



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Impact du premier confinement lié à la pandémie
« COVID-19 » en maternité sur le suivi de l'allaitement des primipares
Étude analytique prospective réalisée dans une maternité de niveau III**

Présentée et soutenue publiquement
le 17 septembre 2021 à 18 heures au Pôle Formation

par Audrey COSSART

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Patrick TRUFFERT

Asseseurs :

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.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHU	Centre hospitalier universitaire
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
COVID-19	Coronavirus disease 2019
ENP	Enquête nationale périnatale
EPIFANE	Epidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie
HAS	Haute Autorité de santé
IC	Intervalle de confiance
IHAB	Initiative Hôpital ami des bébés
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ORSAN	Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles
PRADO	Programme d'accompagnement du retour à domicile
RR	Risque relatif
T2A	Tarifcation à l'activité
SA	Semaine d'aménorrhée
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	1
INTRODUCTION	3
I. Organisation du séjour en maternité avant le confinement	3
A. Durée de séjour en maternité	3
1. Durée de séjour standard en maternité :	3
2. Sortie précoce de maternité :	5
3. Durée moyenne de séjour en maternité en France :	6
4. Durée de séjour en maternité à l'étranger :	6
5. Diminution de la durée de séjour en maternité :	6
6. Durée optimale de séjour en maternité :	7
B. Place du père, visites des proches, passages des soignants	8
II. Organisation de la maternité au cours du premier confinement	8
A. Crise sanitaire liée au SARS-CoV-2	8
B. Confinement lié à la crise sanitaire sur le plan national	9
C. Protocole adopté à la maternité Jeanne de Flandre	9
D. Situation inédite	10
III. Objectifs de l'étude	11
MATÉRIELS ET MÉTHODES	12
I. Déroulement de l'étude	12
A. Type d'étude	12
B. Périodes d'étude	12
C. Populations de l'étude	13
D. Méthodes de recueil des données	14
1. Pour le groupe 1 :	14
2. Pour le groupe 2 :	15
E. Questionnaires de l'étude	15
1. Questions communes pour les groupes 1 et 2 :	15
2. Questions spécifiques pour le groupe 2 :	17
II. Méthodes d'analyse statistique	18
III. Considérations éthiques et légales	18
RÉSULTATS	19
I. Flow chart	19
A. Flow chart du groupe 1	19
B. Flow chart du groupe 2	20
C. Flow chart des groupes 1 et 2 AM	21
II. Populations de l'étude	22

A.	Description du groupe 1	22
1.	Profil des mères :	22
2.	Profil des pères :	23
3.	Profil des enfants et mode d'accouchement :	23
B.	Description du groupe 2 AM	24
1.	Profil des mères :	24
2.	Profil des pères :	26
3.	Profil des enfants et mode d'accouchement :	26
C.	Description du groupe 2 AA	27
1.	Profil des mères :	27
2.	Profil des pères :	29
3.	Profil des enfants et mode d'accouchement :	30
D.	Comparaison entre le groupe 1 et le groupe 2 AM	30
1.	Profil des parents, des enfants et mode d'accouchement :	30
2.	Séjour en maternité et suivi au cours des trois premiers mois :	32
E.	Comparaison entre le groupe 2 AM et le groupe 2 AA	32
1.	Profil des parents, des enfants et mode d'accouchement :	32
2.	Séjour en maternité et suivi au cours des trois premiers mois :	35
F.	Populations non incluses et exclues	35
III.	Mode d'alimentation	36
A.	Alimentation à la sortie de la maternité	36
B.	Alimentation à la fin du premier mois de l'enfant	36
C.	Alimentation à la fin du troisième mois de l'enfant	37
IV.	Choix de l'alimentation	38
A.	Choix de l'alimentation par du lait artificiel à la sortie de la maternité	38
B.	Motifs d'arrêt de l'alimentation par du lait maternel	39
1.	Au cours du premier mois de l'enfant :	39
2.	Au cours du deuxième ou du troisième mois de l'enfant :	40
3.	Impact de l'organisation restrictive de la maternité :	41
V.	Sortie précoce	42
A.	Taux de sortie précoce	42
B.	Souhait, motivations et regret d'une sortie précoce	42
C.	Mode d'alimentation et sortie précoce	43
D.	Etat psychique des mères et sortie précoce	44
VI.	Etat psychique des mères	44
A.	Echelle d'Edimbourg	44
B.	Niveau d'anxiété	46

VII. Place du père	47
A. Temps de présence du père en maternité.....	47
1. Mode d'alimentation et temps de présence du père :	48
2. Etat psychique des mères et temps de présence du père :	48
B. Peau à peau du père avec l'enfant en maternité	49
1. Mode d'alimentation et peau à peau du père en maternité :	50
2. Etat psychique des mères et peau à peau du père en maternité :	50
VIII. Satisfaction des mères vis-à-vis de leur maternité	51
DISCUSSION	52
I. Mode d'alimentation des nourrissons pendant le confinement	52
II. Organisation de la maternité pendant le confinement	56
A. Sortie précoce	56
B. Temps de présence du père en maternité.....	59
C. Visites des proches en maternité	61
D. Séances de préparation à la naissance	61
III. Etat psychique des mères pendant le confinement	62
A. Influence de la période « COVID-19 » sur l'état psychique	62
B. Influence de l'état psychique des mères sur le mode d'alimentation	63
IV. Forces et limites de l'étude	65
A. Forces de l'étude.....	65
B. Limites de l'étude	65
V. Perspectives	66
CONCLUSION	67
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	68
ANNEXES	71

RÉSUMÉ

Contexte : La fin d'année 2019 a été marquée par l'apparition d'un nouveau virus à l'origine d'une crise sanitaire qualifiée de pandémie le 11 mars 2020. La circulation de ce virus, nommé SARS-CoV-2, a conduit à un confinement national du 17 mars au 11 mai 2020. Une organisation restrictive a dû être adoptée à la maternité Jeanne de Flandre au CHU de Lille : confinement strict en chambre, temps de présence du père limité, visites interdites. Les sorties précoces se sont multipliées. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact de cette organisation restrictive sur la poursuite de l'allaitement des primipares à trois mois.

Méthode : Etude épidémiologique analytique, observationnelle, prospective, de cohorte, comparative de type exposée / non exposée au confinement, monocentrique à la maternité Jeanne de Flandre, au cours de deux périodes d'études (2019, 2020), avec effectifs analysés de 139 mères allaitantes et de 237 mères dont 178 allaitantes.

Résultats : Le taux de mères ayant poursuivi l'alimentation par du lait maternel était similaire avant et pendant le confinement à un mois (91,4 % et 86,5 %, $p = 0,18$) et à trois mois (62,5 % et 63,2 %, $p = 0,91$). Le taux d'allaitement chez les primipares était de 75,1 % à la sortie de la maternité pendant le confinement. La sortie précoce concernait 46,8 % des primipares pendant le confinement et n'avait pas eu d'impact négatif ni sur le mode d'alimentation à un mois ($p = 0,22$) ni sur l'état psychique des mères ($p = 0,74$). Le faible temps de présence du père en maternité était significativement associé à un état psychique altéré chez les mères ($p = 0,036$), sans influence sur le mode d'alimentation à un mois ($p = 0,18$). L'état psychique des mères était altéré pendant le confinement ($p = 0,047$).

Conclusion : L'organisation restrictive imposée à la maternité Jeanne de Flandre pendant le confinement n'a pas eu d'impact négatif sur la poursuite de l'allaitement des primipares à trois mois. La sortie précoce pourrait être proposée y compris aux mères primipares, sous réserve d'une durée de séjour optimale et d'un suivi post-natal organisé. La présence du père en maternité est importante. La place des visites reste à définir. En perspective, il serait intéressant d'étudier si la présence parentale au domicile prolongée (télétravail, chômage partiel) a été protectrice de l'allaitement.

INTRODUCTION

I. Organisation du séjour en maternité avant le confinement

A. Durée de séjour en maternité

La Haute Autorité de santé (HAS) a défini en 2014 une durée de séjour en maternité « standard » après un accouchement par voie basse et après un accouchement par césarienne. La sortie est qualifiée de « précoce » si elle a lieu avant cette durée de séjour « standard » (1).

1. Durée de séjour standard en maternité :

La durée de séjour « standard » a été définie comme une durée d'hospitalisation :

- De 72 heures à 96 heures après un accouchement par voie basse.
- De 96 heures à 120 heures après un accouchement par césarienne.

Il existe plusieurs critères pour autoriser un retour à domicile après une durée d'hospitalisation dite « standard ». Ils concernent d'une part la mère et d'autre part le nouveau-né. Ils définissent un « bas risque » médical, psychique et social (1).

Les critères pour définir le bas risque chez la mère sont : absence de situation de vulnérabilité psychique (instabilité psychique, antécédents de dépression du post-partum, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale...), sociale (mineure, précarité, logement non adéquat...), de conduites d'addiction et de dépendances sévères ;

soutien familial et/ou social adéquat ; absence de pathologie chronique mal équilibrée ; absence de complications ou de pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu ; si hémorragie du post-partum immédiat, celle-ci a été contrôlée et traitée (si nécessaire) ; absence d'infection évolutive ou de signes d'infection ; absence de signes thromboemboliques ; douleur contrôlée ; instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité.

Les critères pour définir le bas risque chez le nouveau-né sont : nouveau-né à terme supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée (SA), singleton et eutrophe ; examen clinique normal (dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire inférieure à 60/min, fréquence cardiaque supérieure à 90 et inférieure à 170/min au repos) réalisé impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie ; température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C ; alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins deux tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi ; perte de poids inférieure à 8 % par rapport au poids de naissance ; absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (groupes à bas risque d'ictère sévère et risque intermédiaire bas définis selon les courbes de référence utilisées) ; absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques/bactériologiques récupérés et négatifs ; dépistages néonataux réalisés à la maternité ; suivi post-partum après la sortie planifié : un rendez-vous avec le professionnel référent du suivi dans les 48 heures suivant la sortie, sinon dans la semaine.

2. Sortie précoce de maternité :

La sortie de maternité est dite « précoce » si elle a lieu :

- Avant 72 heures pour un accouchement par voie basse.
- Avant 96 heures pour un accouchement par césarienne.

Pour permettre une sortie précoce de maternité, la mère et son nouveau-né doivent remplir les critères de durée d'hospitalisation « standard » préalablement listés et doivent également remplir des critères supplémentaires (1).

Les critères supplémentaires pour une sortie précoce concernant la mère sont : absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat (pertes sanguines estimées supérieures à 1500 cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales) ; accord de la mère ou du couple.

Les critères supplémentaires pour une sortie précoce concernant le nouveau-né sont : nouveau-né à terme supérieur ou égal à 38 SA, singleton et eutrophe ; Apgar supérieur ou égal à 7 à 5 minutes ; examen clinique normal (dont stabilité des fonctions vitales) le jour de la sortie ; alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins deux tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions spontanées des selles, transit établi ; absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (uniquement groupe à bas risque d'ictère sévère défini selon les courbes de référence utilisées) ; vitamine K1 donnée ; dépistages néonataux prévus ; suivi post-partum après la sortie organisé : première visite prévue dans les 24 heures après la sortie de maternité.

A la maternité de l'hôpital Jeanne de Flandre au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille, la sortie précoce n'était pas encouragée s'il s'agissait d'un premier allaitement, si la mère était primipare ou si elle n'avait pas passé au moins deux nuits en maternité.

3. Durée moyenne de séjour en maternité en France :

Selon les données rassemblées par l'Enquête nationale périnatale (ENP) en 2010 puis en 2016, la durée moyenne de séjour en maternité était de 4 jours \pm 1,2 en 2010 et de 3,6 jours \pm 1 en 2016 pour un accouchement par voie basse et de 5,4 jours \pm 1,2 en 2010 et de 4,8 jours \pm 1,2 en 2016 pour un accouchement par césarienne (2).

4. Durée de séjour en maternité à l'étranger :

La durée de séjour en maternité est plus courte dans de nombreux pays industrialisés par rapport à la France. Selon le panorama de la santé 2013 de l'OCDE (organisation de coopération et de développement économiques), la durée moyenne de séjour pour un accouchement normal en 2011 était de 4,2 jours en France. Elle était de 4,1 jours en Belgique, de 3,4 jours en Italie, de 3,1 jours en Allemagne, de 2,5 jours en Espagne, de 2,0 jours en Irlande et aux Etats-Unis, de 1,7 jours au Canada et de 1,6 jours au Royaume-Uni (3).

5. Diminution de la durée de séjour en maternité :

Nous constatons depuis plusieurs années une diminution de la durée de séjour en maternité en France. Il s'agit même d'une proposition faite par l'Assurance maladie lors d'un rapport remis à son conseil d'administration afin d'améliorer la qualité des soins et d'en réduire les coûts.

Plusieurs facteurs ont contribué à la baisse de la durée de séjour en maternité :

- Le changement du mode de financement des hôpitaux avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2007 : perception par les établissements d'une rémunération basée sur le volume d'activité incitant ces établissements à diminuer la durée de séjour au profit de l'accueil d'un plus grand nombre de patients.
- La baisse du nombre de maternités depuis les années 1980 : éloignement du domicile, manque de lits.
- La mise en place, dans certaines maternités, d'un programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) instauré par l'Assurance maladie en 2010 : proposition d'un suivi post-natal par un réseau de sages-femmes libérales, pris en charge à 100 % jusqu'au 12^{ème} jour suivant l'accouchement.
- La volonté des mères et des familles : milieu familial plus confortable et chaleureux, souhait d'éviter une médicalisation.

6. Durée optimale de séjour en maternité :

La durée optimale de séjour en maternité est fonction de l'organisation de la sortie, du suivi médical et de l'accompagnement ultérieur. En France, le nombre de femmes présentant des difficultés en post-partum est compris entre 15 et 35 % et ne serait pas lié à la durée de séjour en maternité pour les trois quarts d'entre elles (1).

Les recommandations établies par la HAS en 2014 insistent sur la nécessité d'organiser le suivi des femmes et des nouveau-nés après la sortie de maternité avec si possible une anticipation pendant la période anténatale. La continuité des soins doit être assurée (fiche de liaison, premier rendez-vous après la sortie planifié, contacts

téléphoniques identifiés...). Un professionnel référent de maternité et un professionnel référent du suivi doivent être identifiés. Le travail en réseau et l'utilisation des ressources de santé disponibles au niveau local sont à privilégier (1).

Pour une durée de séjour standard, la première visite est réalisée dans la semaine suivant la sortie et si possible dans les 48 heures. En cas de sortie précoce, cette première visite doit être réalisée dans les 24 heures suivant la sortie de maternité, la sortie étant différée si cette visite n'est pas possible (1).

B. Place du père, visites des proches, passages des soignants

Avant la période du confinement liée à la crise sanitaire, les pères avaient accès à la maternité sans restriction, les visites des proches étaient permises l'après-midi et les soignants n'avaient pas à limiter le nombre de passages en chambre.

II. Organisation de la maternité au cours du premier confinement

A. Crise sanitaire liée au SARS-CoV-2

Le SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2), nouveau virus de la famille des coronavirus, a été à l'origine d'une maladie infectieuse émergente apparue fin 2019 en Chine et nommée « COVID-19 » (coronavirus disease 2019) par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ce virus a entraîné une crise sanitaire majeure qualifiée de « pandémie » le 11 mars 2020 par l'OMS.

Des premiers cas de « COVID-19 » ont été recensés en France métropolitaine à partir du 24 janvier 2020. Le plan ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles) consacré aux risques épidémiques et biologiques, a été déclenché en France le 23 février 2020. Il comporte quatre stades. Le stade trois, correspondant à une circulation active du virus sur le territoire avec nécessité d'atténuer les effets de la pandémie, a été déclaré le 14 mars 2020.

B. Confinement lié à la crise sanitaire sur le plan national

L'expansion des cas de « COVID-19 » a amené le gouvernement à mettre en place un ensemble de politiques de restrictions des contacts humains et des déplacements. Le Président de la République annonçait l'interdiction de déplacements en France dans la soirée du 16 mars 2020 : déplacements réduits au strict nécessaire (avec motifs autorisés), travail à distance favorisé, réunions familiales/amicales non permises. La période dite de « confinement à domicile » prenait effet le 17 mars et s'achevait le 11 mai 2020. Des sanctions étaient prévues en cas d'infraction à la règle.

C. Protocole adopté à la maternité Jeanne de Flandre

Suite à l'annonce d'interdiction de déplacements, la maternité de l'hôpital Jeanne de Flandre au CHU de Lille, tout comme l'ensemble des maternités de France, a été contrainte d'adopter une nouvelle organisation, les principales mesures étant :

- Le confinement en chambre de la mère après son accouchement avec sortie de la chambre non autorisée quel que soit le motif.

- Le temps de présence du père restreint aux 24 premières heures suivant l'accouchement avec confinement strict en chambre, toute sortie de la chambre étant définitive.
- L'interdiction des visites des proches.

Des gardiens filtraient les accès à l'hôpital, surveillaient les différents étages de la maternité et aidaient les équipes soignantes à faire respecter les consignes.

Plusieurs mères ont fait part aux équipes soignantes du caractère difficile de la situation, en particulier suite au départ du conjoint, ce qui a conduit à autoriser des sorties plus précoces qu'à l'ordinaire.

Ces mesures ont été assouplies après l'annonce du « déconfinement » le 11 mai 2020 : pères autorisés à rester tout au long du séjour, confinement en chambre moins strict, visites de la fratrie autorisées.

D. Situation inédite

Cette situation (confinement en chambre, restriction du temps de présence du père, interdiction des visites, sortie précoce des primipares...) absolument inédite dans l'histoire de la maternité de l'hôpital Jeanne de Flandre et les nombreuses questions qu'elle soulevait au sein des équipes, nous ont conduit à initier cette étude.

III. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact de l'organisation restrictive de la maternité Jeanne de Flandre pendant le premier confinement lié à la pandémie « COVID-19 » sur la poursuite de l'allaitement des primipares à trois mois.

Les principaux objectifs secondaires portaient sur :

- Le choix du mode d'alimentation en maternité et les raisons d'arrêt de l'alimentation par du lait maternel au cours du suivi.
- La sortie précoce de la maternité et ses répercussions éventuelles sur le mode d'alimentation de l'enfant et sur l'état psychique des mères.
- Le temps de présence limité du père en maternité et ses répercussions éventuelles sur le mode d'alimentation de l'enfant et sur l'état psychique des mères.
- L'état psychique des mères pendant la crise sanitaire.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Déroulement de l'étude

A. Type d'étude

Notre étude était épidémiologique, analytique, observationnelle, prospective, de cohorte, comparative de type exposée / non exposée au cours de deux périodes d'étude. Elle était monocentrique et se déroulait à la maternité de l'hôpital Jeanne de Flandre au CHU de Lille.

B. Périodes d'étude

La première période d'étude composant le groupe 1 (ou non exposé) s'étendait du 15 mars au 15 septembre 2019, dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine (4). La deuxième période d'étude composant le groupe 2 (ou exposé) s'étendait du 16 mars au 10 mai 2020.

La différence majeure entre ces deux périodes d'étude correspondait à la période du confinement. Les mères du groupe 2 ont été exposées à une organisation de la maternité restrictive (confinement strict en chambre, départ du père après 24 heures, absence de visites des proches...) contrairement à celles du groupe 1.

C. Populations de l'étude

Les critères d'inclusion étaient :

- Les femmes primipares ayant accouché à la maternité de l'hôpital Jeanne de Flandre au cours des périodes d'étude.

Les critères de non-inclusion étaient :

- La séparation mère/nouveau-né au cours du séjour.
- Les grossesses multiples.
- Le poids de naissance inférieur à 2400 grammes.
- Le terme de naissance inférieur à 37 SA.
- La mauvaise compréhension de la langue française par la mère.
- Le choix d'une alimentation mixte dès la naissance pour le groupe 1 ; le choix d'une alimentation artificielle exclusive à la sortie de la maternité pour le groupe 1.
- Les mères n'ayant pas remis leur questionnaire à la sortie de la maternité pour le groupe 1 ; les mères n'ayant pas répondu au questionnaire initial pour le groupe 2.

Les mères de nouveau-nés hospitalisés au sein de l'unité « Kangourou » de la maternité, en dehors des situations de prématurité (terme inférieur à 37 SA) ou d'hypotrophie fœtale (poids inférieur à 2400 grammes), étaient incluses dans l'étude.

Les critères d'exclusion étaient :

- Les questionnaires comprenant plusieurs données manquantes.

Afin de faciliter la lecture de notre étude, nous avons choisi d'utiliser :

- La dénomination « **groupe 1** » pour désigner la population du groupe 1 (non exposé au confinement) ; cette population ne comprenait que des femmes ayant choisi une alimentation par du lait maternel à la sortie de la maternité (de façon exclusive ou partielle).
- La dénomination « **groupe 2** » pour désigner la population du groupe 2 (exposé au confinement) dans son ensemble ; celle-ci a été répartie en « **groupe 2 AM** » pour désigner les femmes du groupe 2 ayant choisi une alimentation par du lait maternel à la sortie de la maternité (de façon exclusive ou partielle) et en « **groupe 2 AA** » pour désigner celles ayant choisi une alimentation artificielle exclusive à la sortie de la maternité.

D. Méthodes de recueil des données

1. Pour le groupe 1 :

Un questionnaire était remis aux mères ayant choisi une alimentation maternelle exclusive au cours des 24 heures suivant la naissance. Les mères déposaient le questionnaire rempli à l'accueil de la maternité au moment de la sortie. Toutes les mères éligibles n'ont pas reçu de questionnaire et seul un échantillon aléatoire a été pris en compte. Le taux de mères non répondantes n'a pas été comptabilisé.

Les mères qui avaient donné leur consentement oral étaient ensuite contactées par mail et/ou par téléphone à un et à trois mois après la naissance afin de s'enquérir du mode d'alimentation de leur enfant.

2. Pour le groupe 2 :

Un questionnaire élaboré sur l'application « Google Forms » ainsi qu'une lettre d'information étaient adressés aux mères éligibles par mail à la fin du premier mois suivant la naissance de leur enfant. Les questionnaires ne pouvaient pas nous être retournés s'ils étaient incomplets. Un contact téléphonique était établi en cas de non-retour du questionnaire afin d'informer les mères de l'étude.

Les mères qui avaient donné leur consentement et qui poursuivaient une alimentation par du lait maternel étaient recontactées par mail et/ou par téléphone au troisième mois de l'enfant afin de s'enquérir de son mode d'alimentation.

E. Questionnaires de l'étude

1. Questions communes pour les groupes 1 et 2 :

Les données maternelles comprenaient : l'âge, le statut marital, le niveau de scolarité, le temps de travail hebdomadaire, les antécédents de dépression, le tabagisme, la participation à des séances de préparation à la naissance concernant l'allaitement, la préférence de la mère de la patiente concernant l'alimentation de l'enfant, les modalités de reprise du travail et le temps de présence en maternité.

Les données paternelles comprenaient : l'âge, l'existence d'un enfant issu d'une précédente union, le niveau de scolarité, le temps de travail hebdomadaire, la participation à des séances de préparation à la naissance concernant l'allaitement, leur préférence concernant l'alimentation de l'enfant, le temps de présence en maternité et la réalisation de séances de peau à peau avec le nouveau-né.

Les données néonatales comprenaient : le sexe, le terme, le poids de naissance et les modalités d'accouchement (travail, voie d'accouchement, type d'anesthésie).

Le mode et les modalités d'alimentation de l'enfant étaient recueillis à la sortie de la maternité, à la fin du premier et du troisième mois. Nous distinguons trois types d'alimentation au cours de l'étude :

- L'alimentation par du lait maternel de façon exclusive qui comprenait l'alimentation au sein, l'alimentation par du lait maternel tiré (au biberon ou par un dispositif d'aide à la lactation), l'alternance entre les mises au sein et les prises de lait maternel tiré.
- L'alimentation par du lait maternel de façon partielle qui comprenait une alimentation par du lait artificiel en plus du lait maternel, quelle que soit la modalité d'administration du lait maternel (sein, biberon, dispositif d'aide à la lactation).
- L'alimentation par du lait artificiel de façon exclusive.

Lors de la première prise de contact avec les mères, l'échelle de dépression du post-partum d'Edimbourg était remplie. Il s'agit d'un outil de dépistage des mères souffrant d'une dépression du post-partum (5). Cette échelle est majoritairement utilisée à partir de la quatrième semaine suivant l'accouchement mais peut également l'être dès les premiers jours avec une corrélation significative des résultats quelle que soit la période choisie (6). Elle est composée d'un auto-questionnaire de 10 items, chaque item étant coté de 0 à 3 selon la sévérité des symptômes. Le total est calculé en additionnant les résultats des items avec un score pouvant être compris entre 0 et 30. Nous avons réparti la population en trois groupes (7) (8) :

- Score \leq à 10 : non en faveur d'une dépression du post-partum.
- Score entre 11 et 13 : en faveur d'une dépression du post-partum.
- Score $>$ à 13 : en faveur d'une dépression sévère du post-partum.

2. Questions spécifiques pour le groupe 2 :

Nous avons questionné les mères sur la sortie précoce de maternité : souhait, motivations, regret. La sortie était dite précoce si elle survenait avant 72 heures après un accouchement par voie basse et avant 96 heures après une césarienne (1).

Nous avons interrogé les mères sur le choix de l'alimentation du nouveau-né à la maternité (contre-indication à l'allaitement, impact de la crise sanitaire sur le choix) et sur les raisons du passage à une alimentation artificielle exclusive au cours des trois premiers mois de l'enfant. Le questionnaire différait selon le mode d'alimentation qu'avait choisi la mère à la sortie de la maternité, ce dernier étant renseigné dans les dossiers médicaux par les pédiatres le jour de la sortie.

Nous avons déterminé leur statut vaccinal concernant la grippe et l'intérêt porté à une éventuelle vaccination contre le SARS-CoV-2 si elle venait à exister (absence de vaccination disponible au moment de l'étude).

Nous avons demandé aux mères d'estimer leur niveau d'anxiété avant et pendant la crise sanitaire en utilisant une échelle d'auto-évaluation allant de 0 (niveau minimal) à 10 (niveau maximal). Nous avons réparti la population en trois groupes (9) (10) (11) :

- Inférieur à 3 : niveau d'anxiété minimal.
- De 4 à 6 : niveau d'anxiété intermédiaire.
- Supérieur à 6 : niveau d'anxiété important.

Nous avons souhaité savoir si les femmes recommanderaient la maternité de l'hôpital Jeanne de Flandre à leur entourage.

Les questionnaires distribués aux groupes 1 et 2 ainsi que la lettre d'information du groupe 2 sont consultables en annexe. (Annexes I, II, III et IV).

II. Méthodes d'analyse statistique

Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquences et de pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type. La normalité des distributions a été vérifiée graphiquement et à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Les variables qualitatives ont été comparées entre deux ou trois groupes à l'aide du test du Chi-deux (ou le test exact de Fisher en cas d'effectif théorique < 5) et les variables ordinales ont été comparées entre deux groupes à l'aide du test de Cochran-Armitage ou entre trois groupes à l'aide du test de Cochran-Mantel-Haenszel. L'âge des parents a été comparé entre deux groupes à l'aide du test t de Student. Le niveau de significativité a été fixé à 5 %.

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4) par les biostatisticiens du CHU de Lille.

III. Considérations éthiques et légales

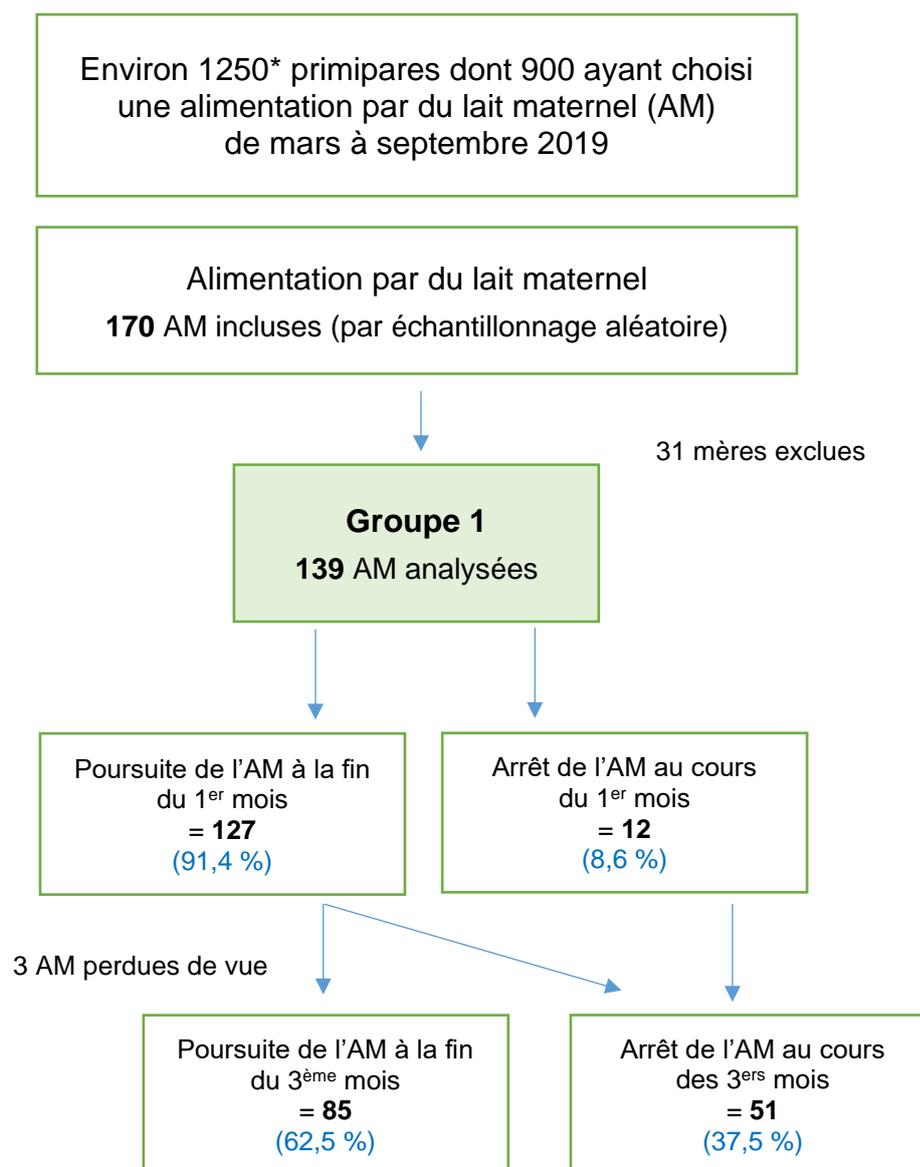
Le fichier de données utilisé a été déclaré à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) sous le numéro 639/2020.

La non opposition des mères concernant l'utilisation des données a été recueillie oralement et/ou par le biais d'une lettre d'information.

RÉSULTATS

I. Flow chart

A. Flow chart du groupe 1



* Données transmises par le Département de gestion de l'information et de la documentation de Jeanne de Flandre.

Figure 1 : Flow chart du groupe 1.

B. Flow chart du groupe 2

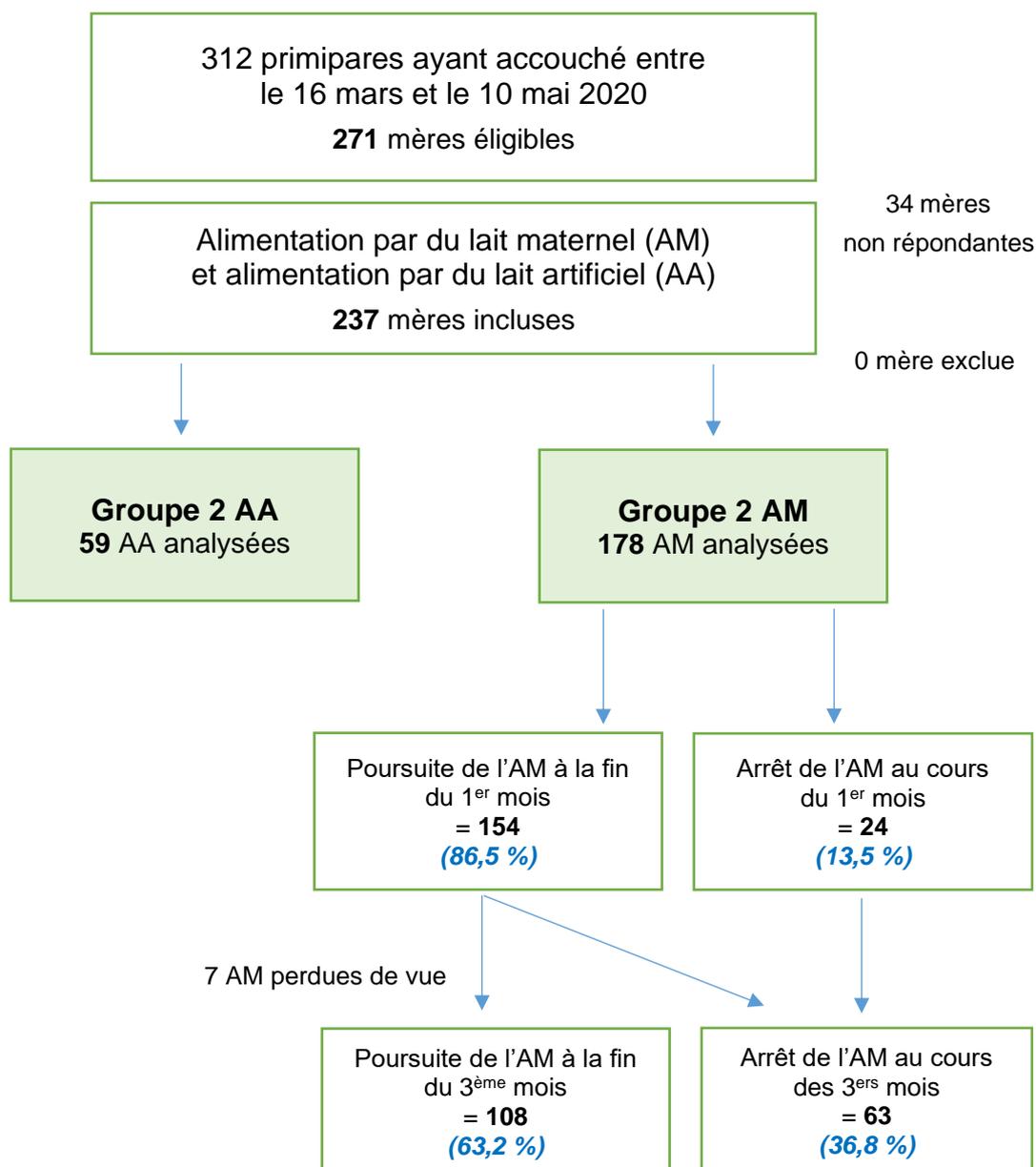


Figure 2 : Flow chart du groupe 2.

C. Flow chart des groupes 1 et 2 AM

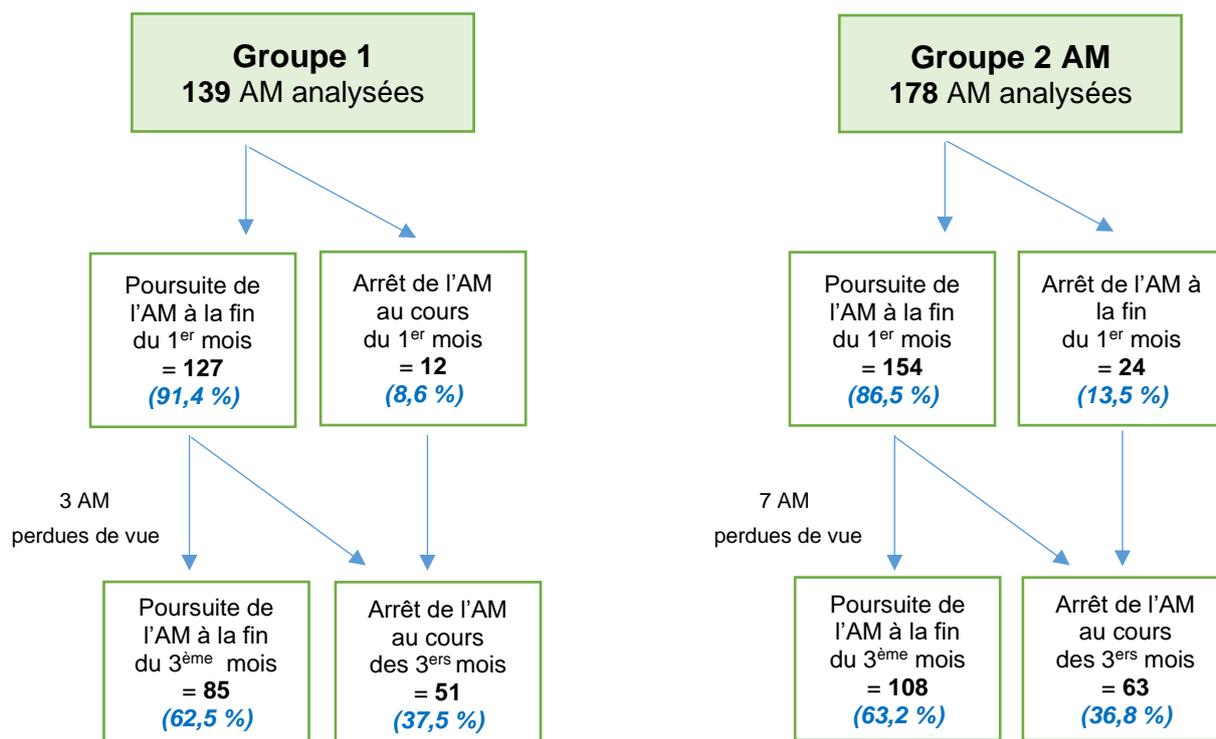


Figure 3 : Flow chart du suivi de l'alimentation des groupes 1 et 2 AM.

II. Populations de l'étude

A. Description du groupe 1

1. Profil des mères :

Le groupe 1 comprenait 139 mères. La moyenne d'âge était de 30,1 ans \pm 4,5. Les femmes étaient pour la plupart mariées (33,8 %), en concubinage ou pacsées (64,0 %). Leur niveau d'étude était surtout compris entre 1 et 5 années après l'obtention du baccalauréat (64,2 %). Elles exerçaient une profession rémunérée dans 80,3 % des cas. Nous comptons 75,4 % de femmes ayant participé à des séances de préparation à la naissance concernant l'allaitement. (Tableau 1)

Tableau 1 : Description du groupe 1 – profil des mères.

Profil des mères		Groupe 1
Effectif n		139
Age (ans)	Moyenne (min/max)	30,1 (20/45)
	Ecart-type	\pm 4,5
	Médiane (IQR)	30 (27 ; 32)
Statut marital n (%)	Mariée	46 (33,8)
	Concubinage ou Pacsée	87 (64,0)
	Célibataire	3 (2,2)
Niveau d'étude n (%)	Brevet des collèges	1 (0,7)
	CAP/BEP	10 (7,5)
	Baccalauréat	17 (12,7)
	Baccalauréat +1, +2, +3	43 (32,1)
	Baccalauréat +4, +5	43 (32,1)
	Baccalauréat +6 et plus	20 (14,9)
Situation professionnelle n (%)	Emploi à temps plein, à temps partiel ou à mi-temps	110 (80,3)
	Sans emploi ou à la recherche d'un emploi	27 (19,7)
Temps de travail hebdomadaire n (%)	Moins de 30 h	11 (11,1)
	Entre 30 h et 40 h	70 (70,7)
	Entre 41 h et 59 h	16 (16,2)
	Plus de 59 h	2 (2,0)
	Antécédent de dépression traitée médicalement n (%)	
	Oui	6 (4,4)
	Non	131 (95,6)
Séance(s) de préparation concernant l'allaitement n (%)	Oui	104 (75,4)
	Non	34 (24,6)

2. Profil des pères :

Le groupe 1 comprenait 136 pères. La moyenne d'âge était de 32,8 ans \pm 6,3. Leur niveau d'étude était surtout compris entre 1 et 5 années après l'obtention du baccalauréat (60,9 %). Une majorité des pères exerçaient une profession rémunérée (94,8 %). Ils étaient 25,5 % à avoir participé à des séances de préparation à la naissance concernant l'allaitement. (Tableau 2).

Tableau 2 : Description du groupe 1 – profil des pères.

Profil des pères		Groupe 1
Effectif n		136
Age (ans)	Moyenne (min/max)	32,8 (21/59)
	Ecart-type	\pm 6,3
	Médiane (IQR)	31,5 (29 ; 35)
Enfant(s) d'une union antérieure n (%)	Oui	17 (12,5)
	non	119 (87,5)
Niveau d'étude n (%)	Brevet des collèges	1 (0,8)
	CAP/BEP	19 (14,3)
	Baccalauréat	19 (14,3)
	Baccalauréat +1, +2, +3	37 (27,8)
	Baccalauréat +4, +5	44 (33,1)
	Baccalauréat +6 et plus	13 (9,8)
Situation professionnelle n (%)	Emploi à temps plein, à temps partiel ou à mi-temps	128 (94,8)
	Sans emploi ou à la recherche d'un emploi	7 (5,2)
Temps de travail hebdomadaire n (%)	Moins de 30 h	7 (6,3)
	Entre 30 h et 40 h	83 (74,8)
	Entre 41 h et 59 h	15 (13,5)
	Plus de 59 h	6 (5,4)
	Séance(s) de préparation concernant l'allaitement n (%)	Oui
	Non	101 (74,5)

3. Profil des enfants et mode d'accouchement :

Le sex ratio était proche de 1. Le terme de naissance était compris entre 37 et 41 SA pour 76,3 % des enfants. Le taux de césarienne était de 17,5 %. (Tableau 3).

Tableau 3 : Description du groupe 1 – profil des enfants et mode d'accouchement.

Profil des enfants et mode d'accouchement		Groupe 1
Sexe n (%)	Masculin	66 (48,2)
	Féminin	71 (51,8)
Terme de naissance n (%)	De 37 à 41 SA	103 (76,3)
	Supérieur à 41 SA	32 (23,7)
Poids de naissance n (%)	De 2400 g à 3000 g	33 (24,1)
	Plus de 3000 g	104 (75,9)
Mode d'accouchement n (%)	Voie basse sans extraction	60 (43,8)
	Voie basse avec extraction	53 (38,7)
	Césarienne programmée	6 (4,4)
	Césarienne en cours de travail ou en urgence	18 (13,1)

B. Description du groupe 2 AM

1. Profil des mères :

Le groupe 2 AM comprenait 178 mères. La moyenne d'âge était de 30,5 ans \pm 4,8. Les femmes étaient pour la plupart mariées (43,2 %), en concubinage ou pacées (53,4 %). Leur niveau d'étude était surtout compris entre 1 et 5 années après l'obtention du baccalauréat (56,2 %). Elles exerçaient une profession rémunérée dans 77,0 % des cas. Nous comptons 55,1 % de femmes ayant participé à des séances de préparation à la naissance concernant l'allaitement. La préférence de la mère de la patiente concernant l'alimentation de l'enfant portait sur le lait maternel dans 55,6 % des cas. (Tableau 4).

Tableau 4 : Description du groupe 2 AM – profil des mères.

Profil des mères		Groupe 2 AM
Effectif n		178
Age (ans)	Moyenne (min/max)	30,5 (18/43)
	Ecart-type	± 4,8
	Médiane (IQR)	30 (27 ; 33)
Statut marital n (%)	Mariée	77 (43,2)
	Concubinage ou Pacsée	95 (53,4)
	Célibataire	6 (3,4)
Niveau d'étude n (%)	Brevet des collèges	5 (2,8)
	CAP/BEP	11 (6,2)
	Baccalauréat	28 (15,7)
	Baccalauréat +1, +2, +3	48 (27,0)
	Baccalauréat +4, +5	52 (29,2)
	Baccalauréat +6 et plus	34 (19,1)
Situation professionnelle n (%)	Emploi à temps plein, à temps partiel ou à mi-temps	137 (77,0)
	Sans emploi ou à la recherche d'un emploi	41 (23,0)
Temps de travail hebdomadaire n (%)	Moins de 30 h	5 (3,6)
	Entre 30 h et 40 h	99 (72,3)
	Entre 41 h et 59 h	27 (19,7)
	Plus de 59 h	6 (4,4)
Temps de travail hebdomadaire après reprise du travail n (%)	Moins de 30 h	34 (24,8)
	Entre 30 h et 40 h	80 (58,4)
	Entre 41 h et 59 h	18 (13,1)
	Plus de 59 h	5 (3,6)
Age de l'enfant lors de la reprise du travail n (%)	Moins de 3 mois	44 (32,1)
	Entre 3 mois et 6 mois	84 (61,3)
	Plus de 6 mois	9 (6,6)
Antécédent de dépression traitée médicalement n (%)	Oui	11 (6,2)
	Non	167 (93,8)
Séance(s) de préparation concernant l'allaitement n (%)	Oui	98 (55,1)
	Non	80 (44,9)
Tabagisme n (%)	Oui	18 (10,1)
	Non	160 (89,9)
Préférence de sa propre mère concernant le mode d'alimentation de l'enfant n (%)	Lait maternel	99 (55,6)
	Lait artificiel	16 (9,0)
	Sans préférence	63 (35,4)
Vaccination contre la grippe n (%)	Oui	135 (75,8)
	Non	43 (24,2)
Souhait d'une vaccination contre le SARS-CoV-2 n (%)	Oui	130 (73,0)
	Non	48 (27,0)

2. Profil des pères :

Le groupe 2 AM comprenait 172 pères. La moyenne d'âge était de 32,7 ans \pm 5,8. Leur niveau d'étude était surtout compris entre 1 et 5 années après l'obtention du baccalauréat (48,9 %). Une majorité des pères exerçaient une profession rémunérée (86,6 %). Ils étaient 26,7 % à avoir participé à des séances de préparation à la naissance concernant l'allaitement. Leur préférence concernant l'alimentation de l'enfant portait sur le lait maternel pour 59,3 % d'entre eux. (Tableau 5).

Tableau 5 : Description du groupe 2 AM – profil des pères.

Profil des pères		Groupe 2 AM
Effectif n		172
Age (ans)	Moyenne (min/max)	32,7 (18/55)
	Ecart-type	\pm 5,8
	Médiane (IQR)	32 (29 ; 35)
Enfant(s) d'une union antérieure n (%)	Oui	17 (9,9)
	Non	155 (90,1)
Niveau d'étude n (%)	Brevet des collèges	12 (7,0)
	CAP/BEP	23 (13,4)
	Baccalauréat	31 (18,0)
	Baccalauréat +1, +2, +3	40 (23,3)
	Baccalauréat +4, +5	44 (25,6)
	Baccalauréat +6 et plus	22 (12,8)
Situation professionnelle n (%)	Emploi à temps plein, à temps partiel ou à mi-temps	149 (86,6)
	Sans emploi ou à la recherche d'un emploi	23 (13,4)
Temps de travail hebdomadaire n (%)	Moins de 30 h	3 (2,0)
	Entre 30 h et 40 h	123 (82,0)
	Entre 41 h et 59 h	15 (10,0)
	Plus de 59 h	9 (6,0)
Séance(s) de préparation concernant l'allaitement n (%)	Oui	46 (26,7)
	Non	126 (73,3)
Préférence concernant le mode d'alimentation n (%)	Lait maternel	102 (59,3)
	Lait artificiel	4 (2,3)
	Sans préférence	66 (38,4)

3. Profil des enfants et mode d'accouchement :

Le sex ratio était proche de 1. Le terme de naissance était compris entre 37 et 41 SA pour 78,1 % des enfants. Le taux de césarienne était de 15,7 %. (Tableau 6).

Tableau 6 : Description du groupe 2 AM – profil des enfants et mode d'accouchement.

Profil des enfants et mode d'accouchement		Groupe 2 AM
Date d'accouchement	Entre le 16 mars et le 31 mars	45 (25,3)
	Entre le 1 ^{er} avril et le 30 avril	109 (61,2)
	Entre le 1 ^{er} mai et le 10 mai	24 (13,5)
Sexe n (%)	Masculin	88 (49,4)
	Féminin	90 (50,6)
Terme de naissance n (%)	De 37 à 41 SA	139 (78,1)
	Supérieur à 41 SA	39 (21,9)
Poids de naissance n (%)	De 2400 g à 3000 g	48 (27,0)
	Plus de 3000 g	130 (73,0)
Mode d'accouchement n (%)	Voie basse sans extraction	91 (51,1)
	Voie basse avec extraction	59 (33,1)
	Césarienne programmée	3 (1,7)
	Césarienne en cours de travail ou en urgence	25 (14,1)
Mise en route du travail n (%)	Spontanée	101 (57,7)
	Provoquée	74 (42,3)
Type d'anesthésie n (%)	Péridurale ou rachianesthésie	168 (94,4)
	Anesthésie générale	2 (1,1)
	Sans anesthésie	8 (4,5)

C. Description du groupe 2 AA

1. Profil des mères :

Le groupe 2 AA comprenait 59 mères. La moyenne d'âge était de 28,8 ans \pm 5,5. Les femmes étaient pour la plupart mariées (20,3 %), en concubinage ou pacées (78,0 %). Elles étaient 57,6 % à ne pas avoir poursuivi d'études après l'obtention du baccalauréat. Elles exerçaient une profession rémunérée dans 67,8 % des cas. Nous comptons 25,4 % de femmes ayant participé à des séances de préparation à la naissance concernant l'allaitement. La préférence de la mère de la patiente concernant l'alimentation de l'enfant portait sur le lait maternel dans 30,5 % des cas. (Tableau 7).

Tableau 7 : Description du groupe 2 AA – profil des mères.

Profil des mères		Groupe 2 AA
Effectif n		59
Age (ans)	Moyenne (min/max)	28,8 (18/39)
	Ecart-type	± 5,5
	Médiane (IQR)	28 (24 ; 33)
Statut marital n (%)	Mariée	12 (20,3)
	Concubinage ou Pacsée	46 (78,0)
	Célibataire	1 (1,7)
Niveau d'étude n (%)	Brevet des collèges	6 (10,2)
	CAP/BEP	11 (18,6)
	Baccalauréat	17 (28,8)
	Baccalauréat +1, +2, +3	8 (13,6)
	Baccalauréat +4, +5	11 (18,6)
	Baccalauréat +6 et plus	6 (10,2)
Situation professionnelle n (%)	Emploi à temps plein, à temps partiel ou à mi-temps	40 (67,8)
	Sans emploi ou à la recherche d'un emploi	19 (32,2)
Temps de travail hebdomadaire n (%)	Moins de 30 h	6 (15,0)
	Entre 30 h et 40 h	26 (65,0)
	Entre 41 h et 59 h	5 (12,5)
	Plus de 59 h	3 (7,5)
Temps de travail hebdomadaire après reprise du travail n (%)	Moins de 30 h	14 (35,0)
	Entre 30 h et 40 h	20 (50,0)
	Entre 41 h et 59 h	3 (7,5)
	Plus de 59 h	3 (7,5)
Age de l'enfant lors de la reprise du travail n (%)	Moins de 3 mois	15 (37,5)
	Entre 3 mois et 6 mois	21 (52,5)
	Plus de 6 mois	4 (10,0)
Antécédent de dépression traitée médicalement n (%)	Oui	4 (6,8)
	Non	55 (93,2)
Contre-indication médicale à l'allaitement maternel n (%)	Oui	5 (8,5)
	Non	54 (91,5)
Séance(s) de préparation concernant l'allaitement n (%)	Oui	15 (25,4)
	Non	44 (74,6)
Tabagisme n (%)	Oui	11 (18,6)
	Non	48 (81,4)
Préférence de sa propre mère concernant le mode d'alimentation de l'enfant n (%)	Lait maternel	18 (30,5)
	Lait artificiel	17 (28,8)
	Sans préférence	24 (40,7)
Vaccination contre la grippe n (%)	Oui	44 (74,6)
	Non	15 (25,4)
Souhait d'une vaccination contre le SARS-CoV-2 n (%)	Oui	42 (71,2)
	Non	17 (28,8)

2. Profil des pères :

Le groupe 2 AA comprenait 58 pères. La moyenne d'âge était de 30,5 ans \pm 6,3. Ils étaient 55,2 % à ne pas avoir poursuivi d'études après l'obtention du baccalauréat. Une majorité des pères exerçaient une profession rémunérée (91,4 %). Ils étaient 8,6 % à avoir participé à des séances de préparation à la naissance concernant l'allaitement. Leur préférence concernant l'alimentation de l'enfant portait sur le lait maternel pour 13,8 % d'entre eux. (Tableau 8).

Tableau 8 : Description du groupe 2 AA – profil des pères.

Profil des pères		Groupe 2 AA
Effectif n		58
Age (ans)	Moyenne (min/max)	30,5 (20/45)
	Ecart-type	\pm 6,3
	Médiane (IQR)	30 (25 ; 34)
Enfant(s) d'une union antérieure n (%)	Oui	8 (13,8)
	Non	50 (86,2)
Niveau d'étude n (%)	Brevet des collèges	6 (10,3)
	CAP/BEP	15 (25,9)
	Baccalauréat	11 (19,0)
	Baccalauréat +1, +2, +3	10 (17,2)
	Baccalauréat +4, +5	11 (19,0)
	Baccalauréat +6 et plus	5 (8,6)
Situation professionnelle n (%)	Emploi à temps plein, à temps partiel ou à mi-temps	53 (91,4)
	Sans emploi ou à la recherche d'un emploi	5 (8,6)
Temps de travail hebdomadaire n (%)	Moins de 30 h	4 (7,5)
	Entre 30 h et 40 h	38 (71,7)
	Entre 41 h et 59 h	7 (13,2)
	Plus de 59 h	4 (7,5)
Séance(s) de préparation concernant l'allaitement n (%)	Oui	5 (8,6)
	Non	53 (91,4)
Préférence concernant le mode d'alimentation de l'enfant n (%)	Lait maternel	8 (13,8)
	Lait artificiel	13 (22,4)
	Sans préférence	37 (63,8)

3. Profil des enfants et mode d'accouchement :

Le sex ratio était proche de 1. Le terme de naissance était compris entre 37 et 41 SA pour 81,4 % des enfants. Le taux de césarienne était de 13,6 %. (Tableau 9).

Tableau 9 : Description du groupe 2 AA – profil des enfants et mode d'accouchement.

Profil des enfants et mode d'accouchement		Groupe 2 AA
Date d'accouchement n (%)		
	Entre le 16 mars et le 31 mars	17 (28,8)
	Entre le 1 ^{er} avril et le 30 avril	31 (52,5)
	Entre le 1 ^{er} mai et le 10 mai	11 (18,6)
Sexe n (%)		
	Masculin	30 (50,8)
	Féminin	29 (49,2)
Terme de naissance n (%)		
	De 37 à 41 SA	48 (81,4)
	Supérieur à 41 SA	11 (18,6)
Poids de naissance n (%)		
	De 2400 g à 3000 g	13 (22,0)
	Plus de 3000 g	46 (78,0)
Mode d'accouchement n (%)		
	Voie basse sans extraction	35 (59,3)
	Voie basse avec extraction	16 (27,1)
	Césarienne programmée	2 (3,4)
	Césarienne en cours de travail ou en urgence	6 (10,2)
Mise en route du travail n (%)		
	Spontanée	33 (57,9)
	Provoquée	24 (42,1)
Type d'anesthésie n (%)		
	Péridurale ou rachianesthésie	56 (94,9)
	Anesthésie générale	1 (1,7)
	Sans anesthésie	2 (3,4)

D. Comparaison entre le groupe 1 et le groupe 2 AM

1. Profil des parents, des enfants et mode d'accouchement :

Nous avons retrouvé des différences statistiquement significatives entre les deux groupes. Il y avait plus de pères sans emploi ou à la recherche d'un emploi dans le groupe 2 AM ($p = 0,016$) et le taux de participation des mères à des séances de préparation à la naissance concernant l'allaitement était plus élevé dans le groupe 1 ($p < 0,001$). (Tableaux 10, 11 et 12).

Tableau 10 : Comparaison entre le groupe 1 et le groupe 2 AM – profil des mères.

Profil des mères		Groupe 1	Groupe 2 AM	p
Effectif n		139	178	
Age (ans)	Moyenne (min/max)	30,1 (20/45)	30,5 (18/43)	
	Ecart-type	± 4,5	± 4,8	
	Médiane (IQR)	30 (27 ; 32)	30 (27 ; 33)	0,39
Statut marital n (%)				
	Mariée	46 (33,8)	77 (43,2)	
	Concubinage ou Pacsée	87 (64,0)	95 (53,4)	
	Célibataire	3 (2,2)	6 (3,4)	0,16
Niveau d'étude n (%)				
	Brevet, CAP ou BEP	11 (8,2)	16 (9,0)	
	Baccalauréat	17 (12,7)	28 (15,7)	
	Baccalauréat +1, +2, +3	43 (32,1)	48 (27,0)	
	Baccalauréat +4, +5	43 (32,1)	52 (29,2)	
	Baccalauréat +6 et plus	20 (14,9)	34 (19,1)	0,70
Situation professionnelle n (%)				
	Emploi à temps plein, à temps partiel ou à mi-temps	110 (80,3)	137 (77,0)	
	Sans emploi ou à la recherche d'un emploi	27 (19,7)	41 (23,0)	0,48
Temps de travail hebdomadaire n (%)				
	Moins de 30 h	11 (11,1)	5 (3,6)	
	Entre 30 h et 40 h	70 (70,7)	99 (72,3)	
	Entre 41 h et 59 h	16 (16,2)	27 (19,7)	
	Plus de 59 h	2 (2,0)	6 (4,4)	0,11
Antécédent de dépression traitée médicalement n (%)				
	Oui	6 (4,4)	11 (6,2)	
	Non	131 (95,6)	167 (93,8)	0,48
Séance(s) de préparation concernant l'allaitement n (%)				
	Oui	104 (75,4)	98 (55,1)	
	Non	34 (24,6)	80 (44,9)	< 0,001

Tableau 11 : Comparaison entre le groupe 1 et le groupe 2 AM – profil des pères.

Profil des pères		Groupe 1	Groupe 2 AM	p
Effectif n		136	172	
Age (ans)	Moyenne (min/max)	32,8 (21/59)	32,7 (18/55)	
	Ecart-type	± 6,3	± 5,8	
	Médiane (IQR)	31,5 (29 ; 35)	32 (29 ; 35)	0,88
Enfant(s) d'une union antérieure n (%)				
	Oui	17 (12,5)	17 (9,9)	
	Non	119 (87,5)	155 (90,1)	0,47
Niveau d'étude n (%)				
	Brevet des collèges	1 (0,8)	12 (7,0)	
	CAP/BEP	19 (14,3)	23 (13,4)	
	Baccalauréat	19 (14,3)	31 (18,0)	
	Baccalauréat +1, +2, +3	37 (27,8)	40 (23,3)	
	Baccalauréat +4, +5	44 (33,1)	44 (25,6)	
	Baccalauréat +6 et plus	13 (9,8)	22 (12,8)	0,070
Situation professionnelle n (%)				
	Emploi à temps plein, à temps partiel ou à mi-temps	128 (94,8)	149 (86,6)	
	Sans emploi ou à la recherche d'un emploi	7 (5,2)	23 (13,4)	0,016
Temps de travail hebdomadaire n (%)				
	Moins de 30 h	7 (6,3)	3 (2,0)	
	Entre 30 h et 40 h	83 (74,8)	123 (82,0)	
	Entre 41 h et 59 h	15 (13,5)	15 (10,0)	
	Plus de 59 h	6 (5,4)	9 (6,0)	0,25
Séance(s) de préparation concernant l'allaitement n (%)				
	Oui	35 (25,5)	46 (26,7)	
	Non	101 (74,5)	126 (73,3)	0,056

Tableau 12 : Comparaison entre le groupe 1 et le groupe 2 AM – profil des enfants et mode d'accouchement.

Profil des enfants et mode d'accouchement	Groupe 1	Groupe 2 AM	p
Sexe n (%)			
Masculin	66 (48,2)	88 (49,4)	0,82
Féminin	71 (51,8)	90 (50,6)	
Terme de naissance n (%)			
De 37 à 41 SA	103 (76,3)	139 (78,1)	0,71
Supérieur à 41 SA	32 (23,7)	39 (21,9)	
Poids de naissance n (%)			
De 2400 g à 3000 g	33 (24,1)	48 (27,0)	0,56
Plus de 3000 g	104 (75,9)	130 (73,0)	
Mode d'accouchement n (%)			
Voie basse sans extraction	60 (43,8)	91 (51,1)	0,32
Voie basse avec extraction	53 (38,7)	59 (33,1)	
Césarienne programmée	6 (4,4)	3 (1,7)	
Césarienne en cours de travail ou en urgence	18 (13,1)	25 (14,0)	

2. Séjour en maternité et suivi au cours des trois premiers mois :

Il y avait des différences statistiquement significatives entre les deux groupes. Les mères du groupe 1 avaient une durée de séjour en maternité plus longue ($p < 0,001$) et des scores à l'échelle d'Edimbourg plus bas ($p = 0,047$). Leurs conjoints avaient un temps de présence en maternité plus long ($p < 0,001$) et davantage ont fait du peau à peau avec l'enfant en maternité ($p = 0,031$).

E. Comparaison entre le groupe 2 AM et le groupe 2 AA

1. Profil des parents, des enfants et mode d'accouchement :

Il y avait des différences statistiquement significatives entre les deux groupes. Les femmes du groupe 2 AA étaient plus jeunes ($p = 0,019$), moins souvent mariées et davantage en concubinage ou pacsées ($p = 0,004$). Elles avaient un niveau d'étude moins élevé avec 57,6 % des femmes n'ayant pas poursuivi d'études après l'obtention du baccalauréat ($p < 0,001$) et un temps de travail hebdomadaire moins important ($p = 0,045$). Elles étaient 74,6 % à ne pas avoir participé à des séances de préparation à la naissance concernant l'allaitement ($p < 0,001$). Leurs mères avaient une préférence pour le lait artificiel plus élevée (28,8 % contre 9,0 %, $p < 0,001$). Leurs conjoints étaient

plus jeunes ($p = 0,017$), une majorité d'entre eux n'avaient pas participé à des séances de préparation à la naissance concernant l'allaitement (91,4 %, $p = 0,004$) et peu manifestaient une préférence pour le lait maternel (13,8 %, $p < 0,001$). (Tableaux 13, 14 et 15).

Tableau 13 : Comparaison entre le groupe 2 AM et le groupe 2 AA – profil des mères.

Profil des mères		Groupe 2 AM	Groupe 2 AA	p
Effectif n		178	59	
Age (ans)				
	Moyenne (min/max)	30,5 (18/43)	28,8 (18/39)	
	Ecart-type	± 4,8	± 5,5	
	Médiane (IQR)	30 (27 ; 33)	28 (24 ; 33)	0,019
Statut marital n (%)				
	Mariée	77 (43,2)	12 (20,3)	
	Concubinage ou Pacsée	95 (53,4)	46 (78,0)	
	Célibataire	6 (3,4)	1 (1,7)	0,004
Niveau d'étude n (%)				
	Brevet des collèges	5 (2,8)	6 (10,2)	
	CAP/BEP	11 (6,2)	11 (18,6)	
	Baccalauréat	28 (15,7)	17 (28,8)	
	Baccalauréat +1, +2, +3	48 (27,0)	8 (13,6)	
	Baccalauréat +4, +5	52 (29,2)	11 (18,6)	
	Baccalauréat +6 et plus	34 (19,1)	6 (10,2)	< 0,001
Situation professionnelle n (%)				
	Emploi à temps plein, à temps partiel ou à mi-temps	137 (77,0)	40 (67,8)	
	Sans emploi ou à la recherche d'un emploi	41 (23,0)	19 (32,2)	0,16
Temps de travail hebdomadaire n (%)				
	Moins de 30 h	5 (3,6)	6 (15,0)	
	Entre 30 h et 40 h	99 (72,3)	26 (65,0)	
	Entre 41 h et 59 h	27 (19,7)	5 (12,5)	
	Plus de 59 h	6 (4,4)	3 (7,5)	0,045
Temps de travail hebdomadaire après reprise du travail n (%)				
	Moins de 30 h	34 (24,8)	14 (35,0)	
	Entre 30 h et 40 h	80 (58,4)	20 (50,0)	
	Entre 41 h et 59 h	18 (13,1)	3 (7,5)	
	Plus de 59 h	5 (3,6)	3 (7,5)	0,30
Age de l'enfant lors de la reprise du travail n (%)				
	Moins de 3 mois	44 (32,1)	15 (37,5)	
	Entre 3 mois et 6 mois	84 (61,3)	21 (52,5)	
	Plus de 6 mois	9 (6,6)	4 (10,0)	0,51
Antécédent de dépression traitée médicalement n (%)				
	Oui	11 (6,2)	4 (6,8)	
	Non	167 (93,8)	55 (93,2)	1
Séance(s) de préparation concernant l'allaitement n (%)				
	Oui	98 (55,1)	15 (25,4)	
	Non	80 (44,9)	44 (74,6)	< 0,001
Tabagisme n (%)				
	Oui	18 (10,1)	11 (18,6)	
	Non	160 (89,9)	48 (81,4)	0,083
Préférence de sa propre mère concernant le mode d'alimentation de l'enfant n (%)				
	Lait maternel	99 (55,6)	18 (30,5)	
	Lait artificiel	16 (9,0)	17 (28,8)	
	Sans préférence	63 (35,4)	24 (40,7)	< 0,001

Tableau 14 : Comparaison entre le groupe 2 AM et le groupe 2 AA – profil des pères.

Profil des pères	Groupe 2 AM	Groupe 2 AA	p
Effectif n	172	58	
Age (ans)			
Moyenne (min/max)	32,7 (18/55)	30,5 (20/45)	
Ecart-type	± 5,8	± 6,3	
Médiane (IQR)	32 (29 ; 35)	30 (25 ; 34)	0,017
Enfant(s) d'une union antérieure n (%)			
Oui	17 (9,9)	8 (13,8)	
Non	155 (90,1)	50 (86,2)	0,41
Niveau d'étude n (%)			
Brevet des collèges	12 (7,0)	6 (10,3)	
CAP/BEP	23 (13,4)	15 (25,9)	
Baccalauréat	31 (18,0)	11 (19,0)	
Baccalauréat +1, +2, +3	40 (23,3)	10 (17,2)	
Baccalauréat +4, +5	44 (25,6)	11 (19,0)	
Baccalauréat +6 et plus	22 (12,8)	5 (8,6)	0,25
Situation professionnelle n (%)			
Emploi à temps plein, à temps partiel ou à mi-temps	149 (86,6)	53 (91,4)	
Sans emploi ou à la recherche d'un emploi	23 (13,4)	5 (8,6)	0,34
Temps de travail hebdomadaire n (%)			
40 h ou moins	126 (84,0)	42 (79,2)	
Entre 41 h et 59 h	15 (10,0)	7 (13,2)	
Plus de 59 h	9 (6,0)	4 (7,5)	0,66
Séance(s) de préparation concernant l'allaitement n (%)			
Oui	46 (26,7)	5 (8,6)	
Non	126 (73,3)	53 (91,4)	0,004
Préférence concernant le mode d'alimentation de l'enfant n (%)			
Lait maternel	102 (59,3)	8 (13,8)	
Lait artificiel	4 (2,3)	13 (22,4)	
Sans préférence	66 (38,4)	37 (63,8)	< 0,001

Tableau 15 : Comparaison entre le groupe 2 AM et le groupe 2 AA – profil des enfants et mode d'accouchement.

Profil des enfants et mode d'accouchement	Groupe 2 AM	Groupe 2 AA	p
Date d'accouchement n (%)			
Entre le 16 mars et le 31 mars	45 (25,3)	17 (28,8)	
Entre le 1 ^{er} avril et le 30 avril	109 (61,2)	31 (52,5)	
Entre le 1 ^{er} mai et le 10 mai	24 (13,5)	11 (18,6)	0,45
Sexe n (%)			
Masculin	88 (49,4)	30 (50,8)	
Féminin	90 (50,6)	29 (49,2)	0,85
Terme de naissance n (%)			
De 37 à 41 SA	139 (78,1)	48 (81,4)	
Supérieur à 41 SA	39 (21,9)	11 (18,6)	0,59
Poids de naissance n (%)			
De 2400 g à 3000 g	48 (27,0)	13 (22,0)	
Plus de 3000 g	130 (73,0)	46 (78,0)	0,45
Mode d'accouchement n (%)			
Voie basse sans extraction	91 (51,1)	35 (59,3)	
Voie basse avec extraction	59 (33,1)	16 (27,1)	
Césarienne programmée	3 (1,7)	2 (3,4)	
Césarienne en cours de travail ou en urgence	25 (14,0)	6 (10,2)	-
Mise en route du travail n (%)			
Spontanée	101 (57,7)	33 (57,9)	
Provoquée	74 (42,3)	24 (42,1)	0,98
Type d'anesthésie n (%)			
Péridurale ou rachianesthésie	168 (94,4)	56 (94,9)	
Anesthésie générale	2 (1,1)	1 (1,7)	-
Sans anesthésie	8 (4,5)	2 (3,4)	

2. Séjour en maternité et suivi au cours des trois premiers mois :

La seule différence statistiquement significative entre les deux populations composant le groupe 2 concernant le séjour en maternité et le suivi au cours des trois mois suivant la naissance était le taux de sortie précoce qui était plus élevé chez les femmes du groupe 2 AA ($p = 0,012$).

F. Populations non incluses et exclues

Le groupe 1 comprenait 170 mères (échantillonnage aléatoire de la population éligible) : 31 questionnaires ont été exclus car incomplètement remplis et 139 ont été analysés. Il y avait des différences statistiquement significatives entre la population analysée et celle exclue : niveau d'étude de la mère moins élevé chez les exclues ($p = 0,02$), taux de participation à des séances de préparation à la naissance concernant l'allaitement plus important dans la population analysée ($p = 0,035$) et temps de travail hebdomadaire de la mère plus élevé dans la population analysée ($p = 0,03$). Le taux de non réponse au sein du groupe 1 n'étant pas connu, nous n'avons pas pu comparer les variables des répondantes et des non répondantes.

Le groupe 2 comprenait 237 mères (exhaustivité de la population éligible). Aucune mère n'a été exclue de l'étude. Le taux de réponse était de 87,5 %. Nous avons pu comparer les 34 mères non répondantes avec les 237 mères ayant répondu à l'étude et nous avons retrouvé comme différences statistiquement significatives : le statut marital avec davantage de célibataires chez les non répondantes ($p < 0,001$) et la date d'accouchement avec plus de naissances au mois de mai chez les non répondantes ($p = 0,013$). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant le choix de l'alimentation à la sortie de la maternité ($p = 0,44$).

III. Mode d'alimentation

A. Alimentation à la sortie de la maternité

Le taux d'alimentation par du lait maternel (de façon exclusive ou partielle) à la sortie de la maternité était de 75,1 % dans le groupe 2.

Le groupe 1 n'incluait que les mères ayant choisi une alimentation par du lait maternel à la sortie de la maternité.

B. Alimentation à la fin du premier mois de l'enfant

Le taux d'enfants nourris par du lait maternel à la fin du premier mois était de 91,4 % (71,2 % de façon exclusive, 20,2 % de façon partielle) dans le groupe 1. Il était de 86,5 % (71,9 % de façon exclusive, 14,6 % de façon partielle) dans le groupe 2 AM.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant le mode d'alimentation à la fin du premier mois entre le groupe 1 et le groupe 2 AM que ce soit en séparant ou en regroupant les enfants nourris par du lait maternel de façon exclusive ou partielle (respectivement $p = 0,16$ et $p = 0,18$). (Tableau 16). (Figure 4).

Tableau 16 : Comparaison du mode d'alimentation à la fin du premier mois de l'enfant entre le groupe 1 et le groupe 2 AM (en séparant les enfants nourris par du lait maternel de façon exclusive ou partielle).

Groupes	Mode d'alimentation à la fin du premier mois de l'enfant			Effectif total
	Lait maternel de façon exclusive	Lait maternel de façon partielle	Passage au lait artificiel	
Groupe 1 n (%)	99 (71,2)	28 (20,2)	12 (8,6)	139
Groupe 2 AM n (%)	128 (71,9)	26 (14,6)	24 (13,5)	178
p			0,16	

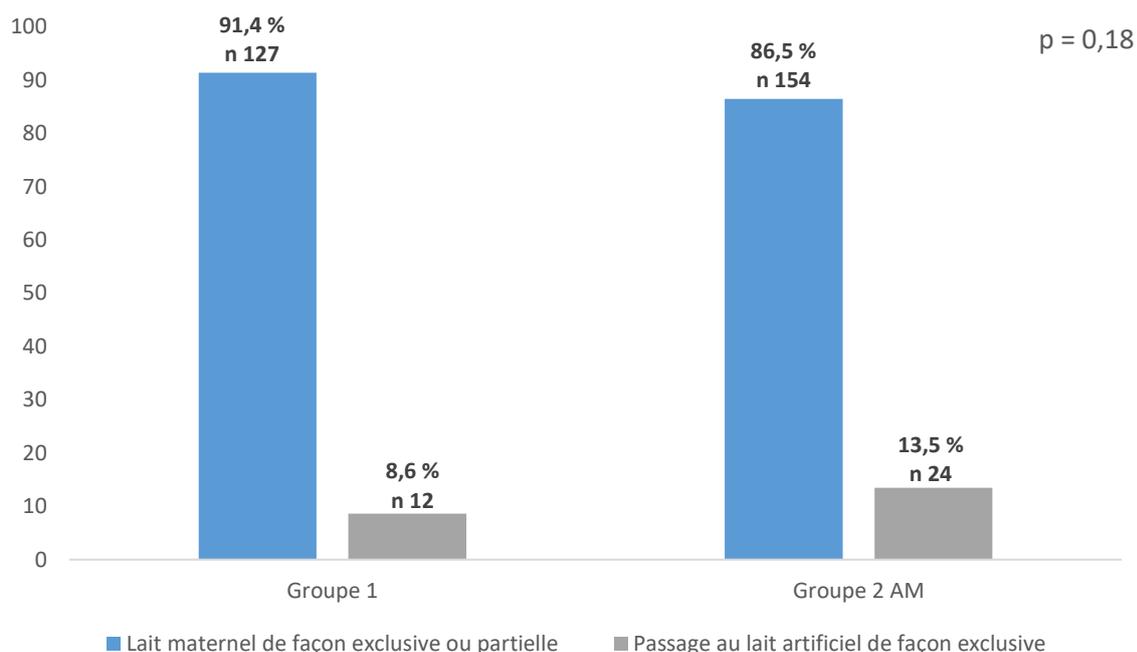


Figure 4 : Comparaison du mode d'alimentation à la fin du premier mois de l'enfant entre le groupe 1 et le groupe 2 AM (en regroupant les enfants nourris par du lait maternel de façon exclusive ou partielle).

C. Alimentation à la fin du troisième mois de l'enfant

Le taux d'enfants nourris par du lait maternel à la fin du troisième mois était de 62,5 % (47,1 % de façon exclusive, 15,4 % de façon partielle) dans le groupe 1. Il était de 63,2 % (48,6 % de façon exclusive, 14,6 % de façon partielle) dans le groupe 2 AM.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant le mode d'alimentation à la fin du troisième mois entre le groupe 1 et le groupe 2 AM que ce soit en séparant ou en regroupant les enfants nourris par du lait maternel de façon exclusive ou partielle (respectivement $p = 0,96$ et $p = 0,91$). (Tableau 17). (Figure 5).

Tableau 17 : Comparaison du mode d'alimentation à la fin du troisième mois de l'enfant entre le groupe 1 et le groupe 2 AM (en séparant les enfants nourris par du lait maternel de façon exclusive ou partielle).

Groupes	Mode d'alimentation à la fin du troisième mois de l'enfant			Effectif total
	Lait maternel de façon exclusive	Lait maternel de façon partielle	Passage au lait artificiel	
Groupe 1 n (%)	64 (47,1)	21 (15,4)	51 (37,5)	136
Groupe 2 AM n (%)	83 (48,6)	25 (14,6)	63 (36,8)	171
p	0,96			

Données manquantes : 10 (mères n'ayant pas répondu à l'enquête au 3^{ème} mois de leur enfant)

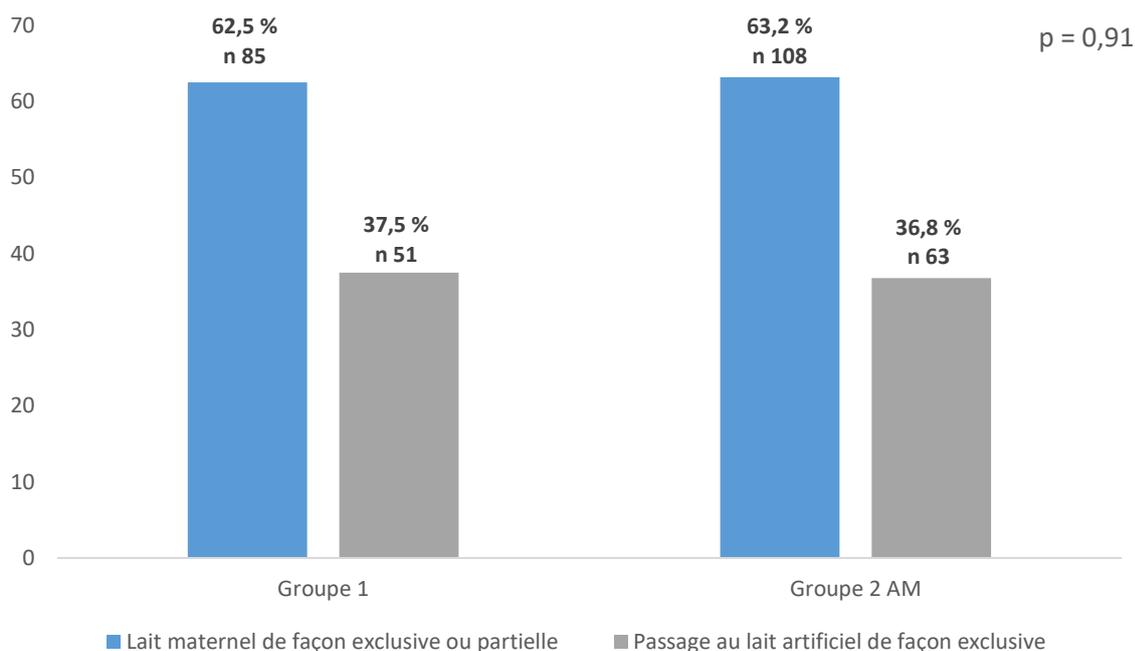


Figure 5 : Comparaison du mode d'alimentation à la fin du troisième mois de l'enfant entre le groupe 1 et le groupe 2 AM (en regroupant les enfants nourris par du lait maternel de façon exclusive ou partielle).

IV. Choix de l'alimentation

A. Choix de l'alimentation par du lait artificiel à la sortie de la maternité

Le taux d'alimentation par du lait artificiel de façon exclusive à la sortie de la maternité était de 24,9 % au sein du groupe 2 (59 mères). Il s'agissait d'un choix d'alimentation déjà fixé avant l'accouchement pour 69,5 % de ces femmes.

Parmi les 18 mères qui n'avaient pas fait leur choix avant le séjour en maternité, 12 auraient pu faire un choix différent si elles avaient accouché en dehors de la période du confinement.

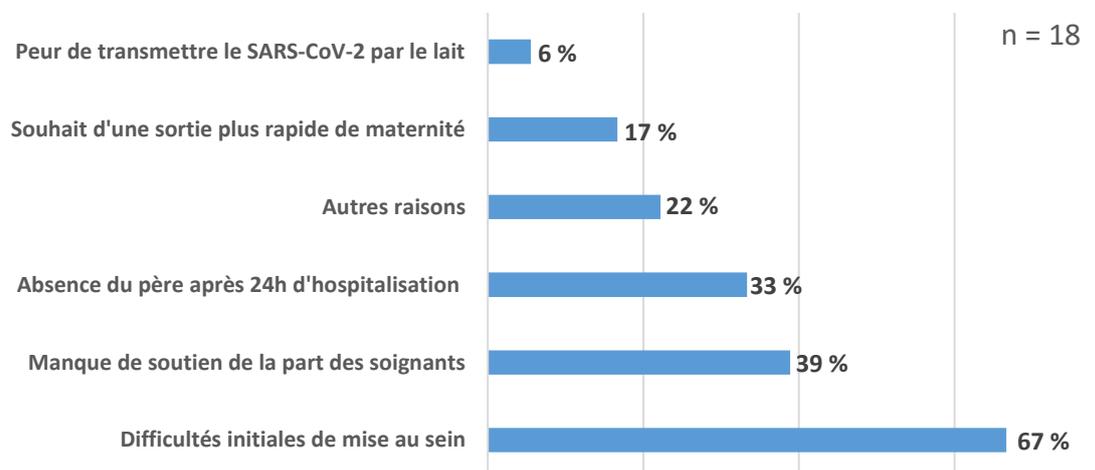


Figure 6 : Raison(s) du choix d'une alimentation par du lait artificiel au cours du séjour en maternité chez les mères n'ayant pas fait leur choix au préalable au sein du groupe 2 AA (question à choix multiples).

Les principales raisons ayant amené ces 18 femmes à faire le choix du lait artificiel étaient : les difficultés initiales de mise au sein, le manque de soutien de la part des soignants et l'absence du père au cours du séjour en maternité. L'optique d'une sortie plus rapide de la maternité n'était pas la raison la plus citée. (Figure 6).

B. Motifs d'arrêt de l'alimentation par du lait maternel

1. Au cours du premier mois de l'enfant :

Il y avait 24 femmes ayant interrompu l'alimentation par du lait maternel au cours du premier mois dans le groupe 2 AM.

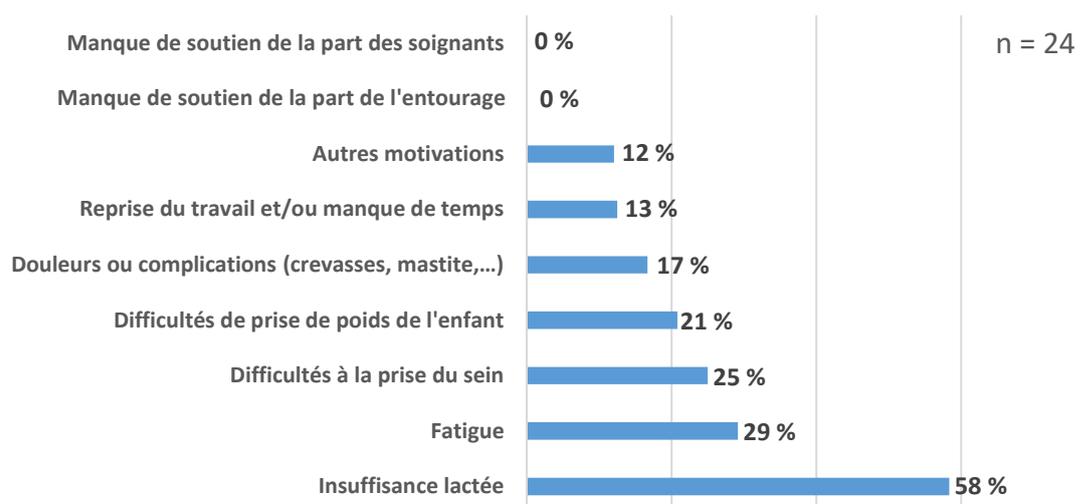


Figure 7 : Motif(s) d'arrêt de l'alimentation par du lait maternel au cours du premier mois de l'enfant chez les mères du groupe 2 AM (question à choix multiples).

Les principaux motifs d'arrêt rapportés au cours du premier mois étaient : l'insuffisance lactée, la fatigue et les difficultés à la prise du sein. (Figure 7).

2. Au cours du deuxième ou du troisième mois de l'enfant :

Il y avait 39 femmes ayant interrompu l'alimentation par du lait maternel au cours du deuxième ou du troisième mois dans le groupe 2 AM.

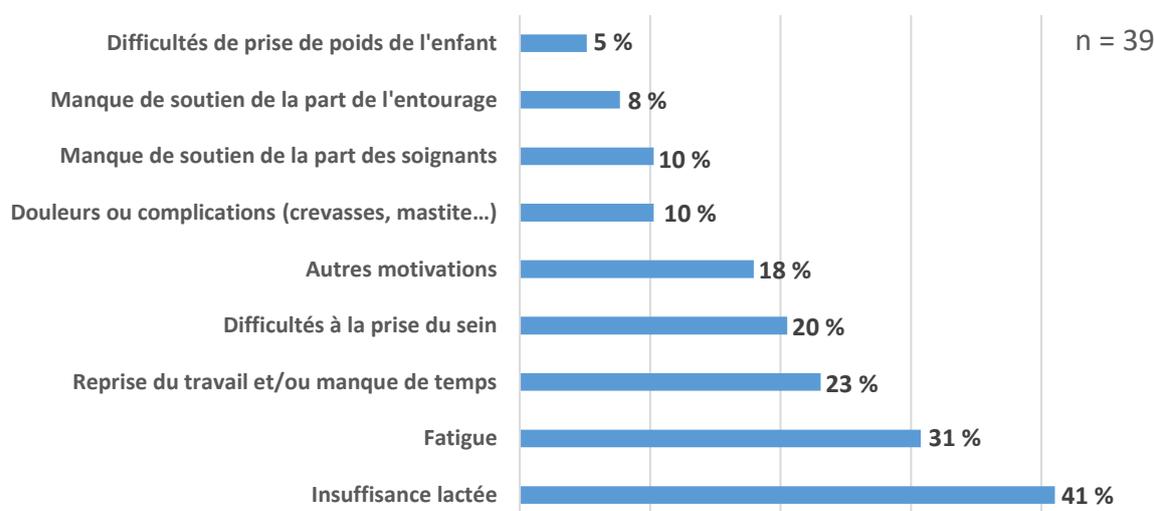


Figure 8 : Motif(s) d'arrêt de l'alimentation par du lait maternel au cours du deuxième ou du troisième mois de l'enfant chez les mères du groupe 2 AM (question à choix multiples).

Les principaux motifs d'arrêt rapportés au cours du deuxième ou du troisième mois étaient : l'insuffisance lactée, la fatigue, la reprise du travail et/ou le manque de temps. (Figure 8).

3. Impact de l'organisation restrictive de la maternité :

Parmi les 63 mères ayant interrompu l'alimentation par du lait maternel au cours des trois premiers mois, 68,3 % d'entre elles ne mettaient pas en cause l'organisation de la maternité pendant le confinement.

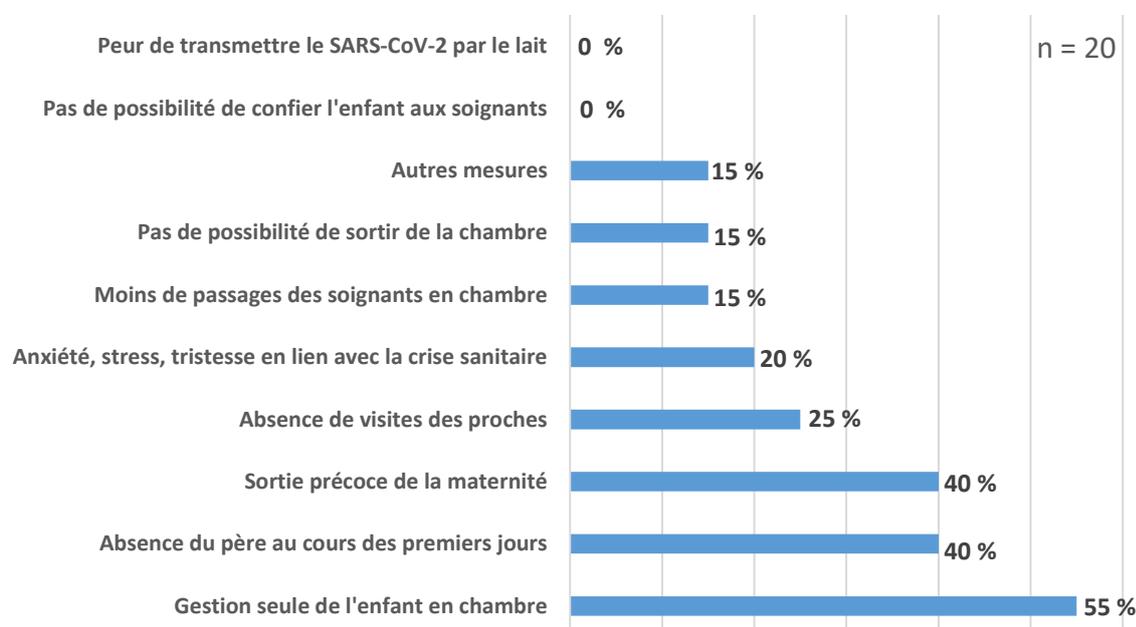


Figure 9 : Mesure(s) ayant pu entraîner l'arrêt de l'alimentation par du lait maternel parmi les mères du groupe 2 AM mettant en cause l'organisation de la maternité (question à choix multiples).

Les principales mesures qui ont pu impacter le mode d'alimentation de leur enfant selon les 20 mères mettant en cause l'organisation de la maternité pendant le confinement étaient : la gestion seule de l'enfant en chambre, l'absence du père et la sortie précoce de la maternité. (Figure 9).

V. Sortie précoce

A. Taux de sortie précoce

Le taux de sortie précoce était de 8,7 % dans le groupe 1 et de 42,1 % dans le groupe 2 AM. Il y avait une différence statistiquement significative concernant le taux de sortie précoce entre les mères du groupe 1 et celles du groupe 2 AM ($p < 0,001$). (Tableau 18).

Tableau 18 : Comparaison du taux de sortie précoce entre le groupe 1 et le groupe 2 AM.

Sortie précoce	Groupe 1	Groupe 2 AM	p
Effectif n	138	178	
Sortie précoce n (%)			
Oui	12 (8,7)	75 (42,1)	< 0,001
Non	126 (91,3)	103 (57,9)	

Le taux de sortie précoce des mères du groupe 2 était de 46,8 % (111 mères). Il existait une différence statistiquement significative concernant le taux de sortie précoce entre les deux populations composant le groupe 2 avec des taux plus élevés chez les mères du groupe 2 AA ($p = 0,012$). (Tableau 19).

Tableau 19 : Comparaison du taux de sortie précoce entre le groupe 2 AM et le groupe 2 AA.

Sortie précoce	Groupe 2 AM	Groupe 2 AA	p
Effectif n	178	59	
Sortie précoce n (%)			
Oui	75 (42,1)	36 (61,0)	0,012
Non	103 (57,9)	23 (39,0)	

B. Souhait, motivations et regret d'une sortie précoce

Si la sortie précoce avait été proposée en dehors de la crise sanitaire, 44,7 % des 237 mères du groupe 2 auraient fait ce choix.

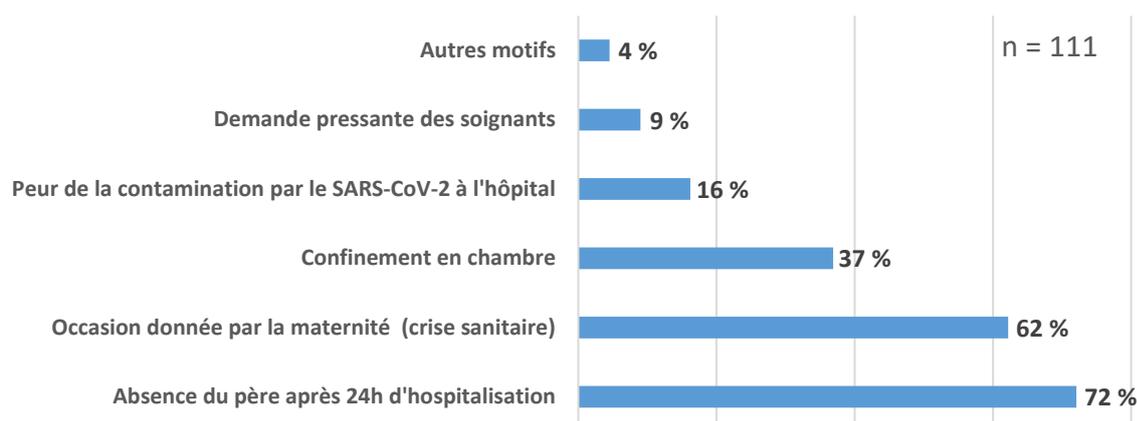


Figure 10 : Raison(s) ayant motivé la sortie précoce des mères du groupe 2 (question à choix multiples).

Les principales raisons ayant incité les 111 mères du groupe 2 à sortir de façon précoce étaient : l'absence du père au cours du séjour, l'occasion donnée par la maternité d'une sortie précoce et le confinement en chambre. (Figure 10).

Parmi ces 111 mères, elles étaient 93,7 % à ne pas regretter la sortie précoce.

C. Mode d'alimentation et sortie précoce

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant le mode d'alimentation à la fin du premier mois de l'enfant selon que la mère soit ou non sortie de façon précoce dans le groupe 2 AM ($p = 0,22$). (Tableau 20).

Tableau 20 : Comparaison du mode d'alimentation à la fin du premier mois de l'enfant selon la sortie précoce des mères dans le groupe 2 AM.

Sortie précoce	Mode d'alimentation à la fin du premier mois de l'enfant			Effectif total
	Lait maternel de façon exclusive	Lait maternel de façon partielle	Passage au lait artificiel	
Oui n (%)	59 (78,7)	8 (10,6)	8 (10,7)	75
Non n (%)	69 (67,0)	18 (17,5)	16 (15,5)	103
Effectif total	128	26	24	178
p			0,22	

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant le mode d'alimentation à la fin du premier mois de l'enfant entre les mères ayant retenu l'absence du père comme principale motivation à la sortie précoce et celles ne l'ayant pas retenue ($p = 0,12$).

D. Etat psychique des mères et sortie précoce

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant les scores à l'échelle d'Edimbourg selon que la mère soit ou non sortie de façon précoce dans le groupe 2 ($p = 0,74$). (Tableau 21).

Tableau 21 : Comparaison des scores des mères à l'échelle d'Edimbourg selon la sortie précoce dans le groupe 2.

Sortie précoce	Scores des mères à l'échelle d'Edimbourg			Effectif total
	≤ à 10	Entre 11 et 13	> à 13	
Oui n (%)	77 (69,4)	17 (15,3)	17 (15,3)	111
Non n (%)	87 (69,0)	16 (12,7)	23 (18,3)	126
Effectif total	164	33	40	237
p			0,74	

VI. Etat psychique des mères

A. Echelle d'Edimbourg

Le taux de femmes ayant un score à l'échelle d'Edimbourg inférieur ou égal à 10 était de 81,9 % dans le groupe 1 et de 70,8 % dans le groupe 2 AM.

Il y avait une différence statistiquement significative entre le groupe 1 et le groupe 2 AM concernant les scores à l'échelle d'Edimbourg avec des scores plus élevés chez les mères du groupe 2 AM ($p = 0,047$). (Tableau 22).

Tableau 22 : Comparaison des scores des mères à l'échelle d'Edimbourg entre le groupe 1 et le groupe 2 AM.

Scores des mères à l'échelle d'Edimbourg	Groupe 1	Groupe 2 AM	p
Effectif n	127	178	
Score à l'échelle d'Edimbourg n (%)			
≤ à 10	104 (81,9)	126 (70,8)	
Entre 11 et 13	14 (11,0)	24 (13,5)	
> à 13	9 (7,1)	28 (15,7)	0,047

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant les scores à l'échelle d'Edimbourg entre les mères du groupe 2 AM et celles du groupe 2 AA ($p = 0,63$). (Tableau 23).

Tableau 23 : Comparaison des scores des mères à l'échelle d'Edimbourg entre le groupe 2 AM et le groupe 2 AA.

Scores des mères à l'échelle d'Edimbourg	Groupe 2 AM	Groupe 2 AA	p
Effectif n	178	59	
Scores à l'échelle d'Edimbourg n (%)			
≤ à 10	126 (70,8)	38 (64,4)	
Entre 11 et 13	24 (13,5)	9 (15,3)	
> à 13	28 (15,7)	12 (20,3)	0,63

Il y avait une différence statistiquement significative concernant le mode d'alimentation de l'enfant à trois mois selon les scores à l'échelle d'Edimbourg avec des scores plus élevés chez les mères ayant interrompu l'alimentation par du lait maternel dans le groupe 2 AM ($p = 0,048$). (Tableau 24).

Tableau 24 : Comparaison du mode d'alimentation à la fin du troisième mois de l'enfant selon les scores des mères à l'échelle d'Edimbourg dans le groupe 2 AM.

Scores des mères à l'échelle d'Edimbourg	Mode d'alimentation à la fin du troisième mois de l'enfant		
	Passage au lait artificiel	Lait maternel de façon exclusive ou partielle	Effectif total
≤ à 10 n (%)	39 (32,2)	82 (67,8)	121
Entre 11 et 13 n (%)	8 (36,4)	14 (63,6)	22
> à 13 n (%)	16 (57,1)	12 (42,9)	28
Effectif total	63	108	171
p		0,048	

Données manquantes : 7 (mères n'ayant pas répondu à l'enquête au 3^{ème} mois de leur enfant)

B. Niveau d'anxiété

Le niveau d'anxiété des mères a été évalué uniquement dans le groupe 2. Il était compris entre 0 et 3 pour 58,6 % des femmes avant la crise sanitaire et entre 7 et 10 pour 14,3 % d'entre elles. Il était compris entre 0 et 3 pour 20,3 % des femmes pendant la crise sanitaire et entre 7 et 10 pour 54,4 % d'entre elles.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant le niveau d'anxiété des mères pendant la crise sanitaire entre les deux populations du groupe 2 ($p = 0,077$). (Tableau 25).

Tableau 25 : Comparaison du niveau d'anxiété pendant la crise sanitaire entre le groupe 2 AM et le groupe 2 AA.

Niveau d'anxiété	Groupe 2 AM	Groupe 2 AA	p
Effectif n	178	59	
Niveau d'anxiété pendant la crise sanitaire n (%)			
De 0 à 3	32 (18,0)	16 (27,1)	
De 4 à 6	51 (28,7)	9 (15,3)	
De 7 à 10	95 (53,4)	34 (57,6)	0,077

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant le mode d'alimentation à la fin du troisième mois de l'enfant selon le niveau d'anxiété des mères du groupe 2 AM pendant la crise sanitaire ($p = 0,35$). (Tableau 26).

Tableau 26 : Comparaison du mode d'alimentation à la fin du troisième mois de l'enfant selon le niveau d'anxiété des mères pendant la crise sanitaire dans le groupe 2 AM.

Niveau d'anxiété pendant la crise sanitaire	Mode d'alimentation à la fin du troisième mois de l'enfant		Effectif total
	Passage au lait artificiel	Lait maternel de façon exclusive ou partielle	
De 0 à 3 n (%)	11 (34,4)	21 (65,6)	32
De 4 à 6 n (%)	14 (30,4)	32 (69,6)	46
De 7 à 10 n (%)	38 (40,9)	55 (59,1)	93
Effectif total	63	108	171
p		0,35	

Données manquantes : 7 (mères n'ayant pas répondu à l'enquête au 3^{ème} mois de leur enfant)

VII. Place du père

A. Temps de présence du père en maternité

Le temps de présence du père en maternité était supérieur à 24 heures pour 97,1 % des pères du groupe 1 et pour 34,4 % des pères du groupe 2 AM. Il existait une différence statistiquement significative concernant le temps de présence du père en maternité entre le groupe 1 et le groupe 2 AM ($p < 0,001$). (Tableau 27).

Tableau 27 : Comparaison du temps de présence du père en maternité entre le groupe 1 et le groupe 2 AM.

Temps de présence du père		Groupe 1	Groupe 2 AM	p
Effectif n		136	172	
Temps de présence n (%)				
	Moins de 24 h	4 (2,9)	31 (18,0)	
	24 h	0 (0)	82 (47,7)	
	Entre 25 h et 48 h	19 (14,0)	28 (16,3)	
	Entre 49 h et 72 h	36 (26,5)	18 (10,5)	
	Plus de 72 h	77 (56,6)	13 (7,6)	< 0,001

Le temps de présence du père en maternité était supérieur à 24 heures pour 32,7 % des pères du groupe 2 AA. Il n'existait pas de différence statistiquement significative concernant le temps de présence du père en maternité entre les deux populations du groupe 2 ($p = 0,93$). (Tableau 28).

Tableau 28 : Comparaison du temps de présence du père en maternité entre les deux populations du groupe 2.

Temps de présence du père		Groupe 2 AM	Groupe 2 AA	p
Effectif n		172	58	
Temps de présence n (%)				
	Moins de 24 h	31 (18,0)	9 (15,5)	
	24 h	82 (47,7)	30 (51,7)	
	Entre 25 h et 48 h	28 (16,3)	10 (17,2)	
	Entre 49 h et 72 h	18 (10,5)	4 (6,9)	
	Plus de 72 h	13 (7,6)	5 (8,6)	0,93

1. Mode d'alimentation et temps de présence du père :

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant le mode d'alimentation à la fin du premier mois de l'enfant selon le temps de présence du père en maternité dans le groupe 2 AM ($p = 0,18$). (Tableau 29).

Tableau 29 : Comparaison du mode d'alimentation à la fin du premier mois de l'enfant selon le temps de présence du père en maternité dans le groupe 2 AM.

Temps de présence du père	Mode d'alimentation à la fin du premier mois de l'enfant		
	Passage au lait artificiel	Lait maternel de façon exclusive ou partielle	Effectif total
< à 24 h n (%)	7 (22,6)	24 (77,4)	31
24 h n (%)	12 (14,6)	70 (85,4)	82
25 à 48 h n (%)	1 (3,6)	27 (96,4)	28
49 à 72 h n (%)	0 (0,0)	18 (100)	18
> à 72 h n (%)	3 (23,1)	10 (76,9)	13
Effectif total	23	149	172
p		0,18	

Données manquantes : 6 (mères seules)

2. Etat psychique des mères et temps de présence du père :

La majorité des mères du groupe 2 avaient un score inférieur ou égal à 10 à l'échelle d'Edimbourg, quel que soit le temps de présence du père en maternité.

Le taux de scores supérieurs à 13 était plus élevé chez les femmes dont le conjoint était resté moins de 24 heures (32,5 %). Il était nul chez celles dont le conjoint était resté entre 49 et 72 heures. Il augmentait de nouveau en cas de séjour supérieur à 72 heures (22,2 %). Il y avait une différence statistiquement significative concernant les scores des mères à l'échelle d'Edimbourg selon le temps de présence du père en maternité dans le groupe 2 ($p = 0,036$). Le coefficient de corrélation était de - 0,13. (Tableau 30).

Tableau 30 : Comparaison des scores des mères à l'échelle d'Edimbourg selon le temps de présence du père en maternité dans le groupe 2.

Temps de présence du père	Scores des mères à l'échelle d'Edimbourg			Effectif total
	≤ à 10	Entre 10 et 13	> à 13	
< à 24 h n (%)	20 (50,0)	7 (17,5)	13 (32,5)	40
24 h n (%)	83 (74,1)	13 (11,6)	16 (14,3)	112
25 à 48 h n (%)	26 (68,4)	7 (18,4)	5 (13,2)	38
49 à 72 h n (%)	18 (81,8)	4 (18,2)	0 (0,0)	22
> à 72 h n (%)	12 (66,7)	2 (11,1)	4 (22,2)	18
Effectif total	159	33	38	230
p			0,036	

Données manquantes : 7 (mères seules)

B. Peau à peau du père avec l'enfant en maternité

Il existait une différence statistiquement significative concernant le nombre de pères ayant fait du peau à peau avec l'enfant en maternité entre le groupe 1 et le groupe 2 AM ($p = 0,031$), mais pas concernant la durée du peau à peau ($p = 0,32$). (Tableau 31).

Tableau 31 : Comparaison du peau à peau du père en maternité entre le groupe 1 et le groupe 2 AM.

Peau à peau du père avec l'enfant	Groupe 1	Groupe 2 AM	p
Effectif n	136	172	
Peau à peau avec l'enfant n (%)			
Oui	122 (89,7)	139 (80,8)	
Non	14 (10,3)	33 (19,2)	0,031
Durée du peau à peau n (%)			
Moins de 3 h	54 (44,3)	71 (51,1)	
Entre 3 h et 6 h	36 (29,5)	42 (30,2)	
Plus de 6 h	32 (26,2)	26 (18,7)	0,32

Il n'existait pas de différence statistiquement significative concernant le nombre de pères ayant fait du peau à peau avec l'enfant en maternité ainsi que la durée du peau à peau entre le groupe 2 AM et le groupe 2 AA (respectivement $p = 0,97$ et $p = 0,31$). (Tableau 32).

Tableau 32 : Comparaison du peau à peau du père en maternité entre le groupe 2 AM et le groupe 2 AA.

Peau à peau du père avec l'enfant		Groupe 2 AM	Groupe 2 AA	p
Effectif n		172	58	
Peau à peau avec l'enfant n (%)				
	Oui	139 (80,8)	47 (81,0)	
	Non	33 (19,2)	11 (19,0)	0,97
Durée du peau à peau n (%)				
	Moins de 3 h	71 (51,1)	30 (63,8)	
	Entre 3 h et 6 h	42 (30,2)	10 (21,3)	
	Plus de 6 h	26 (18,7)	7 (14,9)	0,31

1. Mode d'alimentation et peau à peau du père en maternité :

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant le mode d'alimentation à la fin du premier mois de l'enfant selon que le père ait fait ou non du peau à peau et selon la durée du peau à peau dans le groupe 2 AM (respectivement $p = 0,39$ et $p = 0,61$). (Tableau 33).

Tableau 33 : Comparaison du mode d'alimentation à la fin du premier mois de l'enfant selon la durée du peau à peau du père avec l'enfant en maternité dans le groupe 2 AM.

Durée du peau à peau	Mode d'alimentation à la fin du premier mois de l'enfant		Effectif total
	Passage au lait artificiel	Lait maternel de façon exclusive ou partielle	
< à 3 h n (%)	10 (14,1)	61 (85,9)	71
3 à 6 h n (%)	4 (9,5)	38 (90,5)	42
> à 6 h n (%)	3 (11,5)	23 (88,5)	26
Effectif total	17	122	139
p		0,61	

Données manquantes : 39 (6 mères seules et 33 pères n'ayant pas fait de peau à peau avec leur enfant)

2. Etat psychique des mères et peau à peau du père en maternité :

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant les scores des mères à l'échelle d'Edimbourg selon que le père ait fait ou non du peau à peau et selon la durée du peau à peau dans le groupe 2 (respectivement $p = 0,36$ et $p = 0,33$). (Tableau 34).

Tableau 34 : Comparaison des scores des mères à l'échelle d'Edimbourg selon la durée du peau à peau du père avec l'enfant en maternité dans le groupe 2.

Durée du peau à peau	Scores des mères à l'échelle d'Edimbourg			Effectif total
	≤ à 10	Entre 11 et 13	> à 13	
< à 3 h n (%)	75 (74,3)	13 (12,9)	13 (12,9)	101
3 à 6 h n (%)	32 (61,5)	10 (19,2)	10 (19,2)	52
> à 6 h n (%)	24 (72,7)	3 (9,1)	6 (18,2)	33
Effectif total	131	26	29	186
p			0,33	

Données manquantes : 51 (7 mères seules et 44 pères n'ayant pas fait de peau à peau avec leur enfant)

VIII. Satisfaction des mères vis-à-vis de leur maternité

Le taux de satisfaction des femmes vis-à-vis de la maternité de l'hôpital Jeanne de Flandre au CHU de Lille était de 90,7 % au sein du groupe 2.

DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif principal d'évaluer l'impact de l'organisation de la maternité Jeanne de Flandre pendant le premier confinement lié à la pandémie « COVID-19 » sur la poursuite de l'allaitement des primipares à trois mois, en comparaison à un groupe de femmes ayant accouché avant la crise sanitaire.

Le taux de nourrissons recevant du lait maternel à la fin du troisième mois était similaire entre les femmes ayant accouché avant et celles ayant accouché pendant le confinement, sans différence statistiquement significative ($p = 0,91$).

L'organisation restrictive de la maternité pendant le premier confinement n'a pas eu d'impact négatif sur le mode d'alimentation des enfants au cours du suivi.

I. Mode d'alimentation des nourrissons pendant le confinement

A. Taux d'alimentation par du lait maternel

Le taux d'alimentation par du lait maternel à la sortie de la maternité chez les primipares pendant le confinement (75,1 %) était proche des taux obtenus au cours des dernières études réalisées à la maternité de l'hôpital Jeanne de Flandre. Il était de 65 % à la fin du premier mois et de 48,6 % à la fin du troisième mois de l'enfant.

Les données rapportées par le ministère de la Santé suite à l'étude des certificats de santé du huitième jour au cours de l'année 2017 retrouvaient un taux d'allaitement de 67,6 % au niveau national (62,2 % pour le département du Nord et 43,8 % pour celui du Pas-de-Calais) (12). Le taux d'initiation était de 68,7 % en 2010 et de 66,7 %

en 2016 d'après les données de l'ENP (taux le plus faible pour la région des Hauts-de-France à 53,4 %) (2). Il était de 74 % d'après l'étude EPIFANE menée par l'Institut de veille sanitaire en France sur l'année 2012, puis les taux descendaient à 54 % à un mois et à 39 % à trois mois (13).

Nos taux d'allaitement sont plus élevés que les taux nationaux. Cette différence est probablement liée à l'implication toute particulière concernant l'allaitement dont fait part la maternité de l'hôpital Jeanne de Flandre, maternité de niveau III disposant du label initiative Hôpital ami des bébés (IHAB) depuis 2015.

Le profil des femmes choisissant une alimentation par du lait artificiel en maternité pendant le confinement était similaire aux données de la littérature (14) (15), tout comme les causes d'arrêt de l'alimentation par du lait maternel au cours des trois premiers mois (insuffisance lactée présumée ou réelle, fatigue, difficultés à la prise du sein, reprise du travail et manque de temps).

B. Influence de la période « COVID-19 » sur l'allaitement

Les professionnels de santé se sont interrogés quant à la possible transmission du SARS-CoV-2 via la pratique de l'allaitement. Peu de femmes nous ont mentionné la peur de la transmission du virus par leur lait : 6 % des 18 mères indécises sur le mode d'alimentation et ayant choisi le lait artificiel à la sortie de la maternité et aucune des 63 mères ayant interrompu l'alimentation par du lait maternel au cours du suivi.

Les recommandations de l'OMS ont d'emblée été en faveur de l'allaitement et d'une non séparation du couple mère/enfant, que l'infection par le SARS-CoV-2 soit suspectée ou confirmée chez la mère, dès lors que les mesures de prévention pour minimiser le risque de transmission étaient prises (lavage des mains, utilisation d'un

masque). Une synthèse de la littérature publiée en septembre 2020 concluait que le SARS-CoV-2 n'était vraisemblablement pas transmis par le lait et que les bénéfices de l'allaitement et du peau à peau l'emportaient sur les possibles risques de transmission (16). Une autre méta-analyse publiée en janvier 2021 émettait les mêmes conclusions (17). Des anticorps de type IgA dirigés contre le SARS-CoV-2 ont été retrouvés dans le lait assurant une protection de l'enfant allaité en cas d'infection (18).

Une étude menée au Royaume-Uni montrait que 41,8 % des 1219 mères allaitantes interrogées trouvaient que le confinement avait été favorable à la poursuite de leur allaitement. Ce n'était pas le cas pour 27 % d'entre elles qui n'avaient pas trouvé le soutien suffisant auprès des soignants et/ou des pairs. Les femmes les plus sujettes à arrêter l'allaitement étaient celles avec un faible niveau d'étude et/ou ayant des conditions de vie difficiles (19). Une étude italienne retrouvait moins d'enfants allaités exclusivement à la sortie de la maternité pendant le confinement (69,4 % contre 97,7 %) ainsi qu'au cours du suivi sur trois mois (31,8 % contre 70,5 %). Le passage à une alimentation mixte avait surtout lieu pendant le séjour en maternité puis après le premier mois de vie. Les auteurs concluaient que la période d'hospitalisation était cruciale pour poursuivre l'allaitement exclusif au moins pendant le premier mois. L'étude n'avait pas cherché à mettre en évidence les causes de la réduction de l'allaitement pendant le confinement (20). Le taux d'allaitement exclusif à la sortie était aussi abaissé pendant la crise sanitaire dans une autre étude italienne (21). Une étude anglaise comparant 1049 femmes ayant accouché pendant le confinement et 316 femmes ayant accouché en dehors retrouvait des taux similaires d'initiation à l'allaitement malgré des durées de séjour en maternité plus courtes (22). Une étude menée en Belgique en avril 2020 montrait que 90 % des 3823 femmes allaitantes interrogées attestaient que la pandémie n'avait pas impacté leurs pratiques

d'allaitement et que le coronavirus n'était pas responsable de son arrêt. La moitié des femmes ont même envisagé de donner du lait maternel plus longtemps en raison du coronavirus (23). La majorité des mères d'une étude américaine estimaient que la pandémie avait influencé positivement leur allaitement en raison des inquiétudes concernant la pénurie de lait artificiel et des congés maternités prolongés leur offrant plus de temps au domicile (24). Une enquête menée par IHAB France en mai 2020 dans les maternités labellisées retrouvait plus de peau à peau, plus d'initiation à l'allaitement, moins de compléments de lait artificiel, plus de facilité à accompagner l'allaitement avec des parents plus centrés sur l'enfant en contexte d'absence de visites des proches, un renforcement du travail en réseau et plus de consultations d'allaitement programmées à la sortie en contexte de sortie précoce (25).

Nous pouvons penser à l'issue de notre étude que la période « COVID-19 » et ses mesures restrictives en maternité n'ont pas eu d'impact négatif sur l'initiation et la poursuite de l'allaitement puisque les taux sont restés similaires à l'année précédente. Plusieurs auteurs discutaient même d'un possible effet positif, ce qui n'était pas le cas dans les études italiennes, premier pays européen touché par la crise sanitaire.

II. Organisation de la maternité pendant le confinement

L'ensemble des maternités ont été contraintes d'adopter une organisation restrictive pendant le confinement. Nous avons cherché à distinguer les répercussions éventuelles de chaque mesure (sortie précoce, départ prématuré du père, visites des proches interdites), que ce soit sur le mode d'alimentation de l'enfant mais aussi sur l'état psychique des mères.

A. Sortie précoce

Notre étude comptait plus de sorties précoces chez les primipares allaitantes pendant le confinement, avec une différence statistiquement significative ($p < 0,001$). Le taux de sortie précoce des primipares pendant le confinement était de 46,8 %. Les principales motivations étaient : l'absence du père, l'occasion donnée par la maternité et le confinement en chambre. La peur d'une contamination par le SARS-CoV-2 à l'hôpital était mentionné par 16 % des 111 femmes sorties précocement.

La sortie précoce n'avait pas impacté le mode d'alimentation de l'enfant à la fin du premier mois qui était similaire entre les femmes sorties précocement et celles ne l'étant pas. Soulignons que la sortie précoce était tout de même mentionnée comme un facteur d'arrêt de l'allaitement par un tiers des femmes sorties précocement pendant le confinement. Peu de mères avaient opté pour le lait artificiel dans l'optique d'une sortie plus rapide de la maternité.

La sortie précoce ne semblait pas non plus augmenter le risque de dépression du post-partum, les scores des mères à l'échelle d'Edimbourg étant similaires entre les femmes sorties de façon précoce et celles ne l'étant pas.

Une majorité des femmes sorties précocement n'en exprimaient pas le regret (93,7 %). Notons que si l'occasion de sortir plus tôt avait été donnée aux primipares en dehors de la crise sanitaire, 55,3 % d'entre elles n'auraient pas souhaité sortir.

Nous n'avons pas pris connaissance du taux de réhospitalisation des femmes et/ou des nourrissons dans notre étude.

Une actualisation de la revue Cochrane concernant la sortie précoce dans les pays industrialisés a été publiée en juin 2021. Elle incluait 17 essais soit 9409 femmes. La définition de la sortie précoce était différente selon les pays : de 6 heures à 5 jours. Il y avait aussi de nombreuses variations entre les soins proposés en anténatal et le suivi post-natal. L'interprétation des résultats était difficile et le niveau de certitude des preuves modéré. Les résultats retrouvaient : une légère augmentation du nombre de réadmission des enfants dans les 28 jours suivant la naissance (RR 1,59, IC 95 % 1,27-1,98), pour ictère, déshydratation ou infection ; pas de différence concernant les taux de réadmission maternelle dans les six semaines (RR 1,12, IC 95 % 0,82-1,54) ; pas d'augmentation du risque de dépression du post-partum dans les six mois (RR 0,80, IC 95 % 0,56-1,42) ; des taux d'allaitement à six semaines similaires (RR 1,04, IC 95 % 0,96-1,13) (26). Une méta-analyse publiée en septembre 2020 axée sur les nourrissons retrouvait aussi un taux de réadmission dans les 28 jours plus élevé chez ceux sortis avant 48 heures après un accouchement par voie basse et avant 96 heures après une césarienne (RR 1,70, IC 95 % 1,34-2,15). L'introduction d'une durée minimale de séjour post-natal était associée à une réduction du taux de réadmission infantile (27). Une revue de la littérature depuis 2005 suggérait d'individualiser la durée du séjour en maternité et retrouvait un consensus concernant le fait que la sortie précoce procure un environnement confortable pour l'initiation de l'allaitement (28).

L'expérience de la sortie précoce était positive pour les parents et dépendait de l'organisation du suivi à domicile d'après la méta-analyse de Nilsson incluant 10 études entre 2003 et 2013 (29). Le taux de satisfaction des mères dépassait les 90 % dans une étude italienne portant sur les sorties avant 48 heures (30). La plupart des femmes sorties 6 à 12 heures après l'accouchement souhaitaient réitérer la sortie précoce dans une enquête suédoise de 2000. Les auteurs concluaient que la sortie précoce était sûre et appréciée des parents, sous réserve d'un suivi à domicile par des sages-femmes (31). Une ancienne étude menée en 1989 montrait que les femmes sorties précocement de façon involontaire étaient plus insatisfaites et avaient plus de problèmes (fatigue...) que celles sorties de façon volontaire (32).

Nous pouvons penser, suite aux résultats de notre étude et des différents travaux publiés, que la sortie précoce peut être positive tant sur l'allaitement que sur l'état psychique des mères ou sur leur niveau de satisfaction et ce y compris chez les primipares, sous réserve d'un suivi post-natal au domicile correctement organisé avant la sortie. Fixer une durée de séjour minimale en maternité semblerait être un bon compromis assurant la sécurité du couple mère/enfant. Aucune femme dans notre étude n'était sortie avant la 48^{ème} heure et nous ne pouvons pas nous avancer sur les effets d'une sortie avant ce délai. Il s'agirait d'un délai minimal pour juger de la bonne adaptation à la vie extra-utérine selon la HAS. Nous n'avons pas étudié les taux de réadmission des mères et/ou des nourrissons, qui d'après la littérature seraient plus importants chez les nourrissons sortis de façon précoce. Enfin, il est important de tenir compte de l'avis des parents concernant la durée de séjour en maternité.

B. Temps de présence du père en maternité

La mesure la plus critiquée par les femmes au cours du séjour en maternité pendant le confinement était le départ prématuré du père. Ils étaient 65,7 % à quitter la maternité après 24 heures contre 2,9 % en dehors de la crise sanitaire parmi la population des primipares allaitantes ($p < 0,001$).

La durée de séjour du père en maternité ne semblait pas impacter le mode d'alimentation à la sortie de la maternité ni au cours du premier mois de vie. Notons tout de même que l'absence du père a été mentionnée comme l'un des facteurs ayant influencé le choix de l'alimentation artificielle pour les mères indécises et qu'elle a été rapportée comme une cause d'interruption de l'allaitement au cours des premiers mois. Elle semblait par contre avoir eu une influence négative sur l'état psychique des mères, les scores à l'échelle d'Edimbourg étant plus élevés chez celles dont le conjoint était resté le moins longtemps, avec une différence statistiquement significative ($p = 0,036$). Ce résultat restait discutable étant donné un coefficient de corrélation à $-0,13$, ce qui pouvait être lié au fait que les scores augmentaient de nouveau en cas de séjour prolongé du père (plus de 72 heures). Les pères autorisés à rester plus de 72 heures étaient ceux pour qui la femme et/ou l'enfant présentai(en)t une complication.

Une méta-analyse publiée en 2019 notait l'importance d'impliquer les pères dans les interventions concernant l'allaitement afin d'en augmenter le taux d'initiation, la durée et l'exclusivité (33). La méta-analyse de Mahesh menée en 2018 retrouvait des taux deux fois plus importants d'allaitement exclusif à six mois quand le père était impliqué dans la promotion de l'allaitement (RR 2,04, IC 95 % 1,58-2,65) (34). Une revue d'études menées dans des pays industrialisés de 2001 à 2007 montrait le rôle influent du père dans la prise de décision d'allaitement des femmes et que leur soutien était crucial pour son succès (35). Une étude américaine publiée en 2014 montrait que

les femmes qui déclaraient avoir eu un soutien de la part de leur conjoint en maternité étaient plus sujettes à initier l'allaitement et à le poursuivre (36). La durée pendant laquelle le père était présent après la naissance était corrélée à l'exclusivité et à la durée d'allaitement chez les primipares dans une étude suisse de 2003 (37). Une étude menée au CHU de Lille en 2019 retrouvait des taux d'initiation et de poursuite à un et à trois mois similaires quel que soit le temps de présence du conjoint auprès de la primipare (38).

Une revue d'études publiées entre 1996 et 2016 retrouvait que le manque de soutien social était l'un des principaux facteurs de risque de dépression du post-partum (39). Il en était de même dans la méta-analyse publiée par Zhao et Zhang recensant des études publiées jusqu'en 2019 (40). Le manque de soutien de la part du conjoint était plus spécifiquement mentionné par les auteurs d'une revue d'études publiées entre 2003 et 2015 (41). Une étude italienne retrouvait un taux d'anxiété plus élevé chez les mères séparées de leur conjoint en maternité, sans impact sur le taux d'allaitement à la sortie (42).

Le fait que le père ait fait ou non du peau à peau avec l'enfant en maternité ainsi que sa durée n'influençaient ni le mode d'alimentation des enfants ni l'état psychique des mères pendant le confinement dans notre étude.

La littérature concernant le peau à peau s'intéresse surtout au peau à peau de la mère avec l'enfant et nous n'avons pas trouvé d'études concernant le peau à peau du père avec l'enfant et ses effets sur l'alimentation ou sur l'état psychique des mères.

Nous pouvons, suite aux résultats de notre étude et des différents travaux publiés, souligner l'importance de la présence du père auprès des femmes, que ce soit pour l'initiation et le maintien de l'allaitement, mais aussi pour limiter le risque de dépression du post-partum.

C. Visites des proches en maternité

Les visites des proches à la maternité étaient interdites pendant le confinement. Seules 7,9 % des 63 femmes ayant interrompu l'allaitement au cours du suivi ont mis en avant l'absence de visites des proches comme étant un frein à sa poursuite.

D'après l'enquête menée par IHAB France, les femmes semblaient favorables à cette nouvelle règle qui leur offrait plus d'intimité avec leur nouveau-né. Elles étaient plus attentives aux signes d'éveil et les mettaient plus facilement au sein (25).

Une étude menée au CHU de Grenoble pendant la période de la grippe H1N1 fin 2009 retrouvait des taux d'alimentation par du lait maternel similaires à la sortie de la maternité malgré le fait que les visites soient strictement limitées aux pères (43).

Il est difficile de nous prononcer quant à l'impact de l'absence des visites des proches en maternité à l'issue de notre étude. La littérature n'est pas fournie à ce sujet qui nécessiterait davantage d'explorations. Nous savons par ailleurs que le soutien social est important pour prévenir la dépression du post-partum.

D. Séances de préparation à la naissance

Moins de femmes allaitantes avaient participé à des séances de préparation à la naissance concernant l'allaitement pendant le confinement (24,6 % contre 44,9 %). Elles n'ont pas été interrogées sur les informations qu'elles avaient obtenues au cours d'entretiens individuels ou de réunions distancielles.

Les données de la littérature sont contradictoires. Certaines études retrouvaient des taux d'allaitement en maternité et au cours du suivi plus élevés chez les femmes ayant bénéficié d'une information anténatale (44) (45), avec une préférence pour les réunions en petits groupes surtout chez les femmes avec de faibles revenus ou

appartenant à des minorités ethniques dans la méta-analyse de Fairbank (45). La méta-analyse de Lumbiganon reprenant des études publiées jusqu'en 2016 ne retrouvait quant à elle pas de preuve concluante soutenant une éducation prénatale à l'allaitement pour en améliorer l'initiation, l'exclusivité et la durée (46). La difficulté à conclure tient notamment du fait que les programmes d'éducation des études sont variables en termes de contenu, de durée et de méthodes éducatives. La participation des pères à des séances anténatales concernant l'allaitement est un facteur favorable retrouvé dans certaines études (47) (48).

Nous avons retrouvé des taux d'allaitement similaires au cours du suivi malgré des taux de participation à des séances de préparation anténatale plus faibles pendant le confinement, mais nous n'avons pas tenu compte des informations obtenues lors d'entretiens individuels ou de réunions distancielles. Il n'est donc pas possible d'émettre une hypothèse à ce sujet suite à notre étude.

III. Etat psychique des mères pendant le confinement

A. Influence de la période « COVID-19 » sur l'état psychique

La tendance était à l'augmentation du climat anxiodépressif chez les mères pendant le confinement. Les scores des primipares allaitantes à l'échelle d'Edimbourg étaient plus élevés avec 29,2 % d'entre elles qui avaient des scores supérieurs à 10, seuil le plus couramment utilisé pour évoquer une dépression du post-partum, contre 18,1 % en dehors du confinement ($p = 0,047$). Le niveau d'anxiété estimé par les mères était nettement plus élevé pendant la crise sanitaire qu'en dehors.

Le taux de dépression du post-partum est communément compris entre 10 et 15 % dans la littérature (49).

Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'état psychique des mères au cours de la crise sanitaire. Une étude italienne retrouvait des scores plus élevés à l'échelle d'Edimbourg chez les femmes exposées au confinement (50). La tendance était la même en Turquie avec 35,4 % de l'effectif ayant des scores supérieurs à 13 (51). L'étude de Ceulemans menée durant le confinement en Belgique incluant 3445 mères retrouvait plus de symptômes anxiodépressifs en post-partum avec 42,4 % des femmes ayant un score à l'échelle d'Edimbourg supérieur ou égal à 10 et 23,6 % ayant un score supérieur ou égal à 13 (52). D'autres études rapportaient des taux plus élevés d'anxiété et de dépression chez les femmes enceintes et les accouchées (53) (54). La dégradation de l'état psychique des femmes pendant la crise sanitaire est bien documentée et attestée par les dernières méta-analyses publiées en 2021 (55) (56).

La pandémie « COVID-19 » a très probablement eu un impact prépondérant sur l'état psychique des mères et il est difficile d'émettre un lien avec leur séjour en maternité (sortie précoce, départ du père, absence de visites des proches...).

B. Influence de l'état psychique des mères sur le mode d'alimentation

Le mode d'alimentation au cours du suivi ne semblait pas avoir été impacté par la dégradation de l'état psychique des mères pendant le confinement dans notre étude. Notons que les mères ayant interrompu l'allaitement pendant le confinement étaient celles qui avaient les scores les plus élevés à l'échelle d'Edimbourg, avec une différence statistiquement significative ($p = 0,048$).

Une revue incluant 122 études publiées entre 2005 et 2016 retrouvait presque constamment une association négative entre dépression du post-partum et durée de

l'allaitement (57). Une méta-analyse publiée en 2016 incluant 33 études montrait que les femmes avec des symptômes d'anxiété dans le post-partum étaient moins sujettes à initier un allaitement exclusif et à le poursuivre dans la durée (58).

L'état psychique des mères pendant le confinement était dégradé mais le mode d'alimentation des nourrissons n'a pas été impacté dans notre étude. On constatait que les femmes ayant des scores élevés à l'échelle d'Edimbourg pendant le confinement étaient les plus sujettes à interrompre l'alimentation par du lait maternel, ce qui est concordant avec les données de la littérature. Nous pouvons penser que des facteurs protecteurs de l'allaitement aient été mis en place chez les femmes ayant accouché pendant le confinement, permettant d'assurer des taux d'allaitement similaires à l'année précédente, sans pour autant pouvoir clairement les identifier : absence de visites des proches en maternité ainsi qu'au domicile offrant plus de tranquillité au couple mère/enfant, présence prolongée des parents au domicile (télétravail, chômage partiel)...

IV. Forces et limites de l'étude

A. Forces de l'étude

Notre étude était prospective limitant ainsi les biais de mémorisation. Les deux périodes d'étude étaient proches permettant d'éviter les changements de pratique au sein des équipes. Le recrutement des femmes du groupe 2 était exhaustif avec un taux de réponse élevé (87,5 %) et une comparabilité entre répondantes et non répondantes pour les variables étudiées. Notre étude était menée dans la plus grande maternité de la métropole française (près de 6 000 naissances par an) nous permettant d'obtenir un nombre élevé de patientes sur la période limitée du confinement offrant une puissance à l'étude non négligeable.

B. Limites de l'étude

Notre étude était monocentrique se déroulant dans une maternité universitaire de niveau III avec labellisation IHAB depuis 2015 et disposant d'un réseau de suivi ambulatoire post-natal performant (organisation Ombrel, réseau de la communauté périnatale de la maternité Jeanne de Flandre, PRADO). Nous ne pouvons pas prétendre à une reproductibilité des résultats au sein d'une autre maternité. Nous n'avons pas pu comparer les femmes ayant choisi une alimentation artificielle en maternité entre les deux groupes car seul le groupe 2 les incluait. Le groupe 1 était obtenu par échantillonnage aléatoire et nous ne disposons pas du ratio répondantes / non répondantes pour en assurer la comparabilité, bien que ce mode de recueil ait déjà fait l'objet de sa représentativité lors de précédentes études à la maternité Jeanne de Flandre. Les femmes de l'étude n'ont pas reçu le questionnaire initial comportant

l'échelle d'Edimbourg au même moment puisqu'il était distribué en maternité pour le groupe 1 alors qu'il était adressé par mail à la fin du premier mois de l'enfant pour le groupe 2. Nous avons suivi l'allaitement au cours des trois mois suivant la naissance et non au cours des classiques six mois recommandés par l'OMS, notre étude visant surtout à étudier l'impact du séjour en maternité.

V. Perspectives

Il pourrait être intéressant d'étudier la sortie précoce à 48 heures des primipares en dehors de la période du confinement à la maternité Jeanne de Flandre afin de conforter nos résultats sur l'allaitement et sur l'état psychique des mères. Il faudrait alors tenir compte des taux de réadmission de la dyade mère/enfant à court terme.

Nous pouvons nous questionner quant aux répercussions éventuelles des visites des proches en maternité sur l'allaitement par le biais de recherches ultérieures.

Des études portant sur l'allongement récent du congés paternité (passant de 14 à 28 jours à compter du 1^{er} juillet 2021) pourraient aussi enrichir nos résultats et offrir des explications à nos taux satisfaisants d'allaitement en contexte de présence accrue des pères au domicile lors du confinement.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de montrer que l'organisation restrictive imposée à la maternité Jeanne de Flandre pendant le premier confinement lié à la pandémie « COVID-19 » n'a pas eu de retentissement négatif sur la poursuite de l'allaitement des primipares au cours des trois mois suivant la naissance.

Elle nous permet aussi de rassurer les équipes quant à la sortie précoce des primipares, qui n'était jusqu'alors pas encouragée dans notre maternité, tant sur le mode d'alimentation des nourrissons que sur l'état psychique des mères et leur niveau de satisfaction. Nous tenons cependant à souligner l'importance d'un suivi post-natal robuste et préalablement organisé afin de limiter les complications pour la mère et l'enfant. Une durée de séjour minimale de 48 heures nous semble aussi importante.

Nous avons montré que la présence du père tout au long du séjour en maternité permet de limiter le risque de dépression du post-partum chez les mères. Elle semble aussi jouer un rôle dans le mode d'alimentation des nourrissons bien que cela n'ait pas été mis en évidence dans notre étude.

Il nous paraît difficile de conclure tant sur la place des visites des proches en maternité que sur les séances de préparation à la naissance suite à notre étude.

Notons que l'état psychique des mères était dégradé pendant le confinement mais que cela n'avait pas eu d'influence négative sur le mode d'alimentation des nourrissons, ce qui peut laisser penser que des facteurs protecteurs de l'allaitement aient été mis en place chez ces femmes sans pour autant pouvoir clairement les identifier : absence de visites en maternité et au domicile, présence prolongée des parents au domicile... Soulignons en ce sens le progrès récent qu'a été l'allongement du congé paternité à compter du 1^{er} juillet 2021.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. 2014. [cité le 01 Juin 2021]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/>.
2. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010 [Internet]. 2016. [cité le 01 Juin 2021]. Disponible sur: <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/>.
3. OCDE, Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE. Disponible sur : http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr.
4. Moyart M. La présence du père en maternité a-t-elle un effet sur la confiance des mères primipares ayant choisi l'allaitement maternel ? [Thèse de doctorat en médecine]. Lille: Université de Lille Faculté de Médecine; 2020.
5. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. juin 1987;150:782-6.
6. Teissedre F, Chabrol H. A study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on 859 mothers: detection of mothers at risk for postpartum depression. *Encephale*. août 2004;30(4):376-81.
7. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry*. 1998;13(2):83-9.
8. Jardri R. Le dépistage de la dépression postnatale : revue qualitative des études de validation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Devenir*. 2004;Vol. 16(4):245-62.
9. Vogelsang J. The Visual Analog Scale: an accurate and sensitive method for self-reporting preoperative anxiety. *Journal of post anesthesia nursing*. août 1988;3(4) :235-9.
10. Hornblow AR, Kidson MA. The visual analogue scale for anxiety: a validation study. *Aust N Z J Psychiatry*. déc 1976;10(4):339-41.
11. Arellano R, Cruise C, Chung F. Timing of the anesthetist's preoperative outpatient interview. *Anesth Analg*. mai 1989;68(5):645-8.
12. Vilain A. Le premier certificat de santé de l'enfant : Certificat au 8^{ème} jour [CS8]-2017. DREES. mai 2020;52:1-152. Disponible sur: <http://drees.solidarités-sante.gouv.fr>
13. Salanave B, De Launay C, Berquier J, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013). *Bull Épidémiol Hebd*. Oct 2014;(27):450-7. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/beh/>.
14. Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, et al. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et conditions de l'accouchement. Résultats de l'enquête ELFE maternité, France métropolitaine, 2011. *Bull Épidémiol Hebd*. Oct 2014;(27):440-9. Disponible sur: <http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/>.
15. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD, Erdmann P, et al. Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. *J Pediatr*. déc 2018;203:190-196.e21.
16. Lubbe W, Botha E, Niela-Vilen H, Reimers P. Breastfeeding during the COVID-19 pandemic - a literature review for clinical practice. *Int Breastfeed J*. 14 sept 2020;15(1):82.
17. Centeno-Tablante E, Medina-Rivera M, Finkelstein JL, Rayco-Solon P, Garcia-Casal MN, Rogers L, et al. Transmission of SARS-CoV-2 through breast milk and breastfeeding: a living systematic review. *Ann N Y Acad Sci*. janv 2021;1484(1):32-54.
18. Lalaguna Mallada P, Díaz-Gómez NM, Costa Romero M, San Feliciano Martín L, Gabarrell Guiu C. [The impact of Covid-19 pandemic on breastfeeding and birth care. The importance of recovering good practices.]. *Rev Esp Salud Publica*. 9 juill 2020;94:e202007083.
19. Brown A, Shenker N. Experiences of breastfeeding during COVID-19: Lessons for future practical and emotional support. *Matern Child Nutr*. janv 2021;17(1):e13088.

-
20. Latorre G, Martinelli D, Guida P, Masi E, De Benedictis R, Maggio L. Impact of COVID-19 pandemic lockdown on exclusive breastfeeding in non-infected mothers. *Int Breastfeed J.* 17 avr 2021;16(1):36.
21. Zanardo V, Tortora D, Guerrini P, Garani G, Severino L, Soldera G, et al. Infant feeding initiation practices in the context of COVID-19 lockdown. *Early Hum Dev.* janv 2021;152:105286.
22. Vazquez-Vazquez A, Dib S, Rougeaux E, Wells JC, Fewtrell MS. The impact of the Covid-19 lockdown on the experiences and feeding practices of new mothers in the UK: Preliminary data from the COVID-19 New Mum Study. *Appetite.* 1 janv 2021;156:104985.
23. Ceulemans M, Verbakel JY, Van Calsteren K, Eerdeken A, Allegaert K, Foulon V. SARS-CoV-2 Infections and Impact of the COVID-19 Pandemic in Pregnancy and Breastfeeding: Results from an Observational Study in Primary Care in Belgium. *Int J Environ Res Public Health.* 17 sept 2020;17(18):E6766.
24. Snyder K, Worlton G. Social Support During COVID-19: Perspectives of Breastfeeding Mothers. *Breastfeed Med.* janv 2021;16(1):39-45.
25. Initiative Hôpital Ami des Bébé -IHAB France-. Enquête COVID-19 menée en mai 2020 dans les maternités et néonatalogies IHAB [Internet]. août 2020. [cité le 01 Juin 2021]. Disponible sur: <https://www.i-hab.fr/>.
26. Jones E, Stewart F, Taylor B, Davis PG, Brown SJ. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 8 juin 2021;6:CD002958.
27. Jones E, Taylor B, MacArthur C, Bradshaw S, Hope L, Cummins C. Early Postnatal Discharge for Infants: A Meta-analysis. *Pediatrics.* sept 2020;146(3):e20193365.
28. James L, Sweet L, Donnellan-Fernandez R. Breastfeeding initiation and support: A literature review of what women value and the impact of early discharge. *Women and Birth.* avr 2017;30(2):87-99.
29. Nilsson I, Danbjørg DB, Aagaard H, Strandberg-Larsen K, Clemensen J, Kronborg H. Parental experiences of early postnatal discharge: A meta-synthesis. *Midwifery.* oct 2015;31(10):926-34.
30. Sainz Bueno JA, Romano MR, Teruel RG, Benjumea AG, Palacín AF, González CA, et al. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *Am J Obstet Gynecol.* 1 sept 2005;193(3 Pt 1):714-26.
31. Darj E, Stålnacke B. Very early discharge from hospital after normal deliveries. *Ups J Med Sci.* 2000;105(1):57-66.
32. Waldenström U. Early discharge as voluntary and involuntary alternatives to a longer postpartum stay in hospital-effects on mothers' experiences and breast feeding. *Midwifery.* déc 1989;5(4):189-96.
33. 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.
34. Mahesh PKB, Gunathunga MW, Arnold SM, Jayasinghe C, Pathirana S, Makarim MF, et al. Effectiveness of targeting fathers for breastfeeding promotion: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 24 sept 2018;18(1):1140.
35. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture.* 1 mai 2009;22(3):112-20.
36. 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.
37. Ekström A, Widström A-M, Nissen E. Breastfeeding support from partners and grandmothers: perceptions of Swedish women. *Birth.* déc 2003;30(4):261-6.
38. Wyts C. Effet de la présence du conjoint auprès d'une maman primipare sur l'initiation et la durée de l'allaitement (à 1 mois et 3 mois). [Thèse de doctorat en médecine]. Lille: Université de Lille Faculté de Médecine; 2019.
39. Hutchens BF, Kearney J. Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *J Midwifery Womens Health.* janv 2020;65(1):96-108.
40. Zhao X-H, Zhang Z-H. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatr.* oct 2020;53:102353.
41. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord.* févr 2016;191:62-77.

-
42. Morniroli D, Consales A, Colombo L, Bezze EN, Zanotta L, Plevani L, et al. Exploring the Impact of Restricted Partners' Visiting Policies on Non-Infected Mothers' Mental Health and Breastfeeding Rates during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 11 juin 2021;18(12):6347.
43. Lang A. Visites externes et allaitement en maternité. [Mémoire professionnel de fin d'études en Maïeutique]. Grenoble: Ecole de sages-femmes; 2012.
44. Crost M, Kaminski M. L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale. *Archives de Pédiatrie*. 1 déc 1998;5(12):1316-26.
45. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technol Assess*. 2000;4(25):1-171.
46. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev*. 6 déc 2016;12:CD006425.
47. 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.
48. Kuliukas L, Hauck YL, Jorgensen A, Kneebone K, Burns SK, Maycock BR, et al. Process evaluation of a peer-led antenatal breastfeeding class for fathers: perceptions of facilitators and participants. *BMC Pregnancy Childbirth*. 29 janv 2019;19(1):48.
49. Da Silva Tanganhito D, Bick D, Chang Y-S. Breastfeeding experiences and perspectives among women with postnatal depression: A qualitative evidence synthesis. *Women Birth*. mai 2020;33(3):231-9.
50. Zanardo V, Manghina V, Giliberti L, Vettore M, Severino L, Straface G. Psychological impact of COVID-19 quarantine measures in northeastern Italy on mothers in the immediate postpartum period. *Int J Gynaecol Obstet*. août 2020;150(2):184-8.
51. Durankuş F, Aksu E. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 18 mai 2020;1-7.
52. Ceulemans M, Hompes T, Foulon V. Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic: A call for action. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2020;151(1):146-7.
53. Farewell CV, Jewell J, Walls J, Leiferman JA. A Mixed-Methods Pilot Study of Perinatal Risk and Resilience During COVID-19. *J Prim Care Community Health*. déc 2020;11:2150132720944074.
54. Stepowicz A, Wencka B, Bienkiewicz J, Horzelski W, Grzesiak M. Stress and Anxiety Levels in Pregnant and Post-Partum Women during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 17 déc 2020;17(24):E9450.
55. Chmielewska B, Barratt I, Townsend R, Kalafat E, van der Meulen J, Gurol-Urganci I, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. juin 2021;9(6):e759-72.
56. Shorey SY, Ng ED, Chee CYI. Anxiety and depressive symptoms of women in the perinatal period during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Scand J Public Health*. 8 mai 2021;14034948211011792.
57. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster J-Y, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond)*. déc 2019;15:1745506519844044.
58. Fallon V, Groves R, Halford JCG, Bennett KM, Harrold JA. Postpartum Anxiety and Infant-Feeding Outcomes. *J Hum Lact*. nov 2016;32(4):740-58.

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire distribué au groupe 1 et échelle d'Edimbourg

Fait le :

Etage de maternité : 2^{ème} étage 3^{ème} 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



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

Annexe II : Questionnaire adressé au groupe 2

SUIVI DE L'ALIMENTATION DES ENFANTS NÉS PENDANT LA PÉRIODE « COVID » A LA MATERNITE JEANNE DE FLANDRE

Ce questionnaire est individuel et anonyme et les données recueillies sont strictement confidentielles
Merci de bien vouloir renseigner toutes les questions qui vous concernent en cochant les cases appropriées

Numéro d'identification du questionnaire :

1. Mois d'accouchement :
 Mars Avril Mai
2. Mode d'alimentation de votre enfant à la sortie de la maternité :
 Lait maternel de façon exclusive Lait maternel + artificiel Lait artificiel de façon exclusive

PROFIL DE LA MÈRE

3. Age : ans
 Entre 30 h et 40 h
4. Statut marital :
 Mariée
 Concubinage ou Pacsée
 Célibataire
 Entre 41 h et 59 h
 Plus de 59 h
5. Niveau d'étude :
 Brevet des collèges
 CAP/BEP
 Baccalauréat
 Baccalauréat +1, +2, +3
 Baccalauréat +4, +5
 Baccalauréat +6 et plus
6. Situation professionnelle :
 Emploi à temps plein, à temps partiel ou à mi-temps
 Sans emploi et/ou à la recherche d'un emploi
7. Temps de travail par semaine :
 Moins de 30 h
 Entre 30 h et 40 h
 Entre 41 h et 59 h
 Plus de 59 h
8. Temps de travail estimé lors de votre reprise du travail :
 Moins de 30 h
9. Quel âge aura votre enfant lors de votre reprise professionnelle ? :
 Moins de 3 mois
 Entre 3 mois et 6 mois
 Plus de 6 mois
10. Présentez-vous un antécédent de dépression traitée médicalement ? :
 Oui Non
11. Avez-vous participé à des séances de préparation à la naissance concernant l'allaitement maternel ? :
 Oui Non
12. Si oui, à combien de séances avez-vous pu assister ? :
 1 2 3 4 5 et +
13. Est-ce que vous fumez ? :
 Oui Non
14. Quel était la préférence de votre mère concernant l'alimentation de votre enfant ? :
 Lait maternel
 Lait artificiel
 Sans préférence

PROFIL DU PÈRE

15. Age : ans
16. A-t-il eu un ou des enfant(s) d'une union antérieure ? :
 Oui Non
17. Quel est son niveau d'étude ? :
 Brevet des collèges
 CAP/BEP
 Baccalauréat
 Baccalauréat +1, +2, +3
 Baccalauréat +4, +5
 Baccalauréat +6 et plus
18. Quelle est sa situation professionnelle ? :
 Emploi à temps plein, à temps partiel ou à mi-temps
 Sans emploi et/ou à la recherche d'un emploi
19. Quel est son temps de travail par semaine ? :
 Moins de 30 h
 Entre 30 h et 40 h
 Entre 41 h et 59 h
 Plus de 59 h
20. A-t-il participé à des séances de préparation à la naissance concernant l'allaitement maternel ? :
 Oui Non
21. Si oui, à combien de séances ? :
 1 2 3 4 5 et +
22. Quel était la préférence de votre conjoint concernant l'alimentation de l'enfant ? :
 Lait maternel
 Lait artificiel
 Sans préférence
23. Combien de temps a duré le séjour de votre conjoint en maternité ? :
 Moins de 24 h
 24 h
 Entre 25 h et 48 h
 Entre 49 h et 72 h
 Plus de 72 h
24. A-t-il pu faire du peau à peau avec le nouveau-né ? :
 Oui Non
25. Si oui, combien de temps ? :
 Moins de 3 h
 De 3 h à 6 h
 Plus de 6 h

PROFIL DU NOUVEAU-NÉ

26. De quel sexe est votre nouveau-né ? :
 Masculin
 Féminin
27. Quel est son terme de naissance ? :
 De 37 à 41 SA
 Supérieur à 41 SA
28. Quel était son poids de naissance ? :
 De 2400 grammes à 3000 grammes
 Plus de 3000 grammes
29. Quel a été le mode d'accouchement ? :
 Voie basse sans extraction instrumentale
 Voie basse avec extraction instrumentale (ventouse, forceps)
 Césarienne programmée
 Césarienne en cours de travail ou en urgence
30. La mise en route du travail a été :
 Spontanée
 Provoquée

31. Quel a été le type d'anesthésie ? :
- Péridurale ou rachianesthésie
- Anesthésie générale
- Sans anesthésie

DEMANDE DE SORTIE ANTICIPÉE

32. Etes-vous sortie de façon anticipée de la maternité, c'est-à-dire avant les 72 h de vie de votre enfant en cas d'accouchement par voie basse ou avant les 96 h de vie de votre enfant en cas de césarienne ? :
- Oui Non
33. Si oui, quelle(s) a (ont) été votre (vos) principale(s) motivation(s) pour sortir de façon anticipée ? :
- Occasion donnée par la maternité en période « COVID »
- Peur de la contamination par le « COVID » à l'hôpital
- Absence du père après 24 h d'hospitalisation
- Confinement en chambre
- Demande pressante des soignants
- Autres motifs
34. Si vous aviez accouché en dehors de la période « COVID », auriez-vous souhaité sortir de façon anticipée ? :
- Oui Non
35. A posteriori, regrettez-vous d'être sortie de façon anticipée ? :
- Oui Non

SI CHOIX D'UNE ALIMENTATION PAR DU LAIT ARTIFICIEL LORS DU SÉJOUR EN MATERNITÉ

36. Présentez-vous une contre-indication médicale à l'allaitement maternel ? :
- Oui Non
37. Aviez-vous déjà fait le choix d'une alimentation par du lait artificiel avant l'entrée en maternité ? :
- Oui Non
38. Si non, quelles(s) a (ont) été votre (vos) motivation(s) pour choisir l'alimentation artificielle ? :
- Difficultés initiales de mise au sein
- Souhait d'une sortie plus rapide de maternité
- Absence du père après 24 h d'hospitalisation
- Manque de soutien de la part des soignants en maternité
- Peur de la transmission du « COVID » par votre lait
- Autres raisons
39. Si non, pensez-vous que vous auriez pu faire le choix d'un allaitement maternel si vous aviez accouché en dehors de la période « COVID » ? :
- Oui Non

SI CHOIX D'UNE ALIMENTATION MATERNELLE OU MIXTE LORS DU SÉJOUR EN MATERNITÉ

40. Quel est le mode d'alimentation de votre enfant à ses 1 mois ?
- Au sein exclusivement
- Au sein avec des compléments de lait maternel tiré
- Au sein avec des compléments de lait maternel tiré et/ou des compléments de lait artificiel
- Aux biberons de lait artificiel exclusivement
- Aux biberons de lait maternel tiré sans mise au sein
- Aux biberons de lait maternel tiré et de lait artificiel sans mise au sein

41. En cas de passage au lait artificiel de façon exclusive, quelles ont été la(les) raison(s) de l'arrêt du lait maternel ?
- Difficultés à la prise du sein de votre enfant
 - Insuffisance lactée
 - Difficultés à la prise de poids de votre enfant
 - Douleurs ou complications (crevasses, mastite, abcès...)
 - Reprise du travail et/ou manque de temps
 - Fatigue
 - Manque de soutien de la part de l'entourage
 - Manque de soutien de la part des soignants
 - Autres raisons
42. Pensez-vous que la « nouvelle » organisation de la maternité pendant votre séjour en période « COVID » a eu un impact sur l'arrêt de votre allaitement maternel ? :
- Oui Non
43. Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? :
- Absence du père au cours des premiers jours de vie
 - Absence de visites des proches en maternité
 - Sortie précoce de maternité
 - Gestion seule du nouveau-né en chambre
 - Pas de possibilité de confier le bébé aux soignants notamment la nuit
 - Pas de possibilité de sortir de la chambre
 - Moins de passages de soignants en chambre
 - Anxiété, stress, tristesse en lien avec la crise sanitaire
 - Peur de la transmission du « COVID » par le lait maternel
 - Autres raisons

DÉPRESSION DU POST PARTUM - échelle d'Edimbourg -

44. Pour les questions 44.1 à 44.10, merci de cocher la réponse qui correspond le plus précisément à vos sentiments depuis les 7 derniers jours :
- 44.1 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
- 44.2 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
- 44.3 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

44.4 Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif :

Non, pas du tout

Presque jamais

Oui, parfois

Oui, très souvent

44.5 Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison :

Oui, vraiment souvent

Oui, parfois

Non, pas très souvent

Non, pas du tout

44.6 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

44.7 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

44.8 Je me suis sentie triste ou malheureuse :

Oui, la plupart du temps

Oui, très souvent

Pas très souvent

Non, pas du tout

44.9 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

44.10 Il m'est arrivée de penser à me faire du mal :

Oui, très souvent

Parfois

Presque jamais

Jamais

CONCERNANT LA PÉRIODE « COVID »

45. Sur une échelle de 0 à 10, à combien situez-vous votre niveau d'anxiété **avant** la période « COVID » ? :
- Entre 0 et 3
- Entre 4 et 6
- Entre 7 et 10
- Entre 4 et 6
- Entre 7 et 10
46. Sur une échelle de 0 à 10, à combien situez-vous votre niveau d'anxiété **pendant** la période « COVID » ? :
- Entre 0 et 3
47. Seriez-vous intéressée par la réalisation d'un vaccin contre le COVID, s'il venait à exister ? :
- Oui Non
48. Etiez-vous vaccinée contre la grippe au cours de votre grossesse ? :
- Oui Non

MATERNITÉ JEANNE DE FLANDRE

49. Conseillerez-vous la maternité Jeanne de Flandre du CHU de Lille à votre entourage ?
- Oui Non

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire

Annexe III : Questionnaire complémentaire adressé au groupe 2

QUESTIONNAIRE COMPLÉMENTAIRE POUR LES MERES AYANT POURSUIVI L'ALIMENTATION MATERNELLE OU MIXTE A 1 MOIS

Ce questionnaire est individuel et anonyme et les données recueillies sont strictement confidentielles
Merci de bien vouloir renseigner toutes les questions qui vous concernent en cochant les cases appropriées

Numéro d'identification du questionnaire :

50. Quel est le mode d'alimentation de votre enfant à ses 3 mois ? :
- Au sein exclusivement
 - Au sein avec des compléments de lait maternel tiré
 - Au sein avec des compléments de lait maternel tiré et/ou des compléments de lait artificiel
 - Aux biberons de lait artificiel exclusivement
 - Aux biberons de lait maternel tiré sans mise au sein
 - Aux biberons de lait maternel tiré et de lait artificiel sans mise au sein
51. En cas de passage au lait artificiel de façon exclusive, quelles ont été la(les) raison(s) de l'arrêt du lait maternel ? :
- Difficultés à la prise du sein de votre enfant
 - Insuffisance lactée
 - Difficultés à la prise de poids de votre enfant
 - Douleurs ou complications (crevasses, mastite, abcès...)
 - Reprise du travail et/ou manque de temps
 - Fatigue
 - Manque de soutien de la part de l'entourage
 - Manque de soutien de la part des soignants
 - Autres raisons
52. Pensez-vous que la « nouvelle » organisation de la maternité pendant votre séjour en période « COVID » a eu un impact sur l'arrêt de votre allaitement maternel ? :
- Oui
 - Non
53. Si oui, quelle mesure mise en place à la maternité a pu contribuer à un arrêt prématuré de l'allaitement maternel ? :
- Absence du père au cours des premiers jours de vie
 - Absence de visites des proches en maternité
 - Sortie précoce de maternité
 - Gestion seule du nouveau-né en chambre
 - Pas de possibilité de confier le bébé aux soignants notamment la nuit
 - Moins de passages de soignants en chambre
 - Anxiété, stress, tristesse en lien avec la crise sanitaire
 - Peur de la transmission du « COVID » par le lait maternel
 - Autres raisons

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire

Annexe IV : Lettre d'information adressée au groupe 2



LETTRE D'INFORMATION

Mesdames, Messieurs,

Dans le cadre d'un projet de thèse sous l'égide du Dr RAKZA, chef de service de la maternité Jeanne de Flandre au CHRU de Lille, **nous souhaitons vous inclure dans une étude portant sur l'organisation de votre maternité au cours de la crise sanitaire liée au COVID-19.**

En effet, vous avez toutes eu le désagrément de voir votre séjour marqué notamment par le départ de votre conjoint 24 heures après la naissance de votre enfant, par le confinement en chambre ou encore par l'interdiction des visites.

Cette situation inédite a été à l'origine de sorties plus précoces des mères et **nous souhaitons étudier entre autre l'impact de cette sortie anticipée sur votre choix d'alimentation du nouveau-né ou encore sur votre ressenti psychique.**

L'objectif de cette étude est de faire évoluer votre maternité. Nous avons pour cela besoin de votre aide. Seule une **participation importante au questionnaire ci-joint** nous permettra d'émettre des conclusions quant à votre expérience.

Pour les mères ayant fait le choix de l'allaitement maternel, nous vous recontacterons **à 3 mois** par le biais d'un appel et/ou d'un mail, afin de suivre l'évolution de votre allaitement.

Nous vous remercions d'avance pour votre intérêt et pour le temps consacré à ce travail.

Vous aurez accès aux résultats de cette étude sur simple demande de votre part via cette adresse mail : recueil.maternite.lille.2020@gmail.com.

Nous certifions que **l'ensemble des données recueillies sera anonymisé.**

La réponse à ce questionnaire **atteste votre accord** pour la participation à cette étude. Il vous sera possible à tout moment de **retirer votre participation** en nous adressant votre demande par mail.

Nous vous souhaitons le meilleur à vous et à votre enfant et espérons vous recevoir à nouveau au sein de notre établissement.



Dr Thameur RAKZA
Responsable du service pédiatrie en maternité



Audrey COSSART
Interne de pédiatrie

AUTEUR : Nom : COSSART Prénom : Audrey

Date de soutenance : vendredi 17 septembre 2021

Titre de la thèse : Impact du premier confinement lié à la pandémie « COVID-19 » en maternité sur le suivi de l'allaitement des primipares - Étude analytique prospective réalisée dans une maternité de niveau III

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Pédiatrie

DES + spécialité : Pédiatrie

Mots-clés : allaitement – confinement – coronavirus – SARS-CoV-2

RÉSUMÉ

Contexte : La fin d'année 2019 a été marquée par l'apparition d'un nouveau virus à l'origine d'une crise sanitaire qualifiée de pandémie le 11 mars 2020. La circulation de ce virus, nommé SARS-CoV-2, a conduit à un confinement national du 17 mars au 11 mai 2020. Une organisation restrictive a dû être adoptée à la maternité Jeanne de Flandre au CHU de Lille : confinement strict en chambre, temps de présence du père limité, visites interdites. Les sorties précoces se sont multipliées. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact de cette organisation restrictive sur la poursuite de l'allaitement des primipares à trois mois.

Méthode : Etude épidémiologique analytique, observationnelle, prospective, de cohorte, comparative de type exposée / non exposée au confinement, monocentrique à la maternité Jeanne de Flandre, au cours de deux périodes d'études (2019, 2020), avec effectifs analysés de 139 mères allaitantes et de 237 mères dont 178 allaitantes.

Résultats : Le taux de mères ayant poursuivi l'alimentation par du lait maternel était similaire avant et pendant le confinement à un mois (91,4 % et 86,5 %, $p = 0,18$) et à trois mois (62,5 % et 63,2 %, $p = 0,91$). Le taux d'allaitement chez les primipares était de 75,1 % à la sortie de la maternité pendant le confinement. La sortie précoce concernait 46,8 % des primipares pendant le confinement et n'avait pas eu d'impact négatif ni sur le mode d'alimentation à un mois ($p = 0,22$) ni sur l'état psychique des mères ($p = 0,74$). Le faible temps de présence du père en maternité était significativement associé à un état psychique altéré chez les mères ($p = 0,036$), sans influence sur le mode d'alimentation à un mois ($p = 0,18$). L'état psychique des mères était altéré pendant le confinement ($p = 0,047$).

Conclusion : L'organisation restrictive imposée à la maternité Jeanne de Flandre pendant le confinement n'a pas eu d'impact négatif sur la poursuite de l'allaitement des primipares à trois mois. La sortie précoce pourrait être proposée y compris aux mères primipares, sous réserve d'une durée de séjour optimale et d'un suivi post-natal organisé. La présence du père en maternité est importante. La place des visites reste à définir. En perspective, il serait intéressant d'étudier si la présence parentale au domicile prolongée (télétravail, chômage partiel) a été protectrice de l'allaitement.

Composition du Jury :

Président : Pr Patrick TRUFFERT

Assesseurs : Pr Damien SUBTIL, Pr Dominique TURCK

Directeur de thèse : Dr Thameur RAKZA