



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2020

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

**La présence du père en maternité a-t-elle un effet sur la confiance des mères primipares ayant choisi l'allaitement maternel ?**

Présentée et soutenue publiquement le 20 mars 2020

**Par Marie MOYART**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Patrick TRUFFERT**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Damien SUBTIL**

**Monsieur le Professeur Dominique TURCK**

**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.

## **Déclaration de non-plagiat**

J'atteste sur l'honneur que tout contenu qui n'est pas explicitement présenté comme une  
citation est un contenu personnel et original.

## **Déclaration publique d'intérêt**

Je certifie ne pas avoir d'intérêts directs ou indirects avec un organisme privé, industriel  
ou commercial en relation avec le sujet présenté.

La présence du père en maternité a-t-elle un effet sur la confiance des mères primipares ayant choisi l'allaitement maternel ?  
M.MOYART

---

## Liste des abréviations

AM	Allaitement Maternel
BLA	Biberon de Lait Artificiel
BLM	Biberon de Lait Maternel
BSES	Breastfeeding Self-Efficacy Scale
CHU	Centre Hospitalier universitaire
DAL	Dispositif d'Aide à L'allaitement
ELFE	Etude longitudinale française depuis l'enfance
IHAB	Initiative Hôpital Ami des Bébé
IQR	Intervalle interquartile
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
QI	Quotient intellectuel
SA	Semaines d'Aménorrhée

## Table des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>7</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>8</b>
I. Bénéfices de l'allaitement maternel .....	8
A. Bénéfices pour le nouveau-né .....	8
B. Bénéfices pour la mère .....	9
II. Epidémiologie .....	9
A. Dans le monde .....	9
B. En France .....	11
III. Facteurs influençant l'allaitement maternel .....	12
A. Rôle du père dans l'allaitement maternel .....	12
B. La politique de la maternité et le label IHAB .....	13
C. La confiance des mères et BSES .....	15
IV. Objectifs de notre étude .....	17
<b>Matériels et méthodes .....</b>	<b>18</b>
I. Caractéristiques générales .....	18
II. Population de l'étude .....	18
A. Critères d'inclusion .....	18
B. Critères d'exclusion .....	18
III. Critères de jugement .....	19
A. Critère de jugement principal : la BSES .....	19
B. Critère de jugement secondaire : allaitement maternel .....	19
IV. Recueil prospectif des données .....	20
A. 1 <sup>ère</sup> partie du questionnaire .....	20
1. Données concernant la mère .....	20
2. Données concernant le père .....	20
3. Données concernant l'enfant et l'accouchement .....	21
B. 2 <sup>ème</sup> partie : Calendrier du père .....	21
1. Présence du père : facteur d'exposition principal .....	21
2. Peau à peau et implication du père .....	21
C. 3 <sup>ème</sup> partie : BSES et Echelle d'Edimbourg .....	22
1. BSES .....	22
2. Echelle d'Edimbourg .....	22
D. Suivi de l'allaitement maternel à 1 mois et 3 mois .....	23
V. Statistiques .....	24
<b>Résultats .....</b>	<b>25</b>
I. Caractéristiques générales de la population .....	25
A. Flow chart .....	25
B. Caractéristiques globales de la population .....	25
C. Séjour en maternité et place du père .....	28
1. Temps de présence des pères .....	28
2. Peau à peau paternel .....	29
D. Suivi de l'allaitement maternel .....	29
1. Suivi .....	29
2. Allaitement maternel à 1 mois .....	30

---

3. Allaitement maternel à 3 mois .....	31
E. Score d'Edimbourg.....	32
II. BSES et allaitement maternel .....	33
A. BSES.....	33
B. BSES et allaitement maternel .....	35
III. Facteurs influençant la BSES .....	36
A. Analyse univariée .....	36
1. Objectif principal : Présence du père en maternité .....	36
2. Peau à peau paternel .....	36
3. Autres facteurs significativement associés au score de la BSES.....	36
B. Ajustement sur les variables significatives .....	37
IV. Présence du père et allaitement maternel .....	38
A. Présence du père et allaitement maternel .....	38
B. Peau à peau paternel et allaitement maternel .....	38
<b>Discussion .....</b>	<b>39</b>
I. Résultats principaux .....	39
II. Comparaison aux données de la littérature .....	39
A. Présence du père, BSES et allaitement .....	39
1. Temps de présence du père .....	39
2. Temps de présence du père et BSES .....	40
B. Peau à peau et BSES .....	41
C. BSES et allaitement maternel .....	41
III. BSES et facteurs associés .....	43
A. Facteurs associés de manière significative .....	43
1. Age maternel.....	43
2. Durée d'hospitalisation .....	43
3. Score d'Edimbourg .....	43
B. Autres facteurs étudiés et BSES .....	44
1. Préparation anténatale à l'allaitement maternel.....	44
2. Congé maternel .....	44
IV. Forces et limites de l'étude .....	45
V. Perspectives .....	46
A. Poursuivre les efforts pour intégrer le père dans la prise en charge du couple mère-enfant .....	46
B. Formation des pères .....	46
<b>Conclusion.....</b>	<b>47</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>48</b>
<b>Annexe 1 : BSES .....</b>	<b>53</b>
<b>Annexe 2: Questionnaire .....</b>	<b>54</b>
<b>Annexe 3 : Calendrier du père.....</b>	<b>55</b>
<b>Annexe 4 : Echelle d'Edimbourg.....</b>	<b>56</b>

## RESUME

**Contexte** : Le soutien du père ainsi que la confiance de la mère en son allaitement sont reconnus comme des facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel. L'échelle BSES est une échelle validée permettant d'évaluer la confiance des mères en leur allaitement maternel. Un score élevé de la BSES est associé à une durée d'allaitement maternel prolongée. Le but de cette étude était d'évaluer l'impact de la présence du père en maternité en recherchant un lien entre le taux de présence du père en maternité et le score BSES des mères primipares ayant choisi l'allaitement maternel.

**Méthodes** : Etude monocentrique prospective au CHU de Lille, maternité de niveau 3, labélisée IHAB, de mars à septembre 2019. Un questionnaire était distribué en maternité aux mères primipares ayant choisi l'allaitement maternel. Les mères étaient recontactées à 1 mois et à 3 mois pour le suivi de l'allaitement maternel.

**Résultats** : Pour une population source estimée à 900 mères, 152 mères d'âge médian de 30 ans ont pu être analysées. Le taux de présence médian du père était de 81%, IQR (64.5 - 94). Le score BSES médian était de 109/165, IQR (94 - 120). Il n'a pas été mis en évidence d'association significative entre le taux de présence du père et le score de la BSES. On retrouvait une corrélation significative mais très faiblement négative à  $-0.17$  ( $p=0.03$ ) entre le temps de peau à peau paternel et le score de la BSES. L'âge maternel ( $p=, 0.002$ ), la durée d'hospitalisation ( $p=0.01$ ) et le score d'Edimbourg ( $p<0.001$ ) étaient associés à un score plus faible de la BSES. Un score plus élevé de la BSES était significativement associé à un allaitement maternel plus prolongé ( $p=0.01$ ). Une durée importante de peau à peau paternel était significativement associée à une poursuite de l'allaitement maternel à 1 mois ( $p=0.04$ ). La participation des pères aux séances de préparation anténatale concernant l'allaitement maternel était faible (27%). Le taux d'allaitement maternel global à 1 mois était de 91.5% et à 3 mois de 62%.

**Conclusion** : En dépit d'une présence importante du père en maternité, nous n'avons pas pu mettre en évidence de lien entre le taux de présence du père à la maternité et la confiance des mères primipares en leur allaitement.

Des interventions de formations pour le conjoint sont à envisager afin d'apporter un soutien efficace vis-à-vis de l'allaitement maternel, d'augmenter la confiance des mères, et les amener à prolonger leur allaitement maternel.

## INTRODUCTION

Les bénéfices de l'allaitement maternel pour la santé de l'enfant et de la mère étant largement établis et reconnus, les sociétés savantes le recommandent jusqu'à l'âge de 6 mois, voire jusque 2 ans pour l'OMS (1–4).

### I. Bénéfices de l'allaitement maternel

#### A. Bénéfices pour le nouveau- né

De nombreuses études ont démontré les bénéfices de l'allaitement maternel pour le nouveau-né, grâce, notamment, aux propriétés complexes du lait maternel.

- Celui-ci contenant des cytokines, des cellules immunocompétentes et des anticorps, il permet une protection vis à vis des infections ORL et digestives, protection significative avec diminution de l'incidence et de la gravité des infections pendant la première année de vie si l'allaitement maternel est poursuivi plus de trois mois (5,6).
- Sa composition, variable dans le temps avec l'âge de l'enfant mais aussi avec le moment de la tétée, permet d'apporter les apports nutritionnels nécessaires pour une croissance optimale (4).
- Les enfants allaités ont ainsi moins de risque d'obésité et de surpoids à l'adolescence, des taux de cholestérolémie et une tension artérielle plus basse à l'âge adulte, sans toutefois avoir une diminution de la morbidité cardiovasculaire (4,7).
- Chez les enfants à terrain atopique, l'allaitement maternel durant au moins 4 mois diminue l'incidence des dermatites atopiques, des allergies alimentaires et de l'asthme du nourrisson (8,9).
- L'allaitement maternel augmente les capacités intellectuelles de l'enfant, avec selon les études une augmentation d'environ 2 à 3 points de QI, et la persistance de cet effet (+2,62 [1.25 ; 3.98]) après ajustement au QI maternel. Cet effet est rapporté à la composition particulière du lait maternel et à l'aspect relationnel et psychoaffectif qu'apporte l'allaitement au sein (7,10,11).



## B. Bénéfices pour la mère

Les bénéfices ont aussi été démontrés pour la santé de la mère (4,12,13).

- Les sécrétions hormonales provoquées par les mises au sein facilitent l'involution utérine et limitent le risque d'infection du post-partum ainsi que le risque hémorragique (13).
- Il permet de renforcer le lien mère-enfant, et le développement psycho affectif de la mère et de l'enfant. L'allaitement étant considéré par les psychanalystes comme un élément majeur du lien mère enfant.
- On observe une perte de poids plus facile dans les 6 premiers mois de post-partum.
- Il est associé à une diminution du risque de cancer du sein et de l'ovaire avant la ménopause.
- Il permet une réduction du risque de syndrome métabolique et de pathologies cardiovasculaires.

D'autre part, l'allaitement représente un bénéfice important sur le plan économique et environnemental (14).

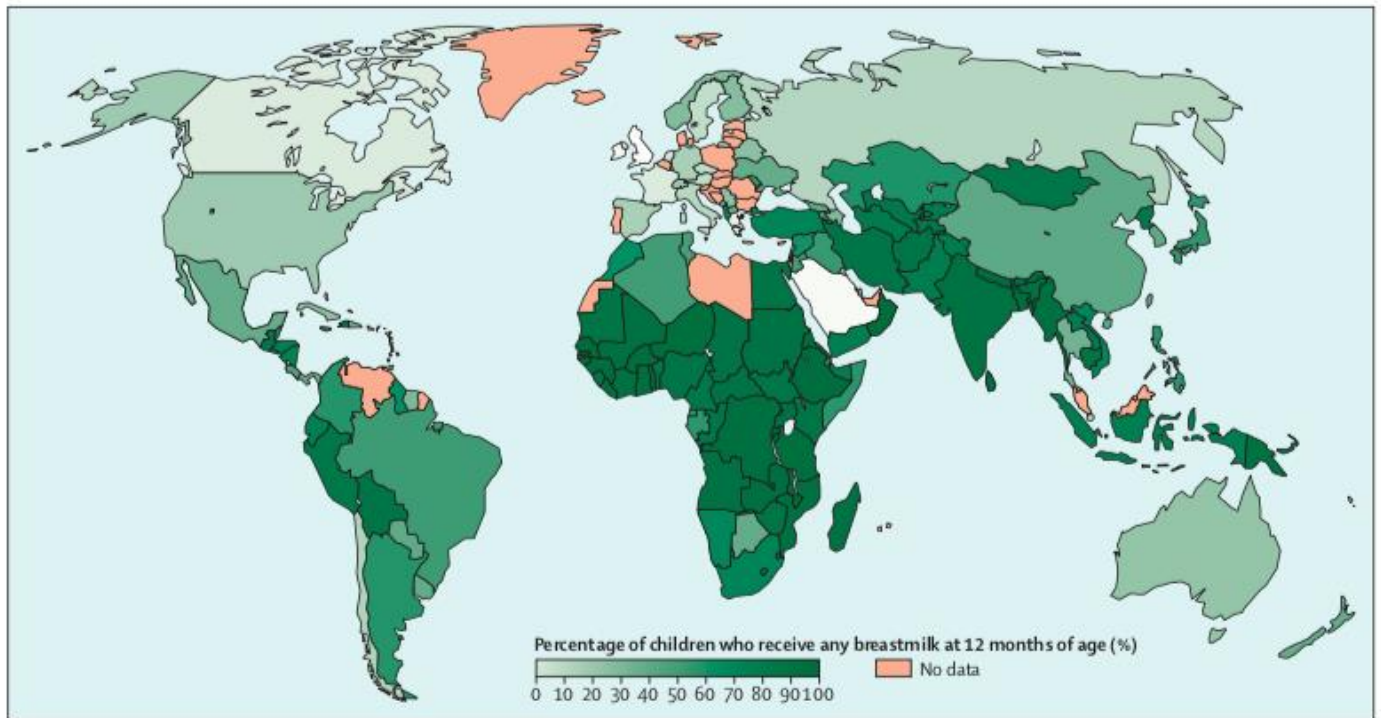
## II. Epidémiologie

### A. Dans le monde

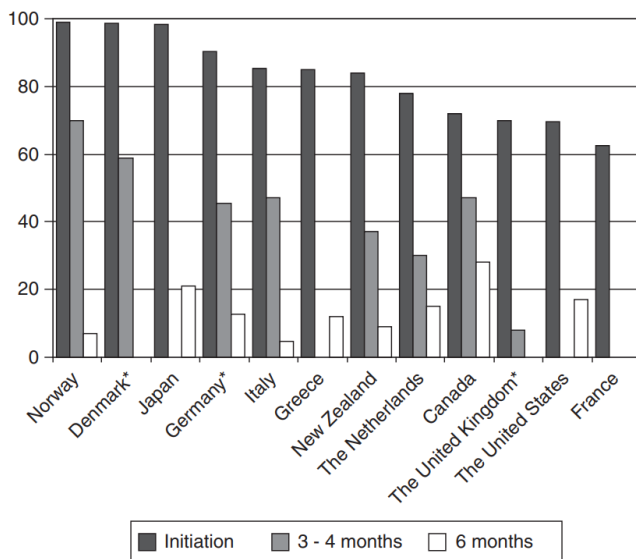
Malgré les recommandations internationales, on remarque que le taux d'initiation de l'allaitement reste globalement insuffisant, et sa durée brève. Il existe de fortes disparités dans le monde et au sein même des pays. Mais, globalement, la France est un des pays avec les taux les plus bas (Figure 1, 2 et 3) (12,15).

En 2012, on recensait en France, un taux d'initiation en maternité de 74%, avec un taux d'allaitement maternel global (exclusif et partiel) à 1 mois de 54%, et à 6 mois de 24% (16).

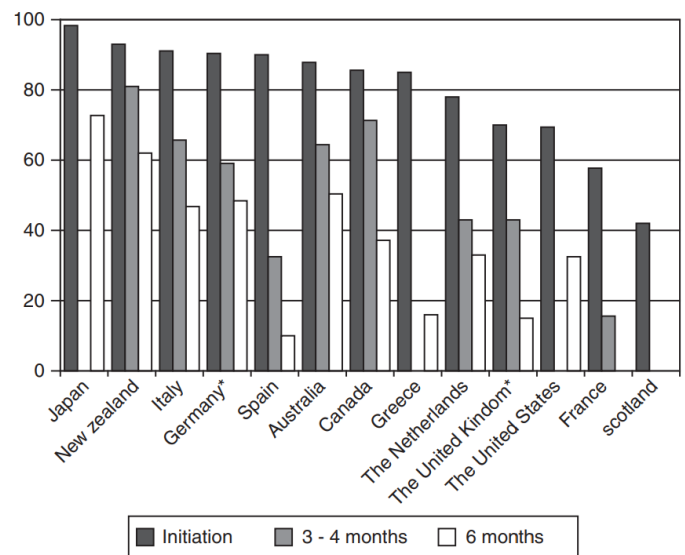
Ce qui était nettement inférieur aux taux recensés aux Etats unis et en Angleterre (respectivement 83% et 81% d'initiation, 58% et 34% à 6 mois) (16–18).



**Figure 1.** Taux d'allaitement maternel à l'âge d'un an, au niveau mondial (Données de 153 pays entre 1995 et 2013) (12)



**Figure 2.** Taux d'allaitement maternel exclusif en 2012 (15)



**Figure 3.** Taux d'allaitement maternel global (tous types d'allaitement maternel) en 2012 (15)

## B. En France

Les données sur la durée de l'allaitement maternel en France sont peu nombreuses car la seule source de données nationales est le certificat du 9<sup>ème</sup> mois, souvent incomplet et tardif. Chantry et al retrouvent une durée médiane de l'allaitement maternel global de 15 semaines, et 3 semaines et demi pour l'allaitement maternel exclusif (19). L'étude de la cohorte ELFE, composée de 18 000 enfants français nés en 2011, rapporte des chiffres similaires (20) :

- un taux d'initiation en maternité de 70%,
- un taux d'allaitement maternel global à 1 mois à 53,8%,
- un taux d'allaitement maternel global à 6 mois de 20%,
- une durée médiane de l'allaitement maternel global de 17 semaines,
- une durée médiane de l'allaitement maternel prédominant de 7 semaines.

Huet et al rapportent une durée moyenne de l'allaitement exclusif de 11,3 (+/- 7,7) semaines, avec des variations interrégionales (21).



**Figure 4.** Durée moyenne de l'allaitement maternel exclusif selon les régions (en semaines) (21)

### **III. Facteurs influençant l'allaitement maternel**

De très nombreux facteurs influencent la décision d'allaitement maternel ainsi que sa durée (19,21,22). Certains pouvant être modifiés par notre prise en charge médicale et d'autres étant plus difficilement modulables. Classés selon une approche écosystémique par Noirhomme nous retrouvons :

- Le microsystème avec les caractéristiques de la maman, de son nouveau-né et de l'accouchement,
- Le mésosystème avec l'entourage de la maman,
- L'exosystème avec la politique de santé,
- Le macro système avec le système de santé.

#### **A. Rôle du père dans l'allaitement maternel**

Le conjoint est au cœur du mésosystème, il est un facteur essentiel, dont Noirhomme soulignait, déjà en 2009, l'importance de renforcer son implication dans l'allaitement (22).

En effet, l'attitude du père est significativement associée à l'initiation de l'allaitement (23,24) et à la durée de l'allaitement maternel (25). Et cela, d'autant plus, s'il est informé des bénéfices de l'allaitement maternel (26).

Dans l'étude de Hunter et al, menée aux Etats-Unis, parmi 146 mères, les mamans ayant reçues une aide de leur conjoint pour l'allaitement au cours des 48 premières heures étaient significativement plus nombreuses à poursuivre leur allaitement au retour à domicile (97% vs 64%) ainsi qu'à 6 mois (26% vs 10%) (27). Giugliani et al ont montré qu'une attitude du père favorable à l'allaitement maternel est associée à une durée plus prolongée de l'allaitement maternel exclusif (53% d'allaitement maternel exclusif à 3 mois contre 26% si le conjoint est partagé ou contre l'allaitement maternel) et global (59% d'allaitement maternel global à 6 mois contre 30% si le père est partagé ou contre) (21).

La place du conjoint dans la triade est, par ailleurs, complexe. Le père se sent fréquemment mis à l'écart, même s'il exprime son envie de s'impliquer et d'apporter son aide pour l'allaitement maternel. L'envie de s'impliquer peut parfois aboutir au sevrage de l'allaitement afin de permettre au père de participer à l'alimentation de son

enfant (29). Cependant, en trouvant les bons compromis, la place accrue des pères dans la triade, parfois modulée par la mère, et leur implication émotionnelle et pratique dans l'allaitement sont associées à un allaitement maternel plus long (30).

Dans une étude menée en Belgique, après interview de 33 pères dont 17 pères d'enfant allaité plus de 6 mois, et 16 pères d'enfant allaité moins de 3 mois, 3 variantes du rôle du père ressortent (31) :

- Être partenaire dans la prise de décision d'allaiter,
- Prendre des responsabilités pour le bon fonctionnement familial,
- Apporter un soutien émotionnel à la mère.

## **B. La politique de la maternité et le label IHAB**

La maternité est un lieu important, où les parents vont vivre une expérience unique avec la naissance de leur enfant. Le choix d'alimentation pour leur nouveau-né doit alors se concrétiser. En 1991, l'OMS et l'UNICEF ont proposé aux maternités un ensemble de pratiques pour promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement maternel, créant ainsi l'Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB). Cette initiative repose sur 12 recommandations et propose des soins centrés sur les besoins et le rythme du nouveau-né, répondant en toute sécurité aux besoins physiques, psychologiques et culturels de l'enfant et de sa famille (32,33).

Le concept de famille, récemment inclus, permet de prendre pleinement en compte la place du père. Les valeurs fondamentales des soins centrés sur la famille sont la dignité et le respect de la personne, le partage de l'information, la participation et la collaboration. Un service labélisé « ami des bébés » se doit donc de fournir aux parents un environnement soutenant, qui leur permet de prendre totalement leur place de parents dès la naissance de leur enfant : possibilité pour les parents d'assumer et de participer à tous les soins de leur bébé, accueil des pères jour et nuit, les professionnels assurant une écoute et un soutien individualisé (34).

On compte actuellement seulement 44 maternités labellisées IHAB en France, soit 9% des naissances en France.

La recommandation n°4 de la politique IHAB concerne la réalisation de peau à peau : « 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. » (34)

En effet, le peau à peau permet une stabilisation cardiorespiratoire du nouveau-né, une régulation de sa température, une diminution des hypoglycémies néonatales et est associé à la réussite de l'allaitement (35,36). En cas d'impossibilité maternel à réaliser le peau à peau, de nombreuses équipes proposent alors au conjoint de réaliser ce peau à peau. Celui-ci ne stimule pas directement l'allaitement mais a montré une efficacité sur le stress de l'enfant avec une diminution significative des pleurs du nouveau-né et donc une diminution des pertes énergétiques (37).

L'importance de la présence du père en maternité pourrait paraître évidente mais de nombreuses maternités ne permettent pas au père de dormir sur place, et lorsque cela est permis, les conditions sont rarement optimales. Or, en plus de permettre au père de prendre toute sa place au sein de cette nouvelle famille, et d'entrer sereinement dans sa parentalité, la présence du père en maternité pourrait influencer la durée de l'allaitement maternel.

En effet, dans une étude suédoise regroupant plus de 300 mères, Ekström et al ont mis en évidence une relation significative entre la présence du père en maternité et la durée de l'allaitement maternel exclusif et global chez les mères primipares (38).

Les pères ont donc un rôle à part entière de soutien émotionnel de la maman, qui est souvent fragile durant les premiers jours, avec une mise en route de l'allaitement confrontant la mère à diverses difficultés.

Ainsi le soutien émotionnel du conjoint en maternité apparaît comme un axe fort du rôle du père. On peut supposer que ce soutien du père pourrait permettre d'augmenter la durée de l'allaitement maternel en augmentant la confiance qu'ont les mères en leur allaitement.

### **C. La confiance des mères et BSES**

La confiance de la mère en son allaitement est aussi un facteur significativement associé à la durée de l'allaitement maternel. Une mère peu confiante a significativement plus de risque d'arrêter son allaitement maternel précocement (39–41). C'est un critère certes subjectif, et multifactoriel mais sur lequel viennent jouer d'autres facteurs tels que l'entourage via notamment leur soutien émotionnel.

Afin d'appréhender la confiance des mères en leur allaitement, Denis et al ont développé et testé, en 1999, la « Breastfeeding Self Efficacy Scale » (BSES) (42). Cette échelle a pour but de mesurer le sentiment d'auto-efficacité d'une mère sur sa capacité à allaiter son nouveau-né, c'est-à-dire la confiance qu'ont les mères en leur capacité à allaiter.

La BSES est basée sur la théorie de l'auto-efficacité de Bandura (43,44), théorie sociocognitive selon laquelle le fonctionnement et le développement psychologique doivent être compris en considérant trois facteurs en interaction : le comportement, l'environnement et la personne ; facteurs s'influençant réciproquement. Le sentiment d'auto efficacité détermine les objectifs que s'impose la personne, l'investissement du sujet dans la poursuite des buts qu'il s'est fixé et la persistance de son effort.

Les sources de ce sentiment d'efficacité personnelle sont multiples :

- L'expérience active de maîtrise, une des sources les plus influentes car fondée sur la maîtrise personnelle des tâches à effectuer. Le fait d'avoir déjà allaité serait donc associé à un score BSES plus élevé. Dégrange et al l'ont démontré, dans une étude regroupant 150 mères au sein de la maternité du CHU de Lille, les mères primo allaitantes avaient un score moyen de 112/165, contre 129/165 pour les mères multi allaitantes ( $p < 0.001$ ) (45).
- L'expérience vicariante : c'est-à-dire l'expérience indirecte. Elle permet un apprentissage qui repose sur les comparaisons sociales. Observer la réussite ou l'échec d'autres personnes dans une tâche peut jouer sur le sentiment d'efficacité d'un individu par rapport à cette tâche, surtout si ces personnes partagent avec lui un certain degré de similitude qui favorise le processus d'identification. Le fait d'avoir été allaité par sa mère est ainsi associé à une

durée d'allaitement maternel prolongée, très probablement en augmentant la confiance qu'ont ces mères en leur allaitement (38).

- La persuasion verbale : feed-back évaluatifs, encouragements, avis de personnes significatives. Les individus sont sensibles à la perception de leur compétence qu'ont leurs parents, leur conjoint, leur entourage en général. Leur propre évaluation reflète en partie ces perceptions.
- L'état physiologique et émotionnel : il joue un rôle dans le sentiment d'efficacité personnelle. Lorsqu'une personne associe un état émotionnel aversif tel que l'anxiété avec une faible performance du comportement demandé, cela peut l'amener à douter de ses compétences personnelles pour accomplir ce comportement et ainsi conduire à l'échec.

La BSES a été validée par de multiples études comme outil de dépistage d'un sevrage précoce de l'allaitement maternel, elle permet de prédire le niveau (partiel ou exclusif) et la durée de l'allaitement maternel (45,46).

Via la persuasion verbale, l'état psychologique et émotionnel de la maman, on peut penser que la présence du père en maternité pourrait jouer sur la confiance des mères en leur allaitement, et ainsi prolonger la durée de l'allaitement maternel.

Peu d'études ont évalué la présence du père en maternité, et aucune n'a étudié le lien entre la présence du père en maternité et l'échelle de la BSES.



## IV. Objectifs de notre étude

Dans notre étude, l'objectif principal était d'évaluer le lien entre le taux de présence du père en maternité (c'est-à-dire le rapport entre le temps de présence et la durée du séjour en maternité) et la confiance des mères primipares en leur allaitement via l'échelle BSES en post partum immédiat.

Nos objectifs secondaires consistaient en :

- L'évaluation d'un lien entre la BSES et la présence diurne ou nocturne du père,
- L'évaluation d'un lien entre la BSES et l'implication du père via le temps passé en peau à peau,
- L'évaluation d'un lien entre la présence du père, son implication via le peau à peau et la poursuite de l'allaitement maternel à 1 et 3 mois.
- La vérification du lien entre la BSES et la durée de l'allaitement maternel,
- L'évaluation des autres facteurs de confusion pouvant influencer la BSES.

# MATERIELS ET METHODES

## I. Caractéristiques générales

Il s'agit d'une étude épidémiologique prospective observationnelle, de cohorte, monocentrique, réalisée dans le service de la maternité de Jeanne de Flandre au CHRU de Lille entre le 15 mars 2019 et le 15 septembre 2019. (Déclaration CNIL numéro DEC 19-136).

## II. Population de l'étude

### A. Critères d'inclusion

La population source était les mères primipares ayant accouché à la maternité Jeanne de Flandre, et ayant fait le choix d'allaiter leur nouveau-né à la naissance.

Les critères de non inclusions concernant la mère étaient les suivants :

- Grossesse multiple
- Choix d'allaitement partiel dès la naissance
- Accouchement hors de la maternité
- Séparation du couple mère-enfant à la naissance ou durant le séjour en maternité
- Refus de participation
- Patiente ne parlant pas le français

Les critères de non inclusion concernant le nouveau-né étaient les suivants :

- Hypotrophie néonatale (Poids de naissance < 2 400g)
- Prématurité (âge gestationnel < 37SA)

### B. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- BSES non rempli ou avec plus de 3 réponses manquantes
- Calendrier non rempli ou non complété jusqu'à la fin du séjour
- Arrêt de l'allaitement maternel au cours du séjour en maternité.

### **III. Critères de jugement**

#### **A. Critère de jugement principal : la BSES**

La confiance des mères en leur allaitement a été évalué via l'échelle BSES « Breastfeeding Self Efficacy Scale », version longue.

La BSES est composée de 33 propositions formulées de façon identique, commençant toute par « Je peux toujours ... », et évaluée sur une échelle de Likert à 5 points, de 1 correspondant à « absolument pas confiante » à 5 « toujours confiante ». Tous les items sont formulés de manière positive, comme recommandé par Bandura. Annexe 1.

Le score BSES, compris entre 33 et 165, est obtenu par la somme des points correspondant à la réponse de chaque item. Un score BSES élevé signe un niveau de confiance en soi important quant à l'allaitement maternel.

Devant l'absence de traduction française officielle et validée de la BSES dans la littérature, il a été utilisé la traduction française réalisée dans l'étude de Dégrange et al, traduite par un professeur de langue anglaise puis validée par un pédiatre et une sage-femme (45).

Pour les questionnaires comportant de 1 à 3 réponses manquantes sur les 33 propositions, le score obtenu a été divisé par le nombre de propositions remplies et multiplié par 33, pour être rapporté à un score final de 165.

Les questionnaires comportant plus de 3 réponses manquantes étaient exclus.

#### **B. Critère de jugement secondaire : allaitement maternel**

Le score de la BSES étant principalement un outil de dépistage permettant d'évaluer de manière indirecte la durée de l'allaitement maternel, la poursuite de l'allaitement maternel à 1 mois et 3 mois composaient des critères de jugement secondaires.

## **IV. Recueil prospectif des données**

Lors du séjour en maternité, un questionnaire était distribué en chambre par l'équipe de pédiatrie (pédiatre ou interne de pédiatrie). L'accord oral des parents pour la participation à l'étude était obtenu lors de la distribution du questionnaire avec une explication écrite du déroulement de l'étude ainsi que nos coordonnées (mail) pour d'éventuelles questions ou refus secondaire d'utilisation des données. Le questionnaire était à remplir par les parents durant le séjour.

La première partie du questionnaire comportait 3 rubriques : les données concernant la mère, le père et enfin l'enfant et l'accouchement. Cf Annexe 2.

La deuxième partie du questionnaire comportait le calendrier du père. Annexe 3

L'échelle BSES et l'échelle d'Edimbourg à remplir la veille de la sortie par la mère composaient la troisième partie du questionnaire.

L'ensemble du questionnaire était ensuite déposé à l'accueil de la maternité par les parents lors de leur sortie.

Les parents étaient ensuite recontactés à 1 mois et 3 mois pour le suivi de l'allaitement maternel.

### **A. 1<sup>ère</sup> partie du questionnaire**

#### **1. Données concernant la mère**

Les questions portaient sur :

- l'âge,
- le statut marital,
- le niveau scolaire,
- l'activité professionnelle : temps complet, partiel ou absence d'activité, temps de travail hebdomadaire en cas d'activité professionnelle,
- l'antécédent de dépression,
- la participation à des cours anténatal concernant l'allaitement maternel (nombre de séance et estimation du temps total)

#### **2. Données concernant le père**

Les questions portaient sur :

- l'âge,
- le niveau scolaire,

- l'activité professionnelle : temps complet, partiel ou absence d'activité. Avec le temps de travail hebdomadaire en cas d'activité professionnelle,
- l'antécédent de paternité,
- la participation à des cours anténatal concernant l'allaitement maternel (nombre de séance et estimation du temps total)

### **3. Données concernant l'enfant et l'accouchement**

Les questions portaient sur :

- Le sexe
- L'âge gestationnel : supérieur ou inférieur à 41 SA
- Le poids : supérieur ou inférieur à 3 kg
- Le mode d'accouchement : voie basse ou césarienne
- La nécessité d'extraction si voie basse
- La programmation d'une césarienne et le type d'anesthésie

## **B. 2<sup>ème</sup> partie : Calendrier du père**

### **1. Présence du père : facteur d'exposition principal**

Le calendrier de présence du père était à remplir par les parents tout au long du séjour. Celui-ci a été réalisé sur la base du calendrier de naissance donné aux parents en maternité pour suivre les phases d'éveil de l'enfant, ses prises alimentaires et son transit. Annexe 2

Une ligne permettait de suivre la présence du père tout au long du séjour.

Nous avons donc pu calculer le taux de présence globale du père : temps de présence total du père rapporté à la durée du séjour (facteur d'exposition principal), le pourcentage de temps de présence le jour (entre 6h et 18h) et le pourcentage de temps de présence la nuit (18h à 6h).

### **2. Peau à peau et implication du père**

Une deuxième ligne, sur le calendrier, était dédiée aux épisodes de peau à peau réalisé avec le papa. Il leur était expliqué que le peau à peau était défini exclusivement par le contact peau contre peau entre le père et l'enfant. En l'absence de questions, il n'était pas expliqué les bénéfices du peau à peau afin de ne pas induire d'évènements. Il leur était demandé de rapporter sur le calendrier au fur et à mesure le nombre

d'épisode de peau à peau et leur durée. En l'absence de détails sur la durée, un épisode était évalué à 30 minutes.

### **C. 3<sup>ème</sup> partie : BSES et Echelle d'Edimbourg**

#### **1. BSES**

Détaillé précédemment, le questionnaire était rempli par la maman la veille ou le jour de la sortie.

#### **2. Echelle d'Edimbourg**

La dépression du post partum est associée à une diminution de la durée de l'allaitement maternel (47)]. L'état émotionnel et psychologique de la maman jouant un rôle sur le sentiment d'auto efficacité, la dépression du post partum a été évaluée dans notre étude, via l'échelle d'Edimbourg. Echelle validée en post partum immédiat (48), elle permet de dépister la dépression du post partum sans la diagnostiquer pour autant. Cette échelle se compose d'un auto questionnaire de 10 items, coté chacun de 0 à 3. Cf Annexe 4. Le score final varie de 0 à 30. Un cut off à 12/13 permet le dépistage de dépression majeure et mineure avec une sensibilité à 80% et une spécificité à 78% (49). Un cut off de 10 est plus souvent utilisé, en baissant toutefois sa précision. Le score a été utilisé dans notre étude comme une variable quantitative, un score plus élevé représentant un état émotionnel et psychologique plus fragile.

Le questionnaire était rempli par la maman, la veille ou le jour de la sortie, soit entre J3 et J6 du post partum pour la plupart.

## D. Suivi de l'allaitement maternel à 1 mois et 3 mois

Les parents étaient recontactés, par téléphone et/ou mail, après leur accord préalable, à 1 mois et à 3 mois afin de recueillir les données suivantes :

- Poursuite de l'allaitement maternel
- Type d'allaitement maternel (exclusif ou partiel)
- Modalité de l'allaitement :
  - sein exclusivement
  - sein et biberons de lait maternel réguliers
  - uniquement par biberon de lait maternel
  - sein et biberons de lait artificiel
  - sein et biberons de lait maternel et de lait artificiel
  - biberons de lait maternel et de lait artificiel

L'allaitement maternel était considéré comme exclusif lorsque l'enfant ne recevait à 1 mois ou à 3 mois, que du lait maternel, l'ingestion d'eau n'étant pas précisée à l'interrogatoire. L'allaitement était considéré comme partiel lorsque l'enfant recevait à la fois du lait maternel et des formules lactées. En cas d'allaitement partiel transitoire, le mode d'allaitement retenu pour le recueil de données à 1 mois et à 3 mois était celui effectif en cours.

Le sevrage de l'allaitement maternel était défini par l'arrêt complet de l'allaitement maternel. Si l'allaitement maternel était arrêté à 1 mois, les parents n'étaient pas recontactés à 3 mois.

## V. Statistiques

Les paramètres qualitatifs ont été décrits en termes de fréquence et de pourcentage. Les paramètres numériques gaussiens ont été décrits en termes de moyenne et de déviation standard et les paramètres numériques non gaussiens en termes de médiane et d'intervalle interquartiles. La normalité des paramètres numériques a été vérifiée graphiquement et testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

La comparabilité des patientes incluses et exclues de l'analyse a été étudiée à l'aide d'un test du Chi-deux ou de Fisher exact (lorsque les conditions de validité du test du Chi-deux ne sont pas vérifiées) pour les paramètres qualitatifs, à l'aide d'un test du U de Mann-Whitney pour les paramètres continus non gaussiens et à l'aide d'un test de Student pour les paramètres continus gaussiens.

La recherche des facteurs associés au score BSES a été réalisée à l'aide d'un test de Student pour les paramètres binaires, à l'aide d'une analyse de la variance pour les paramètres qualitatifs, à l'aide du coefficient de corrélation de Spearman pour les paramètres continus non gaussiens et à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson pour les paramètres continus gaussiens.

La comparaison entre le score BSES et le pourcentage de présence du père sur le séjour en maternité a été réalisée en ajustant sur l'âge de la maman, la durée du séjour et le score total de l'échelle d'Edimbourg avec une analyse de la variance.

Les associations du taux de présence global du père et de la durée de peau à peau avec la poursuite de l'allaitement maternel à 1 et 3 mois ont été évaluées à l'aide du test du U de Mann-Whitney.

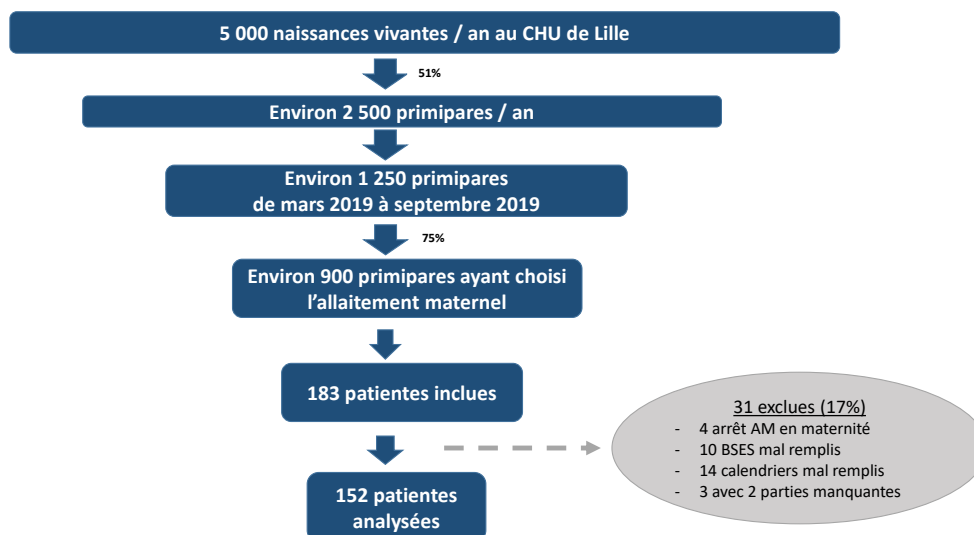
Les statistiques ont été réalisées par l'unité de méthodologie biostatistique du CHU de Lille. Des tests bilatéraux ont été réalisés avec un niveau de significativité de 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4).



## RESULTATS

### I. Caractéristiques générales de la population

#### A. Flow shart



**Figure 5. Diagramme de flux des patientes**

Données transmises par le département de Gestion de l'Information et de la Documentation de Jeanne de Flandre.

841 primipares de mars à septembre 2017 avec 92 à 95% d'exhaustivité des dossiers.

#### B. Caractéristiques globales de la population.

Parmi les 152 mères analysées, l'âge médian était de 30 ans, IQR (27 - 32). 76% des mères avaient un niveau scolaire supérieur ou égal à 2 ans d'études après le baccalauréat. 120 mères (80%) avaient un emploi. L'ensemble des caractéristiques concernant les mères sont exposées dans le tableau I.

L'âge médian du père était de 32 ans, IQR (29 ; 35). 70% des pères avaient un niveau scolaire supérieur ou égal à 2 ans d'études après le baccalauréat. L'ensemble des caractéristiques des pères et des nouveau-nés sont exposées dans les tableaux II et III.

Il n'y avait pas de différence significative entre la population analysée et les 31 mères exclues pour la très grande majorité des caractéristiques, excepté pour :

- le niveau scolaire maternel, avec une population incluse ayant un niveau scolaire plus élevé (76% ayant au moins un bac+2 dans notre étude contre 55.6% dans le groupe exclus,  $p = 0.02$ ),

- le taux de participation maternel aux séances de préparation à l'allaitement, avec un taux plus important dans la population analysée (76.3% contre 57.1%,  $p = 0.035$ ),
- le temps de travail hebdomadaire maternel plus élevé dans la population analysée, (37 heures contre 35 heures dans la population exclus,  $p=0.03$ ).

**Tableau I. Caractéristiques des mères**

<i>Age maternel, médiane (IQR)</i>	30 (27 - 32)
<i>Statut marital, n (%)</i>	
Mariée	55 (37%)
Concubinage ou pacsée	94 (63%)
Séparée ou vivant seule	1 (0,01%)
<i>Niveau de scolarité, n (%)</i>	
Absence de diplôme ou brevet des collèges	1 (0.7)
CAP-BEP	13 (8.7)
Baccalauréat	21 (14)
Bac + 2 ou +3	49 (32.7)
Bac + 4 ou +5	44 (29.3)
≥ Bac +6	22 (14.7)
<i>Profession, n (%)</i>	
Sans profession	31 (20.5)
Emploi à temps plein	109 (72.2)
Emploi à temps partiel	11 (7.3)
<i>Temps de travail hebdomadaire, médiane (IQR), heures</i>	37 (35 - 40)
<i>Reprise du travail envisagée, n (%)</i>	
à temps partiel	42 (37,2)
à temps plein	71 (62.8)
<i>Durée du congé maternel envisagé, médiane (IQR), semaine</i>	11 (10 -15)
<i>Congé maternel &gt; 3 mois, n (%)</i>	66 (48)
<i>Antécédent de dépression, n (%)</i>	7 (4.6)
<i>Participation à une séance de préparation anténatale concernant l'allaitement maternel, n (%)</i>	116 (76)
Nombre de séance, médiane (IQR)	1 (1 - 2)
Durée totale, médiane (IQR), heures	2 (1,5 - 4)

*n (%) : nombre (pourcentage), IQR : intervalle interquartile*

**Tableau II. Caractéristiques des pères**

<i>Age paternel, médiane (IQR)</i>	32 (29 - 35)
<i>Niveau de scolarité, n (%)</i>	
Absence de diplôme ou brevet des collèges	1 (0.7)
CAP-BEP	22 (15.1)
Baccalauréat	20 (13.7)
Bac + 2 ou +3	39 (26.7)
Bac + 4 ou +5	47 (32.2)
≥ Bac +6	17 (11.6)
<i>Profession, n (%)</i>	
Sans profession	7 (4.7)
Emploi à temps plein	134 (90.5)
Emploi à temps partiel	7 (4.7)
<i>Temps de travail hebdomadaire, médiane (IQR), heures</i>	39 (35 - 40)
<i>Participation à une séance de préparation anténatale concernant l'allaitement maternel, n (%)</i>	40 (26.8)
<i>Nombre de séance, médiane (IQR)</i>	
Nombre de séance, médiane (IQR)	1 (1 - 2)
<i>Durée totale, médiane (IQR), heures</i>	
Durée totale, médiane (IQR), heures	2 (1.5 - 3)
<i>Antécédent de paternité, n (%)</i>	17 (11.4)

*n (%) : nombre (pourcentage), IQR : intervalle interquartile*

**Tableau III. Caractéristiques des nouveau-nés et modalité d'accouchement**

<i>Sexe de l'enfant, n (%)</i>	
Sexe masculin	69 (46)
Sexe féminin	81 (54)
<i>Age gestationnel, n (%)</i>	
37-41 semaines d'aménorrhée	110 (74.8)
≥ 41 semaines d'aménorrhée	37 (25.2)
<i>Poids de naissance, n (%)</i>	
2400-3000 g	37 (24.7)
≥ 3000 g	113 (75.3)
<i>Mode de délivrance, n (%)</i>	
Voie basse	125 (83.3)
Césarienne	25 (16.7)
<i>Si voie basse : extraction instrumentale, n (% des voies basses)</i>	58 (46.8)
<i>Si césarienne : non programmée, n (% des césariennes)</i>	19 (76)
<i>Si césarienne : anesthésie générale, n (% des césariennes)</i>	3 (12)

*n (%) : nombre (pourcentage), IQR : intervalle interquartile*

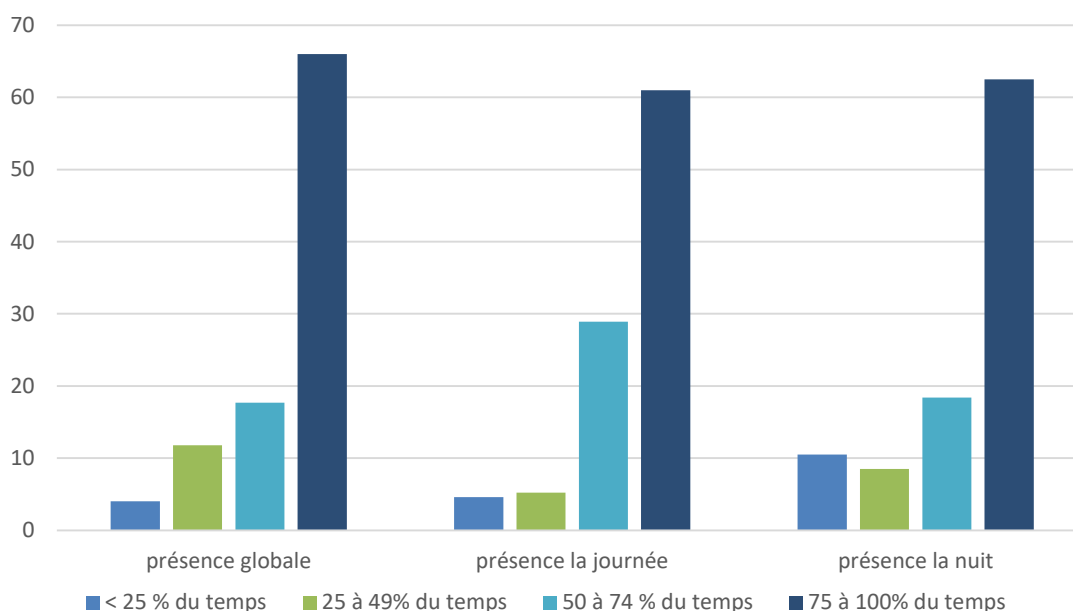
## C. Séjour en maternité et place du père

La durée médiane de séjour en maternité après l'accouchement était de 94 heures, IQR (81 -109) soit 4 jours complets.

Pour les patientes ayant accouchée par césarienne (n=25), la durée médiane de séjour était de 97 heures, IQR (81 - 111) contre 94 heures, IQR (81 -109) pour les patientes ayant accouché par voie basse (n=125).

### 1. Temps de présence des pères

La répartition des pères selon leur temps de présence est rapportée sur la figure 6.



**Figure 6. Répartition des pères selon leur taux de présence**

Ainsi, plus de 60% des pères étaient présents plus de 75% du temps en maternité.

La médiane du pourcentage de temps de présence du père était de 81%, IQR (64.5 - 94)

- présence diurne (entre 6h et 18h) à 80%, IQR (63.5 - 94)
- présence nocturne (entre 18h et 6h du matin) à 90%, IQR (59 - 100)

## 2. Peau à peau paternel

49 pères (32.2%) ont réalisé du peau à peau en salle de naissance dont 20 pour lesquelles une césarienne était effectuée, soit pour 80% des césariennes.

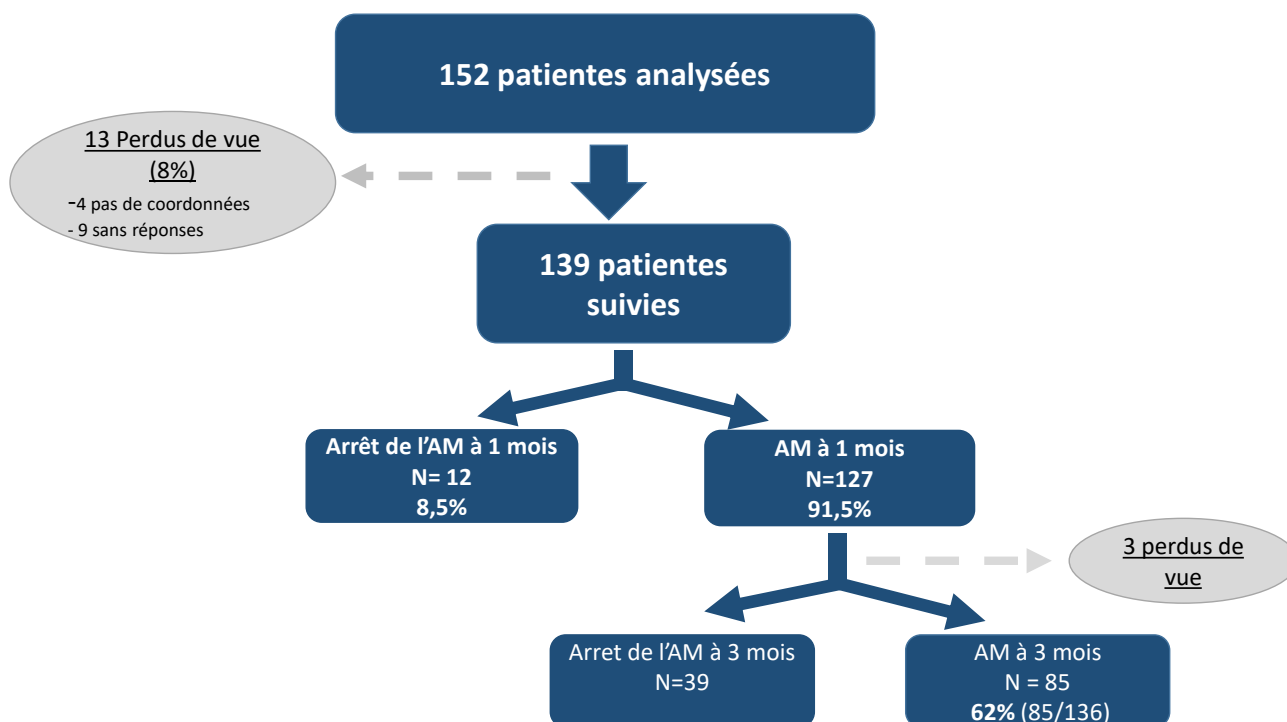
135 pères (88.8%) ont rapporté avoir fait du peau à peau avec leur enfant pendant le séjour en maternité.

Parmi les pères ayant fait du peau à peau :

- Le nombre d'épisodes médian de peau à peau était de 3, IQR (1,5 - 6) avec un maximum de 33 épisodes.
- Le temps total médian passé en peau à peau était de 180 minutes, IQR (90 - 390)

## D. Suivi de l'allaitement maternel

### 1. Suivi



**Figure 7.** Flow shart du suivi de l'allaitement maternel  
AM : Allaitement maternel

## 2. Allaitement maternel à 1 mois

A 1 mois, 139 mères sur les 152 ont pu être recontactées.

Parmi ces mères, 127 mères allaitaient toujours leur enfant soit un taux d'allaitement maternel global à 91.3%.

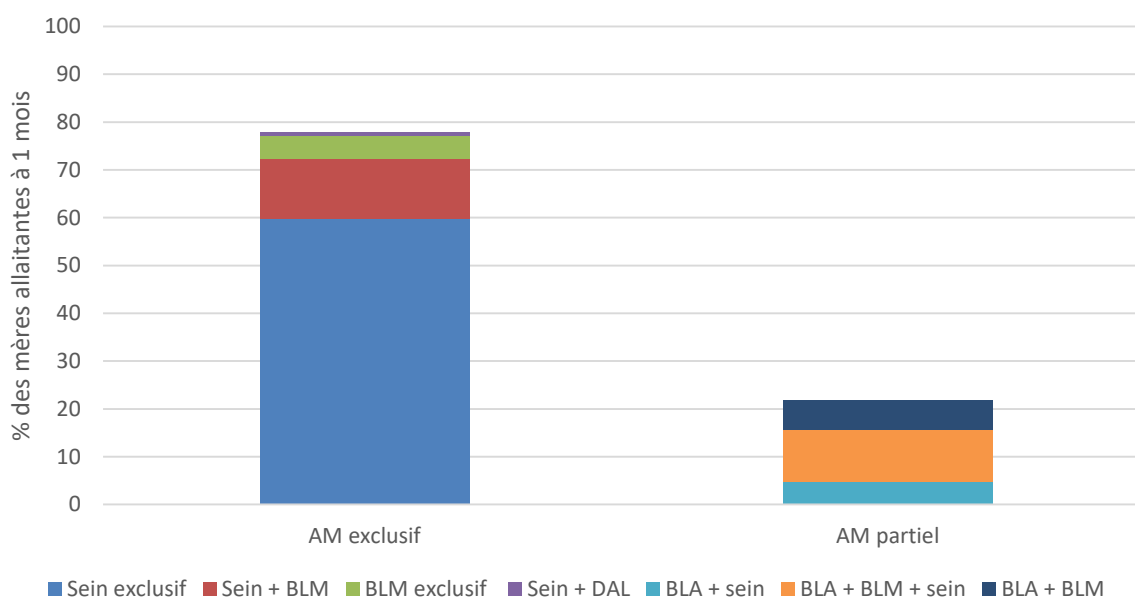
L'allaitement était exclusif pour 99 des mères soit :

- 78% des mères allaitantes à 1 mois
- 71% des mères ayant choisi initialement l'allaitement maternel.

L'allaitement était partiel pour 28 mères soit :

- 22% des mères allaitantes à 1 mois,
- 20% des mères ayant choisi initialement l'allaitement maternel.

Les différentes modalités d'allaitement maternel à 1 mois sont décrites dans la figure 8.



**Figure 8. Modalités de l'allaitement maternel à 1 mois**

AM : allaitement maternel, BLM : biberon de lait maternel ; DAL : Dispositif d'aide à l'allaitement, BLA : Biberon de lait artificiel

### 3. Allaitement maternel à 3 mois

A 3 mois, 124 mères ont pu être recontactées, soit 2% de perdues de vue.

Parmi ces mères, 85 mères allaitaient toujours leur enfant soit un taux d'allaitement maternel global à 62% sur l'ensemble des mères ayant initié l'allaitement maternel.

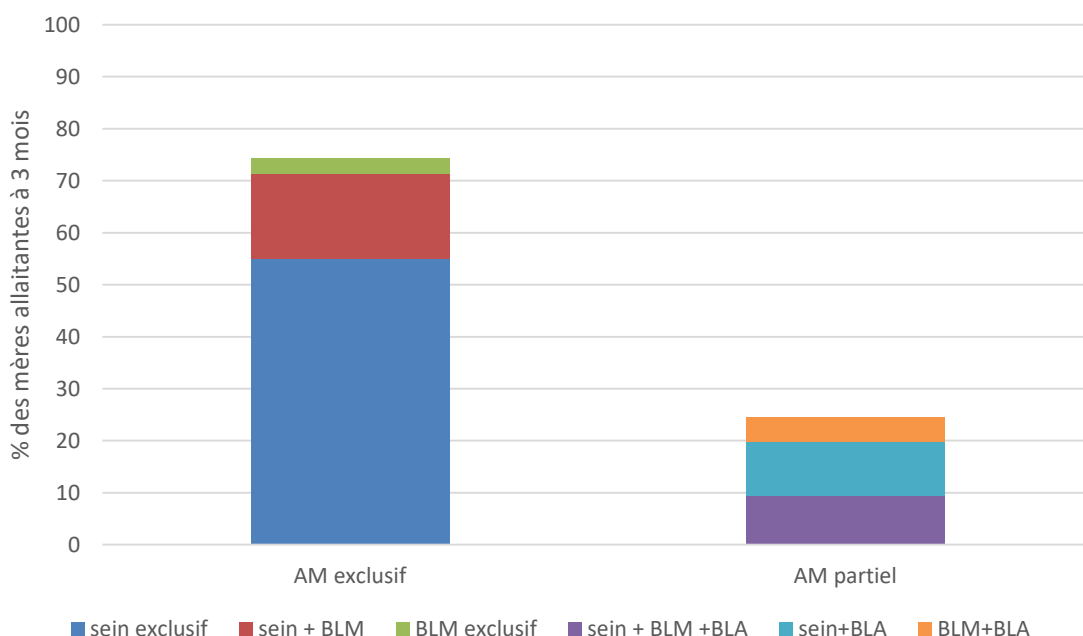
L'allaitement était exclusif pour 64 des mères soit :

- 75% des mères allaitantes à 3 mois,
- 47% des mères ayant choisi initialement l'allaitement maternel.

L'allaitement était partiel pour 21 mères soit :

- 24% des mères allaitantes à 3 mois,
- 15% des mères ayant choisi initialement l'allaitement maternel.

Les différentes modalités d'allaitement maternel à 3 mois sont décrites dans la figure 9.



**Figure 9. Modalités de l'allaitement maternel à 3 mois**

AM : Allaitement maternel ; BLM : biberon de lait maternel ; DAL : Dispositif d'aide à l'allaitement, BLA : Biberon de lait artificiel

## E. Score d'Edimbourg

Parmi les 139 patientes qui ont complété l'échelle d'Edimbourg, le score médian était de 6 (3 - 9).

Les scores d'Edimbourg selon la poursuite de l'allaitement maternel sont détaillés dans le tableau IV.

**Tableau IV. Score Edimbourg et allaitement maternel**

	n	Score d'Edimbourg, médiane (IQR)
<b>Allaitement maternel à 1 mois</b>		
<b>Non</b>	10	7.5 (6 - 11)
<b>Oui</b>	118	6 (3 - 8)
<b>Allaitement maternel à 3 mois</b>		
<b>Non</b>	36	6.5 (2.5 - 9.5)
<b>Oui</b>	79	6 (3 - 8)

n : nombre, IQR : Intervalle interquartile

19 mères sur les 139 patientes, soit 13%, avait un score de Edimbourg supérieur ou égal à 12.



## II. BSES et allaitement maternel

### A. BSES

Le BSES médian était de 109,5/165 avec un intervalle interquartile de 94 à 120, un minimum à 58 et un maximum à 145.

La répartition des réponses selon les items est détaillée dans la figure 10.

On observe un global manque de confiance des mères pour certains items :

- allaiter à l'aise dans les lieux publics,
  - plus de 50% des femmes se disant « pas du tout confiante » ou « pas confiante »
- Continuer de vouloir allaiter mon bébé pendant au moins 6 mois,
  - 38% des femmes se disant « pas du tout confiante » ou « pas confiante »
- Allaiter mon bébé sans utiliser de formule de complément, avec
  - 22% des femmes se disant « pas du tout confiante » ou « pas confiante »
- Refuser l'alimentation au biberon pendant les 4 premières semaines,
  - avec 20% des femmes se disant « pas du tout confiante » ou « pas confiante »

A l'inverse, on observe une confiance des mères importante pour d'autres items :

- Compter sur le soutien de ma famille dans ma décision d'allaiter
  - avec 92 % des mères « confiante » et « très confiante »
- Compter sur mes amis pour soutenir ma décision d'allaiter :
  - avec 82% des mères « confiante » et « très confiante »

	Pas du tout confiante	Pas confiante	Assez confiante	Confiante	Très confiante
<b>JE PEUX TOUJOURS</b>					
Tenir mon bébé confortablement pendant l'allaitement	1	2	30	40	28
Positionner correctement mon bébé au sein	0	8	38	39	15
Me concentrer sur la réussite d'une tétée à la fois	1	7	27	49	16
Reconnaître les signes d'une bonne prise au sein	0	4	29	52	15
Retirer mon bébé du sein sans douleur	3	17	21	39	20
Déterminer que mon bébé prend suffisamment de lait	3	25	36	29	7
Faire face avec succès à l'allaitement maternel comme je le fais avec d'autres projets délicats que j'entreprends	3	13	30	40	14
<b>Compter sur le soutien de ma famille dans ma décision d'allaiter</b>	1	1	6	<b>23</b>	<b>69</b>
Me motiver à allaiter avec succès	0	3	14	40	43
Surveiller ma production de lait en faisant attention aux urines de mon bébé et à son transit intestinal	1	2	23	45	29
<b>Allaiter mon bébé sans utiliser de formule de complément</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	19	30	29
M'assurer que la prise au sein de mon bébé est correcte pendant toute la durée de la tétée	3	9	30	41	17
Gérer l'allaitement maternel de façon satisfaisante	4	9	30	43	14
Réussir à allaiter même si mon bébé pleure	5	12	37	33	13
Garder mon bébé éveillé au sein durant une tétée	3	12	42	33	10
Maintenir ma production de lait en appliquant la règle de l'offre et la demande	1	10	36	34	19
<b>Refuser l'alimentation au biberon pendant les 4 premières semaines</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	20	24	36
Nourrir mon bébé exclusivement au lait maternel	8	7	22	26	37
Rester motivée à allaiter mon bébé	2	10	19	32	37
<b>Compter sur mes amis pour soutenir ma décision d'allaiter</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>32</b>	<b>50</b>
Continuer de vouloir allaiter	2	4	17	33	44
Nourrir mon bébé toutes les 2-3h	1	1	24	34	40
<b>Continuer de vouloir allaiter mon bébé pendant au moins 6 mois</b>	<b>16</b>	<b>22</b>	25	15	22
Allaiter à l'aise en présence des membres de ma famille	9	15	27	27	22
Être satisfaite par mon expérience d'allaitement	1	9	29	33	28
<b>Allaiter à l'aise dans les lieux publics</b>	<b>26</b>	<b>32</b>	23	13	6
Assumer le fait que l'allaitement puisse être chronophage (preneur de temps)	1	7	27	41	24
Finir de nourrir mon bébé à un sein avant de passer à un autre sein	1	10	32	37	20
Continuer à allaiter mon bébé pour chaque repas	3	5	24	40	28
Ressentir si mon bébé tète correctement au sein	1	8	33	34	24
Accepter le fait que l'allaitement puisse temporairement être un frein à ma liberté	1	5	29	40	25
Réussir à suivre les demandes d'allaitement de mon bébé	1	7	27	41	24
Dire quand mon bébé a terminé la tétée.	3	12	25	36	24

**Figure 10. Résultats en pourcentage aux différentes questions du BSES**

## B. BSES et allaitement maternel

Le score de la BSES était significativement plus élevé :

- Chez les mères allaitant leur enfant à 1 mois que chez les mères ayant arrêté l'allaitement maternel.
- Si l'allaitement maternel était exclusif à 1 mois plutôt que partiel.
- Chez les mères allaitant leur enfant à 3 mois que chez les mères ayant arrêté l'allaitement maternel avant 3 mois.
- Si l'allaitement maternel était exclusif à 3 mois plutôt que partiel.

Les valeurs médianes du BSES de chaque groupe sont représentées dans le tableau V.

**Tableau V. Score de la BSES et Allaitement maternel**

		<b>BSES, Médiane (IQR)</b>	<b>p</b>
<b>Allaitement maternel à 1 mois</b>	Non	86 (73 - 112)	0,014
	Oui	109 (95 - 121)	
<b>Si AM à 1 mois</b>	AM partiel	88 (82 - 112)	<0,001
	AM exclusif	112 (100 - 123)	
<b>Allaitement maternel à 3 mois</b>	Non	99 (84 - 114)	0,010
	Oui	112 (101 - 121)	
<b>Si AM à 3 mois</b>	AM partiel	102 (94 - 110)	0,03
	AM exclusif	115 (102 - 123)	

*IQR : intervalle interquartile, AM : allaitement maternel*

### III. Facteurs influençant la BSES

#### A. Analyse univariée

##### 1. Objectif principal : Présence du père en maternité

Le taux de présence du père n'a pas été mis en évidence comme un facteur significativement associé au score de la BSES (coefficient de corrélation à -0.03 avec  $p = 0.68$ ). De même que les taux de présence diurne ou nocturne.

##### 2. Peau à peau paternel

Le temps passé en peau à peau avec le père était significativement associé au score de la BSES, avec un coefficient de corrélation négatif à -0.17 ( $p = 0.03$ ). C'est-à-dire qu'un temps important passé en peau à peau avec le père était associé à un score de BSES un peu moins élevé.

##### 3. Autres facteurs significativement associés au score de la BSES

Les facteurs significativement associés au score du BSES étaient les suivants :

- L'âge maternel ( $p = 0,002$ )
- La durée de l'hospitalisation ( $p = 0,01$ )
- Le score d'Edimbourg ( $p < 0,001$ )

**Tableau V. Facteurs associés au score de la BSES**

	Coefficient de corrélation	p
Age maternel	-0.24	0.002
Durée du séjour en maternité	-0.20	0.01
Echelle d'Edimbourg	-0.37	<0.001

C'est-à-dire qu'un âge maternel élevé, une durée de séjour prolongée et un score élevé de l'échelle d'Edimbourg étaient tous associés négativement avec le score de la BSES soit une confiance moindre de la mère en ses capacités à allaiter.

#### **4. Autres facteurs sans association significative avec le score de la BSES**

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative pour les autres caractéristiques épidémiologiques que sont :

- le statut marital,
- le niveau de scolarité de la mère ou du père,
- activité professionnelle de la mère avant la grossesse,
- une durée de congé maternel supérieur à 3 mois,
- la reprise de l'activité professionnelle maternelle,
- la participation de la mère aux séances de préparation à l'allaitement ,
- la participation du père aux séances de préparation à l'allaitement ,
- les modalités d'accouchement.

#### **B. Ajustement sur les variables significatives**

Après ajustement sur l'âge maternel, la durée d'hospitalisation et le score d'Edimbourg, il n'était pas retrouvé d'association significative entre la présence du père en maternité et la valeur du score de la BSES.

## IV. Présence du père et allaitement maternel

### A. Présence du père et allaitement maternel

Il n'a pas pu être mis en évidence de relation significative entre la présence du père en maternité et la poursuite de l'allaitement maternel. Toutefois, il semblerait qu'il y ait une tendance en faveur de la poursuite de l'allaitement maternel à 1 mois, avec un taux de présence à 66% pour les mamans ayant sevré l'allaitement maternel, contre un taux de présence à 81% pour celle ayant poursuivi l'allaitement maternel à 1 mois. Les données sont détaillées dans le Tableau VI.

**Tableau VI. Présence du père et allaitement maternel**

	Taux de présence du père en pourcentage, médiane (IQR)	p
<b>Allaitement maternel à 1 mois</b>		
<b>Non</b> (n = 11)	66 (40 - 90)	0.21
<b>Oui</b> (n = 127)	81 (66 - 94)	
<b>Allaitement maternel poursuivi à 3 mois</b>		
<b>Non</b> (n = 39)	81 (64 - 96)	0.89
<b>Oui</b> (n = 85)	81 (69 - 94)	

*n* : nombre ; *IQR* : intervalle interquartile

### B. Peau à peau paternel et allaitement maternel

Parmi les 135 pères ayant fait du peau à peau, on observe un temps total de peau à peau paternel significativement plus important pour les mères ayant poursuivi l'allaitement maternel à 1 mois ( $p < 0.05$ ), par rapport à celle ayant arrêté l'allaitement avant 1 mois. La différence n'est pas significative entre les mères ayant arrêté l'allaitement avant 3 mois et celle ayant poursuivi à 3 mois (Tableau VII).

**Tableau VII. Peau à peau paternel et allaitement maternel**

	Temps total de peau à peau en maternité (minutes), médiane (IQR)	p
<b>Allaitement maternel à 1 mois</b>		
<b>Non</b> (n=10)	127 (30 - 150)	0,047
<b>Oui</b> (n=113)	210 (90 - 420)	
<b>Allaitement maternel poursuivi à 3 mois</b>		
<b>Non</b> (n=34)	180 (120 - 96)	0,96
<b>Oui</b> (n=76)	240 (90 - 410)	

*n* : nombre ; *IQR* : intervalle interquartile

## DISCUSSION

### I. Résultats principaux

Le taux de présence médian du père était de 81%, IQR (64.5 - 94). Le score BSES médian était de 109/165, IQR (94 - 120). Il n'a pas été mis en évidence d'association significative entre le taux de présence du père et le score de la BSES.

Le taux d'allaitement maternel global à 1 mois était de 91.5% et à 3 mois de 62%. Une corrélation significative mais très faiblement négative à -0.17 ( $p=0.03$ ) a été mise en évidence entre le temps passé en peau à peau avec le père et le score de la BSES. Tandis qu'un temps important de peau à peau paternel était significativement associé à la poursuite de l'allaitement à 1 mois.

Les autres facteurs significativement associés au score de la BSES étaient l'âge maternel, la durée d'hospitalisation et le score d'Edimbourg. Un score plus élevé de la BSES était significativement associé à un allaitement maternel plus prolongé.

On notait une faible participation (27%) des pères aux séances de préparation anténatale concernant l'allaitement maternel.

### II. Comparaison aux données de la littérature

#### A. Présence du père, BSES et allaitement

L'intérêt pour le rôle du conjoint dans l'allaitement maternel est récent. De nombreuses études encourageantes montrent un réel impact du conjoint sur l'initiation et la durée de l'allaitement maternel. Cependant nous avons peu de données sur la place du père en maternité.

##### 1. Temps de présence du père

Dans notre étude, le taux de présence des pères était important avec une médiane à 81% (64.5 - 94). Plus de 60% des pères étaient présents plus de 75% du temps. Ce taux de présence important peut refléter la volonté des pères à s'investir dans la prise en charge du couple mère-enfant dès les premiers jours. Ce taux est, par ailleurs, difficilement extrapolable à toute notre population cible des mères primipares. En effet, l'étude étant monocentrique, dans une maternité de niveau III et labélisée

IHAB, nous rencontrons un biais de sélection important. La maternité de niveau III recrute des patientes ayant notamment des grossesses à risque, avec probablement plus de stress et pouvant amener les couples à accoucher loin de leur domicile. La présence du conjoint en est donc affectée. Le label IHAB peut recruter des couples plus sensibles à l'allaitement maternel et à l'implication des pères, leur présence étant possible jour et nuit auprès de la mère et de l'enfant.

## 2. Temps de présence du père et BSES

Nos résultats peuvent s'expliquer notamment par un manque de puissance de notre étude avec une taille insuffisante de notre échantillon. Même si la présence du père semble avoir un rôle propre dans l'allaitement maternel comme le suggérait Noirhomme (30) et Ekstrom (38), il semble important que le père soit d'une part en faveur de l'allaitement maternel et qu'il ait des connaissances sur l'allaitement maternel afin d'apporter un soutien optimal (24,28).

Dans notre étude, nous n'avons pas relevé si le père était favorable ou non à l'allaitement maternel, entraînant un probable biais de confusion important. En effet, Mannion et al ont montré, dans une étude anglaise, l'effet significatif du soutien positif ou actif du père vis-à-vis du BSES version courte ( $p = 0.019$ ), avec un BSES significativement plus élevé chez les mères ayant reçu un soutien positif, par rapport aux mères ayant reçu un soutien ambivalent ou négatif (50).

D'autre part, on remarque que le taux de participation paternel aux séances de préparation anténatale concernant l'allaitement maternel était très bas avec seulement 27% des pères ayant participé à au moins une séance. Parmi eux, le nombre médian de séance était d'une séance, pour une durée médiane de 2 heures. Or les études ayant montré un impact important du rôle du père sont celles où une formation du père était réalisée (51–53)). La formation des pères permet d'améliorer l'initiation, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel mais aussi le ressenti maternel de soutien de la part de leur conjoint.

Dans une étude randomisée italienne, Pisacane et al ont ainsi montré un effet significatif d'une formation des pères sur la durée de l'allaitement maternel avec 25% d'allaitement maternel exclusif à 6 mois parmi le groupe formé contre 15% dans le groupe contrôle ( $p < 0,05$ ) (52).

La présence du père peut donc être importante mais ne pas suffire pour augmenter la confiance de la mère en son allaitement, si le père n'est pas formé à l'allaitement



maternel. Son soutien étant d'autant plus efficace s'il comprend et/ou est prévenu des difficultés possibles, et connaît les façons de manager et d'encourager sa conjointe.

## **B. Peau à peau et BSES**

Nous avons voulu évaluer l'implication des pères via la réalisation du peau à peau en maternité. Il a été mis en évidence un lien de corrélation faiblement négatif mais significatif entre le temps passé en peau à peau avec le père et la confiance des mères en leur allaitement. Ce résultat inattendu peut être dû à un biais de confusion, les épisodes de peau à peau maternel n'ayant pas été relevés. En effet, le peau à peau maternel est très important pour la mise en place de l'allaitement maternel et le peau à peau paternel doit venir s'ajouter au peau à peau maternel et non le remplacer. D'autre part il est possible que les mères moins confiantes en elle laisse plus de place au père vis à vis du peau à peau. Cette corrélation pourrait ainsi montrer un manque de confiance initial de la mère et non la conséquence de l'implication du père.

## **C. BSES et allaitement maternel**

Via le suivi de l'allaitement maternel, nous avons pu reconfirmer la validité du score de la BSES en tant que facteur prédictif de la durée et du mode d'allaitement maternel.

Le BSES médian de notre population était de 109,5/165 avec un intervalle interquartile de 94 à 120, soit un score légèrement inférieur à celui relevé dans l'étude de Dégrange et al dans la même maternité en 2012 où le BSES moyen des primipares était à 111,52/165 avec un écart type de 18,97 (45).

Il a été mis en évidence une confiance globale de notre population pour le soutien de la famille, ce qui fait écho à la présence importante des pères à la maternité. Et nous retrouvons par ailleurs des items évoquant un global manque de confiance de la majorité des mères avec une gêne importante à allaiter dans les lieux publics, ou à moindre mesure envers le fait de ne pas utiliser de lait artificiel avant plusieurs semaines. Les campagnes de promotion de l'allaitement maternel par les politiques de santé sont donc à poursuivre afin de familiariser la population à l'allaitement maternel.

Il est important de rappeler par ailleurs que le score de la BSES reste une échelle nous permettant d'évaluer de manière indirecte la durée de l'allaitement maternel en dépistant notamment un risque de sevrage précoce de l'allaitement maternel mais pas il n'est un objectif final en soi. C'est pourquoi, il a tout de même été recherché un lien entre la présence du conjoint, son implication via le peau à peau et la poursuite de l'allaitement maternel à 1 mois et 3 mois.

Même s'il semble que le taux de présence du père en maternité soit légèrement plus important pour les mères poursuivant l'allaitement maternel à 1 mois, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative.

Par ailleurs, les pères des enfants allaités à 1 mois avaient réalisé significativement plus de peau à peau que les pères des enfants non allaités à 1 mois. Cela confirmant l'importance d'un soutien actif et positif du père pour prolonger l'allaitement maternel.

### **III. BSES et facteurs associés**

#### **A. Facteurs associés de manière significative**

##### **1. Age maternel**

Alors qu'un âge maternel plus élevé est fréquemment associé à une initiation plus importante et à une poursuite de l'allaitement maternel (21), il est associé négativement au score de la BSES. Dégrange et al. retrouvait déjà cette corrélation négative avec un score de la BSES significativement plus élevé chez les mères âgées de moins de 25 ans (45), tandis que Blyth et al n'avait pas retrouvé de lien significatif entre BSES et âge maternel (46).

##### **2. Durée d'hospitalisation**

Dans notre étude, une durée d'hospitalisation prolongée était significativement associée de manière négative avec le score de la BSES. Cela peut s'expliquer par le fait que les multiples raisons provoquant une prolongation du séjour en maternité sont très souvent associés à un sevrage précoce de l'allaitement maternel tels que des complications maternelles obstétricales, des complications néonatales pour le nouveau-né ou des difficultés de mise en route de l'allaitement maternel (21,24). Ces différents problèmes n'étaient pas relevés dans le questionnaire de notre étude, créant un possible biais de confusion entre le score de la BSES et la durée d'hospitalisation. Par ailleurs, le mode d'accouchement par césarienne qui peut lui aussi allonger la durée de l'hospitalisation n'était pas corrélé au score de la BSES.

##### **3. Score d'Edimbourg**

Il paraît cohérent qu'un score élevé pour l'échelle d'Edimbourg soit corrélé de manière négative à la confiance de la mère envers son allaitement maternel. En effet le sentiment d'efficacité résultant de l'état physiologique et émotionnel de la personne, un baby blues important ou une dépression du post partum entraîne une diminution de la confiance maternelle en son allaitement. Cette corrélation a déjà été mise en évidence via la BSES version courte au Brésil par Zubaran et al. avec un facteur de corrélation significatif à -0.35 (54).

## **B. Autres facteurs étudiés et BSES**

### **1. Préparation anténatale à l'allaitement maternel**

Contrairement à la littérature, il n'a pas été mis en évidence de corrélation entre le score de la BSES et le fait d'avoir participé ou non à une ou plusieurs séances de préparation anténatale concernant l'allaitement maternel aussi bien pour la mère que pour le père. Toutefois le taux de participation étant faible, il existe probablement un manque de puissance pour mettre en évidence cet effet. D'autre part les séances d'information anténatale portent le plus souvent sur les bénéfices de l'allaitement et rarement sur le rôle du père, les difficultés fréquemment rencontrées dans l'allaitement maternel et les solutions pour les prévenir ou les résoudre (55).

### **2. Congé maternel**

Le congé maternel habituel se compose de 6 semaines avant l'accouchement puis de 10 semaines après.

Dans la littérature, la durée du congé maternel est significativement associée à un allaitement maternel plus prolongé si le congé maternel durait plus de 12 semaines (56) et à un BSES plus élevé si le congé maternel durait plus de 17 semaines (45). Dans notre étude, il n'a pas été mis en évidence de corrélation entre le score de la BSES et un congé maternel de plus de 12 semaines. Il existe probablement un biais de classement car la question de la durée du congé maternel était posée en post partum immédiat et ne prend donc pas en compte les possibles prolongations du congé maternel décidées par la suite.

## IV. Forces et limites de l'étude

Au vu de la taille de l'échantillon vis-à-vis de la population source, on retrouve inévitablement un biais de sélection important. Cependant notre échantillon semble représentatif de notre population cible pour la plupart des critères, notamment ceux liés au score de la BSES. En effet, l'âge médian maternel était de 30 ans, soit l'âge moyen des mères primipares en France en 2019 (57). Le score médian de l'échelle d'Edimbourg était de 6/30 (3 - 9) soit un score similaire aux données de la littérature (58). Le taux de césarienne était à 17%, correspondant aux taux retrouvés dans la littérature pour les primipares dans une maternité de niveau III (59).

On note par ailleurs un biais de sélection vis-à-vis du niveau socio-économique maternel et paternel (76% des mères et 70% des pères ayant un niveau supérieur ou égal à 2 ans d'études). Biais souvent rencontré dans les études de cohorte nécessitant une coopération importante pour compléter les différents questionnaires (20). On peut aussi penser que les mères ayant rempli les questionnaires étaient plus motivées que les autres pour leur allaitement.

La méthodologie prospective de notre étude permet une minimisation du biais de mémorisation, en évitant les différents oublis à propos de la présence du père en maternité et du temps passé en peau à peau.

Elle demande par ailleurs un échantillon important, plus difficile à obtenir sur une période courte, entraînant ainsi une perte de puissance de notre étude.

Grâce à cette méthode et à un taux important de participation, nous avons pu évaluer les taux d'allaitement maternel. Ainsi parmi les mères ayant choisi initialement d'allaiter le taux d'allaitement maternel à 1 mois était élevé à 91.5 %, ainsi qu'à 3 mois à 62%. Ces données ne prennent pas en compte par ailleurs les mères ayant arrêté l'allaitement maternel en maternité. Ces taux correspondent aux données de Dégrange et al, étude effectuée en 2012 dans la même maternité (86.5% des mères poursuivait l'allaitement maternel à 1 mois, et 60% des mères à 3 mois) (45). Ce taux semble plus élevé que les dernières données nationales sur l'allaitement maternel (16,20), mais celles-ci datent de presque 10 ans. Or les efforts pour favoriser l'allaitement maternel se sont poursuivis ces dix dernières années avec notamment l'augmentation du nombre de maternité labellisée IHAB. Enfin, le label IHAB lui-même peut expliquer ces taux d'allaitement maternel plus élevé (60).

## **V. Perspectives**

### **A. Poursuivre les efforts pour intégrer le père dans la prise en charge du couple mère-enfant**

Notre étude montre un taux de présence important du père en maternité, reflétant une volonté du père de s'investir dans cette nouvelle famille et de soutenir au mieux le couple mère enfant. Il apparaît donc important de poursuivre nos efforts afin de les impliquer dans le suivi de la grossesse, les séances de préparations à la naissance et à l'allaitement maternel, et leur proposer un accueil dès l'arrivée en maternité, que ce soit en pré travail ou en post partum.

D'autre part, si les effets positifs du père se confirment sur l'allaitement maternel, il pourrait devenir intéressant pour les politiques de santé de rallonger le congé paternité afin d'augmenter l'initiation de l'allaitement et de prolonger sa durée.

### **B. Formation des pères**

Le soutien du père semble plus efficace après formations des pères (51-53). Dans notre étude, le taux de participation des pères aux séances de préparations à la naissance concernant l'allaitement maternel était très bas, reflétant possiblement une offre faible ou une offre ne correspondant pas aux attentes ou possibilités des pères. La plupart des formations se font par exemple en journée nécessitant de poser un congé pour le père. Il pourrait être intéressant de mettre en place des formations plus ciblées pour les pères. Plusieurs types de formations ont déjà montré leur efficacité : entretien individuel ou en groupe, prodigué par un personnel soignant ou des associations de pères ou de patients formés ou encore des formations en ligne (52,53,61). Les formations qui semblent être les plus efficaces sont celles se déroulant en entretien et proposant des informations sur les moyens de soutien du père pour l'allaitement maternel (51).

## CONCLUSION

En dépit d'une présence globalement importante du père en maternité, nous n'avons pas pu mettre en évidence de lien entre le taux de présence du père à la maternité et la confiance des mères primipares en leur allaitement maternel à la sortie de la maternité. Une durée d'hospitalisation prolongée, un âge maternel plus élevé et un score d'Edimbourg élevé étaient significativement associés à un score de la BSES plus faible. La validité du score de la BSES a pu être de nouveau confirmée avec un score significativement plus élevé pour une durée d'allaitement maternel plus prolongé. L'implication du père via la réalisation du peau à peau semble apporter un soutien positif pour la poursuite de l'allaitement maternel à 1 mois. Des interventions de formation pour le conjoint sont à envisager afin d'apporter un soutien efficace vis-à-vis de l'allaitement maternel, d'augmenter la confiance des mères, et les amener à prolonger leur allaitement maternel.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS | Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé [Internet]. WHO. [cité 25 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/9241592222/fr/>
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Acta Endosc.* avr 1998;28(2):151-5.
3. ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, et al. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* juill 2009;49(1):112-25.
4. Turck D, Vidailhet M, Bocquet A, Bresson J-L, Briand A, Chouraqui J-P, et al. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Arch Pédiatrie.* 1 nov 2013;20:S29-48.
5. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. [Internet]. Agency for Healthcar Research and Quality. Disponible sur: <https://www.ahrq.gov/>
6. WHO | Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality [Internet]. [cité 1 févr 2020]. Disponible sur: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/breastfeeding\\_short\\_term\\_effects/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/breastfeeding_short_term_effects/en/)
7. WHO | Long-term effects of breastfeeding: a systematic review [Internet]. [cité 1 févr 2020]. Disponible sur: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/breastfeeding\\_long\\_term\\_effects/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/breastfeeding_long_term_effects/en/)
8. Friedman NJ, Zeiger RS. The role of breast-feeding in the development of allergies and asthma. *J Allergy Clin Immunol.* juin 2005;115(6):1238-48.
9. Kim, Jeong Hee. Role of Breast-feeding in the Development of Atopic Dermatitis in Early Childhood. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2017;9(4).
10. Milk Other Than Breast Milk and the Development of Asthma in Children 3 Years of Age. A Birth Cohort Study (2006–2011). *Nutrients.* 19 nov 2018;10(11).
11. Horta et al. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis - Horta - 2015 - *Acta Paediatrica* - Wiley Online Library. *Acta Paediatr.* 2015;104:14-9.
12. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding



- in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. janv 2016;387(10017):475-90.
13. Rigourd V, Aubry S, Tasseau A, Gobalakichenane P, Kieffer F, Assaf Z, et al. Allaitement maternel : bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *J Pédiatrie Puériculture*. avr 2013;26(2):90-9.
  14. Smith J. A commentary on the carbon footprint of milk formula: harms to planetary health and policy implications. *Int Breastfeed J*. 2019;14:49.
  15. Ibanez G, Martin N, Denantes M, Saurel-Cubizolles M-J, Ringa V, Magnier A-M. Prevalence of breastfeeding in industrialized countries. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. août 2012;60(4):305-20.
  16. Salanave B, de Launay C, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012). *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. sept 2014;62:S182.
  17. Results: Breastfeeding Rates | Breastfeeding | CDC [Internet]. [cité 19 janv 2020]. Disponible sur: [https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis\\_data/results.html](https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/results.html)
  18. McAndrew F, Thompson J, Fellows L, Large A, Speed M, Renfrew MJ. Infant Feeding Survey 2010. :186.
  19. Chantry AA, Monier I, Marcellin L. Allaitement maternel (partie 1) : fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation. Recommandations pour la pratique clinique. *Rev Sage-Femme*. févr 2016;15(1):41-50.
  20. Wagner S. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. :11.
  21. Huet F, Maigret P, Elias-Billon I, Allaert FA. Identification des déterminants cliniques, sociologiques et économiques de la durée de l'allaitement maternel exclusif. *J Pédiatrie Puériculture*. août 2016;29(4):177-87.
  22. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *J Pédiatrie Puériculture*. mai 2009;22(3):112-20.
  23. Elsa R, Giugliani, Waleska T, Caiaffa. Effect of Breastfeeding Support from Different Sources on Mothers' Decisions to Breastfeed -. Perman, 1994. *J Hum Lact*. 10(3):157-61.
  24. Robert E, Swennen B, Dramaix M, Coppieters Y. Place des difficultés rencontrées lors de la mise au sein dans l'initiation et la durée d'allaitement maternel en Belgique francophone, 2015. *J Pédiatrie Puériculture*. avr 2017;30(2):47-55.
  25. Al Namir, Brady, Gallagher. Fathers and breastfeeding: Attitudes, involvement and support. *Br J Midwifery*. 2017;25(7).
  26. Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, O'Campo P, Bronner Y, Bienstock J. Dads as breastfeeding advocates: Results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *Am J Obstet Gynecol*. sept 2004;191(3):708-12.
  27. Hunter T, Cattelona G. Breastfeeding Initiation and Duration in First-Time Mothers:

- Exploring the Impact of Father Involvement in the Early Post-Partum Period. *Health Promot Perspect*. 2014;4(2):132-6.
28. Scott J, Binns C, Oddy W, Graham K. Predictors of Breastfeeding Duration: Evidence From a Cohort Study |. *Pediatrics*. 2006;
29. Emmot E, Mace R. Practical Support from Fathers and Grandmothers Is Associated with Lower Levels of Breastfeeding in the UK Millennium Cohort Study. *PLoS ONE*. 2015;10(7).
30. Noirhomme-Renard F, Close M, Gosset C. Représentations et expérience des pères « primipares » de l'allaitement maternel : lien avec la durée de l'allaitement. *J Pédiatrie Puériculture*. févr 2015;28(1):7-15.
31. deMontigny F, Gervais C, Larivière-Bastien D, St-Arneault K. The role of fathers during breastfeeding. *Midwifery*. mars 2018;58:6-12.
32. WHO | Baby-friendly Hospital Initiative [Internet]. [cité 1 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>
33. Ten steps to successful breastfeeding [Internet]. [cité 1 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals/ten-steps-to-successful-breastfeeding>
34. Initiative Hôpital Ami des Bébé - IHAB France - soutien à l'allaitement maternel [Internet]. [cité 1 févr 2020]. Disponible sur: <https://amis-des-bebes.fr/index.php>
35. Karimi FZ, Sadeghi R, Maleki-Saghooni N, Khadivzadeh T. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol*. janv 2019;58(1):1-9.
36. Moore. Randomized Controlled Trial of Very Early Mother-Infant Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding Status. *J Midwifery*. 2007;
37. Erlandsson. Skin-to-Skin Care with the Father after Cesarean Birth and Its Effect on Newborn Crying and Prefeeding Behavior. *Birth*. 2007;
38. Ekström. Breastfeeding Support from Partners and Grandmothers: Perceptions of Swedish Women. *Birth*. 2003;30:4.
39. Lewallen LP. A Review of Instruments Used to Predict Early Breastfeeding Attrition. *J Perinat Educ*. 2006;15(1):26-41.
40. Howard H, Loughlin E, Clapp-Channing, Stephen H, Gehlbach, John C, Pollard, Thomas M, McCutchen. Early termination of breast-feeding: identifying those at risk. *Pediatrics*. 1985;75;508.
41. The Timing and Predictors of the Early Termination of Breastfeeding. *Pediatrics*. 2001;107(3).
42. Dennis C-L, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health*. 1999;22(5):399-409.

43. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 84(2):191-215.
44. Rondier M. A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Paris : Éditions De Boeck Université, 2003. *Orientat Sc Prof.* 15 sept 2004;(33/3):475-6.
45. Dégrange M, Delebarre M, Turck D, Mestdagh B, Storme L, Deruelle P, et al. Les mères confiantes en elles allaitent-elles plus longtemps leur nouveau-né ? *Arch Pédiatrie.* 17 juin 2015;22:708:717.
46. Blyth. Effect of Maternal Confidence on Breastfeeding Duration: An Application of Breastfeeding Self-Efficacy Theory. *Birth.* 2002;
47. Henderson JJ, Evans SF, Straton JAY, Priest SR, Hagan R. Impact of Postnatal Depression on Breastfeeding Duration. *Birth.* 2003;30(3):175-80.
48. Jardri R, Pelta J, Maron M, Thomas P, Delion P, Codaccioni X, et al. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disord.* juill 2006;93(1-3):169-76.
49. Cox J. Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. *Br J Psychiatry.* mars 2019;214(3):127-9.
50. Mannion CA, Hobbs AJ, McDonald SW, Tough SC. Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *Int Breastfeed J.* déc 2013;8(1):4.
51. Abbass-Dick J, Brown HK, Jackson KT, Rempel L, Dennis C-L. Perinatal breastfeeding interventions including fathers/partners: A systematic review of the literature. *Midwifery.* août 2019;75:41-51.
52. Pisacane A, Continisio G, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio P. A Controlled Trial of the Father's Role in Breastfeeding Promotion |. *Pediatrics.* 2005;116(4).
53. Abbass-Dick J, Xie F, Koroluk J, Alcock Brillinger S, Huizinga J, Newport A, et al. The Development and piloting of an eHealth breastfeeding resource targeting fathers and partners as co-parents. *Midwifery.* juill 2017;50:139-47.
54. Zubaran C, Foresti K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sex Reprod Healthc.* mars 2013;4(1):9-15.
55. Barriere H, Tanguy M, Connan L, Baron C, Fanello S. Information prénatale sur l'allaitement maternel : enquête en Pays de Loire. *Arch Pédiatrie.* sept 2011;18(9):945-54.
56. Lauzon-Guillain B de, Thierry X, Bois C, Bournez M, Davisse-Paturet C, Dufourg M-N, et al. Maternity or parental leave and breastfeeding duration: Results from the ELFE cohort. *Matern Child Nutr.* 2019;15(4):e12872.
57. Âge moyen de la mère à l'accouchement | Insee [Internet]. [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390#tableau-figure1>
58. Teissedre F, Chabrol H. Étude de l'EPDS (Échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères : dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *L'Encéphale.* sept 2004;30(4):376-81.

59. Zelli P, Boussat B, Wetzel A, Ronin C, Pons J-C, Sergent F. Indications des premières césariennes dans un centre hospitalo-universitaire régional et stratégies raisonnables pour les diminuer. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* oct 2016;45(8):841-8.
60. Charkaluk M-L, Delgranche A, Kraupner S, Bourlet A. La labellisation initiative hôpital ami des bébés (IHAB) : une opportunité à saisir. *Arch Pédiatrie.* sept 2017;24(9):789-91.
61. Kuliukas et al. Process evaluation of a peer-led antenatal breastfeeding class for fathers: perceptions of facilitators and participants. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19:48.

## ANNEXE 1 : BSES

A compléter juste avant la sortie. Le ..... à .....h.....

JE PEUX TOUJOURS	Pas du tout confiante	Pas confiante	Assez confiante	Confiante	Très confiante
Tenir mon bébé confortablement pendant l'allaitement					
Positionner correctement mon bébé au sein					
Me concentrer sur la réussite d'une tétée à la fois					
Reconnaître les signes d'une bonne prise au sein					
Retirer mon bébé du sein sans douleur					
Déterminer que mon bébé prend suffisamment de lait					
Faire face avec succès à l'allaitement maternel comme je le fais avec d'autres projets délicats que j'entreprends					
Compter sur le soutien de ma famille dans ma décision d'allaiter					
Me motiver à allaiter avec succès					
Surveiller ma production de lait en faisant attention aux urines de mon bébé et à son transit intestinal					
Allaiter mon bébé sans utiliser de formule de complément					
M'assurer que la prise au sein de mon bébé est correcte pendant toute la durée de la tétée					
Gérer l'allaitement maternel de façon satisfaisante					
Réussir à allaiter même si mon bébé pleure					
Garder mon bébé éveillé au sein durant une tétée					
Maintenir ma production de lait en appliquant la règle de l'offre et la demande					
Refuser l'alimentation au biberon pendant les 4 premières semaines					
Nourrir mon bébé exclusivement au lait maternel					
Rester motivée à allaiter mon bébé					
Compter sur mes amis pour soutenir ma décision d'allaiter					
Continuer de vouloir allaiter					
Nourrir mon bébé toutes les 2-3h					
Continuer de vouloir allaiter mon bébé pendant au moins 6 mois					
Allaiter à l'aise en présence des membres de ma famille					
Etre satisfaite par mon expérience d'allaitement					
Allaiter à l'aise dans les lieux publics					
Assumer le fait que l'allaitement puisse être chronophage(preneur de temps)					
Finir de nourrir mon bébé à un sein avant de passer à un autre sein					
Continuer à allaiter mon bébé pour chaque repas					
Ressentir si mon bébé tète correctement au sein					
Accepter le fait que l'allaitement puisse temporairement être un frein à ma liberté					
Réussir à suivre les demandes d'allaitement de mon bébé					
Dire quand mon bébé a terminé la tétée.					

## ANNEXE 2: QUESTIONNAIRE

Fait le :

Etage de maternité :  2<sup>ème</sup> étage  3<sup>ème</sup> étage

Nom/ Prénom : .....

Numéros de téléphone : portable.....

Fixe : .....

Mail : .....

Date de naissance de votre enfant : .....

### Concernant LA MAMAN :

1. Quel est votre âge ? .....ans
2. Quel est votre statut marital :  mariée  concubinage/Pacsée
3. Quel est votre niveau de scolarité
  - Brevet des collèges
  - CAP, BEP
  - Baccalauréat
  - Bac +2 ou +3
  - Bac +4 ou +5
  - Supérieur à Bac+5
4. Exercez-vous une profession ?
  - Oui, emploi à temps plein (nombre d'heures par semaine : .....h)
  - Oui, emploi à temps partiel (nombre d'heures par semaine : .....h)
  - Non (sans emploi, mère au foyer ou à la recherche d'un emploi...)
5. Si oui, la reprise du travail sera
  - à temps plein
  - à temps partiel
6. Si oui, la durée de votre congé maternité après la naissance de votre enfant sera de.....semaines (nombres de semaines)
7. Avez-vous des antécédents de dépression ayant nécessité un traitement médicamenteux ?  Oui  Non
8. Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance **concernant l'allaitement maternel** ?
  - Oui, nombre de séance ....., durée de chaque séance.....
  - Non


### Concernant LE PAPA:


1. Quel est votre âge ? ..... ans
2. Quel est votre niveau de scolarité
  - Brevet des collèges
  - CAP, BEP
  - Baccalauréat
  - Bac +2 ou +3
  - Bac +4 ou +5
  - Supérieur à Bac+5
3. Exercez-vous une profession ?
  - Oui, emploi à temps plein (nombre d'heures par semaine : .....h)
  - Oui, emploi à temps partiel (nombre d'heures par semaine : .....h)
  - Non (sans emploi, mère au foyer ou à la recherche d'un emploi...)
4. Avez-vous déjà des enfants ?
  - Oui  Non
5. Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance **concernant l'allaitement maternel** ?
  - Oui, nombre de séance ....., durée de chaque séance.....
  - Non


### Concernant votre enfant :

1. Votre enfant est :  une fille  un garçon
  2. A quel terme est né votre enfant ?
    - entre 37 et 41semaines d'aménorrhées
    - à un terme supérieur ou égal à 41 semaines
  3. Quel est le poids de naissance de votre enfant ?
    - entre 2.400 kg et 3.000kg  plus de 3.000kg
  4. Votre enfant est né
    - Par voie basse  par césarienne
  5. Si votre enfant est né par voie basse, a-t-il nécessité une extraction instrumentale par ventouse ou par Forceps ?  Oui  Non
  6. Si votre enfant est né par césarienne :
    - S'agissait-il d'une césarienne programmée ?  Oui  Non
- De quel type d'anesthésie avez-vous bénéficié ?  péridurale/rachi  anesthésie générale

# ANNEXE 3 : CALENDRIER DU PERE

Date :		7h	8	9	10	11	Midi	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Nuit	1	2	3	4	5	6
papa est là																									
peau à peau avec papa																									





Large empty rectangular box for notes.

## ANNEXE 4 : ECHELLE D'EDIMBOURG



Avec un nouveau bébé,  
la vie n'est pas toujours rose.

*Soulignez la réponse qui correspond le plus précisément  
à vos sentiments depuis les sept derniers jours.*

1. **J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.**  
Aussi souvent que d'habitude  
Pas tout à fait autant  
Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci  
Absolument pas
2. **Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.**  
Autant que d'habitude  
Plutôt moins que d'habitude  
Vraiment moins que d'habitude  
Pratiquement pas
3. **Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal\*.**  
Oui, la plupart du temps  
Oui, parfois  
Pas très souvent  
Non, jamais
4. **Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.**  
Non, pas du tout  
Presque jamais  
Oui, parfois  
Oui, très souvent
5. **Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons\*.**  
Oui, vraiment souvent  
Oui, parfois  
Non, pas très souvent  
Non, pas du tout
6. **J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements\*.**  
Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations  
Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude  
Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations  
Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude
7. **Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil\*.**  
Oui, la plupart du temps  
Oui, parfois  
Pas très souvent  
Non, pas du tout
8. **Je me suis sentie triste ou peu heureuse\*.**  
Oui, la plupart du temps  
Oui, très souvent  
Pas très souvent  
Non, pas du tout
9. **Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré\*.**  
Oui, la plupart du temps  
Oui, très souvent  
Seulement de temps en temps  
Non, jamais
10. **Il m'est arrivé de penser à me faire du mal\*.**  
Oui, très souvent  
Parfois  
Presque jamais  
Jamais



**AUTEUR : Nom : Moyart**

**Prénom : Marie**

**Date de Soutenance : 20 mars 2020**

**Titre de la thèse : La présence du père en maternité a-t-elle un effet sur la confiance des mères primipares ayant choisi l'allaitement maternel ?**

**Mots-clés : BSES, père, allaitement maternel, primipares**

**Résumé :**

**Contexte :** Le soutien du père ainsi que la confiance de la mère en son allaitement sont reconnus comme des facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel. L'échelle BSES est une échelle validée permettant d'évaluer la confiance des mères en leur allaitement maternel. Un score élevé de la BSES est associé à une durée d'allaitement maternel prolongée. Le but de cette étude était d'évaluer l'impact de la présence du père en maternité en recherchant un lien entre le taux de présence du père en maternité et le score BSES des mères primipares ayant choisi l'allaitement maternel.

**Méthodes :** Etude monocentrique prospective au CHU de Lille, maternité de niveau 3, labélisée IHAB, de mars à septembre 2019. Un questionnaire était distribué en maternité aux mères primipares ayant choisi l'allaitement maternel. Les mères étaient recontactées à 1 mois et à 3 mois pour le suivi de l'allaitement maternel.

**Résultats :** Pour une population source estimée à 900 mères, 152 mères d'âge médian de 30 ans ont pu être analysées. Le taux de présence médian du père était de 81%, IQR (64.5 - 94). Le score BSES médian était de 109/165, IQR (94 - 120). Il n'a pas été mis en évidence d'association significative entre le taux de présence du père et le score de la BSES. On retrouvait une corrélation significative mais très faiblement négative à  $-0.17$  ( $p=0.03$ ) entre le temps de peau à peau paternel et le score de la BSES. L'âge maternel ( $p=$ , 0.002), la durée d'hospitalisation ( $p=0.01$ ) et le score d'Edimbourg ( $p<0.001$ ) étaient associés à un score plus faible de la BSES. Un score plus élevé de la BSES était significativement associé à un allaitement maternel plus prolongé ( $p=0.01$ ). Une durée importante de peau à peau paternel était significativement associée à une poursuite de l'allaitement maternel à 1 mois ( $p=0.04$ ). La participation des pères aux séances de préparation anténatale concernant l'allaitement maternel était faible (27%). Le taux d'allaitement maternel global à 1 mois était de 91.5% et à 3 mois de 62%.

**Conclusion :** En dépit d'une présence importante du père en maternité, nous n'avons pas pu mettre en évidence de lien entre le taux de présence du père à la maternité et la confiance des mères primipares en leur allaitement. Des interventions de formations pour le conjoint sont à envisager afin d'apporter un soutien efficace vis-à-vis de l'allaitement maternel, d'augmenter la confiance des mères, et les amener à prolonger leur allaitement maternel.

**Composition du Jury :**

**Président**

**Monsieur le Professeur Patrick Truffert**

**Assesseurs**

**Monsieur le Professeur Damien Subtil**

**Monsieur le Professeur Dominique Turck**

**Directeur de Thèse**

**Monsieur le Docteur Thameur Rakza**