

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016

N° 084..

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

Par

Julie COGNÉE épouse HAMDAN

Née le 3 Novembre 1989 à Château-Gontier

Présentée et soutenue publiquement le 4 Octobre 2016

***APPORT DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL DANS
LA PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL***

Présidente : Madame le Professeur Christèle GRAS-LE GUEN

Directeur : Monsieur le Docteur Christophe DAVANNE

Remerciements

Au Professeur GRAS-LE GUEN, merci de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse. Merci d'avoir rendu possible mon semestre d'internat au lactarium. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de mon admiration.

À Christophe, merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Au-delà du thème de l'allaitement maternel, qui me tenait à cœur, tu as une vision et une pratique de la Médecine Générale dans laquelle je me reconnais et j'ai toujours apprécié nos échanges.

Au Docteur BOUTON, au Professeur DARMAUN, un grand merci d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse.

À Sandrine, à Cécile, mes points de repères en matière d'allaitement maternel, merci de vos apprentissages et de votre confiance. J'en suis touchée et j'espère que notre collaboration pourra se poursuivre dans le temps.

Un grand merci aux sages-femmes, Sophie, Corinne, Martine et Marie, qui se sont chargées du recrutement des mamans participantes. Merci infiniment aux mamans qui ont participé à cette thèse, sans qui jamais cela n'aurait été possible. Pour celles que j'ai rencontrées en entretien, j'espère que notre échange vous aura été agréable et profitable.

À mon mari, David, pour ta confiance, ton amour et ton soutien quotidiens.

À mes enfants, Nabil et Ambre, qui me donnent une raison de me lever le matin. Vos naissances ont été des occasions de remettre en question mes convictions et mes principes, pour tenter de faire au mieux pour vous chaque jour.

À mes parents, à mes sœurs, un grand merci pour votre soutien inconditionnel tout au long de ces études. Une page se tourne, pour pouvoir écrire la suivante à vos côtés.

À ma grande famille, grands-parents, beaux-parents, beaux-frères et sœurs, neveux et nièces nés ou à venir... Nous sommes très chanceux d'être entourés de la sorte.

À mes amis, à mes collègues présents (et futurs !), vous n'avez pas fini de m'entendre parler d'allaitement...

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016

N°.....

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

Par

Julie COGNÉE épouse HAMDAN

Née le 3 Novembre 1989 à Château-Gontier

Présentée et soutenue publiquement le 4 Octobre 2016

***APPORT DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL DANS
LA PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL***

Présidente : Madame le Professeur Christèle GRAS-LE GUEN

Directeur : Monsieur le Docteur Christophe DAVANNE

Composition du Jury

Présidente du Jury :

Madame le Professeur Christèle GRAS-LE GUEN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Christophe DAVANNE

Membres du jury :

Madame le Docteur Céline BOUTON

Monsieur le Professeur Dominique DARMAUN

Monsieur le Docteur Christophe DAVANNE

Liste des abréviations

AM	Allaitement Maternel
CAT	Conduite à tenir
CH	Centre Hospitalier
EM	Entretien Motivationnel
ET	Écart-Type
IHAB	Initiative Hôpital Ami des Bébés
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
LA	Lait artificiel
LM	Lait Maternel
MG	Médecin Généraliste
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odd-Ratio
PNNS	Programme National Nutrition Santé
QI	Quotient Intellectuel
SA	Semaine d'Aménorrhée
SF	Sage-Femme
SFP	Société Française de Pédiatrie

Plan

Composition du Jury

Liste des abréviations

Plan

1 - Introduction

1-1 Bénéfices de l'allaitement maternel

1-2 L'allaitement maternel, enjeu de santé publique

1-3 Information anténatale à l'allaitement

1-4 Entretien motivationnel, « façon d'être » plus que « méthode »

1-5 Question de recherche

2 - Matériels et méthodes

2-1 Mode de recrutement

2-2 Critères d'inclusion

2-3 Critères d'exclusion

2-4 Constitution des groupes

2-5 Groupe « Intervention »

2-6 Groupe « Contrôle »

2-7 Recueil des données

2-8 Critère de jugement principal

2-9 Calcul du nombre de sujets nécessaires

2-10 Statistiques

3 - Résultats

3-1 Caractéristiques des patientes

3-2 Initiation de l'allaitement

3-3 Mise en place de l'allaitement à la maternité

3-4 Retours sur l'entretien individuel

3-5 Groupe contrôle : retours sur la réunion d'information à l'allaitement

3-6 Allaitement à moyen terme

4 - Discussion

4-1 Méthodes

4-2 Résultats

4-3 Axes d'amélioration

5 - Conclusion

Bibliographie

Liste des figures

Liste des tableaux

Table des matières

Annexe 1 : Entretien Motivationnel et alimentation du nourrisson

Annexe 2 : Fiche d'information aux patientes

Annexe 3 : Fiche de recueil de consentement et coordonnées

Annexe 4 : Questionnaire post-natal en ligne

Annexe 5 : Recommandations aux hôpitaux labellisés IHAB

1 - Introduction

1-1 Bénéfices de l'allaitement maternel

L'allaitement maternel (AM) est aujourd'hui universellement reconnu comme mode d'alimentation optimal du nouveau-né et du nourrisson, pour de multiples raisons (1–5). En premier lieu, il a un effet protecteur largement prouvé vis-à-vis des infections du nourrisson, y compris dans les pays développés. Ainsi, le risque de diarrhée aiguë infectieuse pendant la 1^{ère} année de vie dans les pays développés est réduit de 64% (OR : 0,36 ; IC 95% : 0,32-0,41), toutes durées d'allaitement confondues (1). Le risque d'otite moyenne aiguë dans les deux premières années de vie est diminué de 23% (OR : 0,77 ; IC 95 % : 0,64-0,91), toutes durées d'allaitement confondues, et même de 50% pour les allaitements exclusifs de plus de 3 mois (1). L'AM réduit également le risque d'infections respiratoires basses, et l'effet protecteur est d'autant plus marqué que la durée de l'allaitement se prolonge (effet-dose) (6).

Le risque de mort subite inattendue du nourrisson est significativement réduit chez les nourrissons allaités, comme l'a montré une méta-analyse qui date de 2011 (7). Dans cette étude, le risque de mort subite était diminué de 45% (OR : 0,55 ; IC 95% : 0,44-0,69) toutes durées d'allaitement confondues. Lorsque l'allaitement était exclusif (quelle qu'en soit la durée) le risque était même réduit de 73% par rapport aux enfants jamais allaités (OR : 0,27 ; IC 95% : 0,24-0,31).

L'AM participe également à la prévention de l'obésité pendant l'enfance et l'adolescence, d'après une méta-analyse de 2007 ayant regroupé plus de 300 000 sujets, avec une réduction du risque de 22% (OR : 0,78 ; IC 95% : 0,72-0,84), sans effet prouvé à ce jour sur la prévalence de l'obésité à l'âge adulte (5,8).

Les résultats sont plus controversés en terme de prévention des allergies alimentaires et de l'eczéma, la méta-analyse la plus récente (2016) et la plus importante concluant à une

absence de preuve de protection apportée par l'AM (8). Dans cette même étude, les auteurs ne se prononcent pas sur une possible protection vis-à-vis de l'asthme du nourrisson.

D'autres domaines ont été explorés sous l'angle de l'allaitement maternel, comme le développement cognitif, sujet sensible mais dans lequel l'AM a prouvé un bénéfice, certes modeste (3 points de quotient intellectuel -QI- de plus en moyenne) (8,9) ; le diabète de type 1, dont le risque est réduit chez les enfants allaités au moins 3 mois ; la maladie cœliaque dont l'incidence est négativement corrélée à la durée de l'allaitement (2). Une étude de cohorte australienne publiée en 2009 a suivi 7223 paires mère-enfant pendant 15 ans de manière prospective et a établi un risque de maltraitance de la part de la mère 2,6 fois plus élevé (IC 95% : 1,7-3,9) chez les enfants qui n'avaient jamais été allaités (10).

Pour la mère, l'AM comporte également des avantages pour la santé, entre autres la diminution de l'incidence des cancers du sein d'environ 4,3% par année d'allaitement (allaitements de chaque enfant cumulés) (8,11) et d'environ 30% des cancers de l'ovaire avant la ménopause (allaitements longs) (8), une réduction du risque de diabète de type 2 (8), etc.

Toutes pathologies confondues, plus de 22 000 décès par an (mères et enfants) pourraient être prévenus si tous les enfants étaient allaités jusqu'à l'âge de 12 mois au moins, et ce, pour les seuls pays développés (8) ; si l'on prend en compte les pays en voie de développement, le chiffre monte à plus de 820 000 décès évitables par an.

Devant ces nombreuses preuves scientifiques, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Société Française de Pédiatrie (SFP) recommandent un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois, et une poursuite de l'AM jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus, en association avec la diversification alimentaire à partir de 4 à 6 mois.

1-2 L'allaitement maternel, enjeu de santé publique

En terme de dépenses de santé, le bénéfice à tirer d'une augmentation de la prévalence de l'allaitement n'est plus à démontrer. Dans une étude conjointement menée en Arizona et en Écosse entre 1995 et 1996, il avait été établi que, pour mille bébés qui n'avaient jamais été allaités, *versus* mille bébés allaités exclusivement jusqu'à 3 mois de vie, les bébés nourris au biberon avec du lait artificiel totalisaient sur leur première année de vie 2033 visites médicales supplémentaires et plus de 200 jours d'hospitalisation supplémentaires. Au total, le coût supplémentaire annuel généré par un non-allaitement avait été estimé dans cette étude, par enfant, entre 331 et 475 dollars américains (12).

En France, très peu de données nationales sont disponibles sur les économies de coûts de santé liées à l'allaitement. Une analyse des coûts et des bénéfices inhérents au mode d'alimentation de l'enfant estimait en 1997 que pour une élévation de 5% du taux d'allaitement, une économie de 2,7 millions d'euros par an pourrait être faite sur les dépenses liées aux pathologies des jeunes nourrissons (0-6 mois) (13,14). Par ailleurs, une analyse de l'INSERM publiée en 2005 sur le coût des seules infections à rotavirus estimait que si la proportion des enfants allaités en France était égale à celle de la Norvège, où plus de 40% des enfants sont allaités à l'âge de 9 mois, on pourrait éviter 8000 cas de diarrhée à rotavirus et 1000 hospitalisations par an (14,15).

Une méta-analyse parue en janvier 2016 (16) va beaucoup plus loin en estimant la « valeur économique de l'allaitement » dans le monde. Cette valeur repose bien sûr sur le calcul des dépenses de santé induites par un non-allaitement, mais également sur le coût environnemental de la production du lait artificiel, et enfin sur celui du bénéfice économique supposé d'une amélioration globale des cognitions liées à l'allaitement.

D'après cette étude, si le taux d'allaitement exclusif à 6 mois augmentait de 10%, les dépenses de santé pourraient diminuer de 312 millions de dollars américains par an pour les seuls États-Unis, en se basant sur les dépenses liées à plusieurs maladies dont l'incidence est augmentée chez les bébés non allaités (diarrhée aiguë infectieuse, otite moyenne aiguë, entérocolite ulcéro-nécrosante, pneumopathie, asthme, diabète de type 1, obésité de l'enfant). Si le taux d'allaitement était porté à 90%, les économies annuelles réalisées monteraient à environ 2,45 milliards de dollars américains. Au Royaume-Uni, où les études ne s'intéressaient qu'aux 4 premières maladies citées ci-dessus (diarrhée aiguë, otite moyenne aiguë, entérocolite ulcéro-nécrosante, pneumopathie), une augmentation de 10% du taux de bébés exclusivement allaités à 6 mois permettrait d'économiser 7,8 millions de dollars par an, tandis qu'atteindre un taux d'allaitement de 45% (encore loin des recommandations de l'OMS) permettrait une économie annuelle de 29,5 millions de dollars.

Pour se faire une idée du coût environnemental (16) de la fabrication du lait artificiel (préparations pour nourrissons et préparations de suite), impossible à chiffrer à l'heure actuelle, on rappellera simplement qu'il faut plus de 4 000 litres d'eau pour fabriquer 1 kilogramme de lait infantile en poudre. Aux États-Unis, 86 000 tonnes de métal et 364 000 tonnes de papier servant au packaging du lait infantile finissent chaque année dans des décharges.

En ce qui concerne le bénéfice économique d'une amélioration des capacités intellectuelles par l'allaitement, les auteurs (16) estiment que l'augmentation d'une déviation-standard (DS) du score cognitif (17) (équivalent à 15 points de QI) serait associée à une augmentation de 12% du salaire horaire moyen dans les pays développés (16% dans les pays en voie de développement). Partant de l'hypothèse que les salaires des résidents d'un pays représenteraient environ la moitié des richesses de ce pays, et que l'amélioration des capacités intellectuelles n'influencerait que cette moitié des richesses nationales, leur modèle estimait le

manque à gagner à 302 milliards de dollars annuels par rapport à si tous les enfants étaient encore allaités à l'âge de 6 mois, dont 231 milliards pour les pays développés (représentant 0,39% de leur croissance globale). Pour cinq pays, cette perte représenterait plus de 0,75% de leur croissance annuelle : il s'agit de la Belgique, la France, la Grèce, l'Arabie Saoudite, et les Émirats Arabes Unis.

La France fait donc figure de mauvaise élève parmi les autres pays d'Europe avec un taux moyen d'initiation de l'allaitement à la maternité de 70% en 2012 (18,19). Parmi ces nourrissons allaités à la naissance, la médiane d'allaitement est de 17 semaines, et la médiane d'allaitement prédominant (le seul lait reçu par l'enfant est du lait maternel) est de 7 semaines, bien loin des durées recommandées par l'OMS. À l'âge de 6 mois, seulement 19% des nourrissons français reçoivent encore du lait maternel, et 9% sont allaités de manière prédominante. Depuis ces chiffres, obtenus à partir d'études de grande envergure en 2011 et 2012, la prévalence de l'allaitement à la sortie de maternité (d'après les données recueillies sur le certificat d'examen médical du 7^{ème} jour) a tendance à diminuer avec un taux d'initiation de l'AM à la maternité de 50,9% en 2014 vs 54,6% en 2012 pour les Pays de Loire (source : Réseau Sécurité Naissance des Pays de Loire).

La promotion de l'allaitement maternel en France apparaît donc comme un enjeu de santé publique majeur. Elle faisait d'ailleurs partie des objectifs affichés du Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2011-2015. Cette promotion passe en partie par une amélioration de l'information faite aux futurs parents, en amont de l'arrivée de leur(s) bébé(s).

1-3 Information anténatale à l'allaitement

Il est prouvé que les interventions de quelque nature qu'elles soient (collectives, individuelles, aide à l'allaitement en post-partum immédiat) augmentent le taux d'allaitement de manière significative ; dans la méta-analyse parue en janvier 2016 (16), le taux d'AM à 6 mois était augmenté en moyenne de 66%, et le taux d'allaitement exclusif entre 1 et 5 mois était augmenté de 49%. Les interventions à domicile et/ou visant le père et l'entourage permettaient également une augmentation de l'AM avec un OR de 1,16 (IC95% : 1,07-1,25) pour tout allaitement à 6 mois, et un OR de 1,48 (IC95% : 1,32-1,68) pour l'allaitement exclusif entre 1 et 5 mois (16).

Malheureusement, les parents eux-mêmes s'estiment insuffisamment informés sur l'AM avant la naissance (20) ; or, une information anténatale exhaustive, neutre, est indispensable pour permettre aux parents un choix libre et éclairé quant à l'alimentation de leur(s) enfant(s) à venir. Idéalement, tous les futurs parents devraient recevoir la même information, quel que soit leur projet d'alimentation après la naissance du bébé. Une erreur parfois commise par les professionnels de santé est de ne délivrer des informations sur l'allaitement qu'aux femmes qui en expriment le souhait, et de ne donner aucune information aux femmes qui ne la demandent pas ou semblent réticentes à allaiter. Cela est regrettable car la décision d'allaitement ou de non-allaitement n'est pas fixée avant le troisième trimestre de grossesse (16) ; et devant l'enjeu de santé publique que ce choix représente, il est du devoir des soignants de délivrer une information complète et factuelle à tous les futurs parents, sans se laisser influencer par leur propre histoire de vie. Il ne s'agit pas là de « culpabiliser » les futurs parents (argument souvent avancé pour justifier l'absence d'information délivrée aux parents non-allaitants) mais bien d'informer pour que leur choix puisse se faire en connaissance de cause. Estimera-t-on qu'on « culpabilise » les fumeurs en leur expliquant les dangers du tabac ?

Certaines maternités proposent aujourd'hui des séances collectives d'information à l'allaitement maternel, animées par des professionnels formés, destinées à tous les futurs parents, qu'ils aient prévu d'allaiter ou non. Cependant, il n'existe pas de recommandation consensuelle qui permette de choisir une méthode d'intervention plutôt qu'une autre (20–24). Bien sûr, toute préparation quelle qu'en soit la forme ne peut être imposée aux futurs parents et nécessite leur adhésion initiale ; elle ne se fera donc qu'avec des personnes déjà un minimum sensibilisées ou s'étant au moins questionnées sur le sujet. Il semblerait idéal de proposer systématiquement une information aux futurs parents, cela ayant au moins le mérite de soulever la question, un peu dans l'inspiration du « conseil minimal » proposé en tabacologie, qui consiste à poser la question systématiquement en cours de consultation de la consommation de tabac, simplement pour ouvrir la porte à la discussion, si le patient le souhaite.

Le médecin généraliste (MG) est amené dans sa pratique quotidienne à suivre les femmes enceintes présentant des grossesses à bas risque. Il est alors en première ligne pour informer ses patientes sur l'alimentation de leur enfant à venir, et est susceptible d'être sollicité en ce sens, de par la relation de confiance qui l'unit aux futurs parents. Après la naissance, il sera amené à revoir les parents et leurs nourrissons en consultation, de plus en plus tôt avec le développement des sorties anticipées de maternité (avant 72 heures de vie), puis tout au long des consultations de surveillance du nourrisson. Le MG a donc une place privilégiée pour participer activement à la promotion de l'allaitement maternel.

1-4 Entretien motivationnel, « façon d'être » plus que « méthode »

L'entretien motivationnel (EM) est une méthode qui a pour but soit de diminuer un comportement néfaste (consommation d'alcool ou stupéfiants par exemple), soit d'induire un comportement thérapeutique favorable (observance d'un traitement, d'un régime alimentaire...). L'EM se base sur l'hypothèse que la plupart des patients qui arrivent en consultation ne sont pas forcément prêts à changer leurs comportements (25–27). Le modèle transthéorique au changement, d'après Prochaska et Di Clemente (28), permet d'évaluer le stade d'aptitude au changement où se trouve le patient (Figure 1).

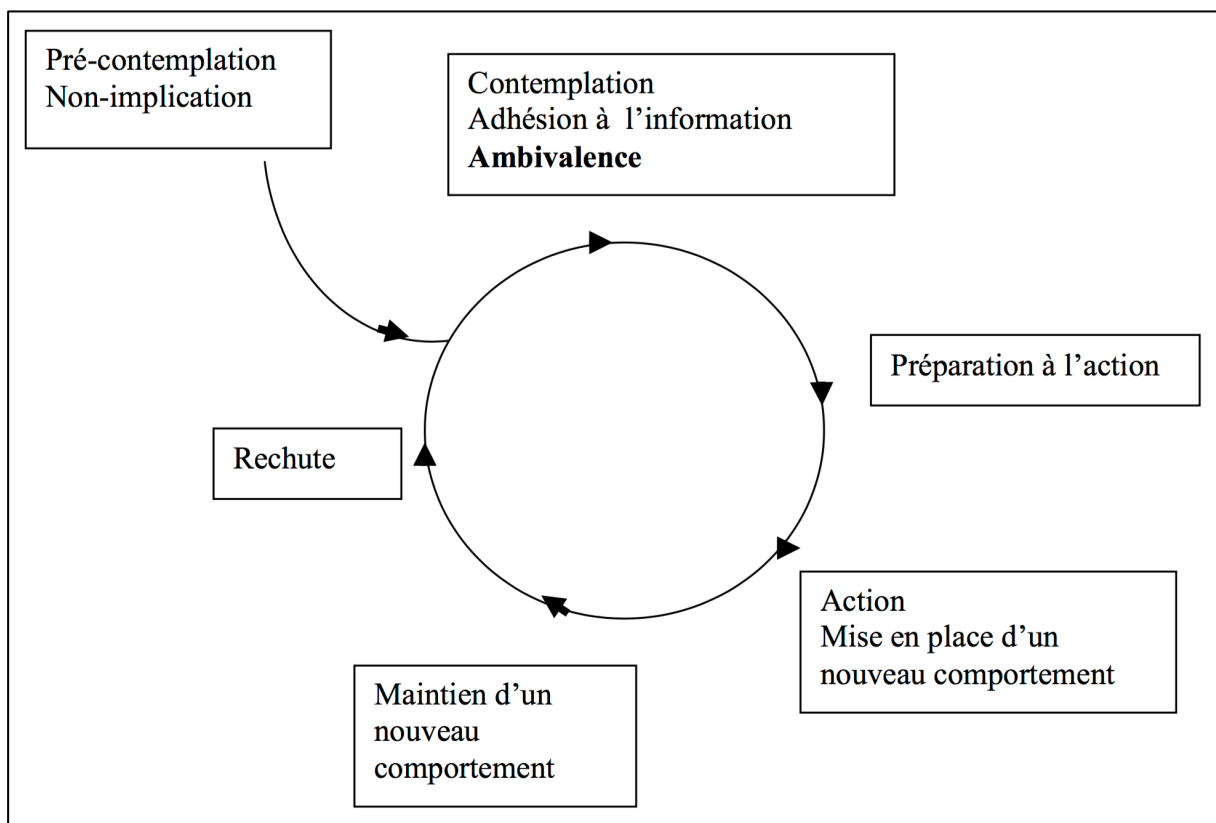


Figure 1 : Étapes du changement de comportement d'après Prochaska et di Clemente

- Phase de pré-contemplation : le patient n'envisage pas de changement, il n'est pas conscient du problème
- Phase de contemplation : le patient est ambivalent, il envisage le changement tout en le rejetant

- Phase de préparation : le patient réfléchit et affermit sa motivation
- Phase d'action : le patient entreprend des démarches concrètes
- Phase de maintenance : le patient consolide le changement et surmonte les rechutes

La première étape de l'EM consiste à évaluer où se trouve le patient dans sa propre réflexion concernant un changement de comportement ; une fois cette première évaluation faite, le but de l'EM est d'aider le patient à progresser dans sa réflexion et dans les étapes nécessaires aux changements décrites ci-dessus. Le déroulement de l'EM est très codifié (25–27). Il repose sur trois approches fondamentales :

- La collaboration avec une personne unique : c'est un partenariat, et non une « ordonnance » dictée par le soignant. L'expertise du patient et ses points de vue sont mis en valeur. « *Le soignant assure une ambiance qui se veut guidance plus que contrainte au changement* » (25). La confrontation visant à imposer le point de vue du soignant est à l'opposé de cette approche de collaboration.
- L'évocation des motivations propres du patient : les motivations se trouvent dans le patient (motivations intrinsèques). À lui d'en trouver les clés, guidé par le soignant, au fur et à mesure que sont mis en lumière ses buts, ses perceptions, ses valeurs.
- Le respect de l'autonomie du patient : « *l'intervenant affirme les droits et la capacité du patient à diriger son sort et facilite un choix éclairé* » (25).

En résumé, le rôle du soignant est de guider le patient dans sa prise de conscience d'un comportement en particulier, des risques encourus et des bénéfices à tirer d'un changement, en l'aidant à trouver lui-même les moyens d'initier ce changement et de contrer les barrières qui se dressent devant lui, et en l'encourageant dans l'affirmation de ses motivations.

Dans la pratique, l'EM utilise :

- Une écoute empathique. L'empathie est exprimée par une compréhension du point de vue du patient, sans jugement. Lorsqu'un désaccord est exprimé, il se fait toujours dans le respect du discours du patient. Cette écoute est appelée « écoute réflexive ». L'ambivalence (l'envie de changer cohabitant avec l'envie de ne rien changer) est reconnue comme faisant partie intégrante du processus et respectée en tant que telle.
- Le développement de la divergence. Pour faire disparaître cette ambivalence, l'EM vise à mettre en lumière la divergence, c'est-à-dire les points de contradiction entre le comportement actuel du patient et ses valeurs ou objectifs généraux.
- La prise en compte et le respect de la résistance. Un plaidoyer simple pour le changement est contre-productif chez un patient ambivalent. Mieux vaut inviter à de nouveaux points de vue, que de s'opposer à la résistance de manière directe. Les signes de résistance émis par le patient (contestation, mise en doute des compétences du soignant, déni du problème, etc.) sont autant de signes pour que le soignant change d'attitude.
- Le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle. Pour réussir son changement, la confiance en sa capacité à surmonter les obstacles et parvenir à ses objectifs est primordiale. Le crédit accordé par le soignant dans les capacités du patient est un facteur important de la motivation et de la réalisation.

Le partenariat créé entre soignant et patient permet donc le changement progressif de comportement du patient à sa propre initiative. Ce changement peut prendre du temps et se fait quand le patient y est prêt. Plus qu'une méthode, il s'agit en premier lieu pour le soignant d'une « façon d'être » avec les patients, basée sur l'écoute active, réflexive, et une attitude empathique, non jugeante.

L'EM est une méthode déjà éprouvée en soins primaires, au départ dans le domaine de l'addictologie mais qui a ensuite été étendue à de nombreux autres sujets quotidiens en médecine générale. Elle a prouvé son efficacité dans le domaine de l'alcoolodépendance, mais aussi des domaines très divers de la Médecine Générale comme l'observance thérapeutique suite à un événement cardio-vasculaire, ou dans des pathologies chroniques comme le diabète (29).

La technique de l'EM a déjà été testée dans le domaine de l'allaitement maternel. Un essai randomisé contrôlé australien de 2014 (30) a montré une augmentation du taux d'AM à 4 mois parmi des mamans qui avaient bénéficié d'entretiens motivationnels lors des consultations de suivi habituel de leur bébé (154 femmes vs 176 dans le groupe contrôle). Un essai de 2015, américain cette fois (31), qui mettait en place des EM à 3 jours, 2 semaines et 6 semaines de vie, n'a pas montré de différence significative entre le groupe bénéficiant des entretiens (26 mamans) et le groupe contrôle (27 mamans) en terme de durée d'allaitement ; ce résultat est cependant discutable en raison de la petite taille de l'échantillon et d'un biais d'attrition important.

1-5 Question de recherche

Dans ce contexte de faible prévalence de l'AM en France en 2016, prévalence en baisse de surcroît, sa promotion apparaît comme un enjeu de santé publique crucial. Les informations délivrées en anténatal ont une grande importance, dans la mesure où le choix du mode d'alimentation du nourrisson se fait souvent durant le troisième trimestre de grossesse, et les premiers jours de vie du nourrisson sont déterminants dans la mise en place de l'AM.

Le médecin généraliste, par sa place de médecin « de famille » pourrait occuper une place importante dans l'information donnée aux futurs parents. Ses conseils et informations seront plus pertinents si sa façon d'être auprès de ses patients est basée sur l'empathie, le non-jugement, par exemple en s'inspirant de l'approche de l'entretien motivationnel.

À notre connaissance, il n'existe pas à ce jour d'étude ayant testé l'efficacité de l'EM en anténatal dans la promotion de l'AM.

Cette étude avait pour but de déterminer si une préparation individuelle anténatale utilisant les principes de l'entretien motivationnel pouvait se révéler efficace sur l'initiation de l'allaitement maternel.

2 - Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude prospective interventionnelle randomisée en ouvert.

2-1 Mode de recrutement

Les mamans ont été recrutées lors du dernier trimestre de grossesse à la maternité d'Ancenis, Loire-Atlantique (44) entre les mois de septembre 2015 et mars 2016, par la sage-femme (SF) qui réalisait leur consultation de suivi du 6^{ème} ou 7^{ème} mois de grossesse. La SF remettait aux femmes qui répondaient aux critères d'inclusion une fiche d'information (Annexe 1) ainsi qu'une fiche de recueil de leur consentement et de leurs coordonnées (Annexe 2). Les mamans étaient ensuite recontactées par l'auteur par téléphone ou mail et si elles étaient toujours d'accord pour participer à l'étude, il leur était attribué aléatoirement un des deux groupes, soit le groupe « Intervention », soit le groupe « Contrôle ».

2-2 Critères d'inclusion

- Âge > 18 ans
- Femme enceinte primipare (afin de ne pas introduire de biais lié aux expériences antérieures)
- Grossesse physiologique, c'est-à-dire relevant de la compétence du MG ou de la SF (afin de retrouver une population représentative de celle rencontrée en consultation de médecine générale)

2-3 Critères d'exclusion

- Âge < 18 ans
- Refus de la patiente de participer à l'étude
- Patiente ne parlant pas français

- Grossesse pathologique (par exemple, diabète gestationnel nécessitant un traitement par insuline, ou hypertension artérielle gravidique nécessitant un traitement médicamenteux, etc.)
- Naissance prématurée (< 37 SA)
- Complication maternelle ou néonatale ayant nécessité le transfert de la maman et/ou du bébé à la naissance et donc entraîné une séparation mère/bébé

2-4 Constitution des groupes

Les deux groupes ont été établis par randomisation via le site internet www.random.org pour génération au hasard d'un chiffre entre 1 (intervention) et 2 (contrôle). La randomisation était effectuée au fur et à mesure des inclusions.

2-5 Groupe « Intervention »

Les mamans du groupe « Intervention » ont rencontré l'auteur pour un entretien, soit au Centre Hospitalier (CH) d'Ancenis quand elles revenaient à l'occasion d'une autre consultation médicale (SF, anesthésiste...), soit à leur domicile. L'entretien était conduit en tête-à-tête entre l'auteur et la future maman, et durait environ une heure.

La trame de l'entretien avait été préparée préalablement par l'auteur (Annexe 3). Elle a été testée sur 2 mamans volontaires primipares en fin de grossesse durant l'été 2015, afin d'en valider le déroulé et la durée. Ces entretiens « tests » ont été enregistrés à l'aide d'un microphone et les mamans ont ensuite pu donner leur avis sur la manière d'aborder les notions évoquées. Ces deux mamans n'ont pas été incluses dans l'analyse.

L'entretien étant unique, il n'était pas possible de mettre en place un suivi avec une évaluation préalable, première étape habituellement importante dans l'EM. Les autres

principes fondamentaux de l'EM (empathie, questions ouvertes, développement de la divergence, respect de l'autonomie) étaient en revanche mis en application.

Le reste du suivi de la grossesse n'était pas modifié (suivi par la SF, préparation à la naissance ou non, participation à la réunion d'information à l'allaitement du CH ou non, etc.).

2-6 Groupe « Contrôle »

Les mamans du groupe « Contrôle » étaient informées par mail ou téléphone de leur groupe d'inclusion et poursuivaient leur suivi de grossesse comme prévu (suivi par la SF, préparation à la naissance ou non, etc.). Elles étaient libres d'assister ou pas (comme les mamans du groupe « Intervention ») à la réunion de préparation à l'allaitement proposée par le CH. Cette réunion est animée tous les mois par une pédiatre référente du CH, elle-même consultante en lactation, et dure environ 2 heures.

2-7 Recueil des données

Les mamans ont toutes été recontactées par téléphone ou mail environ un mois après leur date de terme théorique et se voyaient proposer un questionnaire à remplir en ligne (Annexe 4), afin de recueillir des données sur :

- Le contexte socio-démographique : âge, niveau d'études, tabagisme, type de préparation à la naissance suivie (le cas échéant), durée prévisible du congé maternité
- L'accouchement : date d'accouchement, terme, mode d'accouchement, complications éventuelles
- Le séjour à la maternité : conseils prodigués, degré de satisfaction (en 4 niveaux)
- L'allaitement : mise au sein à la naissance, AM le jour du retour à la maison et le jour du remplissage du questionnaire, difficultés éventuellement rencontrées

- Pour le groupe Intervention uniquement : thèmes abordés lors de l'entretien, degré de satisfaction (sur une échelle de 0 à 10), ressentis
- Pour le groupe Contrôle uniquement : thèmes abordés lors de la réunion d'information à l'allaitement du CH d'Ancenis (pour les mères y ayant participé), degré de satisfaction (sur une échelle de 0 à 10), ressentis

2-8 Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité dans le groupe qui avait bénéficié d'un entretien individuel par rapport au groupe qui n'en avait pas bénéficié.

2-9 Calcul du nombre de sujets nécessaires

Le nombre de sujets nécessaires a été estimé en utilisant l'approximation d'Arcsin, grâce au logiciel BiostaTGV (<http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>), avec un risque de première espèce unilatéral (risque α) de 5%, et un risque de deuxième espèce (risque β) de 20%, soit une puissance de $1-\beta = 80\%$. La proportion attendue d'allaitement exclusif à la sortie de la maternité dans le groupe contrôle était de 48% (taux moyen constaté à la maternité d'Ancenis en 2015). En visant un taux d'allaitement exclusif de 90% à la sortie de maternité dans le groupe « Intervention », 26 sujets étaient nécessaires (soit 13 dans chaque bras) pour montrer une différence significative entre les deux groupes.

2-10 Statistiques

Le taux d'allaitement exclusif à la sortie de la maternité a été comparé entre les deux groupes en utilisant le test exact de Fisher, car certains effectifs étaient inférieurs à 5. Le logiciel BiostaTGV a été utilisé pour le calcul à partir du tableau de contingence.

3 - Résultats

3-1 Caractéristiques des patientes

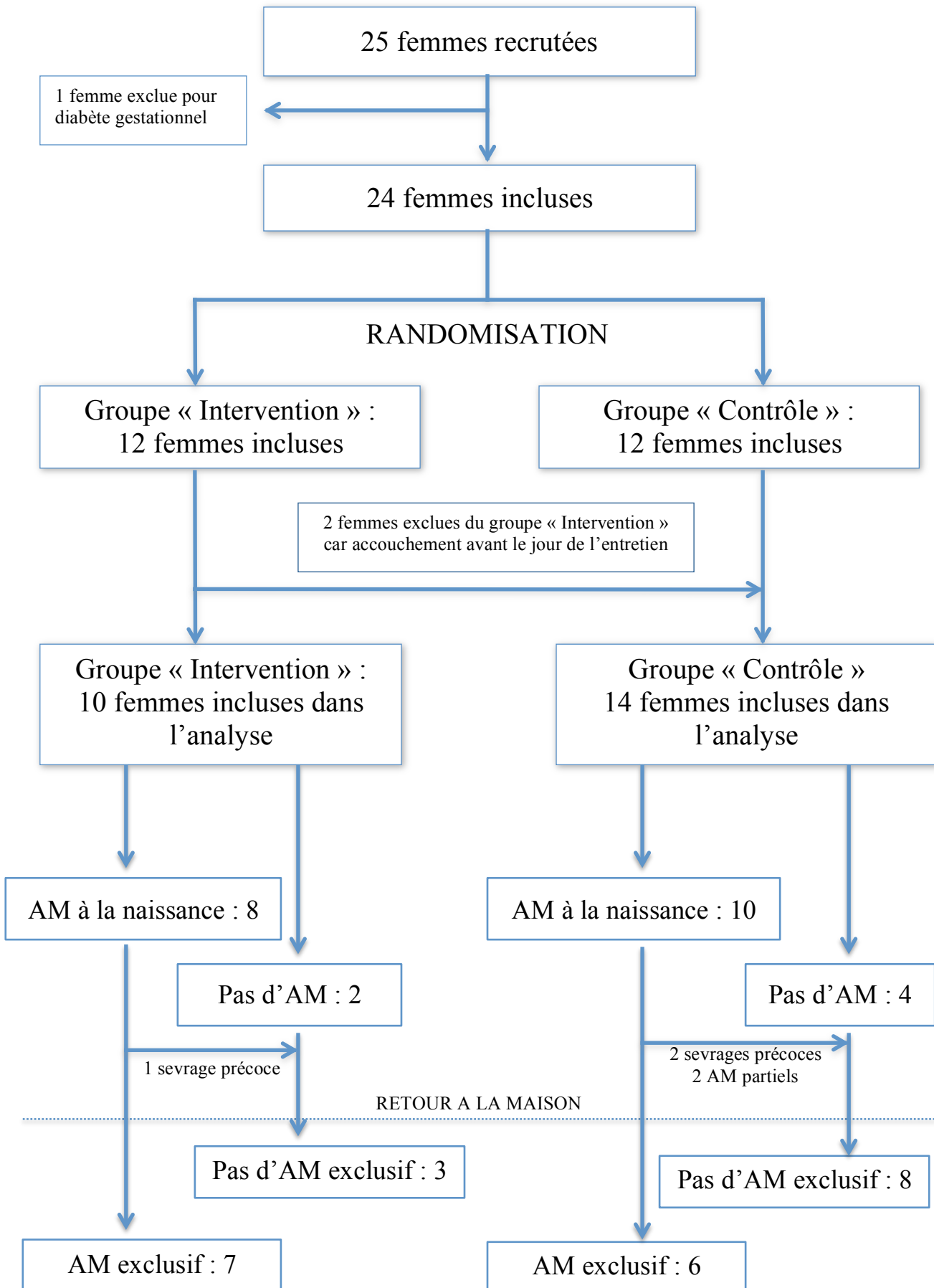
25 femmes enceintes primipares ont été recrutées par les sages-femmes de la maternité d'Ancenis entre septembre 2015 et février 2016 (Figure 1). L'une d'entre elle a été exclue de l'étude avant la randomisation car sa grossesse n'était pas considérée comme physiologique (diabète gestationnel sous insuline avec surveillance rapprochée par monitorings fœtaux).

12 femmes ont été randomisées dans chaque bras de l'étude. Deux d'entre elles ont accouché avant d'avoir pu être rencontrées en entretien individuel, elles ont donc été basculées dans le groupe contrôle pour l'analyse.

Les 10 mamans incluses dans le groupe « intervention » ont été rencontrées pour un entretien individuel à un terme de grossesse compris entre 34 SA + 4 jours et 37 SA + 3 jours (moyenne : 36 SA + 1 jour $\pm$ 7,08 jours)

Les caractéristiques principales des deux groupes sont résumés dans le Tableau 1.

Figure 2 : Diagramme de flux



	Groupe Intervention <i>n=10</i>	Groupe Contrôle <i>n=14</i>	Total des patientes incluses <i>n=24</i>
Âge de la mère (années) <i>Moyenne ± ET</i>	28,30 ± 3,68	28,43 ± 5,49	28,38 ± 4,73
Niveau d'études de la mère <i>n (%)</i>	BEP / CAP : 1 (10,00) BAC - BAC+2 : 4 (40,00) BAC+3 - BAC+4 : 2 (20,00) ≥ BAC+5 : 3 (30,00)	BEP / CAP : 3 (21,43) BAC - BAC+2 : 3 (21,43) BAC+3 - BAC+4 : 8 (57,14) ≥ BAC +5 : 0 (0,00)	BEP / CAP : 4 (16,67) BAC - BAC+2 : 7 (29,17) BAC+3 - BAC+4 : 10 (41,67) ≥ BAC+5 : 3 (12,50)
Tabac avant la grossesse <i>n (%)</i>	1 (10,00)	4 (28,57)	5 (20,83)
Préparation à la naissance <i>n (%)</i>	Hospitalière : 6 (60,00) En libéral : 4 (40,00) Aucune : 0 (0,00)	Hospitalière : 12 (85,71) En libéral : 2 (14,29) Aucune : 0 (0,00)	Hospitalière : 18 (75,00) En libéral : 6 (25,00) Aucune : 0 (0,00)
Réunion « Information à l'allaitement » en maternité <i>n (%)</i>	5 (50,00)	9 (64,29)	14 (58,33)
Terme (jours d'aménorrhée) <i>Moyenne ± ET</i>	277,70 (soit 39 SA+5) ± 10,19 jours	281,50 (soit 40 SA+2) ± 9,96 jours	279,92 (soit 40 SA) ± 10,02 jours
Poids de naissance du nouveau-né (g) <i>Moyenne ± ET</i>	3315 ± 583,61	3375 ± 574,37	3348,88 ± 566,34
Mode d'accouchement <i>n (%)</i>	Voie basse sans anesthésie : 3 (30,00) Voie basse avec péridurale : 3 (30,00) Césarienne : 4 (40,00)	Voie basse sans anesthésie : 3 (21,43) Voie basse avec péridurale : 7 (50,00) Césarienne : 4 (28,57)	Voie basse sans anesthésie : 6 (25,00) Voie basse avec péridurale : 10 (41,67) Césarienne : 8 (33,33)

Tableau 1 : Résumé des caractéristiques des patientes

3-2 Initiation de l'allaitement

Parmi les 24 mamans incluses dans l'analyse, 18 ont initié un allaitement (75,00%), dont 2 qui ont uniquement donné une tétée en salle de naissance (« tétée d'accueil »). Les 6 autres n'ont pas allaité du tout. Le jour du retour à la maison, 13 bébés étaient exclusivement allaités, l'un d'entre eux avait été sevré complètement pendant le séjour, et deux d'entre eux étaient allaités avec des compléments de lait artificiel.

Le tableau de contingence (Tableau 2) présente les résultats du critère de jugement principal, soit l'allaitement maternel exclusif le jour du retour à domicile.

	Groupe Intervention	Groupe Contrôle	Effectif total
AM exclusif	7	6	13
Pas d'AM exclusif	3	8	11
Effectif total	10	14	24

Tableau 2 : Critère de Jugement Principal : Tableau de contingence

La différence entre le groupe intervention (70,00%) et le groupe contrôle (42,86%) n'était pas significative ($p=0,24$).

3-3 Mise en place de l'allaitement à la maternité

- Les conseils prodigués à la maternité étaient assez homogènes : allaitement à l'éveil, peau-à-peau, aide à l'installation du bébé dans le lit de sa mère pour la nuit.
- Utilisation de compléments de lait artificiel : 4 bébés parmi les 16 allaités pendant le séjour à la maternité ont reçu des compléments de lait artificiel (25%). Parmi ces 4 bébés, le jour du retour à domicile, l'un d'entre eux n'était plus allaité du tout, 2 étaient allaités partiellement, et le dernier était allaité exclusivement.
- Nursery : 4 mamans se sont vues proposer de confier leur bébé en nursery (16,67%), 2 d'entre elles allaitaient exclusivement au retour à la maison, les 2 autres n'allaitaient pas.
- Satisfaction par rapport au séjour : la plupart des mamans ont émis des avis positifs voire très positifs sur l'encadrement par l'équipe pendant le séjour. 2 d'entre elles n'ont pas été satisfaites du séjour, ces deux mamans n'allaitaient plus le jour du retour à la maison alors qu'elles avaient allaité à la naissance.

3-4 Retours sur l'entretien individuel

- Les thèmes suivants ont été, d'après les mamans rencontrées, abordés systématiquement de manière approfondie : bénéfices santé de l'AM pour le bébé, bénéfices santé pour la maman. Les autres thèmes ont été abordés de manière variable (voir Figure 2).
- Six mamans (60%) ont répondu que l'EM les avait aidées à choisir le mode d'alimentation de leur bébé. Sept mamans (70%), et plus précisément, les sept qui allaitaient exclusivement à la sortie de la maternité, ont répondu que l'EM les avait aidées à mettre en place leur allaitement.
- Aucune maman n'a changé d'avis sur son intention d'allaiter ou non suite à l'entretien.
- Une maman (10%) a trouvé l'entretien trop dense en informations. Quatre des mamans parmi les dix du groupe ont trouvé que les informations apportées étaient neutres. Aucune n'a ressenti qu'on lui forçait la main pour allaiter.
- Toutes les mamans qui avaient également participé à la réunion collective d'information à l'allaitement ont trouvé que l'entretien individuel restait utile.
- L'indice de satisfaction était compris entre 4 et 10 (moyenne : 7,2 / 10).

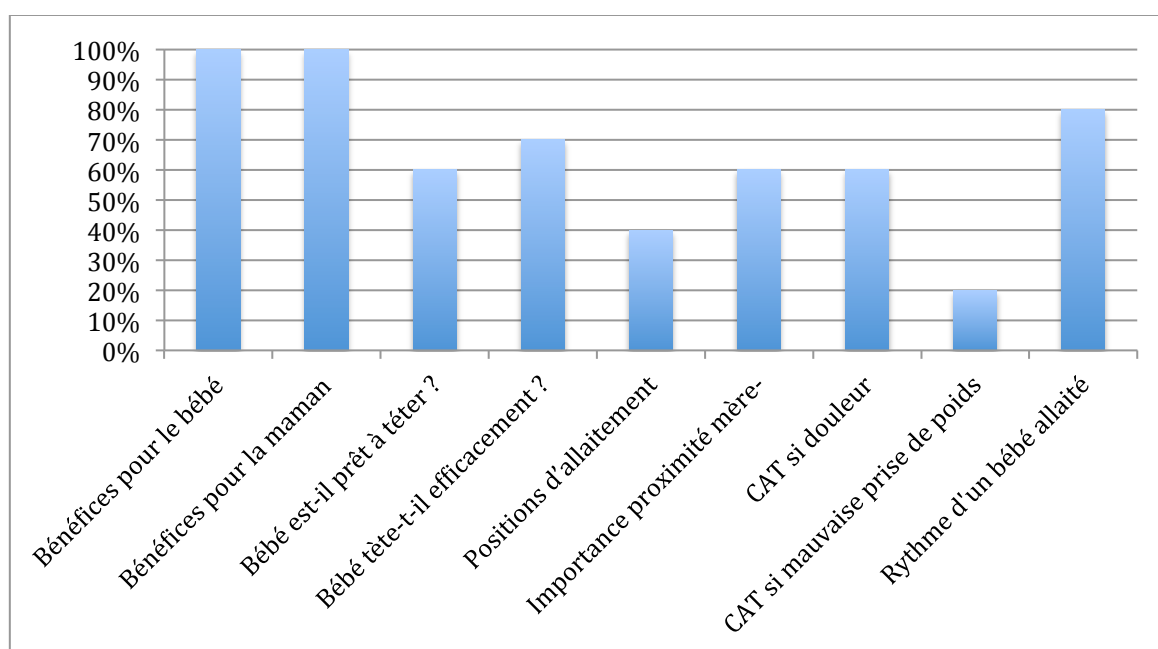


Figure 3 : Thèmes abordés lors de l'entretien individuel

3-5 Groupe contrôle : retours sur la réunion d'information à l'allaitement

- Les thèmes abordés lors de la réunion, d'après les mamans qui y ont participé, sont présentés sur la Figure 3.
- Parmi les neuf personnes du groupe contrôle ayant participé à la réunion d'information à l'allaitement du CH d'Ancenis, quatre ont répondu que la réunion les avait aidées dans leur choix du mode d'alimentation (44,44%). Trois mamans (deux d'entre elles ayant répondu « oui » à la question précédente) ont estimé que la réunion les a aidées à mettre en place leur allaitement (33,33%).
- Aucune maman n'a signalé avoir changé d'avis sur son intention d'allaiter ou non suite à la réunion.
- Trois mamans (33,33%) ont trouvé la réunion trop dense en informations.
- Quatre mamans (44,44%) ont trouvé que les informations apportées étaient neutres. Aucune n'a ressenti qu'on lui forçait la main pour allaiter.
- L'indice de satisfaction était compris entre 2 et 10 (moyenne : 6,0 / 10).

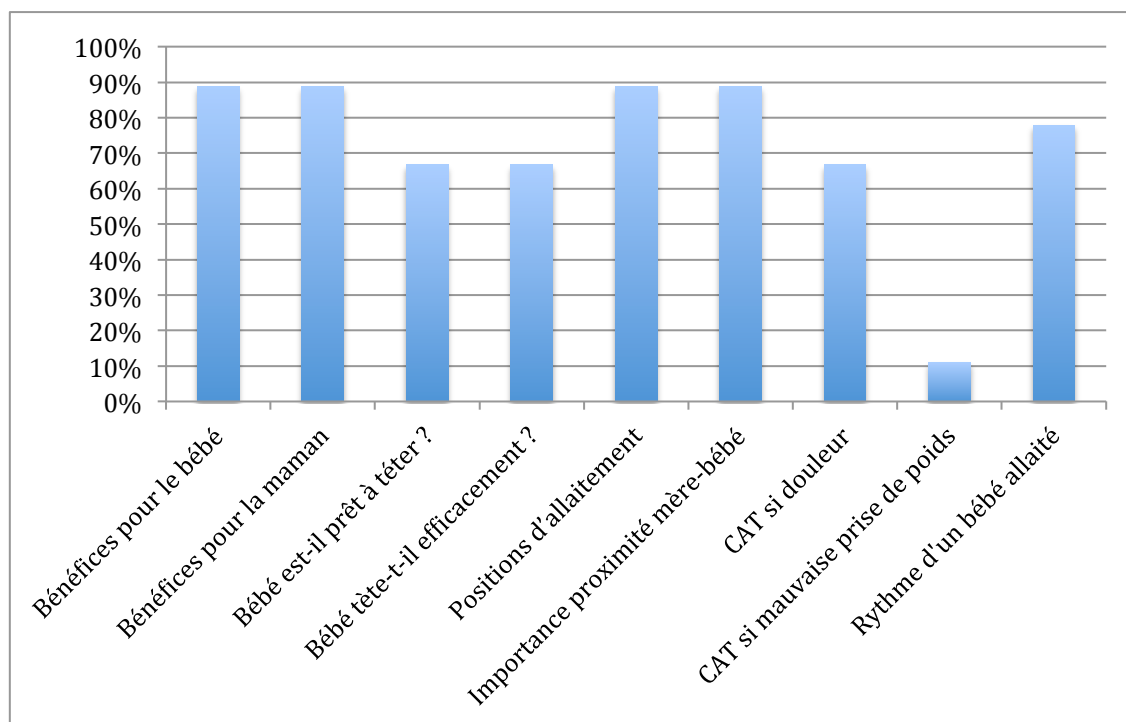


Figure 4 : Thèmes abordés lors de la réunion collective d'information du CH d'Ancenis

3-6 Allaitement à moyen terme

Le jour où les mamans ont rempli le questionnaire en ligne, leurs bébés avaient entre 18 jours et 3 mois (44 jours en moyenne, $\pm$ 16 jours). Parmi les 13 bébés exclusivement allaités à la sortie de maternité, seulement 1 avait été sevré entre le jour du retour à la maison et le jour de réponse au questionnaire (il était alors âgé de 7 semaines). Les deux mamans qui allaitaient partiellement avec des compléments de lait artificiel n'allaitaient plus du tout le jour où elles ont rempli le questionnaire en ligne (les bébés étaient âgés respectivement de 28 jours et 6 semaines). Les 9 bébés nourris uniquement au lait artificiel à la sortie de maternité étaient toujours nourris de cette manière le jour de remplissage du questionnaire.

Parmi les 10 mamans du groupe Intervention, 6 avaient prévu de reprendre le travail après les 10 semaines de congé maternité prévues par la loi pour un premier enfant, les 4 autres avaient prévu de prolonger cet arrêt par un congé parental. Dans le groupe contrôle, elles étaient 10 à reprendre le travail après le congé maternité, 4 à prolonger cette période par un congé parental.

Si la différence n'était pas significative ($p=0,21$), on peut néanmoins observer (cf. Tableau 3) que la proportion d'AM exclusif à la sortie de la maternité était notablement corrélée avec la prévision d'un congé parental (75,00% vs 43,75% pour les mamans qui prévoient de reprendre le travail après le congé maternité standard)

	Congé légal	Congé parental	Effectif total
AM exclusif	7	6	13
Pas d'AM exclusif	9	2	11
Effectif total	16	8	24

Tableau 3 : AM exclusif et durée prévisible du congé maternité

4 - Discussion

4-1 Méthodes

La méthode qu'il a été choisi d'étudier ici, l'entretien motivationnel, se veut très individualisée pour chaque patient et est forcément « opérateur-dépendante ». S'il est aisé d'en comprendre les principes, les appliquer durant un entretien entier peut se révéler plus compliqué, de surcroît quand l'intervenant n'a pas suivi de formation continue sur ce thème, comme c'était le cas ici. La présente étude trouve donc ici une limite significative.

Les femmes rencontrées n'ont bénéficié que d'un seul entretien, ce qui peut poser souci car le principe même de l'EM se fonde sur un partenariat entre soignant et patient, cette relation de confiance pouvant mettre plusieurs séances à se mettre en place. Il aurait bien sûr été idéal de mettre en place plusieurs entretiens en anténatal, ou encore un entretien en anténatal et une nouvelle entrevue après la naissance. Cela n'a pas été techniquement réalisable dans le cadre de la présente étude, mais c'est par contre très facile à mettre en place en médecine générale, à l'occasion des consultations de suivi de la grossesse.

Il a été choisi de recruter les futures mamans à partir d'une maternité unique, de niveau 1. À première vue, cette décision peut sembler critiquable (le recrutement pouvant être biaisé par le caractère unicentrique de l'étude), cependant, le CH d'Ancenis possède le label Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB). Dans de nombreuses maternités, aujourd'hui en France, les soignants (pédiatres, sages-femmes, auxiliaires de puériculture) ne sont pas ou insuffisamment formés à l'AM, et les conseils prodigués aux jeunes parents se révèlent très hétérogènes et déroutants pour ceux-ci surtout quand ils accueillent leur premier enfant (32). Recruter des femmes accouchant dans des maternités « classiques » expose donc à des erreurs d'accompagnement à l'allaitement sur les premiers jours, qui risquait de biaiser le critère de

jugement principal (allaitement au retour de la maternité) indépendamment de l'effet de l'EM. Au contraire, les maternités qui ont fait la démarche et obtenu le label IHAB doivent faire bénéficier leur personnel soignant d'une formation à l'AM. Cela permet une prise en charge de l'allaitement plus homogène et cohérente durant le séjour à la maternité, évite le recours inutile aux compléments de lait artificiel, et prévient des sevrages précoces non souhaités.

Ceci étant dit, il n'en reste pas moins que les futures mamans choisissant une maternité labellisée IHAB, acceptant de participer à la présente étude (recrutement sur la base du volontariat) étaient peut-être plus motivées à allaiter dès le départ, ce qui introduit un biais de sélection. Nous avons cherché à limiter ce biais :

- Tout d'abord en parlant d'une étude sur l'alimentation du nourrisson (cf. Annexe 2) et non d'une étude sur l'AM. Cette terminologie a été employée également dans la volonté de ne pas faire de différence parmi les femmes enceintes, dont l'intention d'allaiter n'est pas forcément fixée avant la toute fin de la grossesse, et encore une fois, dans le but de distiller une information uniforme parmi elles, quel que soit leur projet au moment de l'entretien.
- D'autre part, la randomisation en deux groupes nous permettait de nous affranchir du biais de recrutement, les deux groupes étant comparés entre eux.

Deux futures mamans, qui ont accouché avant la date du RDV d'entretien individuel, ont été incluses dans l'analyse du groupe contrôle, alors qu'elles avaient été randomisées dans le groupe intervention. Cela introduit en principe un biais d'attrition mais comme il s'agissait d'une étude ouverte, il n'y avait pas d'intérêt à conduire l'analyse en intention de traiter. De plus, l'analyse aurait été faussée puisque les mamans n'ont pas bénéficié de l'entretien individuel, d'autant plus que les échantillons étaient très petits.

Le critère de jugement principal choisi était l'allaitement maternel exclusif le jour de sortie de la maternité.

- AM à la sortie de maternité : la première « vague » de sevrages précoces prend place durant le séjour à la maternité, à cause des difficultés qui peuvent être rencontrées à ce moment là (douleur, prise du sein, etc.). En supposant que toutes les mamans de l'étude ont été accompagnées de manière uniforme durant ce séjour, l'EM était supposé leur donner les armes nécessaires pour mettre en place correctement leur allaitement durant ces premiers jours très importants. Prendre en compte l'AM à plus long terme (par exemple, à 1 mois) aurait introduit trop de facteurs confondants (entourage familial, suivi médical, etc.) pour que l'effet de l'EM soit encore mesurable.
- AM exclusif : l'utilisation de compléments de lait artificiel (LA) dès les premiers jours de vie du nourrisson, d'autant plus quand ceux-ci ne sont pas médicalement justifiés, est corrélée avec une durée d'allaitement plus courte et des sevrages durant le premier mois plus fréquents (33). Il n'était donc pas pertinent d'inclure les AM partiels à la sortie de la maternité dans notre critère de jugement, ceux-ci étant physiologiquement et statistiquement voués à durer peu de temps.

4-2 Résultats

Comparabilité des groupes

Les deux groupes constitués par randomisation étaient comparables. Aucune différence significative sur les principales caractéristiques des patientes n'était à noter entre eux. Le taux de futures mamans qui fumaient avant grossesse était supérieur dans le groupe contrôle (28,57%, vs 10% pour le groupe intervention, $p=0,36$).

Critère de jugement principal

Le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de maternité était de 42% dans le groupe contrôle, soit superposable au taux moyen enregistré à la maternité d'Ancenis en 2015 qui était de 48%. C'est un taux d'allaitement plus faible que la moyenne française, qui est de 59% (18,19), mais comparable aux taux enregistrés dans les autres maternités de Pays de Loire (50,9% d'initiation d'allaitement à la maternité en 2015 comprenant les allaitements exclusifs et les allaitements partiels, d'après le Réseau Sécurité Naissance des Pays de Loire).

Le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de maternité était de 70% dans le groupe intervention. La différence avec le groupe contrôle n'était pas significative ($p=0,24$) du fait de la petite taille des échantillons. On note cependant une tendance nette à l'augmentation du taux d'allaitement, c'est un résultat très encourageant pour des études ultérieures.

Il est intéressant de noter que le taux d'AM exclusif était corrélé avec la durée prévisible du congé maternité, dès la sortie de maternité puisque 43,75% des mères qui avaient prévu de reprendre le travail juste après le congé maternité légal (10 semaines) allaitaient exclusivement à la sortie de la maternité, contre 75% des mères qui avaient prévu de prendre un congé parental. Déjà cause de sevrages précoces (34,35), la reprise du travail rapide est probablement dissuasive à l'initiation même de l'AM.

Prise en charge à la maternité

La maternité du CH d'Ancenis est labellisée IHAB et, de ce fait, s'engage à respecter un certain nombre d'engagements (Annexe 5), parmi lesquels :

- « *Engagement n°4 : Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin* ». Le peau-à-peau a été systématiquement proposé aux mamans, en post-partum immédiat mais aussi durant le séjour à la maternité.

- « *Engagement n°6 : Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale* ». En moyenne en 2015, 7 à 8% des bébés allaités sur le séjour à la maternité d'Ancenis se sont vus proposer des compléments de LA. Dans la présente étude, ils étaient un peu plus nombreux puisque 4 bébés ont été complétés sur les 16 allaités pendant le séjour (25%). Parmi ces 4 bébés, seulement 1 était exclusivement allaité le jour du retour à la maison. Un autre était complètement sevré ; les deux derniers bébés, allaités partiellement à la sortie de la maternité, ont été sevrés précocement (avant le jour de réponse au questionnaire en ligne par la maman), ce qui est superposable aux résultats de la littérature. En effet, une introduction précoce de compléments de LA (de surcroît, sans raison médicale) est significativement associée avec des durées d'AM plus courtes (33,36). La stimulation des seins n'étant que partielle sur les premiers jours de vie du bébé, la lactation se calibre à un niveau inférieur aux besoins du bébé, et lorsque ceux-ci augmentent, les seins ne sont plus capables de s'adapter, entraînant une augmentation progressive de la proportion de LA dans l'alimentation. De plus, compléter un bébé avec du LA, surtout quand ce n'est pas médicalement justifié, diminue la confiance de sa mère en sa capacité d'allaiter.

- « Engagement n°7. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24 heures sur 24. Favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau-à-peau et le considérer comme un soin ». Les maternités IHAB n'ont pas de nursery identifiée puisque les bébés restent 24 heures sur 24 proches de leur mère, situation qui favorise la mise en route de l'allaitement et l'établissement du lien entre mère et bébé. Les soignants doivent être présents pour aider la mère à comprendre et répondre aux besoins de son bébé, pas pour prendre le bébé et faire « à la place » de sa mère. Il arrive néanmoins que les bébés soient retirés quelques heures à leur mère, au cas par cas, l'objectif étant de recourir à cette pratique le moins possible. Dans notre étude, 4 bébés sur 25 (16,67%) ont été ainsi confiés aux soignants et donc retirés à leur mère durant quelques heures.

Entretien motivationnel – retours et satisfaction des mères

Les futures mamans ayant bénéficié d'un entretien individuel en étaient plutôt satisfaites (indice de satisfaction moyen : 7,2). L'entretien individuel comporte certainement moins de risque de surcharger la patiente en informations qu'une intervention collective, puisque l'intervenant module ses réponses selon les réflexions de cette première. Ce type d'entretien suppose une participation active de la patiente.

Un des principes fondamentaux de l'EM est de ne pas plaider de manière rationnelle mais plutôt de susciter la réflexion chez le patient, dans le respect et le non-jugement ; l'intervenant ne doit donc pas accumuler des arguments que le patient ne souhaite pas ou n'est pas prêt à entendre. Le risque engendré par ce type d'entretien est que la quantité d'informations délivrées en est diminuée. D'ailleurs, beaucoup de thèmes qui sont traités lors de la réunion collective proposée par la maternité d'Ancenis ne l'ont pas été lors des entretiens motivationnels. Mais peut-être les informations dispensées, certes moins nombreuses, seront-elles mieux assimilées ? Les patientes pourront toujours revenir à la recherche d'informations par la suite si le premier entretien a permis d'enclencher une réflexion.

4-3 Axes d'amélioration

Les résultats de cette étude, certes non significatifs du fait d'un petit échantillon, sont encourageants et mériteraient des travaux plus approfondis.

Pour mettre en œuvre de manière complète la technique de l'entretien motivationnel, il serait primordial d'établir un réel lien de confiance entre intervenant et patientes ; cela ne s'envisage qu'avec des entretiens répétés, ce qui est facilement transposable à la situation rencontrée quotidiennement en Médecine Générale.

Un premier entretien, qui servirait essentiellement à prendre contact et évaluer le stade d'aptitude au changement de la patiente, pourrait facilement entrer dans le cadre de l'entretien du 4^{ème} mois de grossesse, proposé à toutes les femmes enceintes et souvent mené par une SF.

Pour les femmes qui manifestent alors déjà l'intention d'allaiter (stade de préparation), une intervention assez simple suffira à maintenir les convictions et dénouer les derniers freins.

Pour les femmes qui n'envisagent absolument pas l'allaitement (stade de pré-contemplation), il sera probablement inutile de mettre en place des entretiens très poussés ; un « conseil minimal » pourra être proposé en fin de grossesse afin d'ouvrir la porte à la discussion, si la patiente le souhaite.

Enfin, pour les femmes qui sont indécises, ambivalentes (stade de contemplation), l'EM prend tout son sens. Il serait intéressant de proposer à ces mamans plusieurs sessions au cours des différentes consultations de suivi de grossesse, en axant chacune sur un thème particulier par exemple (renforcer les aspects positifs, travailler les aspects négatifs, etc.).

Une prochaine étude, idéalement sur un large échantillon, pourrait viser à cibler uniquement ces femmes ambivalentes grâce à un premier entretien, puis les randomiser en deux groupes, le premier bénéficiant de deux ou trois entretiens motivationnels au cours des consultations ultérieures de suivi, le deuxième groupe étant le groupe contrôle.

5 - Conclusion

L'entretien motivationnel est une « façon d'être » utilisable quotidiennement en Médecine Générale, dans de nombreux domaines, addictologie, éducation thérapeutique, observance des traitements médicamenteux, modifications de l'hygiène de vie, etc.

Dans le domaine particulier de l'allaitement maternel, enjeu majeur de santé publique chez les enfants et leurs mères en France en 2016, le médecin généraliste a un grand rôle à jouer, avant la naissance, lors du suivi de la grossesse, puis après au cours du suivi du nourrisson.

La présente étude montre une augmentation du taux d'AM dans le groupe de futures mamans ayant bénéficié d'un entretien prénatal, augmentation non significative du fait de la petite taille de l'échantillon.

Les pratiques inspirées de l'EM (collaboration, empathie, développement de la divergence, respect de l'autonomie) peuvent se révéler efficaces dans la promotion de l'allaitement maternel. Des études de plus grande envergure et avec des entretiens répétés seront nécessaires pour préciser le bénéfice attendu de cette technique sur l'augmentation de la prévalence de l'AM.

Bibliographie

1. Ip S, Chung M, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid ReportTechnology Assess.* 2007 Apr;(153):1–186.
2. Turck D, Vidailhet M, Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, Chouraqui J-P, et al. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie.* 2013 Nov;20 Suppl 2:S29–48.
3. Hoddinott P, Tappin D, Wright C. Breastfeeding. *BMJ.* 2008 Apr 19;336(7649):881-7.
4. Allaitement Maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Programme National Nutrition Santé [Internet]. 2005 [cited 2016 Jun 30]. Available from: <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf>
5. Horta B, Bahl R, Martines J. Evidence on the long-term effects of breastfeeding : systematic reviews and meta-analyses [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007 [cited 2016 Jun 30] p. 1–57. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43623/1/9789241595230_eng.pdf
6. Horta B, Victora CG. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review of the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Geneva : World Health Organization; 2013.
7. Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2011 Jul;128(1):103–10.
8. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet Lond Engl.* 2016 Jan 30;387(10017):475–90.
9. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 1999 Oct;70(4):525–35.

10. Strathearn L, Mamun AA, Najman JM, O'Callaghan MJ. Does Breastfeeding Protect Against Substantiated Child Abuse and Neglect? A 15-Year Cohort Study. *PEDIATRICS*. 2009 Feb 1;123(2):483–93.
11. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*. 2002 Jul 20;360(9328):187–95.
12. Ball TM, Wright AL. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*. 1999 Apr;103(4 Pt 2):870–6.
13. Leclercq A. L'allaitement maternel : choix personnel, problème de santé publique ou question de finance publique ? Mémoire DESS Economie Gestion Hospitalière Privée; 1997.
14. Turck D. Plan d'action : allaitement maternel [Internet]. Programme National Nutrition Santé 2; 2010 Jun [cited 2016 Jul 8] p. 40. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf
15. Melliez H, et al. Mortalité, morbidité et coût des infections à rotavirus en France. *Bull Epidémiol Hebd*. 2005;(35):175–6.
16. Rollins NC, Bhandari N, Hajeerhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet Lond Engl*. 2016 Jan 30;387(10017):491–504.
17. Hanushek E, Woessmann L. The role of cognitive skills in economic development. *J Econ Lit*. 2008;(46):607–68.
18. Salanave B, de Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épifane, France, 2012. *J Pédiatrie Puériculture*. 2012;25(6):364–72.
19. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Geay B. Durée de

l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(29):522–32.

20. Hoddinott P, Pill R, Chalmers M. Health professionals, implementation and outcomes: reflections on a complex intervention to improve breastfeeding rates in primary care. Fam Pract. 2007 Feb;24(1):84–91.

21. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. In: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [cited 2016 Jun 30]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006425.pub2>

22. Skouteris H, Nagle C, Fowler M, Kent B, Sahota P, Morris H. Interventions designed to promote exclusive breastfeeding in high-income countries: a systematic review. Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med. 2014 Apr;9(3):113–27.

23. Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Ip S. Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2008 Oct 21;149(8):565–82.

24. Renfrew MJ, McCormick FM, Dowswell T et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database Syst Rev. 2012;5:CD001141.

25. Miller W, Rollnick S. L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement. Paris Dunod-Inter-Editions. 2006. 241 p.

26. Prescrire Rédaction. L'entretien Motivationnel : pour une relation soignant-patient de qualité. Rev Prescrire. 2010 Nov;30(325):841.

27. Graves E, Watkins RW. Motivational Interviewing: Patient Engagement as the Key to Healthy Practices, Patients, and Practitioners. N C Med J. 2015 Aug;76(3):175–6.

28. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am

J Health Promot AJHP. 1997 Oct;12(1):38–48.

29. Barker-Collo S, Krishnamurthi R, Witt E, Feigin V, Jones A, McPherson K, et al. Improving Adherence to Secondary Stroke Prevention Strategies Through Motivational Interviewing: Randomized Controlled Trial. *Stroke J Cereb Circ*. 2015 Dec;46(12):3451–8.
30. Elliott-Rudder M, Pilotto L, McIntyre E, Ramanathan S. Motivational interviewing improves exclusive breastfeeding in an Australian randomised controlled trial. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. 2014 Jan;103(1):e11–6.
31. Wilhelm SL, Aguirre TM, Koehler AE, Rodehorst TK. Evaluating motivational interviewing to promote breastfeeding by rural Mexican-American mothers: the challenge of attrition. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2015 Mar;38(1):7–21.
32. Foix B. Etat des lieux et perspectives de l’allaitement maternel en France et dans le monde [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 22]. Available from: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01128719/document>
33. Ekström A, Widström A-M, Nissen E. Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc*. 2003 May;19(2):172–8.
34. Ogbuanu C, Glover S, Probst J, Liu J, Hussey J. The effect of maternity leave length and time of return to work on breastfeeding. *Pediatrics*. 2011 Jun;127(6):e1414–27.
35. Skafida V. Juggling work and motherhood: the impact of employment and maternity leave on breastfeeding duration: a survival analysis on Growing Up in Scotland data. *Matern Child Health J*. 2012 Feb;16(2):519–27.
36. Martin-Calama J, Buñuel J, Valle F, et al. The effect of feeding glucose water to breastfeeding newborns on weight, body temperature, blood glucose, and breastfeeding duration. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc*. 1997 Sep;13(3):209–13.

Liste des figures

Figure 1 : Étapes du changement de comportement d'après Prochaska et di Clemente.....	13
Figure 2 : Diagramme de flux.....	23
Figure 3 : Thèmes abordés lors de l'entretien individuel.....	27
Figure 4 : Thèmes abordés lors de la réunion collective d'information du CH d'Ancenis.....	28

Liste des tableaux

Tableau 1 : Résumé des caractéristiques des patientes	24
Tableau 2 : Critère de Jugement Principal : Tableau de contingence	25
Tableau 3 : AM exclusif et durée prévisible du congé maternité	29

Table des matières

Composition du Jury	2
Liste des abréviations	3
Plan	4
1 - Introduction	6
1-1 Bénéfices de l'allaitement maternel.....	6
1-2 L'allaitement maternel, enjeu de santé publique	8
1-3 Information anténatale à l'allaitement	11
1-4 Entretien motivationnel, « façon d'être » plus que « méthode ».....	13
1-5 Question de recherche	17
2 - Matériels et méthodes	18
2-1 Mode de recrutement	18
2-2 Critères d'inclusion	18
2-3 Critères d'exclusion.....	18
2-4 Constitution des groupes	19
2-5 Groupe « Intervention ».....	19
2-6 Groupe « Contrôle ».....	20
2-7 Recueil des données.....	20
2-8 Critère de jugement principal	21
2-9 Calcul du nombre de sujets nécessaires.....	21
2-10 Statistiques	21
3 - Résultats	22
3-1 Caractéristiques des patientes	22
3-2 Initiation de l'allaitement	25
3-3 Mise en place de l'allaitement à la maternité.....	26
3-4 Retours sur l'entretien individuel.....	27
3-5 Groupe contrôle : retours sur la réunion d'information à l'allaitement.....	28
3-6 Allaitement à moyen terme	29
4 - Discussion	30
4-1 Méthodes.....	30
4-2 Résultats	33
4-3 Axes d'amélioration	36
5 - Conclusion.....	37
Bibliographie	38
Liste des figures	42
Liste des tableaux.....	43
Table des matières.....	44
Annexe 1 : Entretien Motivationnel et alimentation du nourrisson	45
Annexe 2 : Fiche d'information aux patientes	50
Annexe 3 : Fiche de recueil de consentement et coordonnées	51
Annexe 4 : Questionnaire post-natal en ligne.....	52
Annexe 5 : Recommandations aux hôpitaux labellisés IHAB	58

Annexe 1 : Entretien Motivationnel et alimentation du nourrisson

1- Notice

- Prévoir un RDV idéalement entre 33 et 37 SA
 - Au CH d'Ancenis à cumuler de préférence un jour où la maman a déjà un RDV prévu
 - Ou au domicile de la maman si pas d'arrangement trouvé
- La veille de l'entretien
 - Confirmer la date et l'heure du RDV avec la maman
- Le jour de l'entretien
 - Prévoir d'arriver en avance
 - Éteindre les téléphones ou autres sources de distractions potentielles
 - Relire la liste des notions à aborder
- Début de l'entretien
 - Se présenter, en donnant nom, fonction, travail de recherche concerné par l'entretien, et la durée prévisible de l'entretien
 - Rappeler à la maman que ces entretiens sont plus pertinents si non interrompus par d'autres distractions telles qu'allées et venues de personnes, coups de téléphones, etc.
- Entretien (voir « trame »)
- Fin de l'entretien
 - Conclure par un résumé des points-clés mis en évidence lors de l'entretien vis-à-vis de l'initiation de l'allaitement (avantages trouvés, confiance dans le projet, craintes éventuelles)
 - Poser les objectifs définis lors de l'entretien : projet d'allaitement, considérer la tétée d'accueil, continuer la recherche d'information, etc.
 - S'assurer que la maman est satisfaite de l'entretien et ne souhaitait pas aborder d'autres notions
 - La remercier de sa participation

2- Trame d'entretien

– Phrase d'introduction : présentation du travail de thèse et explications du but recherché, à savoir, permettre aux mamans d'exprimer leurs croyances et leur donner des informations leur permettant de faire un choix éclairé quant à l'alimentation de leur enfant à venir. Bien pointer le fait que le but n'est pas de les forcer à allaiter leur bébé mais de leur donner les informations objectives et suffisantes pour faire leur choix

– Démarrer l'entretien avec une question ouverte ('Où en sont-elles dans leur projet'), par exemple, « Pouvez-vous vous présenter et m'expliquer ce que vous avez imaginé pour l'alimentation de votre futur bébé ? »

– Poursuivre en les questionnant sur leurs connaissances vis-à-vis des recommandations officielles en matière d'alimentation du nourrisson

– Essayer de comprendre leurs valeurs, croyances, ce qu'elles valorisent ; instaurer un climat de confiance

– Explorer les domaines de vie impactés par le mode d'alimentation et faciliter l'engagement envers l'allaitement maternel. Par exemple :

- Utiliser le renforcement positif pour chaque motivation exprimée envers l'allaitement maternel
- Demander quels bénéfices pourraient être tirés de l'initiation de l'allaitement et quels points négatifs ont été identifiés. Réfléchir à des mécanismes d'adaptation quant à ces points, féliciter la détermination à poursuivre malgré cela
- Exprimer de l'empathie par rapport aux inquiétudes rencontrées, poser des questions pour rechercher des solutions
- Renforcer la confiance en soi
- Reconnaître l'ambivalence comme une composante normale du processus de décision et poser des questions qui mettent en évidence les contradictions de la maman, avec une attitude motivante
- Laisser la possibilité à la maman d'exprimer les barrières potentielles et comment elles peuvent les gérer
- Ne donner des conseils ou informations que si la maman est prête à les recevoir et après avoir demandé la permission d'aborder le sujet
- Les aider à se projeter dans le futur

3- Techniques particulières à l'entretien motivationnel

- Construction d'un rapport de confiance et d'un partenariat
- Poser des questions ouvertes, par exemple :
 - qui commencent par « comment » et « que »
 - éviter les questions auxquelles on peut répondre par « oui » ou « non »
 - écouter et faire des pauses
 - passer deux fois plus de temps à refléter les propos qu'à poser des questions
 - poser une question à la fois
- Il est possible de relier les réponses au bien-être recherché dans différents domaines de la vie de tous les jours, par exemple : social et familial, physique, émotionnel, financier, professionnel, spirituel, environnemental
- Questions-type, à titre d'exemple
 - « Comment avez-vous envisagé l'alimentation de votre bébé à venir ? »
 - « Quelle est la position de votre compagnon par rapport à l'allaitement ? »
 - « Que voyez-vous comme avantage à allaiter ? »
 - « Vous sentez-vous en confiance quant à votre capacité à allaiter ? »
 - « Que souhaiteriez-vous mettre en place au moment de la reprise du travail ? »
 - « Comment avez-vous prévu d'organiser les temps de sommeil de votre bébé ? »
 - « De quoi auriez-vous besoin pour mener à bien votre projet ? »
- Écoute active : être à l'écoute des faits et des ressentis
- Reflets : permettent de montrer que l'on écoute ; aident le patient à clarifier, développer ou reformuler sa pensée
- Résumés : permettent de simplement refaire le point au cours de la conversation sur ce

qui a été dit et servent de transition entre les différents thèmes abordés au cours de l'entretien

- Éviter les jugements et sous-entendus négatifs
- Exprimer de l'empathie
- Rouler avec la résistance : permet de donner de l'autonomie au patient et la maîtrise à la fois du processus et des résultats
- Estimer si le patient est prêt au changement selon les différentes phases du modèle transthéorique (pré-contemplation, contemplation, préparation, action, maintenance)
- Reconnaître l'ambivalence
- Faire peser la balance décisionnelle, les pour et contre de chaque choix
- Discuter des barrières au changement
- Se concentrer sur les atouts personnels et motivations au changement
- Mettre en place des buts à atteindre réalistes en renforçant la confiance en soi

4- Sujets à aborder

- Durée d'AM recommandée par l'OMS et SFP (6 mois exclusif puis 2 ans ou plus)
- Bénéfices santé pour le bébé
 - Infections : diarrhée, ORL, respiratoires
 - Allergie
 - Mort Subite Inattendue du Nourrisson : à relier avec les autres conseils de prévention
 - Obésité
- Bénéfices santé pour la mère
 - Effet postpartum (perte de poids, contraception, tonicité utérine)
 - Cancer du sein
 - Cancer de l'ovaire
 - Risque cardiovasculaire
- Mise en œuvre pratique
 - Les deux seins ; 8-12 tétées / 24H
 - À l'éveil (signes d'éveil du bébé)
 - Physiologie du sommeil du nourrisson
 - Attention aux bouts de sein / tétines / biberons / compléments
 - Importance d'une personne référente compétente
- Inquiétudes (quand exprimées par la maman) les plus fréquentes
 - Notion de « caprice »
 - Participation du papa
 - Manque de lait ou lait « non nourrissant »
 - Fatigue liée à l'allaitement

Annexe 2 : Fiche d'information aux patientes



Thèse de médecine générale Alimentation du nourrisson



Actuellement interne de médecine générale en toute fin de cursus à la faculté de Médecine de Nantes, j'ai choisi d'orienter mon travail de thèse sur l'information faite aux femmes en fin de grossesse concernant l'alimentation de leur enfant à naître.

Pour cela je recherche :

- des futures mamans enceintes de leur premier enfant
- entre 6 et 8 mois de grossesse environ
- qui présentent une grossesse sans complication particulière
- quel que soit le mode d'alimentation envisagé (allaitement maternel ou biberon)

Déroulement de l'étude :

- Certaines mamans se verront proposer un entretien individuel d'environ une heure avec moi-même pour discuter de l'alimentation du bébé
- D'autres n'auront pas cet entretien
- Toutes seront recontactées après la naissance par l'intermédiaire d'un court questionnaire à remplir en ligne
- La répartition dans les deux groupes (entretien individuel ou pas d'entretien individuel) se fera par tirage au sort

Informations importantes :

- Le reste du suivi (préparation à la naissance, consultations habituelles...) ne change évidemment pas, les futures mamans qui feront partie du groupe « témoin » ne sont donc pas lésées.
- **Il est évident qu'aucun jugement ne sera émis sur les choix faits par les futurs parents, quels qu'ils soient.**

Si vous êtes intéressée, merci de le faire savoir à la sage-femme lors de votre consultation qui vous remettra une feuille à remplir ; je vous recontacterai rapidement par la suite.

Pour toute question ou demande de renseignement supplémentaire n'hésitez pas à me contacter :

- par téléphone : 06 15 64 56 59
- par mail : juliecognee@yahoo.fr

Par avance merci infiniment de l'aide que vous pourrez apporter dans mon travail de thèse !

Julie HAMDAN

Annexe 3 : Fiche de recueil de consentement et coordonnées

Thèse de médecine générale – Julie Hamdan Information anténatale concernant l'alimentation du nourrisson

Coordonnées

Nom :
Prénom :
Date de naissance : .../.../.....
Adresse :
Numéro de téléphone :
Adresse e-mail :
Profession :
Niveau d'études :

Informations personnelles

Vous attendez votre premier bébé :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Date prévue de l'accouchement :

Professionnel de santé qui suit la grossesse

- ☐ médecin généraliste
- ☐ gynécologue-obstétricien
- ☐ sage-femme libérale

Votre grossesse présente-t-elle des complications

- ☐ grossesse gémellaire
- ☐ diabète
- ☐ pré-éclampsie
- ☐ autre

- ☐ Oui, j'accepte de participer à cette étude réalisée dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale à la faculté de Médecine de Nantes.
- ☐ J'accepte d'être recontactée par téléphone et/ou par mail pendant ma grossesse puis après la naissance de mon bébé pour la suite de l'étude.
- ☐ Je comprends que les données personnelles collectées ici seront utilisées dans le cadre strict de la présente étude et traitées de façon entièrement anonyme.

Merci !

Signature :

Annexe 4 : Questionnaire post-natal en ligne

1 - Préparation anténatale

Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance avec une sage-femme ?

- ✓ Oui, à l'hôpital d'Ancenis
- ✓ Oui, en cabinet libéral
- ✓ Non

Si oui, le sujet de l'alimentation du bébé a-t-il été abordé ?

- ✓ Non
- ✓ Oui, moins de 30 minutes
- ✓ Oui, entre 30 et 60 minutes
- ✓ Oui, plus de 60 minutes

Avez-vous participé à une ou plusieurs réunion(s) collective d'information sur l'allaitement à la maternité ?

- ✓ Oui
- ✓ Non

Si oui, combien de temps a-t-elle duré ?

- ✓ Moins de 30 minutes
- ✓ Entre 30 et 60 minutes
- ✓ Plus de 60 minutes

Si oui, qui était l'intervenant ?

- ✓ Médecin
- ✓ Sage femme
- ✓ Puéricultrice
- ✓ Autre

Fumiez-vous ?

- ✓ Avant la grossesse
 - Oui
 - Non
- ✓ Pendant la grossesse
 - Oui
 - Non

Nous sommes-nous rencontrées en entretien individuel pour parler de l'alimentation de votre bébé ?

- ✓ oui → groupe intervention
- ✓ non → groupe contrôle

2 - Accouchement

Quelle était votre date d'accouchement théorique ?

À quelle date avez-vous réellement accouché ?

Où avez-vous accouché ?

Quel a été le type d'accouchement ? (plusieurs réponses possibles)

- ✓ Accouchement voie basse simple
- ✓ Accouchement voie basse avec ventouse
- ✓ Accouchement voie basse avec forceps
- ✓ Césarienne
- ✓ Sous péridurale
- ✓ Sous rachi-anesthésie
- ✓ Sous anesthésie générale
- ✓ Avec épisiotomie
- ✓ Avec déchirure

Combien pesait votre bébé à la naissance ?

Bébé a-t-il présenté des complications à la naissance ? (difficultés pour respirer par exemple)

Bébé a-t-il été transféré dans un autre service après la naissance (réanimation, néonatalogie) ?

3 - Suites de couches

Avez-vous allaité votre bébé à la naissance ?

- ✓ Oui
- ✓ Non

Pendant l'hospitalisation vous a-t-on proposé... (plusieurs réponses possibles)

- ✓ Peau-à-peau juste après la naissance
- ✓ Peau-à-peau les jours suivants
- ✓ Une tétée en salle de naissance
- ✓ De prendre bébé en nursery

Si vous avez allaité, vous a-t-on proposé pendant l'hospitalisation... (plusieurs réponses possibles)

- ✓ D'allaiter bébé à l'éveil
- ✓ D'allaiter bébé quand il pleure uniquement
- ✓ D'installer bébé dans votre lit pour la nuit
- ✓ De tirer votre lait
- ✓ De compléter votre bébé avec du lait artificiel

Que vous allaitiez ou pas, vous êtes-vous sentie soutenue et aidée pour l'alimentation de votre bébé par l'équipe ?

- ✓ Oui c'était parfait
- ✓ Plutôt oui mais ils peuvent encore s'améliorer
- ✓ Plutôt non, il y a de la place pour le progrès
- ✓ Non, le séjour a été pénible

Avez-vous fait appel à une personne référente en lactation pendant l'hospitalisation ? Si oui qui ?

4 - Retour à la maison

À quelle date êtes-vous rentrée à la maison ?

Allaitiez-vous le jour du retour à la maison ?

- ✓ Oui exclusivement
- ✓ Oui avec des compléments de lait artificiel
- ✓ Non

Si vous allaitiez le jour du retour à la maison... (plusieurs réponses possibles)

- ✓ Avec douleur
- ✓ Utilisation de « bouts de sein » en silicone
- ✓ Utilisation du tire-lait pour donner votre lait au biberon

Quel âge a votre bébé aujourd'hui ?

Quel est son mode d'alimentation aujourd'hui ?

- ✓ Lait maternel exclusif
- ✓ Lait maternel + lait artificiel
- ✓ Lait artificiel uniquement

Actuellement êtes-vous satisfaite du mode d'alimentation de votre bébé ?

- ✓ Oui
- ✓ Non

Quand avez-vous prévu de reprendre le travail ?

- ✓ Après le congé maternité légal (10 semaines)
- ✓ Avant la fin du congé maternité
- ✓ Après la fin du congé maternité (congé parental ou autre)

5 - Groupe « entretien individuel » uniquement

Les informations suivantes ont été abordées pendant l'entretien
(oui de manière approfondie / oui rapidement / non / je ne sais plus)

- ✓ Bénéfices de l'allaitement pour le bébé
- ✓ Bénéfices de l'allaitement pour la maman
- ✓ Comment savoir que bébé est prêt à téter ?
- ✓ Comment savoir si bébé tète efficacement ?
- ✓ Positions d'allaitement
- ✓ Importance de la proximité mère-bébé 24H/24
- ✓ Que faire en cas de douleur ?
- ✓ Que faire en cas de prise de poids insuffisante ?
- ✓ Rythme d'un bébé allaité

Les informations échangées vous ont-elles aidée à choisir le mode d'alimentation de votre bébé ?

- ✓ Oui
- ✓ Non

Les informations échangées vous ont-elles aidée à la mise en place de l'allaitement le cas échéant ?

- ✓ Oui
- ✓ Non

Cochez la(les) proposition(s) avec laquelle(lesquelles) vous êtes d'accord (il est possible de ne rien cocher)

- ✓ On m'a dit trop de choses, il était impossible de tout retenir
- ✓ J'ai l'impression qu'on m'a mis la pression pour allaiter
- ✓ Les informations données étaient neutres
- ✓ Je n'ai rien appris de nouveau
- ✓ Cette consultation m'a fait changer d'avis concernant mon choix d'alimentation de mon bébé (maternel / artificiel)

À combien évalueriez-vous votre niveau de satisfaction par rapport à cet entretien entre 0 et 10 ? (0 : pas du tout satisfaite ; 10 : pleinement satisfaite)

Si vous avez également suivi des réunions collectives de préparation à l'allaitement, avez-vous trouvé que l'entretien et la réunion se répétaient ?

- ✓ Oui
- ✓ Non

Si vous avez également suivi des réunions collectives de préparation à l'allaitement, trouvez-vous qu'elles rendaient l'entretien individuel inutile ?

- ✓ Oui
- ✓ Non

Commentaires libres et suggestions :

6 - Groupe « pas d'entretien individuel » uniquement

Si vous avez participé à une réunion collective d'information à l'allaitement, les informations suivantes ont été abordées...

(oui de manière approfondie / oui rapidement / non / je ne sais plus / non concernée)

- ✓ Bénéfices de l'allaitement pour le bébé
- ✓ Bénéfices de l'allaitement pour la maman
- ✓ Comment savoir que bébé est prêt à téter ?
- ✓ Comment savoir si bébé tète efficacement ?
- ✓ Positions d'allaitement
- ✓ Importance de la proximité mère-bébé 24H/24
- ✓ Que faire en cas de douleur ?
- ✓ Que faire en cas de prise de poids insuffisante ?
- ✓ Rythme d'un bébé allaité

Les informations transmises lors de la réunion vous ont-elles aidée à choisir le mode d'alimentation de votre bébé ?

- ✓ Oui
- ✓ Non
- ✓ Non concernée

Les informations transmises lors de la réunion vous ont-elles aidée à la mise en place de l'allaitement le cas échéant ?

- ✓ Oui
- ✓ Non
- ✓ Non concernée

Cochez la(les) proposition(s) avec laquelle(lesquelles) vous êtes d'accord (il est possible de ne rien cocher)

- ✓ On m'a dit trop de choses, il était impossible de tout retenir
- ✓ J'ai l'impression qu'on m'a mis la pression pour allaiter
- ✓ Les informations données étaient neutres
- ✓ Je n'ai rien appris de nouveau
- ✓ Cette consultation m'a fait changer d'avis concernant mon choix d'alimentation de mon bébé (maternel / artificiel)

À combien évalueriez-vous votre niveau de satisfaction par rapport à cette réunion entre 0 et 10 ? (0 : pas du tout satisfaite ; 10 : pleinement satisfaite)

Annexe 5 : Recommandations aux hôpitaux labellisés IHAB



amis-des-bebes.fr



IHAB
INITIATIVE HÔPITAL AMI DES BÉBÉS - FRANCE

LES 12 RECOMMANDATIONS

Juin 2016

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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



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

9. Pour les bébés allaités, réserver l'usage des biberons et des sucettes aux situations particulières.

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

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

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

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

Vu, le Président du Jury

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen de la Faculté

Titre de Thèse :

Apport de l'entretien motivationnel dans la promotion de l'allaitement maternel

RÉSUMÉ

Le but de cet étude était d'utiliser les techniques de l'entretien motivationnel, méthode déjà utilisée en Médecine Générale, en anténatal pour en tester l'efficacité sur la prévalence de l'initiation de l'allaitement maternel, enjeu de santé publique majeur en France en 2016.

24 femmes primipares ont été recrutées au Centre Hospitalier d'Ancenis (44) durant leur troisième trimestre de grossesse et randomisées en un groupe Intervention, qui bénéficiait d'un entretien motivationnel anténatal, et un groupe Contrôle. Le critère de jugement principal était le taux d'allaitement exclusif le jour de sortie de la maternité.

Le taux d'allaitement était de 70% dans le groupe Intervention et 42,86% dans le groupe Contrôle ($p=0,24$). Les femmes ont émis des retours positifs sur l'entretien.

Ces résultats sont encourageants et mériteraient plus de recherche en mettant en place des entretiens anténataux répétés dans une population plus grande.

MOTS-CLÉS

- allaitement maternel
- entretien motivationnel
- médecin généraliste
- préparation à la naissance
- choix éclairé