



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



# MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

réalisé au sein de

l'Université Claude Bernard– Lyon 1

UFR de médecine et maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

---

Impact de la distribution d'une plaquette sur les repères de l'allaitement sur le taux d'allaitement à 6 semaines de vie, une étude avant après.

---

Noémie MOINS

Née le 01 mai 1996

LABORIE Sophie, pédiatre, HFME

KOBER Pascal, enseignant sage-femme, école de sage-femme de Lyon

Directrice de mémoire

Enseignant

## Remerciements

Je tiens à remercier,

Ma directrice de mémoire, Sophie Laborie, pédiatre à l'HFME qui m'a guidée tout au long de ce travail et qui a toujours été disponible et enthousiaste sur ce projet malgré les difficultés rencontrées.

Monsieur Gaucher Laurent, sage-femme, pour m'avoir aidée dans l'utilisation de logiciels statistiques et avoir su trouver le temps de répondre à mes questions.

L'équipe enseignante de l'école de sage-femme qui m'a accompagnée durant 4 années, pour me former et devenir une future professionnelle de santé compétente. Je remercie aussi toutes les sages-femmes et médecins qui m'ont encadrée, accompagnée et formée sur mes différents terrains de stage.

Mes parents, qui depuis toujours me soutiennent dans chacun de mes projets sans jamais avoir douté de moi. Merci pour votre force, votre présence, votre soutien et votre amour...

Mes 4 frères et sœurs (et belles sœurs et beau-frère), merci pour votre patience durant les phases compliquées, votre soutien sans faille et votre capacité infailible à me redonner le sourire. Merci pour votre accueil durant les stages et pour votre disponibilité. C'est désormais à mon tour de quitter le système scolaire et de voler vers mon indépendance.

Suzanne, ma grand-mère de cœur, qui a toujours cru en moi. Laurie, ma cousine, pour ta bienveillance.

Lucas et Chloé, merci à vous 2, mes 2 piliers durant ces 4 années, vous m'avez épaulée pour chaque épreuve et avez été à mes côtés pour chaque réussite. Encore merci pour votre soutien sans faille que ça soit sur le plan professionnel comme sur le plan personnel.

Mégane et Sandra, sans qui ce mémoire n'aurait pu voir le jour... Merci pour votre sourire quotidien lors de sa rédaction et vos conseils avisés.

Ma promotion, ma 2<sup>ème</sup> famille, qui ont fait que des centaines d'heures de cours se passent dans une bonne ambiance, que des débats de tous types jaillissent pour à chaque fois devenir de meilleures personnes. Merci pour vos échanges lors des stages ou lors des soirées. Ces années étaient les plus intenses mais celles aussi avec les meilleurs souvenirs et c'est grâce à vous tous... Merci à LA promo' et une pensée spéciale à la team stéphanoise et à mes sœurs de fal'. Ne changez rien vous êtes tous et toutes de belles personnes !

Marie-Line et Inès, mes amies de toujours que ces études ont éloigné de moi... Pour autant on ne s'est jamais oubliée et toujours soutenue.

Merci à mes ami(e)s d'Ardèche, vous étiez une bouffée d'oxygène dans ces études qui étaient très denses et merci aussi à Thierry et à David pour votre présence et vos encouragements.

Merci à tous les couples qui m'ont fait confiance, qui ont accepté que je partage des moments uniques de leur vie en accompagnant leur grossesse et en accueillant leur bébé lors de sa naissance et des 1ers jours. Une pensée à Zakaria, le 1<sup>er</sup> petit garçon que j'ai fait naître seule, tu dois aujourd'hui savoir marcher...

## **Glossaire**

AE : Allaitement exclusif

All : Allaitement

ATCD : Antécédent

BAC : Baccalauréat

CB : Cause liée au bébé

CM : Cause maternelle

ELFE : Étude longitudinale française depuis l'enfance

ENP : Enquêtes Nationales Périnatales

EPIFANE : Epidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie

HFME : Hôpital Femme Mère Enfant

IMC : Indice de masse corporel

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

Pq : Plaquette

RISAM : Réseau interprofessionnel de soutien à l'allaitement maternel

SA : Semaine d'Aménorrhée

TL : Tire-lait

## SOMMAIRE

Introduction.....	1
Matériel et méthodes.....	3
Population.....	3
Méthode.....	4
Recueil de données.....	6
Résultats.....	6
Discussion.....	13
Conclusion.....	18
Bibliographie.....	20

## Introduction

Les bienfaits de l'allaitement maternel ont été prouvés dans de nombreuses études. Ces bienfaits se retrouvent à la fois chez le nouveau-né et le futur enfant mais aussi chez les mères allaitantes. C'est pourquoi l'OMS préconise un allaitement exclusif jusqu'aux 6 mois de l'enfant. (1) Le taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois est de 38% dans le monde. L'objectif 2025 est d'atteindre 50% de la population. Cependant de nombreux facteurs influent sur l'allaitement maternel, il peut s'agir de facteurs intrinsèques au couple mère-enfant mais aussi extrinsèques.

L'allaitement maternel exclusif a des bénéfices à court et long terme pour le nourrisson. A court terme il a un rôle protecteur sur les systèmes de régulations métaboliques, neurologiques et immunologiques. (2) Il protège notamment des entérocolites ulcéro-nécrosantes grâce notamment aux glycosaminoglycanes tel que le sulfate de chondroïtine présent dans le lait maternel. (3) Il limite aussi les infections telles que les diarrhées et infections respiratoires et il est bénéfique aussi sur le plan économique, social, environnemental et psychologique. (4) A plus long terme, il prévient du développement de maladies chroniques (2) (4) et a aussi un rôle protecteur sur le risque cardio-vasculaire. En effet un allaitement exclusif de 0 à 3 mois, entraîne un taux de cholestérol total diminué (car LDL diminué) mais avec un IMC qui lui reste identique. Il y a donc un profil lipidique plus sain. (5)

Du côté de la mère l'allaitement réduit les saignements du post-partum, accélère l'involution utérine et diminue le risque de cancer du sein, des ovaires et le risque de fracture de la hanche à long terme. (4)

Certains facteurs influent sur la durée de l'allaitement exclusif comme la séparation de mère-enfant. (6) Il est essentiel que la mère et l'enfant soit ensemble c'est pourquoi cela fait partie des 12 recommandations de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé. (7) De plus l'utilisation d'une sucette, la césarienne, l'absence de diplôme, la non-participation à un groupe de soutien sont associés à un arrêt précoce de l'allaitement à 3 mois. La reprise du travail n'influe qu'à partir de 6 mois. (8) Enfin la primiparité est un facteur de risque d'arrêt précoce de l'allaitement exclusif tout comme un mauvais vécu d'un premier allaitement. (9) Les maternités précoces, le

niveau d'éducation maternelle, les catégories socio-professionnelles des parents, et le manque de connaissances maternelles sur l'allaitement maternel notamment une perception faible de la quantité de lait rentrent aussi en jeu.(9) (10) Le père a aussi un rôle primordial dans la durée de l'allaitement maternel exclusif. (11) Le tabac (ainsi que l'alcool et les drogues) est aussi un facteur de risque d'un arrêt précoce de l'allaitement maternel car les mères ont peu de connaissances des effets du tabac sur l'allaitement. (12)

Plusieurs études ont fait l'état des lieux : ELFE (Étude longitudinale française depuis l'enfance), EPIFANE (épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie), ENP (Enquêtes nationales périnatales).

Au final les arrêts pouvaient être la conséquence d'un choix, ou d'un élément lié à la mère (douleur, travail, contraignant (ou séparation de la mère et de l'enfant), fatigue, maladie, pression de l'entourage) et/ou d'un élément lié à l'enfant (problème de poids ou maladie, mauvaise succion, tétée trop fréquente, bébé endormi ou énervé (difficulté de la mise au sein), perception maternelle d'une faible quantité de lait). (10)

Les opérations de promotion de l'allaitement augmentent les taux d'allaitement exclusif dans les pays en développement notamment pour les bébés âgés de 4 à 6 semaines et jusqu'à leur 6 mois. Sur certaines études on voit une nette augmentation : il y a 1,89 fois plus et 6 fois plus d'allaitement exclusif pour les 4-6 semaines et 6 mois respectivement. (4) Il y a plusieurs formes de promotion à l'allaitement : l'Initiative hôpital ami des bébés est une première forme. Le soutien et conseils par des professionnels (médecins, sages-femmes, infirmières, conseillers en lactation...) durant toutes les étapes de la grossesse, jusqu'au retour à domicile en est une autre.

Le conseil prénatal s'est avéré être d'une plus grande efficacité pour promouvoir l'allaitement maternel à 4-6 semaines, tandis que le conseil prénatal et postnatal combiné montre une augmentation significative de l'allaitement exclusif à 6 mois. (4)



Face aux bénéfices qu'apportent l'allaitement maternel exclusif, le RISAM (Réseau interprofessionnel de soutien à l'allaitement maternel) a élaboré une plaquette d'allaitement qui a pour visée de soutenir les mères allaitantes en proposant des solutions et conseils pour la mise en place de l'allaitement.

Nous allons donc chercher à savoir si la plaquette d'allaitement distribuée a un effet sur le taux d'allaitement exclusif d'une durée de 6 semaines et sur quels facteurs influents elle agit.

## **Matériel et méthode**

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive réalisée avec des questionnaires remplis lors d'appels téléphoniques à 6 semaines de l'accouchement auprès des patientes allaitantes exclusivement en sortie de maternité à l'Hôpital Femme Mère Enfant à Bron (niveau 3).

## **Population**

### Population source

Nous avons sélectionné des patientes allaitantes exclusivement leur nouveau-né à la sortie de la maternité avant la diffusion de la plaquette d'allaitement sur 4 périodes du 06/06/2019 au 22/06/2019, du 13/08/2019 au 16/08/2019, du 05/09/2019 au 11/09/2019 et du 14/10/2019 au 19/10/2019 au centre hospitalier Femme Mère Enfant (HFME). Le recueil s'est effectué sur 4 périodes en fonction des disponibilités de l'investigateur en aucun cas il ne s'agit d'un critère lié aux patientes.

### Population cible

Nous avons sélectionné des patientes allaitantes exclusivement leur nouveau-né à la sortie de la maternité après la diffusion de la plaquette d'allaitement sur la période du 20/10/2019 au 14/12/2019 à l'HFME.

## Sélection des cas

### Critères d'inclusion

La patiente doit remplir l'ensemble des critères d'inclusion afin de pouvoir rentrer dans l'étude :

- Mère majeure parlant français
- Patiente souhaitant allaiter leur enfant
- Terme de l'accouchement entre 37SA et 42 SA
- Poids de naissance de l'enfant entre 2,5kg et 4,5kg
- Absence de pathologie néonatale
- Séjour en maternité non compliqué
- Allaitement exclusif à la sortie de la maternité
- Grossesse de singleton
- Toutes voies d'accouchements
- Accord de la patiente lors de la mise en contact téléphonique et consentement signé pour le groupe 2 avec plaquette

### Critères d'exclusion

- Hospitalisation néonatale

Les patientes ayant bénéficié d'un complément de lait artificiel occasionnellement lors de leur séjour en maternité ne sont pas exclues de cette étude.

## **Méthode**

La plaquette d'allaitement devait être diffusée à l'ensemble des femmes souhaitant allaiter dans le service de maternité ainsi qu'être affichée dans les chambres de la maternité. Cette diffusion n'a pas pu être mise en place pour des problèmes logistiques interne au service de maternité. La plaquette a alors été diffusée par deux pédiatres qui ont accepté de donner cette plaquette d'allaitement lors de la visite pédiatrique de l'enfant chez des patientes qui avaient tous les critères d'inclusion, sans critère d'exclusion avec un allaitement exclusif à la sortie de la maternité.

La mise en relation avec les patientes du groupe 1 s'est faite par appels téléphoniques. Un premier appel avait lieu entre 5 semaines et 6 jours et 6 semaines et 2 jours après la naissance. Lorsque la patiente ne répondait pas, je laissais un premier message sur le répondeur avec le motif de l'appel et je spécifiais aussi qu'un nouvel appel serait effectué dans la journée. Si ce 2<sup>ème</sup> appel était sans réponse, un 3<sup>ème</sup> était réalisé le lendemain avec un nouveau message si encore une fois il s'avérait infructueux. Enfin un dernier appel était fait le surlendemain, si les 4 appels n'avaient pas permis d'avoir la patiente alors cette patiente ne rentrait plus dans l'étude. Un consentement oral était toujours demandé et je précisais aussi que l'ensemble des informations qu'elles me fournissaient seront anonymisées.

Pour le 2<sup>ème</sup> groupe, les patientes ont été contactées après qu'elles se soient inscrites lors de la visite pédiatrique de leur enfant suite à la distribution de la plaquette par le pédiatre. Un consentement en plus de la plaquette leur été donné et il leur été spécifié qu'une étudiante sage-femme allait les appeler au bout de 6 semaines. La procédure des appels était la même que pour le groupe 1 en demandant encore une fois un consentement oral et en indiquant l'anonymisation des données. Seules les questions concernant la plaquette ont été rajoutées par rapport au groupe 1.

Nous souhaitons mettre en évidence une augmentation de 62% de succès d'allaitement à 75% avec la diffusion de la plaquette, l'effectif estimé est de 104 mères allaitantes par groupe avant et après avec une puissance à 80 % et un risque alpha à 0,05.

L'ensemble des données recueillies a été informatisé sur un tableur Excel selon le groupe. Les différents tests statistiques ont été fait sur le logiciel R lorsqu'il s'agissait de Chi-2 pour comparer les taux d'allaitement exclusifs entre les 2 groupes ou pour faire la régression logistique avec comme critère principal le groupe. L'ensemble des autres tests statistiques ont été fait sur biostatgv lorsqu'il s'agissait de comparer les taux d'allaitement en fonction d'un critère et que tous les effectifs étaient supérieurs ou égal à 5 avec un test de Chi-2 ou un test de Fisher lorsque au moins un des effectifs était inférieur à 5.

Pour remplir les tableaux statistiques descriptifs une troncature a été faite à 0,0001.

## Recueil de données

Dans le groupe 1, sans plaquette : 182 patientes ont été sélectionnées, 110 ont répondu aux appels téléphoniques et 105 ont accepté de répondre aux questionnaires pour faire partie de l'étude.

Dans le groupe 2 : il y a eu 55 patientes sélectionnées par les pédiatres, 53 qui rentraient dans les critères d'inclusion, 40 ont répondu aux appels téléphoniques et 21 ont lu la plaquette. La sélection des patientes a été faite sur l'ensemble des patientes ayant accouché sur les périodes de recueil selon les critères d'inclusion.

## Résultats

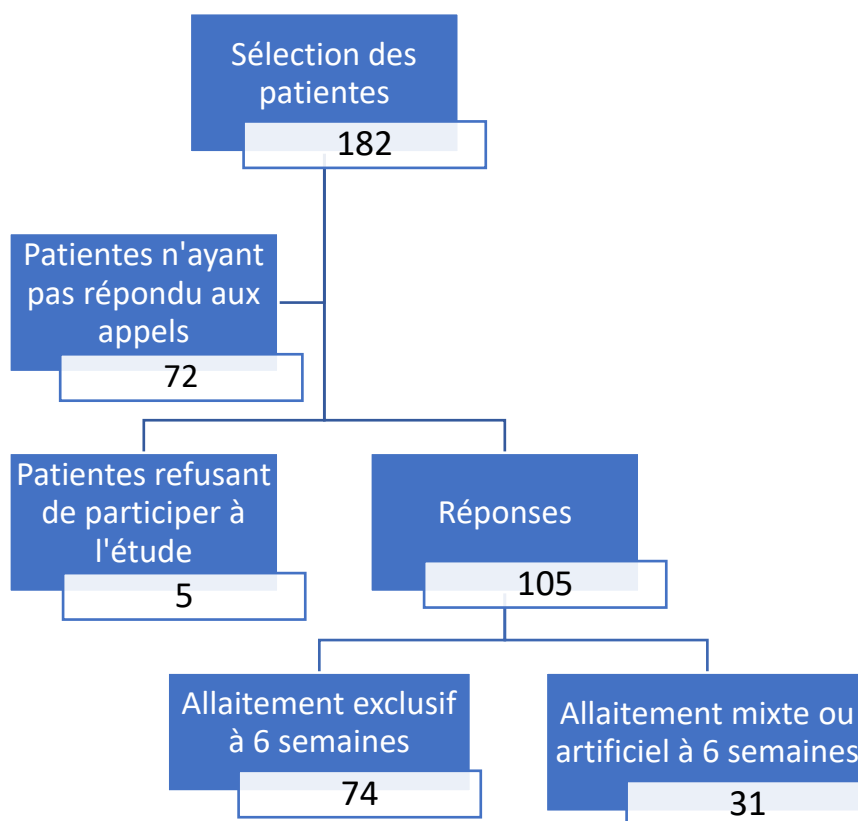


Figure 1 : Organigramme d'inclusion des patientes du groupe 1 sans plaquette

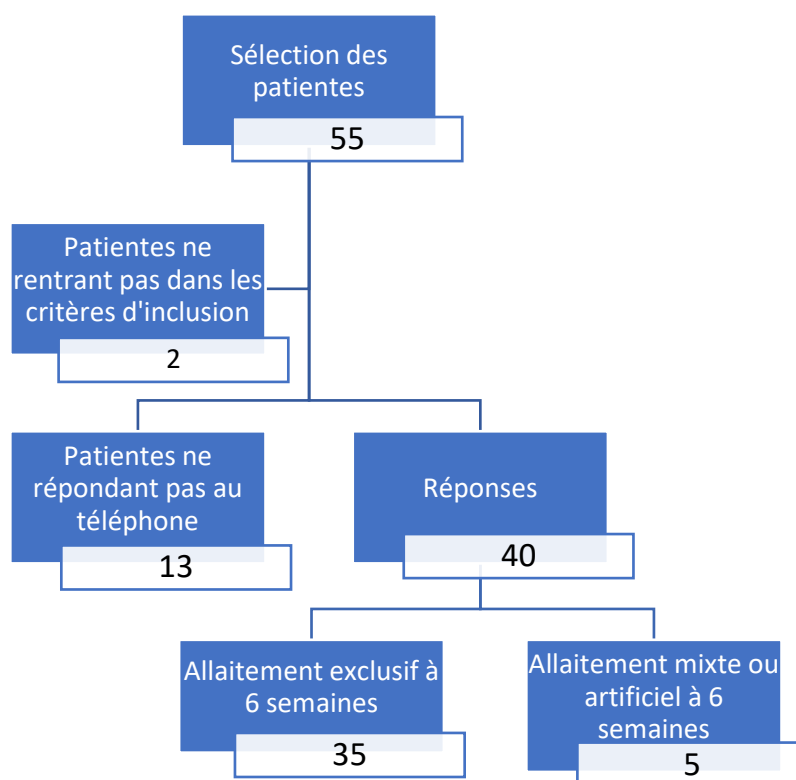


Figure 2 : Organigramme d'inclusion des patientes du groupe 2 avec plaquette

Tableau 1 : Taux des différents allaitements à 6 semaines selon le groupe en intention de traiter

	Allaitement exclusif à 6 semaines	Autres allaitements à 6 semaines	p-value
<b>Groupe 1 : Avant plaquette (n=105)</b>	74 (70,48%)	31 (29,52%)	0,05668
<b>Groupe 2 : Avec plaquette (n=40)</b>	35 (87,5%)	5 (12,5%)	

Tableau 2 : Taux des différents allaitements à 6 semaines selon le groupe en per protocole

	Allaitement exclusif à 6 semaines	Autres allaitement à 6 semaines	p-value
<b>Groupe 1 : Avant plaquette (n=105)</b>	74 (70,48%)	31 (29,52%)	0,1859
<b>Groupe 2 : Avec plaquette ET plaquette lue (n=21)</b>	18 (85,71%)	3 (14,29%)	

Tableau 3 : Description de l'impact de la plaquette d'allaitement sur le taux d'allaitement exclusif

	Allaitement exclusif à 6 semaines	Autres allaitement à 6 semaines	Pourcentage d'allaitement exclusif	Intervalle de confiance
<b>Groupe 2 : Avec plaquette</b>	35	5	0,8750	[0,7328 – 0,947]
<b>Groupe 1 : Sans plaquette</b>	74	31	0,7048	[0,6108-0,784]
<b>RR : 1,2416</b>				[1,0470-1,4723]
<b>OR :2,9324</b>				[1,0505-8,1859]
<b>Exact p-value : 0,0514</b>				
<b>Asymptotique p-value : 0,0400</b>				

Tableau 4 : Comparaison des populations

Critère		Groupe 1 : sans plaquette	Groupe 2 : avec plaquette	p-value
<b>Parité</b>	Primipare	33	12	0,3074
	Multipare	41	23	
<b>Voie d'accouchement</b>	Voie basse	65	32	0,6619
	Césarienne	2	3	
<b>Niveau ≥ BAC pour la mère</b>	OUI	41	24	0,1908
	NON	33	11	

Tableau 5 : Régression logistique avec pour critère principal le groupe

	Coefficient	p-value (significatif si <0,05)
<b>Groupe plaquette</b>	0,7560	0,1649
<b>Primiparité</b>	<b>-0,9840</b>	<b>0,0237*</b>
<b>Niveau ≥ bac pour la mère</b>	<b>0,9942</b>	<b>0,0222*</b>
<b>Voie basse</b>	0,7794	0,1343

Tableau 6 : Taux d'allaitement exclusif à 6 semaines selon le groupe et les difficultés rencontrées

Difficultés		Groupe 1 : avant plaquette	Groupe 2 : Avec plaquette
<b>Population totale</b>	Tous les allaitements	51 (48,57%) n <sub>tot</sub> : 105	24 (60%) n <sub>tot</sub> : 40
<b>Population ayant rencontré au moins 1 difficulté</b>	Allaitements exclusifs	25 (49,01%) n <sub>tot</sub> : 51	20 (86,95%) n <sub>tot</sub> : 24
<b>Difficulté maternelle</b>	Total	37 (72,54%) n <sub>tot</sub> : 51	15 (65,21%) n <sub>tot</sub> : 23
	Allaitement exclusif malgré au moins 1 dif mat	18 (48,64%) n <sub>tot</sub> : 37	12 (80%) n <sub>tot</sub> : 15
	Douleur	30 (81,08%) n <sub>tot</sub> : 37	6 (40%) n <sub>tot</sub> : 15
	AE malgré douleur	16 (53,33%) n <sub>tot</sub> : 30	6 (100%) n <sub>tot</sub> : 6
	Travail	NA n <sub>tot</sub> : 0	NA n <sub>tot</sub> : 0
	Contraignant	5 (13,51%) n <sub>tot</sub> : 37	1 (6,66%) n <sub>tot</sub> : 15
	AE malgré contraignant	0 (0%) n <sub>tot</sub> : 5	0 (0%) n <sub>tot</sub> : 1
	Fatigue	13 (35,13%) n <sub>tot</sub> : 37	4 (26,66%) n <sub>tot</sub> : 15
	AE malgré fatigue	6 (46,15%) n <sub>tot</sub> : 13	2 (50%) n <sub>tot</sub> : 4
	Maladie	2 (5,40%) n <sub>tot</sub> : 37	2 (13,33%) n <sub>tot</sub> : 15
	AE malgré maladie	1 (50%) n <sub>tot</sub> : 2	2 (100%) n <sub>tot</sub> : 2
	Pression de l'entourage	NA n <sub>tot</sub> : 0	NA n <sub>tot</sub> : 0
<b>Difficulté liée au bébé</b>	Total	21 (41,17%) n <sub>tot</sub> : 51	11 (45,83%) n <sub>tot</sub> : 24
	AE malgré au moins 1 difficulté liée au bébé	8 (38,09%) n <sub>tot</sub> : 21	10 (90,90%) n <sub>tot</sub> : 11
	Poids/maladie	9 (42,85%) n <sub>tot</sub> : 21	6 (54,54%) n <sub>tot</sub> : 11
	AE malgré poids/maladie	2 (22,22%) n <sub>tot</sub> : 9	5 (83,33%) n <sub>tot</sub> : 6

	Mauvaise succion	4 (19,04%) n <sub>tot</sub> : 21	4 (36,36%) n <sub>tot</sub> : 11
	AE malgré mauvaise succion	3 (75%) n <sub>tot</sub> : 4	4 (100%) n <sub>tot</sub> : 4
	Tétée trop fréquente	4 (19,04%) n <sub>tot</sub> : 21	NA n <sub>tot</sub> : 0
	AE malgré tétée trop fréquente	1 (25%) n <sub>tot</sub> : 4	NA
	Endormi/énervé	1 (4,76%) n <sub>tot</sub> : 21	NA n <sub>tot</sub> : 0
	AE malgré endormi/énervé	1 (100%) n <sub>tot</sub> : 1	NA
	Perception maternelle manque de lait	5 (23,8%) n <sub>tot</sub> : 21	2 (18,18%) n <sub>tot</sub> : 11
	AE perception maternelle manque de lait	0 (0%) n <sub>tot</sub> : 5	2 (100%) n <sub>tot</sub> : 2
<b>Difficulté maternelle + difficulté liée au bébé</b>	Total	7 (13,72%) n <sub>tot</sub> : 51	3 (13,04%) n <sub>tot</sub> : 23
	AE malgré difficulté maternelle + difficulté liée au bébé	1 (14,28%) n <sub>tot</sub> : 7	3 (100%) n <sub>tot</sub> : 3

Tableau 7 : Comparaison des taux d'arrêt précoce en fonction du groupe et de la cause de l'arrêt

		<b>Groupe 1 : Avant plaquette</b>	<b>Groupe 2 : Avec plaquette</b>
<b>Arrêt cause maternelle seule</b>		14 (45,16%) n <sub>tot</sub> : 31	3 (60%) n <sub>tot</sub> : 5
<b>Arrêt cause bébé seul</b>		10 (32,25%) n <sub>tot</sub> : 31	1 (20%) n <sub>tot</sub> : 5
<b>Arrêt cause maternelle + bébé</b>		6 (19,35%) n <sub>tot</sub> : 31	NA n <sub>tot</sub> : 0
<b>Arrêt par choix</b>	Arrêt prévu	1 (3,22%) n <sub>tot</sub> : 31	1 (20%) n <sub>tot</sub> : 5
<b>Arrêt par cause maternelle</b>	Au moins 1 cause	20 (64,51%) n <sub>tot</sub> : 31	3 (60%) n <sub>tot</sub> : 5
	Douleur	13 (65%) n <sub>tot</sub> : 20	0 (0%) n <sub>tot</sub> : 3
	Travail	0 (0%) n <sub>tot</sub> : 20	0 (0%) n <sub>tot</sub> : 3
	Contraignant	5 (20%)	1 (33,33%)



		n <sub>tot</sub> : 20	n <sub>tot</sub> : 3
	Fatigue	7 (35%) n <sub>tot</sub> : 20	2 (66,66%) n <sub>tot</sub> : 3
	Maladie	3 (15%) n <sub>tot</sub> : 20	0 (0%) n <sub>tot</sub> : 3
	Pression de l'entourage	0 (0%) n <sub>tot</sub> : 20	0 (0%) n <sub>tot</sub> : 3
<b>Arrêt par cause bébé</b>	Au moins 1 cause	16 (51,61%) n <sub>tot</sub> : 31	1 (20%) n <sub>tot</sub> : 5
	Poids/maladie	7 (43,75%) n <sub>tot</sub> : 16	1 (100%) n <sub>tot</sub> : 1
	Mauvaise succion	1 (6,25%) n <sub>tot</sub> : 16	0 (0%) n <sub>tot</sub> : 1
	Tétée trop fréquente	3 (18,75%) n <sub>tot</sub> : 16	0 (0%) n <sub>tot</sub> : 1
	Endormi/énervé	0 (0%) n <sub>tot</sub> : 16	0 (0%) n <sub>tot</sub> : 1
	Perception maternelle manque de lait	6 (37,5%) n <sub>tot</sub> : 16	0 (0%) n <sub>tot</sub> : 1

Tableau 8 : Taux d'allaitement exclusif selon le groupe et la solution trouvée

Solutions	Groupe 1 : Avant plaquette	Groupe 2 : Avec plaquette
<b>Famille</b>	5 (71,42%) n <sub>tot</sub> : 7	1 (100%) n <sub>tot</sub> : 1
<b>Professionnel de santé</b>	21 (56,75%) n <sub>tot</sub> : 37	14 (87,5%) n <sub>tot</sub> : 16
<b>Internet</b>	NA n <sub>tot</sub> : 0	NA n <sub>tot</sub> : 0
<b>Seule</b>	3 (30%) n <sub>tot</sub> : 10	2 (66,66%) n <sub>tot</sub> : 3
<b>Plaquette</b>	NA	8 (88,88%) n <sub>tot</sub> : 9

Tableau 9 : Description du ressenti des patientes sur la plaquette

Critère	Proposition	Effectif
<b>Plaquette lue</b>		21 (52,5%) n <sub>tot</sub> : 40
<b>Plaquette expliquée par un prof de S</b>		4 (10%) n <sub>tot</sub> : 40
<b>Utilité de la plaquette</b>		Moyenne = 4,33/5 $\sigma = 0,991$ n <sub>tot</sub> : 21

<b>Plaquette non lue</b>	Totale	19 (47,5%)	$n_{\text{tot}} : 40$
	Pas intéressée	5 (26,31%)	$n_{\text{tot}} : 19$
	Pas le temps	13 (68,42%)	$n_{\text{tot}} : 19$
	Compétente sur l'allaitement	1 (5,26%)	$n_{\text{tot}} : 19$
<b>Souhait d'accès à la plaquette</b>	Avant la grossesse	0 (0%)	$n_{\text{tot}} : 35$
	Pendant la grossesse	29 (82,5%)	$n_{\text{tot}} : 35$
	En consultation obstétrique	23 (79,31%)	$n_{\text{tot}} : 29$
	En PNP	6 (20,68%)	$n_{\text{tot}} : 29$
	En salle de naissance	0 (0%)	$n_{\text{tot}} : 35$
	En suites de couches	6 (17,14%)	$n_{\text{tot}} : 35$
<b>Amélioration proposée par les patientes</b>	RAS	10 (47,61%)	$n_{\text{tot}} : 21$
	Une présentation de la plaquette	3 (14,28%)	$n_{\text{tot}} : 21$
	« Se faire confiance »	3 (14,28%)	$n_{\text{tot}} : 21$
	Le numéro de la conseillère en lactation	2 (9,52%)	$n_{\text{tot}} : 21$
	Parler des pics de croissance	2 (9,52%)	$n_{\text{tot}} : 21$
	Rappeler que c'est difficile l'allaitement	2 (9,52%)	$n_{\text{tot}} : 21$

Pour conclure les résultats, il ya 98 patientes du groupe 1 (93,33%) qui ont un vécu positif de leur allaitement alors qu'il y a 39 patientes du groupe 2 (97,%) qui ont ce sentiment. Lorsqu'il y s'agit des allaitements exclusifs dans 100% des cas pour les 2 groupes le vécu est positif.

En annexe il y a l'ensemble des données non exploitées dans la discussion mais recueillies auprès des patientes. (Annexe 1, 2, 3 et 4)

## Discussion

### Une plaquette à la limite de la significativité

Compte-tenu des faibles effectifs, il s'agit de résultats seulement descriptifs. Cette étude nous montre qu'en intention de traiter, le taux d'allaitement exclusif à 6 semaines n'est pas différent de manière significative entre le groupe 1 (sans plaquette) et le groupe 2 (avec plaquette). En revanche il existe une tendance puisque le p est proche de 0,05. On peut espérer qu'avec des effectifs plus grands, la puissance serait meilleure et donc la différence pourrait être significative. Nous remarquons aussi que le taux d'allaitement dans les 2 groupes est supérieur au taux national, en effet dès 1 mois, l'étude EPIFANE montre une décroissance de moitié de l'allaitement maternel et un allaitement maternel exclusif seulement de 35%. (13) Nous rappelons qu'il s'agit de petits effectifs et les échantillons ne sont pas représentatifs de la population générale.

En per-protocole, la différence des taux d'allaitement n'est pas significative entre le groupe sans plaquette et le groupe avec plaquette (lue). (cf tableau 2) Nous sommes encore une fois limités par nos échantillons de petites tailles. Nos deux populations sont comparables d'un point de vue statistique sur différents facteurs (parité, voie d'accouchement et niveau bac) (cf tableau 4) que nous allons pouvoir comparer les uns par rapport aux autres. Mais sur le plan clinique on note des différences, les proportions sont différentes notamment sur la parité (44% et 34% de primipare respectivement dans le groupe 1 et 2) et sur le niveau d'étude (55% et 68% ont le niveau BAC respectivement dans le groupe 1 et 2). En revanche les proportions sont similaires concernant la voie d'accouchement, 87% et 91% de voie basse pour chacun des groupes.

Les points forts de cette étude c'est tout d'abord l'innovation de cette plaquette. En effet elle a été construite sur plusieurs années par le RISAM par des professionnels de santé et sa diffusion est donc récente (pendant l'étude sur l'HFME). Cette étude est donc l'une des premières qui s'intéresse à l'impact de cette plaquette sur le terrain. A terme, l'objectif est que cette plaquette soit largement diffusée sur le territoire français. De plus cette étude nous permet d'avoir un retour de patientes,

sortantes avec un allaitement exclusif de la maternité qui sont l'une des principales cibles de cette plaquette d'allaitement. Enfin ces retours pourraient permettre d'ajuster certains critères de la plaquette modifiable (comme le moment d'accès à cette plaquette) en fonction des besoins ressentis par les patientes.

Cette étude a pour biais principal le biais de sélection en effet il s'agit de petits effectifs (G1 : n=105 et G2 : n=40) et nos échantillons ne sont pas représentatifs de la population. Il ne s'agit des allaitements que chez des singletons à terme, eutrophe, sans complication néonatale dont la mère est majeure et parlant français. Les recrutements ont été fait sur un seul hôpital de niveau 3 ce qui n'est pas représentatif de la population générale. L'absence de distribution en chambre de la plaquette par les sages-femmes, le refus de certains pédiatres de participer à cette distribution, le retard de diffusion, la difficulté aux pédiatres d'inclure des patientes sont toutes les raisons qui expliquent le faible effectif du groupe 2. Les réponses aux questionnaires étaient par téléphone ce qui entraîne un biais d'évaluation ainsi qu'un biais de retranscription. Il peut y avoir aussi un biais de résultats car les mères qui n'allaitaient plus exclusivement pouvaient refuser de répondre au téléphone ou de participer à cette étude ce qui pourrait aussi expliquer une surestimation des taux d'allaitement exclusif.

Prêt de la moitié du groupe 1 (49%) a rencontré des difficultés lors du retour à domicile concernant l'allaitement (cf tableau 6). Ce taux n'est pas diminué sur le groupe 2, il est même légèrement augmenté ( $\approx 11$  points de plus : 60%). Cette différence est sans doute due aux différences entre nos 2 groupes et pas à l'introduction de la plaquette, mais cela nous montre qu'elle ne permet en tout cas pas de diminuer ce taux. En revanche, la moitié des personnes qui ont rencontré des difficultés ont trouvé une solution dans le groupe 1 et bien plus dans le groupe 2 puisqu'elles ont un allaitement exclusif à 6 semaines (49% et 83% respectivement dans le groupe 1 et 2). Dans 73% des cas, les difficultés rencontrées concernent au moins une difficulté maternelle dans le groupe 1 et dans la moitié de ces cas (49%), l'allaitement exclusif peut être maintenu. Pour le groupe 2, il s'agit de 65% de difficulté maternelle rencontrée et un taux d'allaitement exclusif à 6 semaines de 80%. La douleur et la fatigue sont les 2 premières causes de difficultés maternelles,

mais dans les 2 cas malgré cette difficulté une majorité d'allaitements exclusifs est maintenue à 6 semaines. Ce n'est en revanche pas le cas lorsque la difficulté rencontrée c'est que l'allaitement est contraignant. Il n'y a pas d'allaitement exclusif dans les 2 groupes suite à cette difficulté. Elles arrivent donc soit à passer au dessus de la douleur et de la fatigue soit elles ont trouvé une solution à ces deux difficultés mais elles n'arrivent pas à aménager leur allaitement pour que celui-ci ne soit pas une contrainte. La plaquette d'allaitement aborde la douleur et la fatigue mais elle n'aborde pas le côté contraignant de l'allaitement maternel (Annexe 5). Le travail et la pression de l'entourage sont en revanche 2 difficultés qui ne sont pas rencontrées par les patientes de nos 2 groupes. Ainsi le congé maternité permet à la maman de pouvoir se consacrer à son allaitement durant au moins 6 semaines et les mamans semblent devenir actrice de leur allaitement sans prendre en compte en tout cas la pression sociétale et de l'entourage. Concernant les difficultés rencontrées chez le nouveau-né; elles sont moins fréquentes que les maternelles mais les taux d'allaitement exclusif sont aussi moins importants par la suite. En effet dans le groupe 1, il y a seulement 38% des allaitements maintenus sur les 41% de difficulté rencontrée liée au nouveau-né. Dans le groupe 2, 46% des difficultés rencontrées sont liées au bébé et 91% de ces derniers ont un allaitement exclusif par la suite. La 1<sup>ère</sup> difficulté rencontrée concernant le bébé est liée à un problème de poids ou maladie (43% et 55% respectivement dans le groupe 1 et 2). L'allaitement exclusif est alors peu souvent maintenu (38%) sauf dans le groupe 2 où quasiment l'ensemble des nourrissons continuent d'avoir un allaitement exclusif (91%). Il s'agit de la seule difficulté rencontrée chez le nourrisson qui a aboutit à un arrêt dans le groupe 2. Par ces 2 postulats on peut penser que les solutions trouvées face à ce problème ne sont pas suffisantes pour que les mères allaitantes poursuivent de manière exclusive leur allaitement. Nous rappelons que dans le groupe 2, l'effectif est très petit (n=40) et que le nombre d'arrêt est par conséquent aussi restreint (n=5). Dans le groupe 1, nous remarquons que lorsqu'il s'agit d'un problème de succion, l'allaitement exclusif est maintenu contrairement à la perception maternelle d'un manque de lait. Il est donc important de rassurer les mères allaitantes sur leur capacité à produire du lait tout en insistant sur les éliminations qui sont un signe que l'allaitement fonctionne

bien et la fréquence des tétées qui permettent une mise en place de la lactation. Pour finir lorsque une difficulté liée au nouveau-né s'ajoute à une difficulté maternelle, le taux d'allaitement exclusif est minime (14%).

Les arrêts par choix sont anecdotiques à cette durée. (cf tableau 7). Pour les autres arrêts précoces, la cause principale est maternelle (45% et 60%) puis liée à l'enfant (32% et 20%) et moins souvent les 2 causes sont présentes (19%). Les principales causes maternelles d'arrêt précoce de l'allaitement sont identiques aux principales difficultés rencontrées lors du retour à domicile c'est-à-dire qu'il s'agit de la douleur et de la fatigue. Encore une fois le travail et la pression de l'entourage ne rentrent pas en jeu à 6 semaines de l'accouchement. Concernant les arrêts liés au nouveau-né il s'agit encore d'une fois des mêmes causes que les difficultés rencontrés lors du retour à la maison c'est-à-dire des problèmes de poids, maladie et d'une perception maternelle de manque de lait. Il est donc important que les patientes trouvent des réponses et des solutions face aux questions et aux difficultés qu'elles rencontrent. Face à celles-ci concernant l'allaitement, les professionnels de santé sont largement sollicités (cf tableau 8) et arrivent à trouver des solutions dans une majorité des cas puisque l'allaitement reste exclusif dans 57% des cas et 88% des cas respectivement dans le groupe 1 et 2. Lorsque les patientes ne se retournent pas vers un professionnel de santé, elles s'orientent en 2<sup>ème</sup> intention vers leurs familles pour avoir des conseils qui permettent d'avoir au final encore un taux d'allaitement exclusif conséquent, ce qui n'est pas le cas lorsqu'elle reste isolée et cherche seule une solution (30% et 67% d'AE). En ce qui concerne la plaquette, lorsqu'elles ont cherché une solution dans celle-ci ; le taux d'allaitement exclusif est très élevé à 6 semaines (89%). Soit la plaquette répond à une majorité des problèmes, soit les patientes savent pour quels problèmes la consulter ce qui est positif dans les 2 cas.

En ce qui concerne la plaquette, elle n'a été lu que dans 53% des cas et seulement 10% des patientes ont reçu des explications de celle-ci (cf tableau9). Il y a eut un manque de communication entre les cadres et les sages-femmes sur la diffusion de cette plaquette d'allaitement. Ainsi très peu de sages-femmes connaissaient son existence, seules celles que je rencontrais dans le service étaient au courant de sa diffusion et pouvait fournir des explications. Il y a 26% (5 patientes)

qui n'ont pas lu la plaquette par manque d'intérêt et une seule patiente (5%) car elle se sentait compétente sur l'allaitement. Il y a 13 patientes sur les 19 (68%) qui n'ont pas lu la plaquette car elles ont estimé ne pas avoir eu le temps. En effet sur les 35 personnes intéressées par cette plaquette, 29 (82%) estiment qu'elles auraient préféré l'avoir pendant la grossesse soit en consultation obstétrique sur les 2 derniers mois (79%) soit sur une séance de préparation à l'accouchement (20%). Ainsi un changement d'organisation dans la diffusion permettrait que cette plaquette soit plus lues et touchent plus de patientes avec un potentiel impact plus important sur les taux d'allaitement exclusif. En effet lorsque la plaquette est lue, elle est trouvée utile par les patientes. La note moyenne donnée est de 4,33/5 avec un écart type de 0,991 ce qui est resserré. Elles ont donc toutes le même ressenti et sont satisfaites de l'information donnée et dans 48% des cas elles ne voient pas d'amélioration à apporter à cette plaquette. D'autres patientes ont suggéré pour améliorer cette plaquette des interventions (présentation, explication de la plaquette), des rajouts (numéro de la conseillère en lactation, les pics de croissance) ou des conseils (se faire confiance, ne pas idéaliser l'allaitement). Ces modifications pourraient faire le relais sur les difficultés rencontrées comme le numéro de la conseillère en lactation qui pourrait inciter les femmes qui restent isoler à s'orienter vers un professionnel de santé. Encore une fois l'impact de la n'est pas très significatif dans ces conditions. Grâce à la plaquette le taux d'allaitement est 1,2 fois plus supérieurs avec un intervalle de confiance à entre 1,0470 et 1,4723. 1 est presque compris dans l'intervalle de confiance (tableau 3). On est à la limite comme le montre l'asymptotic p-value qui est à 0,0400 alors que l'exact p-value est à 0,0514. Nous avons un rapport de côte à 2,9324 avec un intervalle de confiance encore une fois limite (1,0505-8,1859). Nous n'avons pas une prévalence faible donc nous pouvons seulement dire que le groupe 2 a plus de chance d'avoir un allaitement exclusif à 6 semaines par rapport au groupe 1.

Lorsque nous mettons plusieurs facteurs en comparaison dans la régression logistique, nous observons que la présence ou non de la plaquette n'a pas d'impact tout comme la voie d'accouchement (cf tableau 5). En revanche la parité et le niveau d'étude des mère a un impact significatif sur le taux d'allaitement. En effet la

primiparité diminue ce taux et un niveau supérieur au bac augmente ce taux ce qui va dans le même sens que l'étude EPIFANE. (13)

Une connaissance de cette plaquette par les professionnels de santé afin de répondre aux questions des patientes, une diffusion de la plaquette durant la grossesse et à un large public permettrait peut-être à cette plaquette d'avoir un impact significatif sur les taux d'allaitement exclusif à 6 semaines. En effet nos échantillons sont trop faibles pour montrer actuellement un impact significatif. Une nouvelle étude pourrait être faite une fois que cette plaquette ferait partie des habitudes des professionnels de santé, que son utilisation serait courante dans les services afin d'avoir le recul nécessaire sur les améliorations qu'elle apporte sur l'allaitement. Une diffusion plus précoce permettrait sans doute d'avoir une part plus importante de patiente qui prendrait le temps de la lire. Cette nouvelle étude pourrait se faire à 6 semaines, 3 mois et 6 mois pour voir l'impact de cette plaquette à plus long terme.

Malgré les difficultés et les arrêts précoces, l'allaitement maternel est vécu de manière positive par les patientes dans une quasi-totalité des cas. En plus des bienfaits qu'apporte l'allaitement maternel au bébé comme à la maman sur le plan organique il apporte une satisfaction maternelle non négligeable.

## **Conclusion**

L'allaitement maternel exclusif est recommandé jusqu'aux 6 mois de l'enfant selon l'OMS. Des campagnes de promotion de l'allaitement sont souvent mises en place. La plaquette d'allaitement du RISAM est une forme de promotion, sa diffusion est récente et il est encore difficile de savoir si elle peut avoir un réel impact sur les taux d'allaitement exclusif à court, moyen et long terme. Actuellement la différence des taux d'allaitement exclusif n'est pas encore significative en fonction de l'utilisation ou non de la plaquette d'allaitement. Les échantillons de cette étude sont trop petits pour montrer un réel effet en revanche lorsqu'elle est utilisée cette plaquette est considérée comme très utile par les patientes. La diffusion de la plaquette à plus grande échelle, en fin de grossesse et avec des professionnels de



santé qui l'utilisent au quotidien permettrait peut-être de trouver un intérêt significatif de son utilisation.

## Référence bibliographique

1. OMS | Cibles mondiales de nutrition 2025: Note d'orientation sur l'allaitement au sein. WHO.. Disponible sur: [http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025\\_policybrief\\_breastfeeding/fr/](http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/fr/)
2. Slupsky CM. Metabolomics in Human Milk Research. Nestle Nutr Inst Workshop Ser. 2019;90:179-90.
3. Burge KY, Hannah L, Eckert JV, Gunasekaran A, Chaaban H. The Protective Influence of Chondroitin Sulfate, a Component of Human Milk, on Intestinal Bacterial Invasion and Translocation: J Hum Lact. 3 mai 2019; Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0890334419845338>
4. Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. BMC Public Health. déc 2011;11(3):1-8. Disponible sur: <https://bmcpublichealth.biomedcentral-com.docelec.univ-lyon1.fr/articles/10.1186/1471-2458-11-S3-S24>
5. Hui LL, Kwok MK, Nelson EAS, Lee SL, Leung GM, Schooling CM. Breastfeeding in Infancy and Lipid Profile in Adolescence. Pediatrics. 1 mai 2019;143(5). Disponible sur: <https://pediatrics.aappublications.org/content/143/5/e20183075>
6. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding (Review). 2016. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006641.pub3/epdf/full>
7. Chin Ang Ng, Jacqueline J. Ho, Zcho Huey Lee. The effect of rooming-in on duration of breastfeeding: A systematic review of randomised and non-randomised prospective controlled studies. 25 avr 2019; Disponible sur: [The\\_effect\\_of\\_rooming-in\\_on\\_duration\\_of\\_breastfeed.pdf](#)
8. Fernández-Cañadas Morillo A, Durán Duque M, Hernández López AB, Muriel Miguel C, Martínez Rodríguez B, Oscoz Prim A, et al. A Comparison of Factors Associated with Cessation of Exclusive Breastfeeding at 3 and 6 Months. Breastfeed Med. 8 août 2017;12(7):430-5. Disponible sur: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/bfm.2017.0045>
9. Moraes de Oliveira M, Camelo JS. Gestational, perinatal, and postnatal factors that interfere with practice of exclusive breastfeeding by six months after birth. Int Breastfeed J. déc 2017;12(1):42. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1186/s13006-017-0132-y>
10. Chang P-C, Li S-F, Yang H-Y, Wang L-C, Weng C-Y, Chen K-F, et al. Factors associated with cessation of exclusive breastfeeding at 1 and 2 months

postpartum in Taiwan. *Int Breastfeed J.* 7 mai 2019;14(1):18. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0213-1>

11. Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Thierry X, Wagner S, Nicklaus S, et al. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011. *Bull Epidémiologique Hebd - BEH.* 2014;(27):440-9. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01190119>
12. Dumas A. // SMOKING, PREGNANCY AND BREASTFEEDING: EXPOSURE, KNOWLEDGE AND RISK PERCEPTIONS. :7.
13. Salanave B. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épifane, France, 2012. *J Pédiatrie Puériculture.* déc 2012;25(6):364-72. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0987798312001387>

#### Bibliographie

14. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 15 août 2012;(8):CD003517. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003517.pub2/full>
15. Brzezinski L, Mimm N, Porter S. Pediatric Nurse Practitioner Barriers to Supporting Breastfeeding by Mothers and Infants. *J Perinat Educ.* 1 oct 2018;27(4):207-19. Disponible sur: <https://connect.springerpub.com/content/sgrjpe/27/4/207>
16. Guerrisi C. Allaitement maternel: perception et pratiques en 2012. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/20150623\\_cnnse\\_epifane.pdf?fbclid=IwAR0S2WDC60Z3pj5Isi-qFbSJrLJVbaqndgowF3g5fduE1xrUYV4vbIRScac](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/20150623_cnnse_epifane.pdf?fbclid=IwAR0S2WDC60Z3pj5Isi-qFbSJrLJVbaqndgowF3g5fduE1xrUYV4vbIRScac)

Apports pour la recherche (14), (15), (16)

## Annexes

Annexe 1 : Tableau des taux d'allaitement exclusif à 6 semaines selon le groupe et les caractéristiques maternelles

Caractéristiques maternelles		Groupe 1 : Avant	Groupe 2 : Avec plaquette
<b>Parité</b>	Primipare	33 (62,26%) n <sub>tot</sub> : 53	12 (85,71%) n <sub>tot</sub> : 14
	Multipare	41 (78,84%) n <sub>tot</sub> : 52	23 (88,46%) n <sub>tot</sub> : 26
<b>Statut marital</b>	Marié (=vivant en couple)	74 (71,15%) n <sub>tot</sub> : 104	35 (87,5%) n <sub>tot</sub> : 40
	Divorcé (=vivant seule)	0 (0%) n <sub>tot</sub> : 1	NA n <sub>tot</sub> : 0
<b>Niveau BAC</b>	OUI	41 (77,35%) n <sub>tot</sub> : 53	24 (92,3%) n <sub>tot</sub> : 26
	NON	33 (63,46%) n <sub>tot</sub> : 52	11 (78,57%) n <sub>tot</sub> : 14
<b>Situation d'emploi</b>	Avec	54 (76,05%) n <sub>tot</sub> : 71	24 (96%) n <sub>tot</sub> : 25
	Sans	20 (58,82%) n <sub>tot</sub> : 34	10 (71,42%) n <sub>tot</sub> : 14
	Autre	NA n <sub>tot</sub> : 0	1 (100%) n <sub>tot</sub> : 1
<b>Pathologie chronique</b>	OUI	28 (68,29%) n <sub>tot</sub> : 41	13 (86,66%) n <sub>tot</sub> : 15
	NON	46 (71,87%) n <sub>tot</sub> : 64	22 (88%) n <sub>tot</sub> : 25
<b>Chirurgie mammaire</b>	OUI	2 (100%) n <sub>tot</sub> : 2	2 (100%) n <sub>tot</sub> : 2
<b>Tabac</b>	OUI	4 (66,66%) n <sub>tot</sub> : 6	0 (0%) n <sub>tot</sub> : 2
	+ drogue	1 (50%) n <sub>tot</sub> : 2	1 (100%) n <sub>tot</sub> : 1
<b>Âge maternel</b>	20-25ans	9 (56,25%) n <sub>tot</sub> : 16	4 (80%) n <sub>tot</sub> : 5
	26-30ans	17 (65,38%) n <sub>tot</sub> : 26	15 (93,75%) n <sub>tot</sub> : 16
	31-35ans	27 (72,97%) n <sub>tot</sub> : 37	10 (76,92%) n <sub>tot</sub> : 13
	36-40ans	19 (90,47%) n <sub>tot</sub> : 21	6 (100%) n <sub>tot</sub> : 6
	>40ans	2 (40%) n <sub>tot</sub> : 5	NA n <sub>tot</sub> : 0

<b>IMC</b>		La + petite valeur	1/4	3/4	La + grande valeur	La + petite valeur	1/4	3/4	La + grande valeur
		20,6	24,3	29,2	42,7	17,2	24,1	28,95	39,7
		Médiane : 26,85				Médiane : 26,1			

*Annexe 2 : Tableau des taux d'allaitement exclusifs à 6 semaines selon le groupe et les caractéristiques obstétricales*

<b>Caractéristiques obstétricales</b>		<b>Groupe 1 : Avant plaquette</b>	<b>Groupe 2 : Avec plaquette</b>
<b>Si multipare : allaitement du ou des aînés</b>	OUI	40 (81,63%) n <sub>tot</sub> : 49	22 (88%) n <sub>tot</sub> : 25
	> 6 semaines	40 (86,95%) n <sub>tot</sub> : 46	21 (95,45%) n <sub>tot</sub> : 22
	Vécu positif	40 (86,95%) n <sub>tot</sub> : 46	19 (90,47%) n <sub>tot</sub> : 21
<b>Pathologie de grossesse</b>	OUI	20 (74,07%) n <sub>tot</sub> : 27	5 (71,42%) n <sub>tot</sub> : 7
<b>Voie d'accouchement</b>	Voie basse	65 (74,71%) n <sub>tot</sub> : 87	32 (86,48%) n <sub>tot</sub> : 37
	Césarienne	9 (50%) n <sub>tot</sub> : 18	3 (100%) n <sub>tot</sub> : 3
	Instrumentation	16 (80%) n <sub>tot</sub> : 20	1 (50%) n <sub>tot</sub> : 2
	Déclenchement	18 (72%) n <sub>tot</sub> : 25	6 (75%) n <sub>tot</sub> : 8
<b>Heure de naissance</b>	Jour : 8h-20h	38 (62,29%) n <sub>tot</sub> : 61	18 (81,81%) n <sub>tot</sub> : 22
	Nuit : 20h-8h	36 (81,81%) n <sub>tot</sub> : 44	17 (94,44%) n <sub>tot</sub> : 18
<b>Mise en place de la lactation</b>	1 <sup>ère</sup> mise au sein <2h	66 (75,86%) n <sub>tot</sub> : 87	31 (88,57%) n <sub>tot</sub> : 35
	Complément de lait artificiel donné lors du séjour en maternité	36 (59,01%) n <sub>tot</sub> : 61	13 (72,22%) n <sub>tot</sub> : 18
	Bouts de sein mis en maternité	2 (40%) n <sub>tot</sub> : 5	4 (100%) n <sub>tot</sub> : 4
	Tire-lait mis en place en maternité	18 (51,42%) n <sub>tot</sub> : 35	15 (88,23%) n <sub>tot</sub> : 17

<b>Aspiration à la naissance</b>	OUI	14 (66,66%)	n <sub>tot</sub> : 21	3 (75%)	n <sub>tot</sub> : 4																
<b>Décision d'allaiter</b>	Avant la grossesse	64 (75,29%)	n <sub>tot</sub> : 85	30 (93,75%)	n <sub>tot</sub> : 32																
	Pendant la grossesse	10 (50%)	n <sub>tot</sub> : 20	5 (71,42%)	n <sub>tot</sub> : 7																
	A la naissance	NA	n <sub>tot</sub> : 0	0 (0%)	n <sub>tot</sub> : 1																
<b>Peau à peau à la naissance</b>	Avec la mère	24 (72,72%)	n <sub>tot</sub> : 33	16 (84,21%)	n <sub>tot</sub> : 19																
	Avec le père	8 (66,66%)	n <sub>tot</sub> : 12	1 (100%)	n <sub>tot</sub> : 1																
	Avec les 2	29 (78,37%)	n <sub>tot</sub> : 37	14 (93,33%)	n <sub>tot</sub> : 15																
<b>Cours de préparation à la naissance durant la grossesse</b>	OUI	45 (67,16%)	n <sub>tot</sub> : 67	18 (90%)	n <sub>tot</sub> : 20																
	Allaitement maternel abordé	38 (65,51%)	n <sub>tot</sub> : 58	12 (85,71%)	n <sub>tot</sub> : 14																
<b>Poids de naissance</b>	2500g – 3000g	8 (57,14%)	n <sub>tot</sub> : 14	7 (87,5%)	n <sub>tot</sub> : 8																
	3001g – 3500g	39 (79,59%)	n <sub>tot</sub> : 49	17 (85%)	n <sub>tot</sub> : 20																
	3501g – 4000g	23 (63,88%)	n <sub>tot</sub> : 36	10 (90,90%)	n <sub>tot</sub> : 11																
	> 4000g	4 (66,66%)	n <sub>tot</sub> : 6	1 (100%)	n <sub>tot</sub> : 1																
<b>Terme</b>		<table border="1"> <thead> <tr> <th>La + petite valeur</th> <th>1/4</th> <th>3/4</th> <th>La + grande valeur</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>38</td> <td>39,14</td> <td>40,71</td> <td>41,71</td> </tr> </tbody> </table>	La + petite valeur	1/4	3/4	La + grande valeur	38	39,14	40,71	41,71	<table border="1"> <thead> <tr> <th>La + petite valeur</th> <th>1/4</th> <th>3/4</th> <th>La + grande valeur</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>31</td> <td>39,07</td> <td>40,57</td> <td>41,42</td> </tr> </tbody> </table>	La + petite valeur	1/4	3/4	La + grande valeur	31	39,07	40,57	41,42		
La + petite valeur	1/4	3/4	La + grande valeur																		
38	39,14	40,71	41,71																		
La + petite valeur	1/4	3/4	La + grande valeur																		
31	39,07	40,57	41,42																		
		Médiane : 40,28		Médiane : 39,71																	

Annexe 3 : Tableau des taux d'allaitement exclusif à 6 semaines selon le groupe et le rôle du père ainsi que de l'environnement

Caractéristiques du père ou de l'environnement		Groupe 1 : Avant plaquette	Groupe 2 : Avec plaquette
Niveau BAC	OUI	47 (73,43%) n <sub>tot</sub> : 64	22 (95,65%) n <sub>tot</sub> : 23
	NON	27 (65,85%) n <sub>tot</sub> : 41	13 (76,47%) n <sub>tot</sub> : 17
Situation d'emploi	Avec	69 (70,40%) n <sub>tot</sub> : 98	30 (88,23%) n <sub>tot</sub> : 34
	Sans	4 (66,66%) n <sub>tot</sub> : 6	4 (80%) n <sub>tot</sub> : 5
	Autre	1 (100%) n <sub>tot</sub> : 1	1 (100%) n <sub>tot</sub> : 1
Avis sur l'allaitement	Très favorable	70 (70,70%) n <sub>tot</sub> : 99	33 (89,18%) n <sub>tot</sub> : 37
	Plutôt favorable	3 (100%) n <sub>tot</sub> : 3	0 (0%) n <sub>tot</sub> : 1
	Pas favorable	0 (0%) n <sub>tot</sub> : 2	2 (100%) n <sub>tot</sub> : 2
Décision prise à 2	OUI	23 (65,71%) n <sub>tot</sub> : 35	10 (90,90%) n <sub>tot</sub> : 11
Couchage dans la même pièce		70 (72,91%) n <sub>tot</sub> : 96	32 (86,48%) n <sub>tot</sub> : 37
Tétine/Sucette	OUI	46 (67,64%) n <sub>tot</sub> : 68	18 (78,26%) n <sub>tot</sub> : 23

Annexe 4 : Tableau des effectifs de l'ensemble des facteurs des patientes

	all exclusif	all mixte	all artificiel	total avant	pq all exclusif	pq all mixte	pq all artificiel	total pq
Primipare	33	8	12	53	12	1	1	14
Multipare	41	6	5	52	23	2	1	26
Marié	74	14	16	104	35	3	2	40
Divorcé	0	0	1	1	0	0	0	0
Travail mère	54	6	11	71	24	0	1	25
Chômage mère	20	8	6	34	10	3	1	14
Autre situation mère	0	0	0	0	1	0	0	1
Travail père	69	12	17	98	30	2	2	34
Chômage père	4	2	0	6	4	1	0	5

<b>Autre situation père</b>	1	0	0	1	1	0	0	1
<b>Bac mère</b>	41	3	9	53	24	1	1	26
<b>Sans bac mère</b>	33	11	8	52	11	2	1	14
<b>Bac père</b>	47	4	13	64	22	0	1	23
<b>Sans bac père</b>	27	10	4	41	13	3	1	17
<b>20-25ans</b>	9	2	5	16	4	1	0	5
<b>26-30ans</b>	17	4	5	26	15	1	0	16
<b>31-35ans</b>	27	5	5	37	10	1	2	13
<b>36-40ans</b>	19	2	0	21	6	0	0	6
<b>&gt;40ans</b>	2	1	2	5	0	0	0	0
<b>Tabac</b>	4	0	2	6	0	1	1	2
<b>Tabac et drogue</b>	1	1	0	2	1	0	0	1
<b>Pathologie chronique</b>	28	6	7	41	13	2	0	15
<b>Sans pathologie chronique</b>	46	8	10	64	22	1	2	25
<b>ATCD chirurgie mammaire</b>	2	0	0	2	2	0	0	2
<b>All des 1ers</b>	40	5	4	49	22	2	1	25
<b>All&gt;6sem</b>	40	3	3	46	21	1	0	22
<b>Vécu pos 1er all</b>	40	4	2	46	19	1	1	21
<b>Pathologie grossesse</b>	20	2	5	27	5	1	1	7
<b>Voie basse</b>	65	10	12	87	32	3	2	37
<b>Césarienne</b>	9	4	5	18	3	0	0	3
<b>Instrumentation</b>	16	3	1	20	1	0	1	2
<b>Déclenchement</b>	18	4	3	25	6	1	1	8
<b>Heure de N jour</b>	38	11	12	61	18	2	2	22
<b>Heure de N nuit</b>	36	3	5	44	17	1	0	18
<b>1ère mise au S &lt;2h</b>	66	9	12	87	31	2	2	35
<b>Complément donné en maternité</b>	36	12	13	61	13	3	2	18
<b>Bouts de sein mis en maternité</b>	2	0	3	5	4	0	0	4
<b>TL mis en mater</b>	18	7	10	35	15	1	1	17
<b>Aspiration à la N</b>	14	6	1	21	3	0	1	4
<b>2500g-3000g</b>	8	1	5	14	7	0	1	8
<b>3001g-3500g</b>	39	4	6	49	17	2	1	20
<b>3501g-4000g</b>	23	7	6	36	10	1	0	11
<b>&gt;4000g</b>	4	2	0	6	1	0	0	1
<b>Père favorable</b>	70	13	16	99	33	2	2	37
<b>Père plutôt favorable</b>	3	0	0	3	0	1	0	1
<b>Père pas favorable</b>	0	1	1	2	2	0	0	2



Décision à 2	23	6	6	35	10	1	0	11
Couchage même pièce	70	12	14	96	32	3	2	37
Décision avant grossesse	64	9	12	85	30	1	1	32
Décision pendant grossesse	10	5	5	20	5	1	1	7
Décision à la naissance	0	0	0	0	0	1	0	1
Peau à peau mère	24	4	5	33	16	1	2	19
Peau à peau père	8	1	3	12	1	0	0	1
Peau à peau les 2	29	5	3	37	14	1	0	15
Sans peau à peau	13	4	6	23	4	1	0	5
PNP	45	10	12	67	18	1	1	20
Allaitement abordé	38	9	11	58	12	1	1	14
Tétine/sucette	46	9	13	68	18	3	2	23
Arrêt choix	0	1	0	1	0	1	0	1
Arrêt cause maternel	0	9	11	20	0	1	2	3
CM douleur	0	4	9	13	0	0	0	0
CM travail	0	0	0	0	0	0	0	0
CM contrainte	0	3	2	5	0	0	1	1
CM fatigue	0	6	1	7	0	1	1	2
CM maladie	0	0	3	3	0	0	0	0
CM pression entourage	0	0	0	0	0	0	0	0
Arrêt cause bébé	0	7	9	16	0	1	0	1
CB poids maladie	0	2	5	7	0	1	0	1
CB mauvaise succion	0	0	1	1	0	0	0	0
CB tétée trop fréquente	0	2	1	3	0	0	0	0
CB endormi/énervé	0	0	0	0	0	0	0	0
CB perception pas assez L	0	3	3	6	0	0	0	0
Arrêt cause 2	0	3	3	6	0	0	0	0
Difficulté rad	25	12	14	51	20	2	2	24
Difficulté maternelle	18	10	9	37	12	1	2	15
Difficulté douleur	16	5	9	30	6	0	0	6
Difficulté travail	0	0	0	0	0	0	0	0
Difficulté contrainte	0	3	2	5	0	0	1	1
Difficulté fatigue	6	6	1	13	2	1	1	4
Difficulté maladie	1	0	1	2	2	0	0	2

<b>Difficulté pression entourage</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Difficulté bébé</b>	8	5	8	21	10	1	0	11
<b>Difficulté poids maladie</b>	2	2	5	9	6	0	0	6
<b>Difficulté mauvaise succion</b>	3	0	1	4	4	0	0	4
<b>Diff tétée trop fréquente</b>	1	2	1	4	0	0	0	0
<b>Difficulté bébé endormi/énervé</b>	1	0	0	1	0	0	0	0
<b>Difficulté bébé pas assez lait</b>	0	2	3	5	2	0	0	2
<b>Difficulté 2</b>	1	3	3	7	3	0	0	3
<b>Vécu positif</b>	74	12	12	98	35	3	1	39
<b>Solution famille</b>	5	1	1	7	1	0	0	1
<b>Solution prof de santé</b>	21	5	11	37	14	1	1	16
<b>Solution internet</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Solution seule</b>	3	5	2	10	2	0	1	3
<b>Solution plaquette</b>	0	0	0	0	8	0	1	9

## CÔTÉ BÉBÉ



### MON BÉBÉ MONTRE QU'IL EST PRÊT À TÊTER

A l'éveil, bébé commence à s'agiter, cherche son poing pour le lécher, a des mouvements de succion... C'est le moment pour lui proposer le sein.



**N'attendez pas que votre bébé pleure pour lui donner le sein.**



### MON BÉBÉ TÊTE 8 À 12 FOIS PAR 24H

Un bébé est très demandeur jour et nuit. Au 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> jour, bébé réclame encore plus : c'est normal. Le 1<sup>er</sup> mois, il est habituel que les tétées soient plus fréquentes et rapprochées en fin de journée et la nuit.

Et la durée ? Elle est très variable et dépend de l'efficacité des tétées.



**Si votre bébé est peu demandeur et sommeil : consultez un professionnel formé en allaitement.**



### MON BÉBÉ PREND BIEN LE SEIN

Bouche grande ouverte, menton collé au sein, nez naturellement dégagé.



Sa succion est active, rythmée, rapide puis plus ample et lente. Bébé fait des pauses pour avaler.



**Vous savez repérer que votre bébé avale du lait.**



### MON BÉBÉ BOIT SUFFISAMMENT DE LAIT

Après le 4<sup>ème</sup> jour, bébé a :  
- 4 selles liquides jaune d'or (de la taille d'une paume de main) par 24h  
- et 5 à 6 couches "lourdes de pipi" par 24h.

Ce sont là des signes très positifs d'un allaitement qui fonctionne.



**A la fin de la première semaine, si votre bébé n'a pas plusieurs selles jaune d'or chaque jour : consultez un professionnel formé en allaitement.**



# J'ALLAITE REPÈRES POUR BIEN DÉMARRER LE PREMIER MOIS

**LE PREMIER MOIS : FAITES PESER VOTRE BÉBÉ CHAQUE SEMAINE PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ.**

Les 3 premiers jours, bébé perd du poids. Puis, il le reprend progressivement (minimum 25g par jour), pour arriver à son poids de naissance dans les 10 jours.



**Si votre bébé ne prend pas suffisamment de poids ou s'il n'a pas repris son poids de naissance au 10<sup>ème</sup> jour : consultez un professionnel formé en allaitement.**

REPERES POUR BIEN DÉMARRER LE 1<sup>er</sup> MOIS DE L'ALLAITEMENT (EXCERPTÉ DE "ALLAITEMENT MATUREL" - ÉDITIONS AURORA - SEPTEMBRE 2017)



**RISAM**  
RESEAU D'INFORMATION  
ET DE SOUTIEN  
À L'ALLAITEMENT MATEL  
EN RHÔNE-ALPES

## CÔTÉ MAMAN



### JE SUIS À L'AISE AVEC AU MOINS UNE POSITION D'ALLAITEMENT



MADONE INVERSÉE



'BIOLOGICAL NURTURING'  
(EN TRANSAT)



BALLON  
DE RUGBY



COUCHÉE  
SUR LE CÔTÉ

MADONE

Les positions d'allaitement évoluent à mesure que votre bébé grandit.



**Avant une tétée, commencez par vous laver les mains, installez-vous confortablement, installez votre bébé confortablement, veillez à ce que bébé ne tire pas sur votre sein.**



### JE PEUX RESSENTIR DES CHANGEMENTS PHYSIQUES PENDANT LA TÊTÉE

Il est habituel de ressentir des changements physiques pendant la tétée :  
- vous avez des contractions,  
- votre 2<sup>ème</sup> sein peut couler,  
- à partir du 3<sup>ème</sup> jour, vous avez soif.



**Et juste après la tétée : vos seins sont plus souples, vous avez envie de dormir... Profitez-en pour faire une sieste.**



### MES TÊTÉES SONT CONFORTABLES

Au début de l'allaitement, il arrive d'avoir des douleurs aux mamelons ou seins, qui doivent diminuer rapidement.



**Après 10 jours, si votre douleur est supérieure à 4 (sur une échelle de 0 à 10) : consultez un professionnel formé en allaitement.**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PAS DE DOULEUR

DOULEUR INTENSE INSUPPORTABLE



### J'APPRENDS À FAIRE COULER DU LAIT DE MES SEINS

Faire couler son lait (expression manuelle ou avec un tire-lait) permet :  
- de recueillir du lait,  
- de stimuler la production de lait,  
- de faciliter le démarrage si la tétée est difficile,  
- de soulager les douleurs.



**A la fin de chaque tétée, appliquez une goutte de lait sur votre mamelon : cela a un effet cicatrisant et protecteur.**


**L'ALLAITEMENT SE MET EN PLACE PROGRESSIVEMENT AU COURS DU 1<sup>er</sup> MOIS. PRENEZ CONFIANCE EN VOUS ET EN VOTRE BÉBÉ.**

Votre entourage, par sa présence, son aide, et ses encouragements représente un soutien précieux dans votre allaitement.



**Pour vous informer, être soutenue, être accompagnée : vous pouvez solliciter des professionnels ou des mères formés en allaitement maternel.**

## Annexe 6 : Consentement donné aux patientes qui recevaient la plaquette

 Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation	<b>NOTE D'INFORMATION A L'ATTENTION DES PATIENTS</b>
---	--

Madame, Monsieur,

Vous êtes pris en charge dans le service d'Obstétrique de l'hôpital Femme Mère Enfant pour un suivi de fin de grossesse et d'accouchement par le Dr / Pr (Nom, Prénom) ..... Tél .....  
Ou par une sage femme Mme..... Tel.....  
Au sein de cet hôpital se déroule actuellement l'étude [Impact de la distribution d'une plaquette sur les repères de l'allaitement sur le taux d'allaitement à 6 semaines de vie, une étude avant après] à laquelle nous vous proposons de participer.

Ce document a pour objectif de vous donner toutes les informations relatives à l'utilisation de vos données personnelles dans le cadre de notre recherche sur données de façon à vous permettre d'exercer au mieux votre liberté de décision.

Merci de prendre le temps de lire attentivement les informations qui suivent.

La présente notice d'information vous sera remise pour que vous puissiez bénéficier de l'ensemble des informations et une version sera conservée dans votre dossier médical.

### ➤ Quel est l'objectif de cette étude ?

Nous souhaitons utiliser vos données personnelles pour des analyses dans le cadre de notre recherche sur données dans le domaine de l'allaitement. A 6 semaines environ 50% des mamans ont interrompu leur allaitement. Le « Réseau d'information et de soutien à l'allaitement maternel » a conçu une plaquette destinée aux mamans qui a pour objectif d'aider les mamans pendant la mise en place de l'allaitement. L'objectif de cette étude est de voir si la diffusion de cette plaquette permet une augmentation des taux d'allaitement à 6 semaines de vie.

### ➤ Nature des données recueillies

Pour mener à bien cette étude nous allons utiliser vos données cliniques afin de comparer deux groupes de mamans un avant la diffusion de la plaquette et un après la diffusion de la plaquette. Nous compléterons ce recueil par un appel téléphonique à 6 semaines pour savoir si vous allaitez toujours.

### ➤ Participation volontaire

Votre accord pour l'utilisation de vos données personnelles est volontaire et vous avez le droit de réfléchir avant de prendre votre décision, de discuter de l'utilisation de vos données personnelles et de poser toutes les questions que vous souhaitez sur cette utilisation, à qui vous voulez (médecin traitant, association de patients, etc...).

Vous êtes libre de vous opposer à l'utilisation de vos données et ce à tout moment et sans avoir à vous justifier.

Si vous choisissez de ne pas donner votre accord ou de le retirer vous conserverez tous vos droits garantis par la loi et recevrez les soins nécessaires appropriés.

### ➤ Confidentialité des données

Toutes les données vous concernant, recueillies pour l'étude, seront traitées de façon confidentielle et ne seront identifiées que par un numéro. Votre dossier médical restera confidentiel et ne pourra être consulté que sous la responsabilité de votre médecin.

Les données personnelles se rapportant à cette étude pourront être accessibles aux personnes mandatées par le responsable de la recherche ainsi qu'aux Autorités de santé. Toutes les personnes participant à la réalisation de l'étude ou à l'analyse de ses résultats sont tenues au plus strict secret professionnel.

Les données anonymisées pourraient être transmises à des chercheurs qui travaillent sur les mêmes domaines ailleurs dans le monde.

Le registre des patients contenant le code d'identification associé à vos nom et prénom sera conservé uniquement par le médecin assurant votre prise en charge afin que vous puissiez, par son intermédiaire, exercer votre droit

d'accès, de rectification, d'effacement de vos données et de limitation de leur traitement selon les articles l'article 15, 16, 17 et 18 du règlement général sur la protection des données.

Si les résultats de cette étude devaient être présentés dans des communications et/ou des publications scientifiques médicales, votre identité n'apparaîtra d'aucune façon.

### ➤ Aspects éthiques et réglementaires

La présente étude est conduite conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Les données le concernant feront l'objet d'un traitement informatique. Ce traitement de données à caractère personnel sera effectué conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au règlement général sur la protection des données.

### ➤ Qui contacter pour toute question ?

Si vous avez des questions sur l'étude ou des inquiétudes vous pouvez à tout moment contacter le médecin ou la sage-femme qui assure votre prise en charge :

Nom / Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

L'ensemble de l'équipe d'Obstétrique de l'hôpital Femme Mère Enfant vous remercie d'avoir pris le temps de lire ce MOINS document, et le cas échéant, vous remercie pour votre participation à cette étude. (CC BY-NC-ND-2.0)

Annexe 7 : Synopsis

<b>Titre complet de la recherche + Acronyme</b>	<b><i>Impact de la distribution d'une plaquette sur les repères de l'allaitement sur le taux d'allaitement à 6 semaines de vie, une étude avant après</i></b>
<b>Investigateur principal</b>	Moins Noémie
<b>Investigateur(s) associé(s) Et Centres recruteurs</b>	Dr Sophie Laborie, HMFE
<b>Justification de la pertinence de la recherche</b>	<p>Les taux d'allaitement initié en maternité à l'HFME est de 80% environ. Ils chutent rapidement en France avec à 6 semaines environ 50 % des mamans qui allaitent toujours. Le RISAM (Réseau d'Information et de Soutien de l'allaitement maternel) a élaboré une plaquette destinée aux mères pour lutter contre ces arrêts précoces. Elle doit être distribuée de façon systématique en maternité à partir du printemps 2019.</p> <p>Le but de l'étude est d'évaluer le bénéfice de l'utilisation de cette plaquette sur les taux d'allaitement à 6 semaines de la naissance.</p>
<b>Objectif principal et objectifs secondaires éventuels</b>	<p><i>Évaluer les taux d'allaitement avant et après la mise en place de cette plaquette</i></p> <p><i>Objectif secondaire : taux d'allaitement exclusif, motifs d'arrêt d'allaitement, taux de plaquettes lues, compréhension des informations données par la plaquette, perception de l'utilité de la plaquette</i></p>
<b>Interventions : traitement à l'étude et traitement de référence (posologie, fréquence, mode et durée d'administration)</b>	<p>La plaquette sera remise en maternité à toutes les mères ayant accouché à l'HFME et souhaitant allaiter</p> <p>Elle sera affichée dans les chambres des mères dans le cadre des soins courants</p>
<b>Evaluation des bénéfices attendus pour les participants</b>	<b><i>Limiter les arrêts précoces d'allaitement dans le groupe après</i></b>
<b>Evaluation des risques attendus pour les participants</b>	<i>Pas de risque : l'étude ne modifie pas les pratiques. La plaquette est distribuée dans le cadre des soins courants</i>

<b>Effectifs et caractéristiques des participants (avec critères d'inclusion et de non inclusion) et justification éventuelle de l'inclusion de personnes particulièrement protégées</b>	<p><i>Mère majeure parlant français, souhaitant allaiter leur enfant, enfant à terme (37 à 42SA), Poids de naissance 2.5kg 4.5 kg, sans pathologie néonatale, séjour en maternité non compliqué</i></p> <p><i>Pour mettre en évidence une augmentation de 62% de succès d'allaitement à 75%, l'effectif estimé est de 104 mères allaitantes par groupe avant et après avec une puissance à 80 % et un risque alpha à 0,05.</i></p>
<b>Description des modalités de recrutement des personnes</b>	<p><i>Inclusion téléphonique à 6 semaines de la naissance des mamans éligibles, recueil rétrospectif des données sur la période néonatale.</i></p>
<b>Méthodologie retenue : critères de jugement, plan d'étude, type d'analyse, nombre de sujets nécessaires, analyses intermédiaires, règles d'arrêt</b>	<p><i>Etude observationnelle de type avant après</i></p> <p><i>Outcome principal : taux d'allaitement maternel à 6 semaines d'âge corrigé</i></p> <p><i>Outcome secondaire : taux d'allaitement exclusif à 6 semaines d'âge corrigé, taux d'allaitement exclusif en sortie de maternité et taux d'allaitement en sortie de maternité, fréquence de lecture de la plaquette, compréhension des informations (cotée de 0 à 5), utilité de la plaquette (cotée de 0 à 5)</i></p> <p><i>Plan d'étude : étude de cohorte de type avant après</i></p> <p><i>Type d'analyse : comparaison des taux d'allaitement entre la période avant et la période après, analyse multivariée prenant en compte les différents cofacteurs connus pour être impliqué dans les taux d'allaitement (tabagisme, âge maternel, catégorie socio professionnelle).</i></p>
<b>Comité de surveillance</b>	<p><i>Les résultats seront soumis à l'ensemble de l'équipe médicale d'obstétrique et de la Néonatalogie de l'HFME.</i></p>
<b>Justification de la durée d'interdiction de participation à une autre recherche</b>	<p>Aucune interdiction</p>
<b>Modalités et montant de l'indemnisation des personnes se prêtant à la recherche, le cas échéant</b>	<p>Pas d'indemnisation prévue</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<p>Inclusion : 4 mois</p> <p>Analyse des résultats : 3 mois</p>

Annexe 8 : Questionnaire posé lors des entretiens téléphoniques

N° de fiche

Coordonnées de la patiente :

Date d'accouchement \_\_/\_\_/\_\_

Date à 6 semaines : \_\_/\_\_/\_\_

**Critères maternels**

Profession de la mère : 1 2 3 4 5 6 7 8

(CSP : 1 Agriculteur-trice, 2 Artisan/commerçant, chef d'entreprise, 3 Profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin, 4 Profession intermédiaire, 5 Employé(e), 6 Ouvrière, 7 Sans professions, 8 Autre)

<https://www.ast74.fr/upload/administratif/liste-des-codes-csp-copie.pdf>

Situation d'emploi de la mère : 1 2 3 4

(1 Avec emploi, 2 Etudiant, 3 Au chômage, 4 Autre situation)

Statut marital :  Célibataire  Marié/PACS  Divorcé  Veuve

Age maternel :

Pathologie chronique  Oui  Non Si oui :

ATCD de chirurgie mammaire :  Oui  Non

IMC : \_\_, \_\_

Tabac :  Oui  Non

Alcool :  Oui  Non

Drogue :  Oui  Non

**Critères obstétricaux**

Parité :  Primipare  Multipare

Allaitement des premiers enfants :  Oui  Non

Durée des allaitements précédents :  Inférieur à 6 semaines  Supérieur à 6 semaines

Vécu du ou des premiers allaitements :  Positif  Négatif

Terme : \_\_ + \_\_ SA

Pathologie de la grossesse  Oui  Non Si oui :

Voie d'accouchement :  VB  Césarienne

Instrumentation :  Forceps  Ventouse

Déclenchement :  Oui  Non

Heure de naissance :  08h00-20h00  20h00-08h00

Heure 1<sup>ère</sup> mise au sein :  En salle de naissance (<2h),  En maternité (>2h)

Complément de l'AA au cours du séjour en maternité :  Oui  Non

Mise en place au cours du séjour en maternité de :  Bout de seins  Tire-lait

Poids de naissance :

Aspiration à la naissance :  Oui  Non

**Allaitement exclusif à 6 semaines :  Oui  Non**

**Père et environnement**

Profession du père : 1 2 3 4 5 6 7 8

Situation d'emploi du père : 1 2 3 4

Avis du père sur l'allaitement :  Pas du tout favorable  Plutôt favorable  Très favorable  Sans avis

Quand avez-vous décidé d'allaiter ?  Avant la grossesse  Pendant la grossesse  En salle de naissance

Votre conjoint a-t-il participé à la prise de décision de l'allaitement ?  Oui  Non

Lieu couchage de l'enfant :  Dans la même pièce que la maman  Dans une chambre à part

L'enfant possède-t-il une sucette ?  Oui  Non

Avez-vous fait du peau à peau en salle de naissances ?  Oui maman seulement  Oui papa seulement  Oui les 2  Non

Avez-vous fait de la PNP ?  Oui  Non

Est-ce que l'allaitement a été abordé pendant ces séances ?  Oui  Non

### **Arrêts, difficultés et ressentis**

Avez-vous rencontré des difficultés lors du retour à la maison ?  Oui  Non

Quelle difficulté avez-vous rencontrée lors du retour à la maison ?

Difficulté maternelle :  Douleur  Travail  Contraignant (ou séparation de la mère et de l'enfant)  Fatigue  Maladie  Pression de l'entourage

Difficulté liée à l'enfant :  Problème de poids ou maladie  Mauvaise succion  Tétée trop fréquente  Bébé endormi ou énervé (difficulté de la mise au sein)  Perception maternelle d'une faible quantité de lait

Où avez-vous trouvé des solutions ?  Famille / Entourage  Professionnel de santé  Internet  Seule  Plaquette

Si arrêt : Cause :

Par choix :  Envie d'arrêter (projet dès le départ)  Pas de plaisir

Par contrainte maternelle :  Douleur  Travail  Contraignant (ou séparation de la mère et de l'enfant)  Fatigue  Maladie  Pression de l'entourage

Par contrainte liée à l'enfant :  Problème de poids ou maladie  Mauvaise succion  Tétée trop fréquente  Bébé endormi ou énervé (difficulté de la mise au sein)  Perception maternelle d'une faible quantité de lait

Cette expérience d'allaitement est vécue par vous de manière :  Positive  Négative  Sans avis

### **Concernant la plaquette :**

Avez-vous reçu la plaquette ?  Oui  Non

Avez-vous lu la plaquette ?  Oui  Non

Est-ce que la plaquette vous a été expliquée ?  Oui  Non

Selon vous est-ce que la plaquette est utile ?  1  2  3  4  5

Quand auriez-vous souhaité avoir accès à cette plaquette d'allaitement ?  Avant la grossesse  Pendant la grossesse  En consultation d'obstétrique  En PNP  En CPA  En salle de naissance  En maternité

Selon vous qu'est-ce qui pourrait être amélioré ou qui vous a manqué dans cette plaquette ?



Auteur : Noémie MOINS	Diplôme d'État de sage - femme.
Titre : "Impact de la distribution d'une plaquette sur les repères de l'allaitement sur le taux d'allaitement à 6 semaines de vie, une étude avant-après."	
<p>Résumé :</p> <p><b>Introduction.</b> L'OMS préconise un allaitement exclusif jusqu'aux 6 mois de l'enfant. Le RISAM a élaboré une plaquette d'allaitement pour accompagner les mères allaitantes sur la mise en place de l'allaitement et trouver des conseils et solutions face aux problèmes qu'elles rencontrent.</p> <p><b>Objectif.</b> Nous étudions l'impact qu'a cette plaquette d'allaitement sur le taux d'allaitement exclusif à 6 semaines.</p> <p><b>Méthode.</b> Il s'agit d'une étude descriptive, prospective réalisée entre juin 2019 et décembre 2019 où 105 mères allaitantes sans plaquette et 40 mères allaitantes avec plaquette ont répondu aux entretiens téléphoniques à 6 semaines.</p> <p><b>Résultats et discussions.</b> Il y a 70% des mères qui n'ont pas reçu la plaquette et 88% des mères qui ont reçu la plaquette qui allaitent encore à 6 semaines. Cette différence n'est pas significative. Pour autant nos groupes sont fait de petits effectifs et ne sont pas représentatifs de la population générale.</p> <p><b>Conclusion.</b> – Du fait des petits effectifs de nos deux groupes, nous ne pouvons pas conclure que la plaquette est un impact sur le taux d'allaitement exclusif à 6 semaines. Avec de plus grands effectifs, la puissance serait plus grande et peut-être que la différence serait significative.</p>	
Mots clés : Recherche bibliographique effectuée par consultation des banques de données PubMed et Cochrane Library et à partir des recommandations des sociétés savantes à partir des termes : allaitement – arrêt précoce – promotion d'allaitement – bénéfique allaitement – allaitement exclusif – facteur allaitement	

Title : " Impact of the distribution of a breastfeeding benchmarks flyer on breastfeeding rates at 6 weeks of life, a before-after study “
<p><b>Abstract :</b></p> <p><b>Introduction.</b> The WHO recommends exclusive breastfeeding for up to 6 months. RISAM has developed a breastfeeding flyer to support breastfeeding mothers on the introduction of breastfeeding and to provide advice and solutions to the problems they encounter.</p> <p><b>Objective.</b> We are studying the impact of this breastfeeding flyer on the rate of exclusive breastfeeding at 6 weeks.</p> <p><b>Methods.</b> This is a descriptive, prospective study carried out between June 2019 and December 2019 in which 105 breastfeeding mothers without flyer and 40 breastfeeding mothers with flyer responded to telephone interviews at 6 weeks.</p> <p><b>Results.</b> Seventy percent of the mothers who did not receive the flyer and 88% of the mothers who received the flyer are still breastfeeding at 6 weeks. This difference is not significant. However, our groups are small and not representative of the general population.</p> <p><b>Conclusion.</b> Due to the small numbers in our two groups, we cannot conclude that the flyer has an impact on the exclusive breastfeeding rate at 6 weeks. With larger numbers, the potency would be greater and maybe the difference would be significant .</p>
<p><b>Key words :</b> Bibliographic research performed by consulting PubMed database, Cochrane Library and recommendations from learned societies with the words : breastfeeding - early cessation - breastfeeding promotion - breastfeeding benefit exclusive breastfeeding - breastfeeding factor</p>