 (95% CI, 1.13–2.25) as compared with compliance with four practices (p for trend < 0.001).

Conclusion. Although the causal interpretation for this relationship remains speculative, these findings support interventions aimed to implement or reinforce Baby-Friendly Hospital Initiative recommended practices in order to establish prolonged breastfeeding and decrease the risk for early cessation after discharge to home.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. 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]. Les recommandations actuelles préconisent l'allaitement maternel exclusif jusqu'au 6^e mois, puis sa poursuite de manière partielle jusqu'à la fin de la première année [1,3]. En France, la proportion de mères initiant un allaitement maternel en maternité a augmenté régulièrement au cours de la décennie précédente, atteignant 69 % en 2012 [4]. Néanmoins, la prévalence de l'allaitement maternel n'était plus que de 54 % un mois après l'accouchement [4]. En effet, une proportion importante de sevrages survient au cours des deux premières semaines, voire dès le retour à domicile [5,6]. Outre la motivation et les caractéristiques maternelles [7–9], les pratiques professionnelles en maternité jouent un rôle primordial dans la mise en place d'un allaitement durable [10]. Ces pratiques incluent notamment la tétée précoce en peau-à-peau immédiatement après la naissance pendant au moins une heure, 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. Elles ont été promues dans plus de 20 000 hôpitaux de 156 pays, dans le cadre de l'Initiative hôpital ami des bébés (IHAB) soutenue conjointement par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) depuis 1991 [11]. Néanmoins, les résultats des essais randomisés et des méta-analyses d'essais ont montré un effet variable de chacune de ces pratiques considérées isolément sur la poursuite de l'allaitement [12–16]. En outre, plusieurs études ont examiné si l'effet de ces pratiques professionnelles s'additionnait mais aucune n'a été conduite en France à notre connaissance [17,18].

L'objectif principal de cette étude était de déterminer s'il existait une relation entre l'observance d'un nombre croissant de pratiques professionnelles recommandées en maternité et

poursuivant l'allaitement 4 et 26 semaines après l'accouchement. Après ajustement sur les caractéristiques à l'inclusion, le rapport de risque instantané de sevrage associé à l'observance de 3, 2 et 1 ou aucune pratique professionnelle était respectivement de 1,32 (intervalle de confiance [IC] à 95 %, 1,06–1,64), 1,54 (IC95 %, 1,20–1,98), et 1,59 (IC95 %, 1,13–2,25) comparativement à l'observance des 4 pratiques recommandées en maternité (p de tendance < 0,001).

Conclusion. Bien que la nature causale de la relation reste à établir, cette étude supporte l'implémentation des pratiques recommandées par l'IHAB pour réduire le risque de sevrage de l'allaitement maternel après le retour à domicile.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

le risque de sevrage de l'allaitement maternel au cours des six premiers mois. 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.

2. Matériel et méthodes

2.1. Type d'étude

Il s'est agi d'une analyse post hoc des données originales d'une étude de cohorte prospective dont la méthode et les résultats ont été publiés par ailleurs [19]. Brièvement, l'étude originale visait à tester l'efficacité d'une intervention multifacette impliquant un support multimédia sur la durée d'allaitement maternel. Huit maternités volontaires situées en région Aquitaine, Picardie et Rhône-Alpes avaient participé à l'étude. L'une d'entre elles était située dans un centre hospitalier universitaire (CHU), quatre autres dans un centre hospitalier général (CHG) et trois autres dans une clinique. Le nombre annuel médian d'accouchements était de 1476 par maternité (871 à 2919) et le pourcentage médian de mères allaitant à la sortie de la maternité était de 68 % (22 à 76 %). Aucune des maternités n'était certifiée Hôpital ami des bébés. Le consentement écrit de toutes les mères participant à l'étude avait été recueilli. Le protocole d'étude a été approuvé par le Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé et le traitement des données a été autorisé par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

2.2. Échantillon d'étude

Tous les couples mère-enfant ont été évalués pour inclusion 7 jours par semaine, pendant une période d'un mois respectivement en 2005 et en 2006. 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 2500 g et qui allaitaient le jour de leur sortie de maternité. Étaient exclus de l'étude les couples mère-enfant 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).

2.3. Recueil des données

Dans chaque maternité, un pédiatre ou une sage-femme avait recueilli de manière prospective les caractéristiques à l'inclusion des couples mère-enfant ainsi que les pratiques professionnelles recommandées en maternité. Le délai du contact peau-à-peau et de tétée précoce, quantifié en minutes, a été recueilli en même temps que les caractéristiques du nouveau-né à la naissance. Bien que les recommandations les plus récentes de l'IHAB préconisent de placer le nouveau-né en peau-à-peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins une heure, nous avons recueilli la pratique d'une tétée précoce en peau-à-peau dans l'heure suivant la naissance, conformément aux études et standards européens et nord-américains publiés [18,20]. La cohabitation mère-enfant 24 heures sur 24, l'éviction de la tétine, et l'absence de don de compléments ont été recueillies sur toute la durée du séjour en maternité. Le nombre de pratiques professionnelles recommandées en maternité a été classé en quatre catégories (0-1, 2, 3, et 4).

Deux enquêtes de formation médicale ont réalisé un suivi téléphonique des mères par entretien structuré 4 et 26 semaines après l'accouchement. 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, la satisfaction relative à l'expérience d'allaitement maternel évaluée sur une échelle à quatre modalités de réponse [21], et les difficultés d'allaitement rencontrées depuis le retour à domicile. Les difficultés d'allaitement recueillies incluaient l'insuffisance de lait maternel, les difficultés de succion, l'existence de douleurs du mamelon, de crevasses, d'engorgement, d'abcès et de mastite.

2.4. Critères de jugement

Le critère de jugement principal a été la poursuite de l'allaitement maternel, évaluée par la durée médiane et la poursuite respectivement à 4 et 26 semaines. La durée d'allaitement (exclusif ou non) était égale à l'âge de l'enfant au moment du sevrage et était censurée à 26 semaines pour les mères allaitant encore à cette date. Les critères de jugement secondaires ont été la survenue d'une ou plusieurs

difficultés d'allaitement rencontrées après le retour à domicile et la satisfaction relative à l'expérience d'allaitement.

2.5. Nombre de sujets nécessaire

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

2.6. 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^e et 75^e 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 [22]. 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 χ^2 de tendance.

Le seuil de signification statistique retenu était de 0,05. Les estimations ponctuelles ont été encadrées par un intervalle de confiance (IC) 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).

3. Résultats

Des 1123 couples mère-enfant inclus dans l'étude originale, trois (0,2 %) ont été exclus du fait de la découverte a posteriori d'un critère d'exclusion 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 mère-enfant.

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*). La durée médiane de séjour en maternité avait été de 4 jours après l'accouchement (intervalle interquartile, 4 à 5 jours). À 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 était comprise entre 64,9 % pour la tétée précoce en peau-à-peau dans l'heure suivant la naissance et 78,8 % pour la cohabitation mère-enfant 24 heures sur 24 (*tableau I*). L'observance des quatre pratiques professionnelles recommandées a été documentée pour 908 mères : 315 (34,7 %), 309 (34,0 %), 186 (20,5 %) et 98 (10,8 %) d'entre elles avaient bénéficié de 4, 3, 2, et 1 ou aucune des pratiques recommandées. La primiparité, la naissance par césarienne, la réalisation d'une anesthésie péridurale, et l'absence d'emploi étaient associées à une moindre observance des quatre pratiques professionnelles recommandées en maternité (*tableau I*).

Globalement, la durée médiane d'allaitement maternel avait été de 18 semaines (intervalle interquartile, 9 à plus de 26 semaines), 87,6 % et 31,5 % des mères poursuivant l'allaitement à respectivement 4 et 26 semaines de l'accouchement (*tableau II*). L'éviction de la tétine et l'exclusion d'apport autre

Tableau I

Caractéristiques des couples mère-enfant en fonction de l'observance des pratiques professionnelles recommandées en maternité.

Caractéristiques ^a	Tous (n = 993)	Nombre de pratiques professionnelles recommandées en maternité ^a				p
		0-1 (n = 98)	2 (n = 186)	3 (n = 309)	4 (n = 315)	
Âge en années, médiane (25 ^e -75 ^e percentile)	30 (27-33)	30 (27-34)	30 (27-33)	30 (27-33)	30 (28-33)	0,49
Primiparité, n (%)	444 (44,8)	51 (52,0)	88 (47,6)	145 (46,9)	116 (36,8)	0,01
Tabagisme, n (%)	222 (22,3)	17 (17,5)	47 (25,3)	73 (23,6)	70 (22,3)	0,50
Césarienne, n (%)	151 (15,4)	42 (42,9)	41 (22,3)	42 (13,7)	11 (3,5)	< 0,001
Anesthésie péridurale, n (%)	760 (76,5)	92 (93,9)	153 (82,3)	231 (74,8)	223 (70,8)	< 0,001
Durée d'allaitement souhaitée en mois, médiane (25 ^e -75 ^e percentile)	4 (3-6)	5,5 (3-6)	4 (3-6)	4 (3-6)	4 (3-6)	0,28
Vie en couple, n (%)	976 (98,4)	94 (95,9)	186 (100)	304 (98,7)	310 (98,4)	0,05
Niveau d'études ≤ au baccalauréat, n (%)	274 (28,5)	33 (35,1)	48 (26,5)	84 (28,2)	85 (27,8)	0,48
Sans emploi, n (%)	70 (7,3)	15 (16,3)	14 (7,8)	15 (5,0)	21 (6,9)	0,004
Poids de naissance en grammes, médiane (25 ^e -75 ^e percentile)	3340 (3100-3640)	3325 (3050-3620)	3327 (3100-3610)	3320 (3087-3615)	3380 (3100-3680)	0,49
Sexe masculin, n (%)	502 (51,2)	48 (49,5)	96 (51,9)	165 (54,6)	144 (46,1)	0,20
Pratiques en maternité, n (%)						
Éviction 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
Absence de don de compléments	717 (73,0)	8 (8,2)	81 (43,5)	257 (83,2)	315 (100)	< 0,001
Tétée précoce en peau-à-peau	612 (64,9)	27 (27,5)	84 (45,2)	163 (52,7)	315 (100)	< 0,001

^a Données non 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), la durée d'allaitement souhaitée (n = 84), 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'absence de don de compléments en maternité (n = 11), la tétée précoce en peau-à-peau (n = 50), et le nombre de pratiques recommandées (n = 85).

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

Critères	Tous (n = 993)	Nombre de pratiques professionnelles recommandées en maternité ^a				p
		0-1 (n = 98)	2 (n = 186)	3 (n = 309)	4 (n = 315)	
Allaitement maternel ^b						0,001
Poursuivi à 4 semaines, %	87,6	82,6	83,3	87,4	92,4	
Poursuivi à 26 semaines, %	31,5	25,6	24,9	29,5	38,7	
Durée en semaines, médiane (25 ^e -75 ^e 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, n (%) ^a	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, n (%)	509 (51,3)	56 (57,1)	110 (59,1)	158 (51,3)	140 (44,4)	0,001 ^c

^a Données non renseignées dans 85 cas pour le nombre de pratiques recommandées et 2 cas pour la satisfaction relative à l'expérience d'allaitement maternel.

^b La proportion de couples mère-enfant 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 χ^2 de tendance.

que le lait maternel ont été associées à un risque instantané de sevrage significativement réduit (0,70 [IC95 %, 0,58-0,85] et 0,82 [IC95 %, 0,68-0,98], respectivement) tandis que la tétée précoce en peau-à-peau dans l'heure suivant la naissance et la cohabitation mère-enfant 24 heures sur 24 ont été associées à une tendance non significative à la réduction du risque instantané de sevrage (respectivement 0,87 [IC95 %, 0,74-1,04] et 0,87 [IC95 %, 0,72-1,05],). En analyse univariée, une association existait entre l'observance d'un nombre croissant de pratiques professionnelles recommandées en maternité et la durée d'allaitement maternel (tableau II). 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 3, 2 et 1 ou aucune des pratiques professionnelles était de 1,32, 1,54, et 1,59 comparativement à l'observance des 4 pratiques professionnelles recommandées en maternité (p de tendance < 0,001, tableau III). Les résultats de l'analyse multivariée étaient inchangés après imputation multiple des données manquantes (données non présentées).

Au total, 894 mères (90,2 %) avaient été 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 a été 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).

4. Discussion

Cette étude de cohorte prospective multicentrique a objectivé l'existence d'une association entre l'observance d'un nombre

croissant de pratiques professionnelles recommandées par l'IHAB et la réduction du risque de sevrage de l'allaitement maternel au cours des 6 premiers mois. Cette relation suggère un effet cumulatif des pratiques professionnelles en maternité sur l'issue du projet d'allaitement maternel. En effet, il semblerait que ce soit davantage la combinaison des pratiques professionnelles que chaque pratique considérée isolément qui influence la durée de l'allaitement maternel.

Des études antérieures conduites aux États-Unis [17,18], en Asie [23] et en Australie [24] entre 1993 et 2010 ont analysé

Tableau III
Caractéristiques indépendamment associées au risque instantané de sevrage (n = 862).

Caractéristiques	Rapport de risque instantané ajusté (intervalle de confiance à 95 %) ^a	p
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)	
Âge maternel en années	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 covariables listées dans le tableau et le site d'étude. Un rapport de risque instantané supérieur à 1,00 indique un risque augmenté de sevrage. Cent trente et un couples mère-enfant avec des valeurs manquantes pour une ou plusieurs covariables ont été exclus de l'analyse multivariée.

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

l'existence d'une relation entre l'observance d'un nombre croissant de pratiques recommandées et le risque de sevrage de l'allaitement (*tableau IV*). Ces études portaient sur un nombre de pratiques professionnelles en maternité compris entre 4 et 6. Les pratiques étudiées incluaient, pour toutes ces études, la tétée précoce en peau-à-peau dans l'heure suivant la naissance, la cohabitation de la mère et de l'enfant 24 heures sur 24, et l'exclusion de tout autre apport que le lait maternel. Elles différaient par le mode de constitution des échantillons (échantillons issus de groupes de consommateurs pour les enquêtes Infant Feeding Practices Survey I et II

versus cohortes recrutées en maternité), les modalités de recueil de l'information sur les pratiques professionnelles (déclarative versus rétrospective sur dossier), et le délai d'évaluation du sevrage compris entre 6 semaines et 4 mois. En dépit d'une méthodologie différente, ces études ont toutes rapporté une association, d'intensité variable, entre l'observance d'un nombre croissant de pratiques recommandées et une réduction du risque de sevrage. Il ne faut cependant pas perdre de vue que les études observationnelles sont propices aux biais de publication qui consistent à rapporter sélectivement les études positives au détriment des études

Tableau IV

Études rapportant une association entre l'observance d'un nombre croissant de pratiques professionnelles recommandées en maternité et une réduction du risque de sevrage de l'allaitement maternel.

Auteur	Di Girolamo [17]	Di Girolamo [18]	Tarrant [23]	Brodribb [24]	Présente étude
Période de recrutement	Mars à octobre 1993	Mai à décembre 2005	2006–2007	Février à mai 2010	2005 et 2006
Pays	États-Unis	États-Unis	Hong-Kong	Australie	France
Échantillon	IFPS I	IFPS II	4 maternités	État civil	8 maternités
Effectif	1085	1907	1417	6752	993
Information sur les pratiques	Déclarative ^a	Déclarative ^a	Rétrospective sur dossier	Déclarative ^a	Prospective
Délai d'évaluation du sevrage	6 semaines ^b	6 semaines ^c	8 semaines ^d	4 mois ^e	26 semaines ^f
Sevrage, %	17	14	53	33	68
Tétée précoce en peau-à-peau	0,6 (0,4–0,9)	0,71 (0,53–0,95)	0,78 (0,59–1,03)	nr (nr)	0,87 (0,74–1,04)
Cohabitation mère-enfant 24 h/24	1,0 (0,7–1,4)	0,93 (0,69–1,26)	1,30 (0,98–0,71)	nr (nr)	0,87 (0,72–1,05)
Éviction de la tétine	0,9 (0,6–1,2)	0,73 (0,54–0,99)	0,87 (0,65–1,15)	– (–)	0,70 (0,58–0,85)
Exclusion d'autre apport que le lait maternel	0,4 (0,3–0,7)	0,47 (0,34–0,64)	0,58 (0,41–0,84)	nr (nr)	0,82 (0,68–0,98)
Allaitement à la demande	0,8 (0,6–1,2)	0,82 (0,61–1,10)	0,98 (0,74–1,31)	– (–)	– (–)
Information sur le soutien	– (–)	0,97 (0,71–1,32)	0,73 (0,55–0,98)	– (–)	– (–)
Contact peau-à-peau précoce	– (–)	– (–)	– (–)	nr (nr)	– (–)
Nombre de pratiques					
0	7,7 (2,3–25,8)	7,60 (2,13–27,14)	(3,81) (1,76–8,26)	3,23 (2,48–4,19)	(1,59) (1,13–2,25)
1	4,5 (1,5–14,2)	7,51 (2,75–20,51)		2,40 (1,96–2,94)	
2	4,0 (1,3–12,3)	6,41 (2,47–16,67)	2,57 (1,36–4,87)	2,32 (1,97–2,73)	1,54 (1,20–1,98)
3	3,1 (1,0–9,7)	4,12 (1,60–10,62)	2,76 (1,48–5,16)	1,88 (1,65–2,16)	1,32 (1,06–1,64)
4	1,7 (0,5–6,0)	3,81 (1,47–9,85)	2,37 (1,26–4,46)	1,00 (référence)	1,00 (référence)
5	1,0 (référence)	1,91 (0,69–5,30)	1,58 (0,78–3,20)	– (–)	– (–)
6	– (–)	1,00 (référence)	1,00 (référence)	– (–)	– (–)

nr : non rapporté par les auteurs ; IFPS : Infant Feeding Practices Survey.

^a L'information sur l'observance des pratiques professionnelles en maternité a été recueillie rétrospectivement auprès des mères un mois [17,18] ou 4 mois [24] après la naissance.

^b L'odds ratio de sevrage à 6 semaines du postpartum était ajusté sur l'âge, la race, le niveau d'éducation, le sexe de l'enfant, le revenu du foyer, la planification de reprise d'une activité professionnelle à temps plein versus temps partiel avant le 6^e mois, le mode d'alimentation préféré par le père (allaitement maternel, lait maternisé, mixte).

^c L'odds ratio de sevrage à 6 semaines du postpartum était ajusté sur l'âge, la race, le niveau d'éducation, le sexe de l'enfant, le revenu du foyer, le statut marital, le nombre d'enfants de la fratrie, le tabagisme, la planification de reprise d'une activité professionnelle, le nombre d'amis et de proches qui ont allaité, l'attitude maternelle vis-à-vis de l'allaitement maternel.

^d L'odds ratio de sevrage à 8 semaines du postpartum était ajusté sur l'âge, le niveau d'éducation, le revenu du foyer, la planification de reprise d'une activité professionnelle avant le 6^e mois, la naissance par césarienne en urgence.

^e L'odds ratio de sevrage à 4 mois n'était pas ajusté.

^f Le rapport de risque instantané de sevrage au cours des 6 mois du postpartum était ajusté sur l'âge, la naissance par césarienne, l'anesthésie péridurale, le tabagisme, l'absence d'emploi, la vie en couple, et le site d'étude.

négatives n'objectivant pas d'association statistiquement significative.

Il existe au moins deux interprétations possibles de la relation entre l'observance d'un nombre croissant de pratiques professionnelles recommandées et la réduction du risque de sevrage. La première est de nature causale et considère que l'effet des pratiques professionnelles s'additionne pour permettre l'instauration d'un allaitement maternel durable et réduire le risque de sevrage après le retour à domicile. Les arguments en faveur de cette interprétation causale sont le caractère prospectif de notre étude, l'existence d'une relation de type « dose-effet », la persistance de l'association après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels, et la cohérence de nos résultats avec ceux des études antérieures. En outre, il existait une relation comparable entre l'observance d'un nombre croissant de pratiques professionnelles recommandées et la réduction de la prévalence des difficultés de l'allaitement rapportées par les mères, qui constituent en soi un facteur de risque de sevrage. À l'encontre de cette interprétation, les résultats des méta-analyses d'essais randomisés et des études quasi expérimentales ont conclu à un effet limité, voire n'ont pu mettre en évidence d'effet significatif, de chaque pratique professionnelle prise isolément sur la durée d'allaitement maternel [12-15,25].

Une seconde interprétation possible considère que l'observance des pratiques professionnelles recommandées serait un marqueur indirect de l'intensité de la motivation maternelle à allaiter, elle-même associée à la durée effective d'allaitement. Les données de notre étude, suggérant que la durée souhaitée d'allaitement maternel ne différerait pas en fonction du nombre de pratiques observées, vont à l'encontre de cette interprétation. En outre, les données de l'enquête Infant Feeding Practices Survey II ont montré qu'il existait également une relation entre le nombre croissant de pratiques recommandées et la poursuite de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à la durée initialement souhaitée [26].

Les implications de cette étude sont multiples. Premièrement, le fait que seulement 34 % des mères aient bénéficié des 4 pratiques ciblées souligne l'importance de promouvoir leur adoption par les professionnels des maternités. Plusieurs interventions ont démontré un impact sur les pratiques professionnelles, éventuellement suivi d'une augmentation de la prévalence et la durée de l'allaitement maternel [27-29]. Deuxièmement, l'existence d'une relation de type « dose-effet » supporte les stratégies visant à implanter ou renforcer un nombre même limité de pratiques professionnelles lorsque toutes celles préconisées par l'IHAB ne peuvent être mises en œuvre à l'échelle d'une maternité [18]. Troisièmement, l'effet cumulatif des pratiques professionnelles recommandées affecte d'autres aspects du projet d'allaitement maternel que la seule durée, qui est souvent tributaire de facteurs extérieurs tels que la reprise d'une activité professionnelle [30]. La satisfaction, qui est le critère le plus souvent cité par les mères pour qualifier le succès de leur projet d'allaitement

[21], est également associée à l'observance des pratiques professionnelles recommandées.

Cette étude comporte plusieurs limites potentielles. Premièrement, il s'agit d'une analyse post hoc des données d'une étude originale et on ne peut pas exclure que des facteurs de confusion expliquant l'association observée aient pu être méconnus. Néanmoins, notre étude se distingue des recherches antérieures par le recueil prospectif de l'information sur les pratiques professionnelles ciblées, garantissant un niveau de qualité supérieur aux données déclaratives rapportées par les mères ou recueillies rétrospectivement sur dossier. Deuxièmement, l'étude a été conduite en 2005 et 2006, respectivement. Bien que les pratiques professionnelles aient pu évoluer depuis cette date, il y a peu d'arguments pour suspecter que l'association observée entre le nombre de pratiques recommandées et la réduction du risque de sevrage se soit modifiée. En effet, les études antérieures conduites sur les deux dernières décennies rapportaient une association comparable. Troisièmement, cette étude a été réalisée dans huit maternités auto-sélectionnées sur la base du volontariat et ses résultats peuvent ne pas s'appliquer à d'autres établissements. Cependant, les maternités recrutées couvraient un spectre étendu en termes de taille et de prévalence de l'allaitement à la sortie.

5. Conclusion

Bien que la nature causale de la relation ne soit pas formellement démontrée, les résultats de cette étude constituent un argument supplémentaire pour promouvoir l'adoption par les professionnels de ces quatre pratiques recommandées par l'IHAB afin de favoriser l'établissement d'un allaitement maternel durable.

Déclaration d'intérêts

N. Gelbert-Baudino est présidente de l'Association française de pédiatrie ambulatoire, qui a reçu un financement de la part de Blédina, Nestlé, Sodilac et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

M. Callendret, T. Raskovalova, D. Piskunov, C. Schelstraëte, M. Durand, F. Baudino, P. François, V. Equy et J. Labarere déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Financements : Cette étude a bénéficié d'un soutien financier de la part du ministère de la Santé (Programme national nutrition santé) et de la délégation à la recherche clinique et à l'innovation du centre hospitalier universitaire de Grenoble.

Remerciements

Les investigateurs et institutions suivantes ont participé à cette étude :

I. Gothie, M.-C. Degiovanni, M. Gamot (clinique Belledonne, Saint-Martin d'Hères) ; C. Devoldere, M. Mazieres, M. Stomayer (centre hospitalier, Abbeville) ; C. Salinier (Maison de Santé Bagatelle, Bordeaux) ; G. Putet, F. Roche (hospices civils, Lyon) ; M. Piquet, C. Gotteland, M. Lambert, M. Tartarat Chapitre, E. Carras, A. Chabauty, B. Rigot Guide (centre hospitalier, Albertville) ; J.-P. Gout, J. Regal, M. Cressin, A. Naudin (centre hospitalier, Voiron) ; M. Berchotteau, F. Vie Le Sage, E. Puel, S. Souvignet, I. Herpin, F. Belleoeil, V. Anguilla, O. Perrin (centre hospitalier, Aix les Bains) ; F.-M. Caron (clinique Sainte-Claire, Amiens).

Références

- [1] Eidelman AI, Schanler EJ, Johnston M, et al. Section on breast-feeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827–41.
- [2] Turck D. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Arch Pediatr* 2005;12(3):145–65.
- [3] ANAES, service recommandations et références professionnelles. Allaitement maternel : mise en oeuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. *Recommandations* (mai 2002). *Gynecol Obstet Fertil* 2003;31:481–90.
- [4] Salanave B, de Launay C, Guerrisi C, et al. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane. *BEH* 2012;34:383–7.
- [5] Hall RT, Mercer AM, Teasley SL, 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;141:659–64.
- [6] Ertem IO, Votto N, Leventhal JM. The timing and predictors of the early termination of breastfeeding. *Pediatrics* 2001;107:543–8.
- [7] Branger B, Dinot-Mariau L, Lemoine N, 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 Pediatr* 2012;19:1164–76.
- [8] Labarere J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France). *Arch Pediatr* 2001;8:807–15.
- [9] Siret V, Castel C, Boileau P, et al. Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Beclere Hospital Clamart. *Arch Pediatr* 2008;15:1167–73.
- [10] Wright A, Rice S, Wells S. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. *Pediatrics* 1996;97:669–75.
- [11] Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 1: background and implementation. Geneva: World Health Organization and UNICEF; 2009 Disponible sur internet : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967_eng.pdf?ua=1&ua=1, consulté le 27 mai 2015].
- [12] Becker GE, Remington S, Remington T. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;12 [CD006462].
- [13] Jaafar SH, Lee KS, Ho JJ. Separate care for new mother and infant versus rooming-in for increasing the duration of breast-feeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9 [CD006641].
- [14] Moore ER, Anderson GC, Bergman N, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5 [CD003519].
- [15] O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, et al. Pacifiers and breastfeeding: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:378–82.
- [16] Perez-Escamilla R, Pollitt E, Lonnerdal B, et al. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. *Am J Public Health* 1994;84:89–97.
- [17] DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth* 2001;28:94–100.
- [18] DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* 2008;122(2):43–9.
- [19] Labarere J, Gelbert-Baudino N, Laborde L, et al. CD-ROM-based program for breastfeeding mothers. *Matern Child Nutr* 2011;7:263–72.
- [20] Hawkins SS, Stern AD, Baum CF, et al. Compliance with the Baby-Friendly Hospital Initiative and impact on breastfeeding rates. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2014;99:F138–43.
- [21] Labarere J, Gelbert-Baudino N, Laborde L, et al. Determinants of 6-month maternal satisfaction with breastfeeding experience in a multicenter prospective cohort study. *J Hum Lact* 2012;28:203–10.
- [22] Sterne JA, White IR, Carlin JB, et al. Multiple imputation for missing data in epidemiological and clinical research: potential and pitfalls. *BMJ* 2009;338:b2393.
- [23] Tarrant M, Wu KM, Fong DY, et al. Impact of baby-friendly hospital practices on breastfeeding in Hong Kong. *Birth* 2011;38:238–45.
- [24] Brodribb W, Kruske S, Miller YD. Baby-friendly hospital accreditation, in-hospital care practices, and breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131:685–92.
- [25] Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, et al. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;7 [CD007202].
- [26] Perrine CG, Scanlon KS, Li R, et al. Baby-friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics* 2012;130:54–60.
- [27] Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413–20.
- [28] Vittoz JP, Labarere J, Castell M, et al. Effect of a training program for maternity ward professionals on duration of breastfeeding. *Birth* 2004;31:302–7.
- [29] Zakarija-Grkovic I, Segvic O, Bozinovic T, et al. Hospital practices and breastfeeding rates before and after the UNICEF/WHO 20-hour course for maternity staff. *J Hum Lact* 2012;28:389–99.
- [30] Labarere J, Bellin V, Fourny M, et al. Assessment of a structured in-hospital educational intervention addressing breastfeeding: a prospective randomised open trial. *BJOG* 2003;110:847–52.