

Université de Montréal

**L'influence des pratiques cliniques périnatales sur le  
maintien de l'allaitement maternel à un mois  
postpartum**

Par  
Mejda Shaiek

11595075

Département de médecine sociale et préventive  
Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc)  
en santé communautaire

Juillet 2004

© Mejda Shaiek, 2004





**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal  
Faculté des études Supérieures

Ce mémoire intitulé :  
L'influence des pratiques cliniques périnatales sur le maintien de  
l'allaitement maternel à un mois postpartum

Présenté par  
Mejda Shaiek

A été évalué par un jury composé de :

**Louise Seguin**  
Président rapporteur  
**Lise Goulet**  
Directeur de recherche  
**Michèle Rivard**  
Codirecteur  
**Marie Hatem**  
Membre du jury

## Résumé

**Contexte** : En 2001, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSSQ) a émis des lignes directrices pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel et ce, en préconisant la stratégie de certification Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB).

**Objectifs** : Mesurer l'association entre les pratiques hospitalières et le maintien de l'allaitement maternel à un mois post-partum, et vérifier si l'effet de ces pratiques variait selon que la visite postnatale de l'infirmière se soit effectuée dans les délais prescrits.

**Méthodes** : Il s'agit d'analyses secondaires des données de «l'Étude comparative de trois modèles inter-organisationnels de continuité des soins dans le cadre des courts séjours hospitaliers en postnatal» qui s'est déroulée dans quatre régions socio-sanitaires du Québec en 2002-2003. Au total, 1113 mères allaitantes ont été incluses. Des modèles de régression logistique ont été utilisés. Des analyses stratifiées ont été effectuées selon le profil des mères : le profil de visite prioritaire (VP) et le profil de visite non prioritaire (VNP).

**Résultats** : 76,3% des mères ont allaité exclusivement au centre hospitalier (CH). À un mois postpartum, 79,2% ont maintenu l'allaitement. Dans les deux sous-groupes, l'allaitement maternel exclusif au CH était associé au maintien de l'allaitement; la visite postnatale de l'infirmière diminuait cet effet.

**Conclusions** : Nos résultats se joignent aux directives de l'OMS/UNICEF et du MSSSQ et supportent la recommandation de ne pas offrir de suppléments systématiques aux nouveau-nés ainsi que de s'assurer que les infirmières en milieu communautaire reçoivent une formation adéquate sur l'allaitement maternel.

---

### Mots clés :

Allaitement - Sevrage - Postpartum - Pratiques hospitalières - Suivi postnatal - Visite de l'infirmière.

---

## Abstract

**Background:** In 2001, the Quebec Minister of Health (QMOH) issued guidelines for promoting, protecting and supporting breastfeeding using the Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) strategy.

**Objectives:** To measure the association between the maternity ward practices and breastfeeding maintenance at one month postpartum, and to verify if the effect of these practices varies according to the timing of the postnatal home visit from a nurse.

**Methods:** Secondary analyses were performed using data from the «Comparative study of interorganizational collaboration and its effects: The case of prenatal services», that was conducted in 4 regions of Quebec in 2002-2003. Thus, 1113 breastfeeding mothers were included. Logistic regression analyses were used. Stratified analyses were conducted according to the mothers' profiles: the priority visit profile group (PV) and the non priority visit profile group (NPV).

**Results:** 76,3% of participating mothers breastfed exclusively while in hospital. At one month postpartum, 79,2% mothers had maintained breastfeeding. Our findings showed that in both profile groups, in hospital exclusive breastfeeding was associated with breastfeeding maintenance; and that the postnatal visit from a nurse weakened this association.

**Conclusion:** Our results support WHO/UNICEF's and the QMOH's recommendation to abstain from systematically offering supplements to newborns and indicate that all community nurses should be given adequate training on breastfeeding.

---

**Keywords:**

Breastfeeding - Weaning - Postpartum - Maternity practices - Postnatal care - Nurse visit.

---

## Table de matières

<b>Résumé</b>	iii
<b>Abstract</b>	iv
<b>Table de matières</b>	v
<b>Liste des tableaux</b>	vii
<b>Liste des figures</b>	viii
<b>Liste des sigles</b>	ix
<b>Liste des abréviations</b>	x
<b>Remerciements</b>	xi
<b>Dédicace</b>	xii
<b>Introduction</b>	1
<b>Objectifs</b>	2
<b>Contexte de l'étude</b>	3
<b>Pertinence de l'étude</b>	3
<b>Recension des écrits</b>	4
1- Historique	4
2- Les bienfaits de l'allaitement	6
3- Les déterminants du maintien de l'allaitement	7
3-1. Les facteurs personnels	7
3-2. Les facteurs perinataux	7
3-3. Le suivi post congé	8
3-4. Les pratiques hospitalières	9
3-4-1. Méthodologie de la recension des écrits	9
3-4-2. Résultats de la recension des écrits	11
* Délai du premier boire	11
* Aide à l'allaitement maternel	12
* Allaitement maternel exclusif au CH	14
* Cohabitation	15
* Flexibilité horaires des tétées	16
* Utilisation de la suce	17
* Ensembles cadeaux avec formule de lait et/ou coupons	18
3-4-3. Résumé de la recension des écrits	20
<b>Hypothèses de recherche</b>	26
<b>Cadre de référence général</b>	27
<b>Représentation schématisée des facteurs associés au maintien de l'allaitement maternel à 1 mois postpartum</b>	28
<b>Méthodes</b>	29
1- Stratégie de recherche	29
1-1. L'étude principale	29
1-2. La présente étude	29
2- Considérations éthiques	30
3- Définition opérationnelle des variables	30
4- Plan d'analyse	34
5- Démarche d'analyse	36

<b>Résultats des analyses</b>	38
<b>Article</b>	40
<b>Abstract</b>	41
<b>Discussion</b>	57
A- L'association entre les pratiques hospitalières et le maintien de l'allaitement	57
B- L'interaction avec le suivi postnatal	58
C- L'association entre les autres déterminants de l'allaitement et le maintien	58
D- Le suivi postnatal	58
E- Limites et biais anticipés	59
<b>Conclusion</b>	62
<b>Références bibliographiques</b>	64
<b>Annexe I.</b>	
<b>Les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel OMS / UNICEF</b>	xiii
<b>Annexe II.</b>	
<b>Grille d'évaluation des articles</b>	xiv
<b>Annexe III.</b>	
<b>Tableaux résumés des variables incluses dans la recension des écrits</b>	xvi
<b>Annexe IV.</b>	
<b>Questionnaire de l'étude</b>	xlvi



## Liste des tableaux

Tableau I. Association entre l'aide postnatale à l'allaitement et son maintien, Sikorski et Renfrew (2001)-----	13
Tableau II. Association entre la non offre d'ensembles cadeaux et le maintien de l'allaitement exclusif à un mois, Pérez-Escamilla (1994)-----	19
Tableau III. Présentation des critères de causalité évalués pour chaque pratique hospitalière en relation avec le maintien de l'allaitement maternel-----	21
Tableau III. Présentation des critères de causalité évalués pour chaque pratique hospitalière en relation avec le maintien de l'allaitement maternel. Suite-----	22
Tableau IV. Association entre les pratiques hospitalières et le maintien de l'allaitement maternel à un mois (analyses bivariées)-----	38
Tableau V. Association entre les variables prédictives et le maintien de l'allaitement maternel à un mois postpartum.-----	39
Table I. Ten steps to successful breastfeeding-----	43
Table II. Selected mothers' characteristics in total study population and in NPV and PV profile sub-groups -----	47
Table II. Selected mothers' characteristics in total study population and in NPV and PV profile sub-groups. Continuation-----	48
Table III. Feeding patterns among total study population and in each profile group -----	49
Table IV. Associations between selected predictors and breastfeeding maintenance at one month postpartum in each profile group -----	50

**Liste des figures**

Figure 1- Cadre de référence général.-----	27
Figure 2- Représentation schématisée des facteurs associés au maintien de l'allaitement maternel à un mois postpartum, objet de la présente étude-----	28

## Liste des sigles

AAP : American academy for pediactics  
CH : Centre Hospitalier  
CLSC : Centre Local de Services communautaires  
CQA : Comité Québécois d'Allaitement  
EMOPP: Eggs-Milk-Oranges Prenatal Program  
IAB : Initiative Ami des Bébés  
IBFAN : International Baby Food Action Network  
IHAB : Initiative des Hôpitaux Amis des Bébés  
QMOH : Quebec Ministry Of Health  
MSSSQ : Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
RRSSS : Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux  
SCP : Société Canadienne de Pédiatrie  
SC : Statistiques Canada  
UNICEF : United Nations International Children Education Fund  
WABA : World Alliance for Breastfeeding Action

## Liste des abréviations

AOR : Adjusted Odds Ratio (Ratio de cotes ajusté)

CH : Centre hospitalier

ER : Étude randomisée

NPV : No priority visit

PV : Priority visit

OR : Odds Ratio (ratio de cotes)

RC : Ratio de cotes

RCA : Ratio de cotes ajusté

RDV : Rendez-vous avec le médecin

VNP : Visite non prioritaire

VP : Visite prioritaire

## **Remerciements,**

Je tiens à dire un énorme merci à ma directrice de recherche Mme Lise Goulet qui m'a soigneusement guidée dans la préparation de ce mémoire et qui m'a supportée et aidée tout le long de ce parcours.

Je remercie aussi ma codirectrice Mme Michèle Rivard pour son inestimable contribution à ce travail.

Merci aux membres du jury qui ont généreusement accepté de corriger mon travail.

Un gros merci à tous(tes) mes amis(es) et collègues pour leur support et leur encouragement.

Merci à mon père, mon modèle, qui a toujours cru en moi, et qui m'a soutenue inconditionnellement. Merci aussi à toute ma famille qui, malgré la distance a été pour moi une source inépuisable de réconfort.

**Dédicace,**

J'aimerais dédier ce travail à mon mari et à mes deux enfants. Vous êtes ma source d'inspiration, et c'est dans votre amour que j'ai régulièrement puisé l'énergie pour aller de l'avant et pour mener à bout ce travail de longue haleine.

Merci.

## Introduction

L'allaitement maternel est le mode d'alimentation le plus adéquat pour le nourrisson. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande l'allaitement maternel exclusif de la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois. Elle recommande aussi la continuation de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 2 ans et ce, en complément à une alimentation saine (OMS/UNICEF, 1995).

L'allaitement maternel favorise un lien privilégié entre la mère et son enfant ce qui renforce les liens d'attachement. Il contribue au développement cognitif de l'enfant ainsi qu'au maintien d'une courbe de croissance adéquate (MSSSQ, 2001). De plus, les bienfaits du lait maternel sur la santé physique de l'enfant sont nombreux; pour n'en citer que quelques-uns, notons la réduction du risque du Syndrome de la mort subite du nourrisson et de certaines maladies telles que la diarrhée, l'infection des voies respiratoires supérieures et l'otite (SCP, 1998). Dans les pays du tiers monde, l'allaitement maternel est un déterminant de la survie des enfants (Ashraf, 1993). La Société Canadienne de Pédiatrie (SCP, 1998) ainsi que l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP, 1997) recommandent l'allaitement maternel pour tous les nourrissons.

En 2001, le ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSSQ) a émis des lignes directrices pour protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement maternel (MSSSQ, 2001). Pour ce faire, le ministère a choisi la stratégie de l'Initiative Ami des Bébé (IAB) qui consiste à offrir une certification officielle reconnue par l'OMS/UNICEF à tout établissement de santé se dotant d'une politique d'allaitement maternel qui tient compte des 10 conditions (pour les CH) ou des 7 étapes (pour les CLSC) pour le succès de l'allaitement maternel (OMS, 1989) et qui respecte le code international sur la commercialisation des substituts de lait (OMS, 1981). L'objectif général de ces lignes directrices, est d'atteindre en 2007 un taux d'allaitement maternel de 85% à la sortie de l'hôpital, et que ce taux soit de 70% à 2 mois, de 60% à 4 mois, de 50% à 6 mois et de 20 % à 1 an.

Notons qu'au Québec, en 1998, la prévalence de l'allaitement maternel total (exclusif et mixte) était de 71,8% à la naissance, de 52,6% à 2 mois et de 40,5% à 4 mois; la prévalence à 6 mois et à un an n'étant pas disponible (ISQ, 1998-2002).

En 2002, le MSSSQ met en place le Comité Québécois d'Allaitement (CQA) dont le principal mandat est de veiller à l'application des lignes directrices.

Les dix conditions requises pour la certification IAB sont présentées dans l'annexe I. Ces conditions concernent six pratiques hospitalières auxquelles sont directement exposées les mères dans les services de maternité. Il s'agit de l'initiation de l'allaitement maternel dans la première heure après la naissance, l'allaitement à la demande avec une flexibilité dans les horaires des tétées, l'aide et le support des mères allaitantes, la non-utilisation de sucres et de tétines artificielles, la cohabitation complète de la mère avec son bébé durant le séjour hospitalier et l'allaitement maternel exclusif au CH. L'impact de ces six pratiques sur le maintien de l'allaitement maternel a fait l'objet de beaucoup de recherches. Mais, en considérant les références de l'OMS, nous avons pu constater que les données sur la question n'étaient pas toujours très probantes et que d'une étude à l'autre, les conclusions n'étaient pas toujours cohérentes. Ainsi, en considérant les bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé des nourrissons et l'importance de ses répercussions sur la santé publique, et dans le contexte actuel où le MSSSQ s'engage dans une politique en faveur de l'allaitement maternel, il nous paraît important en effectuant cette recherche, de consolider les données déjà existantes sur le sujet.

## **Objectifs**

Les objectifs visés par notre étude sont au nombre de deux:

1. Mesurer l'association entre les pratiques hospitalières et le maintien de l'allaitement maternel à un mois post-partum;
2. Vérifier si l'effet des pratiques hospitalières les plus associées au maintien de l'allaitement maternel à un mois post-partum, varie selon que la mère a reçu une visite postnatale à domicile et selon que cette visite s'est effectuée dans les délais prescrits.



## **Contexte de l'étude**

Les données utilisées dans notre recherche proviennent de la base de données de «L'étude comparée de trois modèles inter organisationnels de continuité des soins dans le cadre des courts séjours hospitaliers en postnatal» dont l'objectif visait à identifier un ou des modèles optimaux de continuité des soins et leurs caractéristiques sous-jacentes, et à étudier les effets de ces modèles sur la santé de la mère et du bébé à un mois postpartum (D'Amour, 2003). Notre recherche porte particulièrement sur les pratiques cliniques périnatales auxquelles sont exposées les mères et leurs nouveau-nés durant leur séjour hospitalier.

## **Pertinence de l'étude**

Les résultats de notre étude pourront se compléter à ceux d'autres recherches pour permettre d'approfondir les connaissances sur les déterminants de la réussite de l'allaitement maternel. Plus spécifiquement, et dans le contexte actuel où le MSSSQ a clairement adopté une politique en faveur de l'allaitement maternel, nos résultats pourront aider les décideurs et les professionnels de la santé qui oeuvrent auprès des mères à mieux cibler leurs interventions et à mieux adapter leurs pratiques pour faire en sorte que les mères soient mieux supportées dans leur choix d'allaiter. De plus, nous pensons que nos résultats viendront supporter les groupes et les individus qui travaillent à l'instauration d'une culture de l'allaitement maternel au Québec. Enfin, nos résultats pourront alimenter des pistes de réflexion et amener des suggestions de recherches complémentaires sur le sujet.

## Recension des écrits

En guise d'introduction à la recension des écrits, il nous a semblé intéressant de tracer les grandes lignes de l'histoire récente de l'allaitement maternel afin de souligner les principales étapes qui l'ont marquée et de faciliter pour le lecteur la mise en contexte du présent travail. Par la suite, nous présenterons un résumé de la littérature sur les bienfaits de l'allaitement maternel ainsi que sur l'influence des facteurs personnels maternels, des facteurs périnataux (facteurs reliés au travail et à l'accouchement) et du suivi post congé sur le maintien de l'allaitement maternel. Nous poursuivrons par la présentation de la méthodologie que nous avons utilisée pour effectuer la recension des écrits sur les pratiques hospitalières qui influencent le maintien de l'allaitement maternel et qui nous a permis d'arriver aux conclusions dont découleront nos hypothèses de recherche. Nous présenterons alors en détail, les écrits sur les pratiques hospitalières. Nous conclurons cette section par un résumé de la littérature où nous présenterons nos conclusions et notre jugement quant à la force de l'impact de chacune des pratiques considérées sur le maintien de l'allaitement. Nous utiliserons à cet effet, les critères de causalité de Hill tels que définis par Gordis (1996).

### 1- Historique

Durant les vingt dernières années, et devant les très faibles taux d'allaitement maternel dans les pays industrialisés, on a assisté à d'importantes prises de décisions en faveur de l'allaitement maternel de la part des organisations internationales telles que l'OMS, l'UNICEF et de la part d'organismes gouvernementaux.

- Ainsi, en mai 1981, l'Assemblée Mondiale sur la Santé<sup>1</sup>, approuve par 118 voix contre une (les États-Unis) le code international sur la commercialisation des substituts de lait maternel (OMS, 1981) qui est élaboré et proposé par l'OMS et l'UNICEF en collaboration avec l'IBFAN (International Baby Food Action Network) et d'autres organisations non gouvernementales. Ce code vise à réglementer la promotion des substituts de lait maternel et ce, aussi bien au niveau du public qu'au niveau des professionnels de la santé. Le code recommande notamment à ces derniers de ne pas offrir d'échantillons gratuits de substituts de lait aux mères.

<sup>1</sup> Assemblée composée des délégués représentant les états membres de l'OMS et dont les principales fonctions consistent à approuver le programme et le budget de l'OMS et à statuer sur les grandes orientations politiques de l'organisation.

- En novembre 1989, les 159 états de l'ONU adoptent à l'unanimité la convention sur les droits de l'enfant dont l'article «24.e» qui vise à donner aux parents l'information sur la nutrition de l'enfant et sur les avantages de l'allaitement maternel. Notons que cette convention a été ratifiée en décembre 1994 par 168 pays dont le Canada, et que parmi les absents figuraient les États-Unis.
- Toujours en 1989, l'OMS et l'UNICEF adoptent une déclaration conjointe : « Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel» (OMS, 1989).
- En août 1990, les deux organismes parrainent l'élaboration et l'adoption de la déclaration «Innocenti» sur la protection, l'encouragement et le soutien à l'allaitement. Cette déclaration exige une implication des gouvernements pour qu'ils veillent sur l'application des dix conditions ainsi que sur le respect du code et pour qu'ils promulguent des lois novatrices protégeant le droit des travailleuses à allaiter leur enfant (OMS, 1990).
- En février 1991, un consortium d'organisations non gouvernementales internationales crée l'Alliance mondiale pour l'action en faveur de l'allaitement maternel «WABA : World Alliance for Breastfeeding Action» qui soutient la mise en oeuvre de la déclaration d'Innocenti et organise tous les ans la Semaine Mondiale de l'Allaitement.
- En juin 1991, l'OMS et l'UNICEF lancent l'Initiative Hôpitaux Ami de Bébés (IHAB) qui vise à ce qu'un établissement de santé se conforme aux dix conditions de même qu'au code international de commercialisation des substituts de lait maternel.
- Toujours en 1991, Santé Canada crée le Comité Canadien pour l'Allaitement (CCA) dont le mandat est de faire de l'allaitement maternel une norme culturelle en ce qui concerne la nutrition des nourrissons au Canada.
- En 1995, les États Unis mettent fin à 13 ans d'opposition au code international sur la commercialisation des substituts de lait maternel.
- En 1996, le CCA décide de faire de l'IHAB sa principale stratégie pour la protection et la promotion de l'allaitement maternel, on lui donne alors l'appellation «Initiative Amis des Bébés» (IAB) pour souligner le fait que l'allaitement maternel ne se limite pas au contexte hospitalier mais qu'il inclut aussi la dimension communautaire.

- En 1997, l'Académie Américaine de Pédiatrie recommande l'allaitement maternel exclusif de la naissance à 6 mois (AAP, 1997).
- En 1998, le CCA lance officiellement l'IAB au Canada; dans la même année la Société Canadienne de Pédiatrie, les Diététistes du Canada et Santé Canada émettent des recommandations sur l'alimentation du nourrisson à terme, de la naissance à 2 ans (SCP, 1998).
- En 1999, le CCA désigne l'hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins (BMP) de Cowansville au Québec comme le premier hôpital Ami des Bébés au Canada.
- En l'an 2000, on compte 14 000 hôpitaux Amis des Bébés à travers le monde.
- En septembre 2001, le MSSSQ émet des lignes directrices visant à protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement maternel (MSSSQ, 2001).
- À l'heure actuelle, trois hôpitaux canadiens sont certifiés «IHAB», il s'agit de l'hôpital BMP de Cowansville (Québec), du Centre Hospitalier de St-Eustache (Québec) et du St-Joseph Health Care Hospital de Hamilton (Ontario).

## **2-Les bienfaits de l'allaitement maternel**

Les nourrissons allaités bénéficient d'une meilleure résistance à différentes sortes de maladies telles que la diarrhée, les problèmes respiratoires, la toux et les otites. Cet effet protecteur augmente avec la durée de l'allaitement maternel (Raisler, 1999; Scariati, 1997). L'allaitement maternel est aussi associé à une diminution de 40% du risque de maladie cœliaque chez l'enfant (Ivarsson, 2002). À plus long terme, l'allaitement maternel protège contre les allergies (Saarinen, 1995), l'obésité (Kries, 1999) et le diabète insulino-dépendant (McKinney, 1999); il favorise un meilleur développement cognitif chez l'enfant (Anderson 1999) et diminue le risque du Syndrome de la Mort Subite du Nourrisson (SCP, 1998). Il présente aussi des avantages aux échelles économique et sociale notamment grâce à la réduction des coûts en matière de soins de santé et d'absentéisme parental (AAP, 1997). Dans certains pays du tiers monde, l'allaitement maternel peut être un déterminant de la survie des nourrissons (Ashraf, 1993).

L'allaitement maternel offre aussi des bienfaits pour la santé de la mère. Ainsi chez les mères allaitantes, on observe une réduction du risque de cancer du sein à la pré-

ménopause (Bernier, 2000), une réduction des risques de cancer de l'ovaire, d'hémorragie postpartum, de fractures de la hanche et de la colonne vertébrale; ainsi qu'une augmentation de l'estime de soi, et une amélioration du lien d'attachement qu'elle a avec son enfant (Labbok, 1999).

### **3- Les déterminants du maintien de l'allaitement**

#### ***3-1. Les facteurs personnels***

Ils incluent les caractéristiques personnelles de la mère telles que son âge, son origine ethnique, son niveau d'éducation, son état matrimonial ainsi que ses habitudes de vie. Ainsi, les mères les plus éduquées, les femmes mariées, les non fumeuses et celles qui ont suivi des cours prénatals sont plus susceptibles de maintenir l'allaitement (Evers, 1998). D'autres facteurs influencent le maintien de l'allaitement, on y retrouve l'attitude supportrice des proches de la mère face à l'allaitement maternel, notamment celle de son conjoint mais aussi celle de sa famille et de ses amis (Giugliani, 1994; Novotny, 2000), l'absence de problèmes d'allaitement, le fait d'avoir déjà allaité (Martens, 2000) et la durée de l'allaitement antérieur (Nagy, 2001; Berra, 2001). Par ailleurs, il existe une relation de dose-réponse positive entre la durée du congé parental et celle de l'allaitement maternel (Williams, 1999; Visness, 1997). Néanmoins, les mères qui bénéficient d'un bon soutien postnatal comme l'enseignement des techniques de maintien de la lactation (expression du lait) allaitent plus longtemps malgré leur retour au travail (Valdès, 2000). Notons à cet effet que les lois canadiennes sont de plus en plus accommodantes de l'allaitement maternel, comme la loi fédérale adoptée en 1998 qui permet désormais aux mères travailleuses de prolonger leur congé parental jusqu'à 32 semaines. D'autres facteurs personnels influencent le maintien de l'allaitement tels que la grossesse planifiée (Pérez-Escamilla, 1999) ainsi que l'intention prénatale de la mère d'allaiter son bébé et sa confiance en elle (Ertem, 2001).

#### ***3-2. Les facteurs pernatals***

Les interventions obstétricales durant le travail et l'utilisation de narcotiques ou d'anesthésie épidurale influencent négativement la durée de l'allaitement (Matthews, 1989). De plus, une réduction des interventions médicales avec un bon support durant le

travail favorise une plus longue durée d'allaitement; ce lien semble néanmoins passer par des facteurs intermédiaires tels que la bonne estime de soi de la mère et sa confiance en elle (Hofmeyr, 1991).

### ***3-3. Le suivi post congé***

Le maintien de l'allaitement maternel est associé à la qualité du suivi postnatal (Evers, 1998). Le soutien que les mères reçoivent de la part des professionnels de la santé pendant qu'elles vivent leur expérience d'allaitement représente une aide inestimable dans leur adaptation à leur nouveau rôle (Montgomery, 2000). Ce support professionnel découle directement de l'ensemble des politiques dans les établissements de santé, ainsi que des attitudes, des pratiques et des compétences de chaque professionnel de la santé (médecins, sages-femmes et infirmiers(ères)) en rapport avec l'allaitement maternel (Freed, 1995; Howard, 1997).

Ainsi, l'aide offerte aux mères pour surmonter les difficultés d'allaitement maternel dans le postpartum est associée au maintien de l'allaitement (Hogan, 2001). Au Québec, et dans le contexte actuel de congés précoces, l'aide à l'allaitement maternel après le congé, fait partie du suivi postnatal à domicile effectué principalement par les infirmières du CLSC. À cet effet, le MSSSQ recommande que la visite postnatale de l'infirmière ait lieu dans les 72 heures qui suivent la naissance (MSSSQ, 1999). Cependant, en pratique, tous les milieux ne peuvent offrir une visite à domicile à toutes les mères en dedans de 72 heures. Des critères de priorisation de la visite sont établis. Ainsi, selon la grille de priorisation des visites postnatales à domicile qui est recommandée par la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-centre, les mères n'ayant pas d'expérience avec un bébé ni avec l'allaitement maternel et celles dont la situation socio-économique est défavorable représentent un profil de mères pour qui la visite postnatale est considérée comme prioritaire, devant avoir lieu dans les trois jours. Selon cette même grille de priorisation, la visite postnatale est considérée moins prioritaire pour les mères multipares ainsi que pour celles dont la situation matérielle n'est pas critique. On recommande alors que cette visite a lieu dans les sept jours (RRSSS, 2000).

### ***3-4. Les pratiques hospitalières***

Durant leur séjour hospitalier, les mères sont exposées aux différents protocoles de soins appliqués dans les services de maternité. Selon l'OMS et l'UNICEF, ces pratiques hospitalières constituent des déterminants du maintien de l'allaitement. Elles sont de ce fait, classées parmi les dix conditions requises pour qu'un centre hospitalier puisse être certifié «Amis des Bébé» (OMS, 1989).

Les dix conditions réfèrent à différents volets de la politique d'allaitement maternel. Ainsi, les conditions "1" et "2" portent sur le volet organisationnel (l'adoption d'une politique d'allaitement et la formation du personnel soignant en matière d'allaitement); la condition "3" porte sur le volet de la promotion de l'allaitement maternel (l'information donnée aux mères sur les bienfaits de l'allaitement maternel); les conditions "4" à "9" portent sur le volet du soutien et de la protection de l'allaitement maternel à l'hôpital soit les pratiques hospitalières; alors que la condition "10" porte sur le volet communautaire (la référence des mères vers les organismes d'entraide).

Ainsi, cette section du recensement des écrits portera exclusivement sur les pratiques hospitalières qui sont les conditions 4, 5, 6, 7, 8 et 9 de l'OMS soit la précocité du premier boire, l'aide aux mères allaitantes, l'allaitement maternel exclusif au CH, la cohabitation mère-enfant, la flexibilité des horaires des tétées et la non-utilisation de la suce. À ces six conditions, nous rajoutons une septième pratique hospitalière qui fait référence au respect du code et qui consiste à ne pas offrir aux mères d'ensembles cadeaux contenant des substituts de lait ou des coupons.

#### **3-4-1. Méthodologie de la recension des écrits**

La publication de Vallenat et Savage (1999) a servi de point de départ à notre recension des écrits sur les sept pratiques hospitalières mentionnées ci-dessus. Les auteures ont produit pour l'OMS (Division de la santé et développement de l'enfant), un document où elles recensent un grand nombre d'études sur les données scientifiques supportant les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. Nous avons complété ce recensement par la recherche de publications plus récentes sur le sujet. Ainsi, nous avons procédé à une recherche automatisée en interrogeant la base de données Medline. Nous avons recherché les publications en français et en anglais qui ont été faites sur le sujet et ce, sur

une période s'étendant entre 1981 et 2002. Pour cela, nous avons utilisé les mots-clés suivants : «breastfeeding determinants, breastfeeding duration, maternity ward practices, hospital practices». Nous avons aussi utilisé d'autres outils de recherche comme la bibliographie des articles recensés. À la fin de cette étape, nous avons retenu les études jugées pertinentes à notre sujet.

Deux pratiques hospitalières ont fait l'objet de méta-analyses : **l'aide à l'allaitement maternel** (Sikorski et Renfrew 2001) et **les ensembles-cadeaux contenant des substituts de lait** (Pérez-Escamilla et coll.1994). Ces méta-analyses ont été évaluées à l'aide de la grille d'analyse de Stroup et coll (2000); l'évaluation révèle qu'elles répondent bien aux critères présentés dans la grille d'analyse. En effet, elles présentent clairement le contexte de l'étude, la stratégie de recherche et la méthodologie utilisée. De plus, on y trouve une information détaillée sur les études incluses et l'évaluation de leur degré d'homogénéité. Les résultats comprennent des graphiques qui présentent aussi bien les estimations individuelles de chaque étude que les risques relatifs agrégés de la méta-analyse. La discussion inclut les biais rencontrés et la conclusion mène à des pistes de recherches ultérieures. À la lumière de ces critères, nous avons porté un jugement sur la qualité de ces méta-analyses et nous les avons évaluées comme *très bonnes*.

Les articles originaux inclus dans les deux méta-analyses n'ont donc pas été révisés. Nous avons choisi de retenir les conclusions de ces méta-analyses que nous présenterons sous forme de tableaux récapitulatifs et ce, au début de chaque section. Nous compléterons alors la dite section par la présentation des résultats de notre propre recension des écrits sur le sujet.

Pour les cinq autres pratiques hospitalières qui n'ont pas fait l'objet de méta-analyses soit **le délai du premier boire, l'allaitement maternel exclusif au CH, la cohabitation, la flexibilité des horaires des tétées et l'utilisation de la suce**, nous présenterons seulement notre propre recension des écrits.

Notre revue systématique de la littérature sur les sept pratiques hospitalières a été effectuée à l'aide d'une grille d'évaluation inspirée de la grille d'analyse de Downs & Black (1998). Cette dernière est un instrument d'évaluation de la qualité méthodologique, ainsi que des forces et des faiblesses des études randomisées et non randomisées. Elle permet de calculer un score de qualité «Quality Index». Elle compte 27 items, elle possède une grande consistance interne (Kuder-Richardson-20 = 0,89), une



bonne fiabilité test-retest ( $r = 0,88$ ) et une bonne fiabilité inter-évaluateurs ( $r = 0,75$ ). Nous avons adopté cette grille de Downs & Black pour les avantages qu'elle présente, notamment au niveau de l'évaluation des études non randomisées; nous l'avons aussi adaptée aux besoins de notre étude. Ainsi, nous avons combiné deux items : celui qui évalue si les effets positifs de l'intervention sont rapportés et celui qui évalue si les effets négatifs de la même intervention sont rapportés; nous avons obtenu un item unique qui évalue si tous les effets sont rapportés. Nous avons aussi appliqué des modifications mineures sur le libellé de certains items afin de faciliter le repérage des éléments à évaluer dans chacune des études considérées.

La grille d'évaluation que nous avons utilisée est présentée dans l'Annexe II, elle compte 26 items regroupés en quatre volets, la description des caractéristiques de l'article, la validité externe, la validité interne et la puissance de la recherche; chaque item est évalué par un score allant de 0 à 2 pour une cote maximale de 52 points que nous avons exprimée sous forme de pourcentage. À partir des pourcentages, nous avons classifié la qualité de l'étude et de la publication de la manière suivante : "Très élevée" pour les études cotées à 90% et plus; "Élevée" pour les études cotées de 75% à 89%; "Moyenne" pour les études cotées de 60% à 74% et "Faible" pour les études cotées à moins de 60%. De plus, nous avons évalué le lien causal entre chaque pratique hospitalière et le maintien de l'allaitement maternel et ce, en fonction de la définition des critères de causalité de Hill tels que définis par Gordis (1996). Cette évaluation nous a guidé dans l'élaboration de nos hypothèses de recherche et dans la construction de notre cadre de référence. Nous pensons que la procédure utilisée pour la recension des écrits a considérablement amélioré l'objectivité avec laquelle nous avons jugé de la validité de chaque étude considérée. Un tableau résumé de chacune des études recensées ainsi que la cote qui lui a été attribuée, sont présentés dans l'annexe III.

### **3-4-2. Résultats de la recension des écrits**

#### **\* Délai du premier boire**

Le délai du premier boire constitue la condition "4" pour le succès de l'allaitement maternel. L'OMS recommande d'encourager les mères à mettre leur bébé au sein dans les 30 à 60 minutes qui suivent la naissance, la plupart des bébés manifestent effectivement de l'intérêt pour le sein dans des délais semblables.

Pendant plusieurs décennies, la mère et son bébé ont été séparés systématiquement dès la naissance. Ainsi la mère continuait de recevoir ses soins en post-partum tandis que le bébé séjournait à la pouponnière où les soins de routine lui étaient prodigués; il pouvait par la suite soit retrouver sa mère soit demeurer à la pouponnière jusqu'au congé. Ces protocoles de soins sont de plus en plus abandonnés notamment depuis que la recherche a mis en évidence les avantages d'une mise au sein rapide (bénéfices physiologiques du colostrum) et les bienfaits psychologiques du contact mère-bébé.

Pour le bébé, le contact peau à peau avec sa mère est une forme de prolongement de son milieu naturel qui l'aide à prévenir les pertes de chaleur et lui procure un effet analgésique notamment lors des procédures hospitalières habituelles telles que le prélèvement sanguin au talon (Gray, 2000). Ce contact précoce est aussi positivement associé à la durée de l'allaitement maternel (Berra, 2001).

De plus, le contact précoce favorise une première mise au sein rapide pour le nouveau-né et ce, particulièrement si la mère n'a pas reçu de médication durant le travail (Righard, 1990). En effet, comparés à ceux séparés de leur mère, les bébés mis sur le ventre de leur maman immédiatement après la naissance, sont capables de se déplacer spontanément vers le sein, de téter précocement et de développer une meilleure technique de succion (Righard, 1992).

L'initiation de l'allaitement maternel dans la première heure de vie est positivement associée au maintien de l'allaitement maternel (DiGirolamo, 2001; Labarere, 2001).

D'autres études moins récentes mentionnent une association similaire, même si le délai du premier boire en soi, ainsi que la période d'observation diffèrent légèrement d'une étude à l'autre (DeChâteau, 1977; Taylor, 1986).

#### **\* Aide à l'allaitement maternel**

L'aide à l'allaitement maternel constitue la condition "5" de l'OMS; les études recensées sur le sujet diffèrent les unes des autres aussi bien selon la forme de l'aide offerte que selon la période postnatale considérée.

Même s'il naît avec le réflexe de succion, le nouveau-né a besoin de parfaire sa technique de prise du sein dans les premières heures et les premiers jours de vie. Il est donc important d'offrir à la mère un support professionnel de qualité incluant les conseils pour les positions d'allaitement, la prise adéquate du sein et les difficultés inhérentes aux

premières expériences d'allaitement maternel; ceci permettrait à l'allaitement maternel de s'installer sur une base solide.

Il est évident que les compétences des professionnels de la santé influencent directement la qualité de l'aide reçue par les mères en matière d'allaitement maternel. Notons qu'à ce propos, l'enquête effectuée par Levitt et coll en 1995 révèle que seulement 14% des hôpitaux canadiens (10% pour le Québec) comptent parmi leur personnel un expert-conseil en allaitement maternel ( professionnel spécialisé dont la fonction est de donner du soutien et de l'information ) et que seulement 58% des hôpitaux (48% pour le Québec) détiennent une politique écrite en matière d'allaitement.

Aux États-Unis, 50% des médecins praticiens estiment que leur formation en allaitement maternel est inadéquate, seulement 50% s'auto-évaluent comme efficaces pour donner des conseils d'allaitement maternel (Freed, 1995) et 57% des obstétriciens ont une pratique qui supporte l'allaitement maternel (Howard, 1997).

L'aide à l'allaitement maternel a été considérée dans la méta-analyse de Sikorski et Renfrew (2001) qui porte sur sept études randomisées présentées dans le tableau I.

**Tableau I. Association entre l'aide postnatale à l'allaitement et son maintien, Sikorski et Renfrew (2001).**

Étude, Année	N	Intervention	Maintien de l'allaitement
Barros, 1994	900	-3 visites postnatales	-Tendance vers une augmentation
Frank, 1987	343	-Conseils en CH; téléphones en postpartum	- Tendance vers une augmentation
Grossman, 1990	97	-Conseils en CH; documents; téléphones en postpartum	-Tendance vers une diminution
Jones, 1985	678	-Support individuel en CH et à domicile	-Augmenté (statistiquement significative)
Lynch, 1986	270	-Visites postnatales et téléphones	- Tendance vers une diminution
Serafino-Cross, 1992	52	-Visites postnatales	-Tendance vers une augmentation
Sjolin, 1979	146	-Conseils en CH; visites postnatales et téléphones	- Tendance vers une augmentation

«Tendance» réfère à des résultats statistiquement non significatifs

Les auteurs de cette méta-analyse mentionnent une amélioration de la durée d'allaitement maternel avec un RC agrégé de sevrage avant six mois de 0,81; IC à 95% (0,68-0,96). Ils concluent aussi que les interventions en «face à face» ont un meilleur bénéfice que les entrevues téléphoniques. Cependant, ils rapportent certaines limites rencontrées dans les études incluses telles que le manque d'information sur les qualifications des intervenants qui offrent l'aide, le manque d'explications sur l'intervention d'aide ainsi que la diversité dans l'intervention d'aide d'une étude à l'autre.

L'enseignement de l'allaitement maternel aux mères, les conseils, l'offre de documentation et de posters sont associés à une plus forte prévalence d'allaitement maternel à quatre mois et à une introduction plus tardive des solides (Jones, 1986; Pérez-Escamilla, 1992).

L'aide apportée aux mères allaitantes par les professionnels à l'hôpital est associée à une plus longue durée d'allaitement maternel de même qu'à une prévalence plus élevée d'allaitement maternel à l'âge de deux semaines et de deux mois (Brent, 1995).

De plus, la participation des mères en post-partum à des cliniques externes d'allaitement maternel est associée à une plus forte prévalence de l'allaitement maternel à quatre mois et à six mois, cette prévalence est dose-dépendante du nombre de visites rendues à la clinique d'allaitement maternel (Barros, 1995).

#### **\* Allaitement maternel exclusif au CH**

L'allaitement maternel exclusif constitue la condition "6" et a été défini par l'OMS comme étant l'allaitement maternel sans ajout d'eau, ni d'eau glucosée ni de préparation commerciale pour nourrissons (OMS 1989).

L'introduction précoce et routinière de suppléments chez le nouveau-né est une pratique très commune malgré l'absence de données scientifiques susceptibles de l'appuyer. Cette pratique a fait l'objet de plusieurs recherches où l'on a essayé d'en évaluer l'impact sur la durée de l'allaitement maternel. Les études diffèrent beaucoup les unes des autres quant au type de suppléments donnés ainsi qu'au moment où ces suppléments sont donnés aux bébés. Ainsi, selon DiGirolamo (2001), l'introduction de suppléments de lait et de sérum glucosé à 5% durant le séjour hospitalier est associée à un sevrage précoce et ce, après ajustement pour le niveau de scolarité de la mère, son statut socio-économique

ainsi que les autres variables d'intérêt comme la cohabitation, le délai du premier boire, la flexibilité des horaires des tétées et l'introduction de la suce.

L'introduction des suppléments de lait à l'hôpital est associée à un risque plus élevé de sevrage précoce et de sevrage à trois mois (Abada, 2001; Blomquist, 1994; Marques, 2001; Martens, 2000; Piper, 1996; Vogel, 1999; Wright, 1996). L'ajustement est fait pour les principales variables de confusion. Par ailleurs, quand les suppléments sont donnés pour des raisons médicales (ex. mères diabétiques, nouveau-nés prématurés), le maintien de l'allaitement maternel n'est pas affecté; ceci semble être lié au fait que la confiance de la mère en elle est dans ces cas-ci moins ébranlée (Blomquist, 1994).

L'utilisation du verre «cup feeding» constitue alors une bonne alternative au biberon; elle est simple, efficace et peut prévenir une possible confusion au niveau de la succion chez le nouveau-né. Comparée à d'autres modalités de suppléments, l'utilisation du verre est associée à une plus forte prévalence de l'allaitement maternel au moment du congé de l'hôpital (Lang, 1994).

Dans une étude de cohorte combinée à une analyse qualitative, Victoria et coll (1997) concluent que les suppléments de lait avant l'âge de un mois sont associés au sevrage entre un et six mois avec un RCA de 4,14 et un IC à 95% de (3,09-5,54) et que les suppléments de thé sont associés au sevrage entre un et six mois avec un RCA de 1,33 et un IC à 95% de (1,01-1,75), l'ajustement ayant été fait pour les caractéristiques personnelles de la mère et pour les principales variables de confusion.

L'introduction des suppléments peut nuire au maintien de l'allaitement maternel même si elle est faite tardivement. En effet, on note un lien entre les suppléments de lait avant l'âge de 45 jours et la durée de l'allaitement maternel (Novotny, 2000).

Par contre, d'autres études recensées n'ont pas conclu à une association négative entre l'offre de suppléments et la durée de l'allaitement maternel, ces études sont relativement bien cotées selon notre grille d'évaluation (Abada, 1984; Labarere, 2001; Schubiger, 1997).

#### **\* Cohabitation**

La cohabitation constitue la condition "7" de l'OMS et consiste à laisser le bébé avec sa mère 24 heures par jour. Dans la littérature, la cohabitation est définie différemment d'une étude à l'autre et les avis sont assez partagés quant à l'influence qu'elle pourrait

avoir sur la durée de l'allaitement maternel. Cependant, les tenants de la cohabitation considèrent que le contact continu de la mère avec son bébé facilite une meilleure flexibilité dans les horaires des tétées. Encore faut-il que le lien entre la flexibilité et le maintien de l'allaitement maternel soit établi. Cette dernière question est considérée plus loin dans notre revue de littérature.

La cohabitation est associée à une plus longue durée d'allaitement maternel et à une plus forte prévalence à l'âge de 135 jours (Pérez-Escamilla, 1992). De plus, les mères qui cohabitent avec leur bébé 24 heures par jour, allaitent plus longtemps que celles qui cohabitent seulement les 45 premières minutes (Strachan Lindenberg, 1990).

Même quand la cohabitation ne débute que six heures après la naissance, elle demeure associée à un plus grand intérêt des mères pour l'allaitement maternel (Procinoy, 1983).

Notons qu'une cohabitation pratiquée partiellement à 60% du temps est aussi associée à une plus grande prévalence de l'allaitement maternel à quatre mois (Wright, 1996).

De plus, chez des bébés qui présentent une hyperbilirubinémie nécessitant un traitement, la cohabitation 24 heures par jour durant tout le traitement est associée au maintien de l'allaitement maternel à 12 semaines (Elander, 1986). Cependant, Berra et coll (2001) n'ont pas trouvé de lien entre la cohabitation de 24 heures par jour et le maintien de l'allaitement maternel, d'autres auteurs ont également réfuté ce lien et ce, sans spécifier la définition de la variable (DiGirolamo, 2001; Labarere, 2001).

#### **\* Flexibilité des horaires des tétées**

La flexibilité est la condition "8" de l'OMS; elle consiste à encourager l'allaitement maternel à la demande. Les chercheurs n'arrivent pas à s'entendre sur son lien avec le maintien de l'allaitement; elle semble être associée à une plus longue durée de l'allaitement maternel selon Labarere (2001); mais DiGirolamo et coll (2001) n'arrivent pas à la même conclusion et ce, après ajustement pour les variables de confusion.

Notons que dans le document présenté à l'OMS en 1999 par Vallenias et Savage (1999), les auteures ont cité cinq études pour supporter le lien entre la flexibilité et la durée de l'allaitement maternel. On y compte l'étude de Salariya (1978) qui ne mentionne pas de lien entre les deux variables en question, quatre autres études datant de 1952 à 1984 dont deux effectuées par DeCarvalho (1983, 1984) et qui accusent une faible puissance avec des effectifs inférieurs à 30 sujets dans chacun des groupes de comparaison, l'étude de

Slaven (1981) qui mentionne un lien probable avec la durée de l'allaitement maternel, celui-ci serait indirect et passerait plutôt par des moindres problèmes d'engorgement mammaire. La dernière étude est faite par Illingworth (1952), elle date de plus de 50 ans et conclut que la flexibilité semble bénéfique à l'allaitement maternel exclusif à un mois.

#### **\* Utilisation de la suce**

C'est la condition "9" de l'OMS; il s'agit là encore d'une pratique controversée quant à son effet sur la durée de l'allaitement maternel, notre recension des écrits sur le sujet nous amène à constater que la variable est définie différemment d'une étude à l'autre selon la fréquence d'utilisation de la suce et que les conclusions des recherches sur le sujet se contredisent.

Ainsi, dans son étude de cohorte, Labarere (2001) trouve une association négative entre l'usage de la suce et la durée de l'allaitement maternel sans qu'on ait de spécifications sur la fréquence de l'utilisation de la suce. Dans une autre étude de cohorte, Vogel (1999) trouve une association positive entre l'utilisation quotidienne de la suce et le sevrage précoce avec un RR à 1,62 et un IC à 95% de (1,20-2,18).

Righard et al (1997) concluent à une association entre l'utilisation de la suce dans les deux premières semaines de vie et le faible taux d'allaitement maternel à quatre mois. Cependant, ils combinent la variable avec la mauvaise technique de succion, ce qui rend le résultat difficilement attribuable à la simple utilisation de la suce.

D'autres études ne trouvent pas de lien entre l'utilisation de la suce durant le séjour hospitalier et la durée de l'allaitement maternel (DiGirolamo, 2001; Schubiger, 1997; Wright, 1996).

Finalement, dans l'étude de Kramer (2001) qui est une étude clinique randomisée à double insu, les auteurs ont étudié l'effet de l'utilisation de la suce sur l'abandon de l'allaitement maternel à trois mois ainsi que sur la durée et la fréquence des pleurs chez le bébé à quatre, six et neuf semaines d'âge. Les résultats ne montrent pas de différences entre les deux groupes concernant le sevrage à trois mois. De plus, la fréquence des pleurs est légèrement plus faible dans le groupe expérimental (pas de suce) à quatre et à six semaines, elle est identique dans les deux groupes à neuf semaines; la durée des cris est la même dans les deux groupes. Les auteurs considèrent en effet, que l'utilisation de la suce n'est pas déterminante pour le sevrage précoce mais qu'elle contribue à cet effet,

si des difficultés d'allaitement et/ou une faible motivation de la mère sont préexistantes. Notons que ces résultats rejoignent les conclusions de Victoria et coll (1997), où les auteurs ont effectué une étude de cohorte jumelée à une analyse qualitative des données et où ils ont identifié une association positive entre l'utilisation intensive de la suce dans le premier mois et le sevrage entre un et six mois avec un RC à 2,37 et un IC à 95% de (1,40-4,01), mais que l'utilisation de la suce serait plutôt un élément de contribution au sevrage et non un déterminant en soi.

**\* Ensembles cadeaux avec substitut de lait et/ou coupons**

Cette pratique ne constitue pas une condition parmi les dix énumérées par l'OMS, mais elle réfère plutôt au respect du code international sur la commercialisation des substituts de lait (OMS 1981). Le fait d'offrir aux mères des échantillons gratuits de substitut de lait et/ou des coupons rabais pour s'en procurer pourrait constituer une forme de barrière à l'allaitement maternel et ce, en agissant comme un facteur incitatif à l'introduction de suppléments de lait particulièrement dans les premiers jours, et avant que l'allaitement maternel ne soit bien établi.

Notons que selon l'enquête effectuée par Levitt (1995), 57% des hôpitaux québécois distribuent systématiquement des échantillons de substitut de lait aux mères allaitantes, 22% le font à la demande de la mère et seulement 22% n'en donnent jamais. De plus, 86% des hôpitaux au Québec ont un contrat d'exclusivité avec un fabricant de substituts de lait, sachant que ce type de contrat oblige l'hôpital à donner aux mères des échantillons gratuits ce qui va à l'encontre des recommandations du code.

De plus, Howard et al (1994) rapportent dans leur sondage (fait aux États-Unis), que 38% des mères reçoivent du lait gratuitement avant l'accouchement; et que parmi elles, 95% se le font offrir par un professionnel de la santé. La non offre de cadeaux avec substitut de lait a été considérée dans la méta-analyse de Pérez-Escamilla (1994) qui a inclus six études randomisées dont la description est présentée dans le tableau II.



**Tableau II. Association entre la non offre d'ensembles cadeaux et le maintien de l'allaitement maternel exclusif à un mois, Pérez-Escamilla (1994).**

Étude, Année	n	Intervention	Maintien de l'allaitement
Bergevin, 1983	406	-une bouteille; substituts de lait; une tétine; documentation	- Tendance vers une augmentation
Evans, 1986	95	-Substituts de lait.	- Tendance vers une augmentation
Feinstein, 1986	166	-deux bouteilles; substituts de lait; documentation	-Inchangé
Dungy, 1992	87	-Substituts de lait	- Tendance vers une augmentation
Frank, 1987	324	-deux bouteilles; deux tétines; documentation	- Tendance vers une augmentation

Bien que leurs résultats soient statistiquement non significatifs, les auteurs de cette méta-analyse concluent que l'offre de cadeaux contenant des substituts de lait est associée à un risque relatif très faible du maintien de l'allaitement maternel exclusif à un mois avec un RR agrégé de 1,1 IC 95% (1,0-1,3). Ils concluent aussi que les effets négatifs des cadeaux de lait sont plus particulièrement observés parmi les sous-groupes vulnérables tels que les primipares ou les mères démunies dans les pays en voie de développement. Deux études randomisées, soit celle de Dungy (1997) et celle de Campbell Bliss (1997) n'ont pas trouvé d'association entre l'offre de cadeaux avec lait et la durée de l'allaitement maternel. Campbell Bliss (1997) n'a pas non plus trouvé d'association avec le mode d'alimentation à six semaines, à quatre et à six mois.

Dans une étude de cohorte, Wright et coll (1996) ont considéré à la fois l'offre de substitut de lait et celle de coupons permettant de s'en procurer. Les auteurs concluent que l'allaitement maternel à quatre mois est plus fréquent chez les mères qui n'ont pas reçu de substitut de lait ni de coupons dans leur ensemble cadeaux avec un RC de 1,62 et un IC à 95% de (1,02-2,57). Notons que dans cette étude, les recrutements des sujets et des témoins se sont faits sur deux périodes de temps distinctes, soit avant et après que la politique d'allaitement de l'hôpital a été révisée en accord avec les dix conditions de l'OMS et de l'UNICEF. Cette limite pourrait occasionner un possible biais d'histoire qu'il ne faudrait pas négliger.

Les résultats des recherches sur le sujet restent mitigés, et on ne semble pas être en mesure de conclure à une association entre cette pratique et la durée de l'allaitement.

### 3-4-3. Résumé de la recension des écrits

À l'aide de cette recension des écrits, nous avons tenté de mieux évaluer le lien entre chacune des pratiques hospitalières considérées et le maintien de l'allaitement. Pour ce faire, nous avons choisi d'utiliser cinq des critères de causalité de Hill tels que définis par Gordis (1996). Il s'agit de la relation temporelle, la cohérence entre les études (consistency), la plausibilité du lien, la force de l'association et la relation de dose-réponse.

Le tableau III, présente un résumé des critères de causalité évalués pour chaque pratique hospitalière, les études y sont présentées par ordre alphabétique. Les cotes (%) ont été calculées à l'aide de la grille présentée à l'annexe II. Notons que le critère de la relation temporelle est présent pour toutes les pratiques puisque ces dernières se réfèrent au séjour hospitalier alors que le maintien de l'allaitement maternel se mesure dans la période postnatale suivant le congé. Nous avons choisi de présenter la force d'association avant la cohérence afin de faciliter la lecture du tableau. La force d'association mesure le lien qui unit chacune des pratiques favorables avec le maintien de l'allaitement. La cohérence est représentée par le nombre d'études qui ont trouvé une association positive et statistiquement significative entre la pratique et le maintien (ou la durée) de l'allaitement maternel. Cependant, pour nos conclusions, nous tiendrons aussi compte de tous les résultats où il se dégage une tendance vers l'association entre la pratique hospitalière et le maintien de l'allaitement maternel même si la signification statistique est absente. La plausibilité fait référence à l'explication biologique et/ou clinique du lien possible entre la pratique et la réussite de l'allaitement maternel, elle est classée selon quatre catégories, très bonne, bonne, passable et faible. La relation de dose-réponse entre l'exposition à la pratique hospitalière et le maintien de l'allaitement maternel est considérée comme présente si elle a été mentionnée dans au moins une des études considérées pour chaque pratique hospitalière, nous l'avons considérée absente si aucune des études considérées n'en fait mention.

**Tableau III. Présentation des critères de causalité évalués pour chaque pratique hospitalière en relation avec le maintien de l'allaitement maternel**

Pratique Favorable	Études considérées <sup>1</sup>	Cote (%)	Force d'association <sup>2</sup>	Cohérence	Plausibilité	Dose-réponse
Court délai du premier boire	1-Berra, 2001	74	Pas d'association	4/5	Bonne	Plus le délai du premier boire est court, plus les chances de maintien de l'allaitement sont élevées.
	2-De Château, 1977	82	Association positive*			
	3-DiGirolamo, 2001	73	RCA=1,6*			
	4-Labarere, 2001	72	RCA=1,25*			
	5-Taylor, 1986	76	Association positive*			
Aide à l'allaitement	1-Barros, 1995	84	RCA=3,42*	5/6	Bonne	Plus l'aide est offerte, plus les chances de maintien de l'allaitement sont élevées.
	2-Brent, 1995	83	Association positive* (ajustée)			
	3-Jones, 1986	68	Association positive*			
	4-Kuan, 1999	80	Pas d'association			
	5-Pérez-Escamilla, 1992	86	Association positive* (ajustée)			
	6-Str.-Lindenberg, 1990	62	Association positive* (ajustée)			
	(7) dans une méta-analyse	Très bonne	Tendance vers une association positive			
Allaitement maternel exclusif	1-Abada, 2001	84	RR=1,02	9/12	Très bonne	Plus le bébé est jeune au moment de l'introduction des suppléments, plus les chances de maintien de l'allaitement sont faibles.
	2-Blomquist, 1994	75	RCA=3,9*			
	3-DiGirolamo, 2001	73	RCA=2,3*			
	4-Labarere, 2001	72	RCA=1,05			
	5-Marques, 2001	79	RCA=3,07*			
	6-Martens, 2000	87	RCA=2,11*			
	7-Novotny, 2000	80	RCA=4,29*			
	8-Piper, 1996	85	RCA=3,49*			
	9-Schubiger, 1997	68	Pas d'association			
	10-Victoria, 1997	87	RCA=4,14*			
	11-Vogel, 1999	83	RCA=2,79*			
	12- Wright, 1996	64	RCA=1,97*			

\*: Résultats statistiquement significatifs

<sup>1</sup> : Seul le nom du premier auteur est rapporté

<sup>2</sup> : Lorsque les auteurs n'ont pas mesuré la force d'association, la direction de l'association et sa signification statistique sont rapportées

**Tableau III. Présentation des critères de causalité évalués pour chaque pratique hospitalière en relation avec le maintien de l'allaitement maternel. Suite**

Pratique Favorable	Études considérées <sup>1</sup>	Cote (%)	Force d'association <sup>2</sup>	Coherence	Plausibilité	Dose-réponse
Cohabitation	1-Berra, 2001	74	Pas d'association	4/8 (1/2)	Bonne	Plus la cohabitation est prolongée, plus les chances de maintien de l'allaitement sont élevées.
	2-DiGirolamo, 2001	73	RCA=1,0			
	3-Elander, 1986	80	Association positive *			
	4-Labarere, 2001	72	Pas d'association			
	5-Pérez-Escamilla, 1992	86	Association positive* (ajustée)			
	6-Procyanoy, 1983	64	Pas d'association			
	7-Str.-Lindenber, 1990	62	Association positive* (ajustée)			
	8-Wright, 1996	64	RCA=3,09*			
Flexibilité	1-DiGirolamo, 2001	73	RCA=1,2	1/2	Bonne	Absente
	2-Labarere, 2001	72	RCA=1,87*			
Pas de suce	1-DiGirolamo, 2001	73	RCA=1,1	4/8 (1/2)	Faible	Absente
	2-Kramer, 2001	99	RRA=1,0			
	3-Labarere, 2001	72	RCA=1,72*			
	4-Schubiger, 1997	68	Pas d'association			
	5-Righard, 1997	79	Association positive* (ajustée)			
	6-Victoria, 1997	87	RCA=2,37*			
	7-Vogel, 1999	83	RRA=1,62*			
	8-Wright, 1996	64	Pas d'association			
Pas de cadeaux avec lait	Campbell Bliss, 1997	82	Pas d'association	1/3	Bonne	Absente
	Dungy, 1997	78	Pas d'association			
	Wright, 1996	64	RC : 1,62*			
	(5) dans une méta-analyse	Très bonne	Tendance vers une association positive très faible	4/5		

\*: Résultats statistiquement significatifs

<sup>1</sup> : Seul le nom du premier auteur est rapporté

<sup>2</sup> : Lorsque les auteurs n'ont pas mesuré la force d'association, la direction de l'association et sa signification statistique sont rapportées

Dans l'ensemble, les cinq études qui ont regardé **le délai du premier boire** sont de bonne qualité, deux ont une cote élevée et trois ont une cote moyenne mais qui est à la limite supérieure de l'étendue de l'intervalle des cotes pour cette catégorie. Ainsi, un premier boire précoce est positivement associé au maintien de l'allaitement maternel dans quatre des cinq études considérées (4/5). On y observe aussi une relation de dose-réponse (Labarere, 2001). La plausibilité nous semble bonne, car le nouveau-né en santé est habituellement bien éveillé dans la première heure de vie et il manifeste souvent son intérêt pour le sein pendant cette période d'éveil. Ceci est généralement favorable à une mise au sein précoce qui permettrait au bébé à la fois de se nourrir, de pratiquer son réflexe de succion et d'initier son apprivoisement de l'allaitement maternel.

**L'aide à l'allaitement** a été traitée par six études de bonne qualité, dont quatre ont une cote élevée et deux une cote moyenne. On observe une très bonne cohérence entre les études (5/6). De plus, sur les sept études incluses dans la méta-analyse de Sikorski et Renfrew (2001), quatre rapportent une tendance vers une association positive entre l'aide et le maintien de l'allaitement maternel, une étude trouve une association positive statistiquement significative et deux études mentionnent un effet inverse soit une tendance vers le sevrage précoce. La méta-analyse conclut à un accroissement de la durée de l'allaitement maternel chez les mères allaitantes qui ont reçu de l'aide. La relation est dose dépendante (Barros, 1995). La plausibilité nous semble bonne; en effet, il est évident que l'aide permet à la mère de surmonter les difficultés inhérentes à l'allaitement maternel, la mère pourrait y trouver des réponses à ses questions, des solutions à ses difficultés et surtout un support professionnel qui validerait sa décision d'allaiter et qui l'encouragerait à persévérer.

L'association entre **l'allaitement maternel exclusif** et le succès de l'allaitement a été considérée dans douze (12) études. Là-dessus, huit ont une cote élevée et quatre ont une cote moyenne. Une association positive est identifiée dans neuf des douze études recensées (9/12), trois études n'ont pas eu de conclusions similaires (Abada, 1993; Labarere, 2001; Schubiger, 1997), nous considérons donc la cohérence comme bonne. C'est une association qui nous paraît plausible puisque cette pratique favorise la loi bien reconnue de «l'offre et la demande» de la production lactée. En effet, on peut facilement comprendre qu'un bébé rassasié par les suppléments va moins prendre le sein, moins stimuler la production lactée et par conséquent se désintéresser du lait maternel. Ceci

pourrait diminuer la production lactée, affecter la confiance de la mère en elle et la mener vers le sevrage précoce. De plus, l'écart existant entre la technique de succion et de déglutition par la tétine et celle par le mamelon, est fort susceptible de créer une confusion chez le nouveau-né (lui-même en processus d'appivoisement de l'allaitement maternel). Enfin, les forces d'association rapportées sont généralement élevées.

**La cohabitation** pour sa part, a été regardée par huit études dont deux ont une cote élevée et six ont une cote moyenne. Elle fait état d'une faible cohérence, quatre études sur les huit recensées mentionnent une association significative avec le maintien de l'allaitement maternel (4/8). La seule force d'association positive qui est mentionnée, est assez élevée  $RCA=3,09$  (Wright, 1996). Par ailleurs, la plausibilité du lien est envisageable puisque l'accès en tout temps de la mère à son bébé lui permet théoriquement, de répondre à ses besoins, ce qui pourrait améliorer sa relation avec son bébé, renforcer sa confiance en elle et favoriser aussi la mise au sein précoce et l'allaitement maternel à la demande. De plus, il existe une relation de dose-réponse entre le prolongement de la période de cohabitation et la durée de l'allaitement maternel (Strachan-Lindenberg, 1990).

Seules deux études ont traité de **la flexibilité des horaires**, elles ont toutes deux une cote moyenne. L'association positive avec le maintien de l'allaitement maternel est identifiée dans une des deux études (1/2). La flexibilité des horaires nous apparaît cependant comme une composante majeure du processus d'apprentissage pour le bébé, particulièrement si elle est jumelée avec la cohabitation. En effet, la cohabitation favoriserait le contact quasi continu ainsi que les tétées fréquentes, et influencerait directement la loi de «l'offre et de la demande» de la production lactée.

**La non-utilisation de suce** a été regardée par huit études, dont une qui a une cote très élevée, deux qui ont une cote élevée et quatre qui ont une cote moyenne. La cohérence est moyenne (4/8). Une seule des forces d'association mentionnées est élevée (Victoria, 1997). Par ailleurs, le fait que le bébé n'utilise pas la suce pour boire mais seulement pour une simple succion non associée à la déglutition causerait peu de risques de confusion pour l'apprentissage et l'appivoisement des techniques d'allaitement maternel. De plus, l'usage de la suce semble plutôt contribuer à l'abandon de l'allaitement maternel quand le contexte est déjà défavorable et que d'autres déterminants du sevrage sont préexistants (Kramer, 2001; Victoria, 1997). Compte tenu

de la faible plausibilité de l'association, et considérant le fait que cette association n'ait pas été mise en évidence par l'étude de Kramer (2001) qui a une cote très élevée de 99%, nous considérons qu'il n'existe pas de véritable lien de cause à effet entre la non-utilisation de la suce et le maintien de l'allaitement. Cette variable ne sera donc pas considérée dans notre cadre conceptuel ni dans nos hypothèses de recherche.

Sur les trois études qui ont analysé **la non offre d'ensembles cadeaux** contenant des substituts de lait, deux ont une cote élevée et la troisième a une cote moyenne. Nous considérons que la cohérence des résultats est faible. En effet, une seule des trois études a identifié une association positive avec le maintien de l'allaitement maternel, il s'agit en l'occurrence de celle qui a la plus faible cote des trois. De plus, parmi les cinq études incluses dans la méta-analyse de Pérez-Escamilla (1994), quatre ont mentionné une tendance vers l'augmentation des chances de maintien de l'allaitement maternel et une n'a trouvé aucun lien. Au niveau de la plausibilité du lien, il faut au moins lui reconnaître son effet dissuasif face à l'allaitement maternel ainsi que sa contribution au double message transmis aux mères à savoir que le lait artificiel est une alternative «acceptable» à l'allaitement maternel. Ce double message est d'autant plus déconcertant que ce sont les professionnels de la santé qui fournissent les échantillons de lait. Notons aussi que ces cadeaux sont le plus souvent offerts aux mères au moment de leur congé, soit à un moment de grande vulnérabilité pour elles, où elles commencent habituellement à expérimenter quelques difficultés techniques d'allaitement maternel. De plus, elles se trouvent chez elles, souvent isolées avec une accessibilité limitée aux professionnels de santé susceptibles de les aider. Il est fort possible que les mères qui se trouvent dans des situations similaires puissent plus facilement choisir de recourir aux suppléments disponibles chez elles plutôt que de rechercher de l'aide extérieure.

La recension des écrits nous a permis de conclure que, parmi les pratiques hospitalières jugées favorables au maintien de l'allaitement, seules l'allaitement maternel exclusif au CH et l'aide apportée aux mères allaitantes s'appuient sur des résultats d'études qui montrent un lien de causalité entre ces deux pratiques et le maintien de l'allaitement. Cependant, les autres pratiques hospitalières n'en demeurent pas moins intéressantes, notamment pour l'établissement d'un climat général favorable à l'allaitement maternel.

Enfin, rappelons que l'aide aux mères allaitantes doit aussi se poursuivre à la période postnatale à domicile. Notons qu'à cet effet, le suivi postnatal fait l'objet d'une recommandation ministérielle selon laquelle une visite doit être effectuée auprès des mères dans les 72 heures suivant le congé (MSSSQ, 1999). En théorie, les critères de priorisation des visites tels que la parité (primipares) et le statut socio-économique (mères de milieux défavorisés) devraient permettre d'intervenir plus rapidement auprès des mères dont l'allaitement risque d'être compromis (RRSSS, 2000).

### **Hypothèses de recherche**

Selon le résumé de la recension des écrits, nos conclusions nous permettent de formuler une première hypothèse à l'effet que, parmi toutes les pratiques hospitalières, l'allaitement maternel exclusif en CH et l'aide apportée aux mères pendant le séjour hospitalier sont celles qui influencent le plus le maintien de l'allaitement à un mois postpartum.

Comme deuxième hypothèse, nous pensons que les mères qui auront déclaré avoir pratiqué un allaitement maternel exclusif au CH et qui recevront une visite à domicile précoce (< 72 heures post congé) auront plus de chances d'avoir maintenu l'allaitement maternel au moins jusqu'à un mois postpartum. Les différents facteurs susceptibles d'influencer la durée de l'allaitement maternel sont représentés dans la figure 1.

La figure 2 est une représentation schématisée des différents facteurs dont nous étudierons l'influence sur le maintien de l'allaitement maternel à un mois postpartum.



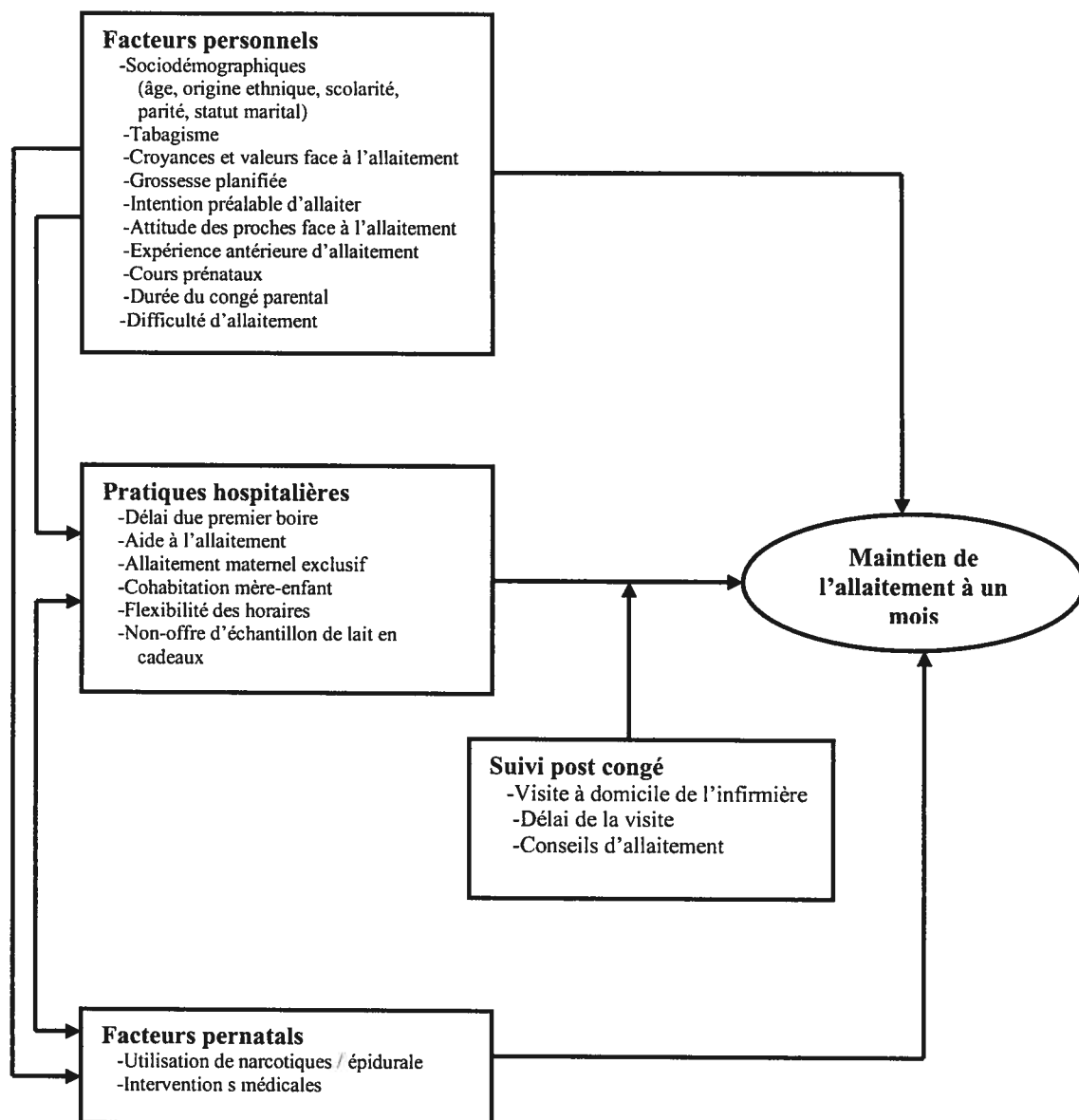
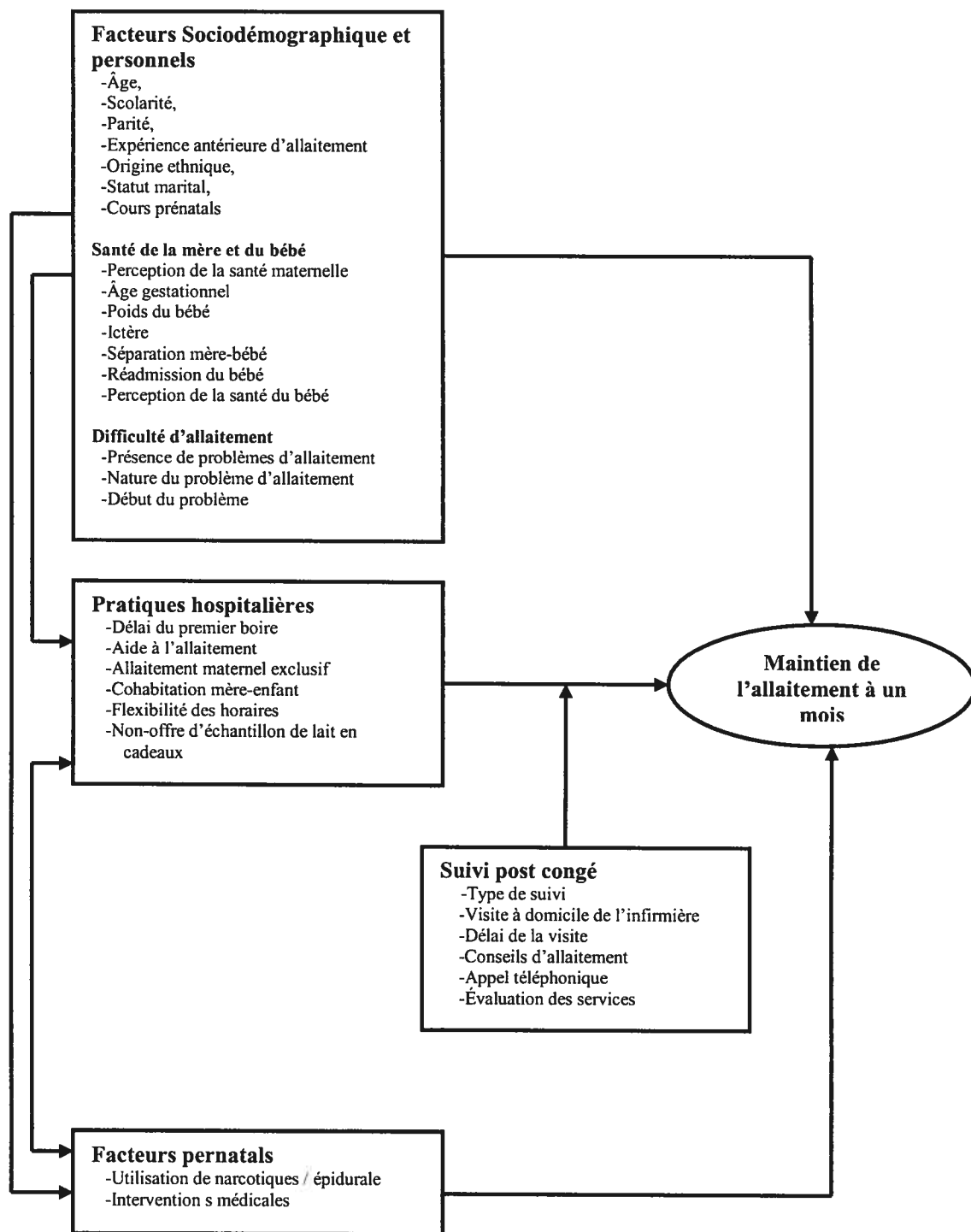


Figure 1.-Cadre de référence général.



**Figure 2.-Représentation schématisée des facteurs associés au maintien de l'allaitement maternel à un mois postpartum, objet de la présente étude**

## **Méthodes**

### **1-Stratégie de recherche :**

#### **1-1. L'étude principale**

L'étude proposée est une analyse secondaire de données existantes obtenues dans le cadre d'une étude transversale intitulée «L'Étude comparée de trois modèles inter organisationnels de continuité des soins dans le cadre des courts séjours hospitaliers en postnatal» (D'Amour, 2003). L'étude comprenait un volet qualitatif (entrevues avec des gestionnaires et des professionnels de la santé) et un volet quantitatif (enquête épidémiologique auprès des mères). L'enquête épidémiologique s'est déroulée au Québec entre le mois de janvier 2002 et le mois de janvier 2003 dans quatre régions socio-sanitaires du Québec. Durant cette même période, 21,38% des naissances du Québec ont eu lieu dans ces régions. Le questionnaire de l'enquête est présenté dans l'annexe IV.

Le taux de réponse est de 70,8%. La population à l'étude inclut 1458 mères qui ont répondu aux critères d'inclusion suivants :

- Un accouchement simple (un bébé) par voie vaginale, sans complications.
- Un bébé avec un poids de naissance de 2300g ou plus et un âge gestationnel supérieur à 35 semaines.
- Une durée de séjour postnatal de 60 heures ou moins.
- La capacité de s'exprimer en français ou en anglais.
- Les grossesses n'ayant pas été suivies par une sage-femme.

À noter que les limites du poids de naissance (2300g) et de l'âge gestationnel (35 semaines) ont été fixées en fonction des standards de pratiques pour les congés précoces en vigueur dans les établissements pendant la période de l'étude. Par ailleurs, l'exclusion des mères ayant été suivies par des sages-femmes repose sur une base conceptuelle, selon laquelle le suivi sage-femme est différent, et il débute à la période prénatale.

#### **1-2. La présente étude**

Sur les 1458 mères incluses dans l'étude initiale, 1113 (76,4%) ont allaité leur bébé à l'hôpital alors que 345 (23,6%) n'ont jamais initié l'allaitement maternel sous quelle que forme que ce soit. Nos analyses portent donc sur les 1113 mères ayant allaité.

## 2- Considérations éthiques:

Le projet de recherche de l'étude principale a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

Les mères ont reçu une lettre contenant une description des buts de l'étude, les avantages d'y participer et la possibilité pour celles ne voulant pas être contactées par la firme de sondage de se faire exclure de la liste.

Les coordonnées des mères ont été transmises du fichier des naissances directement à la firme de sondage et ce, avec l'aval de la Commission d'accès à l'information du Québec.

Tous les directeurs des services professionnels des CH concernés ont reçu une lettre décrivant les buts de l'étude pour demander leur collaboration.

## 3- Définition opérationnelle des variables.

3-1. Variable dépendante :

- ***Le maintien de l'allaitement maternel total à 1 mois post partum*** : En deux catégories : Allaitement maternel maintenu (exclusif ou mixte) / Sevrage.

3-2. Variables indépendantes d'intérêt :

3-2-1. Les principales variables indépendantes représentent les six pratiques hospitalières qui découlent directement des 10 conditions telles que formulées par l'OMS/L'UNICEF et du respect du code international sur la commercialisation des substituts de lait.

- ***Délai du premier boire*** : Le délai entre la naissance et la première mise au sein du bébé. En trois catégories : Dans les 30 premières minutes / Entre 30 et 60 minutes / Après les 60 premières minutes.
- ***Aide à l'allaitement maternel au CH***: Si la mère a reçu de l'aide et des conseils pour son allaitement par le personnel soignant durant son séjour hospitalier. En deux catégories : Oui / Non.
- ***Allaitement maternel au CH***: Si le bébé a été nourri exclusivement au lait maternel au CH ou s'il a reçu des suppléments (substitut de lait, eau ou autre). En deux catégories : Exclusif / Mixte.
- ***Cohabitation*** : Si la mère et le bébé ont cohabité ou s'ils ont été séparés. En trois catégories : Cohabitation jour, soir et nuit / Cohabitation jour et soir seulement /

Pas de cohabitation. Cette dernière catégorie inclut aussi les mères qui ont cohabité seulement le jour. Le choix de cette fusion est justifié conceptuellement par le fait que les mères qui ne cohabitent que le jour ne passent pas vraiment beaucoup de temps avec leur bébé compte tenu des séparations fréquentes occasionnées aussi bien par les soins que reçoit le nouveau-né à la pouponnière comme les examens médicaux et les tests, que par les contraintes imposées par les horaires de visite. De plus, et sur le plan méthodologique, nous pensons que le trop petit nombre de mères qui ont déclaré ne pas avoir cohabité, ne nous permet pas de traiter cette catégorie séparément.

- **Flexibilité des horaires** : Si la mère a pu allaiter son bébé à la demande et selon un horaire flexible. En deux catégories : Oui / Non.
- **Ensembles cadeaux avec lait** : Si les professionnels du service hospitalier ont remis à la mère un ensemble cadeau contenant des échantillons de lait ou des coupons rabais pour s'en procurer. En deux catégories : Oui / Non.

### 3-2-2. Les variables reliées au suivi post congé:

- **Type de suivi** : Si la mère a été vue par un professionnel durant le premier mois postnatal et le type de professionnel rencontré. En quatre catégories : Aucune visite ni RDV / Visite de l'infirmière à domicile / RDV chez le médecin / Visite de l'infirmière et RDV chez le médecin.
- **Visite de l'infirmière** : Si la mère a reçu la visite à domicile de l'infirmière. En deux catégories : Oui / Non. Nous présumons que lors de cette visite, l'infirmière a abordé la question de l'allaitement maternel.
- **Délai de la visite** : Si la mère a eu une visite de l'infirmière et combien de jours après son congé la visite a eu lieu. En trois catégories : Pas de visite ou visite après 7 jours / 1 à 3 jours / 4 à 7 jours. Sur une base conceptuelle, nous avons pris la décision de fusionner les mères qui n'ont pas eu de visite avec celles dont la visite est survenue après le 7<sup>ème</sup> jour parce que les problèmes d'allaitement maternel les plus fréquents et les plus susceptibles de conduire au sevrage surviennent le plus souvent dans la première semaine. Par conséquent, si la visite de l'infirmière arrive plus tard, son intervention en vue d'améliorer les chances de maintien de l'allaitement pourrait perdre de son efficacité. En effet à ce stade-ci la

mère ayant eu des problèmes d'allaitement maternel pourrait avoir déjà soit réglé son problème d'allaitement maternel par ses propres moyens (seule, avec l'aide de son entourage ou des organismes d'entraide), soit abandonné l'allaitement maternel.

- **Conseils d'allaitement maternel** : Le fait d'avoir reçu des conseils d'allaitement par l'infirmière durant la visite postnatale. En deux catégories : Oui / Non.
- **Appel téléphonique** : Si la mère a reçu un appel téléphonique et combien de jours après son accouchement elle a eu cet appel. En trois catégories : Pas d'appel ou appel après le 7<sup>ème</sup> jour/ 1 à 3 jours / 4 à 7 jours.
- **Évaluation des services** : (jugement porté par la mère)
  - Si les services reçus en postnatal ont permis de répondre aux questions qu'avait la mère sur l'allaitement maternel. En deux catégories : Oui / Non.
  - Si la mère s'est sentie encouragée à allaiter. En trois catégories : Oui / Non / Ne sait pas – N/A.
  - Si les informations reçues sur l'allaitement maternel de la part des professionnels de la santé sont contradictoires. En deux catégories : Oui / Non.

### 3-3- Autres variables indépendantes

#### 3-3-1. Caractéristiques sociodémographiques et personnelles de la mère :

- **Âge** : L'âge de la mère au moment du questionnaire soit un mois après l'accouchement. En quatre catégories : 16-20 ans / 21-29 ans / 30-35 ans / 36-45 ans. Les catégories ont été choisies en vue d'améliorer la puissance de notre étude, nous avons ainsi inclus les mères de 20 ans dans la première catégorie, de même que nous avons mis dans la même catégorie toutes les mères de 36 ans et plus.
- **Scolarité de la mère** : Le niveau de scolarité au moment de l'entrevue. Les catégories suivantes ont été choisies selon la classification classique de tout parcours académique québécois soit. En trois catégories : Secondaire V et moins / CEGEP / Université.
- **Parité** : Le fait d'avoir déjà donné naissance à un enfant vivant. En deux catégories : Primipares / Multipares.

- **Expérience d'allaitement maternel** : En quatre catégories : Primipares / Multipares n'ayant jamais allaité / Multipares avec expérience positive (mères ayant déclaré que l'allaitement maternel antérieur s'est très bien ou plutôt bien déroulé) / Multipares avec expérience négative (mères ayant déclaré que l'allaitement maternel antérieur s'est plutôt mal ou très mal déroulé).
- **Origine ethnique de la mère** : Le pays de naissance de la mère. En deux catégories : Canada-EU / Autres.  
NB : Le pays de naissance du père est très corrélé à celui de la mère, cette variable ne sera donc pas utilisée dans les analyses.
- **Vit en couple** : Si la mère vit en couple. En deux catégories : Oui / Non. La catégorie «non» inclut les 17 mères (1,5%) qui ont un conjoint mais qui ne vivent pas avec lui. Leur trop petit nombre de même que l'importance de l'impact de la présence du conjoint sur une base continue à la maison quand il est question de support à l'allaitement maternel, nous semblent justifier cette fusion de catégories.
- **Cours prénatals** : Si la mère a déjà suivi des cours prénatals. En deux catégories : Cours prénatals suivis durant la grossesse actuelle ou lors d'une grossesse antérieure / Pas de cours prénatals.

### 3-3-2. Facteurs pernatals :

- **Épisiotomie** : Si la mère a eu une épisiotomie à l'accouchement. En deux catégories : Oui / Non.
- **Épidurale** : Si la mère au eu recours à l'anesthésie épidurale durant l'accouchement. En deux catégories : Oui / Non.

### 3-3-3. Santé de la mère et du bébé :

- **Perception de la santé de la mère** : La perception par la mère de son état de santé au moment du congé. En trois catégories : Excellente, très bonne / Bonne / Moyenne à mauvaise.
- **Âge gestationnel** : Nombre de semaines de grossesse à la naissance. En deux catégories : Moins de 37 semaines / 37 semaines et plus. Ces catégories ont été choisies en fonction de la définition de la prématurité proposée par Santé Canada (2001)

- **Poids du bébé** : Le poids du bébé à la naissance. En trois catégories : Moins de 3000g / 3000-4000g / plus de 4000g. Les catégories ont été choisies sur une base conceptuelle, en fonction des risques d'hypoglycémie présents chez les bébés de poids de naissance plus faible et chez les gros bébés. En effet, ces bébés nécessitent souvent un suivi médical particulier et une surveillance de leur alimentation.
- **Ictère** : Présence de signes d'ictère chez le bébé. En trois catégories : Apparus en centre hospitalier / Apparus après le congé / Pas de signes d'ictère.
- **Séparation mère-bébé** : Les bébés qui, durant leur séjour hospitalier, ont reçu des soins nécessitant une séparation de leur mère. En deux catégories : Oui / Non.
- **Réadmission du bébé** : Les bébés réadmis à l'hôpital après leur congé pour des problèmes de santé. En deux catégories : Oui / Non.
- **Santé du bébé** : La perception par la mère de l'état de santé du bébé au moment du congé. En deux catégories : Excellente (excellente, très bonne) / Assez bonne (bonne, moyenne, mauvaise).

#### 3-3-4. Difficultés d'allaitement maternel

- **Présence de problèmes d'allaitement maternel** : Si la mère a eu des problèmes d'allaitement maternel à quel que moment que ce soit durant le premier mois. En deux catégories : oui / non.
- **Nature du problème d'allaitement maternel** : Si la mère a eu un problème d'allaitement maternel et la nature du problème le plus important rencontré. En quatre catégories : Aucun problème / Difficultés de succion chez le bébé / Gerçures aux mamelons / Autres problèmes.
- **Début du problème** : Pour le problème d'allaitement maternel le plus important, combien de jours après l'accouchement ce problème a débuté. En quatre catégories : Pas de problèmes / Dans les 3 premiers jours / Entre le 3<sup>ème</sup> et le 14<sup>ème</sup> jour / après le 14<sup>ème</sup> jour.

#### 4- Plan d'analyse

4-1. Les distributions de fréquence de chaque variable ont été effectuées pour représenter le profil des données à analyser et pour s'assurer que le nombre de sujets dans chacune



des catégories des variables était suffisant. Par la suite, quelques variables ont été recodées de manière à fusionner les catégories dans lesquelles le nombre de sujets a été considéré insuffisant. Le choix des catégories des variables à fusionner s'est fait en tenant compte de la littérature sur le sujet et des concepts sous-jacents à nos hypothèses de recherche.

4-2. Une imputation de données a été effectuée pour deux variables dont le nombre de données manquantes a été jugé assez élevé pour affecter la précision de nos résultats, il s'agit du délai du premier boire qui a présenté soixante treize (73) données manquantes (6,6%) et de la variable des ensembles cadeaux avec lait qui a présenté cinquante cinq (55) données manquantes (5%).

Pour procéder à l'imputation du délai du premier boire, l'association entre cette pratique hospitalière et trois autres variables a été explorée. Ces trois variables ont été choisies sur une base conceptuelle. Il s'agit du centre hospitalier où a eu lieu l'accouchement, de l'expérience antérieure de la mère en allaitement et du recours à l'épidurale durant le travail. En effet le centre hospitalier, de par ses routines dans les services de maternité, peut être à l'origine de l'inaccessibilité de la mère à son bébé immédiatement après la naissance, et causer ainsi un délai plus long de la première mise au sein. L'expérience antérieure d'allaitement maternel pourrait influencer positivement le délai du premier boire en raison des habiletés déjà acquises par la mère en matière d'allaitement.

L'épidurale pourrait influencer négativement le délai de la première mise au sein en raison de la crainte que certaines mères peuvent avoir quant au passage des produits anesthésiants dans le lait maternel. Pour les deux dernières variables, le lien a aussi été vérifié par le test du  $X^2$  de Pearson. Les résultats ont montré l'existence d'une association entre le délai du premier boire et l'expérience antérieure d'allaitement maternel ( $p < 0,0005$ ), le lien avec l'épidurale a été réfuté ( $p = 0,276$ ). Ainsi, le centre hospitalier et l'expérience antérieure d'allaitement maternel ont été les seules variables considérées pour cette imputation. Pour déterminer la valeur à imputer à chaque donnée manquante, nous avons calculé les probabilités pour chaque catégorie du délai du premier boire dans chacun des centres hospitaliers et ce, pour chacune des strates de l'expérience antérieure d'allaitement maternel.

Une fois la probabilité déterminée, la répartition des mères dans l'une ou l'autre des catégories de la variable a été faite d'une façon aléatoire et ce, à l'aide de la fonction «sélection randomisée des observations» offerte dans le logiciel SPSS version 10,0. Pour les ensembles cadeaux avec lait, la procédure d'imputation a été effectuée en fonction du lien indéniable et unilatéral entre cette variable et le centre hospitalier où a eu lieu l'accouchement.

Pour déterminer la valeur à imputer à chaque donnée manquante dans les différentes catégories de cette variable, un calcul des probabilités pour les deux catégories de la variable dans chacun des centres hospitaliers a été fait. Puis, la répartition des mères dans l'une ou l'autre des catégories de la variable a été faite d'une façon aléatoire et ce, à l'aide de la fonction «sélection randomisée des observations» offerte dans le logiciel SPSS version 10,0.

4-3. Nous avons procédé à des analyses bivariées afin d'évaluer la présence d'association statistiquement significative entre les variables indépendantes ( $p < 0,05$ ). En fonction de la nature des variables (nominales ou ordinales), les tests appropriés ont été effectués et les forces d'association ont été mesurées à l'aide du coefficient d'incertitude (Uncertainty Coefficient), du Kendall's tau-b et du Kendall's tau-c. Cette étape nous a permis de choisir les variables qui seraient retenues pour la suite des analyses. Pour la sélection des variables indépendantes à retenir à des fins de modélisation, des analyses bivariées par régression logistique ont été effectuées. À cette étape, les variables dont le seuil de signification statistique était inférieur à 0,20 ont été retenues.

4-4. Des tests d'interaction entre chacune des pratiques hospitalières et les variables du suivi postnatal ont été effectués soit le type de suivi, la visite de l'infirmière, le délai de la visite et l'appel téléphonique. Les résultats de ces tests nous ont conduit à retenir, dans notre modèle de régression logistique, un terme d'interaction entre l'allaitement maternel exclusif au CH et le délai de la visite de l'infirmière.

## **5-Démarche d'analyse**

Afin de mieux interpréter les résultats de la modélisation et plus spécifiquement la signification de l'interaction, nous avons essayé de voir si certaines caractéristiques maternelles pouvaient expliquer cette interaction. Nous avons ainsi défini deux profils de mères et ce, en fonction de la priorisation des visites postnatales à domicile telle

qu'établie dans les milieux de pratique. Nous avons utilisé deux variables pour établir le profil des mères : la parité et l'inscription à un programme de support prénatal qui inclut la visite prénatale à domicile d'une infirmière.

Nous avons ainsi obtenu deux profils de mères : Le profil de visite non prioritaire (mères multipares et non inscrites au programme prénatal) / Le profil de visite prioritaire (mères primipares ou inscrites au programme prénatal).

Nous avons choisi de traiter séparément les deux profils de mères afin de mieux évaluer l'impact possible du délai de la visite sur l'association entre les pratiques hospitalières et le maintien de l'allaitement. Ainsi, nous avons procédé à des analyses stratifiées selon les deux catégories de profil (visite non prioritaire / visite prioritaire). Les analyses multivariées par régression logistique ont ainsi été conduites dans les sous-groupes correspondants aux deux strates du profil maternel. Par ailleurs, un test de t et un test de KHI deux ont été effectués afin de comparer les caractéristiques maternelles dans les deux sous-groupes.

Pour la modélisation, nous avons d'abord construit un modèle réduit à partir toutes les variables indépendantes sauf les pratiques hospitalières en utilisant la méthode «Backward». Dans un deuxième temps et, en utilisant toujours la méthode «Backward», nous avons poursuivi l'analyse avec un modèle complet constitué du modèle réduit, des six pratiques hospitalières ainsi que du terme d'interaction déjà identifié. Nous avons retenu 0,05 et 0,10 comme seuils de signification respectifs pour l'entrée et la sortie des variables du modèle. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS 10,0 de Windows.

## Résultats des analyses

Les principaux résultats de la recherche sont présentés dans la section «Article».

Cependant, nous avons choisi d'inclure cette section de résultats descriptifs dans le mémoire afin de permettre au lecteur de mieux suivre notre démarche d'analyses et ce, relativement à l'association entre les pratiques hospitalières et le maintien de l'allaitement maternel. Les résultats qui y sont présentés ont été obtenus à partir de l'ensemble des 1113 mères sur lesquelles ont porté nos analyses.

**Tableau IV. Association entre les pratiques hospitalières et le maintien de l'allaitement maternel à un mois (analyses bivariées).**

	N	%	RC	P	IC 95%
<b><i>Délai du premier boire</i></b>					
-Après 60 mn	307	27,6	1,0		
-Entre 30 et 60 mn	450	40,4	1,83	0,001	1,30-2,57
-En dedans de 30 mn	356	32,0	2,25	<0,0005	1,54-3,28
<b><i>Aide reçue par la mère en CH</i></b>					
-Non	187	16,8	1,0		
-Oui	924	83,2	0,45	0,001	0,28-0,73
<b><i>Allaitement maternel CH</i></b>					
-Mixte	265	23,8	1,0		
-Exclusif	848	76,2	3,42	<0,0005	2,50-4,66
<b><i>Cohabitation</i></b>					
-Pas de cohabitation	54	4,9	1,0		
-Jour et soir seulement	351	31,7	0,923	0,818	0,46-1,83
-24h par jour	702	63,4	1,209	0,578	0,61-2,35
<b><i>Flexibilité des horaires</i></b>					
-Non	566	50,9	1,0		
-Oui	547	49,1	0,83	0,216	0,62-1,11
<b><i>Ensemble cadeaux avec lait</i></b>					
-Oui	98	8,8	1,0		
-Non	1015	91,2	1,62	0,041	1,01-2,58

Tel que présenté dans le tableau IV, les analyses bivariées montrent que deux pratiques hospitalières ne semblent pas associées au maintien de l'allaitement maternel à un mois postpartum, il s'agit de la cohabitation, de la flexibilité des horaires des tétées.

Les quatre autres pratiques ont été entrées dans le modèle de régression logistique lors des analyses multivariées.

Les résultats de cette dernière étape d'analyse sont présentés au Tableau V. Ainsi, parmi toutes les mères qui n'ont eu aucune visite de la part de l'infirmière, celles qui ont pratiqué un allaitement maternel mixte au CH sont sept fois moins susceptibles de maintenir l'allaitement maternel à un mois postpartum. De plus, le fait de recevoir de l'aide pour l'allaitement maternel au CH est associé à deux fois moins de chances de

maintenir l'allaitement maternel à un mois postpartum. Notons que le délai du premier boire et la non offre d'ensembles cadeaux avec lait ne semblent pas être associés au maintien de l'allaitement maternel à un mois postpartum, ces deux variables ont en effet été éliminées du modèle. Tous ces résultats ont été obtenus après ajustement pour le reste des variables du modèle soit les caractéristiques personnelles de la mère ainsi qu'un grand nombre de variables de confusion potentielles.

**Tableau V. Association entre les variables prédictives et le maintien de l'allaitement maternel à un mois postpartum.**

Variables	RCA	p	IC à 95%
<b><i>Pratiques hospitalières</i></b>			
Allaitement maternel exclusif au CH	1		
Allaitement exclusif / Pas de visite	1		
Allaitement exclusif / visite dans 3j	0,446	0,029	0,217-0,92
Allaitement exclusif / visite dans 4-7j	0,295	0,006	0,123-0,704
Allaitement mixte / Pas de visite	0,135	<0,0005	0,051-0,358
Allaitement mixte / visite dans 3j	0,132	<0,0005	0,061-0,288
Allaitement mixte / visite dans 4-7j	0,29	0,021	0,101-0,832
Aide à l'allaitement en CH	0,486	0,036	0,247-0,954
<b><i>Autres variables indépendantes</i></b>			
Niveau de scolarité			
Secondaire	1		
collège	2,249	<0,0005	1,429-3,538
Université	2,899	<0,0005	1,824-4,807
Nées hors du Canada /EU	3,101	0,019	1,204-7,985
Allaitement précédent			
Primipares	1		
Multipares n'ayant jamais allaité	0,75	0,423	0,371-1,517
Multipares ayant très bien allaité	2,865	0,001	1,548-5,301
Multipares ayant plutôt bien allaité	0,912	0,759	0,508-1,639
Multipares ayant plutôt mal allaité	0,314	<0,0005	0,175-0,564
Cours prénatals	1,669	0,012	1,119-2,491
Pas eu d'épidurale	1,997	0,004	1,248-3,195
Perception par la mère d'une excellente santé du bébé	2,147	0,005	1,255-3,672
Support du conjoint	3,04	<0,0005	2,01-4,598
Recours aux organismes d'entraide	2,872	0,005	1,376-5,991
Pas de problèmes d'allaitement	4,771	<0,0005	3,207-7,096

**Article**

***The effects of in-hospital exclusive breastfeeding and postnatal home visits on breastfeeding maintenance at one month postpartum***

**Authors:**Shaiek Mejda<sup>1</sup>Goulet Lise<sup>1,2</sup>Rivard Michèle<sup>1,2</sup><sup>1</sup> Département de Médecine sociale et préventive, Faculté de Médecine<sup>2</sup> Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

## Abstract

**Background:** In September 2001, the Quebec Ministry of Health (QMOH) issued provincial guidelines for promoting, protecting and supporting breastfeeding using the Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) strategy with its Ten Steps to successful breastfeeding. Exclusive breastfeeding is one of the most important maternity ward practices related to successful breastfeeding.

**Objectives:** Our main objective was to measure the influence of in-hospital exclusive breastfeeding on breastfeeding maintenance at one month postpartum, based on the timing of the postnatal home visit made by a nurse. Our secondary objective was to assess the effect of mothers' characteristics and other maternity ward practices on breastfeeding maintenance.

**Methods:** Secondary analyses were performed using data from the «Comparative study of interorganizational collaboration and its effects: The case of prenatal services». The original study was conducted between January 2002 and January 2003 in 4 regions of Quebec. Thus, 1113 mothers who had had uncomplicated vaginal births, short hospital stays (less than 60 hours) and who had initiated breastfeeding were included. Logistic regression analyses were used to measure the strength of the associations between maternity ward practices and breastfeeding maintenance. Stratified analyses were conducted according to the mothers' profiles. The priority visit profile group (PV) included primiparous and multiparous mothers who were enrolled in a prenatal support program and had a prenatal visit from a nurse. The no priority visit profile group (NPV) included multiparous mothers who were not enrolled in the prenatal program.

**Results:** Seventy-six point three percent (76.3%) of participating mothers breastfed exclusively while in hospital. At one month postpartum, 79,2% of all mothers had maintained breastfeeding. Adjustments were made for all confounding factors. Our findings showed that in both profile groups, in-hospital exclusive breastfeeding was the maternity ward practice the most highly associated with breastfeeding maintenance; the postnatal visit from a nurse weakened this association. Moreover, our results showed a significant association between mother's personal characteristics and breastfeeding maintenance at one month postpartum.

**Conclusion:** Our results support WHO/UNICEF's and the QMOH's recommendation to abstain from systematically offering formula supplements to healthy newborns. Our results also indicate that all community nurses should be given adequate training on breastfeeding.

---

**Keywords:**

Breastfeeding - Weaning - Postpartum - Maternity practices - Postnatal care - Nurse visit.

---

## **Introduction**

Breastfeeding is the optimal way to feed an infant. The benefits of human milk on infant health are widely recognised. Thus, breastfeeding has a protective effect against diseases like diarrhoea, respiratory problems, ear infections (Raisler, 1999; Scariati, 1997), coeliac disease (Ivarsson, 2002), allergies (Saarinen, 1995), obesity (Kries, 1999) and insulin-dependent diabetes (McKinney, 1999), as well as contributing to better infant cognitive development (Anderson, 1999). It also provides social and economic benefits by reducing health care costs and parental work absenteeism (AAP, 1997). Moreover, breastfeeding is related to a decreased risk of Sudden Infant Death Syndrome (SCP, 1998), and is crucial for infant survival in developing countries (Ashraf, 1993). WHO recommends exclusive breastfeeding for the first 6 months and as a complement to solid foods for up to 2 years of age (OMS, 1990).

Certain maternal characteristics are associated with breastfeeding maintenance and duration such as; age, country of birth, educational level, marital status, attending prenatal classes and not smoking (Evers, 1998). Additional related characteristics include; having not used epidural anaesthesia (Matthews, 1989), experiencing no nursing problems, having good family support (Novotny, 2000), relatives' attitudes towards breastfeeding (Giugliani, 1994), having had a previous breastfeeding experience (Nagy, 2001; Victoria, 1992), the mother's self-confidence and her prior intention to breastfeed (Ertem, 2001), and maternity leave duration (Williams, 1999; Visness, 1997).

In 1989, WHO and UNICEF recommended Ten Steps to Successful Breastfeeding. They chose the Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) strategy, in order to meet their objectives of breastfeeding rate improvement (OMS, 1989). The Quebec Ministry of Health (QMOH) also used the latter strategy for its breastfeeding guidelines in 2001, aimed at promoting, protecting and supporting breastfeeding (MSSSQ, 2001). The Ten Steps to successful breastfeeding are listed in Table I.

Steps 1 to 3 are related to written hospital policies and staff training in order to provide valid and helpful information on breastfeeding to all mothers. Steps 4 to 9 refer to maternity ward practices and are based on study results showing an association with breastfeeding success. The 10<sup>th</sup> step consists of mother's referral to support groups in her community.



**Table I. Ten steps to successful breastfeeding.**

<p><b>Step 1:</b> Have a written breastfeeding policy that is routinely communicated to all health care staff.</p> <p><b>Step 2:</b> Train all health care staff in skills necessary to implement this policy.</p> <p><b>Step 3:</b> Inform all pregnant women about the benefits and management of breastfeeding.</p> <p><b>Step 4:</b> Help mothers initiate breastfeeding within a half-hour of birth.</p> <p><b>Step 5:</b> Show mothers how to breastfeed, and how to maintain lactation even if they should be separated from their infants.</p> <p><b>Step 6:</b> Give newborn infants no food or drink other than breast milk, unless indicated.</p> <p><b>Step 7:</b> Practice rooming-in 24 hours a day (allow mothers and infants to remain together).</p> <p><b>Step 8:</b> Encourage breastfeeding on demand.</p> <p><b>Step 9:</b> Give no artificial teats or pacifiers (also called dummies or soothers) to breastfeeding infants.</p> <p><b>Step 10:</b> Foster the establishment of breastfeeding support groups and refer mothers to them on discharge from hospital or clinic.</p>
--

Thus, immediate infant-mother contact leads to early breastfeeding initiation, a better suction technique, longer breastfeeding duration (Berra, 2001; Righard, 1990) and overall improved breastfeeding (Pérez-Escamilla, 1999). It also protects newborns against heat loss and reduces the pain experienced during heel lancing (Gray, 2001). Early breastfeeding is related to breastfeeding maintenance (De Chateau, 1977; DiGirolamo, 2001; Labarere, 2001; Taylor, 1986).

Helping mothers with breastfeeding, referring them to external breastfeeding clinics, counselling them and providing documentation are all associated with breastfeeding maintenance and later introduction of solids (Barros, 1995; Brent, 1995; Jones, 1986; Pérez-Escamilla, 1994; Strachan-Linderberg, 1990).

Giving formula or any drink other than breast milk to newborns is associated with early weaning (DiGirolamo, 2001; Marques, 2001; Martens, 2000; Novotny, 2000; Piper, 1996; Victoria, 1997; Vogel, 1999; Wright, 1996). Interestingly, if breastfeeding has to be delayed for medical reasons, newborn supplementation does not interfere with breastfeeding duration (Blomquist, 1994). Cup feeding is then recommended (Lang, 1994).

Rooming-in is associated with longer breastfeeding duration, whether exclusive (Pérez-Escamilla, 1992; Strachan-Linderberg, 1990) or partial (Wright, 1996). This still holds true when rooming-in is continued during hyperbilirubinemia treatment (Elander, 1986). Even when delayed after birth, rooming-in still increases mothers' interest in breastfeeding (Procinoy, 1983).

Breastfeeding on demand is also associated with breastfeeding maintenance (Labarere, 2001).

Pacifier use may be related to shorter breastfeeding duration (Labarere, 2001; Righard, 1997; Victoria, 1997; Vogel, 1999), although some authors concluded that use of artificial teats is not a weaning predictor (DiGirolamo, 2001; Kramer, 2001; Schubiger, 1997; Wright, 1996).

After hospital discharge, mothers need to be referred to their community support groups. This is a useful part of postnatal breastfeeding support. Breastfeeding success also depends on the quality of postnatal follow-up. As such, Quebec's MOH recommends a nurse's visit within the first 72 hours after discharge (MSSSQ, 1999). However, mothers with previous breastfeeding experience and those whose socio-economic status is not critical are considered as a no priority visit profile group and the nurse's postnatal visit can then be offered between the fourth and the seventh day (RRSSS, 2000).

Finally, discharge packs containing formula and/or coupons have a negative effect on breastfeeding duration (Wright, 1996). This maternity ward practice is not included in the Ten Steps since it is part of the International Code of Marketing of Breast milk Substitutes (OMS, 1981).

## **Objective**

The main objective of this study was to verify that in-hospital exclusive breastfeeding is associated with breastfeeding maintenance (exclusive and partial) at one month, and that this effect varies with the timing of the postnatal home visit from a nurse. The secondary objective was to assess the effect of mothers' characteristics and other maternity ward practices on breastfeeding maintenance.

## **Methods**

### **Study population**

Data from the «Comparative study of interorganizational collaboration and its effects: The case of prenatal services» (D'Amour, 2003), conducted between January 2002 and January 2003, were used. Through the original study, mothers were interviewed by telephone one month after delivery. The response rate was 70,8%. The maternal characteristics of our study population were comparable to all those having had a vaginal delivery in the same period in each region (age, educational level and spoken language). Thus, mothers included in our study are representative of the target population (ISQ,

2001). The study population included 1458 mothers from 4 socio-sanitary regions of Quebec. The selection criteria included:

- Normal single vaginal birth with no complications;
- Newborn birth weight of 2300g or more;
- Gestational age more than 35 weeks;
- Hospital stay of 60 hours or less;
- French or English speaking ability; and,
- Not having received midwifery care (midwives' follow-up was too different: starting in the prenatal period).

For the present paper, only mothers who initiated breastfeeding in the hospital were included. Thus, 1113 cases made up our study population (76,3% of the whole original study population).

### **Variables**

#### *Dependent variable:*

Breastfeeding maintenance has been dichotomized as: breastfeeding (exclusive and partial) maintained for at least 30 days versus breastfeeding abandoned before 30 days.

#### *Independent variables:*

1-Breastfeeding type is defined as follows: In-hospital exclusive breastfeeding refers to newborns being fed only breast milk. Partial breastfeeding refers to newborns being fed breast milk and other supplements like water or formula. Breastfeeding without further qualification refers to both partial and exclusive breastfeeding.

2-Timing of a nurse's postnatal home visit consisted of 3 categories: Visit within the first 3 days, Visit between 4 and 7 days, and No visit or visit later than 7 days, (the latter being the reference category).

#### *Other independent variables:*

1-Socio-demographic and cultural factors: maternal age, level of education (high school, college, university), country of birth (Canada/USA, elsewhere), living with a partner (yes, no), parity (multiparous, primiparous).

2-Perinatal factors: previous breastfeeding experience, attendance at prenatal classes during a current or previous pregnancy, gestational age, birth weight, epidural anaesthetic use in labour, neonatal jaundice (in hospital, after discharge, no jaundice), special care necessitating infant-mother separation, infant health perceived by the mother as excellent or very good at discharge, and having no nursing problems.

3-Maternity ward practices: early first feed, staff helping mothers with breastfeeding, rooming-in, breastfeeding on demand and not providing mothers with milk formula discharge packs.

4-Postnatal support: partner's support of breastfeeding, community support group utilisation.

5-Postnatal professional care: number and timing of home visits and postnatal nurse phone calls.

#### *Mothers' profiles:*

Two mothers profile groups were considered in order to verify our objectives: the priority visit profile group (PV) includes primiparous mothers as well as all those enrolled in a prenatal support program that included a prenatal home visit from a nurse. The no priority visit profile group (NPV) includes multiparous mothers who were not enrolled in the prenatal support program.

#### **Analysis**

T-test and  $X^2$  test were conducted to compare mothers' characteristics according to profile groups.

Bivariate analyses among independent variables were conducted using uncertainty coefficients (UC), Kendall's tau-b, and Kendall's tau-c; significance level ( $p < 0.05$ ) was considered for assessment. Logistic regression was then performed for bivariate analyses in order to select covariates to be entered in the model. Variables with significance level ( $p < 0.20$ ) were selected. Interaction tests were performed for maternity ward practices and postnatal follow up variables.

Based on bivariate analysis, the predictor variables were entered in logistic regression models and were used to conduct multivariate backward stepwise analyses using  $p_{in}$  at 0.05 and  $p_{out}$  at 0.10. "Goodness of fit" of the models was assessed using the Hosmer-Lemeshow test.

Stratified analyses according to mothers' profiles were used in order to assess the effect of exclusive breastfeeding on its maintenance. Thus, sub-groups with mothers' NPV and PV profiles were used to assess the interaction between the timing of the postnatal visit from a nurse and in-hospital exclusive breastfeeding. Analyses were done using SPSS 10.0 for Windows.

## Results

Table II shows the mothers' characteristics for all mothers and for the NPV and PV profile groups. Significant differences have been found between the two groups.

**Table II. Selected mothers' characteristics in total study population and in NPV and PV profile sub-groups**

Predictors	All mothers N=1113	NPV profile N=602 (54.1%)	PV profile N=511 (45.9%)	p
<b><i>Socio-demographic and cultural factors</i></b>				
Maternal age in years (mean)	28.84	30.69	26.66	<0.0005
Education level				0.006
-High school (5 <sup>th</sup> ) or less	324 (29.2)	160 (26.6)	164 (32.1)	-
-College	344 (30.9)	175 (29.1)	169 (33.1)	-
-University	444 (39.9)	266 (44.3)	178 (34.8)	-
Born outside Canada/USA	70 (6.3)	42 (7.0)	28 (5.5)	0.184
Enrolled in special program*	72 (6.5)	-	72 (14.1)	<0.0005
Multiparous*	631 (56.7)	602 (100.0)	29 (5.7)	<0.0005
Living with partner	1068 (96.0)	590 (98.0)	479 (93.7)	<0.0005
<b><i>Perinatal factors</i></b>				
Previous breastfeeding experience	562 (50.7)	541 (89.9)	21 (4.1)	<0.0005
Ever attended prenatal classes	772 (70.2)	410 (69.3)	362 (71.4)	0.239
Gestational age at delivery in weeks (mean)	39.23	39.19	39.26	0.365
Birth weight in grams (mean)	3462.97	3538.28	3374.54	<0.0005
No epidural during labour	312 (28.1)	216 (35.9)	96 (18.8)	<0.0005
Perceived newborn's health as excellent or very good at discharge	1005 (90.3)	557 (92.5)	448 (87.7)	0.004
Neonatal jaundice				0.194
-No jaundice	573 (51.5)	324 (53.8)	249 (48.8)	-
-Jaundice in hospital	450 (40.5)	229 (38.0)	221 (43.3)	-
-Jaundice after discharge	89 (8.0)	49 (8.1)	40 (7.8)	-
No admission to neonatal care unit	974 (87.6)	538 (89.4)	437 (85.5)	0.032
No nursing problems	623 (54.6)	375 (62.8)	248 (48.7)	<0.0005

\* These variables are part of the definition of the stratification variable (mothers' profile).

**Table II. Selected mothers' characteristics in total study population and in NPV and PV profile sub-groups. Continuation**

<i>Maternity ward practices</i>				
In hospital exclusive breastfeeding	848 (76.2)	475 (78.9)	373 (73.0)	0.013
Rooming-in				0.019
-No rooming-in	366 (33.0)	30 (5.0)	24 (4.7)	-
-Rooming-in day and evening	133 (12.0)	211 (35.2)	140 (27.6)	-
-Rooming-in 24 h	611 (55.0)	358 (59.5)	344 (67.7)	-
Staff help with breastfeeding	924 (83.2)	436 (72.5)	488 (95.7)	<0.0005
Breastfeeding on demand	547 (49.1)	263 (43.7)	284 (55.6)	<0.0005
No milk formula discharge packs	1015 (91.2)	552 (91.7)	463 (90.6)	0.297
Early first feed				<0.0005
-After 60 min	307 (27.6)	119 (19.8)	188 (36.8)	-
-Between 30 mn and 60 min	450 (40.4)	243 (40.4)	207 (40.5)	-
-Within 30 min	356 (32.0)	240 (39.9)	116 (22.7)	-
<i>Postnatal support</i>				
Used community support groups	123 (11.1)	55 (9.1)	68 (13.3)	0.017
Partner supportive of breastfeeding	901 (81.8)	488 (82.2)	413 (81.1)	0.360
<i>Postnatal professional care</i>				
Nurse home visit	934 (84.0)	453 (75.2)	482 (94.3)	<0.0005
Number of visits by a nurse (mean)	1.46	1.17	1.81	<0.0005
Timing of nurse's postnatal visit				<0.0005
-No visit	208 (19.2)	159 (27.1)	49 (9.8)	-
-Visit within 3 days	727 (67.1)	359 (61.3)	368 (73.9)	-
-Visit between 4 and 7 days	149 (13.7)	68 (11.6)	81 (16.3)	-
Postnatal nurse phone calls				0.002
-No phone call	48 (4.4)	38 (6.5)	10 (2.0)	-
-Call in the first day	565 (51.9)	285 (48.6)	280 (55.7)	-
-Call between 2 and 3 days	338 (31.0)	187 (31.9)	151 (30.0)	-
-Call between 4 and 7 days	114 (10.5)	66 (11.3)	48 (9.5)	-
-Call after 7 days	24 (2.2)	10 (1.7)	14 (2.8)	-

\* These variables are part of the definition of the stratification variable (mothers' profile).

Thus, compared to those in the PV profile group, mothers in the NPV profile group were older and more educated; they also were more likely to be living with a partner.

Significant differences were also observed in perinatal factors. Mothers in the NPV profile were less likely to use epidural anaesthetic in labour, they experienced less nursing problems, they had higher infant birth weights, they also were more likely to perceive their baby's health as better at discharge than those in the PV profile group and their infants were less likely to be admitted to neonatal care unit. Besides not offering formula discharge packs, all maternity ward practices were significantly different in the two profile groups.

Finally, mothers in the PV profile group received more visits from a nurse in the postpartum period than their NPV profile counterparts.

Our results also showed that mothers in the NPV profile group were 1.55 times more likely to maintain breastfeeding at one month postpartum than those in the PV profile group ( $p=0.003$ ), 95% IC [1.16-2.07].

As shown in table III, of the 1113 mothers included in the study, 848 (76%) exclusively breastfed their newborns during their hospital stay.

Exclusively and partially in-hospital breastfeeding mothers had different breastfeeding patterns at one month postpartum. As such, 38% of partial-breastfeeding mothers had weaned their infants at one month, while only 15% of exclusive-breastfeeding mothers had done so. No significant differences were observed between the two profile groups.

**Table III. Feeding patterns among total study population and in each profile group.**

During Hospital Stay	At One Month		
<b>All mothers</b> N=1113	<b>Weaned</b> N= 231 (20.8%)	<b>Partially breastfed</b> N= 152 (13.7%)	<b>Exclusively Breastfed</b> N= 729 (65.6%)
Exclusive: 848 (76.2%)	130 (15.3%)	98 (11.6%)	620 (73.1%)
Partial: 264 (23.8%)	101 (38.3%)	54 (20.5%)	109 (41.3%)
<b>NPV profile group</b>	<b>Weaned</b>	<b>Partial</b>	<b>Exclusive</b>
Exclusive 475 (78.9%)	66 (13.9%)	54 (11.4%)	355 (74.7%)
Partial 127 (21.1%)	39 (30.7%)	27 (21.3%)	61 (48.0%)
<b>PV profile group</b>	<b>Weaned</b>	<b>Partial</b>	<b>Exclusive</b>
Exclusive 373 (73.0%)	64 (17.2%)	44 (11.8%)	265 (71.0%)
Partial 137 (26.9%)	62 (45.3%)	27 (19.7%)	48 (35.0%)

In the «At one month » column, the percentages refer to the proportion of mothers who weaned, partially breastfed or exclusively breastfed according to their in-hospital breastfeeding type (exclusive or partial).

Table IV shows the association between selected predictors and breastfeeding maintenance according to each profile group. Early first feed, rooming-in, breastfeeding on demand, and having not received milk discharge packs are maternity ward practices eliminated from the model since they are not significantly associated with breastfeeding maintenance at one month.

In order to allow easy comparison between the two profiles, all significant factors in any profile group were introduced in the model for both profile sub groups.

Consequently, compared to partial breastfeeding, exclusive breastfeeding was associated with breastfeeding maintenance at one month postpartum in both groups. However, the timing of the postnatal visit from a nurse seemed to have an effect on that association. Even though the adjusted odds ratios were not statistically significant in the PV group, when considering exclusively breastfeeding mothers only, our results show that

compared to those who had no postnatal visit from a nurse, those who were visited within the first three days were 2.7 and 2.4 times less likely to maintain breastfeeding in the NPV and the PV groups respectively. Those who were visited between four and seven days were respectively 4 and 3 times less likely to maintain breastfeeding at one month postpartum in the NPV and the PV groups.

For partially breastfeeding mothers, our results did not show any significant effect of the postnatal visit from a nurse on the association between breastfeeding and its maintenance at one month postpartum. These findings could be related to the very small number of subjects.

**Table IV. Associations between selected predictors and breastfeeding maintenance at one month postpartum in each profile group**

	No priority visit profile (NPV) N=602			Priority visit profile (PV) N=511		
	AOR	p	95% CI	AOR	p	95% CI
Education level						
-High school (5 <sup>th</sup> ) or less	1.0			1.0		
-College	3.37	0.002	1.59 – 7.16	1.95	0.029	1.07 – 3.56
-University	2.31	0.016	1.17 – 4.58	3.87	<0.0005	1.98 – 7.56
Born outside Canada/USA	1.31	0.671	0.37 – 4.58	8.40*	0.013	1.55 – 45.35
Previous breastfeeding experience						
-No previous experience	1.0			1.0		
-Very positive previous experience	4.34*	0.002	1.73 – 10.84	1.07*	0.94	0.15 – 7.33
-Rather bad previous experience	0.42	0.058	0.17 – 1.03	0.38	0.35	0.05 – 2.87
Attended prenatal classes	2.11	0.019	1.12 – 3.95	1.42	0.20	0.82 – 2.47
No epidural anaesthesia	1.93	0.041	1.02 – 3.64	2.32	0.028	1.09 – 4.93
Perceived newborn's health as excellent at discharge	1.26	0.627	0.49 – 3.22	3.30	0.001	1.61 – 6.76
No nursing problems	4.37	<0.0005	2.39 – 7.97	5.29	<0.0005	3.02 – 9.27
Community support group utilisation	7.23*	0.014	1.48 – 35.20	2.20	0.078	0.91 – 5.31
Partner supportive of breastfeeding	3.29	<0.0005	1.76 – 6.16	2.78	0.001	1.55 – 4.98
Hospital help with breastfeeding	0.46	0.059	0.21 – 1.02	0.50	0.361	0.11 – 2.19
Breastfeeding type*visit:		0.027			0.279	
1) ref: Partial * no nurse visit	1.0			1.0		
-Partial * visit within 3 days	1.20		0.41 – 3.56	0.91		0.23 – 3.63
-Partial * visit 4 – 7 days	5.23*		0.78 – 35.15	1.65*		0.32 – 8.45
-Exclusive*no visit	9.43*		2.85 – 31.23	8.15*		1.31 – 50.57
-Exclusive * visit within 3 days	3.49*		1.34 – 9.05	3.45*		0.89 – 13.40
-Exclusive * visit 4 – 7 days	2.28*		0.63 – 8.27	2.61*		0.58 – 11.81
2) ref: Exclusive* no nurse visit	1.0			1.0		
-Partial*no visit	0.11		0.03 – 0.35	0.12		0.02 – 0.76
-Partial* visit within 3 days	0.13		0.04 – 0.37	0.11		0.03 – 0.44
-Partial*visit 4 – 7 days	0.55		0.08 – 3.66	0.20		0.04 – 1.01
-Exclusive*visit within 3 days	0.37		0.15 – 0.91	0.42		0.11 – 1.59
-Exclusive*visit 4 – 7 days	0.24		0.07 – 0.84	0.32		0.07 – 1.59
Goodness of fit test	X <sup>2</sup> =7.157 p=0.520			X <sup>2</sup> =14.898 p=0.061		

\*: AOR to be interpreted with caution because of the small number of subjects.



In both profile groups, several personal maternal factors were also positively associated with breastfeeding maintenance at one month postpartum. Indeed, mothers with a college or university level of education were at least two times more likely to maintain breastfeeding than those with a high school educational level. Mothers who had not used epidural anaesthetic during labour were about twice as likely to breastfeed up to one month postpartum than those who had used it. Having experienced no nursing problems in the postnatal period was associated with a much better chance of breastfeeding maintenance (AOR: 4.3 to 5.3). Mothers whose partners were supportive towards breastfeeding were about three times more likely to maintain breastfeeding to one month postpartum than those with no supportive partners.

Moreover, having made use of postnatal support groups was found to be associated with breastfeeding maintenance in both groups even though the AOR did not reach the significance level in the PV profile group. We also observed a tendency towards a negative association with breastfeeding maintenance at one month when help was received from hospital staff. Compared to mothers who did not get any help, those who received help were twice as likely to have weaned their infant at one month postpartum. Some factors were significantly associated with breastfeeding maintenance in only one of the two profile groups. Thus, in the NPV group, mothers who attended prenatal classes were twice as likely to continue breastfeeding up to one month postpartum. Also, mothers who previously had a very positive breastfeeding experience were over four times more likely to maintain breastfeeding.

In the PV group, being born outside Canada/USA appears to be positively associated with breastfeeding maintenance at one month postpartum. Mothers in the same group, who perceived their infant's health at discharge as excellent or very good, were over three times more likely to maintain breastfeeding to one month compared to those having perceived it as being bad.

## **Discussion**

Our main objective was to verify that exclusive breastfeeding is related to breastfeeding maintenance at one month, based on the timing of the postnatal home visit made by a nurse. In doing so, we considered two mothers' profile groups.

Thus, in-hospital exclusive breastfeeding seems to be strongly associated with breastfeeding maintenance; and this still holds true after adjustment for mothers' socio-demographic, cultural and perinatal factors, postnatal support, and other maternity ward practices such as: rooming-in, early first feed, helping nursing mothers, breastfeeding on demand, and not offering milk formula discharge packs. Also, when considering only mothers who did not have a postnatal home visit, exclusive breastfeeding significantly increased their chances of maintaining breastfeeding up to one month (AORs are 9.43 and 8.15). No differences were found between the Priority Visit and the No Priority Visit profiles as far as the association between exclusive breastfeeding and breastfeeding maintenance was concerned.

In a Canadian context, Martens' study (2000) conducted in Manitoba had very similar results to ours; the authors concluded that in-hospital supplementation was a weaning predictor. Several other authors found similar results (DiGirolamo, 2001; Blomquist, 1994; Marques, 2001; Novotny, 2000; Piper, 1996; Wright, 1996).

Our findings were especially consistent with Victoria (1997) and Vogel's (1999) results; where supplementation was found to be negatively associated with breastfeeding maintenance at one month.

When only considering exclusive breastfeeding mothers, those who had no nurse's visit were more likely to maintain breastfeeding until one month postpartum than those who had received a visit. AORs tended to go in the same direction in both profile groups, even though they were significant only in the NPV group. In fact, confidence intervals for AORs 0.37 and 0.24 and for AORs 0.42 and 0.32 were overlapping.

For partially breastfeeding mothers, when compared to having received no visit from a nurse, having had a postnatal home visit and the timing of that visit had no effects on breastfeeding maintenance at one month postpartum. However, confidence intervals in both profiles, for the 4 to 7 days category were particularly wide.

These findings raised several questions and led us to consider some hypotheses in order to better understand the results we found. Consequently, we looked at associations between the timing of the postnatal visit and other variables that had actually not been found to be associated with breastfeeding maintenance, such as the moment when nursing problems began, the type of nursing problem encountered, the interval between the beginning of the problem and the nurse's visit, and visit refusal. None of these

variables was found to be associated with the timing of the postnatal visit from a nurse. Thus, mothers who had had a visit and who weaned their infant before one month postpartum, did not have more nursing problems, neither did their problems occurred after the nurse's visit, and the frequency of their visit refusal was no different. However, mothers who maintained breastfeeding to one month postpartum might have been less in need of the help expected during the nurse's visit. Thus, considering that the maternal prenatal intention to breastfeed is a breastfeeding maintenance predictor (Pérez-Escamilla, 1992; Vogel, 1999) and that the mother's confidence is important for breastfeeding success (Ertem, 2001), we may presume that the strong prior intention to breastfeed in those mothers could have influenced the nurse; and that the latter could have observed less of a need for the postnatal visit and decided not to offer it, whether the refusal was explicit or not. On the other hand, mothers with a weaker prior intention to breastfeed could have been seen as needing the postnatal visit, but in their case, the nurse's intervention did not improve the outcome; this result would then be related to lesser motivation by the mother.

Results observed in our study could also be explained by the lack of effective help for breastfeeding mothers after discharge. Questions are therefore raised about nurses' knowledge of breastfeeding, their ability to deal with breastfeeding problems and the quality of counselling they usually give to nursing mothers. It is pertinent to mention here that since last year health authorities such as the Montreal Public Health Authority are showing more interest in setting up different training programs for community nurses in order to update their knowledge and to improve their skills in the management of breastfeeding problems (RRSSS, 2000).

Our secondary objective was to assess the effect of mothers' characteristics and other maternity ward practices on breastfeeding maintenance at one month postpartum.

Thus, regarding other maternity ward practices, our results showed that in both profile groups there was a significant negative association between help offered to breastfeeding mothers during their hospital stay and breastfeeding maintenance. As a matter of fact, mothers who received help from hospital staff were about twice as likely to have weaned their infant at one month compared to those who did not receive that help. These findings may seem surprising, but if we consider the fact that help would probably have been given particularly to mothers experiencing nursing problems, it makes sense that those

same mothers would be more likely to have weaned their infants within the first month. More information about the hospital stay such as the in-hospital occurrence of nursing problems, the quality of the help offered and the skills of the staff would have been helpful to better assess the efficacy of that help. We may mention that in Quebec, only 10% of hospitals had a lactation consultant on staff (Levitt, 1995).

Moreover, and regardless of the mothers' profiles, our results showed no association between other maternity ward practices and breastfeeding maintenance; other authors found similar results. Notably, rooming-in was not associated with breastfeeding maintenance according to the results found by Berra (2001), Labarere (2001), Procinoy (1983) and DiGirolamo (2001). No association was found between breastfeeding success and early first feed (Berra, 2001), breastfeeding on demand (DiGirolamo, 2001) or milk formula discharge packs (Campbell Bliss, 1997; Dungy, 1997).

Regarding mothers' personal factors, our results showed that in both profile groups, the mother's educational level was positively associated with breastfeeding maintenance. Likewise, mothers who attended prenatal classes were more than twice as likely to maintain breastfeeding (AOR: 2.11). These results were consistent with Evers's findings among low-income Ontarian mothers (Evers, 1998). However, in our study, this association was not significant in the PV group; this could be explained by the possibility that mothers with the PV profile were already in disadvantageous conditions and that prenatal preparation could not make the expected difference.

The effect of ethnic origin on breastfeeding maintenance should be interpreted with caution since few mothers were born outside Canada/USA in our study population. However, Evers (1998) found similar results among Ontarian women.

Mothers' positive previous breastfeeding experiences increased subsequent breastfeeding success fourfold. On the other hand, negative previous experiences increased weaning risks by 2.4 times. These findings were consistent with Nagy (2001) and Victoria's (1992) results. Consequently, primiparous breastfeeding mothers should be offered effective support in order to make their first experience positive, thus encouraging them to breastfeed their subsequent infants as well.

Our results confirmed Novotny's 2000 findings that suggested that having experienced no nursing problems was positively associated with breastfeeding maintenance (AORs for NPV and PV were respectively 4.37 and 5.29). In the context of early hospital

discharge, these findings highlight the need for community nurses to take over care for mothers soon after discharge in order to offer an effective support to breastfeeding. As found by Matthews & al (1989), our results confirm that having an epidural anaesthetic during labour is associated with lower breastfeeding maintenance prevalence. This association is relevant for birth attendants since epidural has become a very common practice in obstetrics. They should be aware that by reducing the frequency of epidural use mothers would benefit from higher breastfeeding success rates. Other types of support should then be offered to labouring women.

Another interesting result is found regarding mothers' perception of their infants' health when discharged from hospital. PV mothers who perceived their infants' health as excellent or very good were 3.3 times more likely to maintain breastfeeding compared to those who perceived their infants as being less healthy. Interestingly, this association is not significant in the NPV group suggesting that PV mothers are more likely to perceive breastfeeding as being beneficial only for healthy infants and as being inadequate for less healthy infants. This finding emphasizes the need for health caregivers to regularly update their knowledge and to transmit to mothers the correct information about the benefits of breastfeeding as far as infant health is concerned. Our results showed no association between gestational age, birth weight, or neonatal jaundice and breastfeeding maintenance at one month postpartum.

Mothers whose partner was very supportive of breastfeeding were 3 times more likely to maintain breastfeeding at one month; these findings are consistent with Giugliani (1994) and Novotny (2000). Moreover, community support group utilisation by breastfeeding mothers has a positive effect on mothers as far as the association with breastfeeding maintenance is concerned; AOR in the PV group was 2.2. Considering the small number of women in the NPV, AOR in this profile group should be interpreted with caution. In the current study, breastfeeding prevalence at one month postpartum is a prevalence odds ratios; it overestimates the prevalence ratio. Thus, the strength of the association between predictors and breastfeeding maintenance is also overestimated. Moreover, the study's power could have been affected since most women had an early postnatal visit from a nurse.

Even though data was collected at one month postpartum, we consider recall bias to be of little importance since mothers were questioned about a very significant event in their

lives; the birth of their baby. Results were obtained after interaction testing and adjustment for most important confounders.

## **Conclusion**

In-hospital exclusive breastfeeding is associated with breastfeeding maintenance when compared to partial breastfeeding during hospital stay. We suggest that professional health caregivers should abstain from systematically offering formula supplements to healthy newborns during their hospital stay. If supplementation is needed for medical reasons, cup feeding is preferred to bottle-feeding. Policy makers should discourage hospitals from storing formula and from signing agreements with formula manufacturers in order to prevent routine supplementation from causing early weaning.

Further research needs to be conducted in order to reinforce these findings and to better assess the impact of rooming-in, early first feed, breastfeeding on demand, helping breastfeeding mothers and not offering formula discharge packs, since the associations between these last 5 practices and breastfeeding maintenance show no consistency in the literature. Finally, further qualitative research about postnatal visit content and professional caregivers' knowledge should be performed for a better understanding of the effect of nursing intervention on breastfeeding success.

## **Discussion**

Les objectifs de notre étude consistaient à mesurer l'association entre les pratiques hospitalières et le maintien de l'allaitement maternel à un mois post-partum; à vérifier si l'effet des pratiques hospitalières les plus associées au maintien de l'allaitement maternel à un mois post-partum, variait selon que la mère a reçu une visite postnatale à domicile et que cette visite s'est effectuée dans les délais prescrits.

Nous avons aussi choisi de procéder à des analyses stratifiées selon le profil des mères afin de mieux évaluer l'impact de la visite de l'infirmière sur les associations mesurées. Les principaux résultats que nous avons obtenus sont discutés dans les sections suivantes et ce, en complément à la section «Discussion» de l'article.

### **A- L'association entre les pratiques hospitalières et le maintien de l'allaitement maternel**

Les résultats d'analyses bivariées montrent que l'allaitement maternel exclusif à l'hôpital, l'initiation du premier boire dans l'heure qui suit la naissance, l'aide à l'allaitement maternel et le fait de ne pas recevoir d'ensembles cadeaux contenant des échantillons de lait, sont associés au maintien de l'allaitement maternel. En revanche, la cohabitation et l'allaitement maternel à la demande ne semblent pas avoir d'effet sur le maintien de l'allaitement à un mois postpartum.

En analyses multivariées, seules l'allaitement maternel exclusif au CH et l'aide apportée aux mères sont demeurées associées au maintien de l'allaitement à un mois.

L'allaitement maternel exclusif au CH demeure ainsi la pratique hospitalière la plus fortement associée au maintien de l'allaitement maternel. L'association persiste après ajustement pour les caractéristiques sociodémographiques et culturelles de la mère, les facteurs périnataux, le support postnatal de même que pour l'initiation du premier boire dans l'heure qui suit la naissance, l'aide à l'allaitement maternel et le fait de ne pas recevoir d'ensembles cadeaux contenant des échantillons de lait.

Enfin, l'aide apportée aux mères allaitantes durant leur séjour hospitalier est associée à une diminution des chances de maintenir l'allaitement maternel à un mois postpartum.

## **B- L'interaction avec le suivi postnatal**

Étant donné que toutes les mères sur les quelles ont porté nos analyses ont initié l'allaitement maternel et l'ont pratiqué sous l'une de ses deux formes durant leur séjour hospitalier, nous avons formulé l'hypothèse que la visite postnatale de l'infirmière allait influencer l'effet des pratiques hospitalières les plus associées au maintien de l'allaitement. Nos résultats ont révélé l'existence d'une interaction significative entre le délai de la visite postnatale de l'infirmière et l'allaitement maternel exclusif au CH. En tenant compte de cette interaction, et après ajustement pour toutes les caractéristiques maternelles et les autres facteurs de confusion, l'allaitement maternel exclusif au CH demeure le facteur le plus important à être associé au maintien de l'allaitement à un mois postpartum. Ces résultats rejoignent notre synthèse de la recension des écrits qui considérait l'allaitement maternel exclusif au CH comme étant la pratique hospitalière répondant le mieux aux cinq critères de causalité de Hill tels que définis par Gordis (1996).

Selon les résultats obtenus, on n'observe pas de différences en fonction des profils (visite prioritaire et visite non prioritaire). Les associations sont sensiblement les mêmes en termes de direction et de force d'association.

## **C- L'association entre les autres déterminants de l'allaitement maternel et son maintien**

Tel que schématisé dans la figure 2, nos hypothèses de recherche supposaient l'existence d'un lien entre les caractéristiques personnelles des mères et le maintien de l'allaitement maternel. La discussion des caractéristiques personnelles, des facteurs obstétricaux et périnataux ainsi que du support informel a été présentée dans l'article.

## **D. Le suivi postnatal**

À l'exception du délai de la visite de l'infirmière, toutes les formes du suivi postnatal ne semblent pas avoir d'effet sur le maintien de l'allaitement maternel dans le cadre de nos analyses. Ainsi, ni le nombre de visites, ni le nombre et le délai des appels téléphoniques, ni le rendez-vous avec un médecin ne sont significativement associés au maintien de l'allaitement maternel à un mois postpartum.



Enfin, dans un contexte où l'allaitement maternel représente un comportement de santé offrant des bienfaits de santé publique (AAP, 1997; Anderson, 1999; Ivarsson, 2002; Kries, 1999; McKinney, 1999; Raisler, 1999; Saarinen, 1995; Scariati, 1997; SCP, 1998), et dans la mesure où le MSSSQ a émis des lignes directrices pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel au Québec, nos résultats viennent se joindre à une démarche nationale et internationale visant à améliorer les conditions entourant le processus de maternité et ce, pour que les mères allaitent et maintiennent leur allaitement.

### **E- Limites et biais anticipés**

Le devis de recherche de notre étude est de type transversal. L'information sur le maintien de l'allaitement maternel a été recueillie auprès des mères un mois après l'accouchement et nous permet d'estimer la prévalence de l'allaitement maternel à un mois post partum et d'identifier les facteurs qui y sont associés. L'utilisation du terme «prévalence» dans ce document fait référence à la prévalence instantanée (point prevalence).

Ainsi, tout en reconnaissant les limites des mesures de prévalence, nous avons retenu cette mesure pour répondre à nos questions de recherche. En effet, notre objectif ne consistait pas à mesurer le risque qu'à chaque mère d'abandonner l'allaitement durant le premier mois.

Dans ce type d'étude, les rapports de cotes sont des rapports de cotes de prévalences (prevalence odds ratios). Dans la mesure où la prévalence de l'allaitement maternel à un mois est un phénomène fréquent (>60%), le rapport de cotes de prévalences surestime le rapport de prévalences (prevalence ratio). Ceci est vrai, que le rapport de cotes soit plus petit ou plus grand que un. Il surestime donc la force d'association entre un facteur donné et la prévalence de l'allaitement maternel à un mois post partum.

Le devis retenu ne nous met pas à l'abri de biais potentiels. Cependant, nous avons identifié ces biais et avons pris les mesures pour les minimiser quand cela était possible. Ainsi, bien que le taux de réponse à l'enquête ait été de 70,8%, nous pensons que la probabilité d'un biais de sélection engendré par la non-réponse, est faible. En effet, la comparaison des caractéristiques des mères qui ont participé à l'étude avec celles des femmes ayant accouché par voie vaginale pendant la même période, dans chacune des

régions, nous rassurent quant à la représentativité de notre population à l'étude (données du Fichier des naissances de l'Institut de la Statistique du Québec, 2001). Les participantes à l'étude sont à cet effet, comparables quant à l'âge, la scolarité et la langue maternelle.

Un biais d'information a pu être engendré par le fait que la source de la cueillette de données ait été la mère elle-même et que l'information ait été recueillie de manière rétrospective. En effet, cette façon de procéder soulève inévitablement la question de la validité de l'information recueillie et nous confronte à la possibilité d'un biais de mémoire. Cependant, comme les mères ont été questionnées sur des éléments marquants de leur vie, soit leur accouchement et leur bébé, nous croyons que ce biais est fort probablement très faible. Par ailleurs, comme toutes les mères ont été sélectionnées parmi la même population et durant la même période de temps, nous pensons avoir minimisé les possibilités de biais d'histoire (Contandriopoulos, 1990).

Un biais d'information a pu également résulter de la construction de la variable «Délai de la visite». En effet, nous avons choisi de fusionner la catégorie «Pas de visite» avec celle de «Visite après 7 jours», ce choix est justifié par la recommandation ministérielle d'offrir une visite postnatale à toutes les mères en dedans des trois premiers jours de postpartum (MSSSQ, 1999).

L'imputation des données manquantes pourrait aussi avoir entraîné des erreurs de classification. Afin de conserver une bonne puissance statistique à notre étude, nous avons procédé à de l'imputation de données chaque fois que nous avons jugé qu'il était justifié de le faire. Nous pensons avoir minimisé les erreurs de classification en ayant eu recours à une procédure probabiliste utilisant plus d'une variable prédictive identifiée à priori.

Le fait d'avoir procédé à des analyses secondaires ne nous a pas permis d'avoir accès à l'information nécessaire pour venir appuyer les explications que nous avons présentées dans la discussion des résultats d'interaction entre l'allaitement maternel exclusif au CH et le délai de la visite de l'infirmière. Parmi ces facteurs, on note toute l'information relative aux motivations des mères face à l'allaitement, la nature de l'aide offerte durant le séjour hospitalier, le contenu de la visite postnatale de l'infirmière et le détail des conseils d'allaitement maternel donnés aux mères.



Cette limite est fréquemment rencontrée dans toutes les formes d'analyses secondaires, nous avons quand même essayé d'en minimiser les effets en utilisant des variables disponibles parmi les données existantes et de s'en servir comme «proxy» afin de s'approcher le plus possible de l'information que nous voulions mesurer et ce, tout en reconnaissant que cette procédure ne permettrait pas d'atteindre le niveau de précision offert par la cueillette de données spécifiques.

Le délai d'un mois postpartum, bien que minimisant la possibilité d'un biais de mémoire, soulève un autre problème, celui de la courte période d'observation pour la mesure de la prévalence de l'allaitement maternel. En effet, à un mois postpartum, les mères sont généralement à peine sorties des difficultés plutôt techniques de l'allaitement maternel et le lien de cause à effet avec l'exposition aux pratiques hospitalières est plus difficile à établir. Il est même probable que ce court délai peut expliquer en partie pourquoi les pratiques hospitalières autres que l'allaitement maternel exclusif au CH n'ont pas eu d'effet sur le maintien de l'allaitement maternel. Nous pensons de ce fait, que la portée de l'étude ainsi que sa validité externe s'en trouvent limitées et qu'une observation des mères sur une plus longue période aurait pu donner des résultats plus précis en lien avec nos objectifs de recherche. Par contre, le manque de recherche sur le sujet au Québec justifie l'étude, notamment dans le contexte du virage amorcé par le MSSSQ avec les programmes de congés précoces, les lignes directrices en matière d'allaitement maternel et la mise à jour de la politique de périnatalité.

Enfin, le recours à la stratification en fonction des profils de visite prioritaire et non prioritaire a révélé que ni les variables liées à la priorisation des visites (parité et recours aux programmes prénatals sociaux) ni celles incluses dans les modèles finaux ne peuvent expliquer les liens entre l'allaitement maternel exclusif au CH et le délai de la visite postnatale, et le maintien de l'allaitement à un mois post partum.

D'autres recherches sur le sujet devraient être menées afin d'optimiser les services aux mères et aux familles favorisant une meilleure santé pour tous. De plus, des recherches qualitatives où l'on évaluerait les connaissances des intervenants, le contenu des visites postnatales ainsi que la qualité des conseils d'allaitement maternel offerts aux mères devraient être effectuées afin de mieux évaluer l'impact des différents facteurs et d'amener plus de précisions à l'interprétation des résultats quantitatifs que nous avons obtenus.

## Conclusion

Parmi les pratiques hospitalières auxquelles sont exposées les mères dans les centres de maternité, l'allaitement maternel exclusif est le facteur le plus fortement associé au maintien de l'allaitement à un mois. Les professionnels de la santé devraient s'abstenir d'offrir systématiquement des suppléments de substituts de lait maternel aux nouveau-nés. Si les suppléments sont nécessaires pour des raisons médicales, l'usage du verre (cup feeding) devrait être encouragé.

Le délai de la visite de l'infirmière dans la période postnatale semble diminuer l'effet de l'allaitement maternel exclusif au CH. Ceci soulève inévitablement la question du contenu de la visite et le niveau de mises à jour des connaissances des infirmières en matière d'allaitement maternel.

Même si nos résultats n'ont pas révélé d'association entre les autres pratiques hospitalières et le maintien de l'allaitement maternel, ce lien demeure plausible et ces pratiques devraient être encouragées. En effet, toutes les pratiques sont inter-reliées, elles font partie d'un contexte global qui témoigne de l'Initiative Ami des Bébés et de l'adoption d'une culture de l'allaitement maternel. Ainsi, les gestionnaires d'établissements et les décideurs politiques devraient décourager les ententes entre les établissements de santé et les fabricants de substituts de lait afin de réduire la sollicitation des mères par ces produits, occasionnant ainsi le sevrage précoce. Les politiques internes dans chaque établissement devraient aussi favoriser un contact mère-enfant précoce et encourager la première mise au sein le plus tôt possible après la naissance. Des aménagements des lieux physiques devraient être prévus pour que chaque mère puisse cohabiter jour et nuit avec son enfant et qu'elle puisse l'allaiter à la demande. De plus, chaque établissement devrait avoir parmi son personnel soignant des professionnels ayant les connaissances et les compétences permettant d'offrir une aide adéquate à toutes les mères allaitantes durant leur séjour hospitalier.

Par ailleurs, et dans un contexte de congé précoce, l'organisation des soins postnataux à domicile et l'articulation de ces soins avec les organismes et groupes communautaires devraient être mises de l'avant afin d'optimiser la prise en charge des mères dans leur communauté et de briser leur isolement.

De plus, l'organisation des soins en périnatalité devrait inclure des programmes plus personnalisés répondant aux besoins spécifiques de chaque mère et incluant un volet important d'éducation visant à promouvoir l'allaitement maternel afin que les interventions de soutien et de protection de l'allaitement maternel puissent y trouver un meilleur écho. Une telle organisation ne peut se faire sans mettre sur pieds un programme de formation et de mises à jour régulières des connaissances des intervenants en matière d'allaitement maternel.

Enfin, un arrimage des soins pré, per et postnatals tel qu'observé dans les modèles de continuité de soins abondamment utilisés dans la pratique des sages-femmes, pourrait être offert aux femmes enceintes et à leur famille afin d'améliorer la performance générale de l'allaitement maternel au Québec et de donner aux nouveau-nés la chance d'avoir un meilleur départ dans la vie. Il n'est pas surprenant de voir que ces modèles de continuité de soins faisaient partie des objectifs visés par le MSSS dans sa politique de périnatalité (MSSSQ 1993)

Enfin, nos résultats supportent les recommandations du MSSSQ et de l'OMS/UNICEF pour ce qui concerne les conditions favorables à la réussite de l'allaitement maternel. De plus, nous suggérons que des recherches qualitatives soit faites sur le sujet afin de mieux apprécier les effets mesurés et mieux cibler les programmes de prévention et d'intervention dans le futur.

Références bibliographiques :

- Abada T.S.J., Trovato F., La lu N., *Determinants of breastfeeding in Philippines : A survival analysis*. Social Science and Medicine 2001; 52: 71-81.
- American Academy of Pediatrics, *Work group on breastfeeding Breastfeeding and the use of human milk*. Pediatrics 1997; 100 (6): 1035-1039
- Anderson J.W., Johnstone B.M., Remley T.D., *Breastfeeding and cognitive development : a meta-analysis*. Am J Clin Nutr 1999; 70 : 525-535.
- Aarts C., Kylberg E., Hornell A., Hofvander Y., Gebre-Medhin M., Greiner T., *How exclusive is exclusive breastfeeding? A comparison of data since birth with current status data*. International Journal of Epidemiology. Dec 2002; 29(6) :1041-1046.
- Ashraf R.N., Jalil F., Khan S.R., Zaman S., Karlberg J., Lindblad B.S., *Feeding patterns*. In : Jalil F. Karlberg J., editors. *Early child health in Lahore, Pakistan. A sarec project for research and research training*. Acta Paediatr 1993; 82 suppl. 390 : 47-61.
- Barros F.C., Semer T.C., Tonioli Filho S., Tomasi E., Victoria C.G., *The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth : a birth cohort study*. Acta Paediatr 1995; 84 : 1221-1226.
- Bergevin Y., Dougherty C., Kramer M.S., *Do infant formula samples shorten the duration of breastfeeding?* Lancet May 1983; I(8334) : 1148-1151.
- Bernier M.O., Plu-Bureau G., Bossard N., Thalabard J.C., *Breastfeeding and risk of breast cancer: a metaanalysis of published studies*. Hum Reprod Update. 2000 Jul-Aug;6(4):374-86.
- Berra S., Rajmil L., Passamonte R., Fernandez E., Sabulsky J., *Premature cessation of breastfeeding in infants : development and evaluation of a predictive model in two Argentinian cohorts : the CLACYD study, 1993-1999*. Acta Paediatr 2001; 90 : 544-551.
- Blomquist H.K., Jonsbo F., Serenius F., Persson L.A., *Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding*. Acta Paediatr 1994; 83 : 1122-1126.

- Brent N.B., Redd B., Dworetz A., D'Amico F., Greenberg J., *Breast-feeding in low-income population*. Arch Pediatr Adolesc Med Juillet 1995; 149 : 798-803.
- Campbell Bliss M., Wilkie J., Acredolo C., Berman S., Phillips Tebb K., *The effect of discharge pack formula and breast pumps on breastfeeding duration and choice of infant feeding method*. Birth June 1997; 24(2); 90-97.
- Contandriopoulos A.P., Champagne F., Potvin L., Denis J.L., Boyle P., *Savoir Préparer Une Recherche*. Les presses de l'université de Montréal, 1990.
- Crivelli Kovach A., *Hospital Breastfeeding Policies in the Philadelphia Area : A Comparison with the Ten Steps to Successful Breastfeeding*. Birth Mars 1997; 42(1) : 41-48.
- D'Amour D., Goulet L., Pineault R., Labadie J.F., Remondin M., *Comparative study of interorganizational collaboration and its effects: The case of prenatal services*. GRIS, Université de Montréal, 2003. <http://www.gris.umontreal.ca/rapportpdf/R03-07.pdf>
- DeCarvalho M., et al. *Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain*. Pediatrics 1983; 72(3) : 307-311.
- DeCarvalho M., Robertson S., Klaus M.H., *Does the duration and the frequency of early breastfeeding affect nipple pain?* Birth 1984; 11 : 81-84.
- De Chateau P., Wiberg B., *Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum*. Acta Paediatr Scand 1977; 66 : 145-151.
- DiGirolamo A.M., Grummer-Strawn L.M., Fein S., *Maternity care practices : implications for breastfeeding*. Birth Juin 2001; 28(2) : 94-100.
- Downs S.H., Black N., *The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality of randomised and non-randomised studies of health care interventions*. J epidemiol community Health 1998; 52 : 377-384.
- Dungy C.I., Losch M.E., Russell D., Romitti P., Dusdieker L.B., *Hospital Infant Formula discharge Packages, Do they affect the duration of breastfeeding?* Arch Pediatr Adolesc Med. Juillet 1997; 151 : 724-729.
- Elander G., Lindberg T., *Hospital routines in infants with hyperbilirubinemia influence the duration of breastfeeding*. Acta Paediatr Scand 1986; 75 : 708-712.
- Enkin M., Keirse M.J.N.C., Chalmers I., *A guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford University Press, New York 1990 : 313-326



- Ertem I.O., Votto N., Leventhal J.M., *The timing and predictors of the early termination of breastfeeding*. Pediatrics Mars 2001;107(3) : 543-548.
- Evers S., Doran L., Schellenberg K., *Influences on breastfeeding rates in low-income communities in Ontario*. Canadian Journal of Public Health. 1998; 89 :203-207
- Fondation canadienne sur l'étude de la mortalité infantile, L'Institut canadien de la santé infantile, La Société canadienne de pédiatrie et santé Canada : Énoncé conjoint., *La mort subite du nourrisson au Canada : réduire le risque*. Pediatrics & Child Health 1998; 4(3) :227-228
- Frank D.A., Wirtz S.J., Sorenson J.R., Heeren T., *Commercial discharge packs and Breast-feeding counselling : effects on infant feeding practices in a randomized Trial*. Pediatrics Dec 1987; 80(6) : 845-855.
- Freed G.L., Clark S.J., Sorenson J., Lohr J.A., Cefalo R., Curtis P., *National assessment of physicians' breastfeeding knowledge, attitudes, training, and experience*. J.A.M.A. 1995; 273 :472-476
- Giugliani E.R.J., Caiaffa W.T., Vogelhut J., Witter J., Permans J.A., *Effects of breastfeeding support from different sources on mother's decision to breastfeed*. Journal of Human Lactation 1994; 10 :157-161
- Gordis L., *Epidemiology*. W. B. Saunders Company . 1996
- Gray L., Watt L., Blass E.M., *Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns*. Pediatrics Jan 2000; 105(1) : e14.
- Hofmeyr G.J., Nikodem V.C., Wolman W.L., Chalmers B.E., Kramer T., *Companionship to modify the clinical birth environment : effects on progress and perceptions of labour and breastfeeding*. Br Journal of Obstetrics and Gynecology, Août 1991; 98 : 756-764.
- Hogan S.E., *Overcoming barriers to breastfeeding :suggested breastfeeding promotion programs for communities in eastern Nova Scotia*. Canadian Journal of Public Health Mars - avril 2001; 92(2) : 105-108.
- Howard C.R., Howard F.M., Weitzman M.L., *Infant formula distribution and advertising in pregnancy : A Hospital Survey*. Birth 1994; 21 :14-19
- Howard C.R., Schaffer S.J., Lawrence R.A., *Attitudes, practices, and recommendations by obstetricians about infant feeding*. Birth 1997; 24 :240-246

- Illingworth R.S., Stone D.G.H., *Self-demand feeding in a maternity unit*. Lancet 1952; I (6710) : 683-687.
- Institut de la statistique du Québec, É L D E Q 1998-2002
- Ivarsson A., Hernell O., Stenlund H., Persson L.A., *Breastfeeding protects against celiac disease*. Am J Clin Nutr. May 2002, 75(5) : 914-921.
- Jones D.A., West R.R., *Effect of a lactation nurse on the success of Breast-feeding : a randomized controlled trial*. J of Epid and Comm Health 1986; 40 :45-49.
- Kleinbaum D.G., Klein M., *Logistic Regression, A self-learning text*. 2<sup>nd</sup> Edition. Springer-Verlag 2002.
- Kramer M.S., Barr R., Dagenais S., Yang H., Jones P., Ciofani L., Jané F., *Pacifier use, Early weaning, and cry/fuss behavior. A Randomised Controlled Trial*. J.A.M.A. July 2001; 286 (3) : 322-326.
- Kries R., Koletzko B., Sauerwald T., Mutius E., Barnert D., Grunert V., *Breastfeeding and obesity : cross sectional study*. Br Med J 1999; 319 : 147-150.
- Kuan L.W., Britto M., Decolongon J., Schoettker P.J., Atherton H.D., Kotagal U.R., *Health system factors contributing to breastfeeding success*. Pediatrics sept 1999; 104(3) : e 28.
- Labarere J., Dalla-Lana C., Schelstraete C., Rivier A., Callec M., Polverelli J.F., François P., *Initiation and duration of breastfeeding in obstetrical hospitals of Aix-Chambery (France)*. Archives de Pédiatrie Aug 2001; 8(8) :807-815.
- Labbok M.H., *Health sequelae of breastfeeding for the mother*. Clin Perinatol. 1999 Jun;26(2):491-503, viii-ix. Review.
- Lang S., Lawrence C.J., Orme R.L'E., *Cup feeding : an alternative method of infant feeding*. Archives of disease in childhood. 1994; 71 :365-369.
- Levitt C., Hanvay L., Avard D., Chance G., Kaczorowski J.; *Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique*. Santé Canada, Institut de la santé infantile, Ottawa, 1995
- Marques N., Lira P.I.C., Lima M.C., Da Silva N.L., Filho M.B., Huttly S.R.A., Ashworth A., *Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil : A longitudinal study*. Pediatrics Oct. 2001; 108(4) : e 66.

- Martens P.J., Phillips S.J., Cheang M.S., Rosolowich V., *How Baby-friendly are Manitoba Hospitals? The provincial infant feeding study*. Canad J Publ Health, Feb 2000; 91(1) : 51-57.
- Matthews M.K., *The relationship between maternal labour analgesia and delay in the initiation of breastfeeding in healthy neonates in the early neonatal period*. Midwifery 1989; 5 : 3-10.
- McKinney P.A., Parslow R., Gurney K.A., Law G.R., Bodansky H.J., Williams R., *Perinatal and neonatal determinants of childhood type 1 diabetes. A case control study*. Diabetes Care 1999; 22 : 928-932.
- Montgomery A., *Breastfeeding and postpartum maternal care. Primary Care*. Clinics in office practice 2000; 27(1) : 237-250.
- MSSSQ., *La politique de périnatalité*. MSSS Québec, 1993.
- MSSSQ., *Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de conge précoce en périnatalité*. MSSS Québec, 1999.
- MSSSQ., *Ministère de la santé et des services sociaux du Québec . L'allaitement maternel au Québec. Lignes directrices*. Direction des communications. Septembre 2001.
- Nagy E., Orvos H., Pal A., Kovacs L., Loveland K., *Breastfeeding duration and previous breastfeeding experience*. Acta Paediatr 2001; 90 : 51-56.
- Novotny R., Hla M.M., Kieffer E.C., Park C.B., Mor J., Thiele M., *Breastfeeding duration in multiethnic population in Hawaii*. Birth Juin 2000; 27(2) : 91-95.
- OMS. Organisation Mondiale de la Santé., *Code international de commercialisation des substituts de lait*. Genève 1981
- OMS. Organisation Mondiale de la Santé., *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : Le rôle spécial des services liés à la maternité*. Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, Genève 1989
- OMS. Organisation Mondiale de la Santé., *La Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel*. Florence, Italie 1990.
- OMS. *Recommandations de l'organisation Mondiale de la Santé concernant l'alimentation des nourrissons*. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 1995; 70 :119-120

- Pérez-Escamilla R., Cobas J.A., Balcazar H., Holland Benin M., *Specifying the antecedents of Breast-feeding duration in Peru through a structural equation model*. Public Health Nutrition Dec 1999; 2(4) : 461-467.
- Pérez-Escamilla R., Pollitt E., Lönnerdal B., Dewey K.G., *Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breastfeeding success : An analytical overview*. American Journal of Public Health, Janvier 1994; 84(1) : 89-97.
- Pérez-Escamilla R., Segura-Millan S., Pollit E., Dewey K.G., *Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women*. Early Human Development 1992; 31 : 25-40.
- Phlipp B.L., Merewood M.A., Miller L.W., Chawla N., Murphy-Smith M.M., Gomes J.S., Cimo S., Cook J.T., *Baby-friendly Initiative improves breastfeeding initiation rates in US Hospital setting*. Pediatrics Sept 2001; 108(3) : 677-681.
- Piper S., Parks P.L., *Predicting the duration of lactation : Evidence from a National Survey*. Birth, Mars 1996; 23(1) : 7-12
- Procinoy R.S., Fernandes-Filho P.H., Lazaro L., Sartori N.C., Drebes S., *The influence of rooming-in on breastfeeding*. J of tropical Pediatrics Avril 1983; 29 : 112-115.
- Raisler J., Alexander C., O'Campo P., *Breastfeeding and infant illness : a dose-response relationship ?* A.J.P.H. 1999, 89 :1, 25-30
- Righard L., Alade M.O., *Effect of delivery room routines on success of first breast-feed*. Lancet 1990; 336 : 1105-1107.
- Righard L., Alade M.O., *Sucking technique and its effect on success of breastfeeding*. Birth Dec 1992; 19(4) : 185-189.
- Righard L., Alade M.O., *Breastfeeding and the use of pacifiers*. Birth June 1997; 24(2) : 116-120.
- RRSSS. Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-centre., *Rôles et modalités d'articulation en périnatalité*. RRSSS, Octobre 2000.
- Saadeh R., Akre J., *Ten steps to successful breastfeeding : A summary of the rationale and scientific evidence*. Birth Septembre 1996; 23(3) : 154-158.
- Saarinen U.M., Kajosaari M., *Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease : prospective follow-up study until 17 years old*. Lancet 1995; 346 : 1065-1069.

- Salariya E.M., Easton P.M., Cater J.I., *Duration of breastfeeding after early initiation and frequent feeding*. Lancet 1978; II( 8100) : 1141-1143.
- Santé Canada. *Guide de pratique clinique du personnel infirmier en soins primaires*. Avril 2001 chapitre 12 – Obstétrique p 27.
- Scariati P.D., Grummer-Strawn L.M., Fein S.B., *A longitudinal analysis of infant morbidity and the extend of brastfeeding in the United States*. Pediatrics 1997; 99(6) : e5, p862
- Schubiger G., Schwarz U., Tönz O., *UNICEF/WHO Baby-friendly Hospital initiative : Does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding*. Eur J Pediatr 1997; 156 : 874-877.
- SCP. Nutrition Committee. Canadian Peadiatric Society Statement N 94-02., *Breastfeeding-Fifteen years of progress ?* Canadian Journal of Pediatrics, 1994;1 :156-159
- SCP. Société Canadienne de Pédiatrie. Les diététistes du Canada et Santé Canada. *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*. Ministre de travaux publics et Services gouvernementaux du Canada, Ottawa, 1998.
- Sikorski J., Renfrew M.J., *Support of breastfeeding mothers*. Cochrane Database Syst Rev. 2001; (2) : CD001141. Review
- Slaven S., Harvey D., *Unlimited suckling time improves breastfeeding*. Lancet 1981; I (8216) : 392-393.
- Statistiques Canada., *Enquête longitudinale sur les enfants et les jeunes*. 1994-1995 et 1996-1997
- Strachan Lindenberg C., Cabrera Artola R., Jimenez V., *The effect of early post-partum mother-infant contact and breastfeeding promotion on the incidence and continuation of breastfeeding*. International Journal of Nursing Studies 1990; 27(3) : 179-186.
- Stroup D.F., Berlin J.A., Morton S.C., Olkin I., Williamson G.D., Rennie D. et al. *Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology: A proposal of reporting*. J.A.M.A. 2000, 383(15):2008-2012.
- Taylor P.M., Maloni J.A., Brown D.R., *Early suckling and prolonged Breast-feeding*. Am J of Diseases of Children 1986; 140 : 151-154.

- Valdés V., Pugin E., Schooley J., Catalan S., Aravena R., *Clinical support can make a difference in exclusive breastfeeding success among working women.* Journal of Tropical Pediatrics. Juin 2000; 46(3) : 149-154
- Vallenas C., Savage F., *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding.* Geneva; 1999, Division of child health and development. O.M.S. 122 p.
- Victoria C.G., Behague D.P., Barros F.C., Anselmo Olinto M.T., Weiderpass E., *Pacifier use and short breastfeeding duration : Cause, Consequence, or Coincidence?* Pediatrics Mar 1997; 99(3) : 445-453.
- Victoria C.G., Huttly S.R., Barros F.C., Vaughan J.P., *Breastfeeding duration in consecutive offspring : a prospective study from southern Brazil.* Acta Paediatr 1992; 81 : 12-14.
- Visness C.M., Kennedy K.I., *Maternal employment and breastfeeding : findings from the 1998 National Maternal and Infant Health Survey.* Am J Public Health 1997; 87 :945-950.
- Vogel A., Hutchison B.L., Mitchell E.A., *Factors associated with the duration of breastfeeding.* Acta Paediatr 1999; 88 : 1320-1326.
- Williams P.L., Innis S., Vogel A.M.P., Stephen L.J., *Factors influencing infant feeding practices of mothers in Vancouver.* Can Journal Pub Health 1999; 90(2) : 114-119.
- Wright A., Rice S., Wells S., *Changing Hospital practices to increase the duration of breastfeeding.* Pediatrics May 1996; 97(5) : 669-677.

## Annexe I

### Les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel OMS / UNICEF

**Condition 1** : Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.

**Condition 2** : Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique.

**Condition 3** : Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.

**Condition 4** : Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.

**Condition 5** : Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.

**Condition 6** : Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que du lait maternel, sauf indication *médicale*.

**Condition 7** : Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.

**Condition 8** : Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.

**Condition 9** : Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.

**Condition 10** : 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.

## Annexe II

### Grille d'évaluation des articles

La grille d'évaluation suivante est inspirée de la «check-list» construite par Downs et Black, des modifications ont été apportées en vue de mieux l'adapter aux besoins de notre étude.

#### Caractéristiques de l'article

	Critère à évaluer	Oui = 2	Partiellement = 1	Non = 0	N/A
1	Description claire des hypothèses/but et objectifs				
2	Description claire de la mesure des principaux «outcomes»				
3	Description claire des pratiques hospitalières étudiées				
4	Description claire des facteurs de confusion				
5	Description des caractéristiques des pertes de suivi ou des données manquantes	≥80%	60% à 80%	<60%	
6	Description claire des principaux résultats de l'étude				
7	Les estimations de la variation aléatoire des principaux résultats est fournie				
8	Les degrés de signification sont rapportés sauf pour ceux <0.001				

#### Validité externe

	Critère à évaluer	Oui = 2	Partiellement = 1	Non =0	N/A
9	Description claire des caractéristiques des sujets inclus				
10	L'environnement et les conditions de l'intervention sont semblables aux conditions réelles				



### Validité interne - Biais -facteurs de confusion

		Oui = 2	Partiellement = 1	Non = 0	N/A
11	Sujets «aveugles»				
12	Les personnes qui analysent «aveugles»				
13	Il y a eu ajustement pour les facteurs de confusion				
14	Il y a eu randomisation				
15	Randomisation dissimulée aux intervenants				
16	Les cas et les témoins sont recrutés dans la même période				
17	Ajustement fait pour les différences dans les durées de suivi.				
18	Groupes provenant de la même population				
19	Pas de contamination dans les groupes				
20	Les sujets reçoivent des interventions différentes				
21	Bonne compliance des sujets				
22	Les pertes au suivi sont considérées				
23	Validité de la mesure de la VD				
24	Les tests statistiques utilisés sont appropriés				
25	Lien entre les résultats et les objectifs				

### Puissance

Si la l'étude a une puissance suffisante pour déceler une différence clinique quand  $\alpha < 0.05$

		Suffisamment grand = 2	Insuffisant = 1	Impossible à déterminer = 0
26	Taille du plus petit groupe d'intervention			

Sur un total de **54 points**, cette étude vaut

## Annexe III

Tableaux résumé d'articles**Abada TSJ, Trovato F, Nirannanilathu L (2001)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variables Indépendantes	Analyse	Résultats
Étude transversale rétrospective Objectifs : comparaison entre les facteurs de modernisme et les facteurs traditionnels pour leurs effets sur la durée de l'allaitement	Données provenant du «Individual Women's questionnaire in the 1993 Philippines National Demographic Health Survey» qui s'est déroulé entre avril et juin 1993	1659	Durée de l'allaitement en nombre de mois (maximum de 40 mois)	1- Facteurs socio-économiques et démographiques 2- Suppléments 2.1- âge pour l'introduction de formule de lait 2.2- âge pour l'introduction des solides 3- Système de santé : soit suivi prénatal par un médecin et accouchement à l'hôpital	Analyse de survie Cox régression en 2 étapes 1- 3 modèles chacun pour une VI 2- 1 modèle qui regroupe les VI qui sortent significatives à l'étape 1	Facteurs associés avec une faible durée de l'allaitement : - Niveau d'éducation - Suivi prénatal par un médecin - Accouchement à l'hôpital - Introduction de formule de lait, RR=0,97 (NS) - Multiparité ( mère moins disponible au bébé)

Commentaires

-Cote = 84%

-Relation dose-réponse : plus le bébé est jeune au moment de l'introduction de la formule plus le risque de sevrage est élevé

**Barros FC, Semer TC, Tonioli Filho S, Victoria CG (1995)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variabes Indépendantes	Analyse	Résultats
Étude de cohorte Objectifs : évaluation de l'effet des centres de lactation sur les «patterns» d'allaitement, la morbidité et la croissance infantile	Les mères et les nouveaux-nés de la naissance à 6 mois qui ont consulté les centres de lactation de Guarujá et de São Paulo au Brésil et ce, en janvier et février 1993	605 : 243 : exposés 312 : non exposés	Maintien de l'allaitement à 1, 4 et 6 mois, et ce, en 3 catégories : -all exclusif -all mixte -formule exclusive	Exposition aux services des centres de lactation	Analyse bivariée, multivariée et régression logistique	Après contrôle pour les facteurs sociodémographiques et pour l'utilisation de la suce : Les mères du groupe exposé sont plus susceptibles d'allaiter à 1, 4 et 6 mois, ceci est particulièrement vrai pour l'allaitement exclusif à 4 et 6 mois et ce, avec un effet de dose-réponse Le groupe exposé présente moins de morbidité infantile (diarrhée) et une meilleure croissance à l'âge de 6 mois

**Commentaires**

Cote = 84%

Pas de randomisation d'où possibilité que les résultats soient aussi influencés par le fait que la motivation soit plus élevée dans le groupe d'intervention

**Berra S, Rajmil L, Passamonte R, Fernandez E, Sabulsky J (2001)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variables Indépendantes	Analyse	Résultats
2 études CLACYD1 Étude prospective pour le développement d'un modèle prédictif du sevrage précoce CLACYD2 Validation du modèle développé	Mères ayant accouché en milieu urbain en Argentine, CLACYD1 : échantillon sélectionné sur 2 périodes de temps 1-N=654, Mai 1993 et dont le bébé pèse 2500g ou plus 2- N=46 et dont le bébé pèse moins de 2500 g, Juin à Août 1995 CLACYD2 1 groupe, N=475 novembre 1998	Gr1-700 -654 -46 Gr2-475	-Âge du sevrage -Sevrage précoce : avant ou après 6 mois	Facteurs socio-économiques Facteurs périnataux incluant les pratiques hospitalières : cohabitation, délai du premier contact, et le délai du premier boire. ATCD d'allaitement : mère allaitée et allaitements antérieurs	Régression logistique et courbe ROC	I-4 facteurs associés au sevrage précoce : - mère ayant été allaitée pour une courte période moins que 6 mois (RCA : 1,84) - mère ayant allaité antérieurement sur courte période moins que 6 mois (RCA : 4,01) - long délai avant le premier contact mère-enfant plus que 90 mn (RCA : 1,88) - grossesse non planifiée (RCA : 1,50) - pas d'association entre le premier boire et la durée de l'allaitement. - Pas d'association avec la cohabitation II- le modèle développé s'avère être prédictif du sevrage précoce.

**Commentaires**

Cote = 74%

**Blomquist H K, Jonsbo F, Serenius F, Persson L A (1994)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variabes Indépendantes	Analyse	Résultats
Étude prospective, Objectif : L'effet des suppléments de routine sur les «patterns» d'allaitement	Bébés nés de février à avril 1990 au University Hospital à Umea en Suède	521	L'abandon de l'allaitement à 3 mois	Suppléments de lait dans la période néonatale	Régression logistique multiple	Risque élevé d'abandonner l'allaitement à 3 mois si le bébé a reçu des suppléments en période néonatale RC=3,9. Corrélation maintenue après ajustement pour tous les facteurs de confusion incluant la perte de poids initiale. Intéressant : les suppléments donnés pour des raisons médicales (ex mères diabétiques) n'influencent pas le maintien de l'allaitement : possible explication : ils ne perturbent pas la confiance de la mère en sa capacité d'allaiter tel que le font les suppléments pour des raisons de lait insuffisant

**Commentaires**

Cote = 75%

Détail manquant sur l'échantillon incluant les différents groupes de comparaison  
L'intention maternelle d'allaiter n'est pas considérée

**Brent NB, Redd B, Dworetz A, D'Amico F, Greenberg J (1995)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variables Indépendantes	Analyse	Résultats
RCT non aveugle Objectifs : évaluer l'efficacité de l'aide et des conseils postnatals par la consultante en lactation	Population de femmes citadines à faible revenu recrutées à la «Maternal Infant Lactation Center of the Mercy Hospital of Pittsburgh»	108 -51 sujets - 57 témoins	Incidence et durée de l'allaitement (mixte et exclusif sans distinction)	Exposition à un suivi pré et post natal par une consultante en allaitement Le groupe témoin reçoit les soins standards soit les instructions et les conseils d'allaitement par les infirmières et les médecins.	X <sup>2</sup> pour la comparaison des 2 groupes, test de Fisher pour le petit N et test t pour les variables continues Régression logistique multiple pour comparer en ajustant pour les variables de confusion Pour la durée : analyse de survie	Incidence à 2 semaines, à 2 mois, et durée de l'allaitement sont plus élevés dans le groupe d'intervention Ajustement fait pour les facteurs de confusion usuels soit les caractéristiques sociodémographiques ainsi que pour l'état de santé de la mère, du nouveau-né et des complications de la grossesse et de l'accouchement

**Commentaires**

Cote = 83%

Sujets stratifiés en 3 catégories d'âge soit inférieur à 20 ans, de 20 à 29 ans et supérieur ou égal à 30 ans, après la stratification il y a eu la randomisation

**Campbell Bliss M, Wilkie J, Acredolo C, Berman S, Phillips Tebb K (1997)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variabes Indépendantes	Analyse	Résultats
Étude prospective randomisée 4 groupes N1=360 Pas de formule de lait pas d tire-lait N2=409 seulement formule N3=419 seulement tire-lait N4=437 les 2	-Mère à bas risque -Bébé en santé	1625 : -360 -409 -419 -437	Durée de l'allaitement et mode d'alimentati on à 6 semaines, 4 mois et 6 mois	Ensembles cadeaux avec et sans lait	$\chi^2$ et régression logistique	Ajustement fait pour les principales sociodémographiques et économiques Pas d'effets des ensembles cadeaux sur la durée de l'allaitement

**Commentaires**

Cote = 82%

### De Château P, Wiberg B (1977)

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variables Indépendantes	Analyse	Résultats
Étude de cohorte Objectifs : Évaluer l'effet du contact et de la tétée précoces sur le comportement mère-enfant	Les mères primipares	2 groupes P+ : 15 à 20mn succion dans la 1 <sup>ère</sup> heure P : pas de contact	Comportement des bébés à l'âge de 3 mois et la relation mère-enfant	Contact intense et précoce avec la mère après la naissance	Test t	La proportion de femmes du groupe P+ qui allaitent (mixte ou exclusif) à 3 mois est plus élevée Interactions mère-enfant paraissent plus présentes dans le groupe P+ Pas d'ajustement pour les facteurs de confusion

#### Commentaires

Cote = 82%

Relation établie entre la tétée précoce et le maintien de l'allaitement à 3 mois

Méthodologie peu détaillée

Pas d'ajustement pour les variables de confusion



**DiGirolamo A.M., Grummer-Strawn L.M., Fein S (2001)**

Devis de recherche	Population à l'étude	N	Variable dépendante	Variabes indépendantes	Analyses	Résultats
Analyse secondaire : à partir des données d'une étude longitudinale : Entrevues téléphoniques 1993/1994	Un sous-échantillon du Sondage de IFPS* conduit par la FDA, incluant uniquement les femmes qui avaient l'intention d'allaiter en prénatal et qui ont initié l'allaitement	1085	L'abandon de l'allaitement avant 6 semaines (exclusif et mixte inclus)	1-Précocité du 1er boire à 60 mn 2-Introduction de suppléments 3-Cohabitation 4-Flexibilité 5-Introduction de sucres	-Régression logistique -Variables analysées une par une et par sous-ensemble (2 à 5) dont l'analyse a été faite juste le nombre indépendamment des combinaisons	Ajustement à chaque analyse pour les autres variables ainsi que pour la race de la mère, son âge, son niveau d'éducation, sa parité, son intention préalable de retourner travailler (en pré), le sexe du bébé, le revenu annuel du ménage et l'opinion du père sur le mode d'alimentation de bébé Associations significatives avec boire tardif (RCA=1,6) et introduction de suppléments (RCA=2,3); pour le nombre de pratiques : abandon pour mères exposées à aucune pratique (RCA =7,7) et pour mères exposées aux 5 pratiques (RCA =1,0)

\* : Infant Feeding Practices Survey

**Commentaires:**

cote = 73%

Intéressant pour l'utilisation des mêmes variables que nous mais ne précise pas les combinaison de variables : on ne peut pas savoir l'effet de quel sous-ensemble est présenté.

Ils ont exclu les sujets avec problèmes de santé maternelle ou infantile au lieu d'ajuster pour ces variables!!

**Dungy CI, Losch ME, Russel D, Romitti P, Dusdieker LB (1997)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variabes Indépendantes	Analyse	Résultats
Étude clinique randomisée avec 3 groupes de comparaison Gr1-pompe manuelle sans échantillons Gr2-échantillons de lait Gr3-pompe et échantillons	Mères ayant accouché entre mars 1993 et février 1994 et qui ont initié l'allaitement à l'hôpital en Iowa	763 = Gr1-251 Gr2-257 Gr3-255	-Maintien de l'allaitement à 16 semaines -Durée de l'allaitement	Ensemble cadeaux avec formule de lait	Régression logistique Analyse de survie	L'offre d'ensembles cadeaux avec formule de lait n'est pas associée à un maintien de l'allaitement exclusif et ce, pour une plus longue durée après ajustement pour les caractéristiques sociodémographiques, les attitudes et d'autres variables La durée de l'allaitement mixte ne varie pas dans les 3 groupes  Exclusif (%) Gr1 16,7 Gr2 16,3 Gr3 18,3  Mixte (%) 37,1 33,8 33,9

**Commentaires :**

Cote = 78%

Le devis est puissant ECR, mais les pertes de suivi ne sont pas bien documentées laissant présumer que les 5% de femmes qui n'ont pas fait l'objet du suivi auraient pu faire une différence dans les résultats

### Elander G, Lindberg T (1986)

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variables Indépendantes	Analyse	Résultats
Étude de cohorte avec 3 groupes 1-Gr de cohabitation 2-Gr de séparation 3- Gr témoin de contrôle Objectifs/hypothèses : vérifier si l'effet sur l'allaitement chez les bébés sous photothérapie est dû au traitement ou à la séparation de leur mère	Nouveau-nés à terme (37 à 41 semaines) qui ont développé une hyperbilirubinémie et qui sont hospitalisés pour photothérapie L'étude s'est déroulée sur 15 mois entre 1983 et 1984	84 : N1=15 N2=14 N3= 55	1-Fréquence de l'allaitement 2-Durée de l'allaitement 3-Expérience maternelle avec les soins (niveau de stress), mesuré par les niveaux de cortisol dans l'urine maternelle à une semaine et à 3 mois après l'acct	Cohabitation mère-enfant donner à la mère une responsabilité dans les soins du bébé	X <sup>2</sup> T-test	Fréquence et durée de l'allaitement plus élevées dans les groupe de cohabitation et de contrôle que dans le groupe de séparation Le cortisol maternel est plus élevé à 1 sem qu'à 3 mois et ce, dans le groupe de cohabitation et le gr de contrôle mais pas de différences dans le gr de séparation : explication : le niveau de stress maternel est plus élevé quand elle a à s'occuper de son bébé par elle-même

#### Commentaires

Cote = 80%

Validité interne assez bonne dans l'ensemble : un certain nombre de biais ont été évité par le double insu  
Validité externe faible car conditions d'expérimentations difficiles à réaliser dans la réalité / faibles effectifs  
Cependant conclusions intéressantes si l'on considère la variable «cohabitation».

**Jones D A, West R R, (1986)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variables Indépendantes	Analyse	Résultats
Étude randomisée Aide :N1=228 Contrôle : N2=335	Mères ayant l'intention d'allaiter	678 -228 -335	- Durée de l'allaitement - Incidence des problèmes d'allaitement	Aide à l'allaitement par une «lactation nurse) durant le séjour hospitalier	X <sup>2</sup> test	Intervention est associée à plus de mères allaitantes à 4 semaines (p<0.005) Différence dans les 2 groupes particulièrement prononcée dans les faibles classes socio-économiques Pas de différence significative entre les 2 groupes pour les problèmes d'allaitement rapportés.

**Commentaires**

Cote = 68%

Description de l'intervention et de la mesure des résultats ambiguë

**Kramer M S, Barr R G, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, Jané F (2001)**

Type de recherche	Population	Nombre	Variable Dépendante	Variables Indépendantes	Analyse	Résultats
<p>RCT Double aveugle Objectif : évaluer si la non utilisation de la suce réduit le taux de sevrage la durée des cris chez le bébé</p>	<p>Les femmes ayant accouché à l'hôpital RV (Mtl, QC) entre janvier 1998 et août 1999 Accouchement vaginal par césarienne Âge gestationnel d'au moins 37 semaines Intention d'allaiter au moins 3 mois Bébé pesant 2500g ou plus</p>	<p>281 258 (après pertes au suivi : 13 dans l'expérimental et 10 dans le contrôle)</p>	<p>1- Abandon de l'allaitement à 3 mois 2- Durée et fréquence des cris chez le bébé à 4, 6 et 9 semaines d'âge</p>	<p>Non utilisation de la suce pour calmer les pleurs du bébé</p>	<p>1- Régression logistique multiple. 2- comparaison par un test T, avec <math>p &lt; 0.05</math></p>	<p>1- Pas de différence entre les 2 groupes concernant les l'abandon de l'allaitement à 3 mois 2- Fréquence des cris légèrement plus faible dans le groupe expérimental (pas de suce) à 4 et 6 semaines, identique à 9 semaines. Pour la durée des cris pas de différence entre les 2 groupes</p>

**Commentaires :**

Cote = 99%

Étude bien faite

**Kuan L W, Britto M, Decolongon J, Schoettker P J, Atherton H D, Kotagal U R (1999)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variabes Indépendantes	Analyse	Résultats
Étude de cohorte Objectif : Identifier et caractériser les facteurs du système de santé qui contribuent au succès de l'allaitement en post partum précoce	Femmes ayant accouché vaginalement d'enfants à terme et qui ont l'intention d'allaiter	522	Maintien de l'allaitement à 4 et à 8 semaines post	-Conseils d'all à l'hôpital -Intervention de la consultante en lactation -Intervention de l'infirmière	Régression logistique	Facteurs associés avec succès de l'allaitement : -Niveau d'éducation maternelle (RC =3,15) -Expérience maternelle avec l'allaitement durant le séjour hospitalier (RC =1,44) -Âge maternel (RC =1,06) -Pas d'association avec l'aide à l'allaitement

**Commentaires**

Cote = 80%

**Labarere J, Dalla-Lana C, Schestraete C, Rivier A, Callec M, Polverelli JF, François P (2001)**

Type de recherche	Population à l'étude	N	Variable dépendante	Variabes indépendantes	Analyses	Résultats
Étude prospective du type observationnelle avec un seul groupe	Les mères accouchées entre le 1 <sup>er</sup> mars et 30 juin 1999 dans trois (3) maternités d'Aix-les-Bains et Chambéry en France. Exclues : les mères hospitalisées en réanimation, celles dont le bébé est décédé ou transféré dans un autre établissement	353 dont 250 ont fait l'objet d'analyse	Initiation de l'allaitement (exclusif ou mixte) La durée de l'allaitement	Les caractéristiques sociodémographiques médicales psychologiques et environnementales des mères, les conditions médicales des nouveau-nés. Les pratiques hospitalières analysées une par une : - Exclusivité - Délai du premier boire - Utilisation de suce - Flexibilité des horaires - Cohabitation	Analyses univariées par $\chi^2$ et multivariées par Régression logistique pour l'initiation. Analyses de survie avec observations censurées pour la durée.	1- Association dose-dépendante entre le long délai avant le premier boire et la courte durée de l'allaitement 2- Association positive entre la flexibilité des horaires et la durée de l'allaitement maternel 3- Exclusivité n'est pas associée à la durée de l'All 4- Pas d'association avec la cohabitation Ces résultats sont obtenus après ajustement pour les facteurs de confusion

**Commentaires**

Cote = 72%

**Marques N M, Lira I P C, Lima M C, Da Silva N L, Filho M B, Huttly S R A Ashworth A (2001)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variabes Indépendantes	Analyse	Résultats
Étude de cohorte Objectif : décrire les patterns d'alimentation du nourrisson et identifier les facteurs associés à l'introduction de suppléments dans le premier mois de vie	Brésil : mères ayant accouché entre janvier et août 1998 dont la moitié ont un poids de nouveau né <à 3000 g et l'autre moitié >3000g	364	Durée de l'allaitement	Introduction précoce des suppléments, de l'eau et des tisanes dans la première semaine	Régression logistique	Introduction précoce des suppléments associée au sevrage précoce Les facteurs associés à l'introduction précoce des suppléments sont : l'utilisation de la suce (RC 4,01), l'intention de donner des suppléments de lait (RC 3,79), l'introduction d'eau et de tisane dans la première semaine (RC 3,07), et le fait de ne pas avoir allaité à l'hôpital (RC 2,59).

**Commentaires**

Cote = 79%



**Martens PJ, Phillips SJ, Cheang MS, Rosolowich V (2000)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variables Indépendantes	Analyse	Résultats
Étude transversale Enquêtes auprès de: Administrateurs de CH Infirmiers (ères) Femmes Objectifs : examiner le lien entre les lignes directrices en matière d'allaitement et les pratiques actuelles	Mères accouchées ne 1996 au Manitoba	633	Taux d'allaitement 2 semaines après l'accouchement	Variables sociodémographiques L'introduction de suppléments L'interruption temporaire de l'allaitement à l'hôpital	Régression Cox	Les suppléments à l'hôpital sont associés au sevrage à 2 semaines RR = 2,1 (1,02-4,36) Autres facteurs de risque pour le sevrage précoce sont l'interruption temporaire de l'allaitement à l'hôpital, l'absence d'expérience antérieure d'allaitement et le faible niveau de scolarisation de la mère.

Commentaires

Cote = 87%

**Novotny R, Hla MM, Kieffer EC, Park CB, Mor J, Thiele M (2000)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variables Indépendantes	Analyse	Résultats
Étude rétrospective cas témoin Objectifs : examiner les facteurs qui influencent la durée de l'allaitement en Hawaïi	Mères ayant accouché entre janvier et mars 1989 et ayant initié l'allaitement	2011	Âge de l'enfant au moment du sevrage	Suppléments de lait VS participation au WIC Aide familiale à l'allaitement Expérience antérieure d'allaitement Niveau d'éducation de la mère Origine ethnique Statut marital Statut d'étudiante Résidence en île rurale	Analyse de survie Régression Cox	- Association dose-réponse entre le l'introduction précoce des suppléments et le sevrage précoce avant 45 jours HR =4.29(3,43-5,37) - L'aide familiale à l'allaitement est associé à la durée de celui-ci HR = 0,72 (0,52-0,98) Association négative avec les mères d'origine japonaise

**Commentaires**

Cote = 80%

HR : Hasard Risk

Collecte de données 14 mois et 19 mois après la naissance : biais de souvenance «Recall» pouvant affaiblir la validité de mesure de la VD

**Perez-Escamilla R, Seguirra-Millan S, Politt E, Dewey K G (1992)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variabes Indépendantes	Analyse	Résultats
Combinaison d'un devis expérimental et d'un devis quasi-expérimental	Mères résidentes de Hermosillo (Mexico), en santé, ayant accouché vaginalement entre mars et juin 1989 et ayant planifié d'allaiter dont le bébé est à terme, en santé et pèse plus de 2500g	165 : 3 groupes : NUR=58 (Pouponnière) RI=54 (Cohabitation)R IBFG=53 (Cohabitation et aide)	Durée de l'allaitement exclusif et durée d'allaitement (incluant le mixte)	- Cohabitation - Aide à l'allaitement	X <sup>2</sup> et ANOVA Analyse de survie	1-Seulement pour les primipares 2- La cohabitation et l'aide à l'allaitement sont associés à un taux d'allaitement exclusif plus élevé. 3-Dans la groupe de cohabitation , les femmes qui ont bénéficié de l'aide à l'allaitement sont plus susceptibles d'allaiter (toute forme incluse) plus longtemps avec un X <sup>2</sup> = 4.9 p<0.05 4-Pas d'effets pour les multipares Ajustement fait pour toutes les variables confondantes

**Commentaires**

Cote = 86%

Les primipares et les multipares ont été analysées séparément et ce, sur la supposition que l'expérience de la mère est une variable modératrice du maintien de l'allaitement  
Le groupe NUR et le RI-RIBFG sont recrutés dans 2 hôpitaux différents : possibilité de biais de sélection

**Piper S, Parks PL (1996)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variabiles Indépendantes	Analyse	Résultats
Analyse secondaire des données du 1988 NMIHS	Échantillon de mères pris dans les données du NMIHS incluant les mères qui ont initié l'allaitement	2372	Maintien de l'allaitement au de-là de 6 mois (181 jours)	1- Exclusivité de l'allaitement à 1 mois 2- Tabagisme 3- Parité 4- Intention d'allaiter en prénatal 5- Participation au «Childbirth Education» 6- Retour au travail	Régression logistique	Association entre et le maintien après 6 mois est associé à - L'exclusivité de l'allaitement dans le premier mois (RC = 3.49) - Le tabagisme (RC = 1.956) - La parité (RC = 1.604) - L'intention en prénatal (RC = 1.68) - «Childbirth education» (RC = 1.46) - Délai du retour au travail (RC = 1.344) - Poids du bébé (RC = 1.134) - L'âge maternel (RC = 1.055)

**Commentaires**

Cote = 85%

Long délai entre l'étude et la période de collecte de données pouvant occasionner des biais de souvenance (Recall) sont assez importants.

**Procianoy R, Hernandez-Filho PH, Lazaro L, Sartori NC, Drebes S (1983)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variabes Indépendantes	Analyse	Résultats
<p>ECR</p> <p>Objectifs : L'effet de la cohabitation sur l'allaitement maternel au moment du congé de l'hôpital</p>	<p>Mères à faible statut socio-économique (Brésil) en santé, ayant accouché normalement et ayant un bébé en santé qu'elles allaitent au moment du congé</p> <p>Excluant les mères qui ont reçu des conseils d'allaitement en prénatal</p>	<p>156 : -81 cohabite -75 non</p>	<p>L'intérêt des mères à allaiter leur bébé</p>	<p>cohabitation</p>	<p>Test t et <math>\chi^2</math></p>	<p>Le groupe de cohabitation a plus d'intérêt pour l'allaitement</p> <p>Résultats maintenus après exclusion des sujets ayant eu des conseils des soins prénataux</p>

Commentaires

Cote = 67%

Résultats confus, VD supposée être une opinion mais résultats donnés sous forme d'incidence d'allaitement (on ne sait sur quelle période)

Pas d'ajustement pour les facteurs de confusion

Pas de pré test pour évaluer les opinions avant la cohabitation

**Righard L, Alade M O (1997)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variables Indépendantes	Analyse	Résultats
Étude prospective d'observation	Mère ayant accouché normalement ayant l'intention d'allaiter 6 mois, bébés en santé poids > 2500g	82	Taux d'allaitement à 4 mois	Utilisation de la suce avant 2 semaines Avoir une technique de succion correcte	$\chi^2$	L'usage de la suce est associé à un plus faible taux d'allaitement à 4 mois. L'usage de la suce combinée à une mauvaise technique de succion au départ est associé à un sevrage précoce.

**Commentaires**

Cote = 79%

**Righard L, Aladie M.O. (1990)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variables Indépendantes	Analyse	Résultats
Observationnelle Objectif : l'effet de 2 routines différentes d'administration de Pethidine à la mère sur la technique de succion du nouveau-né dans les 2 premières heures de la vie	Nouveaux-nés de mères (accouchement normal) observés sur les 2 premières heures de la vie. Un groupe (S : séparation) où le bébé est mis sur le ventre de sa mère à la naissance mais enlevé au bout de 20 mn Un autre groupe (C : contact) où le bébé est mis sur le ventre de sa mère à la naissance mais gardé là pendant au moins une heure	72 : 34 (S) 38 (C)	Le développement de la technique de succion	1- Durée du premier contact peau à peau 2- Administration de Pethidine à la mère en travail	Test t Yates et $\chi^2$	1- Le contact continue avec la mère est associé à une meilleure technique de succion au premier boire 2- l'administration de Pethidine à la mère pendant le travail est associée à un faible taux de mise au sein durant les 2 premières heures de vie  Pas d'ajustement pour les facteurs de confusion de mentionné

**Commentaires**

Cote = 85%

Faible validité interne

**Schubiger G, Schwarz U, Tönz O (1997), pour le «Neonatal Study Group» UNICEF/WHO**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variabes Indépendantes	Analyse	Résultats
Essai randomisé 1- UNICEF : restriction des suppléments et évitement de bouteilles et sucs pour les 5 premiers jours 2- Standard : pratiques d'alimentation conventionnelle Objectif : évaluer la prévalence de l'allaitement à 5 j, 2, 4 et 6 mois	Des nouveau-nés à terme et en santé dont les mères ont l'intention d'allaiter au moins 3 mois Recrutés dans 10 hôpitaux Suisse qui offrent un programme d'initiation à l'allaitement, une consultante en lactation, la cohabitation et une politique en faveur de la restriction des suppléments	602	La prévalence de l'allaitement à 5j, 2, 4 et 6 mois	- Suppléments - Suce	$\chi^2$ de Pearson	1-46% de groupe UNICEF n'ont pas respecté les restrictions 2- Pas de différences entre les 2 groupes Pas de contrôle pour les facteurs de confusion sinon des restriction dans les critères d'inclusion/exclusion

**Commentaires**

Cote = 68%

Résultats applicable à une population à haut niveau socio-économique (faible validité externe)

Tests statistiques ne permettant pas d'ajuster pour les différents facteurs de confusion

Contamination entre les 2 groupes

Pas d'ajustement

Force d'association non mentionnée



**Strachan-Lindenberg C, Caqbreira Artola R, Jimenez V (1990)**

Devis de recherche	Population à l'étude	N	Variable dépendante	Variables indépendantes	Analyses	Résultats
Étude de cohorte Objectif : Effet de la cohabitation sur le maintien de l'allaitement	Les femmes primipares ayant accouché sur une période de 4 mois entre 1982 et 1983. L'échantillon inclut celles qui ont un accouchement vaginal sans complications et qui habitent dans les pauvres régions urbaines de Managua (Nicaragua)	375 3 groupes -Gr1 116 -Gr2 136 -Gr3 123	Maintien de l'allaitement à 4 mois évalué en 3 catégories 1- Exclusif 2- Mixte 3- Sevrage	La cohabitation durant le séjour hospitalier évaluée sur 2 modalités ; - Gr1 : Permanente dès la naissance avec support à l'allaitement standard - Gr2 : 45 mn après la naissance puis séparation avec support à l'allaitement standard -Gr3 : (groupe de contrôle): aucune cohabitation	- $\chi^2$ pour comparaison des fréquences des 3 catégories de la VD dans chacun des 3 groupes	En comparant les 3 groupes entre eux : pas de différence significative pour le maintien de l'allaitement EN combinant le groupe contrôle avec celui de la cohabitation 45 mn : il y a une différence significative entre les 2 groupes pour le sevrage, mais pas de différence sur l'effet différencié entre l'allaitement exclusif ou mixte

**Commentaires**

Cote = 62%

Le test statistique choisi est peu précis pour la mesure de l'effet recherché.

L'assignation du groupe d'intervention et celles des groupes de contrôle n'a pas été faite simultanément

**Taylor PM, Maloni J, Brown DR (1986)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variabes indépendantes	Analyse	Résultats
Étude de cohorte. Objectifs : déterminer si le premier boire précoce est associé avec une plus longue durée d'allaitement	Nouveaux nés à terme nés au «Magee-womens Hospital, Pittsburgh» entre octobre 1981 et août 1982	362 -186 avec premier boire précoce -82 avec premier contact précoce sans mise au sein -94 avec délai du premier contact	Maintien de l'allaitement à 6, 12 et 18 mois Durée de l'allaitement pour les abandon en cour de route	Premier boire précoce dans mn	$\chi^2$	La probabilité de maintenir l'allaitement à 18 mois est significativement plus élevée chez les mères qui ont mis le bébé au sein plus rapidement. La durée de l'allaitement dans le groupe de boire précoce est de 8,5 mois comparée à 4 mois dans le groupe avec délai du premier contact et 5 mois dans le groupe du contact précoce mais sans mise au sein. Stratification faite pour les variables sociodémographiques

**Commentaires**

Cote = 76%

**Victoria C G, Pareja Behague D, Barros F C, Anselmo Olinto M T, Weiderpass E (1997)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variables Indépendantes	Analyse	Résultats
Étude de cohorte Exploratoire en combinant 2 composantes : épidémiologique (quantitative) et ethnographique (qualitative selon l'approche de la théorisation ancrée) pour comprendre les mécanismes sous-jacents à l'utilisation de la suce et son impact sur la durée de l'allaitement	Nouveau-nés de janvier à décembre 1993 à Pelotas (ville de 300 000 habitants au sud du Brésil). Les analyses à 3 et à 6 mois sont réservées aux 450 enfants allaités à 1 mois et dont les mères n'ont pas exprimé de difficultés d'allaitement	655	Prévalence de l'allaitement à 3 et à 6 mois	Utilisation de la suce Utilisation de suppléments	Régression logistique	Après ajustement pour les variables de confusion, l'utilisation intense de suce à 1 mois est associée à l'abandon de l'allaitement à 6 mois (RCA= 2.37) et ce, chez les mères ayant implicitement ou explicitement des difficultés d'allaitement L'effet étant moins vrai pour les mères qui ont confiance en elles en matières d'allaitement, donc son utilisation semble être une contribution et non un déterminant pour le sevrage L'utilisation de suppléments au biberon est associée à la durée de l'allaitement (RCA= 4.14 pour le lait et RCA=1.33 pour les thés)

**Commentaires**

Cote = 87%

L'exclusion des mères ayant des problèmes d'allaitement est un point fort car la relation entre cette variable et l'introduction de la suce est déjà établie

La combinaison d'une étude épidémiologique avec une analyse qualitative des mécanismes sous-jacents à l'utilisation de la suce donne à l'étude une valeur supplémentaire qui ne pourra pas être évaluée par la grille de Downs. Cette évaluation se limitera donc aux données quantitatives de l'étude et la cote qui lui sera attribué est considérée comme restrictive à l'évaluation de la recherche

L'analyse qualitative montre que les mères qui utilisent intensément la suce sont celles qui ont un comportement particulier avec l'allaitement (embarras, rigidité des horaires, non disponibilité du sein pour les reprises après la tétée etc.); leur réaction aux pleurs du bébé sont de telles sorte qu'elles n'y répondent pas immédiatement, leur bébé pleurent plus souvent et passent plus de temps au lit et sur la chaise que dans les bras de leur mère; elles définissent le développement de leur enfant en se référant à des indicateurs mécaniques et non centré sur la culture (culture-centered).

**Vogel A, Hutchison BL, Mitchell EA (1999)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variables Indépendantes	Analyse	Résultats
Étude de cohorte Objectifs : Identifier les facteurs associés à durée de l'allaitement	Mère ayant accouché d'un bébé à terme à Auckland (NZ) en 1996	350	Sevrage à 12 mois Durée de l'allaitement	-Intention d'allaiter -Suppléments de lait -Suce -Partage du lit des parents jusqu'à 3 mois -Cohabitation dans la même chambre jusqu'à 3 mois	Analyse de survie et régression Cox pour l'analyse multivariée pas à pas avec un seuil d'inclusion de $p < 0,1$	L'absence de l'intention d'allaiter pour longtemps est associée à un sevrage précoce Les suppléments de lait avant l'âge de 1 mois sont associés à un sevrage précoce $RR=2,7$ (2,05-3,80) Ajustement fait pour les variables de confusion L'utilisation quotidienne de la suce dans le premier mois est associée au sevrage précoce $RR=1,62$ (1,20-2,18) Partage du lit des parents est associé à une plus longue durée d'allaitement Cohabitation dans la même chambre que les parents est associé à une plus longue durée d'allaitement

**Commentaires**

Cote = 83%

La cohabitation n'est pas considérée comme une pratique hospitalière pratiquée plutôt à la maison

**Wright A, Ricer S, Wells S (1996)**

Type de recherche	Population	N	Variable Dépendante	Variables Indépendantes	Analyse	Résultats
2 études longitudinales dont une avant et l'autre après l'intervention IHAB Objectifs : comparer l'effet de IHAB sur les pratiques hospitalières et l'effet des pratiques sur la durée de l'allaitement	Les femmes ayant accouché entre le 6 juin et le 2 juillet 1990 à la maternité du University Medical Center in Tucson (Arizona) 2- Les femmes ayant accouché au même Ch entre janvier et mars 1993 Les 2 pop sont comparables sauf pour 3 aspects soit le 2ème gr ont plus planifié de travailler à l'extérieur après l'acct, elles plus suivi de cours prénat et elles ont un niveau de scolarité plus élevé	584 : -192 -392	Durée de l'allaitement à 1 et 4 mois pour les 3 catégories : - Exclusif - Mixte - Formule	- Introduction de formule - Cohabitation - Ensembles cadeaux avec lait et coupons - Introduction suce - Information sur ressources	Régression logistique. Variables traitées une par une	Contrôle fait pour les variables confondantes : intention d'allaiter exclusivement plus que 2 mois, langue maternelle espagnole et éducation de la mère. 1- Introduction de formule associée à la prévalence de l'allaitement exclusif à un mois RCA : 1,97 2- Cohabitation associée à durée d'allaitement exclusif à 4 mois RCA : 3,09 3- Ensembles cadeaux et coupons associés à l'allaitement exclusif à 4 mois, RCA : 1,62 4- Introduction de la suce et information sur ressources associées à allaitement en bivariée mais pas en régression

**Commentaires**

Cote = 64%

biais d'histoire : comparaison de 2 groupes sélectionnés à 3 ans d'intervalle

Variables indépendantes analysées une par une

Traite la VD selon les catégories que nous envisageons

## Annexe IV

### Étude comparée de trois modèles inter organisationnels de continuité des soins dans le cadre des courts séjours hospitaliers en postnatal

#### QUESTIONNAIRE : ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE AUPRÈS DES MÈRES

##### Section 0 : Informations obtenues du fichier des naissances vivantes

---

- N1 Date de naissance de l'enfant
  - N2 Heure de naissance de l'enfant
  - N3 Sexe de l'enfant
  - N4 Nombre d'enfants
  - N5 Poids de l'enfant à la naissance. Filtre : Poids  $\geq$  2300 grammes
  - N6 Durée de la grossesse. Filtre : Durée  $\geq$  36 semaines.
  - N7 Nom de la mère
  - N8 Prénom de la mère
  - N9 No de téléphone
  - N10 Adresse de la mère : Filtre
  - N11 Code postal
  - N12 Établissement de naissance. Filtre : À modifier en fonction de chacune des régions
  - N13 CLSC de résidence de la mère
-

## Section 1 : Sélection des répondantes

---

**Consignes (☺) :** Puis-je parler à <Prénom> <Nom>. Bonjour (Bonsoir). Je suis "nom de l'intervieweur" de la maison CROP, le Centre de Recherche sur l'Opinion Publique.

☺ Je vous appelle concernant l'étude sur le suivi de santé des mères suite à leur accouchement : c'est-à-dire l'étude décrite dans la lettre d'information (de couleur jaune) que vous avez reçue par la poste depuis votre retour à la maison. Avez-vous lu cette lettre ?

**QAA** Avez-vous lu cette lettre ? Oui  Non

En gros, cette lettre décrivait les objectifs d'une étude menée par des chercheurs de l'Université de Montréal et vous informait que vous seriez appelée un mois après votre accouchement pour répondre à quelques questions sur l'aide et les services de santé que vous avez eus après votre sortie de l'hôpital.

[Lire au besoin Nous avons eu la permission de la Commission d'accès à l'information d'obtenir votre nom et numéro de téléphone pour les fins de cette étude et uniquement pour cette étude.

[À toutes les répondantes.] Les résultats de cette recherche sont importants puisqu'ils permettront de mieux identifier les besoins des mères et des nouveau-nés après leur retour à la maison et, ainsi, de mieux adapter les services offerts par les hôpitaux et les CLSC.

**Filtre (F)** : (Au besoin) *Pensez-vous vous débrouiller suffisamment bien en français (ou en anglais) pour poursuivre cette entrevue ?* [Si ce n'est pas le cas, terminer l'entrevue.]

*Seriez-vous disposée maintenant à répondre à quelques questions ?*

(Oui, plus tard) Prendre RV au maximum 2 jours plus tard. Insistez pour le jour même ou le lendemain.

(Non, pas intéressée) Votre participation est très importante et servira à mieux adapter les services



offerts aux mères et aux enfants par les hôpitaux et les CLSC.

*(Si elle refuse toujours) Pourriez quand même répondre à 4 petites questions qui ne prendraient pas plus d'une minute à répondre ?*

J'aimerais d'abord vérifier certaines informations afin de voir si vous êtes admissible à l'étude.

**F1** Avez-vous eu un accouchement vaginal ou un accouchement par césarienne ?

- 1. vaginal.....
- 2. par césarienne..... (☒ Fin de l'entrevue)

**F2** Durant votre grossesse, avez-vous été suivie par une sage-femme ou par un médecin ?

- 1. médecin.....
- 2. sage-femme ..... (☒ Fin de l'entrevue)
- 3. sage-femme et médecin ..... (☒ Fin de l'entrevue)

**F3** Dans mes dossiers, il est écrit que votre enfant est né un (tel date) à (tel heure), soit un (dire le jour de la semaine en utilisant un calendrier). Est-ce bien cela ? (Si non, prendre en note la date et l'heure sur un papier).

À quelle date êtes-vous sortie de l'hôpital (inscrire le jour et le mois) ? .....

Vous rappelez-vous de l'heure à laquelle vous êtes sortie de l'hôpital ? \_\_\_\_ hrs, \_\_\_\_ min.

☒ Si la durée du séjour postnatal (soit la date de sortie de l'hôpital moins la date de naissance) est de 60 heures ou moins poursuivez l'entrevue. Sinon, remerciez la répondante et terminez l'entrevue.

**F4** Est-ce que votre bébé a quitté l'hôpital en même temps que vous ?

1. oui .....
2. non .....  (☞ Fin de l'entrevue)

## Section 2 : La période prénatale

---

☺ Vous êtes éligible à répondre au sondage. D'abord, je tiens à vous rappeler qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Seule votre opinion et votre propre jugement sont importants. Aussi, soyez certaine que tout ce que vous direz restera strictement confidentiel et anonyme. Si vous êtes dérangée au cours de l'entrevue, n'hésitez pas à me le dire et je vous rappellerai pour compléter le questionnaire au moment qui vous conviendra le mieux.

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur le type de suivi que vous avez eu durant votre grossesse.

### Le suivi de grossesse

- Q1.** Durant votre grossesse, quel type de médecin vous a surtout suivie ? Est-ce ...
1. un gynécologue-obstétricien (un spécialiste) .....
  2. un médecin généraliste .....
  3. ou un autre type de médecin ? .....
- Q1a** [Si médecin généraliste] Est-ce que c'est ce même médecin qui suivra votre bébé ? Oui  Non
- Q1b.** Où votre suivi a-t-il principalement eu lieu ?
1. à l'hôpital .....
  2. au CLSC.....
  3. ou dans une clinique privée ? .....

### Les cours prénataux ou les rencontres prénatales

- Q2.** Avez-vous participé à des cours prénataux ou à des rencontres prénatales lors de cette grossesse ? Oui  Non
- Q2a.** [Si non.] Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas participé à des cours prénataux ou à des rencontres prénatales pour cette grossesse?

- 1. j'avais déjà participé à des cours prénataux
- 2. il n'y avait pas de cours disponible au moment de ma grossesse
- 3. il n'y avait pas de cours disponible à proximité de mon domicile
- 4. le cours était trop dispendieux
- 5. je n'en sentais pas le besoin ?
- 6. ou une autre raison ?.....  Laquelle ?  
\_\_\_\_\_

**Q2b.** [Si oui.] Combien de rencontres ce cours prévoyait-il ? \_\_\_\_\_

**Q2c.** [Si oui.] À combien de rencontres avez-vous participé ? \_\_\_\_\_

**Q2d.** [Si oui.] Les cours étaient offerts par qui ?

- 1. le CLSC
- 2. le centre hospitalier
- 3. la commission scolaire ou le CEGEP
- 4. ou une autre organisation.....  Laquelle ?  
\_\_\_\_\_

**Les suivi du CLSC (autre que le suivi médical)**

**Q3.** Au cours de votre grossesse, avez vous bénéficié du programme OLO (distribution de lait, d'œufs et d'oranges) ? Oui  Non

**Q3a.** [Si oui.] Est-ce que ce programme était associé à des visites régulières d'une professionnelle du CLSC ? Oui  Non

**Q4.** Au cours de votre grossesse, avez vous eu une visite d'une infirmière du CLSC concernant le déroulement de votre grossesse ? Oui  Non

**Q4a.** [Si non] Au cours de votre grossesse, avez-vous eu un appel d'une infirmière du CLSC concernant le déroulement de votre grossesse ? Oui  Non

**Préparation à l'allaitement maternel**

**Q6.** Au cours de votre grossesse, avez-vous été impliquée dans des activités concernant l'allaitement maternel autre que lors des cours prénataux ? Oui  Non

**Q6a.** [Si oui.] Par quel organisme ou établissement ces activités étaient-elles offertes ? \_\_\_\_\_

**Connaissance du congé précoce**

**Q7.** Avant votre accouchement, saviez-vous que les femmes ne passent généralement pas plus de 48 heures à l'hôpital après un accouchement vaginal sans complication ? Oui  Non

**Q8.** Avant votre accouchement, saviez-vous que vous alliez recevoir l'aide et les services de l'hôpital ou du CLSC après votre retour à la maison ? Oui  Non

**État de santé durant la grossesse**

**Q9.** Durant votre grossesse, avez-vous eu les problèmes de santé suivants ?

- a. de la haute pression Oui  Non
- b. du diabète Oui  Non
- c. de l'anémie Oui  Non
- d. de l'asthme Oui  Non
- e. une dépression Oui  Non
- f. des nausées et vomissements jusqu'en fin de grossesse  
Oui  Non
- g. un retard de croissance du fœtus Oui  Non
- h1. d'autres problèmes de santé importants Oui  Non
- h2. (oui) Lesquels ? Y en a-t-il d'autres ? \_\_\_\_\_ [liste, 3 mentions possibles]

### Section 3 : Le séjour hospitalier

---

☺ J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre séjour à l'hôpital pour votre accouchement.

#### Santé de la mère

**Q10.** Pendant ou après votre l'accouchement, avez-vous eu les complications et interventions suivantes ?

- a. une déchirure Oui  Non
- b. une épisiotomie (une coupure à la vulve) Oui  Non
- c. une hémorragie sévère Oui  Non
- d. une infection Oui  Non
- e1. d'autres complications ou interventions ? Oui  Non
- e2. Lesquels ? Y en a-t-il d'autres ? \_\_\_\_\_ [liste, 3 mentions possibles]

#### Santé de l'enfant

**Q11a** Durant votre séjour à l'hôpital, avez-vous gardé votre bébé dans votre chambre ? Oui  Non

**Q11b** (Oui) Était-ce ...

- 1. le jour.....Oui  Non
- 2. le soir.....Oui  Non
- 3. la nuit.....Oui  Non

#### L'alimentation de l'enfant

**Q12.** Durant votre séjour à l'hôpital, votre bébé a-t-il été nourri ...

- 1. au lait maternel exclusivement
- 2. au lait maternel avec complément (biberon d'eau ou de lait artificiel)
- 3. avec des biberons de lait artificiel exclusivement ?

**Q12a.** Durant votre séjour à l'hôpital, avez-vous reçu de l'aide ou des conseils pratiques sur la façon de donner le biberon à votre bébé ? Oui  Non

Questions aux mères qui ont nourri le bébé au lait naturel durant le séjour : Q12b à Q12f

- Q12b.** Combien de temps après l'accouchement votre bébé a-t-il eu sa première tétée ? \_\_\_\_\_ min.
- Q12c** Le personnel de l'hôpital vous a-t-il aidé ou donné des conseils pratiques sur la façon d'allaiter votre bébé ? Oui  Non
- Q12d.** Durant votre séjour à l'hôpital, à quelle fréquence avez-vous nourri votre bébé ? Est-ce ...
1. en suivant un horaire fixe, par exemple des boires aux 4 heures ?
  2. ou selon un horaire variable, lorsqu'il semblait avoir faim ?
- Q12e** Avant votre départ de l'hôpital, vous a-t-on donné un ensemble/cadeau ?
- Oui  Non
- Q12f** (Oui) Y avait-il des échantillons de lait ou des coupons rabais dans ce cadeau ?
- Oui  Non

**Liaison avec les autres dispensateurs de services**

- Q13.** Durant votre séjour à l'hôpital, vous a-t-on offert de rappeler à l'hôpital si vous aviez besoin d'aide après votre sortie de l'hôpital?
- Oui  Non
- Q14.** Est-ce qu'au moment où vous avez quitté l'hôpital, vous connaissiez le numéro de téléphone de votre CLSC ?
- Oui  Non
- Q15.** Est-ce qu'au moment où vous avez quitté l'hôpital, vous connaissiez le numéro de téléphone du service Info-Santé ?
- Oui  Non
- Q16.** Est-ce qu'au moment où vous avez quitté l'hôpital, vous connaissiez le numéro de téléphone d'un organisme communautaire de soutien à l'allaitement (La Leche par exemple) ?

Oui  Non

**Q17.** Est-ce qu'au moment où vous avez quitté l'hôpital, vous connaissiez le numéro de téléphone d'un organisme communautaire pour le soutien aux parents (les Relevailles par exemple) ?

Oui  Non

**Q18.** (Q1a = non ou donnée manquante) Avant votre départ de l'hôpital, aviez-vous identifié un médecin ou un pédiatre pour votre bébé ?

Oui  Non

### **Appréciation des services reçus durant l'hospitalisation**

☺ Les quelques questions qui suivent portent sur votre appréciation des services que vous avez reçus.

**Q19.** Au moment où vous avez quitté l'hôpital :

a. connaissiez-vous les soins corporels à donner à votre bébé (bain, soins du cordon et de la peau, soins du siège, changement de couches) ?

1. Oui.....

2. Non.....

3. Ne sait pas (pas mentionné).....

b. connaissiez-vous les signes à surveiller pour détecter la jaunisse chez le nouveau-né ?

1. Oui.....

2. Non.....

3. Ne sait pas (pas mentionné).....

c. connaissiez-vous les signes à surveiller pour détecter la déshydratation chez le nouveau-né

1. Oui.....

2. Non.....

3. Ne sait pas (pas mentionné).....



d. connaissiez-vous les mesures de sécurité pour votre bébé (position durant le sommeil, siège d'auto, etc.)

1. Oui.....
2. Non.....
3. Ne sait pas (pas mentionné).....

e. connaissiez-vous les soins à donner pour vos points et les hémorroïdes

1. Oui.....
2. Non.....
3. Ne sait pas (pas mentionné).....

f. connaissiez-vous l'aide et les services que pouvait vous offrir votre CLSC suite à votre retour à la maison ?

1. Oui.....
2. Non.....
3. Ne sait pas (pas mentionné).....

h. connaissiez-vous l'aide et les services que pouvait vous offrir Info-Santé suite à votre retour à la maison?

1. Oui.....
2. Non.....
3. Ne sait pas (pas mentionné).....

j. connaissiez-vous l'aide et les services que pouvait vous offrir les organismes communautaires suite à votre retour à la maison ?

1. Oui.....
2. Non.....
3. Ne sait pas (pas mentionné).....

**Q20.** La durée de votre séjour à l'hôpital vous a-t-elle semblé ...

1. trop courte .....
2. correcte (ou raisonnable).....
3. ou trop longue ? .....

**Q21.** Au moment de quitter l'hôpital, est-ce que :

a. Vous sentiez-vous :

- 1 très bien préparée .....

- 
- 2 plutôt bien préparée.....
- 3 plutôt mal préparée.....
- 4 très mal préparée ? .....
- b.** Au moment où vous avez quitté l'hôpital, comparativement à d'autres femmes qui venaient d'accoucher, diriez-vous que votre santé était de façon générale :
- 1 excellente .....
- 2 très bonne .....
- 3 bonne .....
- 4 moyenne .....
- 5 ou mauvaise ? .....
- c.** Au moment où votre bébé a quitté l'hôpital après sa naissance, comparativement à d'autres nouveau-nés, diriez-vous que sa santé était de façon générale :
- 1 excellente .....
- 2 très bonne .....
- 3 bonne .....
- 4 moyenne .....
- 5 ou mauvaise ? .....

## Section 4 : La santé de la mère et du bébé

---

### La santé du bébé (Traceurs : Ictère)

**Q22.** Au cours des deux premières semaines suivant votre retour à la maison après l'accouchement, votre bébé a-t-il eu un problème de jaunisse?

Oui  Non  (passer à la question 23)

**Q22a.** Quel âge avait votre bébé, c.-à-d. combien de jours de vie avait-il, quand ce problème de jaunisse a débuté ? [L'intervieweur peut utiliser un calendrier si nécessaire] \_\_\_\_\_

☺ Nous allons maintenant tenter de dresser un portrait précis des différentes actions que vous avez entreprises pour régler le problème de jaunisse de votre bébé. Je vous demande donc de vous rappeler de manière chronologique de tous les appels téléphoniques que vous auriez faits ou encore de tous les services de santé que vous auriez consultés.

**Q22a.** Quelle est la première démarche que vous avez entreprise pour régler le problème de jaunisse de votre bébé ? [ne pas lire les choix de réponse]

1. j'ai téléphoné à Info-Santé
2. j'ai téléphoné au CLSC (autre qu'Info-Santé)
4. j'ai téléphoné dans une clinique privée
5. j'ai téléphoné à l'hôpital
6. j'ai téléphoné à un organisme communautaire
7. je suis allée au CLSC
9. je suis allée dans une clinique privée
10. je suis allée à l'hôpital (ex. clinique mère-bébé)
11. je suis allée à l'urgence de l'hôpital
12. j'en ai parlé à l'infirmière du CLSC lors de sa visite à domicile
14. j'en ai parlé à l'infirmière du CLSC lors de son appel
16. je n'ai rien fait
17. autre : \_\_\_\_\_

**Q22b.** Quel âge avait votre bébé, c.-à-d. combien de jours de vie avait-il, quand vous avez [...] ? [L'intervieweur peut utiliser un calendrier si nécessaire] \_\_\_\_\_

**Q22c** [Si 7, 8, 9 10, 12 ou 13] Est-ce que *cette visite à domicile ou ce rendez-vous* avait été fixé(e) avant que la jaunisse apparaisse ?

- 1) Oui.....
- 2) Non.....

**Q22d** [Si 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9 ou 10] Avez-vous parlé à :

- 1) une infirmière.....
- 2) un médecin.....
- 3) ou les deux ?.....

**Q22e.** Suite à [...] quelle a été la seconde étape que vous avez entreprise pour régler le problème de jaunisse de votre bébé ? [ne pas lire les choix de réponse]

1. j'ai téléphoné à Info-Santé
2. j'ai téléphoné au CLSC (autre qu'Info-Santé)
4. j'ai téléphoné dans une clinique privée
5. j'ai téléphoné à l'hôpital
6. j'ai téléphoné à un organisme communautaire
- 7 je suis allée au CLSC
9. je suis allée dans une clinique privée
- 10 je suis allée à l'hôpital (ex. clinique mère-bébé)
- 11 je suis allée à l'urgence de l'hôpital
12. j'en ai parlé à l'infirmière du CLSC lors de sa visite à domicile
14. j'en ai parlé à l'infirmière du CLSC lors de son appel
16. je n'ai rien fait
17. autre : \_\_\_\_\_
18. mon bébé a été hospitalisé
19. mon bébé a reçu la photothérapie à la maison
20. plus rien, le problème a été réglé

**Q22f.** Quel âge avait votre bébé, c.-à-d. combien de jours de vie avait-il, quand vous avez [...] ? [L'intervieweur peut utiliser un calendrier si nécessaire] \_\_\_\_\_

**Q22g** [Si 7, 8, 9 10, 12 ou 13] Est-ce que *cette visite à domicile ou ce rendez-vous* avait été fixé(e) avant que la jaunisse apparaisse ?

- 1) Oui.....
- 2) Non.....

**Q22h**[Si 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9 ou 10] Avez-vous parlé à :

- 1) une infirmière.....
- 2) un médecin.....
- 3) ou les deux ? .....

[Répéter Q22e à Q22h jusqu'à ce que la réponse soit 20.]

**Hospitalisation** [18, répéter pour chacune des hospitalisations]

**Q22i.** Combien de temps a duré cette [...] hospitalisation ? \_\_\_\_\_

**Q23.** Est-ce que votre bébé a eu d'autres problèmes de santé que la jaunisse ?

- 1) Non..... [passer à la question 24]
- 2) Oui.....

**Q23a.** Quels sont ces problèmes de santé ?

\_\_\_\_\_

**Q23b.** Quel a été le problème le plus important ?

\_\_\_\_\_

**Q23c.** Avez-vous consulté les services de santé ou un organisme communautaire pour la santé de votre bébé pour ce problème ?

- 1) Non..... [passer à la question 24]
- 2) Oui.....

**Q23d.** Pour ce problème de santé, avez-vous :

1. téléphoné à Info-Santé  
Oui  Non
2. téléphoné au CLSC (autre qu'Info-Santé)  
Oui  Non
4. téléphoné dans une clinique privée  
Oui  Non

5. téléphoné à l'hôpital  
Oui  Non
6. téléphoné à un organisme communautaire  
Oui  Non

**Q23e.** Pour ce problème de santé, êtes-vous :

1. allée au CLSC  
Oui  Non
3. allée dans une clinique privée  
Oui  Non
4. allée à l'hôpital (clinique externe)  
Oui  Non
5. allée à l'urgence de l'hôpital  
Oui  Non
6. allée dans un organisme communautaire  
Oui  Non

**Q23f.** Pour ce ou ces problèmes de santé, en avez-vous :

1. parlé à l'infirmière du CLSC lors de sa visite à domicile  
Oui  Non
2. parlé à l'infirmière du CLSC lors de son appel  
Oui  Non
3. parlé à l'infirmière ou au médecin du CH lors de votre rendez-vous  
Oui  Non
4. parlé à l'infirmière du CH lors de son appel  
Oui  Non

**L'alimentation du bébé à 1 mois**

**Q24.** Actuellement, comment nourrissez-vous votre bébé ?

1. au lait maternel exclusivement
2. au lait maternel avec complément (biberon d'eau ou de lait artificiel)
3. avec des biberons de lait artificiel exclusivement ?

**Q24a** [Si au biberon seulement] Avez-vous déjà nourri votre bébé au sein ? Oui  Non

**Q24b** [Si oui] Quel âge avait votre bébé quand vous avez cessé de lui donner le sein ? \_\_\_\_ (en sem. et jrs)

**Q24c** [Si allaite ou a déjà allaité] Face à l'allaitement votre choix d'allaiter, est-ce que votre conjoint était

1. très favorable .....
2. plutôt favorable .....
3. plutôt défavorable .....
4. très défavorable ? .....

**Q24d** [Si allaite ou a déjà allaité] Dans le cadre de l'allaitement, avez-vous rencontré des problèmes ?

..... Oui

..... Non  (passer à la question 25)

**Q24e** Si oui, quels ont a été les problèmes que vous avez rencontré avec votre allaitement ?

\_\_\_\_\_

**Q24f** Quel a été le problème le plus important que vous avez rencontré avec votre allaitement ?

\_\_\_\_\_

**Q24g** À quel moment ce problème d'allaitement a-t-il débuté ?

[L'intervieweur peut utiliser un calendrier] \_\_\_\_\_

**Q24h** À quel moment ce problème d'allaitement a-t-il été résolu ?

[L'intervieweur peut utiliser un calendrier] \_\_\_\_\_

**Q24i** [Si problème] Avez-vous cherché du support pour résoudre ce problème ? Oui  Non

**Q24j** [Si oui] Auprès de qui ? : \_\_\_\_\_

**Q24k** [Si a arrêté d'allaiter] Quelle est la principale raison pour laquelle vous avez arrêté d'allaiter ?

\_\_\_\_\_

**Q24l** Est-ce que ce bébé est votre premier bébé ?

Oui .....

Non .....

**Q24m** [Non] Aviez-vous allaité votre ou vos autres bébés précédemment ?

Oui .....

Non .....

**Q24n** [Si oui] Généralement, comment s'était déroulé le ou les  
allaitements précédents ?

1. très bien .....

2. plutôt bien .....

3. plutôt mal .....

4. très mal ? .....

**Santé mentale de la mère (échelle en 5 points (CROP))**

☺ Vous savez certainement que plusieurs femmes vivent une période très difficile émotionnellement après leur accouchement. Les énoncés qui suivent décrivent certaines situations ou sentiments positifs ou négatifs que peuvent vivre les femmes après un accouchement.

**Q25.** Dites-moi la fréquence à laquelle vous avez vécu chacune des situations ou sentiments au cours de la dernière semaine. Cela peut être : 1) Jamais ; 2) Quelques fois ; 3) Assez souvent ; 4) Très souvent. Voici le premier énoncé.

- a. Durant la dernière semaine, je n'ai pas eu envie de manger; j'avais peu d'appétit.. 1 2 3 4
- b. Durant la dernière semaine, j'ai eu l'impression que je ne pouvais pas me remonter le moral, même avec l'aide de ma famille ou de mes amis(es). 1 2 3 4
- c. Durant la dernière semaine, j'ai eu de la difficulté à me concentrer sur ce que je faisais. 1 2 3 4
- d. Je me suis sentie déprimée. 1 2 3 4
- e. J'ai eu l'impression que tout ce que je faisais me demandait un effort. 1 2 3 4
- f. J'ai été confiante en l'avenir. 1 2 3 4
- g. Mon sommeil n'a pas été bon. 1 2 3 4
- h. J'ai été heureuse. 1 2 3 4
- i. Je me suis sentie seule. 1 2 3 4
- j. J'ai profité de la vie. 1 2 3 4
- k. J'ai pleuré. 1 2 3 4



I. J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas. 1 2 3 4

**Section 5 : Les services reçus (modalités de suivi)**

---

☺ **Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur les services de santé que vous avez reçus après votre congé de l'hôpital suite à l'accouchement.**

- Q26.** a. Au cours des **deux premières** semaines après votre congé de l'hôpital, avez-vous passé quelques jours chez de la parenté ou ailleurs en dehors de la maison ? Oui  Non
- b. (oui) Combien de jours avez-vous passés chez de la parenté ou ailleurs ? \_\_\_\_\_ jours
- c. Combien de jours était-ce après votre congé de l'hôpital ? \_\_\_\_\_ jours

**L'appel téléphonique**

- Q27.** Au cours des **deux premières semaines** après votre retour à la maison, est-ce qu'une infirmière vous a téléphoné ? Oui  Non
- Q28.** (oui) Était-ce une infirmière ...
1. de l'hôpital
  2. du CLSC
  3. ou une infirmière de l'hôpital et une infirmière du CLSC.

**Répétez les questions Q29 à Q31a pour chacune des infirmières qui ont appelé (max. 3)**

- Q29** Combien de jours après votre retour à la maison avez-vous eu le premier appel d'une infirmière (de l'hôpital, du CLSC) ? \_\_\_\_\_
- Q30** Durant les deux premières semaines après votre retour à la maison, combien avez-vous reçu d'appels de l'infirmière (de l'hôpital, du CLSC) ? \_\_\_\_\_
- Q31** Combien de temps a duré le premier appel de l'infirmière (de l'hôpital, du CLSC) ? \_\_\_\_\_

- Q31a** Si plus d'un appel (q30) Combien de temps en moyenne a(ont) duré le ou les autres appels de l'infirmière (de l'hôpital, du CLSC)? \_\_\_\_\_
- Q32.** Au cours de cet (ces) appel(s), est-ce que l'infirmière (de l'hôpital, du CLSC) ...
- a. s'est informée de votre santé ? Oui  Non
  - b. s'est informée de la santé de votre bébé ? Oui  Non
  - c. s'est informée de l'alimentation de l'enfant ? Oui  Non
  - d. s'est informée de l'allaitement ? Oui  Non
  - e. a pris rendez-vous pour vous rendre visite à domicile ? Oui  Non
  - f. vous a demandé si vous aviez besoin d'aide ? Oui  Non
  - g. vous a informé des services et ressources disponibles pour répondre à vos besoins ? Oui  Non
- Q33** Globalement, diriez-vous que cet ou ces appels d'une infirmière vous ont été
- très utiles .....
  - plutôt utiles .....
  - plutôt inutiles.....
  - ou totalement inutiles ? .....
- Q33a** En pensant aux besoins que vous aviez dans les jours suivant votre retour à la maison, le délai entre votre sortie de l'hôpital et le premier appel d'une infirmière vous a-t-il semblé ...
- 1. beaucoup trop court .....
  - 2. trop court .....
  - 3. adéquat.....
  - 4. trop long .....
  - 5. ou beaucoup trop long ? .....

### **La visite à la maison**

- Q34.** Au cours des deux premières semaines après votre retour à la maison, avez-vous eu la visite d'une infirmière à votre domicile ?  
Oui  Non

**Q34a.** (Non) Est-ce parce que vous avez refusé la visite d'une infirmière ? Oui  Non

**Q34b.** (oui) Était-ce une infirmière ...

1. de l'hôpital
2. du CLSC
3. ou une infirmière de l'hôpital et une infirmière du CLSC.

Répétez les questions Q35 à Q37a pour chacune des infirmières qui sont venues à domicile (max. 3)

**Q35** Au cours des deux premières semaines après votre retour à la maison, combien avez-vous eu de visites d'une infirmière [du CLSC, du CH] à votre domicile ? \_\_\_\_\_

**Q36** Combien de jours après votre retour à la maison avez-vous eu la première visite de l'infirmière [du CLSC, du CH]? \_\_\_\_\_

**Q37** Combien de temps a duré la première visite de l'infirmière [du CLSC, du CH] ? \_\_\_\_\_

**Q37a** Combien de temps en moyenne a(ont) duré la ou les autres visites de l'infirmière [du CLSC, du CH] ? \_\_\_\_\_

**Q38.** Lors de cette ou de ces visites, est-ce que l'infirmière ...

- a. a examiné le bébé Oui  Non
- b. a fait un prélèvement sanguin sur votre bébé Oui  Non
- c. a vérifié si votre bébé avait la jaunisse Oui  Non
- d. a pesé à votre bébé Oui  Non
- e. vous a parlé/conseillé sur l'allaitement maternel Oui  Non
- f. vous a parlé/conseillé sur l'alimentation du bébé Oui  Non
- g. a évalué votre état de santé Oui  Non
- h. vous a donné le nom et no de téléphone d'organismes qui pouvaient vous être utiles Oui  Non

**Q39** Globalement, diriez-vous que cette ou de ces visites de l'infirmière vous ont été

- très utiles .....
- plutôt utiles .....
- plutôt inutiles.....
- ou totalement inutiles ? .....

**Q40** En pensant aux besoins que vous aviez dans les jours suivant votre retour à la maison, le délai entre votre sortie de l'hôpital et la première visite d'une infirmière vous a-t-il semblé ...

1. beaucoup trop court .....
2. trop court .....
3. adéquat.....
4. trop long .....
5. ou beaucoup trop long ? .....

### Le rendez-vous

**Q41.** Durant votre séjour à l'hôpital pour l'accouchement, vous a-t-on fixé un rendez-vous pour revenir à l'hôpital, aller au CLSC ou dans une clinique afin de faire examiner votre bébé après votre sortie de l'hôpital ?

- 1) Oui.....
- 2) Non.....  Passez à la question Q58

**Q42.** (oui) Était-ce un rendez-vous à ...

1. l'hôpital
2. au CLSC
3. ou une infirmière de l'hôpital et une infirmière du CLSC.

Répétez les questions Q43 à Q56a pour chacun des lieux de rendez-vous (max. 3) ou premier uniquement

**Q43.** Ce rendez-vous était fixé à combien de jours après votre retour à la maison ? \_\_\_\_ [Utilisez le calendrier si nécessaire.]

**Q44.** Vous êtes-vous présentée à ce rendez-vous ? Oui  Non

**Q44a.** [Si non] Pour quelle(s) raison vous ne vous êtes pas présentée à ce rendez-vous ? Oui  Non

**Q45.** Avez-vous vu ...

1. un médecin.....
2. une infirmière.....
3. les deux.....
4. ou un autre professionnel ? ..... Lequel ?  
\_\_\_\_\_

**Q46** Quel moyen de transport avez-vous utilisé pour vous rendre à ce rendez-vous? Êtes-vous allé(e)...

1. à pied .....
2. en transport en commun (e.g. autobus).....
3. en automobile.....
4. en taxi.....
5. ou autrement .....

**Q47** [Réponse 3] Avez-vous à déboursé des frais pour le stationnement ?

- 1) Oui.....
- 2) Non.....

**Q48** [Oui] Combien avez-vous déboursé pour le stationnement ? \_\_\_\_\_

**Q49** Combien de temps cela vous a-t-il pris pour vous rendre à ce rendez-vous (ALLER SEULEMENT)?

1. moins de 15 minutes .....
2. entre 15 et 29 minutes.....
3. entre 30 minutes et une heure.....
4. entre 1 et 2 heures .....
5. plus de deux heures .....

**Q50** Est-ce que vous avez payé des frais de garde pour pouvoir vous rendre à ce rendez-vous ?

- 1) Oui.....

- 2) Non.....
- 3) Ne s'applique pas.....

**Q51** Combien avez-vous payé pour ces frais de garde ? \_\_\_\_\_

**Q52** Est-ce que quelqu'un vous a accompagné pour ce rendez-vous ?

- 1) Oui.....
- 2) Non.....

**Q53** [oui] Est-ce que la personne qui vous a accompagné pour ce rendez-vous a perdu des heures de travail ?

- 1) Oui.....
- 2) Non.....

**Q54.** [oui] combien d'heures de travail cette personne a-t-elle perdues ? \_\_\_\_\_

**Q55.** Lors de ce rendez-vous, est-ce que l'infirmière...

- a. a examiné le bébé Oui  Non
- b. a fait un prélèvement sanguin sur votre bébé Oui   
Non
- c. a vérifié si votre bébé avait la jaunisse Oui  Non
- d. a pesé à votre bébé Oui  Non
- e. vous a parlé/conseillé sur l'allaitement maternel Oui   
Non
- f. vous a parlé/conseillé sur l'alimentation du bébé Oui   
Non
- g. a évalué votre état de santé Oui  Non
- h. vous a donné le nom et no de téléphone  
d'organismes qui pouvaient vous être utiles Oui   
Non

**Q56.** Selon votre expérience et en pensant aux inconvénients que cela a pu ou non vous causer, diriez-vous que le fait de vous rendre à ce rendez-vous quelques jours après votre retour à la maison a été pour vous ... 1) très facile ; 2) plutôt facile ; 3) plutôt difficile ; 4) ou très difficile ?

1. très facile .....
2. plutôt facile.....

3. plutôt difficile .....
4. ou très difficile .....

**Q56a** Globalement, diriez-vous que ce rendez-vous vous a été

- très utile .....
- plutôt utile .....
- plutôt inutile .....
- ou totalement inutile ? .....

**Q57** En pensant aux besoins que vous aviez dans les jours suivant votre retour à la maison, le délai entre votre sortie de l'hôpital et ce rendez-vous vous a-t-il semblé ...

1. beaucoup trop court .....
2. trop court .....
3. adéquat.....
4. trop long .....
5. ou beaucoup trop long ? .....

**Q58.** Globalement, les services qui vous ont été offerts une fois de retour à la maison pour s'assurer de votre santé et de celle de votre bébé—tels que l'appel téléphonique, la visite d'une infirmière ou le rendez-vous à l'hôpital ou en clinique—vous ont-ils permis de ...

1. mieux prendre soins de votre bébé ? Oui  
 Non
2. répondre à des questions quant aux  
soins à donner au bébé ? Oui  Non
3. répondre à des questions quant à l'allaitement  
maternel? Oui  Non
4. répondre à des questions quant l'alimentation de votre  
bébé? Oui  Non
5. répondre à des questions quant à la  
santé du bébé ? Oui  Non
6. répondre à des questions quant à votre  
santé Oui  Non
7. diminuer certaines de vos inquiétudes ?  
Oui  Non
8. mieux connaître les services disponibles? Oui  Non



- ☺ Je vais maintenant vous lire quelques énoncés généraux concernant l'ensemble des services que vous avez reçus depuis votre retour à la maison. Vous devez me dire si vous êtes D'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord, ou en désaccord avec les affirmations suivantes :

**Q59a.** Les services qui vous ont été offerts une fois de retour à la maison pour s'assurer de votre santé et de celle de votre bébé — tels que l'appel téléphonique, la visite d'une infirmière ou le rendez-vous à l'hôpital ou en clinique — ont-ils été suffisants ?

1. Oui.....
2. Non.....
3. Ne sait pas (pas mentionné).....

**Q59b.** Vous êtes-vous sentie encouragée à allaiter votre bébé ?

1. Oui.....
2. Non.....
3. Ne sait pas (pas mentionné).....

**Q59c.** Saviez-vous qui contacter en cas de problème concernant la santé de votre bébé ?

1. Oui.....
2. Non.....
3. Ne sait pas (pas mentionné).....

**Q59d.** Croyez-vous que lors de son appel ou de sa visite, l'infirmière du CLSC avaient reçu de la part de l'infirmière du centre hospitalier les informations relatives à votre situation et à celle de votre bébé ?

1. Oui.....
2. Non.....
3. Ne sait pas (pas mentionné).....

**Q59e.** Depuis votre accouchement, avez-vous obtenu des informations contradictoires de la part des différentes intervenantes avec lesquelles vous avez été en contact concernant les soins à donner à votre enfant ?

1. Oui.....
2. Non.....

**Q59f.** Depuis votre accouchement, avez-vous obtenu des informations contradictoires de la part des différentes intervenantes avec lesquelles vous avez été en contact concernant l'allaitement maternel ?

1. Oui.....
2. Non.....
3. Ne sait pas (pas mentionné).....

**Q59g.** Considérez-vous avoir reçu des services qui n'étaient pas nécessaires ?

1. Oui.....
2. Non.....
3. Ne sait pas (pas mentionné).....

**Q59h.** Avez-vous senti que le CLSC et le centre hospitalier travaillaient en collaboration ?

1. Oui.....
2. Non.....
3. Ne sait pas (pas mentionné).....

**Q59.** Est-ce que les intervenantes ont pris le temps de vous écouter ?

1. Oui.....
2. Non.....
3. Ne sait pas (pas mentionné).....

**Q59i.** Est-ce que les services que vous avez reçus étaient adaptés à vos besoins ?

1. Oui.....
2. Non.....
3. Ne sait pas (pas mentionné).....

## Section 6 : Les ressources non médicales

---

### Le soutien social

☺ Il ne reste maintenant que quelques questions avant de terminer.

**Q60.** Au cours des deux premières semaines après votre retour à la maison, avez-vous reçu de l'aide à la maison (aide domestique, repas, ménage, garde des enfants) ?

1. Aucune aide
2. Un peu d'aide
3. Une aide importante

**Q61.** (Oui) Qui vous a fourni cette aide ? Est-ce ... [5 mentions possibles]

1. votre conjoint Oui  Non
2. votre mère Oui  Non
3. votre belle-mère Oui  Non
4. quelqu'un de la famille Oui  Non
5. un(e) ami(e) Oui  Non
6. une personne rémunérée Oui  Non
7. ou un autre personne ? Oui  Non

**Q61a.** [oui] Est-ce que la personne qui vous a fourni cette aide a perdu des heures de travail ?

- 1) Oui.....
- 2) Non.....

**Q61b.** [oui] combien d'heures de travail cette personne a-t-elle perdues ? \_\_\_\_\_

**Q62. a)** Y a-t-il dans votre entourage (vos ami(s) ou votre famille) quelqu'un qui peut vous aider si vous êtes mal prise ? Oui  Non

**b)** Combien de personnes ? \_\_\_\_\_

- Q63.** a) Y- a-t-il dans votre entourage (vos amis ou votre famille) quelqu'un à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes ? Oui  Non
- b) Combien de personnes ? \_\_\_\_\_

**Le recours aux organismes communautaires**

- Q64.** Depuis votre retour à la maison, avez-vous demandé de l'aide ou des services à un organisme communautaire ?
1. Oui.....
  2. Non.....
  3. Je n'étais pas au courant de ces organismes.....
- Q65.** (oui) À quel(s) organisme(s) avez-vous demandé de l'aide ou des services ?  
[3 mentions]

## Section 7 : Les variables socio-démographiques

---

☺ Voici quelques questions pour les statistiques.

### La mère

- Q66.** Quelle est votre âge ? \_\_\_\_\_
- Q67.** Dans quel pays êtes-vous née ? \_\_\_\_\_
- Q67a.** [Si pas au Canada] En quelle année êtes vous arrivée au Canada ? \_\_\_\_\_
- Q68.** Quelle est votre langue maternelle (première langue apprise et encore comprise) ? \_\_\_\_\_
- Q69.** Actuellement, quelle est la langue parlée le plus souvent à la maison ?
- Q70.** Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous avez complété ?
- 1. cours primaire .....
  - 2. secondaire 1.....
  - 3. secondaire 2.....
  - 4. secondaire 3.....
  - 5. secondaire 4.....
  - 6. secondaire 5 (11e année) .....
  - 7. CEGEP .....
  - 8. université.....
- Q71.** Avez-vous actuellement un conjoint (mari, ami, chum) ? Oui   
Non
- Q72.** (Oui) Vivez-vous avec votre conjoint ? Oui  Non
- Q73.** (Oui) Présentement, diriez-vous que votre relation ou votre entente avec votre conjoint est ...
- 1. très bonne.....
  - 2. plutôt bonne .....
  - 3. plutôt mauvaise.....

4. ou très mauvaise .....

### **Le conjoint**

#### **Questions pour les mères qui ont un conjoint**

- Q74.** Dans quel pays est né votre conjoint ? \_\_\_\_\_
- Q75.** Quel est le niveau d'études le plus élevé complété par votre conjoint ? \_\_\_\_\_
- Q76.** Votre conjoint travaille-t-il présentement ? Oui  Non
- Q77.** (Oui) Combien d'heures par semaine travaille-t-il actuellement ? \_\_\_\_\_

### **Le ménage**

- Q78.** Combien de personnes en tout vivent dans votre logement, y compris vous-même et votre bébé ? \_\_\_\_\_
- Q79.** Parmi ces personnes, combien y a-t-il d'adultes de 18 ans et plus, en vous incluant ? \_\_\_\_\_
- Q80.** a-e. Pourriez-vous me dire l'âge de vos enfants ? \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_
- Q81.** Quelle a été votre occupation durant la grossesse ?
1. travail à l'extérieur .....
  2. travail rémunéré à la maison .....
  3. femme au foyer .....
  4. étudiante .....
- Q82.** Et en dernière question, pourriez-vous me dire quel est LE REVENU TOTAL BRUT DE VOTRE MÉNAGE en 2002, avant imposition ?
1. Moins de \$10,000 .....
  2. De \$10,000 à \$19,999 .....
  3. De \$20,000 à \$29,999 .....
  4. De \$30,000 à \$39,999 .....

- 
- 5. De \$40,000 à \$49,999.....
  - 6. De \$50,000 à \$59,999.....
  - 7. \$60,000 et plus.....

**Merci infiniment pour votre temps et votre patience !**