



UNIVERSITE DE LILLE 2  
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG  
Année : 2019

# THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Effet de la présence du conjoint auprès d'une maman primipare sur l'initiation  
et la durée de l'allaitement maternel (à 1 mois et 3 mois)**

Présentée et soutenue publiquement le 20/09/2019 à 18h00  
au Pôle Formation

**Par Clémentine Wyts**

---

## **JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Damien Subtil**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Dominique Turck**

**Madame le Docteur Sabine BAYEN**

**Monsieur le Docteur Adrien GHENASSIA**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Thameur Rakza**

---

# **AVERTISSEMENT**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.



# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>- 5 -</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>- 6 -</b>
<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>- 8 -</b>
<b>A. État des lieux, définitions.....</b>	<b>- 8 -</b>
<b>B. Les bénéfices de l’allaitement maternel.....</b>	<b>- 11 -</b>
1) Bénéfices pour le nouveau-né .....	- 11 -
2) Bénéfices pour la maman .....	- 12 -
<b>C. Épidémiologie en France et dans les autres pays européens.....</b>	<b>- 12 -</b>
<b>D. Études précédentes sur le sujet.....</b>	<b>- 13 -</b>
<b>E. Description de l’étude et de la méthodologie.....</b>	<b>- 14 -</b>
<b>II. MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>- 16 -</b>
<b>III. RESULTATS.....</b>	<b>- 20 -</b>
<b>A. Caractéristiques de la population étudiée.....</b>	<b>- 20 -</b>
<b>B. Taux d’allaitement maternel.....</b>	<b>- 22 -</b>
<b>C. Comparaison des caractéristiques entre les deux premiers groupes (alimentation artificielle et allaitement à la sortie) .....</b>	<b>- 24 -</b>
<b>D. Comparaison des quatre groupes d’étude .....</b>	<b>- 27 -</b>
<b>IV. Discussion .....</b>	<b>- 33 -</b>
<b>A. Particularités de l’allaitement .....</b>	<b>- 33 -</b>
<b>B. Caractéristiques prédominant chez les patientes allaitantes .....</b>	<b>- 34 -</b>
<b>C. Effet de la présence des conjoints sur l’allaitement en comparaison avec la littérature .....</b>	<b>- 35 -</b>
<b>D. Qualités et limites de l’étude .....</b>	<b>- 37 -</b>
<b>E. Perspectives.....</b>	<b>- 39 -</b>
<b>V. Conclusion.....</b>	<b>- 42 -</b>
<b>REFERENCES .....</b>	<b>- 43 -</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>- 46 -</b>

## LISTE DES ABREVIATIONS

CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
IHAB	Initiative Hôpital Ami des Bébé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
INVS	Institut National de Veille Sanitaire
JDF	Jeanne de Flandres
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PNNS	Programme National Nutrition Santé
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

## RESUME

**Contexte** : De nombreux facteurs peuvent avoir un impact sur l'allaitement maternel.

La prévalence de l'allaitement en France reste très insuffisante aux recommandations. Il a déjà été montré que le soutien des conjoints était associé à des taux d'allaitement plus importants.

**Objectif** : Le but de ce travail était de rechercher une corrélation entre la présence du conjoint auprès d'une maman primipare et la durée de l'allaitement.

**Méthode** : Une étude prospective avec suivi de cohorte a été réalisée au C.H.R.U de Lille pendant une durée de six mois courant 2019. Des patientes primipares ont été incluses en suite de naissance. L'étude recueillait des données générales et médicales sur la maman et ses projets en post-partum, des informations sur son conjoint, ainsi que sur le nouveau-né et le mode d'accouchement. Les femmes qui allaitaient à la sortie étaient recontactées au bout d'un mois, de trois mois, pour savoir si elles avaient poursuivi leur allaitement. Des statistiques descriptives de toutes les variables ont été réalisées, ainsi que des analyses bivariées. Pour répondre à l'objectif principal, le modèle multivarié correspondait à une régression logistique, avec une variable à expliquer à deux modalités, afin de déterminer l'association entre « poursuite de l'allaitement » et « présence du conjoint ».

**Résultats** : 183 patientes ont été incluses. 131 mamans allaitaient à la sortie de la maternité. A un mois, 88% poursuivaient l'allaitement et à trois mois il restait 63% d'allaitantes. Les temps de présence de la majorité des conjoints étaient relativement

importants : ils étaient 83% à avoir assisté à au moins une consultation pré natale, et plus de 90% à passer plus d'une heure à la maternité l'après-midi et le soir. La médiane du nombre de nuits accompagnées à la maternité était de 3 sur un séjour total d'environ quatre jours. En revanche, le nombre de conjoints présents plus d'une heure à la maternité le matin était plus élevé chez les patientes qui ont poursuivi l'allaitement à trois mois. L'analyse multivariée n'a pas montré de différence significative entre les patientes qui avaient arrêté l'allaitement avant un mois et celles qui l'avaient poursuivi à un mois et à trois mois.

**Conclusion** : Bien que les conjoints des mamans primipares soient présents en maternité, leur rôle dans l'allaitement maternel reste encore à préciser, et leur implication par leur accompagnement peut être améliorée.

# I. INTRODUCTION

## A. État des lieux, définitions

L'allaitement maternel correspond à la référence pour l'alimentation du nourrisson pendant ses premiers mois de vie. Il est actuellement un véritable enjeu de santé publique en France comme à l'international.

L'alimentation par le lait maternel est prônée par une grande majorité du corps médical ; notamment dans de nombreuses maternités dont certaines, comme la maternité Jeanne de Flandres (JDF) au Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Lille, bénéficient du label « hôpital ami des bébés » (IHAB) (1,2). Cette initiative a vu le jour à l'international en 1991, lancée conjointement par l'OMS, l'UNICEF et l'Association Internationale de Pédiatrie. Elle a pour but de favoriser un accompagnement optimal des parents lors de la naissance et pendant le séjour dans le service de maternité : les rythmes et les besoins de l'enfant et de sa famille sont pris en compte et deviennent prioritaires.

Afin d'obtenir ce titre, les maternités doivent remplir les 10 objectifs définis dans le projet, avec des évaluations régulières au sein des services concernés (1).



**Photo 1.** Cartographie des maternités françaises labélisées IHAB



Depuis 2001, l'OMS recommande un allaitement maternel exclusif jusque l'âge de 6 mois (3), tout comme l'ANAES depuis 2002 (4) (contre 4 mois auparavant), et la poursuite de l'allaitement jusque l'âge de 2 ans voire plus selon le souhait de la maman.

La diversification alimentaire, quant à elle, n'est pas conseillée avant 4 mois de vie.

A noter qu'il existe pour raison médicale, des contre-indications exceptionnelles à l'allaitement. Elles sont pour la mère, l'infection par le VIH (sauf pasteurisation du lait), et pour le nouveau-né une anomalie congénitale du métabolisme : la galactosémie.

En dehors de ces contre-indications, d'autres raisons physiologiques,

professionnelles ou personnelles peuvent amener une femme à décider de ne pas allaiter son bébé.

Les professionnels de santé ont un rôle de conseil et d'information éclairée mais leur attitude ne doit en aucun cas être culpabilisante. L'allaitement constitue en effet un choix strictement personnel et l'alimentation choisie par la maman doit être évidemment respectée.

Concernant le tabagisme, le passage lacté de la nicotine étant prouvé, il faut encourager les mères à arrêter de fumer. Néanmoins même dans ce cas, donner son lait reste le meilleur choix (5).

A propos de l'allaitement maternel, voici quelques définitions proposées par un groupe de travail lors de l'élaboration des recommandations de l'ANAES en 2002 (4):

« L'allaitement maternel exclusif est défini par le fait que le nouveau-né ou nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau ;

L'allaitement est partiel lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture.

En cas d'allaitement partiel, celui-ci est majoritaire si la quantité de lait maternel consommé assure plus de 80% des besoins de l'enfant ; moyen si elle assure 20 à 80% de ses besoins et faible si elle en assure moins de 20% ;

La réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

En raison du manque de consensus dans la littérature, l'adjonction de vitamines ou de minéraux n'a pas été prise en compte dans les définitions.

Le sevrage correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel. Le sevrage ne doit pas être confondu avec le début de la diversification alimentaire. »

## **B. Les bénéfices de l'allaitement maternel**

Les nombreux bénéfices de l'allaitement sont maintenant bien connus, à la fois pour le bébé et pour la mère (5).

### **1) Bénéfices pour le nouveau-né**

Le lait maternel fournit toutes les calories et les nutriments dont l'enfant a besoin durant les premiers mois de vie, grâce à une composition évolutive du lait, adaptée aux besoins et au terme de l'enfant.

Celui-ci permet également une digestion facilitée et diminue les gaz.

Il protège le nourrisson contre les maladies infectieuses et chroniques grâce aux anticorps maternels, en attendant que son propre système immunitaire se développe.

Il contribuerait également à réduire le risque d'allergie chez des enfants prédisposés au niveau familial.

Par ailleurs, les contacts « peau à peau » fréquents aideraient au développement sensoriel et cognitif du bébé.

Enfin, l'allaitement exclusif au sein diminuerait la mortalité infantile imputable aux maladies courantes de l'enfance, comme les diarrhées ou les pneumonies, et il accélérerait la guérison en cas de maladie.

## **2) Bénéfices pour la maman**

Concernant la maman, le fait d'allaiter contribue à sa santé et à son bien-être. Il aide à espacer les naissances, réduit le risque de cancer ovarien ou mammaire en période pré-ménopausique ainsi que le risque d'ostéoporose, favorise un retour plus rapide au poids antérieur à la grossesse, facilite les suites de couches (diminution du risque d'infections du post-partum, réduction plus rapide du volume de l'utérus avec un moindre risque d'hémorragie du post-partum), augmente les ressources de la famille et du pays. C'est un moyen sûr et écologique d'alimenter l'enfant.

Sur le plan émotionnel, un lien privilégié peut-être créé entre la mère et le nouveau-né, par l'odeur, le toucher, avec le peau à peau, et la confiance mutuelle qui se tisse entre eux.

## **C. Épidémiologie en France et dans les autres pays européens**

Les dernières données fournies par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) révélèrent que la part des nourrissons allaités à la naissance en France était de 68,1% en 2016, soit un nouveau-né sur trois (en légère augmentation par rapport à 2013 où celui-ci atteignait 66% et en 2002 où il était de 56,2%). Mais ce taux n'était plus qu'à 40% à 11 semaines, 30% à 4 mois et seulement 18% à 6 mois (6 ; 7).

Sur le plan national il a été observé une grande disparité selon les régions, avec des taux d'allaitement beaucoup plus élevés en Ile-de-France, dans l'est de la France et dans les départements d'outre-mer.

A titre de comparaison en Europe, le taux d'allaitement était déjà en 2002 de 99% en

Norvège et en Suède, de 98% en Hongrie, de 95% au Danemark, de 92% en Suisse, de 85% en Italie et de 69% en Grande-Bretagne.

Cette différence au niveau européen peut avoir de multiples explications : poids de l'histoire avec la place qu'occupaient les nourrices en France, rôle de l'industrie agro-alimentaire, manque de formation des professionnels de santé jusqu'à ce jour (6).

On constate néanmoins en France une progression lente mais régulière depuis quelques années (45,6% d'allaitement en 1995), grâce à la promotion de l'allaitement maternel (8). Cela fait d'ailleurs partie des objectifs spécifiques à l'enfant du Programme National Nutrition-Santé (PNNS) (5).

Concernant la durée de l'allaitement dans notre pays, les données sont variables.

Selon un relevé de bulletin épidémiologique du journal Libération en 2014, qui reprenait une étude de l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) nommée Epifane (Epidémiologie en France de l'allaitement et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie), sur un échantillon de 3365 bébés nés au premier trimestre 2012, il était retrouvé une durée médiane d'allaitement maternel à 15 semaines, mais la durée médiane pour l'allaitement exclusif ou prédominant n'était que de 3,5 semaines ; ce qui est bien inférieur aux recommandations. (9)

## **D. Études précédentes sur le sujet**

Plusieurs études concernant l'allaitement maternel et les différents facteurs pouvant l'influencer ont été réalisées à l'échelle mondiale. Parmi les multiples facteurs évoqués, nous pouvons citer par exemple, l'âge de la mère, la confiance en soi, l'anxiété, le tabagisme, les facteurs sociaux, comme que le niveau d'instruction de la

mère et si elle a ou non un emploi, le revenu familial, le type de famille, l'opinion de l'entourage, etc (10, 11, 12, 13, 14, 15).

Néanmoins il est difficile de pouvoir comparer ces travaux entre eux puisque les variables étudiées diffèrent d'un projet à l'autre.

La question du soutien du conjoint a été relevée ces dernières années, avec un bénéfice démontré sur les taux d'allaitement (16).

Cependant, nous n'avons pas trouvé jusqu'à ce jour d'étude traitant précisément sur le rôle que pourrait jouer leur temps de présence à la maternité pour l'initiation et le maintien de l'allaitement maternel.

## **E. Description de l'étude et de la méthodologie**

Dans cette étude, nous avons évalué le rôle de la présence du conjoint auprès d'une maman primipare lors des consultations prénatales et à la maternité après l'accouchement, dans l'initiation et la poursuite de l'allaitement à 1 mois et 3 mois.

Lors de l'élaboration du questionnaire initial, nous avons tenté de regrouper toutes les variables pouvant influencer sur la durée de l'allaitement maternel, notamment en rassemblant celles relevées dans les différentes études publiées sur le sujet.

Cette enquête consistait en une étude de cohorte prospective uni centrique, effectuée à la maternité Jeanne de Flandres du CHRU de Lille (maternité de niveau 3 c'est-à-dire comprenant un service de réanimation néonatale), sur la période de six mois courant 2019.

L'objectif principal était l'évaluation de l'effet de la présence du conjoint auprès d'une maman primipare dans la poursuite de l'allaitement à 1 mois et 3 mois de vie.

L'objectif secondaire correspondait à l'évaluation du rôle du conjoint dans l'initiation ou non de l'allaitement maternel à la maternité.

## II. MATERIEL ET METHODES

Critère d'inclusion :

Toutes les patientes incluses étaient des mamans primipares ayant accouché à la maternité JDF pendant la période de recueil de six mois, avec suivi de l'allaitement à un mois et trois mois entre décembre 2018 et mars 2019.

Les critères de non-inclusion étaient :

- pour la mère :

un accouchement ailleurs qu'à la maternité JDF (transfert post-natal, rapprochement maternel), une séparation du couple mère-enfant à la naissance ou durant le séjour en maternité (nouveau-né hospitalisé en service de néonatalogie), une grossesse multiple, un refus de participer à l'étude, une mauvaise compréhension du français.

- pour le bébé :

une hypotrophie néonatale (définie par un poids de naissance inférieur à 2400 grammes), une naissance prématurée (soit avant 37 semaines d'aménorrhées), un transfert en néonatalogie.

Le critère de jugement principal était la poursuite de l'allaitement maternel à 1 mois et 3 mois.

Le critère de jugement secondaire correspondait à l'initiation de l'allaitement.

L'outil de recueil (*Annexe 1*) correspondait à un questionnaire à remplir lors du séjour en suites de naissance à la maternité, qui était récupéré le jour même dans la mesure du possible ; sinon réceptionné ultérieurement par l'équipe médicale ou paramédicale du service (internes en médecine, sages-femmes, puéricultrices). Le



questionnaire était donc remis aux patientes à un moment variable de leur séjour en suites de naissance.

La première partie de l'étude permettait de recueillir des informations générales et médicales sur la maman ainsi que ses projets en post-partum (identité, coordonnées, âge, nationalité, lieu de résidence, statut marital, catégorie socio-professionnelle, rythme de travail, reprise envisagée, durée du congé maternel, participation aux séances d'information prénatale sur l'allaitement, choix d'allaitement, utilisation d'un tire-lait, présence d'une contre-indication médicale à l'allaitement, consommation de tabac et/ou d'alcool).

Concernant l'entourage, nous avons questionné la maman sur la préférence du conjoint pour l'alimentation du bébé et ce que conseillait sa propre mère.

La deuxième partie du document intéressait le conjoint (âge, catégorie socio-professionnelle, délai avant le congé paternité et sa durée, sa présence ou non à des consultations prénatales, le temps passé chaque jour lors du séjour en suites de naissance et le nombre de nuits passées à la maternité).

La troisième partie reprenait les informations relatives au nouveau-né (sexe, terme, poids de naissance), ainsi que le mode d'accouchement (voie basse instrumentale ou non, césarienne).

Les patientes qui avaient débuté un allaitement maternel (exclusif ou mixte) et qui souhaitaient le poursuivre à la sortie de la maternité ont été recontactées au bout d'un mois, initialement par appel téléphonique, et en l'absence de réponse après deux tentatives avec message vocal, un mail leur était adressé. Celles qui continuaient d'allaiter ont été sollicitées à nouveau après trois mois de post-partum pour savoir si leur bébé était toujours nourri au lait maternel ou non.

Les raisons du sevrage étaient également demandées lors de ces entretiens.

Le critère de jugement principal était la poursuite de l'allaitement à 1 mois et 3 mois.

Le critère de jugement secondaire était l'initiation ou non de l'allaitement.

### **Analyses statistiques**

La construction de la base de données a été établie à l'aide d'un tableur Excel.

Une analyse descriptive de toutes les variables du questionnaire a été réalisée.

Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectifs et leurs pourcentages, puis représentées par des diagrammes en bandes horizontales.

Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et déviation standard ou par le calcul d'une médiane avec les valeurs du premier et du troisième quartile.

Elles ont été représentées par des histogrammes.

En préalable à l'analyse bivariée, une étude de la normalité des variables était effectuée via l'analyse de la représentation graphique de la variable, la réalisation d'un test de Shapiro Wilk ainsi que la construction d'un QQ Plot.

Pour les premières analyses bivariées, deux premiers groupes ont été créés. Le groupe « alimentation artificielle à la sortie de la maternité » et le groupe « allaitement maternel à la sortie de la maternité ».

Secondairement, la population a été divisée en quatre groupe, le groupe 0 défini comme « absence d'allaitement débuté », le groupe 1 comme « allaitement arrêté avant un mois », le groupe 2 comme « allaitement à 1 mois » et le groupe 3 comme « allaitement à 3 mois ».

Le test utilisé dans le cas d'analyse de variables qualitatives était le test du  $\chi^2$ .

Pour les analyses de variables quantitatives, étaient utilisés soit les tests

paramétriques de Student si la variable était à deux modalités ainsi que le test d'Anova dans le cas de variable à plusieurs modalités, soit les tests non paramétriques de Wilcoxon pour les variables à deux modalités et le test de Kruskal Wallis dans le cas de variables à plusieurs modalités.

Pour répondre à l'objectif principal, le modèle multivarié correspondait à une régression logistique avec une variable à expliquer à deux modalités.

Les variables intégrées dans le modèle ont été sélectionnées en prenant en compte le choix expert sur la base des publications existantes, l'intégration des variables significatives au seuil de  $p$  inférieur à 0,2 en bivarié et l'application de la méthode de choix pas à pas (ou stepwise).

L'ensemble des analyses était considéré comme significatif au seuil de 0,05.

Le datamanagement ainsi que les analyses ont été réalisés sur le logiciel R à travers l'interface R studio.

### III. RESULTATS

#### A. Caractéristiques de la population étudiée

Tableau 1

Au total, 200 patientes du service de suites de naissance de la maternité JDF ont participé à l'étude ; 183 ont été incluses dans l'analyse, 17 n'ont pas été incluses en majorité pour terme d'accouchement inférieur à 37 semaines d'aménorrhée ou hypotrophie néonatale.

Concernant les conjoints, on constatait qu'ils étaient une majorité, soit 82,68%, à avoir assisté à au moins une consultation prénatale. 157 des conjoints (soit 87,22%) déclaraient passer plus d'une heure le matin à la maternité ; ils étaient 95,56% à passer plus d'une heure l'après-midi et 93,89% pour le soir.

**Tableau 1.** Caractéristiques concernant les mamans, les conjoints, les bébés et le mode d'accouchement

<b>Caractéristiques des mamans n=183</b>	<i>n ou m</i>	<i>% ou 1<sup>er</sup> - 3<sup>e</sup> Qu</i>
Age maternel en années, (médiane (Qu))	29	26-32
IMC, (médiane (Qu))	23,5	21-27
Nationalité : française n=(%)	160	87,91
Lieu de résidence n=(%)		
- Rural	29	16,86
- Semi-rural	30	17,44
- Urbain	113	65,7
Statut marital : mariage n=(%)	69	37,7
CSP n=(%)		
- Autre/sans activité	43	23,5

- Cadres	42	22,95
- Employés	74	40,44
- Professions intermédiaires	13	7,1
Rythme de travail n=(%)		
- Sans emploi	17	11,49
- Temps partiel	18	12,16
- Temps plein	113	76,35
Reprise du travail n=(%)		
- Non	2	1,54
- Temps partiel	52	40
- Temps plein	76	58,46
Durée congé maternité en semaines, (médiane (Qu))	10	10-14
Participation aux séances d'information prénatale n=(%)	106	59,22
Choix d'alimentation n=(%)		
- Allaitement	124	67,76
- Artificielle	40	21,86
- Mixte maj artificielle	4	2,19
- Mixte maj maternelle	15	8,2
Utilisation d'un tire-lait n=(%)	46	25,84
Conseil de la mère n=(%)		
- Allaitement	119	77,27
- artificielle	35	22,73
Tabagisme n=(%)		
- aucun	136	75,14
- avant et pendant la grossesse	12	6,63
- avant la grossesse	32	17,68
<b>Caractéristiques du conjoint</b>		
Age paternel en années, (médiane (Qu))	31	28-35
CSP n=(%)		
- autre/sans activité	52	28,89
- cadres	66	36,67
- employés	18	10
- prof intermédiaires	9,48	6,1
Délai congé paternité en jours, (médiane (Qu))	0	0-10
Durée congé paternité en jours, (médiane (Qu))	11	7-14
Préférence d'alimentation (n=%)		
- Allaitement	130	79,27
- artificielle	34	20,73
Présence aux consultations n=(%)	148	82,68

Nombre de nuits passées à la maternité, (médiane (Qu))	3	1-4
Temps passé le matin (>1h) n=(%)	157	87,22
L'après-midi (>1h)	172	95,56
Le soir (>1h)	169	93,89
<b>Caractéristiques du bébé</b>		
Sexe n=(%)		
- Féminin	96	52,46
- Masculin	87	47,54
Terme en SA, (médiane (Qu))	39 3260	39-40 3000-3588
Poids de naissance en grammes, (médiane (Qu))		
<b>Mode d'accouchement n=(%)</b>		
Voie basse non instrumentale	86	47,25
Voie basse instrumentale	57	31,32
Césarienne programmée	4	2,2
Césarienne non programmée	32	17,58

Abréviations : IMC : Indice de Masse Corporelle, CSP : Catégorie Socio-Professionnelle, SA : Semaines d'Aménorrhée, n : effectif, m : médiane, Qu : quartile

## B. Taux d'allaitement maternel

*Figures 1, 2 et 3*

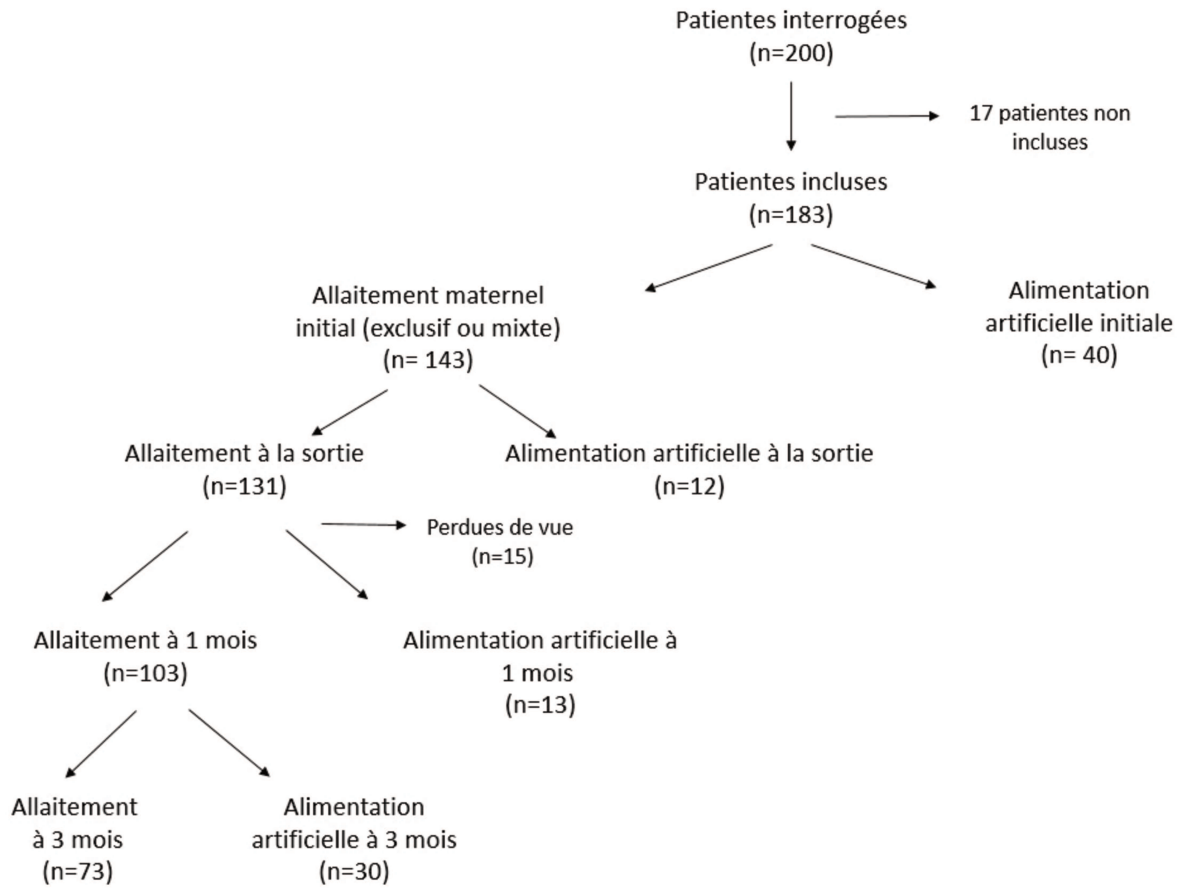
Parmi les 183 patientes incluses, 131 soit 71,5% allaitaient à la sortie. Seules 25,84% déclaraient utiliser un tire-lait.

A un mois, parmi les patientes qui allaitaient à la sortie, on retrouvait un taux d'allaitement de 88,04% (n=103) (70,09% en exclusif et 17,95% en mixte).

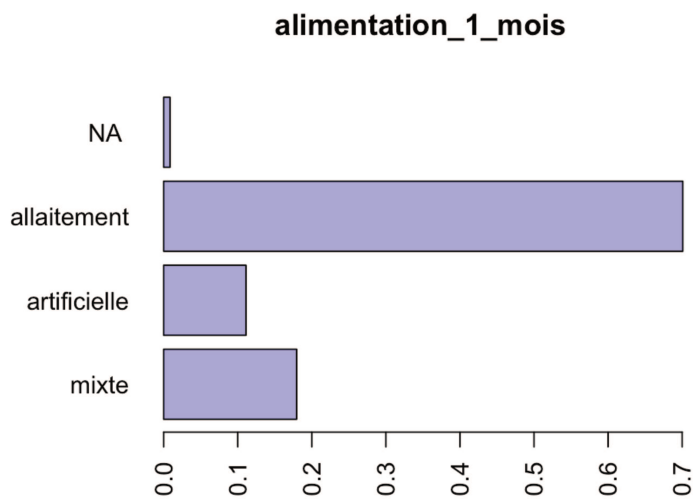
A trois mois, elles étaient 62,93% (n=73) à continuer l'allaitement (45,69% en exclusif et 17,24% en mixte).

Il y a eu 15 perdues de vue au terme de l'étude.

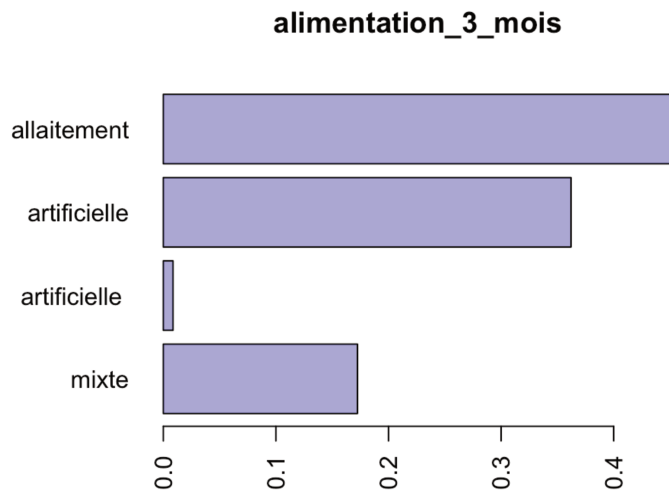
**Figure 1.** Diagramme de flux des taux d'allaitement



**Figure 2.** Alimentation à 1 mois



**Figure 3.** Alimentation à 3 mois



### **C. Comparaison des caractéristiques entre les deux premiers groupes (alimentation artificielle et allaitement à la sortie)**

*Tableau 2, Tableau 3*

Dans notre population, les mères allaitantes étaient significativement différentes des non allaitantes sur plusieurs paramètres. Elles vivaient principalement en milieu urbain ( $p=0,0055$ ), elles étaient plus souvent mariées ( $p=0,0123$ ), et elles étaient plus nombreuses à déclarer avoir assisté aux séances d'informations prénatales ( $p=0,0042$ ).

Concernant la présence des conjoints, il n'était pas montré de différence significative entre les deux groupes.



**Tableau 2.** Comparaison de caractéristiques entre les groupes « alimentation artificielle » et allaitement maternel à la sortie de la maternité

	Alimentation artificielle (n=52)	Allaitement maternel (n=131)	Valeur de p (test de chi2)
lieu de résidence urbain n=(%)	27 (53%)	96 (73%)	0,0055
statut marital n=(%)	13 (25,4%)	52 (44,8%)	0,0123
participation séances info n=(%)	23 (44,6%)	88 (67,5%)	0,0042
tabagisme pendant la grossesse n=(%)	5 (9%)	7 (5,2%)	0,33
mode accouchement par césarienne n=(%)	11 (16,5%)	28 (21,3%)	0,97

p significatif si inférieur à 0,02

**Tableau 3.** Comparaison de la présence des conjoints dans les deux groupes

	Alimentation artificielle (n=52)	Allaitement maternel (n=131)	Valeur de p (test de Wilcoxon ou chi2)
Conjoints présents en consultation n=(%)	39 (80%)	96 (84,2%)	0,97
Conjoints avec temps passé matin >1h n=(%)	46 (89, 4%)	113 (86%)	0,69
Conjoints avec temps passé après-midi >1h n=(%)	50 (95,5%)	125 (95,6%)	1
Conjoints avec temps passé soir >1h n=(%)	48 (92,4%)	124 (94,74%)	0,51
Nombre de nuits (médiane (Qu))	3 (1,5-4)	3 (1-4)	0,96

p significatif si inférieur à 0,02

## **D. Comparaison des quatre groupes d'étude**

### **Description de la présence des conjoints dans chaque groupe (absence d'allaitement, arrêt de l'allaitement avant 1 mois, allaitement à 1 mois et allaitement à 3 mois)**

Dans le groupe « absence d'allaitement », le taux de présence aux consultations était de 80%, 89,4% des conjoints avaient passé plus d'une heure à la maternité le matin, 95,5% l'après-midi et 92,4% le soir.

Dans le groupe « arrêt de l'allaitement avant un mois », le taux de présence aux consultations était de 76,92%, 61,54% des conjoints avaient passé plus d'une heure à la maternité le matin, 84,62% l'après-midi et 92,31% le soir.

Dans le groupe « allaitement à un mois », le taux de présence aux consultations était de 89,29%, 82,14% des conjoints avaient passé plus d'une heure à la maternité le matin, 96,43% l'après-midi et 60% le soir.

Dans le groupe « allaitement à 3 mois », le taux de présence aux consultations était de 83,56%, 91,78% des conjoints avaient passé plus d'une heure à la maternité le matin, 97,26% l'après-midi et 93,15% le soir.

Le nombre de nuits passées aux côtés de la maman à la maternité variait de 0 à 10 (lors d'un séjour prolongé pour motif médical) ; avec une médiane de 3 nuits (Qu 1-4). Concernant le groupe « arrêt de l'allaitement avant 1 mois », la médiane était de 3 nuits (Qu 2-4). Elle était de 2,5 nuits (Qu 1-4) pour le groupe « allaitement à un mois » et de 3 (Qu 1-4,5) pour le groupe « allaitement à trois mois ».

### **Comparaison des quatre groupes selon la variable alimentation finale**

*Figures 4, 5, 6, 7, 8*

Les variables quantitatives ont été analysées avec la méthode Kruskal-Wallis. Les

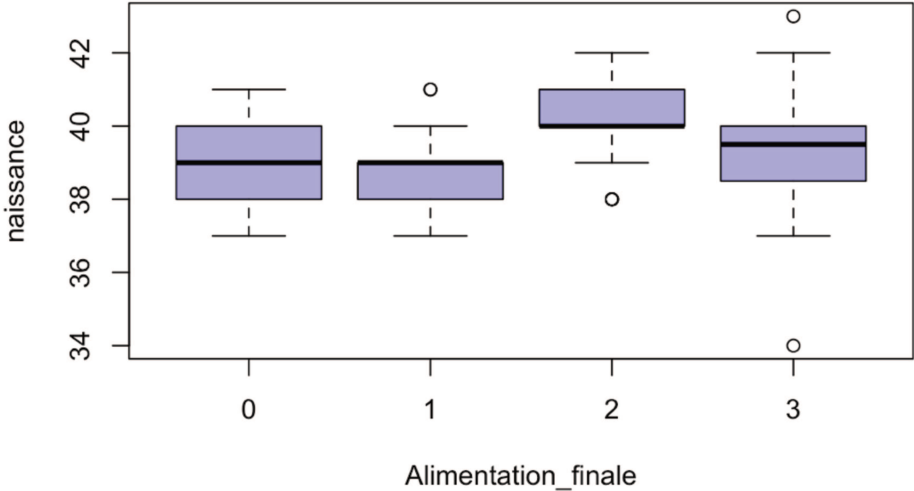
seules variables significatives statistiquement ( $p$  inférieur à 0,5) étaient l'âge de la mère, plus avancé pour les groupes d'allaitement ( $p=0,04296$ ), de même pour l'âge du conjoint ( $p=0,1133$ ), et le terme, avec une naissance à un terme plus avancé pour les groupes « allaitement à 1 mois » et « allaitement à 3 mois » ( $p=0,0023$ ).

Les variables qualitatives ont été analysées avec la méthode du  $\chi^2$ . On retrouvait des valeurs significatives pour le lieu de résidence avec prédominance de vie urbaine lorsque l'allaitement était prolongé à 3 mois ( $p=0,04409$ ), le statut marital, plus de femmes mariées chez les allaitantes ( $p=0,0104$ ), la majorité de présences aux séances d'informations prénatales en cas d'allaitement poursuivi à 1 mois ( $p=0,02245$ ), l'utilisation d'un tire-lait avec une décroissance des taux proportionnellement à la durée de l'allaitement ( $p=0,0003$ ) et le temps passé par le conjoint le matin à la maternité, ils étaient plus nombreux à rester plus d'une heure dans le groupe allaitement à 1 mois ( $p=0,0187$ ).

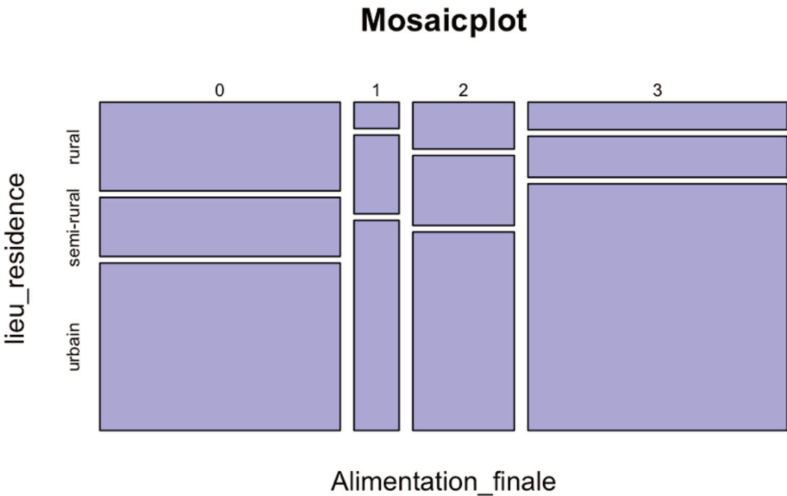
Il n'était pas montré d'association significative entre la durée de l'allaitement et les variables « présence du conjoint aux consultations », « temps passé par le conjoint l'après-midi », « temps passé par le conjoint le soir » et le nombre de nuits passées à la maternité.

En analyse multivariée, le modèle n'a fait ressortir aucune variable significative.

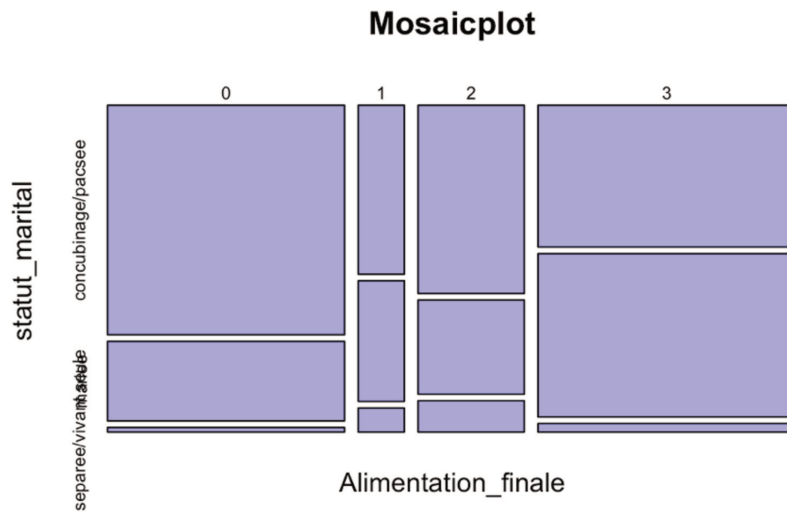
**Figure 4.** Terme de naissance dans les différents groupes (p=0,002279)



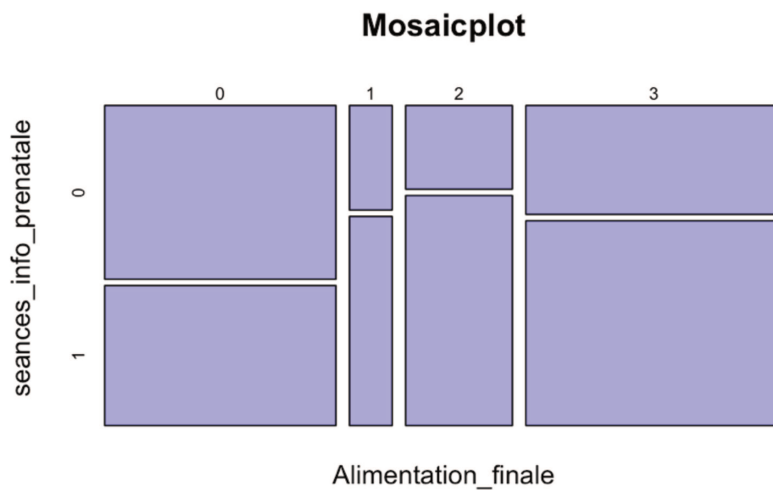
**Figure 5.** Lieu de résidence dans les différents groupes (p=0,04409)



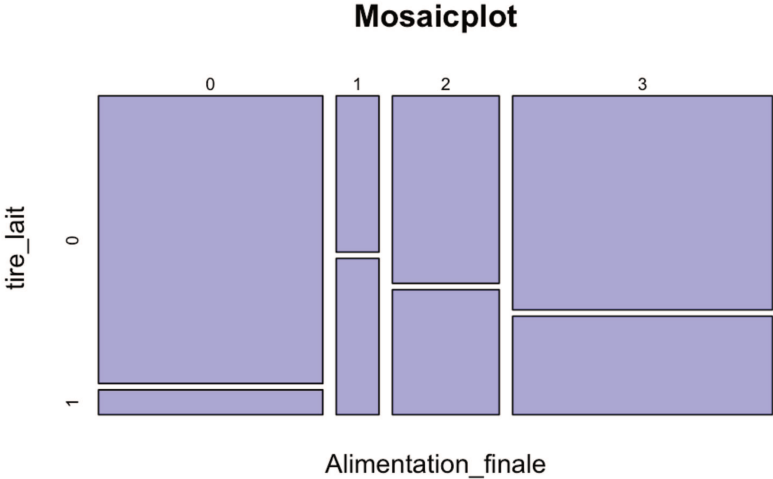
**Figure 6.** Statut marital dans les différents groupes (séparée/vivant seule, mariée, concubinage/pacsée) ( $p=0,01104$ )



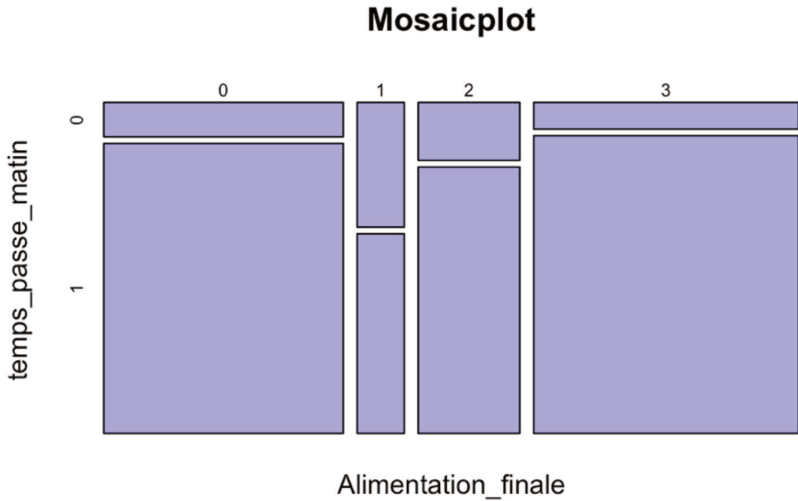
**Figure 7.** Participation aux séances d'informations prénatales dans les différents groupes ( $p=0,02245$ )



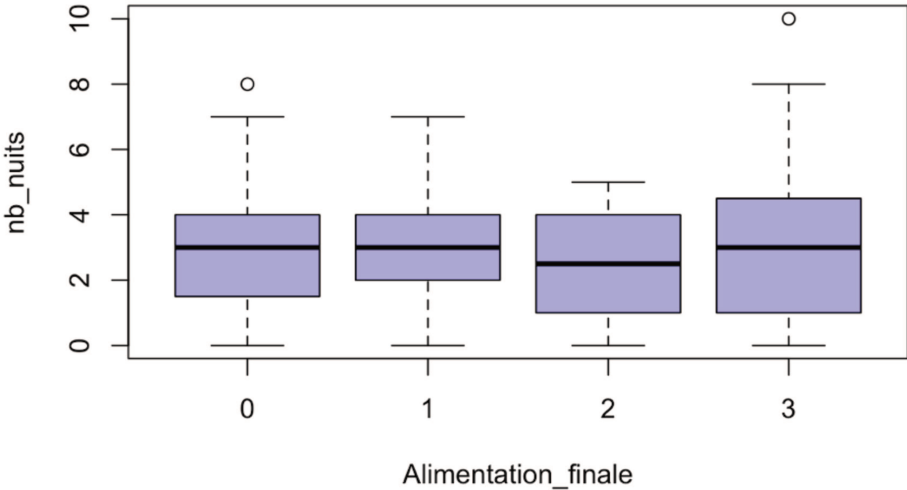
**Figure 8.** Utilisation d'un tire-lait dans les différents groupes (p=0,0003338)



**Figure 9.** Temps passé à la maternité par le conjoint le matin (p=0,0187)



**Figure 10** : Comparaison du nombre de nuits passées à la maternité par les conjoints dans les différents groupes ( $p=0,459$ )





## **IV. Discussion**

### **A. Particularités de l'allaitement**

Dans notre étude, le taux d'allaitement global à la sortie de la maternité était de 71,5%, soit plus élevé que celui relevé dans l'étude de la DREES en 2016 (6). En ce qui concerne la maternité Jeanne de Flandres, il était de 70% en 2014 (17).

Nous pouvons peut-être expliquer ces chiffres plus élevés grâce aux efforts de promotion de l'allaitement effectués à la maternité Jeanne de Flandres ; notamment depuis l'acquisition du label « hôpital ami des bébés ».

Il semblerait que les mentalités aussi évoluent, les mamans sont de plus en plus concernées et intéressées par les bienfaits de l'allaitement maternel. Il reste néanmoins encore des efforts à fournir pour la promotion de l'alimentation par le lait maternel, notamment de la part des autorités publiques.

Dans notre étude, parmi les bébés allaités à la sortie de la maternité, il en restait 88% nourris au sein à un mois, et 63% à trois mois, ce qui est plutôt élevé en comparaison aux derniers chiffres relevés sur le plan national (7). Cependant ce résultat est à pondérer avec les quinze perdues de vue dont nous ne connaissons pas la date d'arrêt d'allaitement.

Concernant l'allaitement exclusif, il était de 67,8% à la naissance.

Les taux d'allaitement retrouvés dans nos résultats sont un peu inférieurs à ceux d'une étude de cohorte réalisée à la maternité Jeanne de Flandres en 2014, évaluant l'influence de l'anxiété sur la durée de l'allaitement (18). En effet, cette étude montrait un pourcentage d'allaitement à trois mois de 70%. L'allaitement exclusif à la maternité était pratiqué par 87% des mamans allaitantes. Les critères de non

inclusion étaient identiques concernant la maman et le nouveau-né, mais différaient sur le mode d'accouchement, les patientes ayant accouchées par césarienne étant incluses dans notre étude contrairement à la précédente. Nous pouvons nous poser la question d'un impact potentiel de la césarienne sur la durée de l'allaitement maternel.

## **B. Caractéristiques prédominant chez les patientes allaitantes**

En premier lieu, les mères qui initiaient un allaitement maternel étaient globalement plus âgées que celles qui optaient pour une alimentation artificielle ( $p=0,04296$ ) ; l'âge des conjoints suivait la même tendance significative.

Les bébés allaités étaient également nés plus proche du terme ( $p=0,0023$ ).

Comme nous pouvions nous y attendre, la présence aux séances d'informations prénatales était nettement plus confirmée chez les patientes allaitantes ( $p=0,02245$ ).

On peut imaginer que cet encadrement a pu favoriser le choix de certaines mamans.

Il pourrait être judicieux d'élargir les taux de participations à l'ensemble des femmes enceintes en améliorant l'information sur ce sujet. En effet, l'importance de l'éducation et de l'information des mamans avant la naissance a déjà été montrée (12, 19, 20). Une étude américaine du Midwifery de 2019, évaluait l'effet d'une éducation à l'allaitement sur internet (21). L'utilisation des nouvelles technologies dans la promotion de l'allaitement maternel pourrait être intéressante.

Nous avons constaté dans notre étude que la plupart des patientes qui poursuivaient l'allaitement à 3 mois étaient mariées. A l'inverse la grande majorité des patientes qui avaient opté pour une alimentation artificielle vivait en concubinage ou était pacsée ( $p=0,0055$ ). On pourrait se demander pourquoi les patientes mariées sont

majoritaires dans le groupe des patientes allaitantes.

Par ailleurs, le mode de vie urbain était lui, plus associé à l'initiation de l'allaitement maternel ( $p=0,0123$ ) par rapport au milieu rural ou semi-rural.

Ces résultats concernant le statut marital et le lieu de résidence concordent avec ceux de l'étude australienne de JA Scott en 2001 sur les facteurs associés à l'allaitement maternel (12).

### **C. Effet de la présence des conjoints sur l'allaitement en comparaison avec la littérature**

La particularité de notre étude était l'intérêt porté au rôle de la présence des partenaires lors de la venue d'un premier enfant. En effet, les conjoints sont souvent mis de côté dans les études qui s'intéressent à l'allaitement maternel et le sont également en pratique dans la prise en charge en post-partum.

Néanmoins, le soutien des conjoints a déjà été montré comme l'un des facteurs influençant significativement l'allaitement maternel, données retrouvées notamment dans les études de Meedya et al., 2010 et Davidson EL et Olerton RL, 2019 (22, 23). Dans une revue de la littérature publiée en 2019 dans *Midwifery* (24), une association significative était montrée entre des interventions éducatives et psychosociales sur l'allaitement incluant les partenaires, et des taux d'allaitement plus importants, que ce soit sur l'initiation, la durée ou l'exclusivité. Les informations délivrées en face-à-face aux conjoints étaient à priori les plus susceptibles d'avoir un effet bénéfique. D'autres bénéfices supplémentaires étaient retrouvés en ce qui concernait la satisfaction maternelle vis-à-vis de l'implication du conjoint dans l'alimentation du nourrisson. De plus, la perception des partenaires sur la pertinence

de l'intervention à leur égard et à celui de leur rôle de soutien à l'allaitement peut impacter sur leur compliance et leur degré de participation, comme évoqué dans l'étude de Panter-Brick et al., 2014 (25)

Une étude de Brow et Davis en 2014 (26), quant à elle, montrait que les conjoints eux-mêmes se sentaient mal préparés et souhaitaient bénéficier d'informations spécifiques sur les façons de soutenir l'allaitement et d'aider en cas de difficultés.

Nous retrouvons cette tendance dans notre étude. Premièrement nous avons constaté un fort taux de présence à la maternité des conjoints auprès des mamans primipares, particulièrement l'après-midi (95,6%) et le soir (93,9%). Ce qui montre une bonne implication en post-partum immédiat. Nous n'avons néanmoins pas montré de différence significative entre les groupes « alimentation artificielle » et allaitement à un mois et trois mois » pour ces données.

En ce qui concerne le temps passé le matin, l'association était significative ( $p=0,0187$ ). Les conjoints avaient été plus présents à la maternité en matinée avec les mamans qui ont poursuivi l'allaitement à trois mois que dans les autres groupes. Ils étaient également une majorité à avoir assisté à au moins une consultation prénatale (82,7%), sans différence significative entre les groupes.

Le nombre de nuits passées à la maternité était assez variable. Il dépendait à la fois du moment auquel le questionnaire était rempli (parfois avant le jour de sortie), mais aussi de la durée du séjour en suites de naissance. Par ailleurs, en l'absence de complications en post-partum, qui peuvent nécessiter une hospitalisation de plus d'une semaine, le séjour en maternité est de plus en plus écourté. En ce sens, la maternité JDF propose aux mamans qui le souhaitent, le programme

d'accompagnement du retour à domicile (PRADO Maternité) qui permet une sortie plus rapide de la maternité avec une prise en charge en relais à domicile par une sage-femme libérale. En effet une sortie précoce peut avoir lieu au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse et au cours des 96 premières heures après une césarienne (27).

Dans notre étude, le nombre moyen de nuits passées à la maternité était plus élevé dans le groupe des mamans qui allaitaient encore à 3 mois du post-partum (3,17 contre 2,91 dans le groupe des mamans qui n'allaitaient pas à la sortie de la maternité) mais sans effet significatif sur le plan statistique.

Plus largement, une étude de Tokhi et al., 2018 montrait le rôle de l'implication des conjoints pour améliorer la santé maternelle et néonatale via la pertinence des interventions pour faciliter leur participation (28).

## **D. Qualités et limites de l'étude**

Dans la littérature, le rôle du père en général, commence à être évalué, que ce soit dans la durée, l'initiation ou l'exclusivité de l'allaitement maternel.

Jusqu'à ce jour il existe très peu d'études qui s'intéressent à l'effet de la présence des conjoints (notamment lors des consultations, en nombre d'heures et de nuits passées à la maternité) sur l'allaitement maternel.

L'objectif principal de notre étude était de rechercher une association entre une présence accrue des conjoints et une poursuite à plus long terme de l'allaitement maternel. Les conclusions du modèle n'ont pas fait ressortir de variables significatives. Nous pouvons nous interroger sur le plan méthodologique, sur le choix de la variable à expliquer (la durée de l'allaitement), et sur un éventuel manque de

puissance de l'étude en raison d'un effectif assez faible.

Il existait néanmoins dans notre étude, un lien significatif entre le temps de présence le matin des conjoints à la maternité et un allaitement maternel plus long.

Peut-être étaient-ils également plus disponibles pour suppléer leur conjointe une fois rentrés au domicile, ce qui motiverait la maman à poursuivre l'allaitement sur la durée ?

### **Méthodologie**

Notre étude avait pour avantage d'être prospective, ce qui lui a donné une meilleure puissance avec une limitation des biais de mémorisation.

Les différents contacts par appels et mails ont permis de diminuer au maximum le nombre de perdues de vue qui s'est avéré assez faible.

Par le caractère uni centrique de notre étude dans une maternité niveau 3, la généralisation de nos résultats à l'ensemble des services de suite de naissance français n'est peut-être pas possible, avec d'éventuels biais de recrutement (plus de grossesses et d'accouchements compliqués dans ce type de maternité, même si nous avons exclu les prématurités, hypotrophies néonatales et grossesses multiples). De plus, certaines mamans étaient certainement plus éloignées de leur domicile par nécessité médicale. Nous pouvons penser qu'il était plus compliqué pour leurs conjoints de faire les déplacements jusqu'à l'établissement.

Le nombre de patientes incluses dans notre étude était de 183, comprenant 131 mamans qui allaitaient à la sortie de la maternité, soit un effectif moyen pouvant expliquer un manque de puissance.

L'étude a duré trois mois. Or, les recommandations de l'OMS pour l'allaitement sont de six mois. Il serait intéressant d'étudier l'impact de la présence des conjoints sur

une période plus longue.

Les causes de l'arrêt de l'allaitement ont été demandées à titre indicatif lors des contacts en post-partum. Elles étaient essentiellement dues à la reprise du travail, à la quantité de lait maternel insuffisante pour les besoins du bébé avec éventuel retard de prise de poids, à une mauvaise prise du sein, à une hospitalisation maternelle ou du bébé et à des complications de l'allaitement, comme les abcès mammaires. Nous n'avons pas pris en compte ces données dans nos analyses ce qui peut constituer un manquement dans notre étude.

Sur le plan statistique, le grand nombre de variables et les différents groupes d'étude ont nécessité la multiplication d'analyses, ce qui peut provoquer une inflation du risque alpha. Cependant, il était intéressant de confronter les caractéristiques des patientes à la fois dès la sortie de la maternité puis lors du suivi à un mois et à trois mois. Il était retrouvé dans plusieurs études une association entre le rôle du père dans la poursuite de l'allaitement mais également dans son initiation (21).

Enfin, notre étude concernait uniquement les mamans primipares. Nous avons considéré que le fait d'avoir au moins un autre enfant à charge pour le couple pouvait constituer un biais majeur dans le temps de présence que ces conjoints pourraient consacrer lors de la nouvelle naissance. Il pourrait être intéressant d'élargir les inclusions pour comparer l'effet chez les primipares et les multipares.

## **E. Perspectives**

La relation mère-enfant dans les suites de la naissance d'un bébé, est souvent privilégiée et accompagnée par l'ensemble des équipes médicales. Néanmoins on constate une tentative de présence forte des conjoints auprès de leur nouvelle

famille, notamment avec le temps passé à la maternité en journée. Le nombre de nuits aux côtés des mamans pourrait, lui, être plus élevé. Une amélioration des conditions d'accueil et de confort des conjoints permettrait peut-être de favoriser leur présence nocturne.

Enfin, les conjoints peuvent parfois se sentir mis à l'écart dans la prise en charge. Il serait intéressant de montrer, afin de favoriser leur implication, l'effet bénéfique qu'ils peuvent apporter par leur présence, notamment dans le soutien à l'allaitement maternel. D'autres études pourraient être réalisées en étudiant des paramètres différents de la présence des conjoints (par exemple, leur participation aux séances d'information prénatale).

En dehors de l'entourage proche, le médecin généraliste tient une place importante dans les premiers mois de vie d'un nouveau-né. Il peut souvent être sollicité en cas de difficultés des jeunes parents, d'autant plus avec l'augmentation des sorties précoces de la maternité. Cependant, les consultations de conseil sur l'allaitement maternel peuvent être chronophages (cela a été relevé dans une étude américaine de 2004 (29)) dans une actualité où il existe un manque considérable de praticiens et où chaque minute est comptée. De plus, la formation de chaque médecin généraliste dépend en grande partie des stages effectués lors de son parcours universitaire. Elle peut également être variable selon l'intérêt que porte chacun sur le sujet. Nous pourrions nous poser la question d'une nécessité d'organiser des consultations dédiées aux jeunes parents, avec éventuellement des formations spécialisées sur ce sujet pour les médecins qui le souhaitent.

Pour terminer, il faudrait élargir la diffusion des informations sur l'allaitement



adaptées aux futurs parents. Nous pouvons à nouveau citer « Le guide de l'allaitement » proposé par le PNNS (5) qui pourrait, par exemple, être distribué en maternité ou dans les cabinets de médecins généralistes.

## V. Conclusion

Notre étude met en avant l'intérêt d'évaluer la présence des conjoints dans l'allaitement maternel. Nos résultats ont retrouvé, de manière générale, de forts taux de présence des conjoints à la maternité auprès des mamans primipares, en particulier la journée.

Nous n'avons pas montré d'effet significatif entre une présence accrue des conjoints auprès des mamans à la maternité et une poursuite à plus long terme de l'allaitement maternel jusque trois mois.

Il existait cependant des différences à explorer entre la population de mamans qui choisissait l'alimentation artificielle et celles qui allaitaient. Certains de ces paramètres étaient modifiables, comme la participation aux séances d'informations prénatales ou le temps de présence des partenaires en suites de naissance le matin, qui pourraient être encouragés.

Quoiqu'il en soit, les efforts sur l'information et les conseils concernant l'allaitement doivent être poursuivis, en envisageant le couple maman-conjoint comme une équipe, afin de mettre toutes les chances de leur côté et du côté du bébé.

## REFERENCES

1. Initiative Hôpital Ami des Bébé - IHAB France - soutien à l'allaitement maternel. <https://amis-des-bebes.fr/>
2. Les établissements labellisés Hôpital Ami des Bébé en France. <https://amis-des-bebes.fr/etablissements-labelises-ihab.php>
3. OMS | Allaitement maternel. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/)
4. Recommandations allaitement HAS. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Allaitement\\_recos.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf)
5. Le guide de l'allaitement maternel. <https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=Le%20guide%20de%20l'allaitement%20maternel>
6. Epidémiologie de l'allaitement en France. <https://www.lllfrance.org/1068-epidemiologie-de-l-allaitement-en-france>
7. Les derniers chiffres de l'allaitement en France d'après les certificats de santé. <https://www.lllfrance.org/vous-informer/actualites/1825-les-derniers-chiffres-de-l-allaitement-en-france>
8. L'initiative Hôpitaux amis des bébé. [https://www.unicef.org/french/nutrition/index\\_24806.html](https://www.unicef.org/french/nutrition/index_24806.html)
9. [http://www.liberation.fr/societe/2014/10/07/moins-d-un-nourrisson-francais-sur-quatre-allaites-jusqu-a-6-mois\\_1116419](http://www.liberation.fr/societe/2014/10/07/moins-d-un-nourrisson-francais-sur-quatre-allaites-jusqu-a-6-mois_1116419)
10. Hauck, Yvonne L, Fenwick, Jennifer, Dhaliwal, Satvinder S, Butt, Janice. A Western Australian survey of breastfeeding initiation, prevalence and early cessation patterns. *Maternal and Child Health Journal*. Feb 2011;10.1007/s10995-009-0554-2.
11. Vieira, Tatiana O, Vieira, Graciete O, de Oliveira, Nelson F, Mendes, Carlos M. C, Giugliani, Elsa Regina J, Silva, Luciana R. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: new determinants in a cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*. May 26, 2014;10.1186/1471-2393-14-175.
12. Scott, J. A, Landers, M. C, Hughes, R. M, Binns, C. W. Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. *Journal of Paediatrics and Child Health*. Jun 2001;1034-4810.
13. Wallenborn, Jordyn T, Wheeler, David C, Lu, Juan, Perera, Robert A, Masho, Saba W. Importance of Familial Opinions on Breastfeeding Practices: Differences Between Father, Mother, and Mother-in-Law. *The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*. Jul 12, 2019 ;10.1089/bfm.2019.0049.
14. Singh, Gopal K, Kogan, Michael D, Dee, Deborah L. Nativity/immigrant status, race/ethnicity, and socioeconomic determinants of breastfeeding initiation and duration in the United States, 2003. *Pediatrics*. Feb 2007;10.1542/peds.2006-2089G.

15. Dubois, Lise, Girard, Manon. Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (ELDEQ 1998-2002). *Canadian Journal of Public Health*. 2003 Jul-Aug;0008-4263.
16. Abbass-Dick, Jennifer, Brown, Hilary K, Jackson, Kimberley T, Rempel, Lynn, Dennis, Cindy-Lee. Perinatal breastfeeding interventions including fathers/partners: A systematic review of the literature. Aug 2019;10.1016/j.midw.2019.04.001.
17. Taux d'allaitement, Hôpital Jeanne de Flandres <https://www.ombrel.fr/hopital-jeanne-flandre-lille.html>
18. Manchuel Joanna. Influence de l'anxiété maternelle sur la durée de l'allaitement : étude prospective avec suivi de cohorte. UL <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-3007>
19. Pitts A, Faucher MA, Spencer R. Incorporating breastfeeding education into prenatal care. Mar 2015 ; 10.1089/bfm.2014.0034
20. Ayiasi MR, Van Royen K, Verstraeten R, Atuyambe L, Criel B, Garimoi CO, Kolsteren P. Exploring the focus of prenatal information offered to pregnant mothers regarding newborn care in rural Uganda. Sep 2013.
21. Abuidhail J, Mrayan L, Jaradat D. Evaluating effects of prenatal web-based breastfeeding education for pregnant mothers in their third trimester of pregnancy : Prospective randomized control trial. Feb 2019 ; 10.1016/j.midw.2018.11.
22. Meedya, Shahla, Fahy, Kathleen, Kable, Ashley. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*. Dec 2010;10.1016/j.wombi.2010.02.002.
23. Davidson, Eirwyn L, Ollerton, Richard L. Partner behaviours improving breastfeeding outcomes: An integrative review. *Women Birth*. Jun 10 2019;10.1016/j.wombi.2019.05.010.
24. Abbass-Dick, Jennifer, Brown, Hilary K, Jackson, Kimberley T, Rempel, Lynn, Dennis, Cindy-Lee. Perinatal breastfeeding interventions including fathers/partners: A systematic review of the literature. Aug 2019;10.1016/j.midw.2019.04.001.
25. Panter-Brick, Catherine, Burgess, Adrienne, Eggerman, Mark, McAllister, Fiona, Pruett, Kyle, Leckman, James F. Practitioner review: Engaging fathers--recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence. *Child Psychol Psychiatry*. Nov 2014;10.1111/jcpp.12280.
26. Brown, Amy, Davies, Ruth. Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. *Maternal & Child Nutrition*. Oct 2014;10.1111/mcn.12129.
27. ONSSF » Le PRADO maternité. <https://onssf.org/exercice-liberal/le-prado-maternite/>
28. Tokhi, Mariam, Comrie-Thomson, Liz, Davis, Jessica, Portela, Anayda, Chersich, Matthew. Involving men to improve maternal and newborn health: A systematic review of the effectiveness of interventions. *Plos one*. 2018;10.1371/journal.pone.0191620.

29. Taveras, Elsie M, Li, Ruowei, Grummer-Strawn, Laurence, Richardson, Marcie, Marshall, Richard, Rêgo, Virginia H, Miroshnik, Irina, Lieu, Tracy A. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics*. Apr 2004 ;10.1542/peds.113.4.e283.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Questionnaire remis aux patientes à la maternité

**Questionnaire destiné aux patientes du service de suites de naissance  
de la maternité Jeanne de Flandres**

**Projet de thèse de médecine générale de Clémentine WYTS  
« Une présence accrue du conjoint auprès d'une jeune maman primipare  
permettrait-elle d'augmenter la durée de l'allaitement maternel (à 1 mois  
et 3 mois)?  
(Les patientes seront recontactées par téléphone ou mail dans les 3 mois  
suivants)**

Questionnaire rempli le : |\_\_|\_\_|2018

Etage de la maternité :  2ème étage  3ème étage

Nom Prénom :

Numéro de téléphone portable :  
fixe :

Adresse mail:

Date de naissance de votre/(vos) enfant(s) : |\_\_|\_\_|2018

Accouchement simple

Jumeaux

Triplets

### **Vous concernant...**

1. Quel est votre âge ? |\_\_|\_\_| ans

Quelle est votre taille? 1m |\_\_|

Quel était votre poids avant la grossesse? |\_\_\_\_| kg

Quelle est votre nationalité?

française  autre

Quel est votre lieu de résidence?

rural  semi-rural  urbain

2. Quel est votre statut marital ?

Mariée  concubinage ou pacsée  séparée ou vivant seule

3. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?
  - Agriculteur exploitant
  - Artisans, commerçants et chefs d'entreprises
  - Cadres et professions intellectuelles supérieures
  - Professions intermédiaires
  - Employés
  - Ouvriers
  - Retraités
  - Autres, sans activité professionnelle
  
4. Exercez-vous actuellement une profession ?
  - Oui emploi à temps plein
  - Oui emploi à temps partiel
  - Non sans emploi mère au foyer ou à la recherche d'un emploi
  
5. Si oui, la reprise de votre travail est prévue
  - Oui  Non
 Si oui,
  - à temps plein
  - à temps partiel
  
6. Si oui, la durée de votre congé maternité après la naissance de votre enfant sera de:
 

  |\_\_| semaines
  
7. Avez-vous suivi des séances d'information prénatale concernant l'allaitement ? (journée allaitement à Jeanne de Flandre, cours de préparation... )
  - Oui  Non
  
8. Avez-vous choisi de débiter :
  - un allaitement maternel  une alimentation artificielle
  - un allaitement mixte majoritairement maternel
  - un allaitement mixte majoritairement artificiel

Utilisez-vous un tire-lait?

- Oui  Non

Si vous avez débuté un allaitement maternel, avez-vous prévu de le poursuivre à la sortie de la maternité?

- Oui  Non

Avez-vous arrêté votre allaitement pendant le séjour à la maternité?

- Oui  Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

Etes-vous confrontée à une contre-indication médicale à l'allaitement?  
(complication mammaire: mastite, crevasse, quantité de lait insuffisante,

perte de poids du bébé > 10%)

Oui

Non

Quelle est la préférence de votre conjoint?

allaitement maternel

alimentation artificielle

Quel type d'allaitement vous conseille votre mère?

allaitement maternel

alimentation artificielle

9. Avez-vous fumé ?

Avant la grossesse

Avant et pendant la grossesse

Non je ne fume pas

10. Consommez-vous de l'alcool régulièrement ?

Oui

Non

### **Concernant votre conjoint...**

1. Quel âge a-t-il ? |\_\_|\_\_| ans

2. Quelle est sa catégorie socio-professionnelle?

Agriculteur exploitant

Artisans, commerçants et chefs d'entreprises

Cadres et professions intellectuelles supérieures

Professions intermédiaires

Employés

Ouvriers

Retraités

Autres, sans activité professionnelle

3. Son congé paternité va-t-il débiter?

toute de suite

différé de |\_\_| jours

De quelle durée sera-t-il? |\_\_| jours

pas de congé paternité

4. A-t-il assisté à une ou plusieurs des consultations prénatales ?

Oui

Non

5. Combien de nuit(s) a-t-il passé à la maternité ? |\_\_| nuit(s)

6. Combien de temps a-t-il passé à la maternité chaque jour,

le matin :  moins d'une heure  plus d'une heure

l'après-midi :  moins d'une heure  plus d'une heure

en soirée :  moins d'une heure  plus d'une heure





## Annexe 2 : Recommandations Initiative Hôpital Ami des Bébé



amis-des-bebes.fr



### LES 12 RECOMMANDATIONS

Juin 2016

**1.** Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille, formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

**2.** Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

**3.** Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique, qu'elles soient suivies ou non dans l'établissement.

Informar les femmes enceintes hospitalisées à risque d'accouchement prématuré ou de naissance d'un enfant malade des bénéfices de l'allaitement et de la conduite de la lactation et de l'allaitement.

**4.** Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.

Pour le nouveau-né né avant 37 SA, il s'agit de maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet.

**5.** Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment mettre en route et entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur nouveau-né ou s'il ne peut pas téter.

Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur nouveau-né.

**6.** Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.



Privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire.

**7.** Laisser le nouveau-né avec sa mère 24 heures sur 24. Favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.

**8.** Encourager l'alimentation « à la demande » de l'enfant.




Observer le comportement de l'enfant prématuré et/ou malade pour déterminer sa capacité à téter. Proposer des stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome.

**9.** Pour les bébé

**10.** Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement. Travailler en réseau.

**11.** Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

**12.** Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.

Les critères relatifs aux nouveau-nés prématurés et/ou malades sont applicables aux services de maternité et de néonatalogie. L'icône  ne concerne que la néonatalogie.

**AUTEUR : Nom : WYTS**

**Prénom : Clémentine**

**Date de Soutenance :** vendredi 20 septembre 2019

**Titre de la Thèse :** Effet de la présence du conjoint auprès d'une maman primipare sur l'initiation et la durée de l'allaitement (à un mois et trois mois)

Thèse - Médecine - Lille 2019

**Cadre de classement :** DES de médecine générale

**Mots-clés :** allaitement, initiation, durée, présence conjoint

**Contexte :** De nombreux facteurs peuvent avoir un impact sur l'allaitement maternel. La prévalence de l'allaitement en France reste très insuffisante aux recommandations. Il a déjà été montré que le soutien des conjoints était associé à des taux d'allaitement plus importants.

**Objectif :** Le but de ce travail était de rechercher une corrélation entre la présence du conjoint auprès d'une maman primipare et la durée de l'allaitement.

**Méthode :** Une étude prospective avec suivi de cohorte a été réalisée au C.H.R.U de Lille pendant une durée de six mois courant 2019. Des patientes primipares ont été incluses en suite de naissance. L'étude recueillait des données générales et médicales sur la maman et ses projets en post-partum, des informations sur son conjoint, ainsi que sur le nouveau-né et le mode d'accouchement. Les femmes qui allaitaient à la sortie étaient recontactées au bout d'un mois, de trois mois, pour savoir si elles avaient poursuivi leur allaitement. Des statistiques descriptives de toutes les variables ont été réalisées, ainsi que des analyses bivariées. Pour répondre à l'objectif principal, le modèle multivarié correspondait à une régression logistique, avec une variable à expliquer à deux modalités, afin de déterminer l'association entre « poursuite de l'allaitement » et « présence du conjoint ».

**Résultats :** 183 patientes ont été incluses. 131 mamans allaitaient à la sortie de la maternité. A un mois, 88% poursuivaient l'allaitement et à trois mois il restait 63% d'allaitantes. Les temps de présence de la majorité des conjoints étaient relativement importants : ils étaient 83% à avoir assisté à au moins une consultation pré natale, et plus de 90% à passer plus d'une heure à la maternité l'après-midi et le soir. La médiane du nombre de nuits accompagnées à la maternité était de 3 sur un séjour total d'environ quatre jours. En revanche, le nombre de conjoints présents plus d'une heure à la maternité le matin était plus élevé chez les patientes qui ont poursuivi l'allaitement à trois mois. L'analyse multivariée n'a pas montré de différence significative entre les patientes qui avaient arrêté l'allaitement avant un mois et celles qui l'avaient poursuivi à un mois et à trois mois.

**Conclusion :** Bien que les conjoints des mamans primipares soient présents en maternité, leur rôle dans l'allaitement maternel reste encore à préciser, et leur implication par leur accompagnement peut être améliorée.

**Composition du Jury :**

**Président :** Pr Damien Subtil

**Assesseurs :** Pr Dominique Turck, Docteur Sabine Bayen, Docteur Adrien Ghenassia

**Directeur de thèse :** Docteur Thameur Rakza

