

Les interventions éducatives et de soutien favorisent-elles l'allaitement maternel dans la durée chez les mères primipares ?

Référence

Wong MS, Mou H, Chien WT. Effectiveness of educational and supportive intervention for primiparous women on breastfeeding related outcomes and breastfeeding self-efficacy: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2021;117:103874. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103874

Analyse de

Serena Debonnet, vroedvrouw, BFHI (Baby Friendly Hospital Initiative), FOD Volksgezondheid; lactatiekundige IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) et Mieke Embo, vroedvrouw, UGent en Arteveldehogeschool

Question clinique

Quel est l'effet des interventions éducatives et de soutien sur la durée de l'allaitement, sur d'autres résultats liés à l'allaitement et sur l'autonomie chez les mères primipares en bonne santé après l'accouchement par voie basse d'un nourrisson en bonne santé d'au moins 37 semaines d'âge gestationnel ?

Contexte

L'OMS (2019) recommande l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois après l'accouchement, suivi d'un allaitement combiné à des aliments solides jusqu'à 2 ans (1). Cependant, seulement 40% des bébés dans le monde sont allaités pendant plus de 6 mois (2). Les mères abandonnent pour de nombreuses raisons telles qu'une production de lait insuffisante (3-5), un retour précoce au travail (≤ 3 mois post-partum) (3,5), un manque d'informations et de soutien (6) et la pression socioculturelle (6). La recherche a également montré que ce sont principalement les jeunes mères primipares (< 25 ans) qui arrêtent précocement l'allaitement (4,5). De nombreuses interventions prénatales et/ou postnatales visant l'allaitement ont été conçues en vue de remédier à cette situation, mais des synthèses méthodiques et méta-analyses montrent des résultats incohérents concernant l'effet sur le maintien de l'allaitement (7,8).

Résumé

Méthodologie

Synthèse méthodique avec méta-analyse

Sources consultées

- EMBASE, Maternity and Infant Care, la bibliothèque Cochrane, PubMed, PsycINFO, CINAHL, Scopus, Theses and Dissertations Collection de l'Université chinoise de Hong Kong, ProQuest Dissertations and Theses, China Journal Net, WanFang Data ; jusqu'au 31 janvier 2020
- recherche manuelle dans les listes des références des articles pertinents
- restriction quant à la date de publication (uniquement les vingt dernières années) et quant à la langue de publication (uniquement anglais et chinois).

Études sélectionnées

- 13 études randomisées, contrôlées, menées entre 1999 et 2019 dans sept pays (Canada, Chine, Iran, Jordanie, Thaïlande, Turquie, États-Unis) et le territoire de Hongkong, qui, avec une taille d'échantillon de 66 à 733 participants, ont examiné l'effet, sur le maintien de l'allaitement et/ou l'autonomie dans l'allaitement, d'une intervention éducative et de soutien

avant l'accouchement (N = 2 études), après l'accouchement (N = 8 études) ou avant et après l'accouchement (N = 3 études)

- critères d'exclusion : $\geq 50\%$ sont des femmes vulnérables (adolescentes, tabagisme pendant la grossesse), femmes avec grossesse compliquée ou complications lors de l'accouchement (comme obésité, grossesses multiples, délivrance instrumentale et/ou chirurgicale), transfert du bébé en néonatalogie.

Population étudiée

- 3360 mères primipares ayant accouché à terme par voie basse d'un bébé en bonne santé (≥ 37 semaines) (Score d'Apgar ≥ 7 ; poids à la naissance entre 2,5 et 4 kg).

Mesure des résultats

- critères de jugement primaires : durée de l'allaitement (tant allaitement exclusif qu'allaitement mixte)
- critères de jugement secondaires : autonomie, connaissance, satisfaction de la mère, engorgement des seins, technique de succion, santé du bébé, coût de l'intervention
- sommation, suivant le modèle à effets aléatoires, des études ayant les mêmes critères de jugement ; présentation des résultats catégoriels avec le rapport de cotes (RC) et des résultats continus avec la différence moyenne standardisée (DMS)
- analyse en sous-groupes des résultats statistiquement significatifs de l'intervention selon la période, le format, le mode, les principales composantes, l'utilisation d'un cadre théorique, le nombre de séances.

Résultats (voir le tableau)

- la moyenne des taux de sorties d'études était de 13,3% (entre 3,3% et 35,7%)
- les interventions éducatives et de soutien avaient un effet statistiquement significatif :
 - sur la durée de l'allaitement exclusif* ≤ 2 mois (N = 8) et ≥ 6 mois après l'accouchement (N = 5)
 - sur la durée de l'allaitement mixte ≤ 2 mois après l'accouchement (N = 8)
- les interventions éducatives et de soutien n'avaient pas d'effet statistiquement significatif sur l'allaitement exclusif entre 3 et 5 mois après l'accouchement (N = 2) ou mixte entre 3 et 5 mois après l'accouchement (N = 4) ni ≥ 6 mois après l'accouchement (N = 7)
- pour l'autonomie, il y a eu une augmentation statistiquement significative de la moyenne (score **BSES-SF** (DMS = 1,20 avec IC à 95% de 0,51 à 1,88 ; $p = 0,0006$) ≤ 2 mois après l'accouchement (N = 5) ; on a également observé une augmentation statistiquement significative des connaissances sur l'allaitement après 37 semaines de grossesse, tant ≤ 2 mois que 6 mois après l'accouchement (N = 3), moins d'engorgement des seins 3 jours après l'accouchement (N = 1) et une meilleure technique de succion (N = 1) ; il n'y avait pas d'effet statistiquement significatif sur la satisfaction maternelle (N = 2) ni sur la santé de l'enfant (N = 3) ; les visites à domicile en post-partum étaient plus coûteuses que le suivi téléphonique.

* Neuf des 13 études faisaient référence à l'OMS pour définir l'allaitement maternel exclusif.

Tableau. Effets statistiquement significatifs des interventions éducatives et de soutien à l'allaitement sur la durée de l'allaitement ≤ 2 mois et ≥ 6 mois après l'accouchement, tant pour l'allaitement partiel et que pour l'allaitement mixte ; avec les principaux résultats de l'analyse de sous-groupes.

	Allaitement mixte		Allaitement exclusif	
	≤ 2 mois après l'accouchement	≥ 6 mois après l'accouchement	≤ 2 mois après l'accouchement	≥ 6 mois après l'accouchement
Résultat sommé	RC = 1,24 ; IC à 95% de 1,04 à 1,48 ; p = 0,02	/	RC = 1,68 ; IC à 95% de 1,20 à 2,34 ; p = 0,002	RC = 1,37 ; IC à 95% de 1,01 à 1,86 ; p = 0,04

Période	Post-natale RC = 1,35 ; IC à 95% de 1,10 à 1,65 ; p = 0,004	/	Prénatale ou combinaison de prénatale et post- natale RC = 1,55 ; IC à 95% de 1,00 à 2,39 ; p = 0,05	Combinaison de prénatale et post-natale RC = 3,06 ; IC à 95% de 1,22 à 7,66 ; p = 0,02
Type d'intervention	Suivi téléphonique post-natal RC = 1,40 ; IC à 95% de 1,05 à 1,87 ; p = 0,02	/	Visite à domicile post- natale RC = 3,00 ; IC à 95% de 1,05 à 8,60 ; p = 0,04	Combinaison d'atelier prénatal et de suivi téléphonique ; ou entretien prénatal avec coaching direct et suivi téléphonique post-natal RC = 3,06 ; IC à 95% de 1,22 à 7,66 ; p = 0,02
Forme de l'intervention (individuelle ou en groupe)	Individuelle RC = 1,21 ; IC à 95% de 1,01 à 1,46 ; p = 0,04	/	En groupe RC = 2,34 ; IC à 95% de 1,32 à 4,15 ; p = 0,004	Combinaison d'une intervention individuelle et d'une intervention en groupe RC = 3,06 ; IC à 95% de 1,22 à 7,66 ; p = 0,02
Mode de l'intervention (face à face ou contact indirect)	Indirect RC = 1,40 ; IC à 95% de 1,05 à 1,87 ; p = 0,02	/	Direct RC = 1,66 ; IC à 95% de 1,01 à 2,72 ; p = 0,05	Combinaison d'une intervention directe et d'une intervention indirecte RC = 3,06 ; IC à 95% de 1,22 à 7,66 ; p = 0,02
Cadre théorique	/	/	Théorie de l'autonomie RC = 2,50 ; IC à 95% de 1,55 à 4,03 ; p = 0,0002	Théorie de l'autonomie ou modèle de promotion de la santé RC = 3,06 ; IC à 95% de 1,22 à 7,66 ; p = 0,02
Nombre d'interventions	≥ 3 séances RC = 1,29 ; IC à 95% de 1,05 à 1,60 ; p = 0,02	/	≥ 3 séances RC = 1,53 ; IC à 95% de 1,16 à 2,01 ; p = 0,002	/

RC : rapport de cotes ; IC : intervalle de confiance ; p : niveau de signification fixé à 0,05 ; / : pas de résultat significatif

Conclusion des auteurs

Les résultats suggèrent qu'une intervention à plusieurs composantes, étayée par la théorie, en trois séances ou plus dispensées en face à face et par téléphone, tant avant qu'après l'accouchement, peut être efficace pour améliorer l'allaitement exclusif ≥ 6 mois après l'accouchement et l'allaitement mixte et l'autonomie pour l'allaitement 2 mois après l'accouchement.

Financement de l'étude

Pas de financement externe.

Conflits d'intérêt des auteurs

Aucun conflit d'intérêt mentionné.

Discussion

Considérations sur la méthodologie

La sélection des articles de cette synthèse méthodique a été effectuée par deux chercheurs indépendamment l'un de l'autre. En cas de discussion, un troisième chercheur essayait de trouver un consensus. Deux chercheurs ont examiné la qualité méthodologique des études avec l'outil Cochrane « Risque de biais ». Trois études présentaient un risque élevé de biais, et les dix autres études

présentaient un risque de biais indéterminé pour un ou plusieurs domaines. Par exemple, pour cinq études, il n'y avait pas suffisamment d'informations sur l'attribution de l'intervention. Seule une étude était en aveugle ; un écart par rapport à l'intervention attribuée ne peut donc être exclu. En outre, pour 9 études, on ne peut exclure un biais de notification. Les études incluses étaient cliniquement hétérogènes en termes de conception d'étude, de taille d'échantillon, de caractéristiques d'intervention et de suivi.

Interprétation des résultats

Les résultats de cette étude montrent que les interventions éducatives et de soutien ont un effet significatif sur la durée de l'allaitement maternel exclusif dans les 2 mois et après 6 mois en post-partum, mais pas entre 3 et 5 mois après l'accouchement. Selon les auteurs, cette contradiction est due au fait que les deux études examinant l'effet après 3 mois en post-partum incluaient des femmes très motivées pour pratiquer l'allaitement exclusif. De plus, l'intervention était limitée à la période précédant l'accouchement ou à la période post-partum. En ce qui concerne l'allaitement mixte, un effet n'a été observé que dans les 2 mois après l'accouchement. Selon les auteurs, cela est dû au fait que la plupart des mères ont repris le travail après 2 mois et, en conséquence, ont arrêté d'allaiter. Outre l'allongement de la durée de l'allaitement, l'autonomie a également augmenté à court terme (≤ 2 mois après l'accouchement). Comme prévu, ce résultat correspondait à un allaitement plus exclusif dans les deux mois après l'accouchement. Pour les résultats sommés statistiquement significatifs, une analyse de sous-groupe a pu montrer que l'effet le plus important pouvait être obtenu lorsque l'intervention : 1) était réalisée sur une longue période (du prépartum au post-partum), 2) consistait en une combinaison de séances en groupe, de coaching individuel et de suivi téléphonique ; 3) se caractérisait par une combinaison de face à face et de contact indirect ; 4) était étayée par la théorie avec un accent sur l'autonomie ; et 5) comportait au moins 3 séances (*voir le tableau*). Le nombre d'études incluses pour d'autres critères de jugement était limité. Par conséquent, l'effet positif sur les connaissances concernant l'allaitement, sur l'engorgement des seins et sur la technique de succion doit être interprété avec prudence.

Bien que les résultats de cette étude soient précieux pour les professionnels qui ont besoin de développer une stratégie efficace et efficiente pour la promotion de l'allaitement, cette étude contient également des limites importantes. La possibilité de généraliser les résultats est limitée car seules ont été incluses les mères primipares en bonne santé qui ont accouché par voie basse d'un bébé en bonne santé. De plus, toutes les études ont été menées hors d'Europe et ne prenaient pas en compte la culture, l'épidémiologie ou l'organisation des soins de santé. En outre, nous ne disposons pas actuellement de données suffisantes pour déterminer l'effet des interventions à plus long terme (> 6 mois) ou pour déterminer l'influence de certaines caractéristiques de l'intervention (telles que le nombre de séances, leur durée et l'intervalle entre les séances). Notons un nombre important de sorties d'études, jusqu'à 35%. Cela suggère que l'allaitement n'est pas toujours bien vécu par les femmes, même si elles sont soutenues comme ici. Il faut sans doute corrélérer ce résultat au fait que la satisfaction maternelle, étudiée dans seulement 2 études, ne montre pas de résultat statistiquement significatif. Mais il faut reconnaître que ces données sont trop fragiles que pour en retirer des conclusions solides.

Que disent les guides de pratique clinique ?

Selon les recommandations les plus récentes de l'Academy of Breastfeeding Medicine (ABM), une discussion interactive portant sur l'allaitement devrait avoir lieu à chaque trimestre de la grossesse (9). Cette recommandation est également décrite en détail dans le manuel de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés (Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI) (10). L'OMS et l'UNICEF ont lancé la BFHI à l'échelle mondiale pour motiver les établissements de santé dotés de services de maternité à adopter les dix recommandations ou conditions pour le succès de l'allaitement. Ces dix recommandations résument brièvement un certain nombre de politiques et de procédures que les établissements de santé dotés de services de maternité et de services postnatals devraient adopter pour encourager l'allaitement. Ces recommandations sont notamment que toutes les femmes enceintes doivent être informées des pratiques de l'allaitement maternel ainsi que de ses avantages, et que les établissements de santé dotés de services de maternité maintiennent des contacts avec les autres établissements et intervenants pour accompagner l'allaitement et orientent les parents vers des organisations promouvant l'allaitement maternel (11).

Conclusion de Minerva

Cette méta-analyse, correctement menée sur le plan méthodologique, de 13 études hétérogènes avec un risque de biais souvent indéterminé pour plusieurs domaines, montre qu'une intervention éducative et informative à plusieurs composantes prolonge la durée de l'allaitement – allaitement exclusif dans les 2 mois et ≥ 6 mois en post-partum, allaitement mixte dans les 2 mois après l'accouchement - chez les femmes primipares en bonne santé après un accouchement par voie basse d'un bébé en bonne santé. Une analyse en sous-groupes montre également qu'une intervention sur une longue durée (à la fois prénatale et postnatale), une combinaison de séances de groupe, de coaching individuel et d'un suivi téléphonique, des contacts en face à face et indirects, une justification théorique et au moins 3 séances influencent positivement le résultat, mais une recherche plus approfondie est nécessaire à cet égard.

Références

1. WHO. Breastfeeding. Retrieved 16 November 2021 from https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
2. WHO. Infant and young child feeding. 9 June 2021. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
3. Brown CR, Dodds L, Legge A, et al. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Can J Public Health* 2014;105: e179–e185. DOI: 10.17269/cjph.105.4244
4. Hauck YL, Fenwick J, Dhaliwal SS. A Western Australian survey of breastfeeding initiation, prevalence and early cessation patterns. *Matern Child Health J* 2011;15:260-8. DOI: 10.1007/s10995-009-0554-2
5. Mangrio E, Persson K, Bramhagen AC. Sociodemographic, physical, mental and social factors in the cessation of breastfeeding before 6 months: a systematic review. *Scand J Caring Sci* 2018;32:451-65. DOI: 10.1111/scs.12489
6. Keevash J, Norman A, Forrest H, Mortimer S. What influences women to stop or continue breastfeeding? A thematic analysis. *Br J Midwifery* 2018;26:651-8. DOI: 10.12968/bjom.2018.26.10.651
7. Kim SK, Park S, Oh J, et al. Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud* 2018;80:94-105. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.01.004
8. McFadden A, Siebelt L, Marshall JL, et al. Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J* 2019;14:42. DOI: 10.1186/s13006-019-0235-8
9. Rosen-Carole C, Hartman S, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol# 19: Breastfeeding promotion in the prenatal setting, revision 2015. *Breastfeeding Medicine* 2015;10:451-7. DOI: 10.1089/bfm.2015.29016.ros
10. World Health Organization. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative 2018. 22 March 2018.
11. Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. Guide IHAB. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement 2016. URL : <https://www.health.belgium.be/fr/guide-ihab>