

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE NANTES - Santé	
SUBOC	152763 767
COTE	M NANT 05-SF
LCC	NIVEAU 6
HCR	523 934

ECOLE DE SAGE FEMME DE NANTES

**Incidence des comportements non optimaux au
sein du nouveau né à terme et poursuite de
l'allaitement à 1 mois**

Etude pilote réalisée au CHU de Nantes

Cécile BODIN
Née de 21 octobre 1986

Directeur de mémoire : Docteur Sophie DENIZOT

Année universitaire 2010-2011



BU Santé
Nantes

Résumé

Une étude pilote a été réalisée au CHU de Nantes sur l'incidence des comportements non optimaux au sein (CNOS) des nouveau-nés à terme, en utilisant le score d'IBFAT. Il a été retrouvé 30% de CNOS à la sortie de la maternité.

Les facteurs associés retrouvés ont été l'utilisation des compléments de lait maternel, des boudons de sein et des tétines.

Certains facteurs ont plutôt tendance à réduire ce risque, comme le niveau d'étude maternel, la confiance de la mère envers son allaitement, la cohabitation mère-enfant 24h/24, et la survenue de la montée de lait dans les trois jours suivants l'accouchement.

Certaines pratiques hospitalières jouent donc en partie un rôle dans la survenue des difficultés d'allaitement.

La durée d'allaitement est en étroite liaison avec les difficultés observées à la maternité. Les patientes ayant eu un CNOS à la sortie de maternité ont 19 fois plus de chances d'arrêter l'allaitement avant 1 mois.

Nous avons proposé certaines solutions pour réduire au maximum les risques d'échec d'allaitement, en regard des résultats de notre étude comparés à ceux de la littérature.

Mots-clés : Allaitement maternel, score d'IBFAT, comportement non optimal du nouveau-né au sein (CNOS), durée d'allaitement.

Sommaire

Introduction	1
I- Notions préliminaires sur l'allaitement	2
1. Epidémiologie	2
2. L'allaitement maternel : une alimentation recommandée	5
3. Les difficultés d'allaitement existent.....	7
3.1. La décision d'allaiter : un choix dépendant de facteurs culturels mais aussi psychologiques	7
3.2. Les facteurs physiques.....	10
4. L'évaluation professionnelle des tétées.....	13
4.1. Rappels : l'anatomie du sein	13
4.2. Les scores	14
II- L'étude	18
1. Objectifs	18
2. Méthodes	18
2.1. Planning de l'étude	18
2.2. Population étudiée	19
2.3. Recueil de données	19
2.4. Analyses statistiques	21
3. Résultats	21

3.1. Description de la population	21
3.2. Evaluation des CNOS à J3 en fonction des facteurs maternels, obstétricaux et néonataux	28
3.2.1. Facteurs n'influençant pas la présence d'un CNOS.....	28
3.2.2. Facteurs corrélés avec le CNOS	29
3.2.3. Comparaison de différents facteurs entre eux	32
3.3. Analyse de l'incidence des CNOS à J3 par rapport à la poursuite ou non de l'allaitement à 1 mois	35
3.4. Limites de l'étude	37

III- Discussion.....38

1. Incidence des CNOS à J3	38
2. Les facteurs influençant l'apparition des CNOS	39
2.1. Les facteurs réduisant le risque de CNOS	39
2.1.1. La catégorie socioprofessionnelle	39
2.1.2. Confiance de la mère envers son allaitement	39
2.1.3. Montée de lait avant 72h	40
2.1.4. Cohabitation mère-enfant 24h/24	40
2.2. Les facteurs augmentant le risque de CNOS	41
2.2.1. L'utilisation de compléments	41
2.2.2. Utilisation de la tétine	42
2.2.3. Utilisation du bout de sein	42
3. Le devenir de l'allaitement maternel à 1 mois	43
4. Le rôle de la sage-femme	44
5. Proposition pour l'amélioration de la prise en charge des difficultés d'allaitement	46

5.1. Cotation d'un score d'IBFAT systématique	46
5.2. Prise en charge avant la sortie.....	46

Conclusion	47
-------------------------	-----------

Introduction

L'allaitement maternel est la référence alimentaire du nouveau-né, car il est le plus adapté de part sa constitution riche en anticorps et son adaptation à la croissance de l'enfant : et c'est pourquoi l'OMS (organisation mondiale de la santé) recommande un allaitement exclusif au sein pendant 6 mois. Cet objectif est loin d'être atteint à ce jour en France. En effet, en 2007 seules 66,3% des femmes allaitent en sortant de la maternité et 28,3% allaiteront plus de six mois.

L'allaitement, longtemps considéré comme "naturel et inné" et ne nécessitant pas de savoir particulier de la part des femmes ou des soignants, est devenu objet d'études scientifiques tant dans le champ des sciences sociales que dans le médical.

Ces études ont ainsi permis de mettre en évidence des difficultés de plusieurs ordres liées à la mère et/ou à l'enfant, comme la forme du mamelon, le terme ou le poids de naissance. Dans ce contexte, des scores cliniques ont été décrits pour évaluer de façon objective les difficultés liées notamment au positionnement de l'enfant au sein. Ces scores peuvent permettre d'évaluer localement et de façon individualisée les facteurs de risque de difficultés d'allaitement. L'objectif principal de cette étude est de repérer le plus précocement possible les allaitements difficiles liés à des comportements non optimaux de l'enfant au sein (CNOS) grâce au score IBFAT (Infant Breastfeeding Assessment Tool).

Cette étude est une évaluation pilote réalisée en préambule d'une étude randomisée de l'effet de l'intervention ostéopathe sur l'amélioration des difficultés d'allaitement.

I- NOTIONS PRELIMINAIRES SUR L'ALLAITEMENT

1- Epidémiologie :

Dans le monde, le plus fort taux d'allaitement exclusif est observé en Asie de l'Est, en Afrique de l'Est et dans le Pacifique. Les taux les plus faibles sont alors retrouvés en Europe Centrale et Orientale ainsi que dans la CEI (Communauté d'états indépendants).

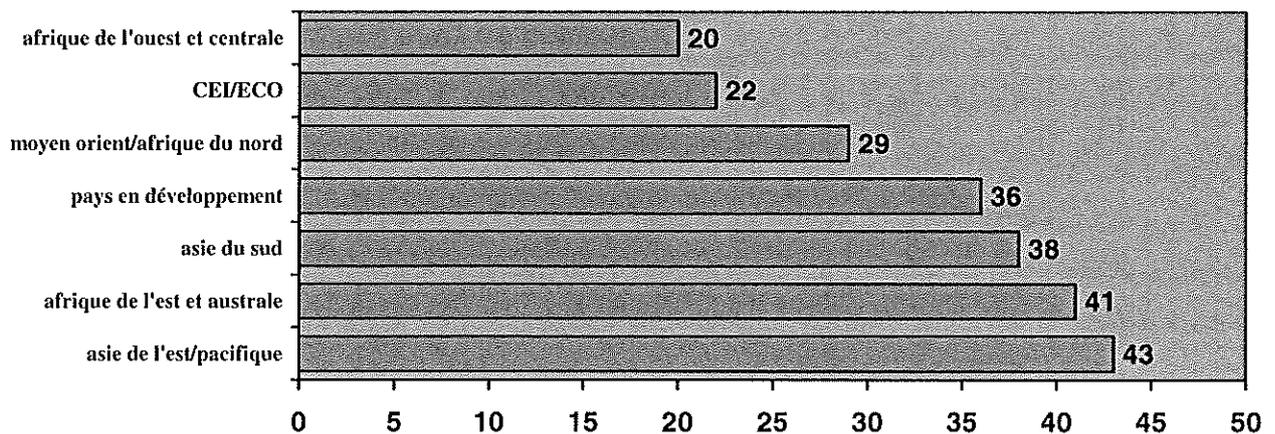


Figure 1 : taux d'allaitement exclusif au cours des six premiers mois dans le monde. (www.unicef.fr)

En Europe, de nombreux pays ont un taux d'allaitement supérieur à 85%, comme la Suède, la Norvège, la Turquie ou l'Allemagne, contre un taux de 60% seulement en France. [23] [33]

En 2007, 66,3% des femmes allaitent en sortant de la maternité mais seulement 28,3% allaiteront plus de six mois. [33]

Dans la figure 2, on observe une différence importante de taux d'allaitement à la sortie de la maternité en France par rapport aux autres pays européens.

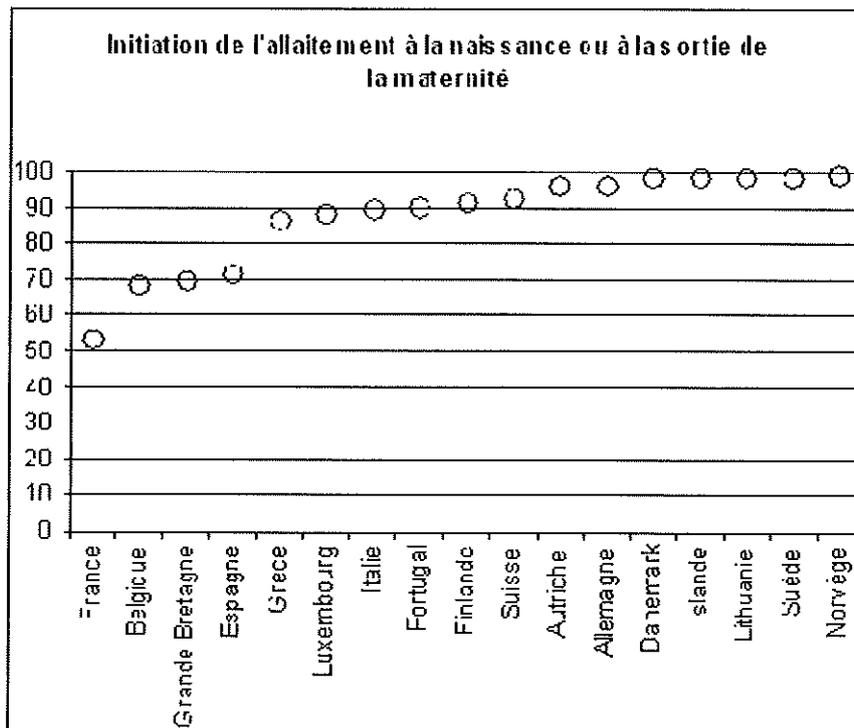


Figure 2 : Initiation de l'allaitement à la naissance ou à la sortie de la maternité. [35]

Cependant, le pourcentage d'allaitement en sortie de maternité à tout de même augmenté en passant de 43% en 1987 à 60% en 2004. [24]

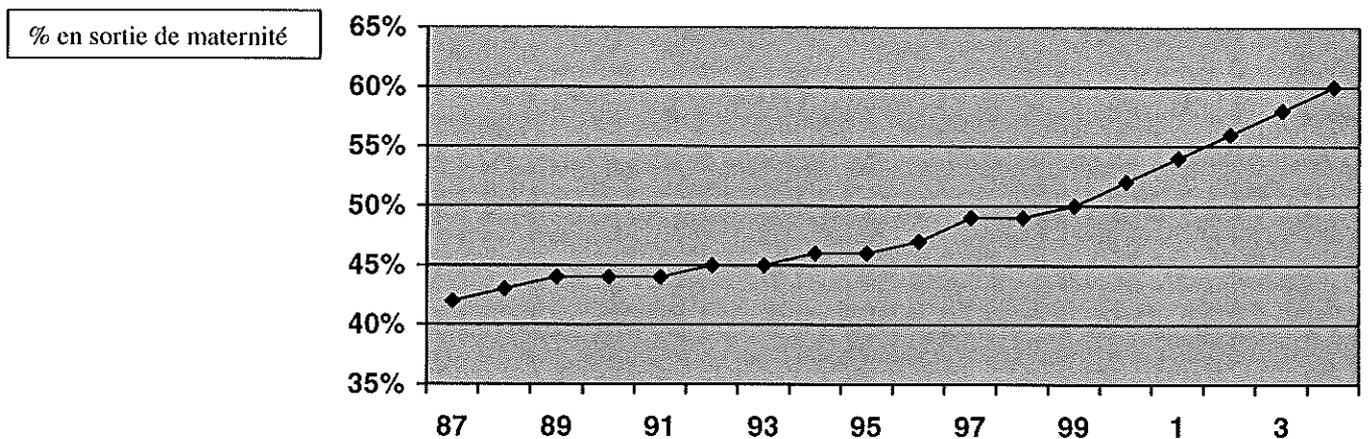


Figure 3 : Taux d'allaitement en France en sortie de maternité de 1987 à 2004. [6]

Le colostrum est riche en cellules immunitaires et en protéines, afin de favoriser au maximum les défenses du nouveau-né. Après le troisième ou cinquième jour, le lait se charge alors de lipides pour constituer un lait plus consistant et permettant une bonne croissance.

Selon l'AAP (American Academy of Pediatrics), le lait maternel apporte de nombreux bénéfices comme la protection de l'enfant contre les maladies immunitaires, les allergies, les infections et maladies respiratoires, le diabète infantile, les otites etc. [36]

Même si certaines études sont encore controversées, il a été démontré une légère diminution de l'asthme dans l'enfance chez les enfants ayant été allaités quatre à six mois. [15] Il faut savoir que l'asthme est la première maladie chronique de l'enfant et qu'elle concerne 10% des jeunes enfants en France.

De plus, l'allaitement maternel a aussi des répercussions bénéfiques pour la mère comme la reprise du poids initial plus rapide, et une meilleure contractilité de l'utérus du fait de l'ocytocine, hormone de l'allaitement. Cela permet donc une diminution plus rapide des saignements dans le post-partum. Le lien mère-enfant est d'autant plus important durant l'allaitement du fait du rapprochement et de la prise de contact unique effectuée à cet instant. [26]

D'un point de vue pratique, il est important de noter que l'allaitement est le moyen le plus économique de nourrir son enfant, et le plus écologique.

Comment réussir son allaitement ?

La durée d'allaitement recommandée par l'OMS et l'UNICEF est de six mois exclusifs. Les autres aliments peuvent ensuite être introduits dans l'alimentation de l'enfant. Afin d'optimiser la durée et la bonne réalisation de l'allaitement, ils préconisent de :

- débuter la première tétée dans l'heure qui suit l'accouchement ;
- éviter l'utilisation de tétines, ou de biberons pendant l'allaitement ;
- ne pas introduire d'autres aliments ou boissons de façon à ce que l'allaitement soit exclusif ;

- réaliser un allaitement à la demande, c'est-à-dire sans mises au sein à heures fixes mais lorsque l'enfant le réclame

Pour ce faire, L'OMS a donc mis en évidence dix mesures à respecter dans les établissements de santé afin de garantir le succès de l'allaitement :

- Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants ;
- donner à tous les personnels soignants les techniques nécessaires pour mettre en œuvre cette politique ;
- informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique ;
- aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance ;
- indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson ;
- ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale ;
- Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour ;
- encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant ;
- ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette ;
- encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

[37]

3- Les difficultés d'allaitement existent :

Les facteurs liés aux difficultés d'allaitement peuvent être liés à la mère ou à l'enfant.

3.1. La décision d'allaiter : un choix dépendant de facteurs culturels mais aussi psychologiques :

Chaque pays, selon sa culture, a des pratiques différentes de l'allaitement. Par exemple, l'introduction de l'eau et autres boissons comme de l'eau sucrée, des tisanes, etc. est une pratique courante dans le monde entier. Les raisons sont nombreuses selon les ethnies, comme soigner, éteindre la soif, diminuer la constipation... Il a cependant été prouvé que le lait maternel suffit à lui seul pendant les six premiers mois.

En Afrique de l'Ouest et du Centre, seulement 20% des nourrissons sont allaités exclusivement au sein. Ils sont gravement touchés par la malnutrition du fait de la pauvreté et de la mauvaise pratique de l'allaitement. Exclusif, il pourrait éviter 13% de décès précoces chez les enfants de moins de cinq ans. [34]

En 1981, l'OMS et l'UNICEF se sont unis pour établir le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel, permettant de fixer certaines règles élémentaires au maintien de l'allaitement maternel et à la diminution de la malnutrition :

- interdiction de la promotion auprès du grand public ;
- interdiction de donner des échantillons gratuits (lait, autres substituts, biberons...) ;
- interdiction de toute promotion de produits dans le système de soins de santé ;
- interdiction des cadeaux ou de l'échantillonnage auprès des personnels de santé ;
- interdiction de présentation sur l'étiquette des produits d'images de nourrissons ou d'autres représentations graphiques de nature à idéaliser l'utilisation des préparations pour nourrissons ;
- les informations fournies par les fabricants et les distributeurs aux professionnels de santé doivent être scientifiques et limitées aux faits objectifs ;
- chaque emballage ou étiquette doit clairement mentionner la supériorité de l'allaitement au sein et comporter une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle ;
- pas de promotion pour l'alimentation des nourrissons du lait condensé sucré ou autres

produits inappropriés ;

- tous les produits doivent être de bonne qualité ; la date limite doit être indiquée ; des termes comme “ humanisé ” ou “ maternisé ” ne sont pas admis.

[34] [38]

La décision d’allaiter dépend également de facteurs psychologiques. Ceux-ci ont été mis en évidence dans une étude démontrant qu’il y avait en effet une corrélation entre cette décision et différents éléments : l’expérience d’allaitement, le niveau de confiance en soi, le vécu corporel, la capacité à allaiter discrètement, la nature du lieu public, les sentiments du compagnon, ainsi que la perception du contexte social. [18]

Certaines femmes décident cependant de ne pas allaiter, et plusieurs raisons sont prises en compte. Beaucoup de femmes témoignent avoir reçu trop d’informations discordantes et s’être senties perdues. Même si le label « amis des bébés » a permis de mieux cibler les connaissances des professionnels et de les réévaluer.

La publicité pour l’allaitement artificiel reste très prégnante dans l’information des familles [30]. Ainsi, malgré l’interdiction de la promotion de substituts de premier âge, tétines et biberons, les publicités sont très nombreuses, surtout dans les revues s’adressant aux futures mamans et parents. [8]

Les professionnels de santé tiennent alors une place dans l’accès à l’information et aux conseils. Les actions de promotion de l’allaitement maternel sont mal connues en France, malgré le Code de commercialisation des substituts du lait maternel et la déclaration d’Innocenti [39], engageant de nombreux gouvernements à la promotion de l’allaitement maternel. Ces contrats se sont pas réellement appliqués en France, et ainsi nous ne retrouvons que cinq maternités ayant le label « amis des bébés » contre 150 en Europe. Pour ce courant, l’allaitement est perçu comme une contrainte plutôt qu’un plaisir. Contrainte d’être présente en permanence auprès de son enfant, contrainte des douleurs provoquées les premiers jours, ou contrainte de l’alimentation.

Depuis la promotion de l’allaitement, les femmes de classe sociale plus élevée allaitent plus en maternité. [10] [30]

Les femmes qui décident d’allaiter ont souvent pris cette décision avant la grossesse, et très souvent par reproduction du modèle parental. En effet, il s’agit souvent d’un geste d’imitation, et les femmes ayant déjà vu d’autres mères allaiter prennent plus facilement la décision

d'allaiter elles-mêmes. Cependant, il peut aussi y avoir un effet inverse lorsque la mère a un mauvais souvenir de son allaitement. Elle peut influencer plus facilement sa fille à arrêter ou à ne pas prendre la décision d'allaiter.

L'âge maternel peut être un autre facteur influençant la décision d'allaiter. Les femmes plus âgées allaitent d'avantage et plus longtemps. [33]

La place du père est importante de part son rôle de soutien et d'aide. Leur avis est pris en compte par la plupart des femmes qui considèrent que la décision se prend à deux. Un père présent et soutenant sa femme est une aide précieuse lors des moments difficiles. Dans une étude réalisée à Saint Nazaire, 53% des pères ont répondu que leur avis avait été sollicité pour le choix de l'allaitement, et 8% n'y étaient pas favorables. 17% des pères étaient gênés lorsque la mère allaitait devant certaines personnes, et 50% si elle allaitait en public. 50% des pères pensaient que l'allaitement avait un rapport (négatif ou positif) avec l'érotisme. Il peut donc exister un conflit entre le sein érotique et le sein nourricier de la part des pères comme de la part des mères.

Enfin, 14% se sentaient tenus à l'écart pendant les tétées ou de manière plus générale.

Cette enquête révèle également que la catégorie socioprofessionnelle élevée du père et son avis favorable influençaient positivement la durée de l'allaitement chez les primipares mais n'étaient pas retenus chez les multipares. [6]

La reprise du travail est primordiale dans le maintien de l'alimentation. Rares sont les métiers où il est facile de se retirer une heure pour tirer son lait, et ils deviennent alors les obstacles principaux à la durée d'allaitement. La durée légale du congé maternité en France est de 10 semaines pour les deux premiers enfants. Seules 10% des femmes allaitent encore à six mois en ayant repris le travail.

Les motivations principales d'allaiter retenues en Loire-Atlantique étaient les suivantes : "pour la relation" (28%), "c'est naturel" (24%), " pour apporter une meilleure alimentation" (23%), "pour les défenses immunitaires" (12%), "pour le plaisir" (6%), "pour le côté pratique" (5%). [6]

3.2. Les facteurs physiques :

Les crevasses :

Au départ, les mamelons peuvent être particulièrement douloureux du fait qu'il s'agisse d'une zone peu stimulée et donc très sensible. Cette sensation douloureuse s'estompe en quelques jours. Cependant, il peut parfois se former des crevasses, c'est-à-dire des gerçures du mamelon qui peuvent se fissurer et saigner. Elles sont le plus souvent localisées au niveau de la jonction mamelon-aréole car cette partie est particulièrement sollicitée par la bouche du bébé. Il s'agit en premier lieu d'une malposition du bébé au sein, entraînant un frottement important sur cette zone, par exemple lorsque le bébé n'ouvre pas suffisamment grand la bouche, et qu'il ne tète que le mamelon. En effet, il doit pouvoir normalement attraper le mamelon et une partie de l'aréole afin que la tétée soit efficace.

De plus, lorsque l'enfant est toujours placé de la même façon au sein, les points d'appui restent les mêmes et augmentent la sensibilité de la peau déjà très fragile.

Un frein de langue un peu court peut également provoquer les crevasses car le bébé ne peut pas tirer suffisamment loin la langue et le mouvement de succion est diminué donc plus agressif.

Une hygiène trop importante sur le sein avec des produits décapant le rend plus fragile, et cette peau sèche est plus à même de se fissurer.

Pour y remédier, il faut d'abord prévenir ces crevasses en apprenant aux femmes à bien positionner leur enfant. Lorsque la crevasse s'est installée, il faut hydrater les aréoles et mamelons, par une crème spécialisée ou à l'aide du lait en fin de tétée ; et laisser les seins à l'air libre pour éviter un maximum les frottements et permettre une bonne cicatrisation.

A un stade plus évolué, on évite de mettre le bébé au sein abimé le temps de la cicatrisation.

L'engorgement :

Il s'agit d'une congestion des canaux mammaires entraînant une diminution du flux d'éjection. Le sein augmente alors de volume et peut en devenir très douloureux. Il arrive plus fréquemment au début de l'allaitement, souvent en concomitance avec la montée de lait. La cause de l'engorgement est le nombre trop faible de tétées et donc d'éjection du lait. Lorsque l'engorgement n'est pas résolu rapidement, le lait peut ne plus couler du tout. Pour y remédier rapidement, il faut mettre l'enfant au sein plus souvent afin de le « vider ». Si la tétée est trop difficile pour l'enfant du fait du volume mammaire important, il est conseillé de vider le sein

sous l'eau chaude, d'utiliser la technique du verre d'eau ou un tire-lait. On peut également prescrire des anti-inflammatoires réduisant la congestion.

Des mauvaises positions au sein, avec des points d'appuis trop répétés peuvent entraîner l'obstruction d'un canal empêchant la sortie du lait. Il faut donc varier les positions de mise au sein et ne pas trop espacer les tétées.

La lymphangite :

Elle est souvent liée à un engorgement non résolu, et se traduit par un placard rouge, chaud, douloureux et induré du sein. La femme présente de la fièvre, et parfois des ganglions axillaires. Il faut alors mettre le bébé au sein le plus souvent possible pour supprimer l'inflammation, et éventuellement prescrire des anti-inflammatoires compatibles avec l'allaitement, sur une courte durée (48h en général).

L'abcès :

Il est la conséquence rare de toutes les complications vues précédemment si elles ne sont pas résolues. Il se forme une collection de pus dans le sein, le rendant très douloureux, induré et sensible. Le diagnostic se fait par le signe de Budin, en visualisant une tache jaune dans le lait après en avoir récolté sur une compresse. La femme présente une fièvre, il faut alors drainer le pus en pratiquant une incision de l'abcès, et l'enfant ne peut plus téter sur le sein atteint. La femme devra donc tirer son lait et le jeter. On peut la traiter par antibiotiques, mais s'ils ne sont pas compatibles avec l'allaitement, il faudra jeter le lait des deux seins le temps du traitement.

Le manque de lait :

Cette notion est pour la plupart du temps une croyance non fondée ou un manque d'information de la patiente. Une femme peut penser qu'elle a un manque de lait car son bébé réclame plus souvent qu'un enfant alimenté au biberon, alors que c'est normal. Un bébé au sein a besoin de téter 6 à 8 fois dans la journée. Elle peut aussi se poser des questions parce que ses seins redeviennent vite souples après la montée de lait, mais c'est normal également.

Le manque de lait est très rare. Selon l'ANAES :

« L'insuffisance de lait primitive est très rare. La prévention repose sur l'apprentissage et la pratique de tétées efficaces, à la demande, et le dépistage des situations à risque qui pourront bénéficier d'un suivi plus étroit et d'un accompagnement adapté. »

La cause la plus fréquente est le manque de stimulation, comme des tétées trop espacées ou l'utilisation trop habituelle de bouts de sein en silicone, de tétines ou de compléments au

biberon empêchant la stimulation de la lactation. Dans d'autres cas plus rares, le stress très important, les carences nutritionnelles ou une fatigue intense peut diminuer la production de lait.

Il faut donc veiller à la bonne stimulation du sein avec des tétées à la demande, ou des compléments donnés à la seringue ou à la paille pour éviter la confusion sein-tétine. Il faut également garder une bonne hygiène de vie avec du repos, et une bonne nutrition.

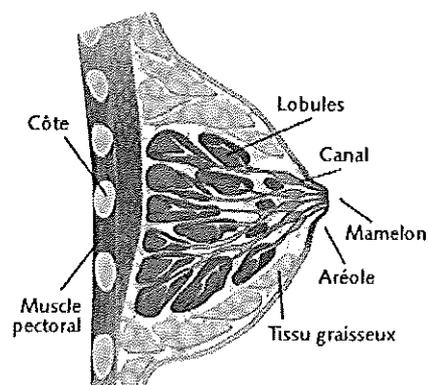
[43]

4- L'évaluation professionnelle des tétées :

4.1. Rappels : l'anatomie du sein :

Le sein est un organe pair contenant la glande mammaire, constituée en majeure partie de tissu graisseux. Le mamelon, au centre de l'aréole, contient les orifices de 10 à 20 canaux galactophores, composés de lobules sans réserve en dehors de la grossesse.

Coupe d'un sein



http://www.google.fr/imgres?imgurl=http://blogbebe.org/photos/2008/11/la-montee-de-lait.bmp&imgrefurl=http://blogbebe.org/la-montee-de-lait/&usq=_emcMDewAZfhqDaTEVSGKBJksAcg=&h=290&w=353&sz=102&hl=fr&start=9&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=ewPWh4O16bjGiM:&tbnh=99&tbnw=121&prev=/images

%3Fq%3Dglande%2Bmammaire%2Bfemme%26um%3D1%26hl%3Dfr%26sa%3DN%26tbs%3Disch:1

Au cours du troisième trimestre de la grossesse, le volume glandulaire augmente et les cellules s'organisent en acini et stockent des lipides, glucides, et surtout des protéines pour former le lait. Cette synthèse est stimulée par l'hormone prolactine et limitée par la progestérone. Jusqu'au terme de la grossesse, l'éjection du lait est freinée par les hormones œstrogènes et progestérone.

A la naissance, il y a un effondrement hormonal et la balance progestérone-prolactine est alors en faveur de la prolactine qui permet alors l'écoulement du lait.

Lors de l'allaitement, le bébé stimule des récepteurs neuro-sensitifs autour du mamelon sur l'aréole, permettant la libération de l'ocytocine, hormone propre à l'éjection du lait. Il s'agit de la même hormone provoquant les contractions de l'utérus lors de l'accouchement, d'où la persistance des contractions lors des mises au sein, appelées aussi « tranchées ».

Les tétées se font à la demande du nouveau-né, du fait de l'implication hormonale essentielle de l'allaitement.

[43]

4.2. Les scores :

De nombreux scores ont été créés pour évaluer les allaitements et leur qualité.

Le SAIB (Systemic Assessment Of The Infant Breast) tient compte de l'enfant essentiellement :

- déglutition audible
- alignement du corps
- Prise de l'aréole
- Tétée du sein

Le PEBPT (Potential Early Breastfeeding Problem Tool) contient 23 items ciblés sur les problèmes d'allaitement rencontrés par les mères (crevasses, endormissement de l'enfant au sein, ou bébé trop énervé). Ces scores n'évaluent que les critères concernant l'enfant, aucun élément maternel n'est pris en compte.

Le LATCH englobe les deux variables mère et enfant : la prise du sein par l'enfant, le nombre de déglutitions entendues, l'aspect du mamelon, le confort maternel et l'aide demandée par la mère pour mettre son enfant au sein. Ce score peut être estimé autant par les professionnels que par la mère.

LATCH-Breastfeeding charting system:			
	0	1	2
L LATCH	<ul style="list-style-type: none"> ● Too sleepy or reluctant ● No sustained latch or suck achieved 	<ul style="list-style-type: none"> ● Repeated attempts for sustained latch and suck ● Hold nipple in mouth ● Stimulate to suck 	<ul style="list-style-type: none"> ● Grasps breast ● Tongue down ● Lips flanged ● Rhythmical sucking
A AUDIBLE SWALLOWING	<ul style="list-style-type: none"> ● None 	<ul style="list-style-type: none"> ● A few with stimulation 	<ul style="list-style-type: none"> ● Spontaneous and Intermittent <24° ● Spontaneous and Frequent
T TYPE OF NIPPLE	<ul style="list-style-type: none"> ● Inverted 	<ul style="list-style-type: none"> ● Flat 	<ul style="list-style-type: none"> ● Everted (after stimulation)
C COMFORT (Breast/ Nipple)	<ul style="list-style-type: none"> ● Engorged ● Cracked, bleeding, lg. blisters or bruises ● Severe discomfort 	<ul style="list-style-type: none"> ● Filling ● Reddened/small blisters or bruises ● Mild-moderate discomfort 	<ul style="list-style-type: none"> ● Soft ● Non-Tender
H HOLD (Positioning)	<ul style="list-style-type: none"> ● Full assist (staff holds) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Minimal assist (i.e., pillows, ↑ HOB) ● Teach one side, Mom does other ● Staff holds → Mom takes over 	<ul style="list-style-type: none"> ● No assist from staff ● Mom able to position/hold baby

Copyrighted by Sacred Heart Medical Center, Nursing Division. Referenced by Jensen, D., Walkoe, S., Kelsay, D. (1994). LATCH: A Breastfeeding Charting System and Documentation Tool. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 23(1), 27-32.

Le MBES (Maternal Breast Evaluation Scale) est basé sur la satisfaction maternelle et la réalisation ou non de ses propres attentes sur son allaitement. Il tient aussi compte de la croissance de l'enfant, et de l'image que se fait la patiente de son corps (paroles négatives à propos de son corps par exemple...).

Le BAS (Breastfeeding Assessment Tool) est un score qui prend en compte l'âge maternel, l'expérience ou non d'allaitement, le nombre de tétées difficiles dans la journée, l'intervalle entre deux tétées et le nombre de compléments donnés à l'enfant. Il prend aussi en considération les antécédents de chirurgie mammaire, d'hypertension artérielle gravidique et les extractions difficiles lors de l'accouchement. Il comporte 107 items à propos de la grossesse, des traitements médicamenteux, et de l'expérience maternelle d'allaitement.

Items constitutifs du Breastfeeding Assessment Score (N = 488)			
Items	Points ^a	Effectif (%)	
<i>Âge maternel</i>			
< 21 ans	0	5	(1,0)
21-24 ans	1	42	(8,6)
> 24 ans	2	441	(90,4)
<i>Expérience antérieure d'allaitement</i>			
Échec	0	34	(7,0)
Aucune	1	230	(47,1)
Succès	2	224	(45,9)
<i>Difficultés de tétées pendant le séjour en maternité</i>			
À chaque tétée	0	60	(12,3)
À la moitié des tétées	1	65	(13,3)
< 3 tétées	2	363	(74,4)
<i>Intervalles entre les tétées (h)</i>			
> 6	0	4	(0,8)
Entre 3 et 6	1	283	(58,0)
< 3	2	201	(41,2)
<i>Nombre de biberons donnés à la maternité</i>			
≥ 2	0	106	(21,7)
1	1	45	(9,2)
0	2	337	(69,1)
<i>Antécédent de chirurgie mammaire</i>	-2	7	(1,4)
<i>Hypertension artérielle en cours de grossesse^b</i>	-2	13	(2,7)
<i>Utilisation de ventouse lors de l'accouchement</i>	-2	36	(7,4)

^a La valeur du BAS est obtenue par la somme des points correspondant à la modalité de réponse pour chaque item [17]. Elle est comprise entre -6 et +10.

^b La notion d'hypertension artérielle a été retenue en cas de prise d'un traitement anti-hypertenseur en cours de grossesse ou d'hospitalisation pour ce motif en cours de grossesse.

L'IBFAT (Infant Breastfeeding Assessment Tool), mis au point en 1998 par Matthews, évalue le comportement non optimal de l'enfant au sein avec quatre critères notés de 0 à 3 : l'éveil de l'enfant, le réflexe de fuissement (recherche du sein), la prise du sein, et sa succion. Le score est coté sur 12 et une tétée est considérée comme non optimale lorsque celui-ci est inférieur à 10.

Échelle de comportement du nouveau-né au sein : traduction libre de l'échelle IBFAT (Infant Breastfeeding Assessment Tool)
 Tableau adapté et traduit de Biancuzzo M. *Breastfeeding the healthy newborn: a nursing perspective*. White Plains, N.Y.: March of Dimes Birth Defect Foundation; 1994.

Score	3	2	1	0
Qualité de l'éveil au moment de la tétée	Bien éveillé (éveil stade III-IV) Prêt à téter	À besoin d'être légèrement stimulé pour commencer à téter	À besoin de stimulations importantes pour se réveiller et commencer à téter	Ne peut pas être réveillé
Recherche du sein = Réflexe de fousissement	Recherche <i>activement</i> le sein : se redresse, tourne la tête, bouche grande ouverte	À besoin d'être stimulé, pour chercher le sein	Faible recherche du sein même en étant stimulé	N'essaie pas de prendre le sein
Prise du sein	Commence à téter immédiatement	Commence à téter au bout de 3 à 10 minutes	Commence à téter après > 10 minutes	Ne prend pas le sein
Type de succion	Bonne succion sur 1 ou 2 seins	Mouvements de succion alternant avec des pauses À besoin d'être stimulé	Succion faible, brèves périodes de mouvements de succion avec pauses	Ne tète pas
<i>Total/12</i>				

[27]

Une étude au CHU de Brest a été réalisée afin de déterminer l'incidence et les facteurs de risque de 3 marqueurs de difficulté de mise en place de l'allaitement maternel : la perte de poids excessive du nouveau-né en maternité, le retard de montée de lait et le comportement non optimal du nouveau-né au sein. Ce comportement a alors été apprécié par le score d'IBFAT.

Pour notre étude, nous allons donc nous référer également à ce même score pour l'évaluation des tétées.

[25]

II-L'ETUDE

1- Objectifs :

Objectif principal : décrire, chez les nouveau-nés à terme, l'incidence des comportements non optimaux au sein (CNOS) définis par un score d'IBFAT < 10, lors de leur séjour à la maternité.

Objectif secondaire : déterminer les facteurs de risque de CNOS, et étudier la relation entre les CNOS et la poursuite de l'allaitement maternel à 1 mois.

2- Méthodes :

Il s'agit d'une étude pilote observationnelle et prospective, qui s'est déroulée du 10 octobre au 24 décembre 2010 dans la maternité du CHU de Nantes.

Pour ce faire, nous avons observé les allaitements maternels des patientes hospitalisées en maternité, à J1 et J3 de leur accouchement, et réalisé un score d'IBFAT pour chacune des tétées. Puis nous avons contacté les patientes à 1 mois par entretien téléphonique pour connaître le mode actuel d'alimentation de leur enfant. Le suivi s'est donc déroulé jusqu'au 24 janvier 2010.

2.1. Planning de l'étude

- Repérage des cas en maternité (registre des naissances).
- Inclusion des mères après présentation de l'étude et avec leur accord.
- Cotation de l'IBFAT à J0 et avant la sortie de maternité (J3).
- Contact téléphonique avec les mères 1 mois après la sortie.

2.2. Population étudiée :

Critères d'inclusions :

- allaitement maternel exclusif
- nouveau-né à terme (>37SA)
- accord parental
- pas d'hospitalisation du nouveau-né
- grossesse simple
- mère hospitalisée en suites de couches
- mère parlant le français
- pas de détresse psychologique maternelle

Paramètres s'évaluation : observation d'une tétée à J1 et/ou à J3, et cotation du score d'IBFAT.

2.3. Recueil de données :

Pour chaque patiente, nous avons recueilli les informations pouvant être des facteurs influençant la bonne évolution de l'allaitement répartis en trois catégories :

- les facteurs maternels
- les facteurs obstétricaux
- les facteurs néonataux.

Facteurs liés à la mère	Facteurs liés à l'accouchement	Facteurs liés au nouveau-né
Age	Pathologie pendant la grossesse	Sexe
Catégorie socio professionnelle	Type d'accouchement	Poids
Situation maritale	Si AVB instruments	Apgar
Conjoint favorable à l'allaitement	Présentation	Aspiration à la naissance
IMC	Terme	Tétée en min après accouchement
Traitement anti-hypertenseur		Peau à peau en SDN
Antécédent de chirurgie du sein		Cohabitation mère enfant 24h/24
Forme mamelon		Utilisation de complément
Parité		Utilisation tétine
Si multi, expérience		Utilisation de bouts de sein
Temps prévu d'allaitement		Frein de langue court
Cours de préparation à l'accouchement		Perte de >10 ^e poids
Choix d'allaiter		IBFAT
Idées reçues sur manque de lait/pas nourrissant		
Crevasses		
Confiance envers allaitement		
Montée de lait < 72h		

Tableau 1 : Facteurs pouvant influencer l'allaitement maternel.

2.4. Analyses statistiques:

Les comparaisons de fréquence ont été réalisées par des Test de Chi² de Pearson, sans recours à la correction de Yates. Les comparaisons de moyennes ont été opérées par Analyses de Variance (ANOVA 1 facteur), après validation de la Normalité (Test de Shapiro-Wilk) et de l'Homoscédasticité des données (Test de Levène). Les analyses en sous-groupes ou sur effectifs réduits ont été menés en non-paramétrique via des tests Mann-Whitney et les Test de Wilcoxon, et des signes pour les échantillons appariés.

Des régressions logistiques univariées ont été menées afin d'alimenter un modèle multivarié (seuil $p < 0.1$ retenu) et calculer des Odds-ratio ajustés.

$P < 0.05$ est considéré comme significatif, c'est-à-dire qu'il existe un risque inférieur à 5% de se tromper en affirmant la différence.

3- Résultats :

Sur 809 enfants nés vivants pendant la période de recrutement, 456 étaient allaités exclusivement. Parmi eux, 356 ont été exclus car ils ne correspondaient pas aux critères d'inclusion ou les mères refusaient de faire partie de l'étude. Au total, l'analyse a donc été réalisée sur 100 observations, dont 36 à J1 et 64 à J3.

23 patientes ont bénéficié d'une observation à J1 ainsi qu'à J3, de manière à voir l'évolution d'un même allaitement.

3.1. Description de la population :

L'étude porte sur 100 cas, dont 36 observations à J1 et 64 observations à J3.

Le terme de naissance moyen est de 39SA et 2,8 jours [38,37 - 40,41].

Les poids de naissance moyen de 3267,5g [2677,75 et 3857,25].

L'apgar moyen est de 9,69 [8,38 et 10,99].

Tableau 2 : description générale de la population observée à J3

Facteurs étudiés	Effectifs (n = 64)
Antécédents maternels	
Age	
< 30 ans	28 (43,75%)
> 30 ans	36 (56,25%)
Niveau de formation	
< bac	
Entre bac et bac + 2	20 (31,25%)
> bac + 2	21 (32,81%)
	23 (35,94%)
Situation maritale	
Célibataire	4 (6,25%)
Vit maritalement	35 (54,69%)
Mariée	25 (39,06%)
Conjoint favorable à l'allaitement	
Oui	58 (93,55%)
Non	4 (6,45%)
IMC	
< 30	57 (90,48%)
> 30	6 (9,52%)
Traitement anti HTA	
Oui	4 (6,25%)
Non	60 (93,75%)
Antécédent de chirurgie du sein	
Oui	2 (3,12%)
Non	62 (96,87%)
Forme mamelon	
Habituelle	57 (89,06%)
Plat	7 (10,94%)
Rétracté	0 (0%)
Parité	
Primipare	33 (51,56%)

Multipare	31 (48,44%)
Si multi, expérience	
Non	37 (57,81%)
Echec	4 (6,25%)
Succès	23 (35,94%)
Déroulement de la grossesse	
Temps prévu d'allaitement	
< 12 semaines	29 (45,31%)
> 12 semaines	35 (54,69%)
Cours de préparation à l'accouchement	
Oui	42 (65,62%)
Non	22 (34,37%)
Choix d'allaiter	
Avant	59 (92,19%)
Pendant	4 (6,25%)
Après la grossesse	1 (1,56%)
Idées reçues sur manque de lait/pas nourrissant	
Oui	15 (23,44%)
Non	49 (76,56%)
Pathologie pendant la grossesse	
Oui	17 (26,56%)
Non	47 (73,44%)
Déroulement de l'accouchement	
Type d'accouchement	
AVB	46 (71,87%)
Césarienne	18 (28,12%)
Si AVB instruments	
Oui	6 (12,50%)
Non	42 (87,50%)
Présentation	
céphalique	48 (88,88%)
Siège	6 (11,1%)
Sexe	

F	35 (55,55%)
M	28 (44,44%)
Aspiration à la naissance	
Oui	20 (31,25%)
Non	44 (68,75%)
Tétée en min après accouchement	
< 60 min	40 (63,49%)
> 60 min	23 (36,51%)
Peau à peau en SDN	
Oui	61 (95,31%)
Non	3 (4,69%)
Cohabitation mère enfant 24h/24	
Oui	62 (96,87%)
Non	2 (3,12%)
Déroulement du post-partum	
Crevasses	
Oui	18 (28,12%)
Non	46 (68,75%)
Utilisation de complément	
Oui	23 (35,94%)
Non	41 (64,06%)
Utilisation tétine	
Oui	25 (39,06%)
Non	39 (60,94%)
Utilisation de bouts de sein	
Oui	5 (7,81%)
Non	59 (92,19%)
Frein de langue court	
Oui	4 (6,25%)
Non	60 (93,75%)
Confiance mère envers allaitement	
Oui	53 (82,81%)
Non	11 (17,19%)

Montée de lait < 72h	
Oui	46 (71,87%)
Non	18 (28,12%)
Perte de >10^e poids	
Oui	11 (17,19%)
Non	53 (82,81%)
CNOS	
Oui	23 (35,94%)
Non	41 (64,06%)
Allaitement à 1 mois	
Allaitement maternel à 1 mois	
Oui	26 (76,47%)
Non	8 (23,53%)
Bon déroulement selon la patiente	
Oui	25 (73,53%)
Non	9 (26,47%)

I MC : Indice de masse corporelle (poids en kg/taille en m²)

HTA : Hypertension artérielle

AVB : Accouchement voie basse

SDN : Salle de naissance

CNOS : Comportement non optimal au sein

Le score d'IBFAT moyen est de 9,83 à J3 pour 8,97 à J1, ce qui nous montre un score moyen inférieur à 10. Il n'y a pas de différence significative entre le score d'IBFAT à J1 et à J3.

A J1, on observe 18 CNOS sur 36 observations, soit un taux de 50% de CNOS, et à J3, on a 23 CNOS sur 64 observations, soit un taux de 35,9% de CNOS (cf. annexe 1). Chez 23 femmes, on a pu comparer les scores d'IBFAT à J1 et J3, et on observe 13 CNOS à J1 puis 7 à J3 sur les 23 nouveau-nés ayant été analysés les deux jours, soit une amélioration spontanée significative du score d'IBFAT entre J1 et J3 (soit 56,5 % à J1 puis 30,4% à J3).

Le Test de wilcoxon (tableau 3) apparié sur les médianes significatives ($p=0.01123$), complété par le test des signes (tableau 4), révèle que 87,5% des scores d'IBFAT à J3 sont supérieures à la valeur à J1 ($p=0.005960$)

Couples de variables	Test de Wilcoxon pour Ech. Appariés (Comparaison J1 J3 CBODIN)			
	Tests significatifs marqués à $p < ,05000$			
	N	T	Z	niv. p
IBFAT à J1 & IBFAT à J3	23	5,000000	3,257652	0,001123

Tableau 3 : test de Wilcoxon sur les scores d'IBFAT à J1 et J3

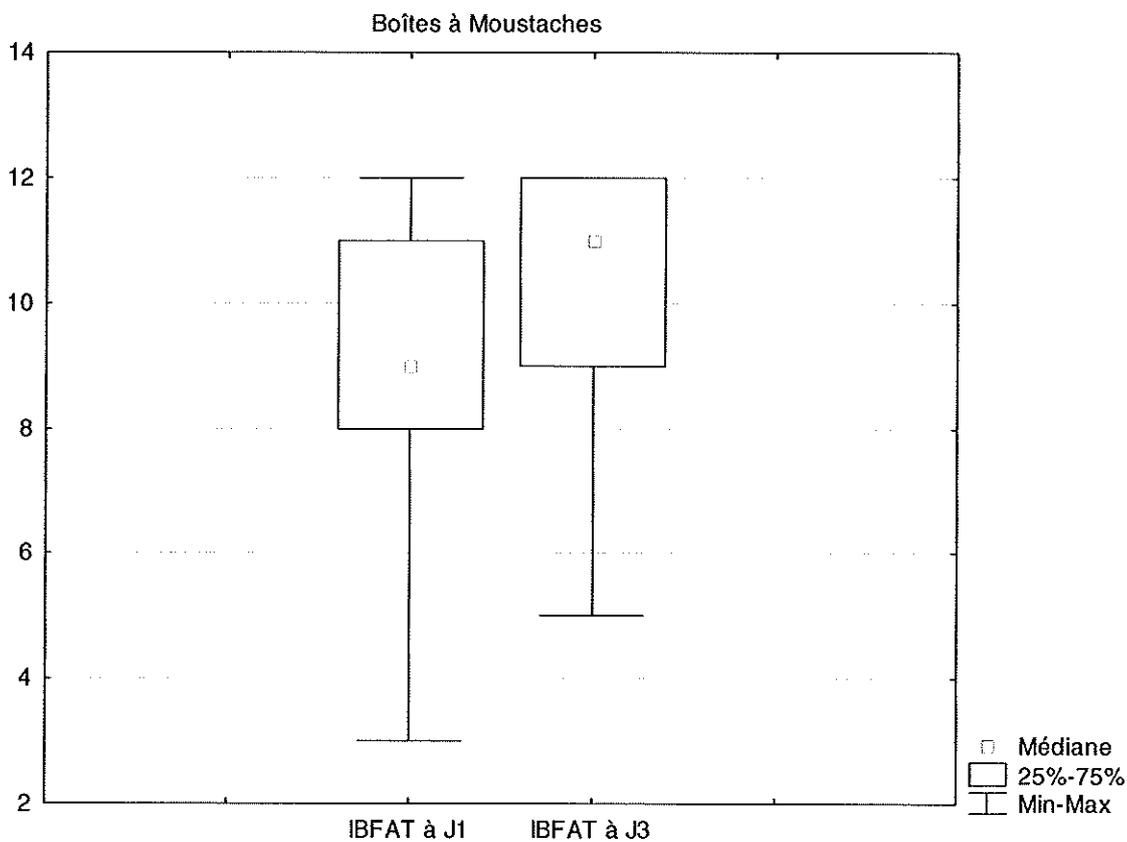


Schéma 1: boîte à moustaches représentant la valeur des IBFAT à J1 puis J3.

Couple de variables	Test des Signes (Comparaison J1 J3 CBODIN)			
	Tests significatifs marqués à $p < ,05000$			
	Nb. Non ex-aequo	%age $v < V$	Z	niv. p
IBFAT à J1 & IBFAT à J3	16	87,50000	2,750000	0,005960

Tableau 4: utilisation du test des signes pour comparer les valeurs d'IBFAT à J1 et J3.

3.2. Evaluation des CNOS à J3 en fonction des facteurs maternels, obstétricaux et néonataux:

Par régression logistique univariée, les différents facteurs étudiés ont été comparés à la présence d'un CNOS à J3. La comparaison est significative si $p < 0,05$, et il s'agit d'un facteur protecteur si l'Odd-Ratio (OR) < 1 ou un facteur de risque si $OR > 1$.

3.2.1. Facteurs n'influençant pas la présence d'un CNOS :

Facteur étudié	Odd Ratio (OR)	P value (p)
Statut marital	1,74	0,63
Conjoint favorable à l'allaitement	1,70	0,64
IMC	1,85	0,48
Antécédent de chirurgie du sein	1,81	0,68
Forme du mamelon	1,39	0,69
Expérience passée d'allaitement	0,44	0,45
Temps prévu d'allaitement	0,65	0,41
Moment de la prise de décision d'allaiter	1,21	0,84
Idées reçues	1,80	0,33
Utilisation d'instruments lors de l'AVB	1,25	0,81
Aspiration de l'enfant à la naissance	1,29	0,65
Présence de crevasses sur le sein	2,28	0,15
Peau à peau dès la salle de naissance	0,26	0,27
Frein de langue trop court	0,57	0,63

Tableau 5 : Facteurs étudiés n'étant pas significatifs dans l'étude après régression logistique.

Dans le tableau 5, les facteurs étudiés ne sont pas significatifs car le seuil p est supérieur à 0,05. Ces facteurs n'ont aucune influence sur les CNOS.

3.2.2. Facteurs corrélés avec le CNOS :

Facteurs étudiés	Odd Ratio (OR)	P value (p)
Facteurs réduisant le risque de CNOS		
Catégorie socio professionnelle	0,31	0,03
Cohabitation mère-enfant 24h/24	0	0,04
Confiance de la mère envers son allaitement	0,25	0,04
Montée de lait < 72h	0,31	0,04
Facteurs augmentant le risque de CNOS		
Utilisation d'un complément	7,73	0,00025
Utilisation de bouts de sein	8,42	0,03
Utilisation d'une tétine	2,35	0,11

Tableau 6 : Facteurs retrouvés significatifs à l'étude après régression logistique.

Les facteurs étudiés dans le tableau 6 ont été retrouvés significatifs ($p < 0,005$), ce qui signifie qu'ils ont une influence sur le CNOS.

Catégorie socioprofessionnelle

Le facteur « catégorie socioprofessionnelle » ($p = 0,03$), est considéré comme un facteur protecteur ($OR = 0,30$). Cela signifie donc que la catégorie bac + 2 divise par 3 le risque de présenter un CNOS.

CAT Cat SP; Moy. Non Pondérées (BD_NEOSTEO_Stats 281210) Effet courant : F(1, 62)=8,3804, p=,00523 Décomposition efficace de l'hypothèse						
Cellule N°	CAT Cat SP	IBFAT Moyen.	IBFAT Err-Ty.	IBFAT -95,00%	IBFAT +95,00%	N
1	1	8,55000	0,532482	7,485583	9,61442	20
2	2	10,40909	0,358999	9,691461	11,12672	44

Tableau 7 : IBFAT moyen selon la catégorie socioprofessionnelle.

Catégorie 1 : < bac

Catégorie 2 : entre le bac et bac + 2.

Sur le tableau 7, on peut voir que l'IBFAT moyen est de 8,55 chez les femmes dont le niveau d'étude est inférieur au bac, et de 10,41 chez les femmes avec un niveau d'étude compris entre le baccalauréat et bac+2. (p = 0,05)

Cohabitation mère-enfant

Le fait de ne pas séparer la mère de son enfant est un facteur également protecteur (OR<1) de présenter un CNOS.

Confiance de la mère envers son allaitement

Une patiente confiante envers son propre allaitement est un facteur pris en compte dans la survenue des CNOS (p = 0,03). Il est protecteur car il divise par 2,4 les risques de présenter un CNOS.

Montée de lait < 72h

Lorsque la montée de lait survient dans les trois jours habituels qui suivent la naissance, il y a 3 fois moins de risque que l'enfant présente un CNOS. Sur 17 patientes n'ayant pas eu de montée de lait à J3, 9 ont un IBFAT< 10.

Le test de comparaison de l'utilisation de compléments chez l'enfant et de la présence d'un CNOS est très significative (p = 0,00025), et il s'agit d'un facteur de risque. C'est-à-dire que l'enfant à 7,7 fois plus de risques de présenter un CNOS après l'utilisation d'un complément. (cf. annexe 1)

utilisation de complément; Moy. Non Pondérées (BD_NEOSTEO_Stats 281210) Effet courant : F(1, 62)=26,652, p=,00000 Décomposition efficace de l'hypothèse						
Cellule N°	utilisation de complément	IBFAT Moyen	IBFAT Err-Ty.	IBFAT -95,00%	IBFAT +95,00%	N
1	0	10,85366	0,331367	10,19127	11,51605	41
2	1	8,00000	0,442423	7,11561	8,88439	23

Tableau 8 : IBFAT moyen selon l'utilisation ou non d'un complément.

0 : pas d'utilisation 1 : utilisation de complément.

L'IBFAT moyen est meilleur lorsqu'il n'y a pas eu d'utilisation de complément (10,85 versus 8)

L'utilisation des bouts de sein

Les bouts de sein en silicone sont utilisés pour reproduire la forme du mamelon et se placent sur celui-ci, afin que l'enfant ne tète pas directement sur le sein, lorsque celui-ci est abimé ou douloureux. Ici, on peut voir que son utilisation multiplie par 8,4 le risque de présenter un CNOS. Ce test est significatif ($p = 0,03$)

L'utilisation des tétines

Sur le test de comparaison avec les tétines, on retrouve $p = 0,10$. On considère cependant que c'est un test significatif car on peut retenir les seuils p jusqu'à 0,2, et ici il se rapproche plus de 0,05 que sur les autres tests. Il est donc considéré comme « plus significatif » que le reste. L'utilisation d'une tétine multiplie donc le risque de retrouver un CNOS par 23.

En réalisant un modèle de **régression logistique multivariée** (tableau 9), c'est-à-dire en comparant les différents facteurs retrouvés significatifs par rapport la présence d'un CNOS (facteurs de risque ou protecteurs), l'impact de l'utilisation des compléments par rapport à la survenue d'un CNOS reste le seul facteur significatif.

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 41 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 281210) Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance (MC-er. posit. à Perte finale : 32,964042430 Chi²(5)=17,663 p=,00341						
N=64	Const. BO	CAT Cal SP	utilisation de complément	utilisation bout de sein	Utilisation tétine	Confiance mère envers allaitement
Estimat.	0,1488221	-0,530653	1,712718	1,254111	0,2170627	-0,8703591
Erreur-type	1,38575	0,6739454	0,6383407	1,391897	0,6496314	0,8669242
t(56)	0,1073946	-0,7873828	2,683079	0,9010088	0,3341322	-1,003962
niveau p	0,9148466	0,4342637	0,009489441	0,3713098	0,739485	0,3195671
-95%CL	-2,625058	-1,879701	0,4349406	-1,532073	-1,083316	-2,605696
+95%CL	2,922702	0,8183952	2,990496	4,040295	1,517441	0,8649783
Chi² de Wald	0,0115336	0,6199717	7,198912	0,8118169	0,1116443	1,00794
niveau p	0,9144766	0,4310636	0,00729853	0,3675904	0,738282	0,3154044
Odds ratio (unité)	1,160466	0,5882208	5,544011	3,504722	1,242422	0,4188012
-95%CL	0,07243557	0,1526357	1,544871	0,2160873	0,3384714	0,07385169
+95%CL	18,59145	2,266859	19,89554	56,84312	4,560541	2,374954
Odds r. (étendue)		0,5882208	5,544011	3,504722	1,242422	0,4188012
-95%CL		0,1526357	1,544871	0,2160873	0,3384714	0,07385169
+95%CL		2,266859	19,89554	56,84312	4,560541	2,374954

Tableau 9 : analyse en régression logistique multivariée des facteurs retrouvés significatifs après régression logistique univariée.

3.2.3. Comparaison de différents facteurs entre eux :

Certains facteurs ont un impact sur d'autres et ne sont pas vraiment dissociables. Ainsi, on peut voir que la catégorie socioprofessionnelle joue un rôle dans la confiance de la mère envers son allaitement.

Table de Fréquence - Synthèse (BD_NEOSTEO_Stats 281210) Effectifs en surbrillance > 10 (effectifs marginaux non marqués)				
	CAT Cat SP	Confiance mère envers allaitement 0	Confiance mère envers allaitement 1	Totaux Ligne
Effectif	1	6	14	20
%age Ligne		30,00%	70,00%	
%age Total		9,38%	21,88%	31,25%
Effectif	2	5	39	44
%age Ligne		11,36%	88,64%	
%age Total		7,81%	60,94%	68,75%
Effectif	Ts Grpes	11	53	64
%age Total		17,19%	82,81%	

Tableau 10: étude de l'impact de la catégorie socioprofessionnelle avec la confiance de la mère envers son allaitement.

Cat SP 1 : < bac

Cat SP 2 : entre bac et bac +2

Confiance 0 : n'a pas confiance

Confiance 1 : a confiance en son allaitement

En effet, les femmes ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat auront plus confiance dans la réussite de leur allaitement.

Les facteurs compléments et perte de poids excessive du nouveau-né sont également en étroite liaison. Ces variables sont en effet corrélées car devant une perte de poids excessive, il y a prescription de compléments. Cependant, si on étudie la moyenne de la variable « éveil » dans le score d'IBFAT chez les enfants avec une perte de poids excessive, elle est de 1,72 sur 3. Chez les enfants sans perte de poids, elle est de 2,26 sur 3. Les nouveau-nés sans perte de poids importante sont donc plus éveillés, ce qui leur donne un score d'IBFAT plus élevé. Cependant, la différence n'est pas aussi importante que pour les compléments, dont l'Odd-Ratio est de 7,73, et dont la relation avec les CNOS est plus flagrante.

Pour résumer, nous pouvons donc faire ressortir ici les facteurs significativement liés à un CNOS :

- facteurs de risque : Complément (OR = 7,73 [0,0005] p)
 - Utilisation de bouts de sein (OR = 8,42 [0,03] p)
 - Utilisation de tétine (OR = 2,35 [0,11] p)
- facteurs protecteurs : Catégorie socioprofessionnelle (OR = 0,31 [0,03] p)
 - Confiance de la mère envers son allaitement (0,25 [0,04] p)
 - Montée de lait < 72h (OR = 0,31 [0,04] p)
 - Cohabitation mère-enfant 24h/24 (OR = 0 [0,04] p)

3.3. Analyse de l'incidence des CNOS à J3 par rapport à la poursuite ou non de l'allaitement à 1 mois :

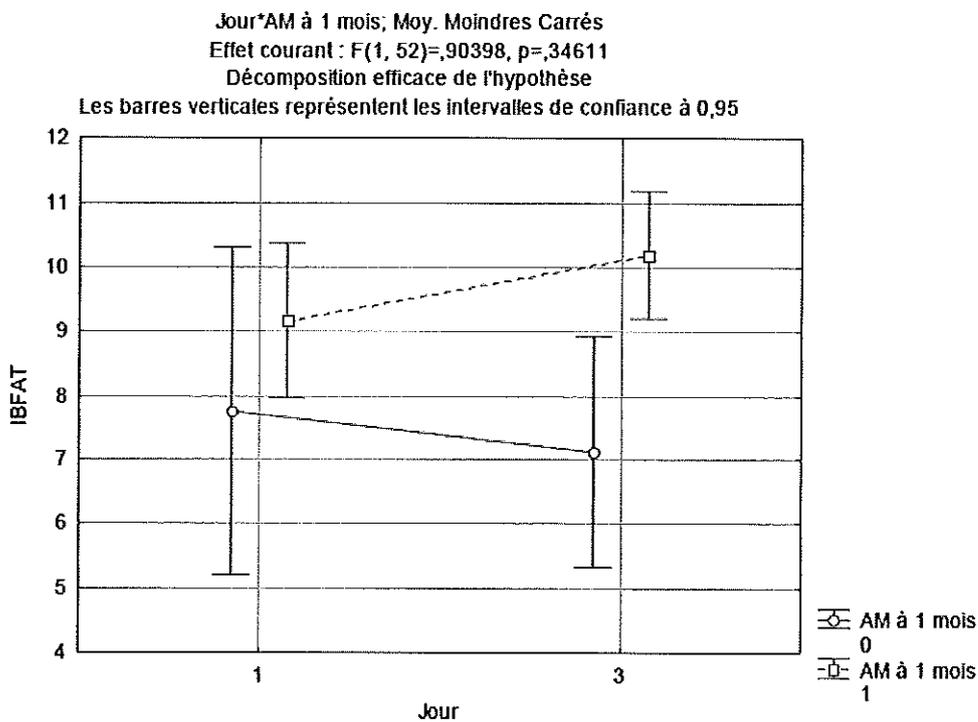


Schéma 2 : évolution de l'IBFAT entre J1 et J3 chez les patientes en arrêt ou non d'allaitement à 1 mois.

Sur le schéma 2, on voit que les patientes ayant une augmentation spontanée du score d'IBFAT de J1 à J3 ont plus de chances de continuer d'allaiter à 1 mois.

En analyse univariée, il existe une corrélation significative entre un CNOS à J3 (IBFAT<10) et l'échec d'allaitement à 1 mois (p = 0,0023). Plus le score est élevé, plus les chances d'allaiter longtemps augmentent.

Les patientes avec un CNOS à J3 ont 19 fois plus de risque de ne plus allaiter à 1 mois. (OR= 19 [0,002] p)

Statistique	Stats : CNOS(2) x AM à 1 mois(2) (BD)		
	Chi²	df	p
Chi² de Pearson	9,268270	df=1	p=,00233

Tableau 12 : test de Chi² sur la présence d'un CNOS à J3 et l'allaitement à 1 mois.

Sur le tableau de synthèse suivant (tableau 13), on a une sensibilité est de 87,5 %, ce qui signifie la probabilité qu'il y ait eu un CNOS à J3 chez les patientes en échec d'allaitement à 1 mois. La spécificité, soit la probabilité qu'il n'y ait pas eu de CNOS chez les personnes allaitant toujours à 1 mois est de 73,1%. Cela montre donc l'incidence de la présence ou non d'un CNOS sur la continuité ou non de l'allaitement maternel à 1 mois.

On observe une bonne valeur prédictive négative (95%) contre une faible valeur prédictive positive (50%).

CNOS	Tableau de Synthèse : Effectifs Observés (BD_NEOSTEO_Stats 281210) Effectifs en surbrillance > 10		
	AM à 1 mois 0	AM à 1 mois 1	Totaux Ligne
0	1	19	20
% Ligne	5,00%	95,00%	
% Total	2,94%	55,88%	58,82%
1	7	7	14
% Ligne	50,00%	50,00%	
% Total	20,59%	20,59%	41,18%
Total	8	26	34
% Total	23,53%	76,47%	100,00%

Tableau 13 : impact de la présence ou non d'un CNOS à J3 sur l'allaitement maternel à 1 mois.

CNOS 0 : pas de CNOS à J3

CNOS 1 : présence d'un CNOS à J3

AM 0 : arrêt de l'allaitement maternel à 1 mois

AM 1 : succès de l'allaitement maternel à 1 mois.

Sensibilité = 87,5%

VPP = 50%

Spécificité = 73,1 %

VPN = 95%

3.4. Limites de l'étude :

Les difficultés principales rencontrées ont été les critères d'exclusions tels que les nouveau-nés hospitalisés (fréquents au CHU), les allaitements artificiels ou mixtes, ainsi que les patientes ne parlant pas français, qui ont réduits de beaucoup les effectifs pouvant être étudiés. Certaines femmes n'ont pas pu être joignables à 1 mois de leur accouchement, ce qui peut parfois expliquer des différences d'effectifs également.

III- Discussion :

1. Incidence des CNOS à J3 :

Le premier objectif de l'étude était d'évaluer l'incidence des comportements non optimaux au sein des nouveau-nés de la maternité de Nantes.

Dans notre étude, nous avons une moyenne d'IBFAT de 8,97 à J1 et 9,83 à J3 ce qui montre un score inférieur à 10 à la sortie de maternité. La fréquence de CNOS à J1 est de 56,5% à J1 et 30,4% à J3. Ces résultats montrent un CNOS plus élevé que dans l'étude brestoise. Cependant, notre étude compte un effectif moins important (33,9% de CNOS à J0 et 7,6% à J3 à Brest).

Si nous prenons la moyenne des scores d'IBFAT entre J1 et J3 chez une même patiente, on note une amélioration spontanée de ce score, comme il avait déjà été observé dans la littérature [11].

Malgré une amélioration de ce score durant le séjour à la maternité, la moyenne d'IBFAT inférieure à 10 montre qu'il existe des difficultés d'allaitement dès les premiers jours et même au sein de la maternité.

De plus, la perte de poids supérieure au 10% engage fortement la baisse du score d'IBFAT. Sur les 17% de perte de poids excessive à J3, la moyenne de L'IBFAT est de 7,54 contre 10,30 chez les autres. Il faut noter par ailleurs que la perte de poids et l'utilisation de compléments est fortement corrélée. Les compléments sont prescrits d'usage devant une perte de poids excessive. Un petit poids peut rendre un enfant plus difficile à stimuler et à réveiller pour la tétée. Cependant dans notre étude, nous pouvons observer que l'utilisation de compléments est plus significative que la perte de poids excessive. Dans la littérature, le seuil des 10% du poids n'est pas établi pour définir une perte excessive. Certains se basent sur une perte de 7%. [25]

2. Les facteurs influençant l'apparition des CNOS :

2.1. Les facteurs réduisant le risque de CNOS :

2.1.1. La catégorie socioprofessionnelle :

L'allaitement est une pratique multifactorielle, ce qui le rend difficile à étudier dans sa globalité. Il peut dépendre aussi bien de facteurs médicaux, que sociaux ou psychologiques.

Le niveau d'étude maternel est un facteur prépondérant au bon déroulement de l'allaitement mais aussi à sa durée. Dans la littérature, il est dit que les femmes avec un niveau socio-économique plus élevé allaitent plus longtemps, ainsi les couples dont le conjoint a un niveau d'étude supérieur. [6] [7]

Nous retrouvons les mêmes résultats avec un risque de présenter un CNOS divisé par 2 si le niveau est supérieur au Baccalauréat ($p = 0,03$).

2.1.2. Confiance de la mère envers son allaitement :

Une mère ayant confiance au bon déroulement de son allaitement aura plus de chances de réussir son allaitement. Ceci montre bien l'impact psychologique sur l'allaitement maternel. Dans notre étude, la plupart des femmes n'ayant pas confiance ont donné comme raisons la peur de mal faire, ou le sentiment qu'elles ne vont pas aimé allaiter.

Ce facteur est en étroite liaison avec l'expérience d'allaitement et la catégorie socioprofessionnelle. Nous avons pu voir qu'un niveau de formation élevé était corrélé avec la confiance.

Le plaisir éprouvé à allaiter est un facteur associé également. En effet, les mères présentant des douleurs aux seins (crevasses, etc.) ont plus de risque d'arrêter plus tôt leur allaitement. [13]

L'expérience augmente la confiance en soi même s'il y avait eu un échec d'allaitement la première fois. La mère ayant déjà vécu les mises au sein, elle connaît les sensations douloureuses qu'elle risque d'éprouver et les difficultés qu'elle peut rencontrer, ce qui la rassure contrairement à une primipare découvrant pour la première fois l'allaitement.

Le soutien apporté par les professionnels est donc primordial pour mettre en confiance la mère. Et il est d'autant plus important que les conseils ne divergent pas d'un professionnel à un autre afin qu'ils soient optimaux.

Ainsi, nous avons observé que 63% des patientes n'ayant pas confiance en leur allaitement présentait un CNOS à J3 ($p = 0,04$).

2.1.3. Montée de lait avant 72h :

Notre étude montre qu'un retard de montée de lait est un facteur de risque de comportement non optimal au sein. Sur les 17 femmes n'ayant pas eu de montée de lait dans les trois jours, plus de la moitié présentait un score d'IBFAT inférieur à 10 (55,5%).

Le retard de montée de lait provoque un retard de reprise de poids chez l'enfant. Cependant dans notre étude, sur les 17 patientes présentant un retard de montée laiteuse, seuls 4 des nouveau-nés ont eu une perte de poids excessive ($p = 0,04$). Cette discordance de résultats peut montrer la surévaluation des montées de lait tardives. Il n'existe pas de seuil physiologique à J3 mais entre J1 et J5 [43].

De plus selon les femmes la montée de lait peut se faire sur plusieurs jours, même si on en voit le résultat que deux jours après par exemple.

L'expérience encore une fois joue un rôle dans l'appréciation de la montée de lait. Des études ont montré le lien entre l'absence d'expérience d'allaitement et le retard de montée de lait [25]. La confiance permet à la mère de se rassurer sur ses capacités et sur la montée de lait, dont la survenue dépend souvent de l'état psychologique.

2.1.4. Cohabitation mère-enfant 24h/24 :

L'avantage de la cohabitation pour l'allaitement a été prouvée de nombreuses fois, et fait partie des 10 recommandations de l'OMS. Elle permet aussi une durée d'allaitement plus longue [6] [13]. Notre étude est en concordance avec ces résultats : les deux patientes n'ayant pas été auprès de leur enfant durant tout le séjour ont un IBFAT inférieur à 10 ($p = 0,04$).

Pendant longtemps les maternités ont été conçues avec des nurseries, qui avaient pour but d'autonomiser les enfants. Mais il a été démontré qu'un allaitement à la demande était primordial pour l'alimentation de l'enfant qui ne réclame pas tant qu'il n'a pas faim.

La montée de lait également est un phénomène qui survient grâce au contact rapproché avec l'enfant, comme nous l'avons vu dans les rappels. Le mécanisme hormonal étant le principal outil de l'allaitement.

2.2. Les facteurs augmentant le risque de CNOS :

2.2.1. L'utilisation de compléments :

Elle a un impact décisif sur les CNOS. Cependant, il persiste un doute méthodologique sur la relation entre les compléments et les CNOS. Il peut être un facteur confondant avec la perte de poids excessive. Les compléments sont prescrit lors d'une perte de poids mais le lien inverse peut aussi exister, c'est à dire une perte de poids par utilisation des compléments au détriment de l'allaitement maternel exclusif. Dans notre étude, nous avons choisi de mettre en avant le facteur complément, car il est sorti plus significativement en lien avec les CNOS.

Plusieurs études ont montré qu'il n'est pas recommandé d'utiliser des compléments dans les premières heures de vie. [25]

En analyse multivariée, le complément est le seul facteur à être significatif. 65% des nouveau-nés chez qui un complément a été utilisé ont présenté un CNOS.

Leur utilisation est liée à une diminution de la durée d'allaitement maternel [6].

La plupart du temps, ces compléments sont donnés au biberon, ce qui engage le nouveau-né à réaliser une succion totalement différente de celle du sein. La prise en bouche est plus facile avec un biberon, au risque de le déshabituer à téter le sein.

Certaines femmes hésitent à poursuivre leur allaitement lorsqu'elle observe que le nouveau-né reprend son poids initial plus rapidement et tète plus facilement après l'introduction de compléments. D'où l'importance des explications et de l'écoute des professionnels dans l'instauration de l'allaitement maternel.

L'indication d'utilisation de compléments en maternité devrait peut-être être mieux définie et ne devienne pas une solution de facilité.

2.2.2. Utilisation de la tétine :

Comme pour l'usage des compléments, la tétine peut provoquer les difficultés d'allaitement ou en être la conséquence. Un bébé qui pleure beaucoup est vite réconforté par la tétine de part son besoin de succion. Cependant, comme pour les biberons, la tétine, même la plus physiologique possible, n'est pas tétée de la même manière que le sein et peut donc provoquer une confusion chez l'enfant.

Nous avons pu mettre en évidence que son utilisation est significativement liée au risque de CNOS à J3 ($p = 0,11$).

Peu d'études cependant ont montré le risque de l'utilisation des tétines sur l'allaitement.

2.2.3. Utilisation du bout de sein :

Les bouts de sein en silicone ont été fabriqués pour reproduire au mieux la physiologie du sein. Cependant notre étude démontre que son usage provoque plus de CNOS (80% des nouveau-nés). Il existe peu d'études réalisées sur l'utilisation des bouts de sein. Ils peuvent être très pratiques en cas de mamelons plats ou rétractés car ils permettent à l'enfant de s'appuyer sur le sein et aspirer le mamelon à travers l'écran. Cependant il peut être un obstacle à la bonne lactation s'il est utilisé trop longtemps car la stimulation hormonale se fait moins bien lorsque la bouche n'est pas en contact direct avec le sein. [33]

Ainsi il peut provoquer un CNOS car l'enfant doit téter plus fort pour faire couler le lait, et le contact ainsi que l'odeur sont altérés par l'écran, malgré la tentative de respect de la physiologie du sein.

3. Le devenir de l'allaitement maternel à 1 mois :

Dans notre étude, on peut voir que les patientes dont l'enfant présente un CNOS à J3 ont 19 fois plus de risque d'échec d'allaitement à 1 mois.

Chez les patientes arrêtant leur allaitement à 1 mois, l'IBFAT moyen était de 7, contre 10 chez celles continuant leur allaitement. De plus, l'IBFAT avait une résolution spontanée entre J1 et J3 chez celles continuant d'allaiter, contrairement aux autres.

Cela montre donc l'impact de l'allaitement dès la maternité sur sa continuité.

Il existe cependant plusieurs biais dans notre étude. Elle a été réalisée par un seul observateur et donc il n'y a eu que deux observations maximum par patiente.

Un score d'IBAT pouvait donc être faussé par un bain pris avant la tétée, ou un examen pédiatrique sur l'enfant réduisant son score d'éveil et de stimulation par exemple.

Cette étude montre cependant l'étroite relation entre les CNOS à J3 et les arrêts d'allaitement, ce qui implique l'importance des actions d'aide dès la maternité et dès les premiers signes de difficulté.

Dans la littérature, les quatre premières semaines d'allaitement sont décisives. Si des difficultés sont rencontrées, le risque d'arrêt d'allaitement avant six mois est augmenté. [9]

4. Le rôle de la sage-femme :

La sage-femme tient un rôle d'information sur l'allaitement pendant la grossesse ; de soutien et d'apprentissage à la maternité et dans les mois suivants.

Pendant la grossesse, la sage-femme entre en contact avec la patiente dès l'entretien prénatal précoce. Celui-ci permet de poser la question de l'alimentation choisie pour l'enfant, même si la patiente peut évidemment changer de point de vue. La sage-femme sera alors le premier interlocuteur direct permettant de répondre aux premières questions sur l'allaitement. Il est important que la sage-femme souligne l'intérêt de l'allaitement maternel, sans culpabiliser la femme si son choix d'alimentation est différent. [40]

La préparation à la naissance et à la parentalité comprend des cours de préparation sur l'allaitement. Les femmes réparties en groupe (souvent selon la parité) peuvent ainsi poser des questions sur l'allaitement, qui sont complétées par des informations de la part de la sage-femme. Elle explique les conditions de l'allaitement maternel :

- mise au sein précoce dès la salle d'accouchement quand le nouveau-né est en état d'éveil optimal
- Les différentes positions possibles pour la mise au sein (classique, allongée, en ballon de rugby, assise...), ainsi que la position de la bouche du nouveau-né sur l'aréole pour une succion idéale
- Les différentes manières de s'assurer qu'un nouveau-né tète bien.
- La fréquence des tétées, dans la durée que dans le nombre de tétées par jour. L'allaitement à la demande sera expliqué et préconisé.
- L'hygiène du sein pour éviter les difficultés d'allaitement
- Les différents problèmes rencontrés (crevasses, gerçures, engorgement...)

Ces séances permettent le plus souvent d'éliminer les idées reçues, ou les croyances inculquées par les précédentes générations.

Pendant le suivi physiologique de la grossesse, la sage-femme dépistera les éventuelles contre-indications à l'allaitement (maladie, traitement inévitable...).

A la naissance, lorsque celle-ci est physiologique, la sage-femme est la première actrice pour la mise au sein. Une fois la bonne adaptation extra-utérine du nouveau-né, il sera placé dès que

possible en peau à peau sur la maman afin de reconnaître son odeur. Les premières heures sont celles où la tétée est la plus efficace, de part le réflexe de succion déjà inné, et l'éveil optimal du nouveau-né. La sage-femme pourra aider la mère à positionner l'enfant, et pourra ainsi dépister les patientes à risque (primipares, jeune âge, faible niveau d'étude, mamelon plat ou rétracté...)

Pendant le séjour à la maternité, la sage-femme en collaboration avec les auxiliaires, devra être attentive au bon déroulement de l'allaitement. Elle devra résoudre les difficultés par la mise en place d'aides (traitement des crevasses, stimulation de l'enfant...) et surtout être présente le plus possible lorsque les mères feront appel. Elle devra être à l'écoute des femmes en manque de confiance en soi afin de les aider à revaloriser leur capacité d'allaitement, surtout pendant cette période de fragilité extrême.

La cohabitation mère-enfant sera respectée, et l'utilisation de compléments devra être contrôlée et expliquée. Si possible, elle pourra administrer un complément avec une seringue, à la tasse ou par la technique du doigt-paille pour éviter un maximum la confusion biberon-sein par l'enfant. Les compléments ne sont pas laissés à disposition des mères, ni les tétines. [38]

A la sortie de la maternité et les mois suivants, la sage-femme libérale ou de PMI (Protection maternelle et infantile) pourra être sollicitée. Elle devra alors s'assurer de la prise de poids de l'enfant et du bon déroulement de l'allaitement maternel. Elle doit informer la patiente des différentes organisations et associations.

5. Proposition pour l'amélioration de la prise en charge des difficultés d'allaitement :

5.1. Cotation d'un score d'IBFAT systématique :

Comme démontré dans cette étude, les difficultés d'allaitement surviennent très souvent lors du séjour à la maternité. Celui-ci est de plus en plus raccourci, mais dès J3 il peut être mis en place une surveillance et une aide chez les patientes en difficultés.

Une formation à la cotation du score d'IBFAT et à la reconnaissance d'un CNOS pourrait être mise en place par système de vidéos permettant aux professionnels de comparer leur avis sur les différents allaitements. En effet, chaque perception d'un allaitement efficace est subjective, ainsi certains professionnels s'inquièteront moins du devenir d'un allaitement que d'autres. Avec une vidéo où chacun coterait son score d'IBFAT, il serait possible de former les professionnels à reconnaître une bonne tétée d'une tétée inefficace.

Il pourrait ainsi y avoir dans les fiches de transmissions remplies par les sages-femmes et auxiliaires de puériculture un item « score d'IBFAT » permettant de coter rapidement un score global chez chaque nouveau-né et reconnaître ainsi plus facilement les patientes en difficultés de part la survenue de CNOS.

5.2. Prise en charge avant la sortie :

Cette étude pilote au CHU de Nantes confirme localement l'incidence des CNOS et permet de cibler une population à risques. L'émergence de l'ostéopathie et son impact dans la population générale pourrait en faire une alternative en cas de difficultés d'alimentation chez le nourrisson (problème d'ouverture de bouche, de positionnement de la langue, etc.). La reconnaissance des CNOS à J3 permettrait donc une prise en charge précoce. Mais cette pratique reste à évaluer. L'objet d'une seconde étude sera d'évaluer en double aveugle l'efficacité d'une intervention ostéopathique en cas de CNOS.

Conclusion

Notre étude montre une incidence de comportements non optimaux au sein du nouveau-né importante à la sortie de la maternité (30,4%). Elle a permis de mettre en évidence les facteurs maternels, obstétricaux ou néonataux pouvant être en partie responsables des difficultés d'allaitement : l'utilisation de compléments, de bouts de sein et de tétine.

Leur usage hospitalier pourrait donc être réévalué afin de réduire le nombre de CNOS en sortie de maternité. De même des facteurs réduisant le risque de CNOS ont été observés : le niveau d'étude élevé, la cohabitation mère-enfant 24h/24, la confiance de la mère envers son allaitement et un début de montée de lait avant 72h.

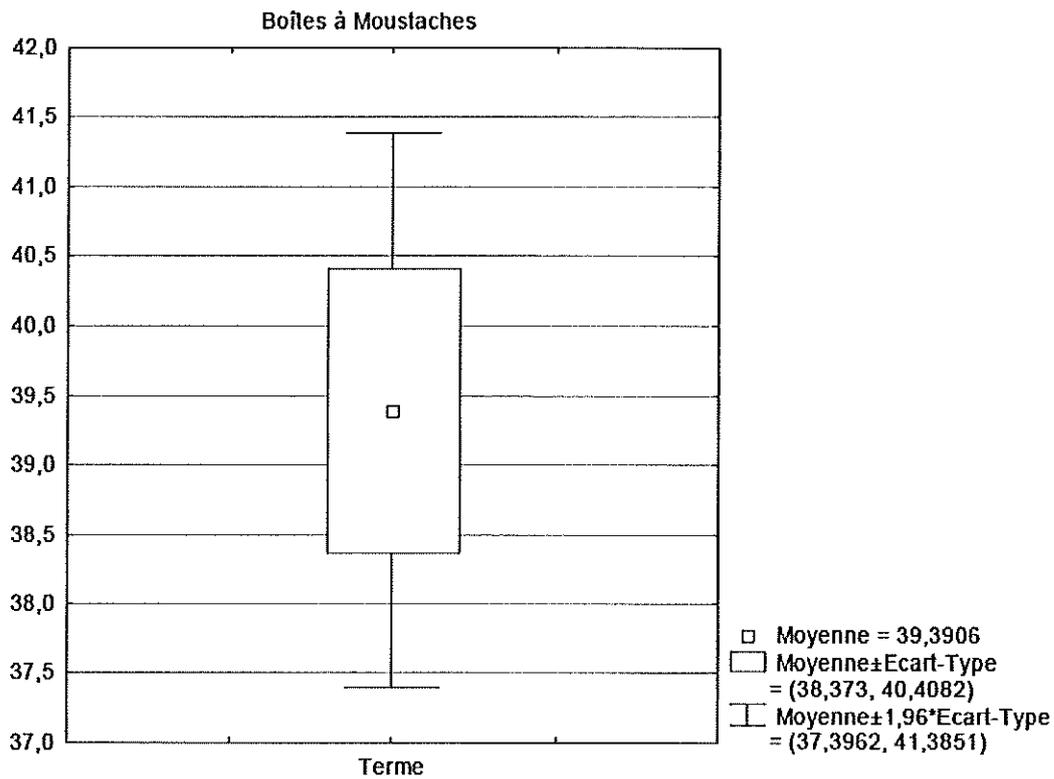
Mises en évidence, ces différentes variables peuvent permettre de dépister précocement les patientes à risque de difficultés d'allaitement.

De plus, nous avons vu que les patientes avec un CNOS à la sortie de la maternité avait plus de risque d'arrêter leur allaitement dans le mois suivant.

En évaluant, lors du séjour à la maternité les patientes à risque et celles développant des difficultés à l'allaitement maternel, il pourrait être intéressant d'étudier l'efficacité d'une intervention ostéopathique sur le nouveau-né afin d'en évaluer l'efficacité à long terme sur la durée des allaitements.

Annexes

Résultats des statistiques utilisées pour l'étude

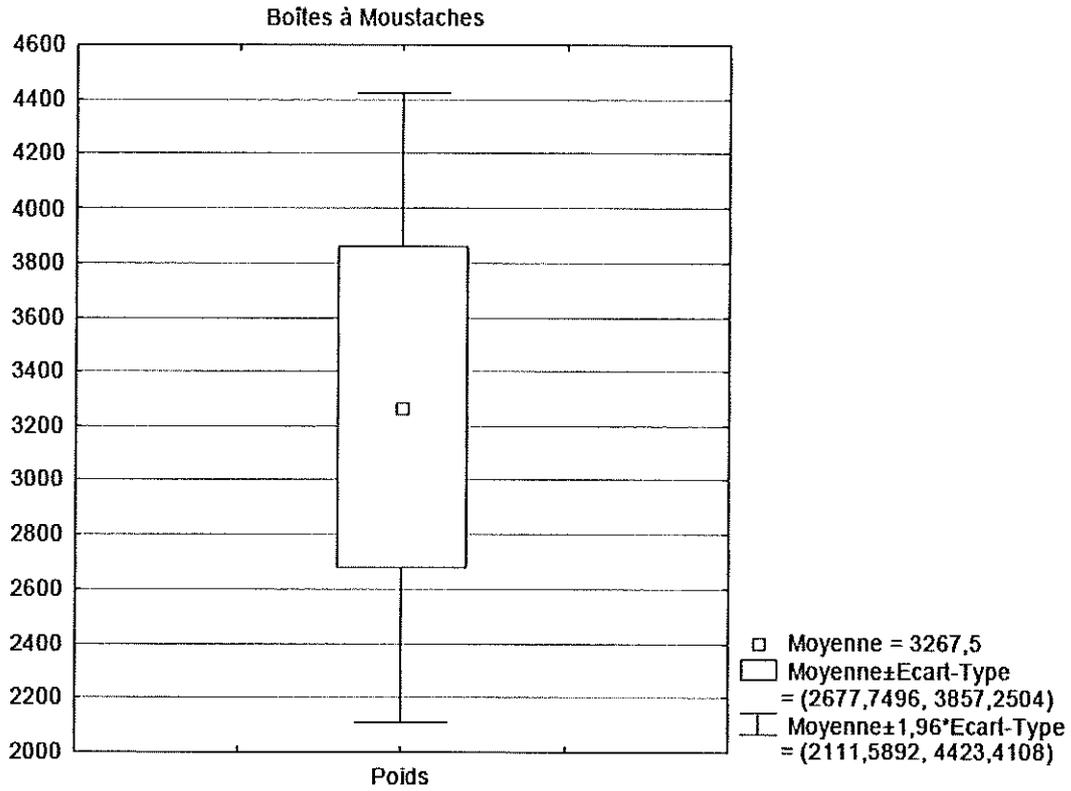


Fichier de Données : BD_NEOSTEO_Stats 281210 [100 observations avec 53 variables]

FILTRES DE SELECTION :
Inclure si : V4=3

VARIABLES & VALEURS TEXTE :

Var 27: Poids - (-9999)
Aucune valeur-texte

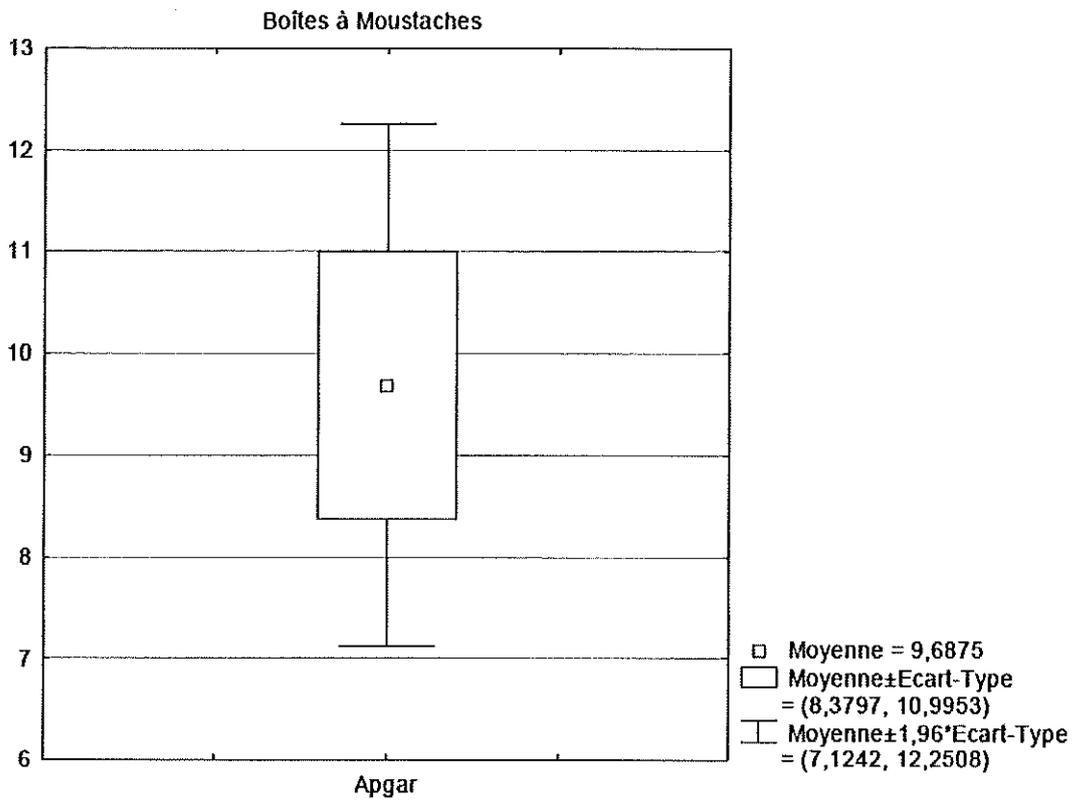


Fichier de Données : BD_NEOSTEO_Stats 281210 { 100 observations avec 53 variables }

FILTRES DE SELECTION :
Inclure si : V4=3

VARIABLES & VALEURS TEXTE :

Var 28: Apgar - (-9999)
Aucune valeur-texte

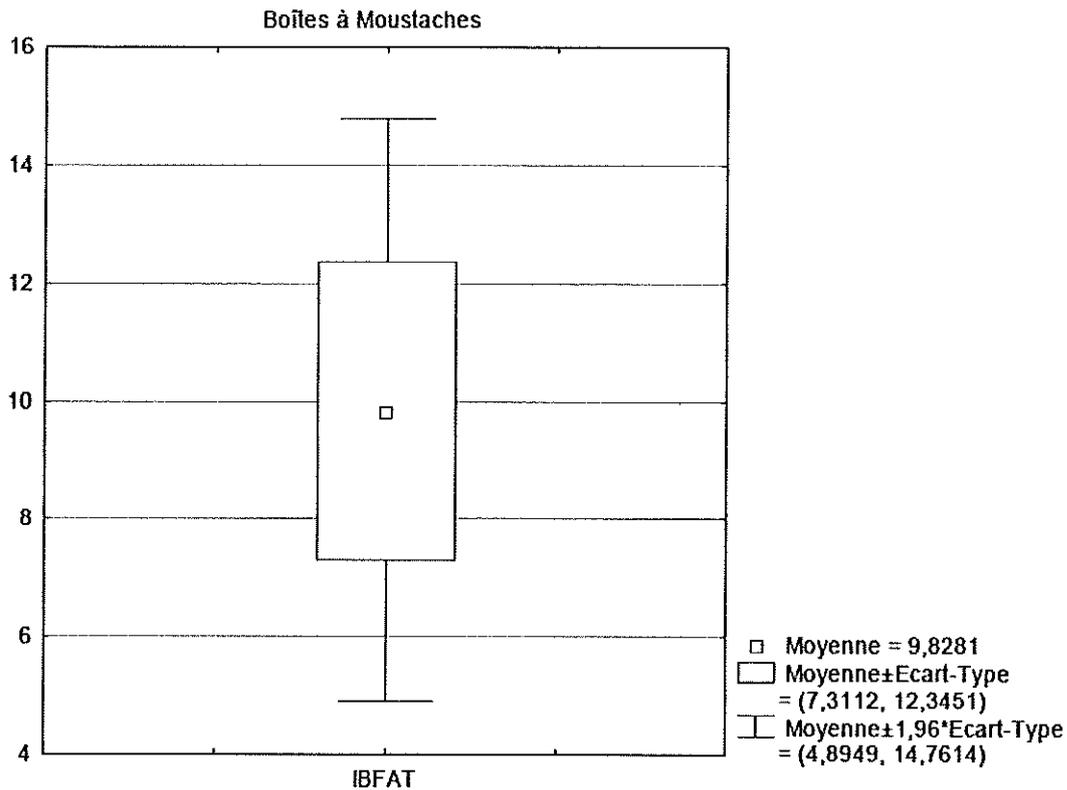


Fichier de Données : BD_NEOSTEO_Stats 281210 [100 observations avec 53 variables]

FILTRES DE SELECTION :
Inclure si : V4=3

VARIABLES & VALEURS TEXTE :

Var 41: IBFAT - (-9999)
Aucune valeur-texte



Fichier de Données : BD_NEOSTEO_Stats 281210 { 100 observations avec 53 variables }

FILTRES DE SELECTION :

Inclure si : V4=3

VARIABLES & VALEURS TEXTE :

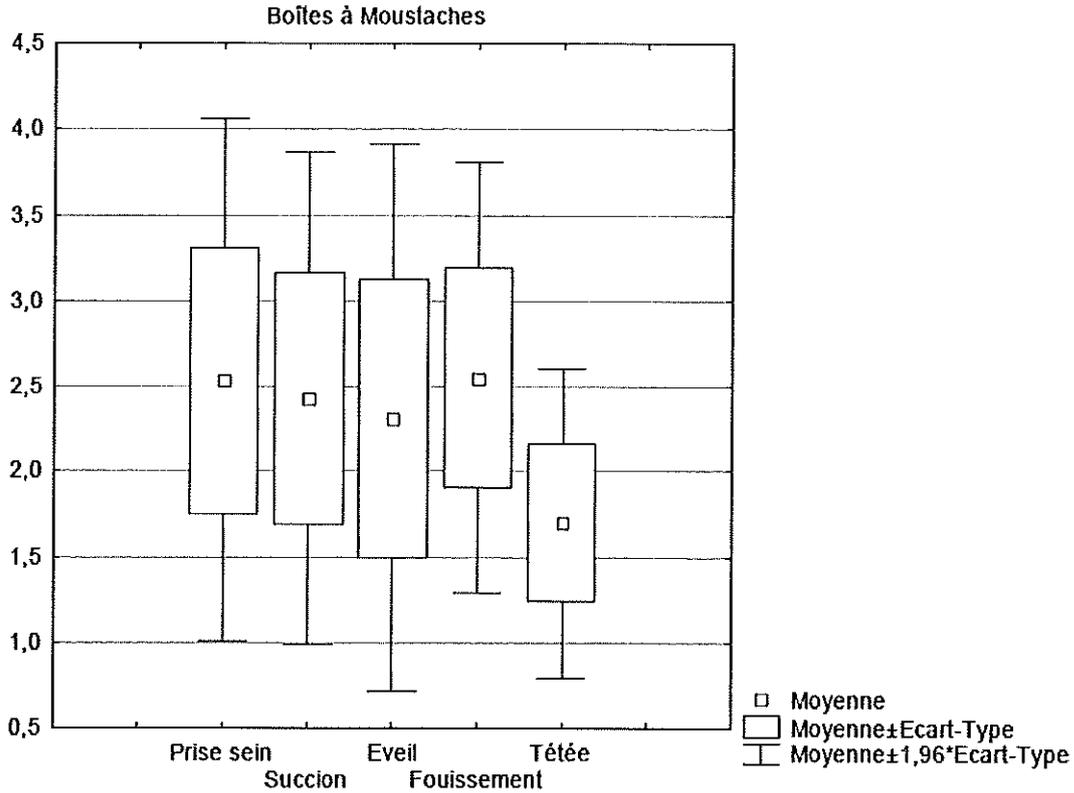
Var 43: Prise sein - (-9999)
Aucune valeur-texte

Var 44: Succion - (-9999)
Aucune valeur-texte

Var 45: Eveil - (-9999)
Aucune valeur-texte

Var 46: Foulissement - (-9999)
Aucune valeur-texte

Var 47: Tétée - (-9999)
Aucune valeur-texte



Fichier de Données : BD_NEOSTEO_Stats 281210 [100 observations avec 53 variables]

FILTRES DE SELECTION :

Inclure si : V4=3

VARIABLES & VALEURS TEXTE :

Var 6: Catégorie socio professionnelle - (-9999)
Aucune valeur-texte

Var 7: statut marital - (-9999)
Aucune valeur-texte

Var 8: conjoint favorable à l'allaitement - (-9999)
Aucune valeur-texte

Var 9: IMC - (-9999)
Aucune valeur-texte

Var 10: traitement HTA - (-9999)
Aucune valeur-texte

Var 12: antécédent chir sein - (-9999)
Aucune valeur-texte

Var 13: Forme mammelon - (-9999)
Aucune valeur-texte

Var 14: Parité - (-9999)
Aucune valeur-texte

Var 15: Expérience - (-9999)
Aucune valeur-texte

Table de fréquences : Jour (BD NEOSTEO Stats 281)				
Catégorie	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
1	36	36	36,00000	36,0000
3	64	100	64,00000	100,0000

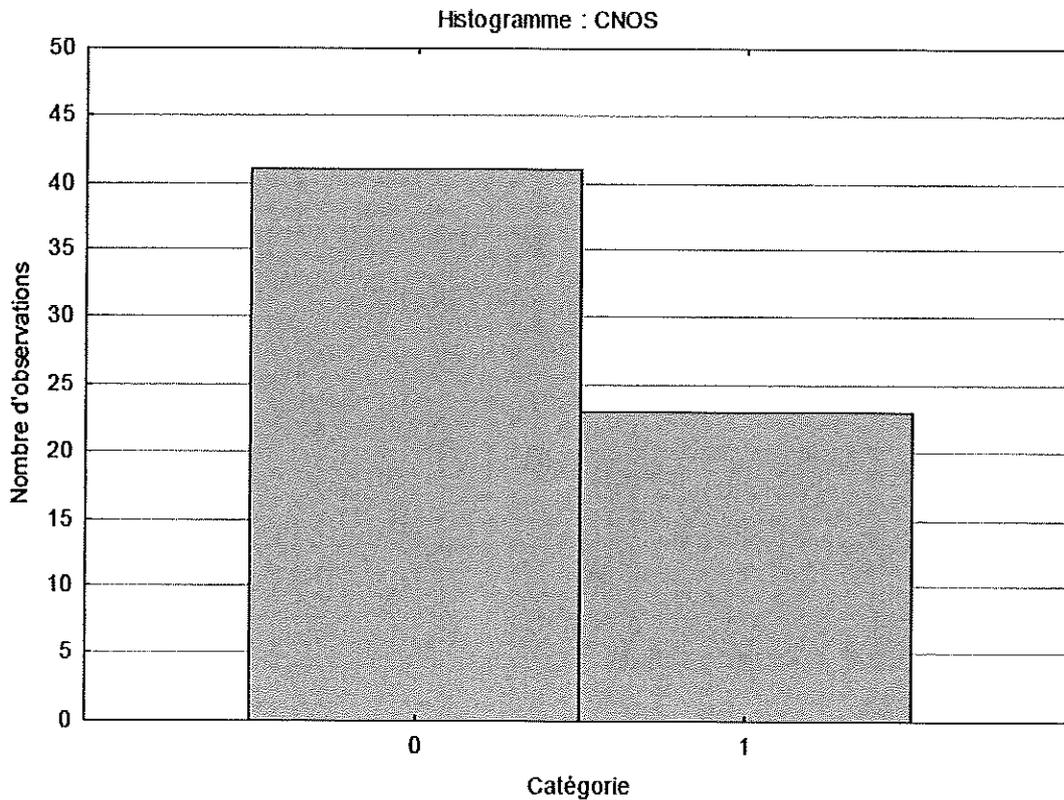
Fichier de Données : BD_NEOSTEO_Stats 281210 [100 observations avec 55 variables]

FILTRES DE SELECTION :
Inclure si : V4=3

VARIABLES & VALEURS TEXTE :

Var 44: CNOS - (-9999)
Aucune valeur-texte

Table de fréquences : CNOS (BD NEOSTEO Stats 281210)				
Catégorie	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
0	41	41	64,06250	64,0625
1	23	64	35,93750	100,0000



Fichier de Données : BD_NEOSTEO_Stats 281210 [100 observations avec 53 variables]

FILTRES DE SELECTION :
Inclure si : V4=3

VARIABLES & VALEURS TEXTE :

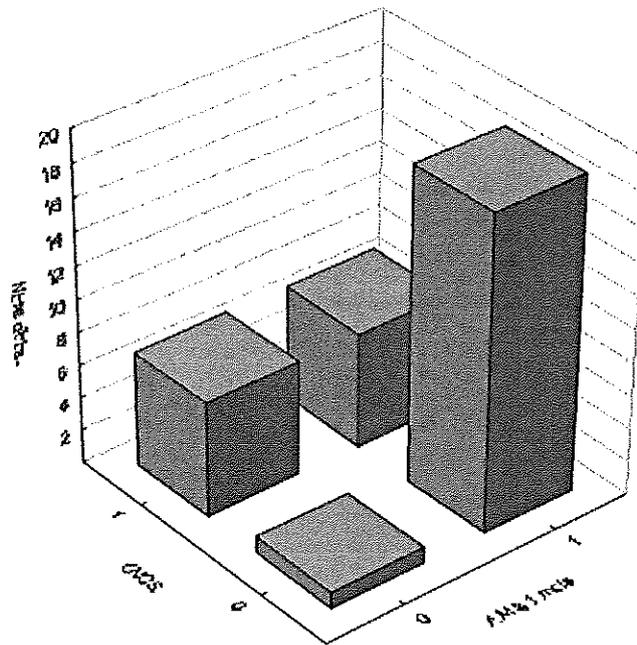
Var 42: CNOS - (-9999)
Aucune valeur-texte

Var 48: AM à 1 mois - (-9999)
Aucune valeur-texte

Tableau de Synthèse : Effectifs Observés (BD_NEOSTEO_Stats 2 Effectifs en surbrillance > 10			
CNOS	AM à 1 mois 0	AM à 1 mois 1	Totaux Ligne
0	1	19	20
% Ligne	5,00%	95,00%	
% Total	2,94%	55,88%	58,82%
1	7	7	14
% Ligne	50,00%	50,00%	
% Total	20,59%	20,59%	41,18%
Total	8	26	34
% Total	23,53%	76,47%	100,00%

Statistique	Stats : CNOS(2) x AM à 1 mois(2) (BD)		
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	9,268270	dl=1	p=,00233
Chi² Max-Vr.	9,751700	dl=1	p=,00179
Chi² de Yates	6,936023	dl=1	p=,00845
Exact Fisher, unilatéral			p=,00395
bilatéral			p=,00395
Chi² de McNemar (A/D)	3,125000	dl=1	p=,07710
(B/C)	4,653846	dl=1	p=,03099

Distribution Bivariée : CNOS x AM à 1 mois



FILTRES DE SELECTION :

Inclure si : V4=3

VARIABLES & VALEURS TEXTE :

Var 48: AM à 1 mois - (-9999)
Aucune valeur-texte

Var 41: IBFAT - (-9999)
Aucune valeur-texte

Effets du Plan :

Effets catégoriels : "AM à 1 mois"

Spécifications du Modèle :

MAN;

DEPENDENT = IBFAT;
GROUPS = "AM à 1 mois"(0 1);
DESIGN = "AM à 1 mois";
INTERCEPT = include;
LACKOFFIT = no;
PARAM = sigma;
SSTYPE = 6;
ESTIMATE = none;
SDELTA = 7;
IDELTA = 12;
REPEATED = none;
WDESIGN = none;
SAMPLE = none;
OUTPUT = none;

Tableau de Synthèse : Effectifs Observés (BD_NEOSTEO_Stats 281210) Effectifs en surbrillance > 10			
CNOS	AM à 1 mois 0	AM à 1 mois 1	Totaux Ligne
0	1	19	20
% Ligne	5,00%	95,00%	
% Total	2,94%	55,88%	58,82%
1	7	7	14
% Ligne	50,00%	50,00%	
% Total	20,59%	20,59%	41,18%
Total	8	26	34
% Total	23,53%	76,47%	100,00%

Statistique	Stats : CNOS(2) x AM à 1 mois(2) (BD		
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	9,268270	dl=1	p=,00233
Chi² Max-Vr.	9,751700	dl=1	p=,00179
Chi² de Yates	6,936023	dl=1	p=,00845
Exact Fisher, unilatéral			p=,00395
bilatéral			p=,00395
Chi² de McNemar (A/D)	3,125000	dl=1	p=,07710
(B/C)	4,653846	dl=1	p=,03099

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 41 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 281210) Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance Perte finale : 39,544691480 Chi²(1)=4,5020 p=,03386		
N=64	Const.B0	CAT Cat SP
Estimat.	1,382171	-1,18150
Odds ratio (unité)	3,983539	0,30682
Odds r. (étendue)		0,30682

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 41 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 281 Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance Perte finale : 41,678806268 Chi²(1)=,23378 p=,62874		
N=64	Const.B0	CAT Statut Marital
Estimat.	-1,65068	0,552068
Odds ratio (unité)	0,19192	1,736842
Odds r. (étendue)		1,736842

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 40 1 : 22 (BD_NEOSTEO_Stats 281210)		
Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance		
Perte finale : 40,216101230 Chi ² (1)=,21624 p=,64193		
N=62	Const.B0	conjoint favorable à l'allaitement
Estimat.	-1,09861	0,532217
Odds ratio (unité)	0,33333	1,702703
Odds r. (étendue)		1,702703

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 40 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 281210)		
Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance		
Perte finale : 41,094197111 Chi ² (1)=,50349 p=,47798		
N=63	Const.B0	IMC
Estimat.	-1,23037	0,615186
Odds ratio (unité)	0,29218	1,850000
Odds r. (étendue)		1,850000

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 41 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 281210)		
Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance		
Perte finale : 41,710514095 Chi ² (1)=,17036 p=,67979		
N=64	Const.B0	antécédent chir sein
Estimat.	-0,597837	0,597837
Odds ratio (unité)	0,550000	1,818182
Odds r. (étendue)		1,818182

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 41 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 281210)		
Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance		
Perte finale : 41,715670761 Chi ² (1)=,16005 p=,68911		
N=64	Const.B0	Forme mammelon
Estimat.	-0,942689	0,327504
Odds ratio (unité)	0,389579	1,387500
Odds r. (étendue)		1,387500

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 18 1 : 9 (BD_NEOSTEO_Stats 281210)		
Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance		
Perte finale : 16,906165089 Chi ² (1)=,55943 p=,45449		
N=27	Const.B0	Expérience
Estimat.	0,826679	-0,826679
Odds ratio (unité)	2,285714	0,437500
Odds r. (étendue)		0,437500

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 41 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 281210)		
Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance		
Perte finale : 41,455114646 Chi ² (1)=,68116 p=,40919		
N=64	Const.B0	Tps prévu d'allaitement
Estimat.	0,083545	-0,431852
Odds ratio (unité)	1,087134	0,649306
Odds r. (étendue)		0,649306

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 41 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 281210)		
Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance		
Perte finale : 41,776522264 Chi ² (1)=,03835 p=,84475		
N=64	Const.B0	Choix d'allaiter
Estimat.	-0,780662	0,187599
Odds ratio (unité)	0,458103	1,206349
Odds r. (étendue)		1,206349

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 34 1 : 14 (BD_NEOSTEO_Stats 281210)		
Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance		
Perte finale : 28,946407730 Chi ² (1)=,05636 p=,81234		
N=48	Const.B0	SI AVB, instrumental
Estimat.	-0,916291	0,223143
Odds ratio (unité)	0,400000	1,250000
Odds r. (étendue)		1,250000

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 41 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 281210)		
Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance		
Perte finale : 41,692245146 Chi ² (1)=,20690 p=,64921		
N=64	Const.B0	Aspiration
Estimat.	-0,659246	0,253781
Odds ratio (unité)	0,517241	1,288889
Odds r. (étendue)		1,288889

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 41 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 281211)		
Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance		
Perte finale : 40,743801984 Chi ² (1)=2,1038 p=,14694		
N=64	Const.B0	Crevasses
Estimat.	-0,826679	0,826679
Odds ratio (unité)	0,437500	2,285714
Odds r. (étendue)		2,285714

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 41 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 281210)		
Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance		
Perte finale : 41,182698863 Chi ² (1)=1,2260 p=,26820		
N=64	Const.B0	Peau à peau en SDN
Estimat.	0,693147	-1,33750
Odds ratio (unité)	2,000000	0,26250
Odds r. (étendue)		0,26250

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 41 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 281210)		
Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance		
Perte finale : 39,690905946 Chi ² (1)=4,2096 p=,04020		
N=64	Const.B0	Cohabitation mère enfant 24h/24
Estimat.	2,621898E+01	-26,8880
Odds ratio (unité)	2,436451E+11	0,0000
Odds r. (étendue)		0,0000

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 41 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 2812)		
Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance		
Perte finale : 41,316875163 Chi ² (1)=,95764 p=,32779		
N=64	Const.B0	Idées recues sur manque de lait/pas nourissant
Estimat.	-0,723919	0,590387
Odds ratio (unité)	0,484849	1,804688
Odds r. (étendue)		1,804688

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 41 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 281210)		
Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance		
Perte finale : 35,096254489 Chi ² (1)=13,399 p=,00025		
N=64	Const.B0	utilisation de complément
Estimat.	-1,41707	2,045675
Odds ratio (unité)	0,24242	7,734375
Odds r. (étendue)		7,734375

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 41 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 2812)		
Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance		
Perte finale : 39,577202539 Chi ² (1)=4,4370 p=,03518		
N=64	Const.B0	utilisation bout de sein
Estimat.	-0,744440	2,130735
Odds ratio (unité)	0,475000	8,421053
Odds r. (étendue)		8,421053

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 41 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 281210)		
Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance		
Perte finale : 40,509004091 Chi ² (1)=2,5734 p=,10868		
N=64	Const.B0	Utilisation tétine
Estimat.	-0,934309	0,854267
Odds ratio (unité)	0,392857	2,349650
Odds r. (étendue)		2,349650

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 41 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 281210)		
Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance		
Perte finale : 41,678806268 Chi ² (1)=,23378 p=,62874		
N=64	Const.B0	Frein de langue
Estimat.	-0,546544	-0,552069
Odds ratio (unité)	0,578947	0,575758
Odds r. (étendue)		0,575758

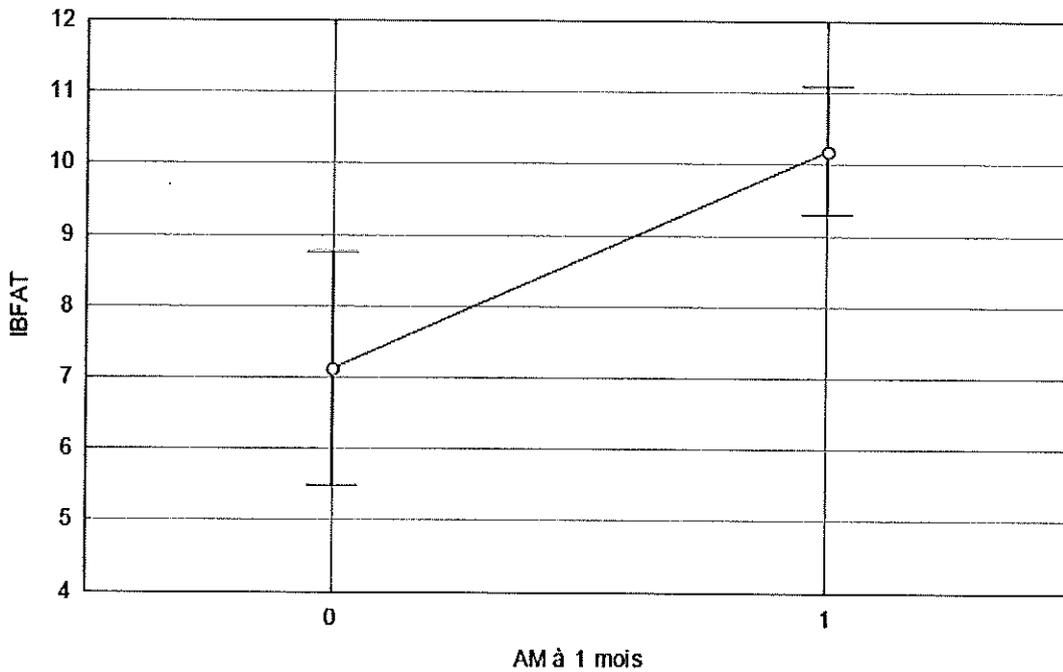
Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 41 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 281210)		
Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance		
Perte finale : 39,670388608 Chi ² (1)=4,2506 p=,03924		
N=64	Const.B0	Confiance mère envers allaitement
Estimat.	0,559616	-1,39795
Odds ratio (unité)	1,750000	0,24710
Odds r. (étendue)		0,24710

Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 41 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 281		
Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance		
Perte finale : 39,753721442 Chi ² (1)=4,0839 p=,04330		
N=64	Const.B0	Montée de lait<72h
Estimat.	0,223143	-1,15470
Odds ratio (unité)	1,250000	0,31515
Odds r. (étendue)		0,31515

Tests Univariés de Significativité pour IBFAT (BD_NEOSTEO_Stats 281210)					
Paramétrisation sigma-restreinte					
Décomposition efficace de l'hypothèse					
Effet	SC	Degr. de Liberté	MC	F	p
ord. origine	1834,616	1	1834,616	360,3613	0,000000
AM à 1 mois	57,557	1	57,557	11,3056	0,002016
Erreur	162,913	32	5,091		

AM à 1 mois; Moy. Moindres Carrés
 Effet courant : $F(1, 32)=11,306$, $p=,00202$
 Décomposition efficace de l'hypothèse

Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 0,95



Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 26 1 : 8 (BD_NEOSTEO_Stats 281210)		
Var dép. : AM à 1 mois Perte : Max vraisemblance		
Perte finale : 13,674365395 Chi²(1)=9,7517 p=,00179		
N=34	ConstLB0	CNOS
Estimat.	-2,94444	2,94444
Odds ratio (unité)	0,05263	19,00000
Odds r. (étendue)		19,00000

Régressions Logistiques Univariées/Multivariées
 CNOSJ3

N=64	Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 41 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 281)	
	Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance	
	Perte finale : 39,753721442 Chi²(1)=4,0839 p=,04330	
	Const.B0	Montée de lait<72h
Estimat.	0,223143	-1,15470
Odds ratio (unité)	1,250000	0,31515
Odds r. (étendue)		0,31515

N=64	Modèle : Rég. logistique (logit) Nbe de 0 : 41 1 : 23 (BD_NEOSTEO_Stats 281210)						
	Var dép. : CNOS Perte : Max vraisemblance (MC-er. posit. à						
	Perte finale : 32,964042430 Chi²(5)=17,663 p=,00341						
	Const.B0	CAT Cat SP	utilisation de complément	utilisation bout de sein	Utilisation téline	Confianc mère envé allaiter	
	Estimat.	0,1488221	-0,530653	1,712718	1,254111	0,2170627	-0,8703
	Erreur-type	1,38575	0,6739454	0,6383407	1,391897	0,6496314	0,8669
	t(58)	0,1073946	-0,7873828	2,683079	0,9010088	0,3341322	-1,003
	niveau p	0,9148466	0,4342637	0,009489441	0,3713098	0,739485	0,3195
	-95%CL	-2,625058	-1,879701	0,4349406	-1,532073	-1,083316	-2,605
	+95%CL	2,922702	0,8183952	2,990496	4,040295	1,517441	0,8649
	Chi² de Wald	0,0115336	0,6199717	7,198912	0,8118169	0,1116443	1,00
	niveau p	0,9144766	0,4310636	0,00729853	0,3675904	0,738282	0,3154
	Odds ratio (unité)	1,160466	0,5882208	5,544011	3,504722	1,242422	0,4188
	-95%CL	0,07243557	0,1526357	1,544871	0,2160873	0,3384714	0,07385
	+95%CL	18,59145	2,266859	19,89554	56,84312	4,560541	2,374
	Odds r. (étendue)		0,5882208	5,544011	3,504722	1,242422	0,4188
-95%CL		0,1526357	1,544871	0,2160873	0,3384714	0,07385	
+95%CL		2,266859	19,89554	56,84312	4,560541	2,374	

Distribution Bivariée : utilisation bout de sein x Utilisation tétine

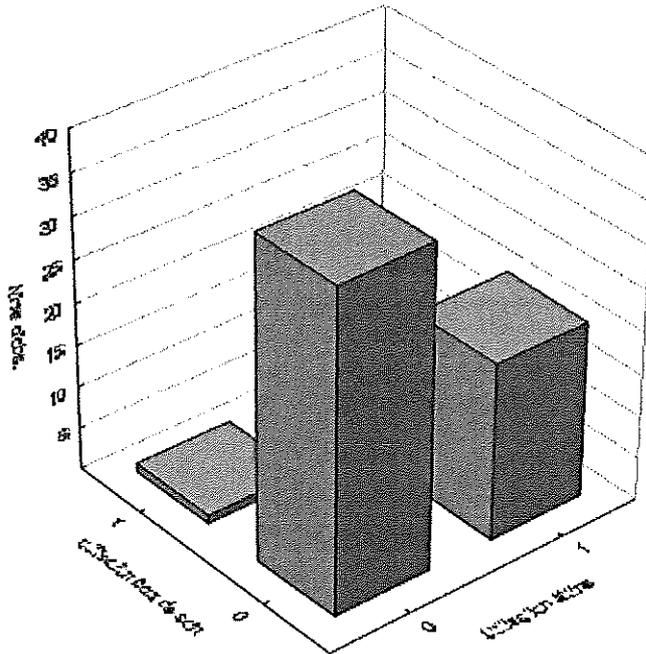


Table de Fréquence - Synthèse (BD_NEOSTEO_Stats 281210)				
Effectifs en surbrillance > 10				
(effectifs marginaux non marqués)				
	utilisation bout de sein	Utilisation tétine 0	Utilisation tétine 1	Totaux Ligne
Effectif	0	38	21	59
%age Ligne		64,41%	35,59%	
%age Total		59,38%	32,81%	92,19%
Effectif	1	1	4	5
%age Ligne		20,00%	80,00%	
%age Total		1,56%	6,25%	7,81%
Effectif	Ts Grpes	39	25	64
%age Total		60,94%	39,06%	

Statistique	Stats : utilisation bout de sein(2) x Utili		
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	3,818528	dl=1	p=,05069
Chi² Max-Vr.	3,808483	dl=1	p=,05100
Chi² de Yates	2,180840	dl=1	p=,13974
Exact Fisher, unilatéral			p=,07167
bilatéral			p=,07167
Chi² de McNemar (A/D)	25,92857	dl=1	p=,00000
(B/C)	16,40909	dl=1	p=,00005

Table de Fréquence - Synthèse (BD_NEOSTEO_Stats 281210)				
Effectifs en surbrillance > 10 (effectifs marginaux non marqués)				
	CAT Cat SP	Confiance mère envers allaitement 0	Confiance mère envers allaitement 1	Totaux Ligne
Effectif	1	6	14	20
%age Ligne		30,00%	70,00%	
%age Total		9,38%	21,88%	31,25%
Effectif	2	5	39	44
%age Ligne		11,36%	88,64%	
%age Total		7,81%	60,94%	68,75%
Effectif	Ts Grpes	11	53	64
%age Total		17,19%	82,81%	

Distribution Bivariée : CAT Cat SP x Confiance mère envers allaitement

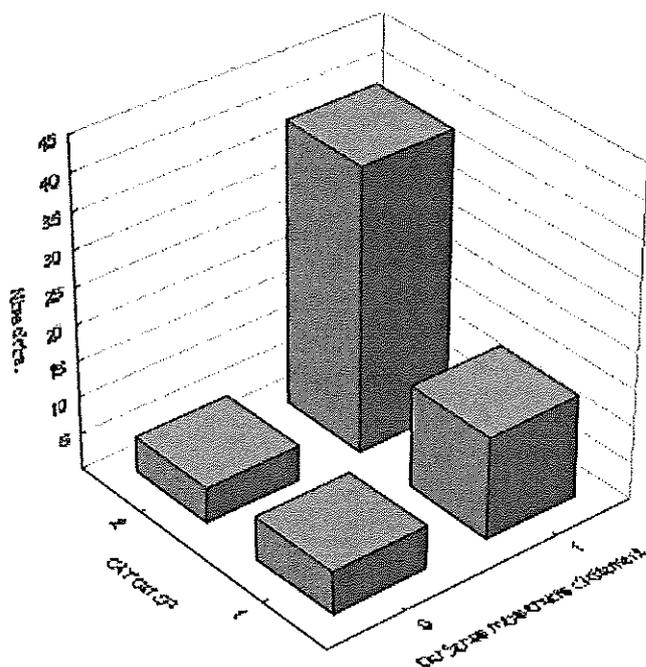


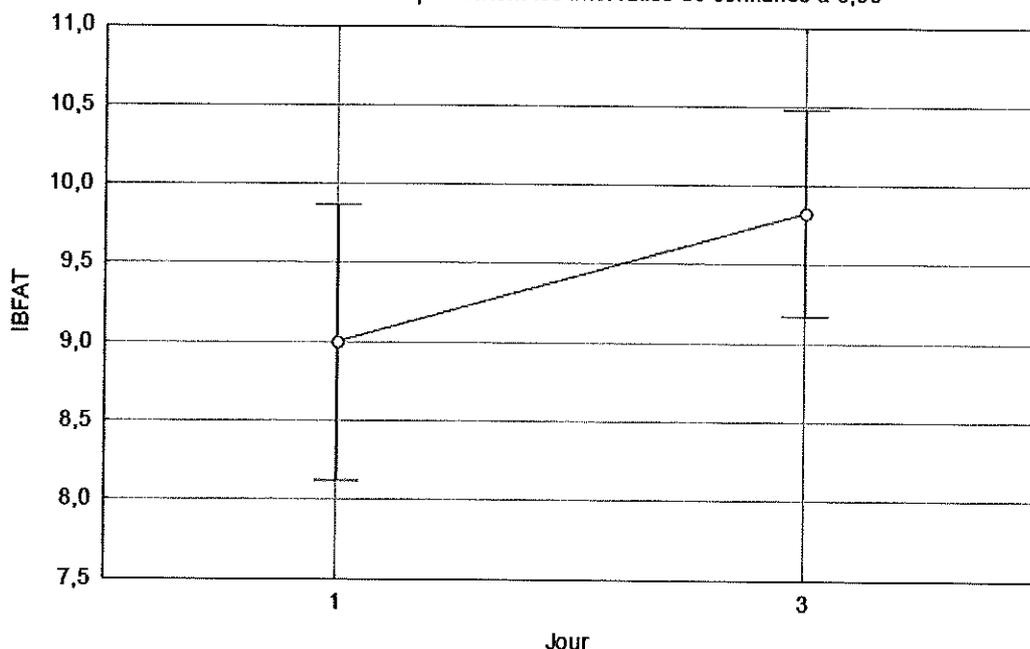
Tableau de Synthèse : Effectifs Observés (BD_NEOSTEO_Stats 281210) Effectifs en surbrillance > 10			
	Confiance mère envers allaitement 0	Confiance mère envers allaitement 1	Totaux Ligne
CAT Cat SP			
1	6	14	20
% Ligne	30,00%	70,00%	
% Total	9,38%	21,88%	31,25%
2	5	39	44
% Ligne	11,36%	88,64%	
% Total	7,81%	60,94%	68,75%
Total	11	53	64
% Total	17,19%	82,81%	100,00%

Stats : CAT Cat SP(2) x Confiance mère envers allaitement(2) (BD 1)			
Statistique	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	3,355185	dl=1	p=,06700
Chi² Max-Vr.	3,141324	dl=1	p=,07633
Chi² de Yates	2,173585	dl=1	p=,14040
Exact Fisher, unilatéral			p=,07323
bilatéral			p=,08354
Chi² de McNemar (A/D)	22,75556	dl=1	p=,00000
(B/C)	3,368421	dl=1	p=,06646

Jour; Moy. Moindres Carrés
 Effet courant : $F(1, 98)=2,2734, p=,13482$

Décomposition efficace de l'hypothèse

Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 0,95

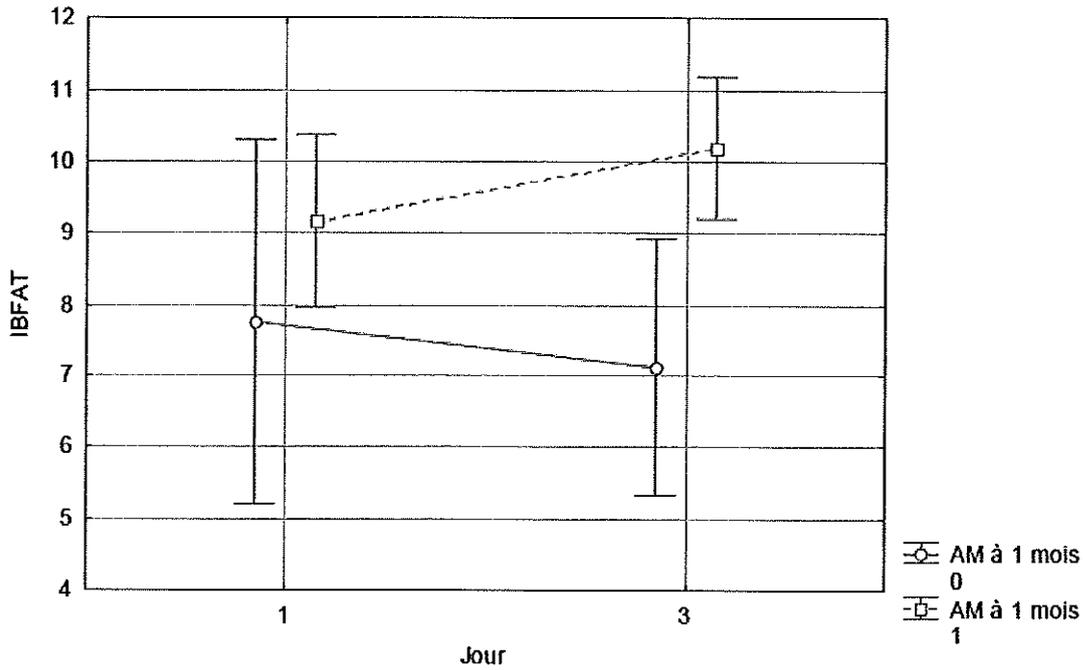


Tests Univariés de Significativité pour IBFAT (BD_NEOSTEO_Stats 281210)					
Paramétrisation sigma-restreinte					
Décomposition efficace de l'hypothèse					
Effet	SC	Degr. de Liberté	MC	F	p
ord. origine	8167,641	1	8167,641	1175,184	0,000000
Jour	15,801	1	15,801	2,273	0,134825
Erreur	681,109	98	6,950		

Jour; Moy. Non Pondérées (BD_NEOSTEO_Stats 281210)						
Effet courant : $F(1, 98)=2,2734, p=,13482$						
Décomposition efficace de l'hypothèse						
Cellule N°	Jour	IBFAT Moyen.	IBFAT Err-Ty.	IBFAT -95,00%	IBFAT +95,00%	N
1	1	9,000000	0,439384	8,128057	9,87194	36
2	3	9,828125	0,329538	9,174168	10,48208	64

Jour*AM à 1 mois; Moy. Moindres Carrés
 Effet courant : $F(1, 52)=,90398, p=,34611$
 Décomposition efficace de l'hypothèse

Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 0,95

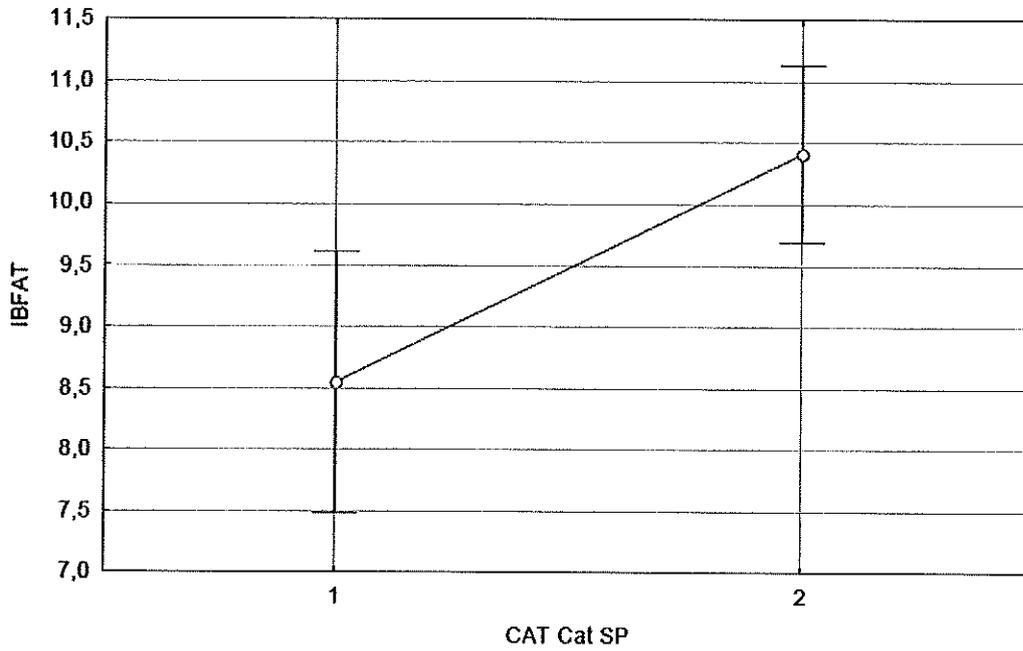


Tests Univariés de Significativité pour IBFAT (BD_NEOSTEO_Stats 281210) Paramétrisation sigma-restreinte Décomposition efficace de l'hypothèse					
Effet	SC	Degr. de Liberté	MC	F	p
ord. origine	2498,768	1	2498,768	388,8395	0,000000
Jour	0,342	1	0,342	0,0533	0,818397
AM à 1 mois	42,868	1	42,868	6,6709	0,012653
Jour*AM à 1 mois	5,809	1	5,809	0,9040	0,346114
Erreur	334,163	52	6,426		

Jour*AM à 1 mois; Moy. Non Pondérées (BD_NEOSTEO_Stats 281210) Effet courant : $F(1, 52)=,90398, p=,34611$ Décomposition efficace de l'hypothèse							
Cellule N°	Jour	AM à 1 mois	IBFAT Moyen.	IBFAT Err-Ty.	IBFAT -95,00%	IBFAT +95,00%	N
1	1	0	7,75000	1,267500	5,206576	10,29342	4
2	1	1	9,16667	0,597505	7,967685	10,36565	18
3	3	0	7,12500	0,896258	5,326528	8,92347	8
4	3	1	10,19231	0,497154	9,194695	11,18992	26

CAT Cat SP; Moy. Moindres Carrés
 Effet courant : F(1, 62)=8,3804, p=,00523
 Décomposition efficace de l'hypothèse

Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 0,95



Tests Univariés de Significativité pour IBFAT (BD_NEOSTEO_Stats 281210) Paramétrisation sigma-restreinte Décomposition efficace de l'hypothèse					
Effet	SC	Degr. de Liberté	MC	F	p
ord. origine	4942,398	1	4942,398	871,5602	0,000000
CAT Cat SP	47,523	1	47,523	8,3804	0,005231
Erreur	351,586	62	5,671		

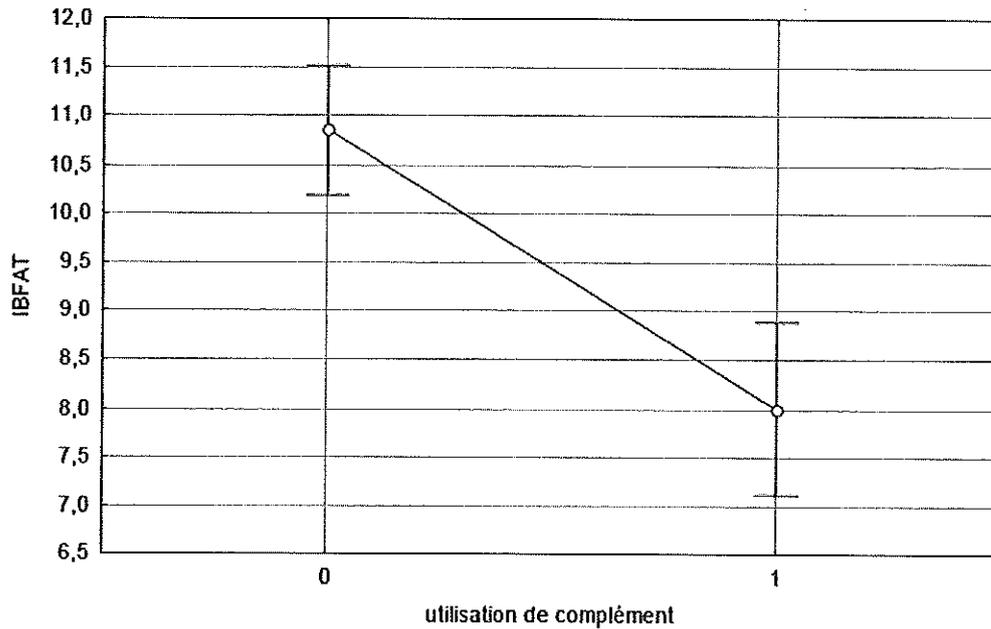
CAT Cat SP; Moy. Non Pondérées (BD_NEOSTEO_Stats 281210) Effet courant : F(1, 62)=8,3804, p=,00523 Décomposition efficace de l'hypothèse						
Cellule N°	CAT Cat SP	IBFAT Moy.	IBFAT Err-Ty.	IBFAT -95,00%	IBFAT +95,00%	N
1	1	8,55000	0,532482	7,485583	9,61442	20
2	2	10,40909	0,358999	9,691461	11,12672	44

utilisation de complément; Moy. Moindres Carrés

Effet courant : $F(1, 62)=26,652, p=,00000$

Décomposition efficace de l'hypothèse

Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 0,95

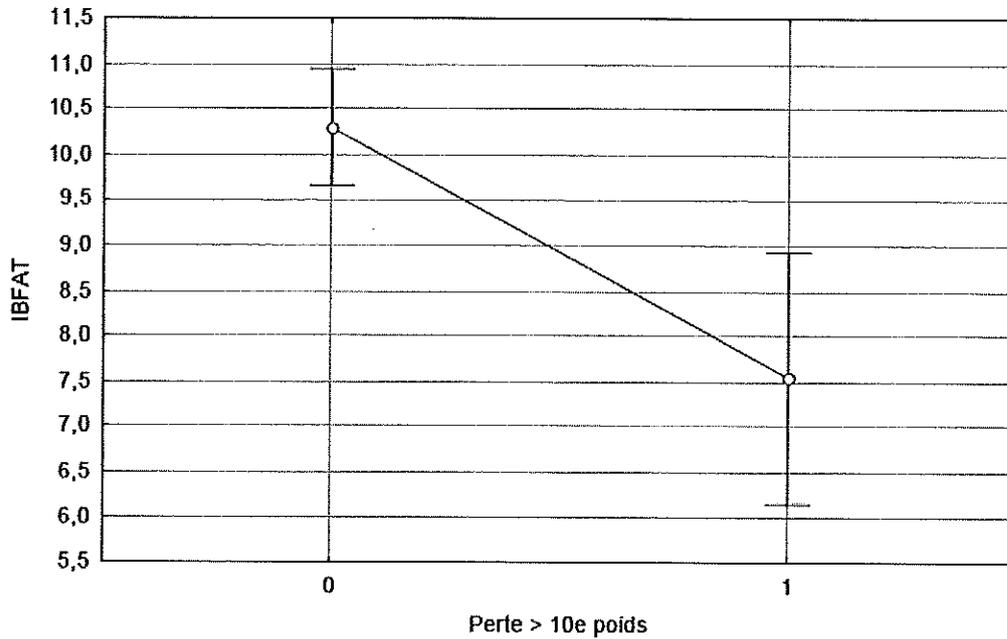


Tests Univariés de Significativité pour IBFAT (BD_NEOSTEO_Stats 2812)					
Paramétrisation sigma-restreinte					
Décomposition efficace de l'hypothèse					
Effet	SC	Degr. de Liberté	MC	F	p
ord. origine	5237,487	1	5237,487	1163,378	0,000000
utilisation de complément	119,987	1	119,987	26,652	0,000003
Erreur	279,122	62	4,502		

utilisation de complément; Moy. Non Pondérées (BD_NEOSTEO_Stats 281210)						
Effet courant : $F(1, 62)=26,652, p=,00000$						
Décomposition efficace de l'hypothèse						
Cellule N°	utilisation de complément	IBFAT Moyen.	IBFAT Err-Ty.	IBFAT -95,00%	IBFAT +95,00%	N
1	0	10,85366	0,331367	10,19127	11,51605	41
2	1	8,00000	0,442423	7,11561	8,88439	23

Perte > 10e poids; Moy. Moindres Carrés
 Effet courant : F(1, 62)=13,008, p=,00062
 Décomposition efficace de l'hypothèse

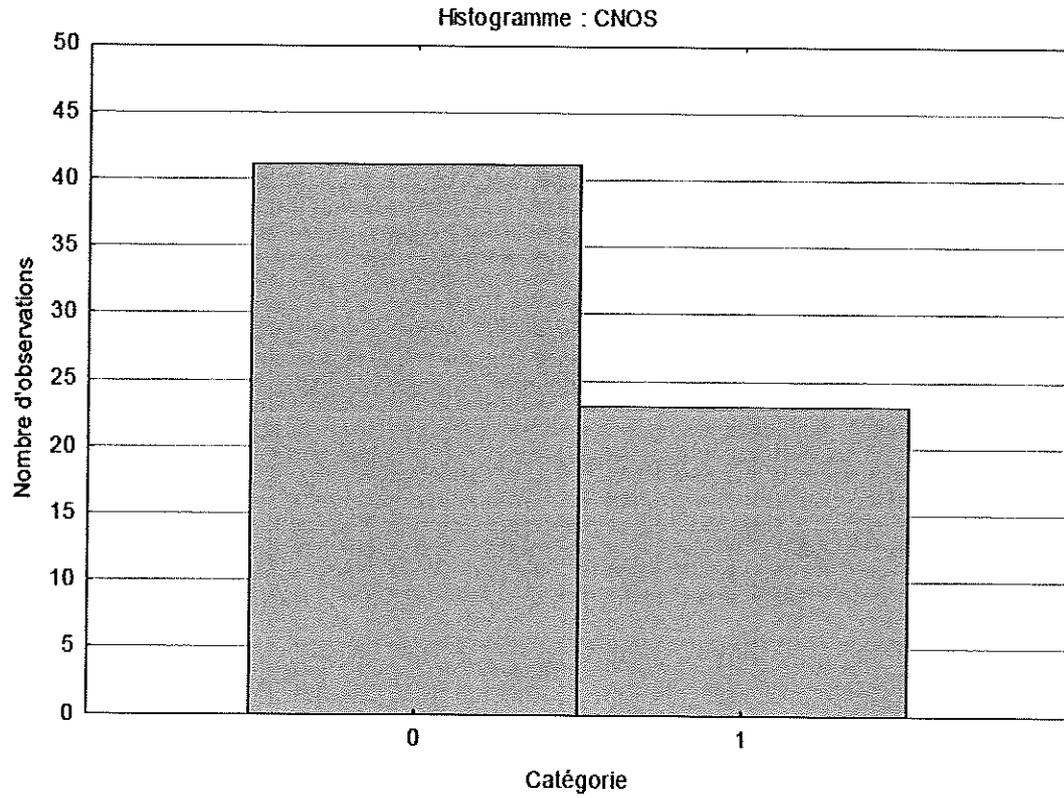
Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 0,95



Tests Univariés de Significativité pour IBFAT (BD_NEOSTEO_Stats 281210) Paramétrisation sigma-restreinte Décomposition efficace de l'hypothèse					
Effet	SC	Degr. de Liberté	MC	F	p
ord. origine	2901,587	1	2901,587	545,3168	0,000000
Perte > 10e poids	69,212	1	69,212	13,0076	0,000620
Erreur	329,897	62	5,321		

Perte > 10e poids; Moy. Non Pondérées (BD_NEOSTEO_Stats 281210) Effet courant : F(1, 62)=13,008, p=,00062 Décomposition efficace de l'hypothèse						
Cellule N°	Perte > 10e poids	IBFAT Moyen.	IBFAT Err.-Ty.	IBFAT -95,00%	IBFAT +95,00%	N
1	0	10,30189	0,316851	9,668510	10,93526	53
2	1	7,54545	0,695500	6,155170	8,93574	11

Table de fréquences : CNOS (BD NEOSTEO Stats 281210)				
Catégorie	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
0	41	41	64,06250	64,06250
1	23	64	35,93750	100,00000



Bibliographie

Articles et ouvrages :

- 1- **Adams D, Hewell, S.D.** Maternal and professional assessment of breastfeeding. *J Hum Lact*, 1997; 113 ; 279-83.
- 2- **Ball TM, Bennett DM.** The economic impact of breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 253-62.
- 3- **Beaufere B, Bresson JL, Briend A et al.** Comité de nutrition de la société française de pédiatrie. La promotion de l'allaitement maternel : c'est aussi l'affaire des pédiatres... *Arch Pediatr* 2000; 7: 1149-53.
- 4- **Bonet M, L'Helias LF, Blondel B.** Allaitement maternel exclusive et allaitement partiel en maternité: la situation en France en 2003. *Arch Pediatr* 2008; 15: 1407-15.
- 5- **Branger B, Cebron M.** Durée de l'allaitement maternel en fonction des données maternelles et paternelles. Utilisation des courbes de survie et du modèle de Cox. *Arch Pediatr* 1996; 6: 626
- 6- **Branger B, Cebron M, Picherot G, De Cornulier M.** Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pédiatr* 1998; 5: 489-96.
- 7- **Branger B, Lestien R, Crine et al.** Les motivations psycho-sociales dans le choix du mode d'allaitement du nouveau-né. *Ann Pesdiatr (Paris)* 1988; 35: 519-23.
- 8- **Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR.** Promotion of breastfeeding in Europe project. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr* 2005; 8: 39-46
- 9- **Chaves RG, Lamounier JA, Cesar CC.** Factors associated with duration of breastfeeding. *J Pediatr* 2007; 83:241-46

- 10- Crost M, Kaminski M.** L'allaitement maternel et la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale. Arch Pediatr 1998; 5: 1316-26
- 11- Dewey KG, Nommsen-River LA, Heinig MJ, et al.** Risk factors of suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. Pediatrics 2003; 112: 607-19.
- 12- Donath SM, Amir LH.** Effect of gestation on initiation and duration of breastfeeding. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2008; 93: 448-50
- 13- Douville S, Levesque L, François C et al.** Enquête sur les arrêts précoces de l'allaitement à la maternité du Havre. La revue de Sage-Femme 2008; 7 :3-8
- 14- Fanello S, Moreau-Gout I, Cofinat JP et al.** Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né: une enquête auprès de 208 femmes. Arch Pediatr 2003; 10: 19-24
- 15- Fredriksson P, Jaakkola N, Jaakkola JJK.** Breastfeeding and childhood asthma: a six-year population-based cohort study. BMC Pediatrics 2007; 7: 39.
- 16- Hall RT et al.** A breast-feeding assessment score to evaluate the risk for cessation of breast-feeding by 7 to 10 days of age. J Pediatr 2002; 141(5): 659-664.
- 17- Hall RT, Mercier AM, Teasley SL et al.** A breastfeeding assessment score to evaluate the risk for cessation of breastfeeding by 7 to 10 days age. J Pediatr 2002; 141: 659-64.
- 18- Hauck YL.** Factors influencing mothers' decision to breastfeed in public. Breastfeed Rev 2004; 12(1): 15-23
- 19- HAS Haute autorité de santé.** Favoriser l'allaitement Processus-Evaluation. Juin 2006

- 20- HAS Haute Autorité de santé.** Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Saint-Denis La Plaine. 2005.
- 21- Ho YJ, McGrath JM.** A review of psychometric properties of breastfeeding assessment tools. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2010 Jul; 39 (4): 386-400.
- 22- Laborde L, Fulcheri J, Mathieu M et al.** Validation du breastfeeding Assessment Score (BAS) pour la prédiction du sevrage de l'allaitement maternel. *Vocation Sage-femme*. Nov 2004; 2004 (0024): 11-22
- 24- Merot E, Branger B.** Commission allaitement maternel, Réseau « Sécurité Naissance-Naitre ensemble » pays de la Loire, octobre 2007.
- 25- Michel MP, Gremmo-Freger G, Oger E, Sizun J.** Etude pilote des difficultés de mise en place de l'allaitement maternel des nouveau-nés à terme, en maternité: incidence et facteurs de risque. *Arch Pediatr* 2007 ; 14 : 454-60
- 26- Okechukwu AA, Okpe EC, Okolo AA.** Exclusive breastfeeding and postnatal changes in maternal anthropometry. *Niger J Clin Pract.* 2009 Dec; 12(4): 383-8.
- 27- Rouba Taha.** A Case Study on Using the Via Christi Breastfeeding Assessment Tool in a Clinical Setting. *Honors Scholar Theses* 2009; 5-10.
- 28- Schlomer J, Kemmerer J, et al.** Evaluating the association of two breastfeeding assessment tools with breastfeeding problems and breastfeeding satisfaction. *J Hum Lact*, 1999; 15: 35-39.
- 29- Smithers L, McIntyre E.** The impact of breastfeeding--translating recent evidence for practice. *Aust Fam Physician.* 2010 Oct; 39(10): 757-60.
- 30- Wambach K, Campbelle SH, Gill SL et al.** Clinical lactation practice: 20 years of evidence. *J Hum Lact* 2005; 21: 245-58.

Bibliographie électronique:

31- ANAES Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations pour la Pratique Clinique 2002. Disponible sur www.anaes.fr

32- Périnatalité site officiel. Evolution de l'allaitement en Europe et dans le monde. Disponible sur www.perinat-france.org/index.php

33- Allaitement, la bonne info au bon moment. Disponible sur www.lllfrance.org/Actualites-autour-de-l-allaitement/ (mis à jour le 27 nov 2010)

34- UNICEF Allaitement maternel dans le monde. Disponible sur www.unicef.fr

35- Info-allaitement. Initiation de l'allaitement à la naissance ou à la sortie de la maternité. Disponible sur www.info-allaitement.org

36- American Academy of Pediatric. Les avantages de l'allaitement. Disponible sur www.aap.org/breastfeeding/index.html

37- OMS. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. Genève 1999. Disponible sur www.who.int/about/fr/

38- SAM Santé et allaitement maternel. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Disponible sur www.santeallaitementmaternel.com

39- Déclaration Innocenti 2005. Sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. 22 Nov. 2005. Florence, Italie. Disponible sur www.innocenti15.net/declaration_french.pdf

40-HAS Haute Autorité de Santé. Promotion de l'allaitement maternel : Processus-évaluation. Juin 2006. Disponible sur www.has-sante.fr

Thèses et Mémoires :

41- Lemoine N. Durée de l'allaitement maternel jusqu'à six mois dans quinze maternités des Pays de la Loire. Mémoire de sage-femme. Ecole de Sage-femme de Nantes. Promotion 2008-2009.

42- Pozzoli S. Arrêt précoce de l'allaitement maternel au cours du premier mois. Mémoire de sage-femme. Ecole de sage-femme de Nantes. Promotion 2002-2007.

Cours :

43- Cours sur l'allaitement maternel pour l'école de sage femme de Nantes, première année. Année 2007