

Université de Montréal

Effets d'un soutien à l'allaitement par vidéoconférence sur l'expérience d'allaitement vécue par  
des mères de nouveau-né à terme : une revue rapide

Par

Annie Boisvert

Université de Montréal

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté

en vue du jury

en sciences infirmières

option expertise-conseil

Février 2022

© Annie Boisvert, 2022

*Ce mémoire intitulé*

**Effets d'un soutien à l'allaitement par vidéoconférence sur l'expérience d'allaitement vécue  
par des mères de nouveau-né à terme : une revue rapide**

*Présenté par*

**Annie Boisvert**

*A été évalué par un jury composé des personnes suivantes*

**Marilyn Aita**

Présidente-rapporteuse

**Marjolaine Héon**

Directrice de recherche

**Chantal Caux**

Codirectrice

**Jérôme Gauvin-Lepage**

Membre du jury

## Résumé

La phase aiguë de la pandémie de COVID-19 a imposé une réduction des contacts face à face lors des soins traditionnels post-partum. La situation pandémique a alors mis en évidence l'utilisation de la vidéoconférence comme forme de soutien novatrice et complémentaire aux pratiques déjà implantées pour soutenir les femmes allaitantes. Considérant le manque de connaissances quant aux effets de la vidéoconférence sur l'expérience d'allaitement, le but de cette revue rapide était de synthétiser les données probantes sur les effets du soutien à l'allaitement par vidéoconférence lors de la période post-partum à domicile sur l'expérience d'allaitement de mères de nouveau-né à terme. Employant la méthode en sept recommandations d'examen rapide de Cochrane (2021), six études comportant des interventions de vidéoconférence ont été incluses et une seule d'entre elles présente des résultats statistiquement significatifs sur l'intensité des allaitements. Les effets sur l'exclusivité et la durée de l'allaitement lors du soutien par vidéoconférence se sont avérés équivalents aux soins usuels actuellement offerts lors du retour à domicile. Bien que les effets soient comparables au soutien face à face, les taux d'allaitement demeurent inférieurs aux cibles mondiales visées. À la lumière des trois constats découlant de la revue rapide, de futures études pourraient permettre d'explorer les effets d'un soutien proactif par vidéoconférence, et ce, basé sur un cadre théorique. En somme, les résultats obtenus ont permis la formulation de recommandations pour la recherche, la formation et la pratique à dessein de favoriser l'expérience positive d'allaitement et ainsi l'exclusivité, la durée et l'intensité de l'allaitement.

**Mots-clés :** Allaitement, Soutien à l'allaitement, Vidéoconférence, Intervention infirmière

## Abstract

The outbreak of the coronavirus pandemic has imposed a reduction in face-to-face contact during traditional postpartum care. The pandemic situation then highlighted the use of videoconferencing as an innovative form of support and complementary to the practices already established to support breastfeeding women. Considering the lack of knowledge about the effects of videoconferencing on the breastfeeding experience, the aim of the rapid review was to synthesize the evidence on the effects of breastfeeding support by videoconference during the postpartum period to home on the breastfeeding experience of mothers with term newborns. Using the Cochrane (2021) seven-recommendation rapid review method, six studies with videoconferencing interventions were included and only one of these showed statistically significant results on breastfeeding intensity. The effects on the exclusivity and duration of breastfeeding during videoconference support have been shown to be equivalent to the standard care currently offered upon return home. Although the effects are comparable to face-to-face support, breastfeeding rates remain below target global targets. Considering the three findings resulting from the rapid review, future studies could explore the effects of proactive support by videoconference based on a theoretical framework. In sum, the results obtained allowed the formulation of recommendations for research, training, and practice to purposely increase the positive breastfeeding experience and thus the exclusivity, duration, and intensity of breastfeeding.

**Keywords:** Breastfeeding, Breastfeeding support, Videoconferencing, Nursing intervention

# Table des matières

Résumé .....	3
Abstract.....	4
Table des matières.....	5
Liste des tableaux .....	9
Liste des figures .....	10
Liste des sigles et abréviations.....	11
Remerciements.....	13
Avant-propos .....	14
Chapitre 1 – Problématique de recherche.....	15
But de recherche.....	21
Question de recherche .....	21
Chapitre 2 – Recension des écrits .....	22
Allaitement exclusif et ses bienfaits .....	23
Définition de l’allaitement exclusif. ....	23
Bienfaits maternels .....	24
Bienfaits infantiles .....	24
Bienfaits sociétaux .....	25
Les difficultés d’allaitement vécues par les mères allaitantes.....	26
Difficultés rencontrées.....	26
Objectif d’allaitement .....	28
Soutien à l’allaitement.....	29
Rôle de l’infirmière en soutien à l’allaitement.....	30

Modalité de soutien .....	30
Cadre théorique .....	33
Chapitre 3 – Méthodologie de recherche .....	36
Étape 1 - Définition de la question de recherche .....	37
Étape 2 - Définition des critères d'éligibilité .....	38
Étape 3 - Recherche de données probantes .....	40
Étape 4 - Sélection des études pertinentes .....	41
Étape 5 - Extraction des données .....	41
Étape 6 - Évaluation du risque de biais .....	42
Étape 7 - Synthèse .....	43
Considérations éthiques .....	44
Chapitre 4 – Résultats .....	42
Résumé .....	45
Contexte .....	46
Question de recherche .....	48
Méthode .....	48
Sources d'informations .....	49
Sélection des études et extraction des données .....	49
Analyse de la qualité .....	52
Résultats .....	53
Discussion .....	60
Limites.....	63
Forces.....	63
Conclusion.....	64

Contributions des auteurs .....	64
Financement .....	65
Remerciements .....	65
Intérêts concurrents .....	65
Références bibliographiques .....	65
Chapitre 5 – Discussion .....	69
Analyse des résultats .....	70
Recommandations .....	74
Recommandations pour la recherche.....	74
Recommandations pour la formation.....	75
Recommandations pour la pratique .....	76
Recommandations pour la gestion .....	77
Limites.....	78
Forces.....	79
Conclusion.....	81
Références bibliographiques .....	82
Annexes .....	94
Annexe A L’Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé : dix conditions pour le succès à l’allaitement maternel .....	95
Annexe B Modèle PICR [traduction libre] (Health-evidence, 2009).....	97
Annexe C Autorisation d’utilisation de la figure 1 (Davie et al., 2020) par Elsevier et Copyright Clearance Center .....	99
.....	99
Annexe D Stratégie de recherche documentaire avec PubMed .....	100

Annexe E Critères pour la publication..... 101



## Liste des tableaux

Tableau 1. –	Éléments d'évaluation d'une séance d'allaitement et les impacts associés .....	27
Tableau 2. –	Sept recommandations des directives méthodologiques soutenant la conduite d'une RR [traduction libre] (Garritty et al., 2021, p.17).....	37
Tableau 3. –	Critères d'éligibilité selon le modèle PICR.....	38
Tableau 4. –	Évaluation critique des outils par type de données probantes.....	42
Tableau 5. –	Sept recommandations des directives méthodologiques [traduction libre] (Garritty et al., 2021, p.17) .....	49
Tableau 6. –	Critères d'éligibilité des études.....	50
Tableau 7. –	Outil CASP : Critères d'évaluation de la qualité des essais contrôlés randomisés (CASP, 2008) [traduction libre] .....	52
Tableau 8. –	Outil CASP : Critères d'évaluation de la qualité des revues systématiques (CASP, 2008) [traduction libre].....	53
Tableau 9. –	Formulaire d'extraction des données pour les essais contrôlés randomisés .....	59

## Liste des figures

Figure 1. – Carte thématique de la théorisation ancrée de l'expérience d'allaitement [traduction libre] (Davie et al., 2020).....	34
Figure 2. – Phases de sélection des études.....	51

## Liste des sigles et abréviations

CASP : Critical Appraisal Skills Programme

CFESS : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

COVID-19 : Coronavirus

CSBEQ : Commissaire à la Santé et au Bien-Être du Québec

IAB : Initiative des Amis des Bébé

IBCLC: International Board Certified Lactation Consultant

IBLCE : International Board of Lactation Consultant Examiner

INSPQ : Institut National de Santé Publique

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

OIIQ : Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

PCN : Préparations commerciales pour nourrisson

PP : Post-partum

RCM: The Royal College of Midwives

RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RNAO : Registered Nurses Association of Ontario Guidelines

RR : Revue rapide

RUIS : Réseaux Universitaires Intégrés de Santé

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

*À Robert, qui m'a toujours offert son amour inconditionnel*

## Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué au succès de ma maîtrise et qui m'ont aidée lors de la rédaction de ce mémoire. Malgré un parcours ébranlé par les enjeux liés à la pandémie, celles-ci ont su m'accompagner et faire une réelle différence dans la réalisation de ce mémoire rédigé dans la cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières, option expertise-conseil à l'Université de Montréal (UdeM).

Je tiens sincèrement à remercier ma directrice et ma co-directrice de maîtrise, Marjolaine Héon et Chantal Caux. Je tiens à leur exprimer toute ma reconnaissance pour leur grande disponibilité, leurs conseils et leur précieux temps tout au long de mon parcours. Merci d'avoir cru en mon projet et de m'avoir encouragée tout au long de mon cheminement à la maîtrise.

Merci au ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur de m'avoir octroyé une bourse de fin d'études à la maîtrise. Cette bourse ainsi que d'autres, obtenues lors de mon parcours, ont été un réel soutien: la bourse Alice-Girard (Faculté des sciences infirmières, UdeM), la bourse de Mobilité étudiante (Direction des affaires internationales, UdeM), la bourse du Programme d'aide au rayonnement du savoir étudiant des cycles supérieurs (Fédération des associations étudiantes du campus de l'UdeM) et la bourse de soutien aux conférenciers (Ordre régional des Infirmières et Infirmiers de Montréal/Laval). Je désire remercier la Direction des soins infirmiers du Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine pour l'obtention de la bourse de formation Gustav Levinschi pendant deux années consécutives.

Je remercie également toute l'équipe de consultant en lactation du Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine responsable de ma formation en tant qu'International Board Certified Lactation Consultant, de m'avoir permis de concilier travail-études pendant cette dernière année. Vos paroles et vos conseils ont contribué à alimenter ma réflexion.

Finalement, j'adresse un grand merci à mes proches et à ma famille qui ont toujours cru en moi et qui m'ont fourni un soutien incroyable tout au long de mon parcours universitaire, tant au baccalauréat qu'à la maîtrise. Je les remercie de m'avoir épaulée pendant ces quatre dernières années.

## **Avant-propos**

Ce mémoire présente une revue rapide qui vise à synthétiser les données probantes sur les effets du soutien à l'allaitement par vidéoconférence. Le but du projet initial de maîtrise était d'estimer les effets d'une intervention infirmière par vidéoconférence sur l'auto-efficacité maternelle en allaitement et sur la poursuite de l'allaitement exclusif chez des mères primipares de nouveau-nés à terme. En raison de la pandémie de COVID-19, l'étudiante-chercheuse a fait un retour au travail à temps plein en mai 2020. Cette obligation professionnelle a entraîné des délais importants dans l'avancement de ses études à la maîtrise en sciences infirmières. Ce faisant, en septembre 2020, les directrices de maîtrise et l'étudiante-chercheuse ont pris la décision de réorienter le projet de maîtrise vers une revue rapide des écrits. Cela a permis de réaliser le projet dans un délai opportun et de pouvoir être plus flexible dans la réalisation de ce mémoire.

La décision pour la revue rapide actuelle découle de la combinaison du projet initial ainsi que de la mise en lumière du soutien par vidéoconférence lors de la pandémie de maladie à coronavirus. Ce moment propice pour la vidéoconférence était tout indiqué pour approfondir les connaissances actuelles sur son utilisation à dessein de soutenir les mères désirant allaiter.

## **Chapitre 1 – Problématique de recherche**

Comme aucun substitut n'est équivalent au lait maternel (Organisation mondiale de la santé [OMS], Fonds des Nations unies pour l'enfance [UNICEF] et Réseau international d'action pour l'alimentation des bébés, 2016), l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie est recommandé pour les nourrissons<sup>1</sup> nés à terme et en santé par de nombreuses organisations, telles que l'OMS (OMS, 2003), la Société canadienne de pédiatrie (Société canadienne de Pédiatrie et Comité de nutrition et de Gastroentérologie, 2018), Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada (Gouvernement du Canada, 2015). Chaque mois additionnel d'allaitement exclusif procure des bienfaits supplémentaires pour les nourrissons: développement optimal du système immunitaire, diminution du risque d'infection des voies respiratoires supérieures et gastro-intestinales, réduction du risque du syndrome de la mort subite du nourrisson, etc. (Ip et al., 2007). Plus la quantité de lait maternel reçu et la durée de l'allaitement sont élevées, plus les effets bénéfiques pour la mère et son enfant sont augmentés (Lavoie et Dumitru, 2011). L'allaitement exclusif est l'un des facteurs modifiables les plus efficaces pour promouvoir la santé, la croissance et le développement de l'enfant (Centers for Disease Control and Prevention, 2018; Institute of Medicine, 2006; OMS, 2003). L'adhésion du Canada en 1990 à la Déclaration Innocenti à dessein d'assurer une santé et une nutrition optimales aux mères et aux enfants (OMS et UNICEF, 1990) a permis la mise en œuvre de programmes pour protéger et encourager l'allaitement (Société canadienne de Pédiatrie, 2012). Cette déclaration commune sur l'allaitement et les services de maternité a alors permis la mise en œuvre de la stratégie mondiale l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB).

Abondamment citée au Québec comme l'IAB (Initiative des amis des bébés; annexe A), cette dernière a eu une incidence dans l'augmentation des taux d'initiation à l'allaitement, se situant à 89% en 2011-2012, une hausse de 13 % par rapport à 2003 (Statistique Canada, 2003; 2014; Pérez-Escamilla et al., 2016). Bien que ce taux d'initiation à l'allaitement soit élevé, une étude menée par Statistique Canada (2014) met en évidence qu'il y a une baisse de 16% du taux d'allaitement exclusif au courant du premier mois post-partum (PP). Le taux d'allaitement exclusif continue de décroître jusqu'à 3% à six mois, représentant ainsi une minorité de nourrissons

---

<sup>1</sup> Un nourrisson est un enfant qui n'a pas atteint l'âge de sevrage; enfant de plus d'un mois et de moins de deux ans (Office québécois de la langue française, 2012).



québécois qui sont toujours allaités exclusivement (Statistique Canada, 2014). Bien que les lignes directrices ministérielles en ce qui concerne l'allaitement au Québec concordent avec celles de l'OMS et l'UNICEF (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2015), les taux d'allaitement exclusif au-delà du premier mois de vie du nourrisson sont inférieurs à d'autres provinces canadiennes, telles que la Colombie-Britannique, les régions des Prairies et l'Ontario (Agence de la santé publique du Canada, 2013). Cette période a donc été identifiée comme une phase critique, où le type de soutien reçu par des professionnels formés en allaitement influence considérablement la poursuite jusqu'à six mois de l'allaitement (Chantry, 2011; Gerd, Bergman, Dahlgren, Roswall et Alm, 2012).

Selon l'OMS, l'une des raisons occasionnant les faibles taux mondiaux d'allaitement est l'absence d'un soutien opportun et d'un suivi professionnel en allaitement (OMS, 2017). La dixième stratégie de l'IAB (OMS, 1999) vise d'ailleurs à assurer que les établissements de santé (hôpitaux, maisons des naissances ou centres locaux de services communautaires) protègent, encouragent et appuient l'allaitement exclusif au-delà de six mois (Société canadienne de Pédiatrie, 2012). Le US Force Preventive Services Task (2016) recommande également cette stratégie qui avait été établie par l'OMS il y a plus de 20 ans, en affirmant qu'un soutien d'un professionnel qualifié en allaitement et accessible permettrait d'augmenter la durée et l'exclusivité de l'allaitement. Qui plus est, dans leur méta-analyse, Brockway, Benzies et Hayden (2017) concluent que les interventions de soutien en allaitement privilégiant plus d'une rencontre avec un professionnel ont davantage le potentiel d'accroître significativement les taux d'allaitement exclusif à un mois PP. Les résultats de leur méta-analyse montrent que plus le contact entre la mère et le professionnel en allaitement est court, plus les chances de poursuivre l'allaitement sont réduites. Ainsi, parmi les caractéristiques d'un soutien efficace, on peut nommément citer le fait qu'il soit offert par des professionnels formés en allaitement dès les premières semaines suivant la naissance, qu'il inclue cinq visites ou plus, et qu'il soit adapté au contexte et aux besoins de la mère et de sa famille (Brockway et al., 2017; McFadden et al., 2017).

Selon le programme détaillé dans la Politique de périnatalité 2008-2018 (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSS], 2008b), les soins usuels actuellement offerts au Québec sont prodigués par une infirmière et constitués d'un appel téléphonique dans le premier

24 heures suivant le congé du centre hospitalier et d'une visite à domicile dans les 24 à 72 heures (Institut National de Santé Publique [INSPQ], 2016). Malgré ces lignes directrices en matière de suivi, les femmes qui donnent naissance continuent à se heurter à des obstacles à l'allaitement. Il ne suffit pas de s'assurer que les femmes soient physiquement capables d'allaiter pour promouvoir et soutenir l'allaitement. Les femmes recherchent et bénéficient d'un soutien individualisé continu. Leurs expériences vécues sont essentielles pour comprendre comment mieux adapter le soutien à leurs besoins. De ce fait, l'un des rôles de l'infirmière en période postnatale est alors d'évaluer l'expérience au regard de l'allaitement afin d'offrir un soutien aux parents (INSPQ, 2016; OIIQ, 2015). Comprendre l'expérience des femmes en matière d'allaitement au début de la période postnatale est alors essentiel pour identifier comment le soutien peut être mieux adapté afin d'optimiser l'allaitement, y compris les expériences des femmes. Alors que l'expérience d'allaitement est reconnue comme un processus complexe, la théorie élaborée par Davie et al. (2020) permet de mieux comprendre l'expérience des femmes en matière d'alimentation du nourrisson donnant naissance à des nourrissons à terme et en santé. À l'image de cette théorie, l'expérience d'allaitement de la mère allaitante est influencée par (1) la perception d'une « bonne alimentation » pour l'enfant et (2) l'expérience de la mise au sein qui ensemble agissent directement sur (3) l'expérience globale d'allaitement. À titre d'exemple, si la mise au sein est perçue comme inadéquate par la mère, celle-ci peut potentiellement penser que cela causera une mauvaise alimentation à son nourrisson et ainsi, conserver une expérience globale négative de son allaitement. Fournir un soutien spécialisé précoce et à long terme en allaitement pourrait alors permettre de corriger une prise au sein inadéquate ou une perception d'insuffisance de lait. Ce faisant, les mères seraient en mesure de profiter d'une expérience positive dès le début de leur allaitement (Davie et al., 2020); une perception d'expérience réussie d'allaitement soutient une meilleure auto-efficacité parentale et ainsi, permet de prévenir l'arrêt précoce de l'allaitement (Dennis, 1999; Dennis, 2002; Giannì et al., 2020; Hankel, Kunseler et Oosterman, 2019).

Le Commissaire à la Santé et au Bien-Être du Québec (CSBEQ) et les Réseaux Universitaires Intégrés de Santé (RUIS) constatent plusieurs écarts entre ce qui est recommandé dans la Politique et ce qui est offert par les institutions à l'égard du suivi systématique (INSPQ, 2016).

Dans un rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux de périnatalité, le CSBEQ et le RUIS mettent en évidence qu'en raison d'un manque de ressources humaines et financières, les infirmières des réseaux locaux de santé sont contraintes à prioriser les familles présentant des besoins accrus et à ne fournir qu'un appel téléphonique aux autres familles (INSPQ, 2016). En plus de ne comporter qu'une seule visite à domicile, le soutien en présentiel est alors de plus en plus difficile à fournir, d'autant plus depuis mars 2020 où la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) a imposé une réduction des contacts face à face lors des soins traditionnels PP (Gouvernement du Québec, 2020b).

En réponse aux exigences de distanciation sociale, le Gouvernement du Québec (2020b) a publié des directives quant au suivi postnatal afin de garantir que les femmes continuent de recevoir des soins de haute qualité après leur grossesse. Ces directives concernent principalement le changement des suivis postnataux en présence pour des services de télésanté, particulièrement les appels téléphoniques, qui sont alors devenus le moyen préconisé pour offrir du soutien en allaitement (Gouvernement du Québec, 2020b, 2020a). Toutefois, plusieurs auteurs soulignent les limites de ce type de soutien en raison d'un manque d'évidence quant aux effets sur l'allaitement exclusif (Brockway et al., 2017; McFadden et al., 2017; Tahir et Al-Sadat, 2013). Le désavantage non négligeable du soutien téléphonique est qu'il ne permet pas une évaluation visuelle de l'allaitement (Habibi et al., 2012; Seguranyes et al., 2014a; Tahir et Al-Sadat, 2013). L'infirmière offrant le suivi postnatal n'est alors pas en mesure de faire une évaluation rigoureuse de l'expérience de l'allaitement, soit par la visualisation de la mise au sein et le transfert de lait adéquat entre la mère et l'enfant. C'est qu'en effet un soutien téléphonique est recommandé seulement pour les femmes détenant un faible risque de développer des difficultés d'allaitement, puisqu'il ne permet pas une visualisation objective de la mise au sein (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé [CFESS], 2014; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2015; OMS, 2013). Le soutien en allaitement par vidéoconférence<sup>2</sup> représente alors une alternative novatrice et complémentaire aux pratiques déjà implantées pour soutenir l'allaitement exclusif (Uscher-Pines, Mehrotra et Bogen, 2017).

---

<sup>2</sup> « Système de télécommunication permettant un échange audio et vidéo bidirectionnel en temps réel d'un site vers un ou plusieurs sites distants » (Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine, s.d.).

Dès le début des années 2000, des auteurs étudiaient la faisabilité d'un soutien par vidéoconférence dans les soins post-partum, ainsi que la satisfaction des mères au regard à un soutien à distance (Lazenbatt et al., 2001). Quelques années plus tard, d'autres poursuivent des études de faisabilité et, bien qu'ils obtiennent un degré élevé de satisfaction des mères, ces auteurs rapportent des problèmes de connectivité et de fiabilité de l'image dus à la qualité sonore et visuelle lors de l'évaluation d'une mise au sein (Habibi et al., 2012; Rojjanasrirat et al., 2012). Cette évolution plutôt lente de la vidéoconférence en périnatalité a nécessité une réorganisation depuis l'entrée en vigueur des mesures sociosanitaires, ainsi que l'engouement et l'attitude favorable des prestataires des soins de santé ainsi que des consommateurs à l'égard de la vidéoconférence. Bien que la qualité audiovisuelle ait évolué en service de haute qualité, le manque d'homogénéité dans les modalités de ce type d'interventions ainsi que la variété de résultats concernant les effets sur l'exclusivité et la durée de l'allaitement compliquent à l'heure actuelle son transfert à la pratique. En effet, aucun guide de pratique ou ligne directrice n'encadre l'utilisation sécuritaire d'un service de soutien à l'allaitement par vidéoconférence.

En dépit des avantages d'un allaitement exclusif durable et une connaissance suffisante des directives de santé publique visant à soutenir et protéger l'allaitement au niveau local et national (OMS et UNICEF, 1990), les taux d'allaitement restent inférieurs à ce qui est recommandé. L'offre de services pour soutenir l'allaitement au Québec comporte de courts séjours d'une durée approximative de 24 à 48 heures en centre hospitalier à la suite de la naissance, d'une seule visite à domicile ainsi que des variabilités d'une région à l'autre. Considérant en plus les recommandations récentes en ce qui concerne le suivi à distance des femmes en PP, il est impératif de définir de quelle façon les infirmières peuvent soutenir de manière efficace et à long terme les femmes ayant un objectif d'allaitement. En effet, il existe des facilitateurs reconnus à l'initiation et à la poursuite de l'allaitement maternel chez les femmes qui donnent naissance à des nourrissons nés à terme en bonne santé. La vidéoconférence est d'ailleurs une approche de soutien technologique proposée pour aplanir les obstacles en allaitement rencontrés par les mères (Uscher-Pines et al., 2017). Or, aucune synthèse des écrits n'a été réalisée concernant l'effet des interventions par vidéoconférence quant à l'expérience d'allaitement vécue par des mères de nouveau-né à terme.

Considérant l'émergence de la vidéoconférence au cours de la pandémie, le but de ce mémoire est d'effectuer une revue rapide (RR) portant sur les effets d'interventions de soutien à l'allaitement par vidéoconférence sur l'expérience d'allaitement vécue des mères de nouveau-né à terme, et ce, afin d'approfondir promptement les connaissances actuelles.

## But de recherche

Le but de cette revue rapide est de synthétiser les données probantes sur les effets du soutien à l'allaitement par vidéoconférence lors de la période post-partum à domicile sur l'expérience d'allaitement définie par Davie et al. (2020) vécue par des mères de nouveau-né à terme.

## Question de recherche

La stratégie préconisée pour construire la question de recherche s'inspire de la stratégie PICO développée par Santos, Pimenta et Nobre (2007). La version en français, le modèle PICR, a été utilisée pour définir la question guidant ainsi la stratégie de recherche (Dobbins, 2017). Ce modèle permet d'identifier les composantes suivantes : la population concernée (P), l'intervention à considérer (I), les éléments comparatifs (C; ce à quoi l'on compare l'intervention considérée) et les résultats étudiés (R; Dobbins, 2017; Richardson, Wilson, Nishikawa et Hayward, 1995; Santos, Pimenta et Nobre, 2007). L'outil développé par Health-evidence (2009), présenté en [annexe B](#), a donc permis l'élaboration de la question de recherche :

Quels sont les effets du soutien en allaitement par vidéoconférence **(I)** sur l'expérience d'allaitement définie par Davie et al. (2020) **(R)** vécue par des mères de nouveau-né à terme **(P)** en comparaison à l'offre de service des soins usuels au retour à domicile **(C)** ?

## **Chapitre 2 – Recension des écrits**

La recension des écrits présentée ci-dessous permet de situer le sujet de l'allaitement par rapport aux connaissances existantes et aux concepts inhérents à la RR. Trois volets distincts composent la recension des écrits : l'allaitement exclusif et ses bienfaits sur la dyade d'allaitement ainsi que la société, les difficultés vécues par les mères en regard à l'allaitement, ainsi que les types de soutien en allaitement. La présentation du cadre théorique servant d'assise à l'étude, particulièrement pour l'interprétation et l'évaluation des résultats de la RR, clôturera ce chapitre.

## **Allaitement exclusif et ses bienfaits**

**Définition de l'allaitement exclusif.** Selon le MSSS du Québec (2008), un allaitement est caractérisé d'exclusif lorsque l'enfant ne reçoit que du lait humain dans les six premiers mois de vie. Afin d'offrir le lait maternel au nouveau-né, la mère peut alors allaiter au sein ou exprimer son lait maternel au moyen d'un tire-lait (Labbok et Starling, 2012). Aucun aliment liquide ou solide n'est offert, à l'exception des solutions de réhydratation orale, gouttes/sirops de vitamines, minéraux ou médicaments, et ce, pour des raisons médicales précises. L'enfant n'est donc plus considéré comme allaité exclusivement lorsqu'il reçoit d'autres liquides avant six mois, tels que du lait d'origine animale (vache, chèvre), du lait d'origine végétale (soya, amande, avoine), des préparations commerciales pour nourrisson (PCN), de l'eau ou tout autre aliment solide (OMS, 2007). À l'instant où l'enfant est alimenté avec du lait maternel combiné à des PCN ou d'autres aliments, le terme allaitement mixte est alors utilisé (MSSS, 2011). L'allaitement peut être prédominant ou partiel, ce qui désigne respectivement que soit la principale source de nourriture pour le nourrisson est le lait maternel, mais qu'il peut également avoir reçu d'autres liquides, ou que les PCN prédominent sur le lait maternel qui devient la source secondaire d'alimentation (OMS, 2017). L'intensité de l'allaitement maternel est déterminée par le nombre de tétées nutritives où le nourrisson reçoit du lait maternel par 24h (Stuebe, Bonuck, Adatorwovor, Schwartz et Berry, 2016).

Les bienfaits de l'allaitement sur la santé de la mère et sur celle de l'enfant sont principalement associés à l'exclusivité, la durée et l'intensité de l'allaitement. L'expression dose-

effet est employée afin de décrire ce phénomène : les effets sont proportionnels à la quantité de lait maternel (intensité de l'allaitement) reçu par l'enfant (Kramer et Kakuma, 2004). Autrement dit, plus la mère allaite de manière exclusive et sur une longue période, plus son nourrisson et elle-même reçoivent et accroissent les bienfaits (Horta, Bahl, Martines et Victora, 2007). La durée totale de l'allaitement exclusif réfère par conséquent au temps où uniquement le lait maternel a été fourni au nourrisson (DiGirolamo, Thompson, Martorell, Fein et Grummer-Strawn, 2005).

**Bienfaits maternels.** L'action d'allaiter procure des retombées positives à court et à long terme pour la mère, et ce, autant au niveau de la santé physique que mentale. À titre d'exemple, l'allaitement favorise le lien d'attachement mère-enfant (Linde, Lehnig, Nagl et Kersting, 2020), le développement des compétences maternelles, réduit le niveau de stress que le nouveau rôle maternel peut occasionner (Papp, 2014) et réduit les symptômes de dépression PP (Dias et Figueiredo, 2015; Horta, Loret De Mola et Victora, 2015; Linde et al., 2020; Victora et al., 2016). Qui plus est, la majorité des recherches sur les bienfaits de l'allaitement se sont concentrées sur les avantages physiologiques de cette pratique. De nombreuses études réalisées dans des pays industrialisés démontrent une forte association entre l'allaitement et la diminution estimée du risque de cancer du sein et de l'ovaire, du diabète de type 2 (Aune, Norat, Romundstad et Vatten, 2014), de l'ostéoporose et de la rétention de poids (Neville, McKinley, Holmes, Spence et Woodside, 2014). La méta-analyse de Victora et al. (2016) met d'ailleurs en lumière qu'aucun autre comportement lié à la santé ne peut avoir des résultats aussi variés et positifs chez les deux personnes impliquées, soit la mère et son enfant.

**Bienfaits infantiles.** Le lait humain est parfaitement adapté aux particularités de l'enfant en étant faible en protéines et comportant une forte concentration en lactose nécessaire pour le développement du cerveau (Walker, 2010); le cerveau du bébé nécessite un lait ayant une composition bien précise au cours de sa croissance, puisqu'il triplera de poids dans les deux ans suivant la naissance afin d'atteindre 80 % de taille finale (Kramer et al., 2008). En plus de permettre une interaction privilégiée entre la mère et son nouveau-né, le nouveau-né possédera également des avantages physiologiques à recevoir du lait maternel. On constate une diminution des conditions médicales aiguës, telles que le risque de maladie gastro-intestinale, d'entérocolite



nécrosante, de septicémie et méningite, de maladies respiratoires et de syndrome de mort subite du nourrisson (Ip et al., 2007). Le lait maternel peut également limiter la prévalence des allergies alimentaires et les risques de maladies chroniques (Luccioli, Zhang, Verrill, Ramos-Valle et Kwegyir-Afful, 2014). De nombreuses données scientifiques mettent en évidence les propriétés protectrices du lait contre le diabète de type 1, les maladies inflammatoires de l'intestin telle la maladie de Crohn, ainsi que le risque d'embonpoint et d'obésité (Davis, 2001; Harder, Bergmann, Kallischnigg et Plagemann, 2005; Martin, Gunnell et Smith, 2005).

**Bienfaits sociétaux.** L'impact positif, concret et pérenne de l'allaitement maternel a un rôle à jouer au niveau sociétal. Une série d'articles publiés dans *The Lancet* concernant l'épidémiologie et les effets à long terme de l'allaitement maternel conclut qu'accroître mondialement les taux d'allaitement maternel pourrait entraîner des économies globales de 300 milliards de dollars américains (Lancet, 2016). Les auteurs indiquent que c'est principalement le secteur de la santé qui est concerné par les économies engendrées dues aux effets protecteurs substantiels de l'allaitement sur l'otite moyenne, la diarrhée, l'entérocolite nécrosante et la pneumonie (Victora et al., 2016). En dépit du fait qu'il soit difficile de quantifier les avantages en termes de coûts pour la santé publique de l'allaitement au sein, il est à supposer que l'alimentation artificielle coûte des millions de dollars par année au système de santé québécois (MSSS, 2011). L'intervention considérée comme l'un des moyens les moins coûteux afin de préserver la santé mondiale est l'allaitement maternel (OMS, 2003). Par conséquent, les résultats associés en matière d'équilibre physique, psychique, social et moral pour les mères et les enfants produisent des populations en meilleure santé qui utilisent moins de ressources matérielles, humaines et également environnementales.

Le coût environnemental est incontestablement atteint négativement par les faibles taux d'allaitement. Vu l'actuelle urgence climatique, il est évident que les prochaines générations exigent que nous agissions rapidement pour réduire l'empreinte carbone<sup>3</sup> à tous les niveaux (Joffe, Webster et Shenker, 2019). Joffe, Webster et Shenker (2019) ont émis un éditorial alarmant rappelant à tous que les PCN devraient être une préoccupation mondiale. La production

---

<sup>3</sup> L'empreinte carbone représente la somme des gaz à effet de serre (GES) émis tout au long du cycle de vie d'un produit (WRI et WBCSD, 2011).

et la consommation des PCN sont une source de pollution (Jianyi, Yuanchao, Shenghui, Jiefeng et Lilai, 2015; Karlsson, Garnett, Rollins et Rööös, 2019), alors que l'allaitement au sein utilise peu de ressources et produit un minimum de déchets (Jianyi et al., 2015; Karlsson et al., 2019; MSSS, 2011).

Compte tenu de la spécificité du lait maternel pour les besoins du nouveau-né, les croyances populaires que les différences entre les PCN et le lait maternel sont minimes et que leur valeur nutritionnelle est équivalente sont alors sujettes au questionnement. D'ailleurs, les PCN ne détiennent pas la propriété du lait maternel de varier selon l'intensité des boires (fréquence et durée des tétées), l'âge gestationnel de l'enfant, le stade de lactation de la mère et leurs caractéristiques individuelles (Ballard et Morrow, 2013; Kent et al., 2006). Considérant les bienfaits de l'allaitement, il y a lieu de se questionner sur les raisons justifiant l'interruption hâtive de l'allaitement exclusif et des écarts majeurs au niveau mondial quant aux recommandations de l'OMS (2003) en matière d'allaitement.

## **Les difficultés d'allaitement vécues par les mères allaitantes**

Bien qu'on décrive couramment l'allaitement comme étant un geste naturel (Williamson, Leeming, Lyttle et Johnson, 2012), cette pratique maternelle est souvent perçue comme difficile pour les mères qui rencontrent des défis d'allaitement, et ce, dès les premiers jours (Phillips, 2011; Wagner, Chantry, Dewey et Nommsen-Rivers, 2013). Les mères éprouvant des difficultés à allaiter expriment couramment le sentiment d'être mal préparées à initier l'allaitement ainsi qu'à surmonter les obstacles dans le but de maintenir leur allaitement (Kelleher, 2006; Phillips, 2011).

**Difficultés rencontrées.** Les principales problématiques d'allaitement rencontrées sont la perception d'insuffisance de lait, des difficultés à appliquer les techniques d'allaitement (ex. : positionnement et la prise au sein) et la présence de douleurs aux mamelons (Feenstra, Jørgine Kirkeby, Thygesen, Danbjørg et Kronborg, 2018; Statistique Canada, 2014; Teich, Barnett et Bonuck, 2014). Wagner et al. (2013) ont constaté que ces difficultés se déclenchent généralement entre le 3<sup>e</sup> et 14<sup>e</sup> jour après la naissance se poursuivant jusqu'à environ 30 jours. En dépit que ces préoccupations d'allaitement soient variables et complexes pour chaque mère,

on observe une tendance à ressentir les mêmes inquiétudes : 44% des mères canadiennes disent avoir sevré leur enfant avant six mois, puisqu'elles n'avaient pas suffisamment de lait maternel, et 18% ont cité les difficultés à appliquer les techniques d'allaitement comme raison pour l'arrêt précoce (Statistique Canada, 2014). Les auteurs d'une revue systématique Cochrane rapportent que l'incidence déclarée de la présence de douleur et de traumatismes aux mamelons varie entre 34% et 96% des femmes qui allaitent (Dennis, Jackson et Watson, 2014). Ces problématiques d'allaitement sont d'ailleurs intrinsèquement liées : une réduction de la fréquence et durée des mises au sein, sous l'effet des difficultés à appliquer les techniques d'allaitement et à la présence de douleur, entraîne alors une baisse de la production lactée (Galipeau, 2011). Alors que moins de 5% des femmes détiennent une incapacité pathophysiologique maternelle à produire du lait ou suffisamment de lait (Neifert et Bunik, 2013; Neifert, Seacat, Jobe et Neifert, 1985), ces problématiques d'allaitement relèvent plutôt des pratiques qui contreviennent au processus physiologique de la lactation (Galipeau, 2011). Or, l'un des moyens préconisés pour rassurer les mères concernant leur allaitement est l'objectivation visuelle de l'intégralité d'une séance d'allaitement, et ce, par le professionnel de la santé (Campbell, Lauwers, Mannel et Spencer, 2019). Le tableau 1, conçu par l'étudiante-chercheuse, présente certaines composantes du processus d'allaitement devant être objectivé, soit le transfert de lait maternel, le positionnement et la prise au sein ainsi que l'approvisionnement en lait maternel.

Tableau 1. – Éléments d'évaluation d'une séance d'allaitement et les impacts associés

Éléments d'évaluation	Description	Problématiques et causes potentiellement associées
<b>Transfert de lait maternel</b>	La stimulation mammaire via la <b>succion</b> du nourrisson influence le réflexe d'éjection du lait et la qualité du <b>schéma de succion-déglutition</b> influence la capacité de déglutition du nourrisson (Gercek et al., 2017; Tornese et al., 2012). Le <b>transfert efficace</b> du lait dépend alors de la dyade d'allaitement.	Une anomalie dans le schéma de succion-déglutition coordonné chez le nourrisson indique une <b>réduction de l'efficacité du transfert du lait maternel</b> . Principalement associé à un <b>positionnement, une prise au sein ou un approvisionnement inadéquat</b> en lait maternel.
<b>Positionnement et la prise au sein</b>	Une <b>séance d'allaitement complète</b> doit être observée et évaluée pour déterminer la <b>qualité du positionnement au sein</b> , y compris le <b>niveau de confort</b> de la mère allaitante (Gercek et al., 2017; Tornese et al., 2012).	Éléments associés à un allaitement réussi (Gercek et al., 2017; Tornese et al., 2012). Un <b>positionnement</b> ou une <b>prise inadéquate</b> au sein peuvent avoir un impact négatif sur le transfert du lait ainsi que l'intensité des allaitements.

<b>Approvisionnement en lait maternel</b>	Le type d'allaitement doit être évalué afin de déterminer la production de lait maternel et de répondre à toute <b>perception d'insuffisance</b> de lait (y compris l'apport de colostrum dans les premiers jours). La <b>fréquence et la durée illimitées des allaitements</b> doivent être soulignées pour soutenir l'établissement de la lactation (Mannion et al., 2012).	Les préoccupations concernant <b>l'insuffisance de production</b> de lait sont la cause la plus fréquente d'arrêt de l'allaitement au niveau mondial (Gercek et al., 2017; Mannion et al., 2012; Tornese et al., 2012). Une anomalie au niveau de la production du lait peut avoir un <b>impact sur le transfert du lait</b> .
---	---	--

La prévalence élevée des principales problématiques pendant les 30 premiers jours PP mène à l'introduction de PCN puis à l'arrêt précoce de l'allaitement (Jackson, Mantler et O'Keefe-McCarthy, 2019). Des études suggèrent que les principaux obstacles pour surmonter ces défis d'allaitement sont un manque de connaissances et une compréhension insuffisante du processus de lactation par les femmes allaitantes, ainsi qu'une défaillance au niveau de la qualité du soutien offert par les professionnels de la santé (Britton, McCormick, Renfrew, Wade et King, 2007; Wagner et al., 2013). En effet, offrir un soutien en allaitement lors de la période PP accroît les chances pour la dyade mère-enfant, caractérisée par l'unité de deux personnes composée d'une mère allaitante et de son nourrisson allaité de moins de 12 mois (Campbell et al., 2019), d'atteindre son objectif d'allaitement.

**Objectif d'allaitement.** L'intention d'allaitement, couramment nommé l'objectif d'allaitement, est « la durée pendant laquelle une mère prévoit allaiter son nourrisson » [traduction libre] (DiGirolamo, Thompson, Martorell, Fein et Grummer-Strawn, 2005, p.212). Bien qu'il soit généralement établi en prénatal, l'objectif d'allaitement est en constante évolution et est influencé par la perception de la mère envers ses compétences d'allaitement (Dennis, 1999). L'objectif personnel d'allaitement peut être établi de façon indépendante par la mère ou à l'aide d'un professionnel de la santé (*International Board Certified Lactation Consultant* [IBCLC], obstétricien, pédiatre, infirmière, etc.). Une mère qui établit son objectif d'allaitement choisit les modalités de celui-ci, telles que la durée et la méthode (exclusive, mixte, tire-allaitement<sup>4</sup>, etc.).

---

<sup>4</sup> Le tire-allaitement représente une méthode où la mère, au moyen d'un tire-lait, exprime son lait maternel pour ensuite l'offrir à son enfant par un autre moyen que le transfert de lait au sein, par exemple via un biberon (Campbell et al., 2019).

À titre d'exemple, une mère peut décider que son objectif personnel d'allaitement est de poursuivre celui-ci six mois exclusivement. Campbell et al. (2019), corroborés par *International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE)*, est d'avis qu'il est favorable de déterminer l'objectif d'allaitement avec la mère afin que celle-ci puisse constater l'évolution de ses compétences contribuant positivement à son expérience d'allaitement.

Les mères allaitantes perçoivent le soutien précoce des professionnels de la santé comme un aspect important de leur expérience d'allaitement (Phillips, 2011). Au même titre que n'importe quelle nouvelle compétence à développer, cela peut prendre du temps, et les mères désireuses de poursuivre leur allaitement à long terme dépendent souvent des agents de santé pour obtenir des conseils, de l'enseignement et un soutien appropriés (Harari et al., 2018; Lavoie et Dumitru, 2011).

## **Soutien à l'allaitement**

Les soins postnataux consistent généralement en un ou plusieurs contacts avec un professionnel de la santé en mesure d'effectuer une évaluation portant, par exemple, sur la douleur et l'hygiène périnéale, le bien-être maternel et infantile, le soutien social de la famille ainsi que l'expérience au regard à l'allaitement (NICE, 2015). Cette visite a notamment pour but de favoriser l'augmentation de la proportion de mères qui allaitent exclusivement leur enfant (INSPQ, 2016). Pour ce faire, l'allaitement nécessite une évaluation, de l'enseignement et du soutien par le professionnel en santé effectuant ce premier contact au retour à domicile. Cette visite à domicile se déroulant environ dans les 72 heures suivant le congé hospitalier est principalement effectuée par une infirmière (Thomas et Hildingsson, 2019). Une évaluation précoce par une infirmière après la sortie du lieu de naissance permet de soutenir l'allaitement au-delà des premiers jours à mesure que la production de lait augmente (Registered Nurses Association of Ontario Guidelines [RNAO], 2018). Les modalités des visites, telles que la modalité d'intervention employée, la fréquence, la durée et le moment des visites à domicile durant la période postnatale, sont déterminés selon les besoins locaux ainsi que les ressources disponibles après le congé hospitalier.

**Rôle de l’infirmière en soutien à l’allaitement.** Bien que d’autres professionnels gravitent autour de la dyade d’allaitement et que le soutien soit un effort interdisciplinaire, l’infirmière en milieu communautaire est généralement la première intervenante à effectuer une évaluation de l’allaitement maternel au début de la période post-partum, au retour à domicile (OIIQ, 2015; RNAO, 2018). S'appuyant sur ses connaissances scientifiques, ces aptitudes et le jugement nécessaire pour soutenir les familles dans leur parcours d’allaitement, l’infirmière les accompagne dans la prise de décisions libres et éclairées concernant l’alimentation du nourrisson. Elle procède donc à une évaluation exhaustive relative à l’allaitement de la mère et son nouveau-né afin de faciliter l’élaboration d'un plan d’intervention au besoin. Le professionnel en soins infirmiers s’assure d’objectiver les trois composantes primordiales discutées ci-dessus: le transfert de lait maternel, le positionnement et la prise au sein et l’approvisionnement en lait maternel (Gercek et al., 2017; Tornese et al., 2012). L’infirmière est alors en mesure de signaler la présence de problématiques d’allaitement qui, en l'absence d’une intervention ciblée, pourrait entraîner un arrêt précoce de l’allaitement maternel. Le rôle de l’infirmière repose donc sur l’éducation des principes de base de l’allaitement, de la prévention et la prise en charge des problèmes potentiels ainsi que du soutien à l’expérience et au parcours d’allaitement de la famille (NICE, 2015; RNAO, 2018).

**Modalité de soutien.** Le soutien face-à-face ou le soutien à distance sont deux modes d’interventions présentement utilisés afin d’offrir du soutien en allaitement (Institut National de Santé Publique, 2016). Le soutien face à face, consistant à établir et maintenir le contact avec la mère en la rencontrant en personne, représente l’intervention la plus souvent employée par les divers programmes de suivi postnatal au niveau mondial. Il est couramment combiné à une autre forme de stratégie, telle que du soutien éducatif en période pré ou postnatale, du soutien par les pairs, des visites postnatales à domicile, etc. (Aksu, Küçük et Düzgün, 2011; Bonuck et al., 2014). Bien qu’on observe des retombées positives du contact face à face quant à l’initiation, l’exclusivité et l’intensité de l’allaitement (McFadden et al., 2017), ce type de soutien en personne est plus difficile à fournir sur le plan logistique et économique pour les institutions qu’un soutien à distance (Forster et al., 2016; Fu et al., 2014).

En effet, plusieurs contraintes réduisent l'efficacité du soutien face à face pour l'allaitement : le manque de ressources financières, la pénurie ou le manque de disponibilité de certains professionnels et des discordances notables d'une région géographique à l'autre entre les soins usuels qui devraient être donnés et les soins offerts dans la pratique clinique existante (Forster et al., 2016; INSPQ, 2016). À ces contraintes s'ajoute désormais la distanciation physique due à la pandémie de coronavirus (COVID-19). Les divers établissements de santé ont dû rapidement mettre en place des services de télésanté dans l'intention de poursuivre les suivis postnataux auprès des femmes allaitantes à la suite du congé hospitalier (Gouvernement du Québec, 2020b).

Diverses technologies électroniques permettent de rendre accessibles de façon sécuritaire des services cliniques aux patients à distance à l'aide de technologies de l'information et de la communication (Gouvernement du Québec, 2014) : assistance téléphonique (Gallegos, Cromack et Thorpe, 2018), vidéoconférence (Friesen et al., 2015), intervention éducative basée sur le réseau mondial (Web) (Lewin et O'Connor, 2012), système d'échange de messages (Harari et al., 2018), groupe d'entraide via des réseaux sociaux (McCann et McCulloch, 2012), communauté d'entraide virtuelle (Cowie, Hill et Robinson, 2011), application Web (Demirci et Bogen, 2017), etc. Une méta-analyse publiée en 2016 menée par Lau, Htun, Tam et Klainin-Yobas met en évidence que les technologies électroniques amélioreraient de manière significative l'initiation et la poursuite de l'allaitement exclusif à quatre et six semaines, l'attitude positive et les connaissances générales envers cette pratique maternelle.

Au courant des dernières années, le soutien téléphonique a été une modalité d'intervention couramment utilisée lorsqu'une visite à domicile n'était pas possible (INSPQ, 2016). Le caractère soudain de la situation pandémique a amené les organismes gouvernementaux à promouvoir ce vecteur de communication comme moyen unique par souci de garantir des soins PP optimaux. Pourtant, les preuves scientifiques actuelles sont insuffisantes pour recommander seulement ce type de soutien afin d'assurer les services périnataux auprès des femmes (Brockway et al., 2017; Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2014; Dennis et Kingston, 2008; Institut National de Santé Publique, 2016; Lavender et al., 2013). L'OMS en collaboration avec l'UNICEF (2009) ainsi que le CFESS (2014) suggèrent qu'un appel téléphonique

peut représenter une alternative à la visite à domicile uniquement si les femmes ont un faible risque de développer des difficultés d'allaitement (Demirci et Bogen, 2017). Un désavantage notable du soutien téléphonique en contexte d'allaitement est qu'il ne permet pas une évaluation visuelle physique complète (Ström, Marklund et Hildingh, 2006). Les recommandations de l'OMS (2013) et du NICE (2015) concernant les soins postnataux optimaux conseillent une évaluation complète à chaque contact postnatal pour la mère et l'enfant au sujet de l'allaitement, notamment quant aux progrès ou aux difficultés associées. En cas de difficulté, il est donc impératif que le professionnel de la santé puisse faire l'évaluation objective du déroulement intégral d'une séance d'allaitement, et ce, conformément aux éléments d'évaluation spécifiques présentés au tableau 1 (ex. : schéma de succion-déglutition coordonné du nourrisson, le transfert de lait, etc. ; RNAO, 2018; Rigourd et al., 2019).

L'évaluation visuelle et sur une période couvrant l'intégralité d'une séance d'allaitement est un aspect primordial du soutien à l'allaitement exclusif (RNAO, 2018). Une évaluation exhaustive permet au professionnel de la santé d'analyser et interpréter les données avec discernement et d'établir les constats de son évaluation (Letourneau, 2017), dans l'intention d'orienter adéquatement les soins pour la mère allaitante, lui offrir des conseils ainsi que les traitements appropriés. L'utilisation de la vidéoconférence pourrait alors remédier à l'inconvénient prééminent du soutien téléphonique concernant l'impossibilité de procéder à une évaluation visuelle de la dyade.

Dans le contexte pandémique actuelle, la vidéoconférence à domicile permet alors d'éduquer, de soutenir et d'accompagner les mères selon leur objectif d'allaitement poursuivi (Lau et al., 2016) tout en respectant les contraintes de distanciation physique. Un service de santé par vidéoconférence offert par un professionnel à domicile permet en outre d'accroître l'accessibilité géographique et temporelle aux soins, d'offrir des soins en continu au temps opportun (Centre hospitalier universitaire de Montréal, 2014), ainsi que de favoriser la participation et l'autonomie des mères (Macnab, Rojjanasrirat et Sanders, 2012).

En bref, les problématiques d'allaitement chez les mères ne sont généralement pas résolues dès les premiers jours PP, ce qui entraîne promptement une baisse de l'exclusivité ainsi qu'un arrêt précoce de l'allaitement (Chantry, 2011). Les femmes allaitantes ont besoin de

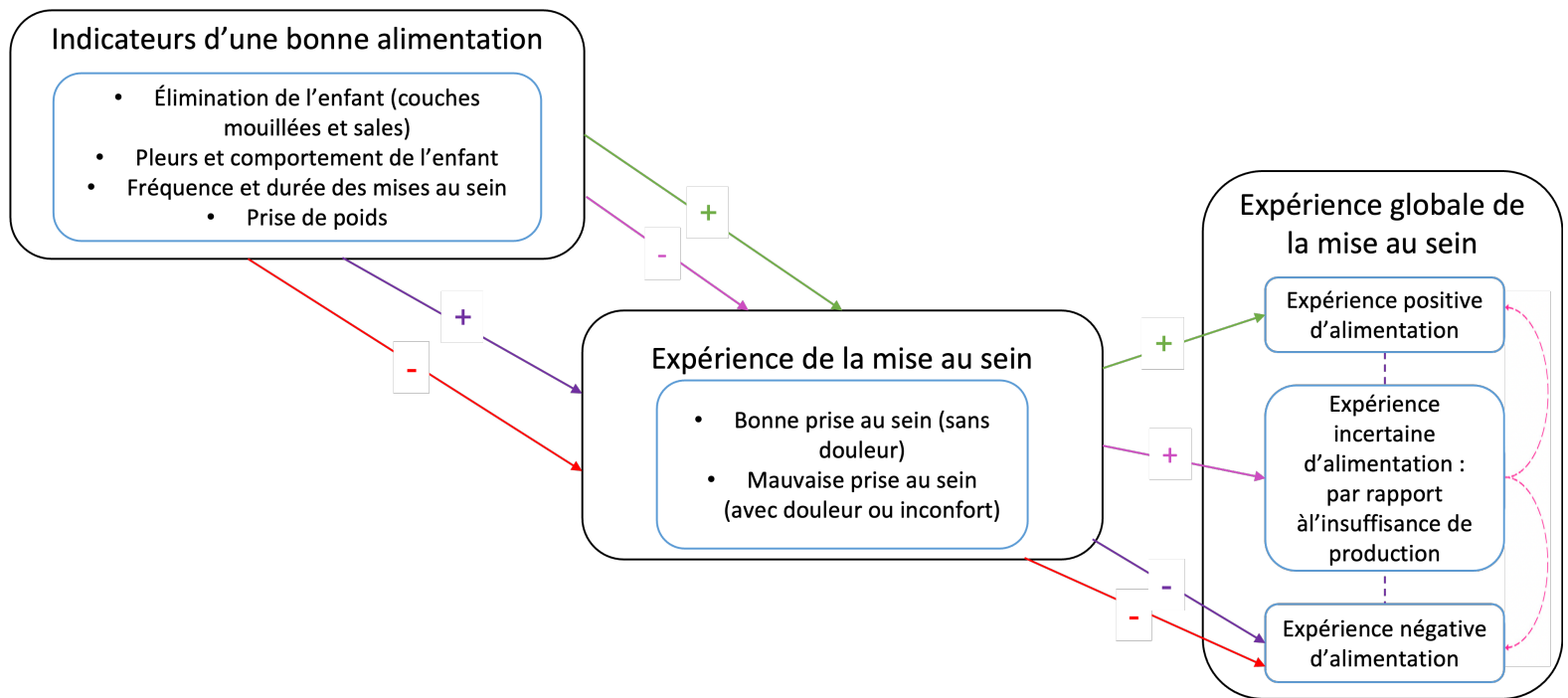


connaissances adéquates, de soutien et d'encouragement pour atteindre leur objectif personnel d'allaitement (Davie et al., 2020; Schmied, Beake, Sheehan, McCourt et Dykes, 2011). Dans les Standards de pratique de l'infirmière offrant des soins de proximité en périnatalité, l'OIIQ stipule d'ailleurs que « l'allaitement maternel doit être une priorité pour les infirmières sur les plans de la promotion, de l'intervention, de l'éducation et du soutien » (OIIQ, 2015, p.39). Offrir un soutien optimal aux mères exige un changement dans la pratique infirmière actuelle lors des suivis postnataux à domicile. Comme mentionné précédemment, l'évaluation du transfert de lait maternel (indicateur d'une alimentation suffisante), de la prise au sein et du positionnement au moyen de la vidéoconférence permet une évaluation objective des potentiels problématiques (Davie et al., 2020; Mulder, 2006; RNAO, 2018). En évaluant tôt et sur une période prolongée le parcours d'allaitement des femmes, l'infirmière est en mesure de cibler l'information pertinente et d'offrir un soutien adapté en allaitement. Ce faisant, la mère ne se voit pas contrainte à arrêter son allaitement de manière hâtive en raison d'un manque de soutien, de la présence de douleur persistante ou de perceptions négatives erronées, comme une perception d'insuffisance de lait. Le cadre théorique ci-dessous fournit des indicateurs essentiels afin d'évaluer les perceptions des femmes sur leur allaitement.

## **Cadre théorique**

À l'aide d'une méthodologie qualitative de théorisation ancrée, Davie et al. (2020) ont examiné les indicateurs clés de l'expérience d'allaitement vécue par des mères exerçant une influence sur leur parcours d'allaitement. En effet, les auteurs désiraient générer une explication théorique au comportement d'allaiter des mères de nourrisson à terme et en bonne santé. À la suite d'entrevues semi-structurées en face à face auprès de douze femmes, les auteurs ont été en mesure de mettre en lumière trois thèmes qui déterminent si la mère percevra son parcours d'allaitement comme positif ou négatif : (1) la perception d'une « bonne alimentation » pour l'enfant et (2) l'expérience de la mise au sein et (3) l'expérience globale d'allaitement qui est influencée par les deux premiers thèmes. La figure 1 ci-dessous illustre la relation entre les thèmes (en noir) et les sous-catégories de ces thèmes (en bleu).

Figure 1. – Carte thématique de la théorisation ancrée de l'expérience d'allaitement  
 [traduction libre] (Davie et al., 2020)<sup>5</sup>



Comme illustré, l'expérience d'allaitement dépend tout d'abord de l'interprétation des indicateurs concernant l'alimentation suffisante du nouveau-né. Les mères se fient alors à l'élimination de l'enfant, les pleurs et le comportement de l'enfant, la fréquence et la durée des allaitements ainsi que la prise de poids afin de déterminer si l'enfant obtient une bonne alimentation. Ce premier thème affecte directement l'expérience de la mise au sein qui peut être perçue comme bonne s'il n'y a pas de douleur ressentie par la mère ou mauvaise si la mère ressent de la douleur ou de l'inconfort pendant les allaitements. Advenant que les deux premiers indicateurs soient perçus comme positifs par la mère, les auteurs constatent que celle-ci aura potentiellement une perception globale positive de son allaitement (Davie et al., 2020). À l'opposé, si la mère doute de la bonne alimentation de son nourrisson, mais que la prise au sein est adéquate, elle aura une expérience d'allaitement mitigée où la production de lait est remise en question. Pour finir, si elle possède une perception négative de la bonne alimentation ainsi

<sup>5</sup> Utilisation de la figure de Davie et al. (2020) avec la permission d'Elsevier et Copyright Clearance Center ([annexe C](#)).

que de sa mise au sein, elle conservera une perception négative de son expérience d'allaitement (Davie et al., 2020).

Selon ce cadre, seule une voie permet à la mère d'obtenir une expérience d'allaitement positive, soit lorsque la perception de l'alimentation est satisfaisante et qu'il y a une bonne prise au sein. Sachant que les facteurs affectant le plus l'arrêt de l'allaitement sont la présence de douleur lors de l'allaitement, les préoccupations concernant la production de lait et celles concernant les signes d'un apport suffisant chez le nourrisson (Chantry, 2011; Lavoie et Dumitru, 2011), offrir un soutien spécialisé précoce en allaitement devient alors primordial afin de réduire le risque de difficultés d'allaitement. Le cadre théorique de Davie et al. (2020) permet de mettre l'accent sur les éléments clés pour déterminer si l'expérience d'allaitement est positive; cette expérience positive influence alors l'exclusivité, l'intensité et, par conséquent, la durée de l'allaitement.

Une interprétation des résultats basée sur le cadre théorique de Davie et al. (2020) permettrait ainsi d'adapter l'évaluation objective des interventions par vidéoconférence de soutien à l'allaitement. Cette théorisation ancrée répond à la problématique énoncée ci-dessus, puisque l'objectivation des séances d'allaitement à l'aide de la vidéoconférence devient un élément central du soutien à l'allaitement optimal auprès des mères, et ce, selon leur expérience individuelle d'allaitement.

## **Chapitre 3 – Méthodologie de recherche**

Une synthèse rapide des preuves, communément appelée *Rapid Review* (RR), permet de fournir des informations opportunes et promptes à la prise de décision par rapport aux revues systématiques standards (Tricco et al., 2015). Lors de l'évaluation de technologie émergente en santé, il peut être judicieux d'utiliser cette méthode de synthèse en raison des nombreuses contraintes de temps et de ressources humaines, matérielles et financières (Kaltenthaler et al., 2016; Tricco et al., 2015). À dessein de générer rapidement des preuves quant au soutien à l'allaitement par vidéoconférence aux utilisateurs de connaissances, entre autres dû au contexte pandémique, cette méthode de synthèse est employée. La synthèse rapide des connaissances est présentée, et ce, basée sur les sept recommandations, décrites dans le tableau 2 ci-dessous, des directives méthodologiques soutenant la conduite de la RR mise de l'avant par Cochrane (Garritty et al., 2021).

Tableau 2. – Sept recommandations des directives méthodologiques soutenant la conduite d'une RR  
[traduction libre] (Garritty et al., 2021, p.17)

1) Définition de la question de recherche – raffinement du sujet
2) Définition des critères d'inclusion
3) Recherche des données probantes
4) Sélection des études pertinentes
5) Extraction des données
6) Évaluation du risque de biais
7) Synthèse

## Étape 1 - Définition de la question de recherche

La première étape, consistant à définir la question de recherche, a été réalisée préalablement dans la problématique. L'étape sept, concernant les autres considérations pour les RR Cochrane, n'a pas été réalisée dans son intégralité dans cadre de ce projet de recherche en raison des exigences et délai de temps pour l'obtention du grade de maîtrise. En effet, il n'a pas été envisagé de soumettre la RR à Cochrane.

Lors de la réalisation de la RR, chaque modification a été documentée et l'utilisation du logiciel Covidence en ligne a été utilisée pour schématiser le processus itératif et faciliter le travail

d'équipe tel que suggéré par (Garritty et al., 2021). L'équipe qui a réalisé cette RR est premièrement composée d'une étudiante chercheuse (AB) infirmière clinicienne, candidate au grade de maîtrise et certifiée IBCLC depuis 2020 par l'IBLCE. Les étapes nécessitant seulement un réviseur ont été réalisées par l'étudiante-chercheuse : filtrer les résumés des articles initialement extraits des bases de données, extraire les données primitives à l'aide d'un formulaire uniformisé et évaluer les risques de biais des articles. La directrice de maîtrise (MH) et la co-directrice de maîtrise (CC) de l'étudiante-chercheuse ont été respectivement la deuxième et troisième réviseuse lorsque nécessaire.

## Étape 2 - Définition des critères d'éligibilité

Les critères d'éligibilité reflètent la question PICR préalablement établie. Cela a permis une définition claire de la population concernée (P), de l'intervention à considérer (I), les éléments comparatifs (C) ainsi que les résultats étudiés (R; Garritty et al., 2021). Les critères d'éligibilité sont illustrés au tableau 3, en plus des critères généraux, tels que l'année de publication et la langue.

Tableau 3. – Critères d'éligibilité selon le modèle PICR

Critères PICR	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<b>Population concernée</b>	Primipare ou multipare Grossesse unique Nouveau-né à terme Milieu de l'étude : au retour à domicile	Grossesse multiple Nouveau-né prématuré Milieu de l'étude : en milieu hospitalier
<b>Intervention à considérer</b>	Soutien à l'allaitement par vidéoconférence en temps réel du domicile vers un seul site distant. Interventions réalisées par un professionnel formé en allaitement : infirmière, sage-femme ou IBCLC certifiée.	Tout autre type d'intervention. Ex. : Applications Web Intervention asynchrone Intervention par messagerie texte Intervention de groupe (plusieurs sites distants)
<b>Éléments comparatifs</b>	Offre de service des soins usuels en présence au retour à domicile.	Tout autre type d'intervention de comparaison ne correspondant pas à des soins en présence ou par téléphone.

	Offre de service des soins par téléphone au retour à domicile.	
<b>Résultats étudiés</b>	<p><b>Résultats correspondant aux composantes de l'expérience d'allaitement défini par Davie et al. (2020) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perception quant à l'alimentation suffisante du nouveau-né (l'élimination de l'enfant, les pleurs et le comportement de l'enfant, la fréquence et la durée des allaitements et la prise de poids).</li> <li>2. Expérience de la mise au sein (la présence ou non de douleur ou d'inconfort).</li> <li>3. Expérience globale d'allaitement (positive, mitigée, négative).</li> </ol> <p><b>Résultats correspondant aux composantes de l'allaitement :</b> exclusivité, intensité ou durée de l'allaitement.</p>	Tout autre résultat ne correspondant pas aux composantes de l'expérience de l'allaitement du modèle de Davie et al. (2020) ainsi qu'aux composantes de l'allaitement.
<b>Autres</b>	<p>Année : 10 dernières années Langue : français et anglais Devis de recherche : lignes directrices, revue systématique, essai contrôlé randomisé, étude de cohorte.</p>	<p>Année : Plus de 10 ans Langue : autre que français et anglais Devis de recherche: étude non expérimentale, opinions d'experts, résumé de conférence, littérature grise.</p>

Initialement, tous types de devis de recherche répondant aux critères d'éligibilité ont été considérés. Ne comportant pas d'élément comparateur, les devis d'étude tels que des études non expérimentales, des opinions d'experts, des résumés de conférence ou de la littérature grise étaient exclus d'entrée de jeu. Les études incluses concernent donc les interventions de vidéoconférence se déroulant en PP au retour à domicile et offrant un soutien en allaitement aux primipares ou multipares d'une grossesse unique ayant donné naissance à un nouveau-né à terme. Les études incluant des participantes de tous âges, de toutes origines ethniques, de toutes professions et de tout statut socioéconomique ont été incluses. La date de publication était limitée à 10 ans d'un point de vue pratique pour l'obtention d'une large étendue d'articles et ainsi, éviter d'omettre des études pouvant s'avérer pertinentes (Garritty et al., 2021). Toutefois, il a été important de déterminer si la technologie utilisée était équivalente à la qualité de la vidéoconférence d'aujourd'hui en s'appuyant sur l'année de publication et à la description

réalisée par les auteurs. Pour finir, une approche par étapes a été utilisée pour l'inclusion du niveau preuves des articles. C'est-à-dire que lors de l'étape trois, tout type d'article de moins de 10 ans correspondant aux critères d'inclusions était considéré. Cependant, l'accent était mis sur des études de plus haut niveau de preuve à la quatrième étape afin de rationaliser les meilleures données disponibles et ainsi, émettre des recommandations basées sur les résultats probants.

### Étape 3 - Recherche de données probantes

Une stratégie de recherche documentaire a été réalisée afin de recenser des documents et articles en lien avec le sujet de recherche. Cette stratégie a permis de préciser et d'approfondir le sujet du soutien à l'allaitement par vidéoconférence. Aux fins de recenser les écrits scientifiques reliés spécifiquement aux interventions de soutien par vidéoconférence à l'allaitement, différentes bases de données ont été employées : CINAHL, PubMed, Cochrane Library, Global Health ainsi que la plateforme Ovid pour Medline et Embase. La recherche initiale employant des mots-clés précisément en lien avec la vidéoconférence a apporté très peu de résultats, puisque cela engendrait une précision excessive dans la stratégie de recherche. En plus de démontrer le manque d'études sur le sujet, le risque est alors d'afficher constamment les mêmes résultats déjà inclus dans une autre recherche. Il est à noter que le terme vidéoconférence peut différer selon l'auteur. Il a donc été nécessaire d'utiliser un éventail de mots-clés pour ce concept (ex. : *telemedicine, remote consultation, tele, video, telelactation*), dans la mesure où il y a une ambiguïté dans l'utilisation du terme.

Une recherche par descripteurs ainsi que par mots-clés a été réalisée. Les composantes identifiées avec le PICR ont été utilisées comme base pour définir les mots-clés de la recherche. À titre d'exemple, les mots-clés employés sont: *nurse, nursing, lactation, breastfeeding, telelactation*. Ces derniers ont été utilisés seuls ou en combinaison grâce au marqueur booléen AND entre les concepts et OR à l'intérieur d'un même concept. Seuls les articles en anglais et en français ont été retenus, et ceux ayant été rédigés dans les dix dernières années (2011-2021) ont été priorités. Ci-annexé à l'[annexe D](#) un exemple d'équation de recherche, et ce, à l'aide de



PubMed. La stratégie de recherche a été corroborée par Fannie Tremblay-Racine, bibliothécaire du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. Il est à noter qu'une mise à jour de la stratégie de recherche a été réalisée en janvier 2021, et ce, en raison de la situation inédite causée par la pandémie. Comme démontré sur l'échéancier, une dernière mise à jour a également été effectuée en avril 2021 à la suite du comité d'approbation afin d'assurer l'obtention des données probantes les plus récentes. Les articles obtenus ont été importés dans Covidence par AB afin de faciliter la sélection des articles ainsi que l'extraction des données pour les étapes subséquentes.

## **Étape 4 - Sélection des études pertinentes**

La sélection des études s'est déroulée en deux phases. La première phase a consisté en la sélection des articles grâce à la lecture des titres et résumés. Un premier exercice pilote a été réalisé à l'aide de 30 à 50 résumés d'articles pour tous les membres de l'équipe (AB, MH et CC) de sélection afin de calibrer et de tester le modèle d'extraction de données créé dans Covidence. Par la suite, deux réviseurs (AB et MH) ont fait la sélection des résumés, avec résolution des conflits. La seconde phase a consisté en la lecture intégrale des textes à l'aide d'un formulaire uniformisé pour tous les évaluateurs (AB, MH et CC). Un exercice pilote a été réalisé en premier lieu à l'aide de cinq à dix articles afin de calibrer et tester le formulaire. Par la suite, un réviseur (AB) a filtré les textes intégraux de tous les articles inclus et un deuxième réviseur a filtré ceux des articles exclus lors de cette deuxième phase (CC).

## **Étape 5 - Extraction des données**

Les informations recueillies lors de la lecture des études conservées ont été classées dans un tableau d'analyse réalisé à l'aide du modèle d'extraction de données créé dans Covidence. Garritty et al. (2021) sont d'avis qu'il importe d'extraire les données relatives aux caractéristiques des études et aux résultats des études, et ce, par seulement un réviseur (AB). Ce tableau d'échantillon d'extraction des données comprenait donc : référence complète de l'article, type de publication (ex. : synopsis de synthèse, étude simple, etc.), population concernée (ex. : mères

primipares ou multipares, population géographiquement éloignée, etc.), nombre et type d'études incluses (si indiqué, par exemple en cas d'une synopsis de synthèse), le type d'interventions mises en œuvre (ex. : modalités, durée, fréquence, contenu des rencontres, etc.) et les résultats pertinents pour répondre à la question de recherche. En effet, à la lumière du cadre théorique discuté ci-dessus, les résultats des études ayant un effet sur l'expérience d'allaitement vécue par les mères sont : 1) la perception des mères par rapport à la « bonne alimentation » de l'enfant (l'élimination de l'enfant, les pleurs et le comportement de l'enfant, la fréquence et la durée des allaitements et la prise de poids); (2) l'expérience des mères par rapport à la mise au sein et (3) l'expérience globale d'allaitement. Le but étant de constater les effets d'un soutien par vidéoconférence sur ces aspects de l'allaitement. De plus, étant donné qu'un parcours positif de ces trois indicateurs permet à la mère de poursuivre son objectif d'allaitement (Davie et al., 2020), des données telles que l'exclusivité, l'intensité et la durée de l'allaitement étaient également considérées. Afin de vérifier l'exactitude et l'exhaustivité des données extraites, un deuxième réviseur (MH et CC) a confirmé les données recueillies.

## Étape 6 - Évaluation du risque de biais

L'évaluation de la qualité méthodologique a été réalisée par un seul réviseur pour évaluer le risque de biais. L'outil à utiliser afin de faire cette évaluation de la qualité méthodologique dépendait du type de données (Garritty et al., 2021). L'outil choisi pour évaluer les lignes directrices est le AGREE II. Tandis que l'outil retenu pour évaluer les études était le *Critical Appraisals Skills Programme* (CASP) (CASP, 2008) puisqu'il propose une grille modifiée selon une variété de types d'articles.

Tableau 4. – Évaluation critique des outils par type de données probantes

Type de données probantes	Organisation	Lien direct
Résumés et lignes directrices	AGREE II : <a href="http://www.agreetrust.org">www.agreetrust.org</a>	Outil AGREE II (en anglais seulement) : <a href="http://www.agreetrust.org/agree-ii">www.agreetrust.org/agree-ii</a>

<b>Synthèses, revues systématiques et méta-analyses</b>	CASP: <a href="http://www.casp-uk.net">www.casp-uk.net</a>	Outil CASP (en anglais seulement) : <a href="https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Systematic-Review-Checklist-2018_fillable-form.pdf">https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Systematic-Review-Checklist-2018_fillable-form.pdf</a>
<b>Études simples (quantitatives et qualitatives)</b>	CASP: <a href="http://www.casp-uk.net">www.casp-uk.net</a>	Ensemble d'outils du CASP (en anglais seulement) : <a href="http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists">www.casp-uk.net/casp-tools-checklists</a>

## Étape 7 - Synthèse

À l'aide du modèle d'extraction de données, il a été possible de synthétiser les résultats pertinents des documents inclus répondant à la question de recherche. Cette étape a permis de répondre à la question : « Que disent les données probantes issues de la recherche sur le problème en question et quelles implications pour la pratique la recherche fournit-elle? » (Dobbins, 2017, p.18). Un résumé descriptif des études incluses permettait de constater les éléments de similitudes et ceux qui s'opposent entre les études. Les éléments discutés portent donc sur les effets des interventions de soutien en allaitement par vidéoconférence sur l'expérience d'allaitement vécue par des mères de nouveau-né à terme en comparaison à l'offre de service des soins usuels au retour à domicile. Les trois thèmes abordés dans le cadre théorique de Davie et al. (2020) ainsi les effets des interventions sur la durée, l'intensité et l'exclusivité de l'allaitement ont également fait partie des éléments discutés.

La mise en commun des résultats a permis l'interprétation des preuves collectives de manière narrative. Dans le contexte d'une RR, il a été important de limiter la synthèse de données à un ensemble minimal d'éléments de données requis. De ce fait, les caractéristiques des participants, de l'intervention, du comparateur utilisé ainsi que des résultats évalués ont été décrites de façon concise (Garritty et al., 2021).

## **Considérations éthiques**

Étant donné qu'il s'agit d'une RR, aucune approbation formelle en matière d'éthique n'a été nécessaire, ainsi qu'aucun consentement requis pour participer à l'étude. En effet, aucun sujet humain n'a été recruté pour la réalisation de cette RR.

## **Chapitre 4 – Résultats**

Ce chapitre présente les résultats sous forme d'un article intitulé « Effets d'un soutien par vidéoconférence sur l'expérience d'allaitement vécue par des mères de nouveau-né à terme : une revue rapide ». Cet article sera soumis à un journal spécialisé en allaitement, soit *l'International Breastfeeding Journal*, et présente le contexte, la méthode, les résultats ainsi que la discussion de la RR. Il a été rédigé selon les critères de la revue ([annexe E](#)). Les auteures de cet article sont Annie Boisvert, Marjolaine Héon et Chantal Caux.

## **Effets d'un soutien par vidéoconférence sur l'expérience d'allaitement vécue par des mères de nouveau-né à terme : une revue rapide**

Annie Boisvert, inf., Msc, IBCLC<sup>1,2</sup> (auteure de correspondance\*)

<sup>1</sup>Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

<sup>2</sup>Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine

\*courriel de correspondance: annie.boisvert.hsj@ssss.gouv.qc.ca

Marjolaine Héon, inf., Ph. D.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

<sup>3</sup>Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), Montréal, Québec, Canada

Chantal Caux, Ph. D.<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

<sup>4</sup>Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ), Montréal, Québec, Canada

## Résumé

**Problématique:** La pandémie à coronavirus (COVID-19) a imposé une vague de changements dans les soins traditionnels périnataux à dessein de soutenir et de protéger l'allaitement exclusif. Ces changements ont mis en lumière la vidéoconférence comme moyen d'assurer des soins en allaitement à distance, puisqu'elle permet une évaluation physique de la dyade d'allaitement. Or, aucune synthèse des écrits n'a été réalisée concernant l'effet des interventions par vidéoconférence quant à l'expérience d'allaitement vécue par des mères de nouveau-né à terme. Considérant l'utilisation précipitée des services de vidéoconférence pour le suivi des femmes en post-partum, il est opportun de déterminer rapidement comment les infirmières peuvent soutenir l'expérience d'allaitement de mères désirant allaiter en utilisant la vidéoconférence. **But:** Synthétiser les données probantes sur les effets du soutien à l'allaitement par vidéoconférence lors de la période post-partum à domicile sur l'expérience d'allaitement vécue par des mères de nouveau-né à terme. **Méthode:** Une recherche documentaire des publications en français et anglais de 2011 à 2021 a été réalisée dans les bases de données (CINAHL, PubMed, Cochrane, Ovid). Les critères d'inclusion ont limité la sélection à des études qui évaluent les effets d'une intervention post-partum de vidéoconférence en soutien à l'allaitement chez des mères de nouveau-né à terme, en comparaison avec des soins post-partum usuels en face à face. La méthode en sept recommandations d'examen rapide de Cochrane (2021) a été suivie afin de guider l'analyse des articles. **Résultats:** Six études comportant des interventions de vidéoconférence ont été recensées et une seule d'entre elles montre des résultats statistiquement significatifs sur l'intensité des allaitements. Toutefois, les effets sur l'exclusivité et la durée de l'allaitement d'une intervention de soutien à l'allaitement par vidéoconférence sont équivalents à l'offre de services des soins usuels au retour à domicile actuellement offert. **Conclusion:** Avant la réduction des contacts face à face lors des soins traditionnels post-partum, le soutien par vidéoconférence était peu utilisé par les prestataires de soins en soutien à l'allaitement. De futures études évaluant les effets de la vidéoconférence sur l'expérience globale vécue par la femme allaitante pourraient permettre d'engendrer de meilleurs résultats sur l'exclusivité, l'intensité et la durée de l'allaitement.



**Mots-clés :** Allaitement, Soutien à l'allaitement, Vidéoconférence, Intervention infirmière

## Contexte

Pendant les six premiers mois de vie des nourrissons nés à terme et en santé, l'allaitement exclusif est recommandé par de nombreuses sociétés d'expertise, telles que l'OMS et l'UNICEF (OMS et UNICEF, 2019). Une analyse des pratiques de l'allaitement exclusif réalisée dans 194 pays révèle que 41% des enfants de moins de six mois sont allaités exclusivement au sein (OMS et UNICEF, 2019). La cible collective visée pour les taux d'allaitement exclusif à six mois de vie est de 70% d'ici 2030 (OMS et UNICEF, 2019). À l'échelle mondiale, les taux d'allaitement demeurent donc inférieurs à ce qui est recommandé afin de promouvoir une santé optimale pour les femmes et leurs enfants (OMS, 2017; OMS et UNICEF, 2019).. L'OMS (2017) est d'ailleurs d'avis que l'absence d'un soutien par un professionnel en allaitement contribue de façon sous-jacente au faible taux mondial d'allaitement. Dans leur méta-analyse, McFadden et al. (2017) soutiennent que le soutien en allaitement privilégiant plus d'une intervention avec un professionnel a davantage le potentiel d'accroître significativement la durée et l'exclusivité de l'allaitement.

Alors qu'aucun pays au monde ne respecte entièrement les recommandations en matière d'allaitement maternel depuis les dix dernières années, la forte prévalence de l'arrêt précoce de l'allaitement laisse supposer que les interventions de divers professionnels de la santé pour l'enseignement et le soutien en allaitement maternel jusqu'à six mois après la naissance ne semblent pas permettre l'obtention de résultats optimaux (OMS et UNICEF, 2019). D'ailleurs, sous l'effet de la pandémie de maladie à COVID-19 qui a nécessité une réduction des contacts face à face lors des soins traditionnels postnataux, le soutien en présentiel est dorénavant de plus en plus difficile à fournir (Gouvernement du Québec, 2020b; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG] et The Royal College of Midwives [RCM], 2021). En effet, lors de la première vague de la pandémie de COVID-19, des changements ont été apportés en ce qui concerne la modalité des suivis face en face en PP dans le but de réduire le risque de transmission de ce virus (RCOG et RCM, 2021).

La majorité des services de périnatalité ont adopté des méthodes de consultation à distance qui sont alors devenues le moyen préconisé pour offrir du soutien en allaitement (RCOG et RCM, 2021). En effet, cette vague de changement a mis en lumière les services de vidéoconférence comme moyen d'assurer des soins en allaitement à distance. Déjà, en 2012, le soutien en allaitement par vidéoconférence était présenté comme une alternative novatrice et complémentaire aux pratiques déjà implantées pour soutenir l'allaitement exclusif (Rojjanasrirat, Nelson et Wambach, 2012). Friesen, Hormuth, Petersen et Babbitt (2015) sont d'avis que l'utilisation de la vidéoconférence pourrait potentiellement permettre d'offrir de l'éducation en allaitement ainsi qu'un soutien opportun aux mères allaitantes. En effet, il est possible de faire une évaluation de l'expérience complète de l'allaitement, soit par la visualisation de la mise au sein et du transfert de lait adéquat entre la mère et l'enfant.

Lors de l'évaluation postnatale, l'infirmière doit soutenir les parents dans l'adaptation de leur nouveau rôle, notamment en ce qui a trait à leur expérience au regard de l'allaitement (INSPQ, 2016; OIIQ, 2015). Ainsi, afin d'adapter le soutien qui leur est offert, il est primordial de comprendre l'expérience vécue des mères allaitantes, et ce, dès les premiers jours PP (Davie et al., 2020). L'expérience d'allaitement de la mère, définie à l'image du modèle élaboré par Davie et al. (2020), est constituée de (1) la perception d'une « bonne alimentation » pour l'enfant et (2) l'expérience de la mise au sein qui ensemble agissent directement sur (3) l'expérience globale d'allaitement. Par exemple, selon Davie et al. (2020), lorsque la mise au sein est perçue comme positive, la mère constatera que son nourrisson est alimenté adéquatement. Une visualisation objective des séances d'allaitement à l'aide de la vidéoconférence permet donc au professionnel de la santé de faire une évaluation complète de l'allaitement, soit par le transfert de lait maternel, le positionnement et la prise au sein ainsi que l'approvisionnement en lait maternel (RNAO, 2018). Il est alors possible de signaler la présence de problématiques d'allaitement pouvant entraîner un arrêt précoce de l'allaitement. Ce faisant, l'appréciation d'interventions permettant une expérience globale positive d'allaitement aura un impact tangible sur l'exclusivité, l'intensité et par conséquent la durée de l'allaitement. Le cadre théorique de Davie et al. (2020) a été utilisé afin d'interpréter les résultats des études incluses.

Dans la mesure où l'emploi rapide et inattendu des services de vidéoconférence est utilisé lors du suivi à distance des femmes en PP, le but de cette revue rapide est alors de synthétiser les données probantes sur les effets du soutien à l'allaitement par vidéoconférence lors de la période PP à domicile sur l'expérience d'allaitement vécue par des mères de nouveau-né à terme.

### **Question de recherche**

La stratégie préconisée pour construire la question de recherche s'inspire de la stratégie PICO développée par Santos, Pimenta et Nobre (2007). La version en français, le PICR, de ce modèle a donc permis l'élaboration de la question de recherche : quels sont les effets des interventions de soutien en allaitement par vidéoconférence (I) sur l'expérience d'allaitement vécue (R) par des mères de nouveau-né à terme (P) en comparaison à l'offre de service des soins usuels au retour à domicile (C)?

### **Méthode**

En comparaison aux revues systématiques standards, une revue rapide permet de générer des données opportunes et promptes à la prise de décision (Tricco et al., 2015). Cette méthode de synthèse est d'ailleurs couramment utilisée dans l'évaluation de technologie émergente en santé due aux nombreuses contraintes de temps et de ressources humaines, matérielles et financières (Kaltenthaler et al., 2016; Tricco et al., 2015). L'utilisation de la RR apparaît alors comme un outil efficace afin de fournir rapidement des preuves quant au soutien à l'allaitement par vidéoconférence aux utilisateurs de connaissances (Garritty et al., 2021). Une RR a donc été réalisée basée sur les directives méthodologiques mises de l'avant par Cochrane présentées dans le tableau 5 ci-dessous (Garritty et al., 2021).

Tableau 5. – Sept recommandations des directives méthodologiques [traduction libre] (Garritty et al., 2021, p.17)

1) Définition de la question de recherche – raffinement du sujet
2) Définition des critères d’inclusion
3) Recherche des données probantes
4) Sélection des études pertinentes
5) Extraction des données
6) Évaluation du risque de biais
7) Synthèse

## Sources d’informations

Afin de recenser les écrits scientifiques en lien avec les interventions de soutien par vidéoconférence à l’allaitement, différentes bases de données ont été privilégiées : CINAHL, PubMed, Cochrane Library, Global Health ainsi que la plateforme Ovid pour Medline et Embase. Les mots-clés employés étaient: *breastfeeding*, *breastfeeding support*, *videoconferencing*, *telelactation*, *nursing intervention*, *nurse*. Ces mots-clés ont été utilisés seuls ou en combinaison grâce au marqueur booléen AND entre les concepts et OR à l’intérieur d’un même concept. En outre, des recherches ont également été réalisées dans les références bibliographiques des études identifiées, des articles évalués par des pairs et Google Scholar. La stratégie a été corroborée par Fannie Tremblay-Racine, bibliothécaire du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, détentrice d'une formation avancée pour la recherche documentaire. Seuls les articles en anglais et en français ont été retenus, et ceux ayant été rédigés dans les dix dernières années (janvier 2019-juin 2021). Les articles obtenus ont été importés dans Covidence afin de faciliter la sélection des articles ainsi que l’extraction des données pour les étapes subséquentes.

## Sélection des études et extraction des données

Cette revue rapide couvre les études concernant les interventions de vidéoconférence soutenant l’allaitement chez des mères de nouveau-né à terme et en santé comparativement aux soins PP usuels. Les critères d’éligibilité reflètent la question PICR préalablement établie. Les études étaient exclues si la population concernait des grossesses multiples ou des nouveau-nés

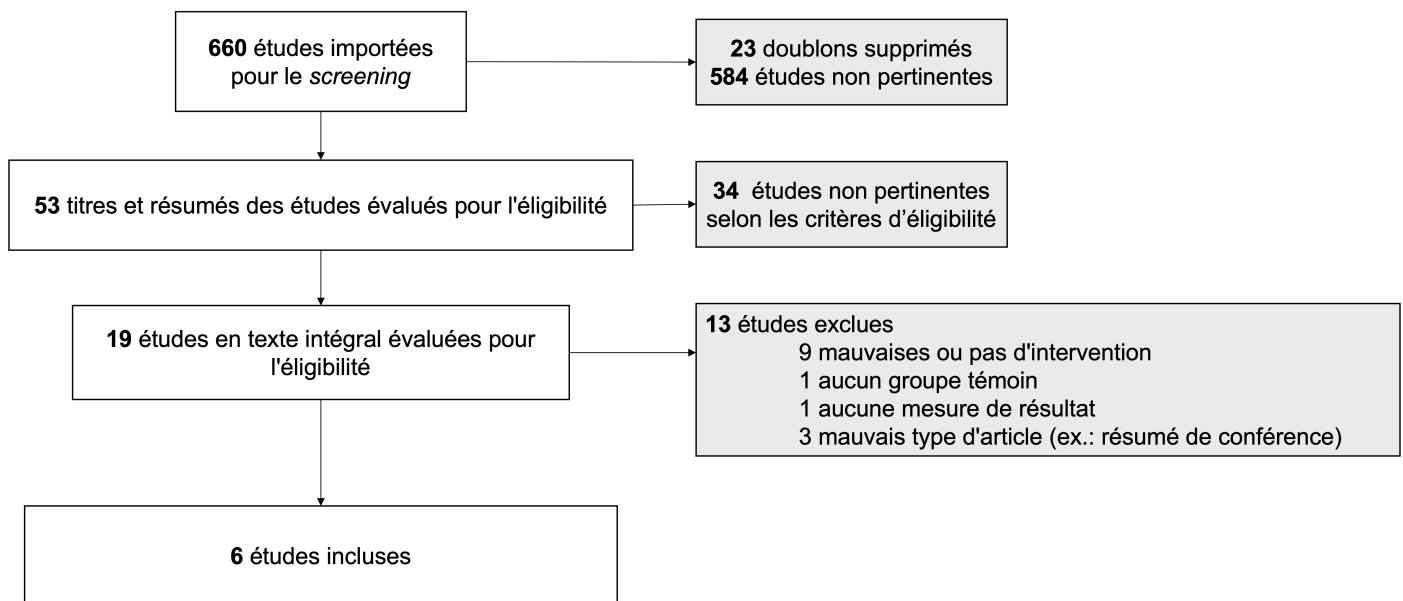
prématurés en raison du parcours d'allaitement qui diffère des grossesses uniques et à terme ainsi que des obstacles d'allaitement qui en découlent. Les critères d'éligibilité sont décrits au tableau 6, en plus des critères généraux tels que l'année de publication et la langue.

Tableau 6. – Critères d'éligibilité des études

Critères PICR	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<b>Population concernée</b>	Primipare ou multipare Grossesse unique Nouveau-né à terme Milieu de l'étude : au retour à domicile	Grossesse multiple Nouveau-né prématuré Milieu de l'étude : en milieu hospitalier
<b>Intervention à considérer</b>	Soutien à l'allaitement par vidéoconférence en temps réel du domicile vers un seul site distant. Interventions réalisées par un professionnel formé en allaitement : infirmière, sage-femme ou IBCLC certifiée.	Tout autre type d'intervention. Ex. : Applications Web Intervention asynchrone Intervention par messagerie texte Intervention de groupe (plusieurs sites distants)
<b>Éléments comparatifs</b>	Offre de service des soins usuels en présence au retour à domicile. Offre de service des soins par téléphone au retour à domicile.	Tout autre type d'intervention de comparaison ne correspondant pas à des soins en présence ou par téléphone.
<b>Résultats étudiés</b>	<b>Résultats correspondant aux composantes de l'expérience d'allaitement défini par Davie et al. (2020) :</b> 1. Perception quant à l'alimentation suffisante du nouveau-né (l'élimination de l'enfant, les pleurs et le comportement de l'enfant, la fréquence et la durée des allaitements et la prise de poids). 2. Expérience de la mise au sein (la présence ou non de douleur ou d'inconfort). 3. Expérience globale d'allaitement (positive, mitigée, négative).  <b>Résultats correspondant aux composantes de l'allaitement:</b> exclusivité, intensité ou durée de l'allaitement.	Tout autre résultat ne correspondant pas aux composantes de l'expérience de l'allaitement du modèle de Davie et al. (2020) ainsi qu'aux composantes de l'allaitement.
<b>Autres</b>	Année : 10 dernières années Langue : français et anglais Devis de recherche : lignes directrices, revue systématique, essai contrôlé randomisé, étude de cohorte.	Année : Plus de 10 ans Langue : autre que français et anglais Devis de recherche: étude non expérimentale, opinions d'experts, résumé de conférence, littérature grise.

Pour identifier les articles pertinents, les titres et résumés des articles récupérés ont été exportés vers *Mendeley* afin de filtrer les articles en double. La première auteure (AB) a effectué un repérage et ensuite importé dans *Covidence* les articles retenus. À l'origine, tous types de devis de recherche répondant aux critères d'éligibilité ont été considérés. Des devis d'étude tels que des études non expérimentales, des opinions d'experts, des résumés de conférence ou de la littérature grise étaient exclus puisqu'ils ne comportent pas d'élément comparateur. La première auteure (AB) et les coauteurs (MH et CC) ont effectué la sélection selon les titres et résumés identifiés. Les articles jugés pertinents par leur titre et leur résumé ont été soumis à un examen du texte intégral selon les critères d'inclusion (figure 2). Les divergences ont donc été résolues (AB, MH et CC) par la discussion et les articles ont été inclus après un consensus.

Figure 2. – Phases de sélection des études



Puis, tel que proposé par la méthodologie de Garritty et al. (2021), l'extraction des données a été réalisée par l'auteure principale de cet article (AB) à l'aide d'un formulaire prédéfini d'extraction de données (voir tableau 9. Formulaire d'extraction des données). Garritty et al. (2021) recommande une extraction des données synthétisées à l'aide d'une description concise

de la population, des caractéristiques des interventions, des éléments de comparaison ainsi que des résultats considérés pertinents pour l'étude. Ces données ont donc été extraites à l'aide du formulaire et confirmées par les deux coauteurs (MH et CC).

## Analyse de la qualité

L'outil Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (CASP, 2008) a été utilisé pour analyser la qualité des études de type primaire et des revues systématiques. Le CASP est une approche reposant sur une évaluation des limites méthodologiques, de la pertinence, de la cohérence et de l'adéquation des données pour le contexte local (CASP, 2008). Le tableau 7 présente les différentes sections et critères pour les essais contrôlés randomisés et le tableau 8 pour les revues systématiques (CASP, 2008)<sup>6</sup>.

Tableau 7. – Outil CASP : Critères d'évaluation de la qualité des essais contrôlés randomisés (CASP, 2008) [traduction libre]

Sections	Liste pour des essais contrôlés randomisés
<b>Section A. La conception de base de l'étude est-elle valable pour un essai contrôlé randomisé ?</b>	L'étude a-t-elle abordé une question de recherche clairement ciblée?
	La distribution des participants aux interventions a-t-elle été randomisée ?
	Tous les participants qui sont inclus dans l'étude ont-ils été pris en compte pour les résultats?
<b>Section B. L'étude était-elle méthodologiquement solide?</b>	Les participants étaient-ils soumis à un processus à l'insu lors de l'intervention qui leur a été donnée ?
	Les chercheurs étaient-ils soumis à un processus à l'insu à l'intervention qu'ils donnaient aux participants?
	Les personnes évaluant/analysant le(s) résultat(s) étaient-elles soumises à un processus à l'insu?
	Les groupes d'étude étaient-ils similaires qu'au début de l'essai contrôlé randomisé (caractéristiques de base de chaque groupe d'étude)?
<b>Section C. Quels sont les résultats ?</b>	En dehors de l'intervention expérimentale, chaque groupe d'étude a-t-il reçu le même niveau de soins (c'est-à-dire, ont-ils été traités de manière égale) ?
	Les effets de l'intervention ont-ils été rapportés de manière exhaustive?
	La précision de l'estimation de l'effet de l'intervention ou du traitement a-t-elle été rapportée ?
	Les avantages de l'intervention expérimentale l'emportent-ils sur les inconvénients et les coûts ?

<sup>6</sup> Utilisation à des fins non commerciales des grilles pour les essais contrôlés randomisés et pour les revues systématiques (CASP, 2019) avec la permission du *Critical Appraisal Skills Programme*.

<b>Section D. Les résultats seront-ils utiles localement ?</b>	Les résultats peuvent-ils être appliqués à votre population locale/dans votre contexte ?
	L'intervention expérimentale apporterait-elle une plus grande valeur aux personnes dont vous vous occupez que n'importe laquelle des interventions existantes ?

Tableau 8. – Outil CASP : Critères d'évaluation de la qualité des revues systématiques (CASP, 2008)

[traduction libre]

<b>Sections</b>	<b>Liste pour les revues systématiques</b>
<b>Section A. Les résultats de l'étude sont-ils valables ?</b>	La revue systématique a-t-elle abordé une question de recherche clairement ciblée?
	Les auteurs ont-ils recherché le bon type d'articles?
	Pensez-vous que toutes les études importantes et pertinentes ont été incluses ?
	Les auteurs de la revue ont-ils fait suffisamment pour évaluer la qualité des études incluses ?
	Si les résultats de l'examen ont été combinés, était-il raisonnable de le faire ?
<b>Section B. Quels sont les résultats ?</b>	Quels sont les résultats globaux de la revue systématique?
	Quelle est la précision des résultats (intervalles de confiance, s'ils sont donnés) ?
<b>Section C. Les résultats seront-ils utiles localement ?</b>	Les résultats peuvent-ils être appliqués à votre population locale/dans votre contexte ?
	Tous les résultats importants ont-ils été pris en compte ?
	Les avantages valent-ils les inconvénients et les coûts ?

## Résultats

À la suite de la mise en œuvre de la stratégie de recherche, six études répondent aux critères d'inclusion : trois études primaires et trois revues systématiques. Les trois études primaires ont pour devis de recherche de deux essais contrôlés randomisés (Uscher-Pines et al., 2020; Seguranyes et al. 2014) et d'une analyse secondaire (Kapinos et al., 2019) de l'essai contrôlé randomisé de Uscher-Pines et al. (2020). Les disciplines des auteurs sont majoritairement séparées en deux catégories : 43% des articles retenus étaient rédigés par des infirmières et 57% des articles étaient rédigés à la fois par des infirmières et des médecins. Les six études ont été réalisées entre 2014 et 2020 et la majorité a été menée dans trois pays distincts : États-Unis (n=3), Espagne (n=1), Brésil (n=2). Les études incluses dans les revues systématiques en lien avec la vidéoconférence concernent tous des pays développés : États-Unis (n=10), Espagne (n=2), Royaume-Uni (n=1) et la Suisse (n=1). Bien que les revues systématiques aient inclus entre 11 et 47 études, une minorité d'articles traitait spécifiquement sur la vidéoconférence. En effet, étant



donné que leur question de recherche porte sur la télésanté en général, des études utilisant d'autres vecteurs de communication (ex. : téléphone, SMS, vidéo éducative en ligne) ont été incluses dans leur revue systématique. Dans la revue systématique de Ferraz Dos Santos et al. (2020), six études portent spécifiquement sur le soutien à l'allaitement par vidéoconférence, tandis que pour Melo et al. (2017) et Marcucci (2018), cela représente quatre études incluses dans chacune de leur revue. Les études primaires des revues systématiques ont été consultées et à l'exception des études de Seguranyes et al. (2014) et Uscher-Pines et al. (2020), celles incluses dans les revues systématiques traitant de vidéoconférence n'ont pas été conservées lors du processus de sélection des études pour cette revue rapide, et ce, basé sur les critères d'inclusion. En effet, ces études n'avaient pas d'élément comparateur (absence de groupe témoin), l'intervention ne débutait pas lors de la période PP à domicile ou l'évaluation de l'intervention portait seulement l'appréciation des mères, ce qui ne correspondait pas aux critères d'inclusion de la présente revue rapide. Néanmoins, les trois revues systématiques ont été conservées en s'assurant que les résultats discutés traitent spécifiquement des études où la vidéoconférence était impliquée.

À la lumière de l'analyse de la qualité, les trois études primaires répondent aux trois critères de la section A de l'outil CASP et détiennent une méthodologie rigoureuse. En effet, leur question de recherche PICR comporte les quatre éléments. L'intégralité des participantes recrutées dans l'étude de Uscher-Pines et al. (2020) ont fait partie de l'analyse des résultats. Bien que la taille d'échantillonnage estimée ait été atteinte, les auteurs de l'étude de Seguranyes et al. (2014) rapportent une attrition de 19,9% de l'échantillon initial. Les principales raisons étaient l'absence de participation à la visite finale six semaines après l'accouchement, l'absence d'enregistrement d'un profil Skype™ et le manque d'accès à Internet pendant l'étude. Les auteurs mentionnent avoir recruté 134 autres femmes pour compenser cette perte. Pour sa part, Kapinos et al. (2019) mentionnent une attrition de 8% des participantes initiales, puisqu'elles n'avaient pas complété le sondage final à 12 semaines PP. Dans les trois études, il était impossible de maintenir un processus à double insu pour les participantes dans le groupe d'intervention ainsi que le personnel hospitalier étant donné la nature de l'intervention. Toutefois, les auteurs des trois études ont suivi un processus à simple insu quant aux données recueillies jusqu'à ce que

toutes les données de l'étude aient été collectées. Les trois études primaires ont clairement spécifié des résultats pour chacune des données mesurées. L'analyse de la qualité a également été réalisée pour les revues systématiques. La revue systématique de Marcucci (2018) ne comporte pas de question de recherche, tandis que celles de Ferraz Dos Santos et al. (2020) et Melo et al. (2017) portent uniquement sur les interventions de télésanté en ne spécifiant pas la population, l'élément comparateur ou le résultat recherché. De plus, les auteurs n'ont pas précisé de critères d'inclusion quant aux devis des études recensées (Marcucci, 2018; Melo et al., 2017). Ce manque de précision dans les critères d'inclusion entraîne une grande variabilité de devis d'études. Seule la revue systématique de Ferraz Dos Santos et al. (2020) tient compte de la rigueur des études identifiées en les classant selon le niveau de preuve proposé par Paula et al. (2015). Les résultats des trois revues systématiques sont présentés sous forme de tableau descriptif. Pour finir l'analyse de la qualité, le contexte décrit par les six études en ce qui concerne les pratiques en matière de suivi postnatal est similaire au contexte local et permet de constater la pertinence quant au transfert de l'intervention retenue dans les milieux de soins actuels. En résumé, à la lumière de l'outil CASP employé, les études répondent à la majorité des critères d'évaluation de la qualité pour les essais contrôlés randomisés et partiellement pour les revues systématiques (CASP, 2008).

En ce qui concerne la population, les auteurs des six études ont ciblé une population de femmes primipares ou multipares. La taille des échantillons des études primaires variait de 94 à 1401 participantes (Kapinos et al., 2019; Uscher-Pines et al., 2020). Des études incluses dans les revues systématiques, 1661 participantes ont reçu une intervention de soutien en allaitement par vidéoconférence. Les participantes des six études étaient des femmes d'âge adulte en PP, parlaient la langue des auteurs de l'étude et ne présentaient aucune condition incompatible avec l'allaitement. Elles avaient l'intention d'allaiter ou allaitaient déjà leur nourrisson. Leur nourrisson était né à terme et en santé. Une étude primaire ciblait un échantillon de femmes à faible revenu provenant de milieu rural (Uscher-Pines et al., 2020) et une étude primaire dans la revue systématique de Melo et al. (2017) ciblait un groupe de femmes provenant d'un statut socio-économique inférieur.

Tel qu'illustré au tableau 9 du formulaire d'extraction des données pour les essais contrôlés randomisés, les interventions des trois études primaires consistaient à offrir un soutien à l'allaitement par vidéoconférence. Dans l'étude de Seguranyes et al. (2014), les femmes du groupe d'intervention avaient le choix d'utiliser la vidéoconférence, le téléphone ou le clavardage comme vecteur de communication avec le professionnel de la santé afin de recevoir un soutien PP ne concernant pas uniquement l'allaitement. Tandis que les soins usuels consistaient à un suivi post-partum avec une sage-femme dans un centre de santé ou à domicile, la possibilité d'assister à des groupes de soutien post-partum et d'allaitement, ainsi qu'un bilan de santé dans un établissement six semaines à la suite de l'accouchement. Les auteurs rapportent des tableaux détaillant précisément la ou les technologies utilisées par les mères lors des consultations virtuelles. Plus de 70% des mères du groupe d'intervention ayant utilisé l'un des trois soutiens à distance étaient des femmes primipares, et un pourcentage plus élevé d'entre elles (77%) utilisaient spécifiquement la vidéoconférence en comparaison aux autres moyens offerts. Les raisons de consultations les plus probables sont la présence de douleur ou des problématiques avec la prise ou le positionnement lors de la mise au sein (Seguranyes et al., 2014). Le test t de *Student* pour échantillon indépendant a été réalisé dans l'étude de Seguranyes et al. (2014) afin de comparer les raisons de consultation entre le groupe témoin et le groupe d'intervention. Ce test révèle qu'il y a une différence significative ( $t(913) = 11.53, p > 0,001$ ) entre les scores moyens du nombre de fois où les mères du groupe d'intervention ont consulté pour des raisons liées à l'alimentation de leur nouveau-né (1,80 [1,48]) comparé au groupe contrôle (0,89 [0,88]). Par ailleurs, les auteurs constatent que les femmes du groupe d'intervention avaient tendance à consulter plus souvent que les femmes du groupe témoin et posaient davantage de questions par vidéoconférence que par contact téléphonique ou par clavardage. Les auteurs y émettent l'idée que le contact visuel facilitait la communication et a potentiellement permis aux participantes de s'exprimer avec davantage de confiance (Seguranyes et al., 2014).

Dans chacune des trois études, il appartenait aux femmes de demander le soutien en allaitement (soutien réactif demandé par la mère). Aucune étude n'offrait les mêmes modalités d'intervention en ce qui concerne le moment où l'intervention était offerte, la fréquence et la durée des consultations, etc. L'étude de Uscher-Pines et al. (2020) offrait la possibilité de faire

des consultations par vidéoconférence sept jours sur sept, 24 heures sur 24, et ce, dès le congé hospitalier en PP jusqu'à 12 semaines PP. L'intervention de Seguranyes et al. (2014) était offerte tous les jours de 8h à 20h, avec une couverture réduite la fin de semaine. Les suivis étaient réalisés dès le retour à domicile et au maximum jusqu'à six semaines PP. Les études primaires mentionnent qu'une IBCLC ou une sage-femme a fourni l'intervention (Kapinos et al., 2019a; Seguranyes et al., 2014b; Uscher-Pines et al., 2020). Les interventions des articles primaires incluses dans les revues systématiques portant sur la vidéoconférence étaient également réalisées soit par une IBCLC, soit par une sage-femme (Ferraz Dos Santos et al., 2020; Marcucci, 2018; Melo et al., 2017). La majorité des interventions de soutien dans les articles primaires était offerte directement au congé hospitalier, et ce, pour une durée d'une à quatre semaines PP. L'une des études primaires contenu dans l'étude de Ferraz Dos Santos et al. (2020) et Melo et al. (2017) offrait le soutien jusqu'à neuf mois (Friesen et al., 2015).

La moyenne du nombre de consultations des six études recensées était d'une à 20 consultations complétées. Les auteurs de deux études (Kapinos et al., 2019; Seguranyes et al., 2014) et d'une revue systématique (Ferraz Dos Santos et al., 2020) ont décrit quelques caractéristiques de leur intervention par vidéoconférence, telle que le moment spécifique où les participantes ont demandé une consultation, la fréquence et la durée moyenne des consultations de même que le titre professionnel du prestataire de l'intervention. Dans l'étude secondaire de Kapinos et al. (2019b), 70% des consultations ont eu lieu dans le premier mois de vie des nourrissons. Cependant, 19 % des appels vidéo ont eu lieu neuf semaines ou plus après la naissance du nourrisson. La durée moyenne des appels par vidéoconférence était entre 7 et 50 minutes (Ferraz Dos Santos et al., 2020; Kapinos et al., 2019) et 41 % des consultations par vidéoconférence ont eu lieu en dehors des heures normales définies entre 8 h 00 et 18 h 00 (Kapinos et al., 2019). Aucune des six études recensées ne fait mention du contenu de leur intervention.

Les interventions des études primaires sélectionnées comportaient toutes un élément comparateur, soit des soins PP usuels. La norme pour ces soins usuels est généralement constituée d'un soutien à l'allaitement à l'hôpital, d'une seule visite postnatale programmée avec un professionnel de la santé au retour à domicile ainsi qu'un contrôle PP à un centre de santé

(Kapinos et al., 2019; Seguranyes et al., 2014; Uscher-Pines et al., 2020). Les revues systématiques ne spécifient pas quel type de soins standard a été offert dans leurs études recensées. Les auteurs font référence à des groupes témoins recevant des soins PP standards ou des soins usuels en présence.

Les résultats présentés dans les études concernent davantage les éléments en lien direct avec l'allaitement, soit l'exclusivité, la durée et l'intensité de l'allaitement. Pour commencer, les résultats de trois des six études incluent les effets de la vidéoconférence sur l'exclusivité de l'allaitement. Ces études n'indiquent aucune différence statistiquement significative entre les taux d'allaitement exclusif avec un soutien par vidéoconférence mesuré à six semaines PP (Seguranyes et al., 2014) et à 12 semaines PP (Uscher-Pines et al., 2020). Les résultats quant à la durée de l'allaitement sont évalués seulement dans l'étude de Uscher-Pines et al. (2020) où les auteurs ont constaté qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative à 12 semaines PP lors d'un soutien par vidéoconférence. Pour finir, la variable où l'on observe une différence statistiquement significative concerne l'intensité de l'allaitement évaluée par Seguranyes et al. (2014). Bien que la prévalence de l'allaitement ait été similaire dans les deux groupes (64,5 % c. 65,4 %), les auteurs observent que les mères du groupe d'intervention avaient un pourcentage plus élevé de séances d'allaitement (62,5% c. 55,3%,  $p=0,01$ ).

Deux études primaires (Kapinos et al., 2019; Seguranyes et al., 2014) et deux revues systématiques (Ferraz Dos Santos et al., 2020; Marcucci, 2018) ont évalué la satisfaction des mères par rapport à l'intervention reçue. Les résultats de ces études appuient le fait que les mères allaitantes se sentent généralement satisfaites du soutien par vidéoconférence. Dans l'étude de Kapinos et al. (2019), l'analyse de la satisfaction et de l'expérience avec le soutien par vidéoconférence, se sont appuyés sur un questionnaire autoadministré par les participantes. Ainsi, lors de ce questionnaire à 12 semaines PP, 91% des mères du groupe d'intervention indiquent leur satisfaction par rapport au soutien par vidéoconférence et 87% indiquent que l'aide à l'allaitement reçue via l'application était utile. Seguranyes et al. (2014) n'obtiennent toutefois pas de résultat significatif quant au degré de satisfaction à l'égard des soins reçus ( $p =$

0,939), quantifié sur une échelle de *Likert* à cinq points, les femmes ayant été tout aussi satisfaites que celles du groupe témoin.

Tableau 9. – Formulaire d'extraction des données pour les essais contrôlés randomisés

Références	Population	Intervention	Élément comparateur	Résultats
Uscher-Pines et al. (2020)	n=203	Application de vidéoconférence <i>Pacify Health's</i> par des IBCLC  Technologie utilisée : Ordinateur ou tablettes personnels  Modalité : appels vidéo gratuits et illimités. Disponible 24 heures sur 24 pendant 12 semaines.	Soins PP usuels	<b>Durée de l'allaitement:</b> 71 % IG c. 68 % CG allaitaient à 12 semaines après la naissance (p = 0,73).  <b>Exclusivité de l'allaitement :</b> Parmi les participantes qui allaitaient encore à 12 semaines, 51 % du IG allaitaient exclusivement c. 46 % du CG (p = 0,47)
Kapinos et al., (2019)	n=94	Application de vidéoconférence <i>Pacify Health's</i> par des IBCLC  Technologie utilisée : Ordinateur ou tablettes personnels  Modalité : appels vidéo gratuits et illimités. Disponible 24 heures sur 24 pendant 12 semaines.	Soins PP usuels	<b>Caractéristiques des consultations:</b> 70 % au cours du premier mois de vie du nourrisson. 19 % au cours des neuf premières semaines. La durée moyenne des consultations : 7 minutes et 19 secondes (SD : 5,5 minutes) <b>Raisons de consultation :</b> Douleur, courbatures ou infection (30%) Utilisation de tétérelles (25%) Prise ou positionnement (21%) Production de lait (17 %) Utilisation d'un tire-lait (17%)
Seguranyes et al. (2014b)	n=1401	Intervention virtuelle (vidéoconférence, le téléphone ou le clavardage) par des Sages-femmes  Technologie utilisée : Appareil personnel permettant la vidéoconférence ou téléphonie  Modalité : horaire standard des centres de santé de 8h à 20h tous les jours (avec couverture	Soins PP usuels  Une seule visite PP programmée avec une sage-femme et un contrôle PP au centre de santé après six semaines.	<b>Caractéristiques des consultations:</b> 40,4 % du IG ont consulté les sages-femmes par vidéoconférence ou téléphone. Le nombre moyen de contacts avec les sages-femmes était plus élevé dans ce groupe (2,74 c. 1,22). Le nombre moyen de motifs de consultation des trois types était significativement plus élevé dans le IG c. CG. <b>Raisons de consultation :</b> Préoccupation vis-à-vis la mère, l'alimentation ou le nouveau-né.

		réduite le week-end) pendant 6 semaines.		<b>Exclusivité de l'allaitement à 6 semaines PP :</b> Similaire dans les deux groupes (64,5 % c. 65,4 %)
--	--	--	--	---

Dans l'ensemble, on constate que trois études primaires et trois revues systématiques, comportant 14 études traitant d'interventions de vidéoconférence, ont été incluses. L'exclusivité, la durée et l'intensité des allaitements ainsi que la satisfaction des mères par rapport à l'intervention de vidéoconférence étaient les principales mesures de ces études. À la lumière de leurs résultats, les effets des interventions de soutien en allaitement par vidéoconférence sur l'exclusivité et la durée de l'allaitement des mères de nouveau-né à terme sont équivalents à l'offre de service des soins usuels au retour à domicile. Cependant, les effets de ces interventions par vidéoconférence en soutien en allaitement obtiennent des résultats statistiquement significatifs sur l'intensité des allaitements par rapport à l'offre de service des soins usuels au retour à domicile, sans toutefois n'avoir d'effet sur la durée de l'allaitement. À la lumière des résultats obtenus, trois constats ont été réalisés dans le cadre de cette RR et seront discutés ci-dessous : 1. la variabilité des composantes et des doses<sup>7</sup> des interventions par vidéoconférence; 2. l'absence du concept de l'expérience d'allaitement en lien avec les effets évalués; et 3. la modalité réactive des interventions de soutien.

## Discussion

Cette RR avait pour but de présenter les effets du soutien à l'allaitement par vidéoconférence lors de la période PP à domicile sur l'expérience d'allaitement vécue par des mères de nouveau-né à terme. La RR indique qu'il existe des preuves que lors d'une intervention

---

<sup>7</sup> Trois composantes permettent de décrire le dosage d'une intervention infirmière : quantité, fréquence et durée. La dose de l'intervention est donc la quantité d'interventions infirmières dispensées à un moment donné, la fréquence est le nombre de fois que l'intervention est effectuée sur une période spécifiée et la durée totale pendant laquelle l'intervention est effectuée (Sidani et Braden, 1998).

de soutien en allaitement par vidéoconférence, l'intensité de l'allaitement chez les mères primipares ou multipares de nourrissons à terme est supérieure par rapport aux soins PP usuels. Toutefois, la RR a révélé que la vidéoconférence ne semble pas améliorer les résultats sur l'exclusivité et la durée de l'allaitement par rapport aux soins PP usuels. Il importe de spécifier que les études recensées comportent des écarts dans les caractéristiques de leur intervention lorsque celles-ci sont indiquées: moment spécifique où les participantes ont demandé une consultation, la durée moyenne des consultations, le titre professionnel du prestataire de l'intervention, etc. La conception actuelle des études ne permet donc pas de tirer des conclusions solides quant aux composantes des interventions détenant un potentiel de causer des effets bénéfiques sur l'allaitement. Ces écarts mettent en évidence la nécessité de poursuivre les recherches avec des méthodes plus cohérentes ainsi que d'assurer une description complète des interventions, y compris la dose de l'intervention, le mode d'administration, les ressources essentielles, etc. Dépourvue d'une description complète des interventions, leur reproductibilité de manière fiables ne semble pas faisable (Hoffmann et al., 2014). Ce faisant, il serait judicieux de tenir compte des composantes et doses de l'intervention afin d'en évaluer l'efficacité ainsi que dans un souci de reproductibilité d'interventions (Carroll et al., 2007).

Le deuxième constat de la RR est que le concept de l'expérience d'allaitement vécue n'est pas pris en compte dans les études incluses lorsqu'il est question de l'évaluation des effets des interventions. Les études recensées font mention de la satisfaction générale des mères par rapport au soutien en allaitement. L'expérience d'allaitement est définie par Davie et al. (2020), comme étant (1) la perception d'une « bonne alimentation » pour l'enfant (2) l'expérience de la mise au sein qui ensemble agissent directement sur (3) l'expérience globale d'allaitement. Selon ces auteurs, la mère obtient une expérience d'allaitement positive lorsque la perception que l'alimentation est satisfaisante (ex. : perception adéquate de la production de lait) et qu'il y a une bonne prise au sein (ex. : aucune douleur ou d'inconfort pendant les allaitements). L'évaluation du transfert de lait maternel (indicateur d'une alimentation suffisante), de la prise au sein et du positionnement au moyen de la vidéoconférence permet alors une évaluation précise des potentiels problématiques (Davie et al., 2020; RNAO, 2018). Bien que ces composantes fassent également partie intégrante de l'évaluation de l'allaitement par le professionnel de la santé



(RNAO, 2018), aucun auteur ne fait référence à des composantes se rattachant au concept d'expérience d'allaitement défini par Davie et al. (2020).

Une hypothèse alternative pouvant avoir entraîné l'absence de données significatives sur la poursuite de l'allaitement mène au dernier constat de l'analyse. Dans chacune des études, il appartenait aux femmes de demander le soutien en allaitement. Il se dégage des écrits qu'à l'heure actuelle, le soutien par vidéoconférence nécessite que la mère identifie une problématique et demande de l'aide par la plateforme de vidéoconférence. Une recherche antérieure a différencié le soutien à l'allaitement proactif (préprogrammé à intervalles réguliers) et réactif (demandé par la mère) et les résultats montrent qu'un soutien proactif peut conduire à de meilleurs résultats sur la durée et l'exclusivité de l'allaitement (Ericson, Flacking et Udo, 2017). En effet, ces auteurs observent qu'un soutien réactif mène plutôt à une expérience contradictoire, les mères savent qu'elles peuvent demander de l'aide, mais semblent avoir du mal à déterminer quand avoir recours au soutien (Ericson, Flacking et Udo, 2017). D'un autre côté le soutien proactif permet, entre autres, d'anticiper les difficultés d'allaitement, telles que la perception d'insuffisance de lait et la douleur lors des mises au sein. Celles-ci finissent par être un frein à la réussite de l'allaitement, car elles influencent directement l'introduction précoce de préparation commerciale pour nourrisson affectant alors la production de lait, dû à une diminution du drainage du lait maternel. Le soutien a davantage d'impact sur l'allaitement exclusif lorsqu'il fait partie de services fournis sur une base régulière, et ce, en plusieurs séances (McFadden et al., 2017).

De futures études employant le modèle de Davie et al. (2020), définissant l'expérience d'allaitement, permettrait de constater les effets des interventions de soutien par vidéoconférence sur les composantes de l'allaitement. D'ailleurs, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour connaître quelles modalités d'une intervention par vidéoconférence a le potentiel d'entraîner des effets significatifs sur l'allaitement. Une intervention proactive par vidéoconférence basée sur le cadre théorique de Davie et al. (2020) permettrait ainsi d'adapter l'évaluation objective de l'allaitement dans le but de soutenir les mères dans leur expérience d'allaitement. Si les mères bénéficiaient, dès le début de leur

parcours, d'une expérience positive d'allaitement, cela aurait le potentiel d'influencer alors l'exclusivité, l'intensité et par conséquent la durée de l'allaitement.

## **Limites**

Certaines limites sont attribuables aux études recensées. En effet, seule la revue de Ferraz Dos Santos et al. (2020) présente les résultats de façon distinctive, selon le type de soutien reçu, facilitant l'interprétation des résultats. Alors que Melo et al. (2017) distinguent peu les modalités de télésanté entre elles aussi bien dans les tableaux que dans la discussion, Marcucci (2018) en fait une distinction seulement dans les tableaux d'analyse. Ainsi, cette indistinction a rendu l'analyse laborieuse quant aux effets spécifiques de la vidéoconférence par rapport aux soins usuels offerts en PP. De plus, il importe de préciser que la technologie utilisée dans deux études de la revue systématique de Ferraz Dos Santos et al. (2020) date de 2007. On peut alors supposer que la qualité du support informatique pour le soutien par vidéoconférence n'est pas équivalente à la qualité audiovisuelle que nous connaissons aujourd'hui, limitant la généralisation des résultats. En raison de la transition des services de santé traditionnels vers un mode virtuel due à la pandémie de COVID-19, il est probable que davantage de recherches sur l'efficacité et les effets des interventions par télésanté sont à venir.

## **Forces**

Des forces sont à préciser en lien avec la méthode employée pour la RR. Par souci de conserver un équilibre entre une méthode systématique et accélérée, certaines directives méthodologiques recommandées par Garritty et al. (2021) ont été respectées : recherche documentaire dans plusieurs bases de données principales et spécialisées, deux évaluateurs pour la sélection des articles, l'utilisation d'un outil valide pour l'évaluation de la qualité des articles, etc. Cette façon de procéder a permis de conserver une rigueur méthodologique et une transparence quant au processus d'extraction des données.

Les mesures de distanciation physique ont remis en question la méthode de soutenir l'allaitement. La facilité d'accès et de familiarisation avec les services de télésanté par les prestataires de soins et les citoyens procurent davantage d'opportunité pour développer des interventions de soutien en allaitement par vidéoconférence. La RR réalisée propose alors une perspective sur l'implantation de la vidéoconférence dans le soutien en allaitement.

## Conclusion

En plus de ne pas correspondre aux caractéristiques d'un soutien efficace, le soutien à l'allaitement en présentiel est plus difficile à fournir depuis mars 2020 dû à la nécessité de réduire les contacts face à face lors des soins traditionnels PP (Gouvernement du Québec, 2020b). D'ailleurs, la pénurie mondiale de personnel contraint les professionnels des réseaux locaux de santé à prioriser les familles présentant des besoins accrus et limite davantage le soutien en face à face (OMS, 2020). La vidéoconférence représente alors une alternative de soutien novatrice et complémentaire aux pratiques déjà implantées pour soutenir l'allaitement exclusif.

En plus de présenter des avantages quant à l'intensité des allaitements, il est possible de constater que le soutien à l'allaitement par vidéoconférence semble équivalent au soutien en présence pour ce qui est de l'exclusivité et la durée de l'allaitement. Toutefois, bien que les effets de la vidéoconférence semblent comparables au soutien face à face, cela ne correspond tout de même pas aux taux d'allaitement ciblés par l'OMS et l'UNICEF (OMS et UNICEF, 2019). De futures études pourraient être utiles afin d'évaluer les effets d'intervention proactive par vidéoconférence incluant cinq consultations ou plus en soutien à l'allaitement visant spécifiquement l'expérience globale vécue par la femme allaitante.

**Contributions des auteurs** AB a conceptualisé l'article avec les conseils et le soutien constant de MH et CC. Tous les membres de l'équipe d'étude ont contribué de manière significative à la conception et à la méthode de l'étude. AB a effectué des interprétations de l'analyse des données et de la préparation du manuscrit. MH et CC ont fait part de leurs commentaires sur le manuscrit.

**Financement** Aucun financement n'a été reçu pour cet article.

**Remerciements** ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine. Les membres du jury de mémoire Marilyn Aita et Jérôme Gauvin-Lepage pour leurs commentaires sur le manuscrit.

**Intérêts concurrents** Les auteurs déclarent n'avoir aucun intérêt concurrent.

## Références bibliographiques

Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J. et Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2(1). doi:10.1186/1748-5908-2-40

Critical Appraisal Skills Programme. (2008). Critical Appraisal Skills Programme: CASP Checklist., (2018), 0-3. Repéré à [https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Cohort-Study-Checklist\\_2018.pdf](https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Cohort-Study-Checklist_2018.pdf)

Davie, P., Chilcot, J., Jones, L., Bick, D. et Silverio, S. A. (2020). Indicators of 'good' feeding, breastfeeding latch, and feeding experiences among healthy women with healthy infants: A qualitative pathway analysis using Grounded Theory. *Women and Birth*, (2019). doi:10.1016/j.wombi.2020.08.004

Dobbins, M. (2017). Guide pour les revues rapides. Étapes pour effectuer une revue rapide. the National Collaborating Centre for Methods and Tools.

Ericson, J., Flacking, R. et Udo, C. (2017). Mothers' experiences of a telephone based breastfeeding support intervention after discharge from neonatal intensive care units: A mixed-method study. *International Breastfeeding Journal*, 12(1), 1-9. doi:10.1186/s13006-017-0142-9

Ferraz Dos Santos, L., Borges, R. F. et De Azambuja, D. A. (2020). Telehealth and Breastfeeding: An Integrative Review. *Telemedicine and e-Health*, 26(7), 837-846. doi:10.1089/tmj.2019.0073

Friesen, C. A., Hormuth, L. J., Petersen, D. et Babbitt, T. (2015). Using Videoconferencing Technology to Provide Breastfeeding Support to Low-Income Women: Connecting Hospital-

- Based Lactation Consultants with Clients Receiving Care at a Community Health Center. *Journal of Human Lactation*, 31(4), 595-599. doi:10.1177/0890334415601088
- Garritty, C., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., King, V. J., Hamel, C., Kamel, C., ... Stevens, A. (2021). Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 130, 13-22. doi:10.1016/j.jclinepi.2020.10.007
- Gouvernement du Québec. (2020). Grossesse , accouchement et postnatal en contexte de pandémie – coronavirus Affectation préventive Pendant la grossesse et Recommandations, 2020. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/informations-pour-les-femmes-enceintes-coronavirus-covid-19/>
- Habibi, M. F., Nicklas, J., Spence, M., Hedberg, S., Magnuson, E. et Kavanagh, K. F. (2012). Remote lactation consultation: a qualitative study of maternal response to experience and recommendations for survey development. *J Hum Lact*, 28(2), 211-217. doi:10.1177/0890334411432716
- Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Altman, D. G., Barbour, V., Macdonald, H., Johnston, M., Kadoorie, S. E. L., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, J. C., Phelan, A. W. C., et Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: Template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ (Online)*, 348. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>
- Institut National de Santé Publique. (2016). Avis sur le suivi postnatal systématique suite au congé hospitalier.
- Kaltenthaler, E., Cooper, K., Pandor, A., Martyn-St James, M., Chatters, R. et Wong, R. (2016). The use of rapid review methods in health technology assessments: 3 case studies. *BMC Medical Research Methodology*. doi:10.1186/s12874-016-0216-1
- Kapinos, K., Kotzias, V., Bogen, D., Ray, K., Demirci, J., Rigas, M. A. et Uscher-Pines, L. (2019). The use of and experiences with telelactation among rural breastfeeding mothers: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(9), 1-8. doi:10.2196/13967
- Marcucci, B. A. (2018). Use of telehealth to increase breastfeeding exclusivity and duration. *Clinical Lactation*, 9(2), 66-71. doi:10.1891/2158-0782.9.2.66
- McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J., ... Al., E. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. doi:10.1002/14651858.CD001141.pub5
- Melo, M. do C. B. de, Keitte, L. O. da C., Nathália, K. M. A. et Freitas, N. F. de. (2017).

Breastfeeding inserted in telehealth : an integrative review.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). Soins de proximité en périnatalité (édité par Ordre des infirmières et infirmiers du Québec).

Organisation mondiale de la santé. (2017). Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services. World Health Organization. Repéré à <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020). La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : investir dans la formation, l'emploi et le leadership.

Organisation Mondiale de la Santé et Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance. (2019). Increasing Commitment To Breastfeeding Through Funding and Improved Policies and Programmes. *Global Breastfeeding Collective*, (3), 1-4. Repéré à <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2019/en/>

Paula, C., Padoin, S. et Galvao, C. (2015). Integrative review as a tool for decisionmaking in health practice. Dans *Research Methods for Nursing and Healthcare* (1re édition, p. 51-76). Porto Alegre: Moria.

Registered Nurses Association of Ontario Guidelines. (2018). Breastfeeding - Promoting and Supporting the Initiation , Exclusivity , and Continuation of Breastfeeding for Newborns , Infants , and Young Children, (July).

Rojjanasrirat, W., Nelson, E. L. et Wambach, K. A. (2012). A pilot study of home-based videoconferencing for breastfeeding support. *Journal of Human Lactation*, 28(4), 464-467. doi:10.1177/0890334412449071

Royal College of Obstetricians & Gynaecologists et The Royal College of Midwives. (2021). Coronavirus ( COVID-19 ) Infection in Pregnancy.

Santos, C. M. da C., Pimenta, C. A. de M. et Nobre, M. R. C. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511. doi:10.1590/s0104-11692007000300023

Seguranyes, G., Costa, D., Fuentelsaz-Gallego, C., Beneit, J. V., Carabantes, D., Gómez-Moreno, C., ... Miguel, S. (2014). Efficacy of a videoconferencing intervention compared with standard postnatal care at primary care health centres in Catalonia. *Midwifery*, 30(6), 764-771. doi:10.1016/j.midw.2013.08.004

Tricco, A., Antony, J., Zarin, W., Strifler, L., Ghassemi, M., Ivory, J., ... Straus, S. E. (2015). A scoping review of rapid review methods. *BMC Medicine*, 13(1). doi:10.1186/s12916-015-0465-6

Tricco, A., Langlois, E. et Straus, S. (2017). Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide. Organisation Mondiale de la Santé. doi:10.1111/j.1365-2966.2008.12859.x

Uscher-Pines, L., Ghosh-Dastidar, B., Bogen, D. L., Ray, K. N., Demirci, J. R., Mehrotra, A. et Kapinos, K. A. (2020). Feasibility and Effectiveness of Telelactation Among Rural Breastfeeding Women. *Academic Pediatrics*, 20(5), 652-659. doi:10.1016/j.acap.2019.10.008

## **Chapitre 5 – Discussion**



Cette RR visait à mettre de l'avant les données probantes sur les effets du soutien à l'allaitement par vidéoconférence lors de la période PP à domicile sur l'expérience d'allaitement vécue par des mères de nouveau-né à terme. Le chapitre cinq présenté ci-dessous se veut une continuité aux résultats et à la discussion présentés dans l'article parallèlement à la tendance de l'allaitement au Québec ainsi que du soutien offert. Ce chapitre est divisé en différentes sections : l'analyse plus approfondie des résultats selon un contexte québécois, les recommandations pour la recherche, la formation, la pratique et la gestion ainsi que les forces et les limites de la RR.

## **Analyse des résultats**

Au Québec, le manque de ressources financières, la pénurie ou le manque de disponibilité de certains professionnels depuis plus de 10 ans ne permettent pas d'assurer un suivi à long terme pour les mères ayant des besoins accrus et persistants en allaitement (Goulet et al., 2007; CSBEQ, 2011; Côté et al., 2011). Plusieurs contraintes, réduisant l'efficacité des visites à domicile prévues actuellement au plan de suivi PP (INSPQ, 2016), amènent également des discordances notables d'une région géographique à l'autre entre les soins usuels qui devraient être donnés par les professionnels de la santé aux femmes allaitantes et les soins offerts dans la pratique clinique québécoise. Ce manque d'effectif devrait amener les institutions à se tourner vers d'autres modes de communication, tel que la vidéoconférence. Comme mentionné dans la recension des écrits, les services de télésanté existent depuis plusieurs années, mais ce mode de communication n'était toutefois pas utilisé sur une base régulière dans la pratique clinique avant mars 2020, principalement dû au fait que ces services médicaux fournis au moyen de la télécommunication n'étaient pas des services assurés au Québec (Fédération médicale étudiante du Québec, 2021). Or, l'intérêt marqué des organisations d'employer des modes de communications à distance s'avère tout indiqué afin d'apporter une restructuration en matière de suivi PP.

En effet, la recension des écrits a permis de constater que, selon le programme détaillé dans la Politique de périnatalité 2008-2018, les soins usuels actuellement offerts au Québec sont constitués d'un appel téléphonique dans le premier 24 heures suivant le congé du centre hospitalier et une visite à domicile dans les 24 à 72 heures (INSPQ, 2016). Ne comportant qu'une

seule visite à domicile, le modèle de soins québécois actuels ne semble pas permettre un soutien adéquat aux femmes désirant allaiter (INSPQ, 2016). En effet, les taux actuels d'allaitement demeurent inférieurs à ce qui est recommandé afin de promouvoir une santé optimale pour les femmes et leur nouveau-né (Statistique Canada, 2014). Comme discuté auparavant, les caractéristiques d'un soutien adéquat, sans égard à la modalité, sont établies selon le fait (1) qu'il est offert par un professionnel formé en allaitement dès les premières semaines suivant la naissance; (2) qu'il inclut cinq visites ou plus; et (3) qu'il est adapté au contexte et aux besoins de la mère et sa famille (McFadden et al., 2017). La conception actuelle des interventions de soutien en allaitement par vidéoconférence, ainsi que celle de soins usuels, ne semblent donc pas correspondre aux caractéristiques d'un soutien efficace établies dans la revue systématique Cochrane de McFadden et al. (2017). Ce faisant, la question demeure à savoir comment mettre en œuvre des interventions en soutien à l'allaitement permettant d'accroître l'exclusivité, l'intensité et la durée de l'allaitement.

Selon la RR effectuée, les effets sur l'exclusivité et la durée de l'allaitement des mères primipares ou multipares lors d'un soutien par vidéoconférence par rapport aux soins PP usuels sont équivalents. Cependant, les résultats démontrent que l'intensité de l'allaitement est supérieure par rapport aux soins PP usuels, et ce, lors d'une intervention de soutien en allaitement par vidéoconférence. On constate une grande variabilité dans les doses ainsi que des détails spécifiques à la mise en place de chaque intervention de soutien par vidéoconférence dans les études recensées. À titre d'exemple, les interventions comportaient d'une à 20 consultations, duraient entre 7 et 50 minutes et étaient échelonnées d'une semaine PP jusqu'à neuf mois PP. En raison de cette variabilité importante des doses des interventions, l'analyse effectuée dans des études incluses ne permet pas de tirer des conclusions sur des éléments qui semblent avoir un effet sur les composantes de l'allaitement.

Il importe alors de préciser que les auteurs des études incluses n'ont pas abordé les connaissances qui ont influencé la conception de leurs interventions de vidéoconférence. Hoffmann et al. (2014) ont développé une liste d'information à inclure lors de la description d'une intervention pour en faciliter sa reproductibilité. Plusieurs composantes des interventions doivent être mentionnées dans l'étude : la complexité de l'intervention (les composantes

distinctes qui composent l'intervention), l'adaptation à différents contextes et environnements, la ou les formations spécifiques pour effectuer l'intervention, la dose de l'intervention (la durée totale, la durée de chaque consultation et la fréquence), les ressources humaines et financières nécessaires, les résultats escomptés et l'efficacité de l'intervention. Les enjeux d'implantation et les contraintes d'utilisation ne sont d'ailleurs pas abordés dans les études. Cette limite des articles représente un obstacle au transfert des connaissances à la pratique (Hoffmann et al., 2014). Les données probantes scientifiques, incluant celles qui appuient la mise en œuvre de l'intervention, doivent être considérées avec soin en rapport avec la transférabilité à un contexte local.

En bref, bien que le but de cette RR ne fût pas d'évaluer les composantes des interventions par vidéoconférence, le type de soutien reçu exerce une influence directe quant aux effets des interventions de soutien en allaitement par vidéoconférence sur l'expérience d'allaitement vécue par les mères. En adaptant les interventions aux caractéristiques d'un soutien adéquat, il est possible de résoudre les problématiques d'allaitement et de permettre aux femmes de poursuivre leur allaitement aussi longtemps qu'elles le souhaitent (McFadden et al., 2017). Par ailleurs, la conception d'une intervention innovatrice à l'échelle locale devrait être amalgamée à un cadre théorique permettant de structurer la mise en place d'une telle intervention (Davie et al., 2020).

Or, au cours de la recherche documentaire, il a été possible de constater qu'aucune étude ne comportait de cadre théorique orientant la nature des interventions de soutien, les données recueillies ainsi que l'analyse des effets de ces interventions. Les études recensées ne font pas mention du concept d'expérience d'allaitement vécue par les femmes allaitantes. Comme mentionné précédemment, l'expérience d'allaitement est définie, à l'image de Davie et al. (2020), par (1) la perception d'une « bonne alimentation » pour l'enfant (2) l'expérience de la mise au sein qui ensemble agissent directement sur (3) l'expérience globale d'allaitement. Au Québec, la principale raison invoquée pour justifier l'arrêt précoce de l'allaitement est l'impression de ne pas produire assez de lait pour subvenir aux besoins du nouveau-né (Lavoie et Dumitru, 2011). Chantry (2011) met en évidence que cette problématique entraîne l'utilisation de PCN qui peut perpétuer le problème ou en créer de nouveaux. En plus d'avoir des effets potentiellement néfastes sur la santé des nouveau-nés, l'introduction de PCN diminue la fréquence et la durée des allaitements au sein accélérant ainsi la cessation prématurée de l'allaitement (Neifert et Bunik,

2013). Comme illustré au [tableau 1](#) de la recension des écrits, certaines composantes du processus d'allaitement doivent être objectivées afin de prévenir les problématiques: le transfert de lait maternel, le positionnement et la mise au sein ainsi que l'approvisionnement en lait maternel. L'un des moyens préconisés pour rassurer les mères concernant leur allaitement est donc l'objectivation visuelle de l'intégralité d'une séance d'allaitement, et ce, par le professionnel de la santé (Campbell et al., 2019). Seguranyes et al. (2014) ont notamment émis l'hypothèse que les femmes posaient davantage de questions par vidéoconférence comparativement aux autres modalités, puisque le contact visuel semblait faciliter la communication entre la mère et le prestataire de soins. Les mères allaitantes nécessitent du soutien pour développer de bonnes connaissances en matière d'allaitement afin de percevoir une expérience positive d'allaitement, et ce, dans les premiers jours suivant la naissance (Davie et al., 2020; Dennis, 1999; Dennis, 2002). Vu l'influence du concept d'expérience d'allaitement sur le maintien du comportement d'allaiter (Davie et al., 2020), s'appuyer sur ce cadre théorique semble essentiel dans l'élaboration d'une intervention de soutien à l'allaitement.

À dessein de prévenir les problématiques d'allaitement, une hypothèse alternative a été soulevée dans la discussion de l'article, soit la dimension réactive des interventions recensées. L'utilisation du terme réactif est employée lorsque la mère doit initier elle-même le soutien, alors qu'une intervention dite proactive est lorsque la mère reçoit du soutien programmé (Ericson, Flacking et Udo, 2017). Il a été possible de constater que, dans chaque étude, il appartenait aux femmes d'identifier le moment où elles désiraient un soutien en allaitement. Toutefois, les résultats obtenus par plusieurs auteurs mettent en lumière le potentiel des visites programmées afin que les femmes puissent recevoir un soutien avant même l'apparition de difficultés (Ericson, et al., 2017; McFadden et al., 2017). En effet, l'étude d'Ericson et al. (2017) et de McFadden et al. (2017) offre des recommandations fondées sur des preuves quant aux caractéristiques des interventions efficaces pour soutenir les femmes allaitantes dans l'atteinte de leur objectif. L'étude de Ericson et al. (2017), réalisée auprès de mères allaitantes d'enfants prématurés, a notamment démontré qu'un soutien proactif contribue à ce que les mères se sentent plus satisfaites du soutien reçu et davantage impliquées dans celui-ci (Ericson et al., 2017). De l'autre côté, les mères avaient de la difficulté à déterminer le moment propice pour l'utilisation du

soutien réactif et ce type de soutien est donc plutôt associé à une expérience contradictoire. Les résultats de cette étude à devis mixte indiquent que fournir uniquement un soutien réactif semble inadéquat pour soutenir l'allaitement. L'utilisation d'une intervention proactive permettrait d'intervenir au moment opportun sur les éléments problématiques, d'informer sur les normalités de l'allaitement et ainsi accroître les chances que la mère vive une expérience positive.

En bref, les résultats observés à l'échelle du Québec indiquent que l'unique visite prévue au programme détaillé dans la Politique de périnatalité 2008-2018 réduit considérablement la portée et la pérennité du soutien offert par les professionnels de la santé. Un soutien proactif échelonné sur cinq rencontres et ciblant spécifiquement les besoins des femmes allaitantes a le potentiel d'améliorer le continuum de soins ainsi que sur la qualité de la prise en charge des femmes. La vidéoconférence apparaît comme un élément clé dans la réorganisation du soutien en allaitement. En somme, ces constats mènent à la formulation de recommandations concrètes pour la recherche, la pratique et la formation qui illustrent les contributions de la RR.

## Recommandations

**Recommandations pour la recherche.** Tout d'abord, la RR met en évidence que la conception actuelle des études et les limites des données existantes empêchent de tirer des conclusions sur les effets des interventions de soutien à l'allaitement par vidéoconférence sur l'expérience d'allaitement ainsi que sur les composantes de l'allaitement (exclusivité, intensité et durée). En profitant de l'amorce de la transition numérique, il serait de circonstance de poursuivre la recherche dans ce domaine pour développer des interventions de vidéoconférence correspondant aux caractéristiques d'un soutien efficace qui favorisent l'exclusivité, l'intensité et la durée de l'allaitement. Une description complète des interventions basées que le modèle de liste de contrôle et de guide pour la description et la réplique des interventions (TIDieR) par Hoffmann et al. (2014) serait d'ailleurs à propos. Bien que les interventions doivent être mises en œuvre en fonction des besoins locaux particuliers ainsi que selon une approche de soins

individualisés, le modèle TIDieR permet une reproductibilité des interventions afin d'assurer que les organisations mettent en place du soutien basé sur les meilleures pratiques.

Comme discuté dans l'article, un soutien proactif permettrait potentiellement de prévenir les principales problématiques d'allaitement rencontrées, telles que la perception d'insuffisance de lait, les difficultés à appliquer les techniques d'allaitement (ex. : positionnement et la prise au sein) et la présence de douleurs aux mamelons (Feenstra et al., 2018; Statistique Canada, 2014; Teich et al., 2014). L'utilisation du cadre théorique de Davie et al. (2020) semble s'imbriquer intégralement dans le contexte de soin actuel et répondre aux problématiques d'allaitement énoncées. Il serait alors pertinent dans de futures études d'évaluer les effets d'un soutien proactif par vidéoconférence en soutien à l'allaitement et ce, basé sur le cadre théorique de Davie et al. (2020). La conception d'interventions de vidéoconférence guidée par le cadre théorique de Davie et al. (2020) semble cibler les aspects clés d'une expérience positive d'allaitement. Intervenir spécifiquement sur les trois thèmes du cadre décrit ci-dessus répondrait également à la principale difficulté vécue par les femmes au Québec, soit l'impression de ne pas produire assez de lait pour subvenir aux besoins du nouveau-né (Lavoie et Dumitru, 2011). Ce faisant, de futures études pourraient être guidées par les thèmes centraux de cette théorie afin d'explorer comment engendrer de meilleurs résultats sur l'exclusivité, l'intensité et la durée l'allaitement.

**Recommandations pour la formation.** Afin de permettre aux infirmières d'effectuer un soutien de l'allaitement maternel pour lesquels elles possèdent les connaissances et l'expérience appropriées, les organisations doivent veiller à leur fournir une formation de base et en continu. La notion de la formation en allaitement s'avère difficile à définir notamment parce qu'il sous-tend la pertinence et la qualité du soutien reçues et doit tenir compte d'un changement dans la pratique actuelle.

La récente formation en ligne « Formation nationale en allaitement – Revitalisation de l'IAB à travers le développement des compétences au Québec » accessible en ligne vise d'ailleurs à « revitaliser l'Initiative des amis des bébés (IAB) à travers le développement des compétences des intervenants impliqués en périnatalité; être en cohérence avec les plus récentes publications de l'OMS visant à assurer le succès de l'allaitement et faciliter l'intégration des normes recommandées par l'IAB dans la pratique clinique » (MSSS, 2021). Cette formation exhaustive

permet aux professionnels en soins d'acquérir les connaissances, et les compétences nécessaires afin d'offrir une qualité de soins optimale en allaitement correspondant aux besoins des femmes allaitantes. Par conséquent, il serait nécessaire de réfléchir aux incitations éducatives obligatoires dans les soins primaires en PP et de fournir des directives afin que les infirmières puissent avoir accès d'une part à cette formation, puis à de la formation continue. L'art de la pratique en allaitement exige que les prestataires de soins fassent preuve de jugement et soient formés adéquatement afin d'avoir une influence positive dans l'amélioration des taux d'allaitement (Melo et al., 2017). Il est primordial que les infirmières œuvrant en milieu PP puissent être formées pour accompagner adéquatement les mères au travers de leur expérience d'allaitement en contexte de vidéoconférence et ainsi prévenir et intervenir sur les difficultés diverses d'allaitement.

**Recommandations pour la pratique.** Bien que la majorité des auteurs des études recensées soient issus des sciences infirmières, les prestataires de soins offrant le soutien pendant les interventions sont des IBCLC ou des sages-femmes. Pourtant, les infirmières de première ligne sont en étroite relation avec la femme lors de la période PP (INSPQ, 2016; OIIQ, 2015). Celles qui possèdent l'expérience et des compétences appropriées pour le soutien des mères allaitantes sont en mesure de procéder à une évaluation exhaustive de la dyade d'allaitement. Le rôle de l'infirmière de première ligne est alors particulièrement crucial où il y a un éloignement et un manque des ressources spécialisées, tel que les IBCLC ou les sages-femmes. L'implantation de services de première ligne favoriserait l'accès, la qualité et l'efficacité du soutien en allaitement. Les infirmières contribuent alors à l'évolution favorable des problématiques d'accès aux services de santé à des communautés dispersées sur un vaste territoire, telle que celui du Québec, et accroissent la pertinence de la vidéoconférence au niveau local (Association médicale canadienne, 2018).

Un soutien par vidéoconférence se déroule d'un site distant à un autre, éliminant ainsi les obstacles liés à la distance et au transport nécessaire. Cette facilité et flexibilité d'accès aux services de soutien en allaitement représenterait alors une stratégie d'intervention alternative pour les infirmières œuvrant en PP. Dès lors, l'accès à un soutien en allaitement pourrait être globalement défini comme étant la possibilité d'obtenir les services requis par un professionnel

détenant une formation approfondie, au moment opportun, et sur une période adéquate (comportant un minimum de cinq rencontres; McFadden et al., 2017). La majorité des auteurs sont d'avis qu'un service de télésanté par vidéoconférence offert à domicile permet d'augmenter l'accessibilité géographique et temporelle aux soins au temps opportun (Marcucci, 2018; Melo et al., 2017; Seguranyes et al., 2014). Ce type de soutien à distance est alors particulièrement intéressant lorsque l'accès à des soins PP demeure un défi étant donné des régions éloignées. En bref, le potentiel d'économies de temps et d'accès aux soins est le moteur ultime de l'utilisation de cette technologie, tant pour les organisations de santé que pour les bénéficiaires de ce service de santé.

**Recommandations pour la gestion.** D'une part, il faut s'interroger sur la marche à suivre pour l'implantation de la technologie dans le système de santé et d'autre part, il y a une restructuration des lignes directrices en matière de soutien à l'allaitement en PP. À cet effet, la trousse d'outils élaborés par le RNAO (2018) fournit des instructions sur les étapes pour les groupes impliqués dans la planification, la coordination et la facilitation de la mise en œuvre des lignes directrices pour une la pratique clinique exemplaire en allaitement. En effet, cela vise à accroître l'accès aux soins, de minimiser les ressources humaines, matérielles et environnementales ainsi que d'améliorer les résultats en matière d'allaitement. La mise en place réussie d'une intervention de vidéoconférence basée sur les pratiques exemplaires repose sur une planification des ressources, ainsi qu'un soutien organisationnel et administratif adéquat. Dans la mesure où qu'une intervention de soutien par vidéoconférence concerne une nouvelle offre de service en matière de soutien à l'allaitement maternel, il importerait d'estimer tout d'abord les ressources déterminantes dans la faisabilité d'une telle innovation.

Les ressources financières nécessaires peuvent comporter la formation du personnel de santé, le développement et le déploiement des plateformes nécessaires, l'entretien du système informatique, etc. L'accessibilité financière s'avère particulièrement importante dans les contextes éloignés où l'accès à internet peut être limité dans certaines régions ou dû à des inégalités socio-économiques. Les organisations doivent réfléchir à comment ne pas accentuer des inégalités d'accessibilité aux soins dus à l'emploi de technologie. Ce faisant, les ressources matérielles afin d'assurer un tel service de consultation par vidéoconférence nécessitent les



installations numériques importantes. Que ce soit par le biais d'un appareil mobile personnel ou d'un accès à la technologie nécessaire pour recevoir un service équivalent. Le taux d'utilisation d'Internet frôle les 100 % chez les citoyens âgés de 16 à 34 ans (Gouvernement du Québec, 2019). Cela laisse supposer que les générations de nouvelles mères, âgées en moyenne de 29,1 ans (Institut de la statistique du Québec, 2019), nécessite une offre de services adaptée qui tient compte des technologies novatrices. Dans l'optique d'offrir un suivi à long terme incluant plusieurs visites PP, il importe de réfléchir également aux ressources humaines. Étant donné que l'un des obstacles aux communautés rurales est l'éloignement des services spécialisés, elles bénéficieraient de la grande flexibilité qu'offre la vidéoconférence en ayant la communauté et les milieux cliniques à des sites distants. Une offre de service incluant cinq rencontres nécessite une augmentation des ressources disponibles en PP à dessein de desservir adéquatement les soins de santé appropriés en allaitement.

## Limites

Certaines limites sont attribuables aux années des études recensées. La technologie utilisée dans les études, telles que celle de la revue systématique de Ferraz Dos Santos et al. (2020), datent de quelques années, voire de plus de 10 ans. La qualité du système informatique ne semble alors pas équivalente à la haute qualité audiovisuelle que nous connaissons aujourd'hui. Alors qu'auparavant il était plus probable de rencontrer certains défis avec l'Internet haute vitesse, des problèmes de pare-feu entravant la configuration de la vidéoconférence ou une mauvaise transmission audiovisuelle, ces problématiques tendent à être de plus en plus occasionnelles. De plus, les études antérieures peuvent également être limitées par la maîtrise des outils technologiques par les prestataires de soins et les citoyens eux-mêmes. En effet, lors de l'utilisation d'un service de santé par vidéoconférence, il est nécessaire de détenir une base de familiarité avec la technologie employée.

La COVID-19 a forcé la main en matière d'aisance pour l'utilisation de plateforme permettant la vidéoconférence ainsi que pour la confiance envers ce mode de communication. La vidéoconférence en santé pourra potentiellement s'intégrer à la pratique clinique courante, ce qui donnera lieu à davantage d'études et données.

## Forces

La RR est définie par Polisen et al. (2015) comme une synthèse des connaissances dans laquelle les étapes d'une revue systématique sont accélérées et les méthodes sont rationalisées pour réaliser la revue dans un délai rapide. Il a donc été nécessaire de trouver un équilibre entre une méthode systématique accélérée tout en conservant une rigueur méthodologique et une transparence quant au processus d'extraction des données (Tricco, Langlois et Straus, 2017). Une analyse de la qualité méthodologique a été réalisée à l'aide d'outils validés CASP pour les essais contrôlés randomisés ainsi que les revues systématiques (CASP, 2008). Il a été possible de détenir une uniformité dans la sélection des articles étant donné que les critères d'éligibilité avaient été préétablis et que la stratégie de recherche documentaire était complète et validée (Garritty et al., 2021). Le modèle d'extraction de données créé dans Covidence ainsi que les grilles d'analyse de la méthodologie ont permis de détenir de la transparence dans la démarche méthodologique permettant la reproductibilité de la recherche (Tricco et al., 2015).

L'utilisation de la RR a permis l'appréciation des preuves cliniques concernant les effets d'interventions de soutien par vidéoconférence sur l'expérience d'allaitement vécue par les mères allaitantes, et ce, dans un délai opportun. Il a été possible grâce à cette force de résumer les données disponibles sur le sujet choisi dans le cadre de cette maîtrise plus rapidement que dans le contexte d'une revue systématique conventionnelle (Tricco et al., 2015). De plus, les RR portent couramment sur des sujets de recherche émergents. Les nouvelles exigences de distanciation sociale combinées à l'augmentation rapide de l'accès aux technologies électroniques créent alors une opportunité d'améliorer l'efficacité, la connectivité et la rapidité d'accès au soutien en allaitement. Dans la mesure où aucune étude n'a été réalisée concernant les effets des interventions par vidéoconférence sur l'expérience d'allaitement, il est difficile pour les institutions d'implanter ce type de soutien. Cette RR offre alors une perspective sur l'implication de la vidéoconférence dans le soutien PP en allaitement offert aux mères désirant allaiter.

Pour conclure, il importe de préciser que l'étudiante-chercheuse détient le titre d'IBCLC. En raison des délais lors de la réalisation d'une RR, L'Espérance, Bussièrès, Coulombe, Nourissat

et Rhains (2017) précisent qu'il est nécessaire que la RR soit réalisée par des experts en contenu et des personnes expérimentées dans le domaine de recherche (Hartling et al., 2015; Tricco et al., 2017). Cette expérience approfondie dans le domaine de l'allaitement combiné aux compétences en recherche ainsi que l'expertise en périnatalité des directrices de maîtrise encadrant la RR représente alors une force à l'étude

## Conclusion

Le but de cette RR était de synthétiser les données probantes sur les effets du soutien à l'allaitement par vidéoconférence lors de la période PP à domicile sur l'expérience d'allaitement vécue par des mères de nouveau-né à terme. Il a été possible de constater que les études reliées spécifiquement au soutien en allaitement par vidéoconférence obtiennent des résultats équivalents quant aux effets de ces interventions sur l'exclusivité et la durée de l'allaitement par rapport aux soins PP usuels. Les interventions de vidéoconférence engendrent des retombées positives quant à l'intensité d'allaitement des mères, et ce, en comparaison à l'unique visite présentement offerte pour le suivi PP (Habibi et al., 2012; Lindberg et al., 2009; W Rojjanasrirat et al., 2012; Seguranyes et al., 2014). Lors de la période PP, l'infirmière de première ligne a une position privilégiée afin de promouvoir, protéger et soutenir les familles dans l'atteinte de leur objectif d'allaitement. De façon à atteindre les meilleurs résultats possibles en matière de taux d'allaitement exclusif, il est nécessaire de revoir l'offre de service et d'adopter des pratiques exemplaires relativement à l'allaitement.

Tout en reconnaissant que des études sont nécessaires afin d'explorer les effets du soutien par vidéoconférence, il serait pertinent d'explorer les effets d'un soutien proactif, plutôt que réactif, par vidéoconférence, et ce, basé sur un cadre théorique. L'utilisation du modèle de Davie et al. (2020), permettant de mieux comprendre l'expérience des femmes allaitantes, a d'ailleurs donné lieu à la formulation de recommandations quant au contenu des interventions de soutien afin de prévenir les principales problématiques d'allaitement vécues. L'emploi des différentes caractéristiques d'un soutien efficace, tel qu'offrir un minimum de cinq consultations, augmenterait également le potentiel de développer des interventions aux doses et composantes fondées sur des données probantes.

## Références bibliographiques

- Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Indicateurs de la santé périnatale au Canada*. Ottawa.
- Aksu, H., Küçük, M. et Düzgün, G. (2011). The effect of postnatal breastfeeding education/support offered at home 3 days after delivery on breastfeeding duration and knowledge: A randomized trial. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(2), 354-361. doi:10.3109/14767058.2010.497569
- Association Médicale Canadienne. (2018). Assurer un accès équitable aux soins de santé : stratégies pour les gouvernements, les planificateurs de systèmes de santé et les médecins. Ottawa.
- Aune, D., Norat, T., Romundstad, P. et Vatten, L. J. (2014). Breastfeeding and the maternal risk of type 2 diabetes: A systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. doi:10.1016/j.numecd.2013.10.028
- Ballard, O. et Morrow, A. L. (2013). Human Milk Composition. Nutrients and Bioactive Factors. *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 49-74. doi:10.1016/j.pcl.2012.10.002
- Belgian health care knowledge centre. (2014). Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery : towards integrated postnatal care. Repéré 22 mars 2021, à [https://kce.fgov.be/fr/publication/report/lorganisation-des-soins-apres-laccouchement#.Vgwwc\\_l\\_Oko](https://kce.fgov.be/fr/publication/report/lorganisation-des-soins-apres-laccouchement#.Vgwwc_l_Oko)
- Bonuck, K., Stuebe, A., Barnett, J., Labbok, M. H., Fletcher, J. et Bernstein, P. S. (2014). Effect of primary care intervention on breastfeeding duration and intensity. *American Journal of Public Health*, 104(1), 119-127. doi:10.2105/AJPH.2013.301360
- Britton, C., McCormick, F. M., Renfrew, M. J., Wade, A. et King, S. E. (2007). Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD001141.pub3
- Brockway, M., Benzie, K. et Hayden, K. A. (2017). Interventions to Improve Breastfeeding Self-Efficacy and Resultant Breastfeeding Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Human Lactation*, 33(3), 486-499. doi:10.1177/0890334417707957
- Campbell, S. H., Lauwers, J., Mannel, R. et Spencer, B. (2019). *Core Curriculum for Interdisciplinary Lactation Care*. Jones & Bartlett Learning. doi:10.1177/0890334419851800
- Critical Appraisal Skills Programme. (2008). Critical Appraisal Skills Programme: CASP Checklist.,

- (2018), 0-3. Repéré à [https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Cohort-Study-Checklist\\_2018.pdf](https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Cohort-Study-Checklist_2018.pdf)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018). Breastfeeding : Why It Matters. Repéré à <https://www.cdc.gov/breastfeeding/about-breastfeeding/why-it-matters.html>
- Centre hospitalier universitaire de Montréal. (2014). Je suis un professionnel. *Centre de Coordination de la télésanté*. Repéré à <https://telesantechum.ca/professionnel>
- Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine. (s.d.). Glossaire terminologique en télésanté.
- Chantry, C. J. (2011). Supporting the 75%: Overcoming Barriers After Breastfeeding Initiation. *Breastfeeding Medicine*, 6(5), 337-339. doi:10.1089/bfm.2011.0089
- Cowie, G. A., Hill, S. et Robinson, P. (2011). Using an online service for breastfeeding support: what mothers want to discuss. *Health Promot J Austr*, 22(2), 113-118. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21819353>
- Critch, J. N., Société canadienne de Pédiatrie et Comité de nutrition et de Gastroentérologie. (2018). La nutrition du nourrisson né à terme et en santé, de la naissance à six mois : un aperçu. *Paediatrics & Child Health*, 18(4), 208-209. doi:10.1093/pch/18.4.208
- Davie, P., Chilcot, J., Jones, L., Bick, D. et Silverio, S. A. (2020). Indicators of 'good' feeding, breastfeeding latch, and feeding experiences among healthy women with healthy infants: A qualitative pathway analysis using Grounded Theory. *Women and Birth*, (2019). doi:10.1016/j.wombi.2020.08.004
- Davis, M. K. (2001). Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence. *Pediatric Clinics of North America*. doi:10.1016/S0031-3955(05)70289-3
- Demirci, J. R. et Bogen, D. L. (2017). Feasibility and acceptability of a mobile app in an ecological momentary assessment of early breastfeeding. *Maternal and Child Nutrition*, 13(3). doi:10.1111/mcn.12342
- Dennis, C., Jackson, K. et Watson, J. (2014). Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). doi:10.1002/14651858.CD007366.pub2.www.cochranelibrary.com
- Dias, C. C. et Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2014.09.022
- DiGirolamo, A., Thompson, N., Martorell, R., Fein, S. et Grummer-Strawn, L. (2005). Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding. *Health Education and Behavior*, 32(2), 208-226. doi:10.1177/1090198104271971

- Dobbins, M. (2017). Guide pour les revues rapides. Étapes pour effectuer une revue rapide. *the National Collaborating Centre for Methods and Tools*.
- Ericson, J., Flacking, R. et Udo, C. (2017). Mothers' experiences of a telephone based breastfeeding support intervention after discharge from neonatal intensive care units: A mixed-method study. *International Breastfeeding Journal*, 12(1), 1-9. doi:10.1186/s13006-017-0142-9
- Featherstone, R. M., Dryden, D. M., Foisy, M., Guise, J. M., Mitchell, M. D., Paynter, R. A., ... Hartling, L. (2015). Advancing knowledge of rapid reviews: An analysis of results, conclusions and recommendations from published review articles examining rapid reviews. *Systematic Reviews*. doi:10.1186/s13643-015-0040-4
- Fédération médicale étudiante du Québec. 2021. Virage télémédecine au Québec : comment optimiser son implantation post-pandémie. Montréal, Québec.
- Feenstra, M. M., Jørgine Kirkeby, M., Thygesen, M., Danbjørg, D. B. et Kronborg, H. (2018). Early breastfeeding problems: A mixed method study of mothers' experiences. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 16(March), 167-174. doi:10.1016/j.srhc.2018.04.003
- Ferraz Dos Santos, L., Borges, R. F. et De Azambuja, D. A. (2020). Telehealth and Breastfeeding: An Integrative Review. *Telemedicine and e-Health*, 26(7), 837-846. doi:10.1089/tmj.2019.0073
- Forster, D. A., McKay, H., Powell, R., Wahlstedt, E., Farrell, T., Ford, R. et McLachlan, H. L. (2016). The structure and organisation of home-based postnatal care in public hospitals in Victoria, Australia: A cross-sectional survey. *Women and Birth*. doi:10.1016/j.wombi.2015.10.002
- Friesen, C. A., Hormuth, L. J., Petersen, D. et Babbitt, T. (2015). Using Videoconferencing Technology to Provide Breastfeeding Support to Low-Income Women: Connecting Hospital-Based Lactation Consultants with Clients Receiving Care at a Community Health Center. *Journal of Human Lactation*, 31(4), 595-599. doi:10.1177/0890334415601088
- Fu, I. C. Y., Fong, D. Y. T., Heys, M., Lee, I. L. Y., Sham, A. et Tarrant, M. (2014). Professional breastfeeding support for first-time mothers: A multicentre cluster randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(13), 1673-1683. doi:10.1111/1471-0528.12884
- Galipeau, R. (2011). Modelisation de facteurs associes a une perception d'insuffisance lactee. *Modelisation de Facteurs Associes a Une Perception D'insuffisance Lactee*, 247 p - 247 p 1p. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=109858057&site=ehost-live>

- Gallegos, D., Cromack, C. et Thorpe, K. J. (2018). Can a phone call make a difference? Breastfeeding self-efficacy and nurse responses to mother's calls for help. *Journal of Child Health Care*, 22(3), 433-446. doi:10.1177/1367493518757066
- Garrity, C., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., King, V. J., Hamel, C., Kamel, C., ... Stevens, A. (2021). Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 130, 13-22. doi:10.1016/j.jclinepi.2020.10.007
- Gauthier, J. et INSPQ. (2009). *Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées*.
- Gerçek, E., Sarıkaya Karabudak, S., Ardiç Çelik, N. et Saruhan, A. (2017). The relationship between breastfeeding self-efficacy and LATCH scores and affecting factors. *Journal of Clinical Nursing*. doi:10.1111/jocn.13423
- Gerd, A. T., Bergman, S., Dahlgren, J., Roswall, J. et Alm, B. (2012). Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. doi:10.1111/j.1651-2227.2011.02405.x
- Gianni, M. L., Lanzani, M., Consales, A., Bestetti, G., Colombo, L., Bettinelli, M. E., Plevani, L., Morniroli, D., Sorrentino, G., Bezze, E., Zanotta, L., Sannino, P., Cavallaro, G., Villamor, E., Marchisio, P., & Mosca, F. (2020). Exploring the Emotional Breastfeeding Experience of First-Time Mothers: Implications for Healthcare Support. *Frontiers in Pediatrics*, 8. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00199>
- Gouvernement du Canada. (2015). Nutrition du nourrisson : Mise à jour sur la nutrition du nourrisson. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/guide-alimentaire-canadien/ressources/nutrition-nourrisson.html>
- Gouvernement du Québec. (2014). *La télésanté clinique au Québec : un regard éthique*. Québec.
- Gouvernement du Québec. (2019). Accès des ménages à Internet, Québec. *Guides et outils*. Repéré à <https://www.economie.gouv.qc.ca/bibliotheques/outils/tableau-de-bord-du-numerique/acces-des-menages-a-internet-quebec/>
- Gouvernement du Québec. (2020a). Allaitement en contexte de pandémie - Outil d'information pour les parents. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002530/>
- Gouvernement du Québec. (2020b). Grossesse, accouchement et postnatal en contexte de pandémie – coronavirus Affectation préventive Pendant la grossesse et Recommandations, 2020. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/informations-pour-les-femmes-enceintes-coronavirus-covid-19/>



- Habibi, Mona F, Nicklas, J., Spence, M., Hedberg, S., Magnuson, E. et Kavanagh, K. F. (2012). Remote lactation consultation: a qualitative study of maternal response to experience and recommendations for survey development. *Journal of Human Lactation : Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 28(2), 211-217. doi:10.1177/0890334411432716
- Hankel, M. A., Kunseler, F. C., & Oosterman, M. (2019). Early Breastfeeding Experiences Predict Maternal Self-Efficacy During the Transition to Parenthood. *Breastfeeding Medicine*, 14(8), 568–574. <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.0023>
- Harari, N., Rosenthal, M. S., Bozzi, V., Goeschel, L., Jayewickreme, T., Onyebeke, C., ... Perez-Escamilla, R. (2018). Feasibility and acceptability of a text message intervention used as an adjunct tool by WIC breastfeeding peer counsellors: The LATCH pilot. *Matern Child Nutr*, 14(1). doi:10.1111/mcn.12488
- Harder, T., Bergmann, R., Kallischnigg, G. et Plagemann, A. (2005). Duration of breastfeeding and risk of overweight: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*. doi:10.1093/aje/kwi222
- Hartling, L., Guise, J. M., Kato, E., Anderson, J., Belinson, S., Berliner, E., ... Whitlock, E. (2015). A taxonomy of rapid reviews links report types and methods to specific decision-making contexts. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(12), 1451-1462.e3. doi:10.1016/j.jclinepi.2015.05.036
- Health-evidence. (2009). Developing an Efficient Search Strategy. *Health-evidence.ca*. Repéré 22 mars 2021, à [http://www.healthevidence.org/documents/practice-tools/HETools\\_DevelopingEfficientSearchStrategyUsingPICO\\_18.Mar.2013.doc](http://www.healthevidence.org/documents/practice-tools/HETools_DevelopingEfficientSearchStrategyUsingPICO_18.Mar.2013.doc)
- Horta, B., Bahl, R., Martines, J. et Victora, C. (2007). *Evidence on the long-term effects of breastfeeding*. World Health Organization (vol. 132). doi:10.1177/0033354917699826
- Horta, B., Loret De Mola, C. et Victora, C. (2015). Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. doi:10.1111/apa.13133
- Institut National de Santé Publique. (2016). *Avis sur le suivi postnatal systématique suite au congé hospitalier*, 62.
- Institut de la statistique du Québec. (2019). Naissances, décès et mariages au Québec en 2018. *Données sociodémographiques en bref*, 23(3), 711. doi:10.4267/2042/26697
- Institut National de Santé Publique. (2016). *Avis sur le suivi postnatal systématique suite au congé hospitalier*.

- Institute of Medicine. (2006). *Dietary reference intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements*. The National Academies Press.
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., ... Lau, J. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evidence report/technology assessment*. doi:10.1542/gr.18-2-15
- Jackson, K., Mantler, T. et O'Keefe-McCarthy, S. (2019). Women's Experiences of Breastfeeding-Related Pain, *44*(2).
- Jianyi, L., Yuanchao, H., Shenghui, C., Jiefeng, K. et Lilai, X. (2015). Carbon footprints of food production in China (1979-2009). *Journal of Cleaner Production*. doi:10.1016/j.jclepro.2014.11.072
- Joffe, N., Webster, F. et Shenker, N. (2019). Support for breastfeeding is an environmental imperative. *The B*, 5646(October), 16-17. doi:10.1136/bmj.l5646
- Kaltenthaler, E., Cooper, K., Pandor, A., Martyn-St James, M., Chatters, R. et Wong, R. (2016). The use of rapid review methods in health technology assessments: 3 case studies. *BMC Medical Research Methodology*. doi:10.1186/s12874-016-0216-1
- Kapinos, K., Kotzias, V., Bogen, D., Ray, K., Demirci, J., Rigas, M. A. et Uscher-Pines, L. (2019). The use of and experiences with telelactation among rural breastfeeding mothers: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(9), 1-8. doi:10.2196/13967
- Karlsson, J. O., Garnett, T., Rollins, N. C. et Rööös, E. (2019). The carbon footprint of breastmilk substitutes in comparison with breastfeeding. *Journal of Cleaner Production*. doi:10.1016/j.jclepro.2019.03.043
- Kelleher, C. M. (2006). The physical challenges of early breastfeeding. *Social Science and Medicine*. doi:10.1016/j.socscimed.2006.06.027
- Kent, J. C., Mitoulas, L. R., Cregan, M. D., Ramsay, D. T., Doherty, D. A. et Hartmann, P. E. (2006). Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day. *Pediatrics*, 117(3). doi:10.1542/peds.2005-1417
- Kramer, M. S., Aboud, F., Mironova, E., Vanilovich, I., Platt, R. W., Matush, L., ... Shapiro, S. (2008). Breastfeeding and child cognitive development: New evidence from a large randomized trial. *Archives of General Psychiatry*. doi:10.1001/archpsyc.65.5.578
- Kramer, M. S. et Kakuma, R. (2004). The optimal duration of exclusive breastfeeding: A systematic review. Dans *Advances in Experimental Medicine and Biology*.

- L'Espérance, S., Bussi eres, S., Coulombe, M., Nourissat, A. et Rhainds, M. (2017). *Analyse des produits d'examen rapide en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. CHU de Québec-Université Laval. Québec.*
- Labbok, M. H. et Starling, A. (2012). Definitions of breastfeeding: Call for the development and use of consistent definitions in research and peer-reviewed literature. *Breastfeeding Medicine*, 7(6), 397-402. doi:10.1089/bfm.2012.9975
- Lancet, T. (2016). Breastfeeding: Achieving the new normal. *The Lancet*, 387(10017), 404. doi:10.1016/S0140-6736(16)00210-5
- Lau, Y., Htun, T. P., Tam, W. S. W. et Klainin-Yobas, P. (2016). Efficacy of e-technologies in improving breastfeeding outcomes among perinatal women: a meta-analysis. *Matern Child Nutr*, 12(3), 381-401. doi:10.1111/mcn.12202
- Lavoie, A. et Dumitru, V. (2011). L'allaitement maternel : une pratique moins répandue au Québec qu'ailleurs au Canada. *Institut de la statistique du Québec*, 1(5), 2005-2006.
- Lazenbatt, A., Sinclair, M., Salmon, S., & Calvert, J. (2001). Telemedicine as a support system to encourage breast-feeding in Northern Ireland. *J Telemed Telecare*, 7(1), 54-57. <https://doi.org/10.1258/1357633011936156>
- Letourneau, J. (2017). Chronique déontologique - L'évaluation clinique: cet incontournable. *Ordre des infirmi eres et infirmiers du Québec*. Repéré à <https://www.oiiq.org/l-evaluation-clinique-cet-incontournable?inheritRedirect=true>
- Lewin, L. O. et O'Connor, M. E. (2012). « BreastfeedingBasics »: web-based education that meets current knowledge competencies. *J Hum Lact*, 28(3), 407-413. doi:10.1177/0890334411435990
- Lewis, B. A., Minnes, S., Short, E. J., Min, M. O., Wu, M., Lang, A., ... Singer, L. T. (2013). Language Outcomes at 12 Years for Children Exposed Prenatally to Cocaine. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 56(5), 1662-1676. doi:1092-4388(2013/12-0119)
- Lindberg, I., Christensson, K. et Ohrling, K. (2009). Parents' experiences of using videoconferencing as a support in early discharge after childbirth. *Midwifery*, 25(4), 357-365. doi:10.1016/j.midw.2007.06.002
- Linde, K., Lehnig, F., Nagl, M. et Kersting, A. (2020). The association between breastfeeding and attachment: A systematic review. *Midwifery*, 81. doi:10.1016/j.midw.2019.102592
- Luccioli, S., Zhang, Y., Verrill, L., Ramos-Valle, M. et Kwegyir-Afful, E. (2014). Infant feeding practices and reported food allergies at 6 years of age. *Pediatrics*. doi:10.1542/peds.2014-0646E

- Macnab, I., Rojjanasrirat, W. et Sanders, A. (2012). Breastfeeding and telehealth. *Journal of Human Lactation*, 28(4), 446-449. doi:10.1177/0890334412460512
- Mannion, C. et Mansell, D. (2012). Breastfeeding Self-Efficacy and the Use of Prescription Medication: A Pilot Study. *Obstetrics and Gynecology International*. doi:10.1155/2012/562704
- Marcucci, B. A. (2018). Use of telehealth to increase breastfeeding exclusivity and duration. *Clinical Lactation*, 9(2), 66-71. doi:10.1891/2158-0782.9.2.66
- Martin, R. M., Gunnell, D. et Smith, G. D. (2005). Breastfeeding in infancy and blood pressure in later life: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*. doi:10.1093/aje/kwh338
- McCann, A. D. et McCulloch, J. E. (2012). Establishing an online and social media presence for your IBCLC practice. *Journal of Human Lactation*, 28(4), 450-454. doi:10.1177/0890334412461304
- McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J., ... Al., E. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. doi:10.1002/14651858.CD001141.pub5
- Melo, M. do C. B. de, Keitte, L. O. da C., Nathália, K. M. A. et Freitas, N. F. de. (2017). Breastfeeding inserted in telehealth : an integrative review.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008a). *Formation de base en allaitement maternel Guide à l'intention des formateurs* (édité par Gouvernement du Québec).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008b). *Politique de périnatalité 2008-2018 - Un projet porteur de vie*. Repéré à [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2011). *L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices*. Repéré à <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/spectre-de-lautisme>
- Mulder, P. J. (2006). A concept analysis of effective breastfeeding. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(3), 332-339. doi:10.1111/J.1552-6909.2006.00050.x
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Postnatal care : Quality standard. Nursing times* (vol. 37). doi:10.1177/1755738013479943
- Neifert, M. et Bunik, M. (2013). Overcoming clinical barriers to exclusive breastfeeding. *Pediatr Clin North Am*, 60(1), 115-145. doi:10.1016/j.pcl.2012.10.001

- Neifert, M. R., Seacat, J. M., Jobe, W. E. et Neifert, R. (1985). Lactation Failure Due to Insufficient Glandular Development of the Breast. *Pediatrics*, 76(5), 823-828.
- Neville, C. E., McKinley, M. C., Holmes, V. A., Spence, D. et Woodside, J. V. (2014). The relationship between breastfeeding and postpartum weight change-a systematic review and critical evaluation. *International Journal of Obesity*. doi:10.1038/ijo.2013.132
- Office québécois de la langue française. (2012). Fiche terminologique : nourrisson. Repéré 22 mars 2021, à [http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=8393394](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8393394)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). *Soins de proximité en périnatalité* (édité par Ordre des infirmières et infirmiers du Québec).
- Organisation mondiale de la santé. (1999). *Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement*. Genève.
- Organisation mondiale de la santé. (2003). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant* (édité par Organisation mondiale de la santé (OMS)). Genève.
- Organisation mondiale de la santé. (2007). Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding. *Young*, 2-6.
- Organisation mondiale de la santé. (2013). WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. *World Health Organization*, 1-72. doi:978 92 4 150664 9
- Organisation mondiale de la santé. (2017). *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services*. World Health Organization. Repéré à <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf>
- Organisation mondiale de la santé. (2020). *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : investir dans la formation, l'emploi et le leadership*.
- Organisation mondiale de la santé et UNICEF. (1990). Déclaration d'Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel. Dans *L'allaitement maternel dans les années 90: une initiative mondiale* (p. 1-3). Florence (Italie).
- Organisation mondiale de la santé et Unicef. (2009). *Déclaration commune OMS/UNICEF Les visites à domicile pour les soins aux nouveau-nés : une stratégie destinée à améliorer la survie de l'enfant*.
- Organisation Mondiale de la Santé et Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance. (2019). Increasing Commitment To Breastfeeding Through Funding and Improved Policies and Programmes. *Global Breastfeeding Collective*, (3), 1-4. Repéré à

<https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2019/en/>

- Papp, L. M. (2014). Longitudinal associations between breastfeeding and observed mother-child interaction qualities in early childhood. *Child: Care, Health and Development*. doi:10.1111/cch.12106
- Pérez-Escamilla, R., Martinez, J. L. et Segura-Pérez, S. (2016). Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Maternal and Child Nutrition*, 12(3), 402-417. doi:10.1111/mcn.12294
- Phillips, K. F. . (2011) Perceptions and Lived Experiences with Breastfeeding. *International Journal of Childbirth Education*, 26(3), 18-22.
- Polisena, J., Garritty, C., Kamel, C., Stevens, A. et Abou-Setta, A. M. (2015). Rapid review programs to support health care and policy decision making: A descriptive analysis of processes and methods. *Systematic Reviews*. doi:10.1186/s13643-015-0022-6
- Registered Nurses Association of Ontario Guidelines. (2018). Breastfeeding - Promoting and Supporting the Initiation , Exclusivity , and Continuation of Breastfeeding for Newborns , Infants , and Young Children, (July).
- Richardson, W. S., Wilson, M. C., Nishikawa, J. et Hayward, R. S. (1995). The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *ACP journal club*. doi:10.7326/ACPJC-1995-123-3-A12
- Rigourd, V., Jacquemain, K., Mari, S., De Villepin, B., Bellanger, C., Serror, J. Y. et Guyonnet, A. (2019). Allaitement maternel : difficultés et complications. *Perfectionnement en Pédiatrie*, 2(1), 62-71. doi:10.1016/j.perped.2019.01.003
- Rojjanasrirat, W, Nelson, E. L. et Wambach, K. A. (2012). A pilot study of home-based videoconferencing for breastfeeding support. *Journal of Human Lactation*, 28(4), 464-467. doi:10.1177/0890334412449071
- Rojjanasrirat, Wilaiporn, Nelson, E.-L. et Wambach, K. A. (2012). A pilot study of home-based videoconferencing for breastfeeding support. *Journal of Human Lactation : Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 28(4), 464-467. doi:10.1177/0890334412449071
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists et The Royal College of Midwives. (2021). *Coronavirus ( COVID-19 ) Infection in Pregnancy*.
- Santos, C. M. da C., Pimenta, C. A. de M. et Nobre, M. R. C. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511. doi:10.1590/s0104-11692007000300023

- Schmied, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C. et Dykes, F. (2011). Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis. *Birth*, 38(1), 49-60. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00446.x
- Seguranyes, G., Costa, D., Fuentelsaz-Gallego, C., Beneit, J. V., Carabantes, D., Gómez-Moreno, C., ... Miguel, S. (2014). Efficacy of a videoconferencing intervention compared with standard postnatal care at primary care health centres in Catalonia. *Midwifery*, 30(6), 764-771. doi:10.1016/j.midw.2013.08.004
- Sidani, S., et Braden, C. J. (1998). *Evaluating nursing interventions: A theory-driven approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Société canadienne de Pédiatrie. (2012). L'Initiative Amis des bébés : protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement. Repéré à <https://www.cps.ca/fr/documents/position/initiative-amis-des-bebes-allaitement#ref1>
- Statistique Canada. (2014). Tendances de l'allaitement au Canada. *Coup d'oeil sur la santé*. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/11879-fra.htm#a1>
- Ström, M., Marklund, B. et Hildingh, C. (2006). Nurses' perceptions of providing advice via a telephone care line. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 15(20), 1119-1125. doi:10.12968/bjon.2006.15.20.22297
- Stuebe, A. M., Bonuck, K., Adatorwovor, R., Schwartz, T. A. et Berry, D. C. (2016). A Cluster Randomized Trial of Tailored Breastfeeding Support for Women with Gestational Diabetes. *Breastfeeding Medicine*, 11(10), 504-513. doi:10.1089/bfm.2016.0069
- Tahir, N. M. et Al-Sadat, N. (2013). Does telephone lactation counselling improve breastfeeding practices? A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 50(1), 16-25. Repéré à <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed14&AN=366403918>
- Teich, A. S., Barnett, J. et Bonuck, K. (2014). Women's perceptions of breastfeeding barriers in early postpartum period: a qualitative analysis nested in two randomized controlled trials. *Breastfeed Med*, 9(1), 9-15. doi:10.1089/bfm.2013.0063
- Thomas, J. et Hildingsson, I. (2019). Sweden. Dans P. Kennedy et N. Kodate (dir.), *Maternity Services and Policy in an International Context Risk, Citizenship and Welfare Regimes* (p. 300). Routledge.
- Tornese, G., Ronfani, L., Pavan, C., Demarini, S., Monasta, L. et Davanzo, R. (2012). Does the LATCH score assessed in the first 24 hours after delivery predict non-exclusive breastfeeding at

hospital discharge? *Breastfeeding Medicine*. doi:10.1089/bfm.2011.0120

Tricco, A., Antony, J., Zarin, W., Striffler, L., Ghassemi, M., Ivory, J., ... Straus, S. E. (2015). A scoping review of rapid review methods. *BMC Medicine*, 13(1). doi:10.1186/s12916-015-0465-6

Tricco, A., Langlois, E. et Straus, S. (2017). *Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide*. Organisation Mondiale de la Santé. doi:10.1111/j.1365-2966.2008.12859.x

US Force Preventive Services Task. (2016). Primary care interventions to support breastfeeding US preventive services task force recommendation statement. *Journal of the American Medical Association*, 316(16), 1688-1693. doi:10.1001/jama.2016.14697

Uscher-Pines, L., Ghosh-Dastidar, B., Bogen, D. L., Ray, K. N., Demirci, J. R., Mehrotra, A. et Kapinos, K. A. (2020). Feasibility and Effectiveness of Telelactation Among Rural Breastfeeding Women. *Academic Pediatrics*, 20(5), 652-659. doi:10.1016/j.acap.2019.10.008

Uscher-Pines, L., Mehrotra, A. et Bogen, D. L. (2017). The emergence and promise of telelactation. *Am J Obstet Gynecol*, 217(2), 176-178.e1. doi:10.1016/j.ajog.2017.04.043

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., ... Richter, L. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7

Wagner, E. A., Chantry, C. J., Dewey, K. G. et Nommsen-Rivers, L. A. (2013). Breastfeeding Concerns at 3 and 7 Days Postpartum and Feeding Status at 2 Months. *Pediatrics*, 132(4), e865-e875. doi:10.1542/peds.2013-0724

Walker, A. (2010). Breast Milk as the Gold Standard for Protective Nutrients. *Journal of Pediatrics*, 156(2 SUPPL.), S3-S7. doi:10.1016/j.jpeds.2009.11.021

Watt, A., Cameron, A., Sturm, L., Lathlean, T., Babidge, W., Blamey, S., ... Maddern, G. (2008). Rapid reviews versus full systematic reviews: An inventory of current methods and practice in health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. doi:10.1017/S0266462308080185

Williamson, I., Leeming, D., Lyttle, S. et Johnson, S. (2012). « It should be the most natural thing in the world »: Exploring first-time mothers' breastfeeding difficulties in the UK using audio-diaries and interviews. *Maternal and Child Nutrition*, 8(4), 434-447. doi:10.1111/j.1740-8709.2011.00328.x



## **Annexes**

# Annexe A L'Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé : dix conditions pour le succès à l'allaitement maternel



## PROTÉGER, PROMOUVOIR ET SOUTENIR L'ALLAITEMENT MATERNEL : RECOMMANDATION CANADIENNE ET LES DIX CONDITIONS POUR LE SUCCÈS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Allaiter exclusivement pendant les six premiers mois, puis continuer jusqu'à ce que le bébé ait deux ans ou plus en ajoutant des aliments complémentaires appropriés.

	OMS/UNICEF (2018)	CANADA (2017) <sup>1</sup>
<b>CONDITION 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Se conformer entièrement au <i>Code international de commercialisation des substituts du lait maternel</i> et aux résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé;</li> <li>b. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et la porter systématiquement à la connaissance du personnel soignant et des parents;</li> <li>c. Mettre sur pied des systèmes de gestion de données et de surveillance continue.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adopter une politique d'allaitement formulée par écrit et portée systématiquement à la connaissance de tous les employés, professionnels de la santé et des bénévoles.</li> </ul>
<b>CONDITION 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que le personnel soignant possède des connaissances, compétences et habiletés suffisantes pour soutenir l'allaitement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que tous les employés, les professionnels de la santé et les bénévoles ont les connaissances et les habiletés nécessaires pour mettre en oeuvre la politique d'alimentation de l'enfant.</li> </ul>
<b>CONDITION 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discuter de l'importance de l'allaitement, et de sa gestion, avec les femmes enceintes et leur famille.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer les femmes enceintes et leur famille de l'importance et de la gestion quotidienne de l'allaitement.</li> </ul>
<b>CONDITION 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser un contact peau contre peau immédiat et ininterrompu, et assurer un soutien aux mères pour qu'elles amorcent l'allaitement au sein dès que possible après la naissance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placer les bébés en contact peau contre peau avec leur mère dès la naissance et de façon ininterrompue pour au moins une heure ou jusqu'à la fin de la première tétée ou aussi longtemps que la mère le désire. Aider les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter et leur offrir de l'aide au besoin.</li> </ul>

© Sa Majesté la Reine du chef d'Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2019. Cat.: HP15-44/2019.F.PDF ISBN: 978-0-660-28129-3 Pub.: 190271



**PROTÉGER, PROMOUVOIR ET SOUTENIR  
L'ALLAITEMENT MATERNEL : RECOMMANDATION  
CANADIENNE ET LES DIX CONDITIONS POUR  
LE SUCCÈS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL**

	<b>OMS/UNICEF (2018)</b>	<b>CANADA (2017)<sup>1</sup></b>
<b>CONDITION 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apporter un soutien aux mères pour qu'elles amorcent l'allaitement au sein et continuent de le faire, et les aider à résoudre toutes difficultés qui se présentent.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aider les mères à amorcer l'allaitement et à maintenir la lactation en cas de problèmes incluant la séparation de leur nourrisson.</li> </ul>
<b>CONDITION 6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne donner, aux nouveau-nés qui allaitent au sein, aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir les mères à allaiter exclusivement pour les six premiers mois à moins que des suppléments soient indiqués médicalement.</li> </ul>
<b>CONDITION 7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre aux mères et à leur nourrisson de demeurer ensemble et de cohabiter 24 heures sur 24.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faciliter la cohabitation sur 24 heures sur 24 pour toutes les dyades mères-bébés: mères et bébés restent ensemble.</li> </ul>
<b>CONDITION 8</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aider les mères à reconnaître les signaux du nourrisson pour s'alimenter et à y répondre adéquatement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager l'allaitement en réponse aux signaux du bébé.</li> <li>• Encourager la poursuite de l'allaitement au-delà de six mois au moment de l'introduction d'aliments complémentaires appropriés.</li> </ul>
<b>CONDITION 9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseiller les mères sur la façon d'utiliser les biberons, les tétines artificielles ou sucettes, ainsi que les risques qui y sont associés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager les mères à nourrir et à prendre soin de leur bébé sans avoir recours à une suce d'amusement ou à une tétine artificielle.</li> </ul>
<b>CONDITION 10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordonner les congés de l'hôpital de façon à ce que les parents et le nourrisson aient un accès opportun à un soutien et à des soins continus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer des liens fluides entre les services fournis par l'hôpital, les services de santé communautaire et les groupes d'entraide en allaitement.</li> <li>• Appliquer des principes de soins de santé primaires et de santé des populations pour soutenir les mères sur le continuum de soins et implanter des stratégies qui influenceront positivement les taux d'allaitement.</li> </ul>

<sup>1</sup> Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est l'autorité en ce qui concerne l'allaitement maternel et l'Initiative des amis des bébés au Québec. Il s'ensuit que les normes qui y sont en vigueur sont celles du MSSS.

Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet du document intitulé *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*, ou pour télécharger ce document, lancez une recherche « soins à la mère et au nouveau-né » sur le site [CANADA.CA](http://CANADA.CA).

# Annexe B Modèle PICR [traduction libre] (Health-evidence, 2009)

**Tableau des termes de recherche PICR**

	Population concernée	Intervention à considérer	Éléments Comparatif	Résultats étudiés
<b>Synonymes, autres mots-clés ou expressions</b>	Mothers, Primipara mother, Healthy term babies	Telehealth, Telemedicine, Remote Consultation, Telenursing, Videoconferencing, Teleconferencing, videoconference, mhealth, mobile health, telehealth, virtual health, virtual intervention,	Nursing lactation care, Nursing lactation Service	Breastfeeding intentions, Breastfeeding duration, Breastfeeding support, Exclusive breastfeeding
<b>MeSH</b> <i>* Consultation des thésaurus de chaque base de données spécifique pour les termes</i>  <i>*Exemple ci-joint avec PubMed</i>	Ce concept est implicitement inclus dans l'allaitement maternel.	Telemedicine[MH:NOEXP] OR Remote Consultation[MH] OR Telenursing[MH] OR Videoconferencing[MH] OR eMedicine[TIAB] OR "e-medicine"[TIAB] OR "tele medicine"[TIAB] OR telemedicine[TIAB] OR "web based medicine"[TIAB] OR "virtual medicine"[TIAB] OR eNursing[TIAB] OR "e-nursing"[TIAB] OR "tele nursing"[TIAB] OR telenursing[TIAB] OR "web based nursing"[TIAB] OR virtual nursing[TIAB] OR eHealth[TIAB] OR "e-health"[TIAB] OR mHealth[TIAB] OR "m health"[TIAB] OR mobile health[TIAB] OR "tele health"[TIAB] OR telehealth[TIAB] OR virtual health[TIAB] OR eMonitoring[TIAB] OR "e-Monitoring"[TIAB] OR "tele monitoring"[TIAB] OR telemonitoring[TIAB] OR "web based monitoring"[TIAB] OR "virtual monitoring"[TIAB] OR remote monitoring[TIAB] OR remote patient monitoring[TIAB] OR "web based monitoring"[TIAB] OR "web based interactive monitoring"[TIAB] OR eIntervention[TIAB] OR "e-intervention"[TIAB] OR "tele intervention"[TIAB] OR teleintervention*[TIAB] OR "web based intervention"[TIAB] OR "virtual intervention"[TIAB] OR "virtual interventions"[TIAB] OR videoconferenc*[TIAB] OR videoconferenc*[TIAB] OR teleconferenc*[TIAB] OR "tele conference"[TIAB] OR "tele conferences"[TIAB] OR "tele conferencing"[TIAB] OR elearning[TIAB] OR webinar*[TI] OR webcast*[TI] OR "e-learning"[TIAB] OR etechnology[TIAB] OR "e-technology"[TIAB] OR eMedicine[OT] OR "e-medicine"[OT] OR "tele medicine"[OT] OR telemedicine[OT] OR "web based medicine"[OT] OR "virtual medicine"[OT] OR eNursing[OT] OR "e-nursing"[OT] OR "tele nursing"[OT] OR telenursing[OT] OR	Nursing[MH] OR Nursing care[MH] OR Nurses[MH] OR Nursing Staff[MH] OR Nursing Team[MH] OR "Model, nursing"[MH] OR "Nurse's Role"[MH] OR Nursing Stations[MH] OR Nursing Services[MH] OR Nursing Process[MH] OR Nursing[SH] OR Nurse*[TI] OR nursing*[TI] OR CNS[TI] OR CNSs[TI] OR Nurse*[OT] OR nursing*[OT] OR CNS[OT] OR CNSs[OT]	Breast Feeding[MH] OR breastfeed*[TI] OR breast fed*[TI] OR breast feed*[TI] OR breastfeed*[OT] OR breastfeed*[OT] OR breast fed*[OT] OR breast feed*[OT]

		<p>"web based nursing"[OT] OR virtual nursing[OT] OR eHealth[OT] OR "e-health"[OT] OR mHealth[OT] OR "m health"[OT] OR mobile health[OT] OR "tele health"[OT] OR telehealth[OT] OR virtual health[OT] OR eMonitoring[OT] OR "e-Monitoring"[OT] OR "tele monitoring"[OT] OR telemonitoring[OT] OR "web based monitoring"[OT] OR "virtual monitoring"[OT] OR remote monitoring[OT] OR remote patient monitoring[OT] OR "web based monitoring"[OT] OR "web based interactive monitoring"[OT] OR eIntervention[OT] OR "e-intervention"[OT] OR "tele intervention"[OT] OR teleintervention*[OT] OR "web based intervention"[OT] OR "virtual intervention"[OT] OR "virtual interventions"[OT] OR videoconferenc*[OT] OR video conferenc*[OT] OR teleconferenc*[OT] OR "tele conference"[OT] OR "tele conferences"[OT] OR "tele conferencing"[OT] OR elearning[OT] OR webinar*[TI] OR webcast*[TI] OR "e-learning"[OT] OR etechnology[OT] OR "e-technology"[OT] OR internet[TI] OR online[TI] OR web[TI] OR web*[TI] OR website*[TI] OR cell phone*[TI] OR cellular phone*[TI] OR cellular telephone*[TI] OR mobile phone*[TI] OR mobile telephone*[TI] OR smart phone*[TI] OR smartphone*[TI] OR iphone*[TI] OR iphone*[TI] OR text messag*[TI] OR mobile app*[TI] OR portable electronic app*[TI] OR portable software app*[TI]</p>		
--	--	--	--	--

# Annexe C Autorisation d'utilisation de la figure 1 (Davie et al., 2020) par Elsevier et Copyright Clearance Center

RightsLink - Your Account

2021-12-20 11:41



[My Orders](#)

[My Library](#)

[My Profile](#)

Welcome [annie.boisvert.5@umontreal.ca](#) [Log out](#) | [Help](#) | [FAQ](#)

[My Orders](#) > [Orders](#) > [All Orders](#)

## License Details

This Agreement between Mrs. Annie Boisvert ("You") and Elsevier ("Elsevier") consists of your license details and the terms and conditions provided by Elsevier and Copyright Clearance Center.

[Print](#) [Copy](#)

<a href="#">License Number</a>	5213130207496
<a href="#">License date</a>	Dec 20, 2021
<a href="#">Licensed Content Publisher</a>	Elsevier
<a href="#">Licensed Content Publication</a>	Women and Birth
<a href="#">Licensed Content Title</a>	Indicators of 'good' feeding, breastfeeding latch, and feeding experiences among healthy women with healthy infants: A qualitative pathway analysis using Grounded Theory
<a href="#">Licensed Content Author</a>	Philippa Davie, Joseph Chilcot, Louise Jones, Debra Bick, Sergio A. Silverio
<a href="#">Licensed Content Date</a>	Jul 1, 2021
<a href="#">Licensed Content Volume</a>	34
<a href="#">Licensed Content Issue</a>	4
<a href="#">Licensed Content Pages</a>	11
<a href="#">Type of Use</a>	reuse in a thesis/dissertation
<a href="#">Portion</a>	figures/tables/illustrations
<a href="#">Number of figures/tables/illustrations</a>	1
<a href="#">Format</a>	electronic
<a href="#">Are you the author of this Elsevier article?</a>	No
<a href="#">Will you be translating?</a>	No
<a href="#">Title</a>	Effets d'un soutien à l'allaitement par vidéoconférence sur l'expérience d'allaitement vécue par des mères de nouveau-né à terme : une revue rapide
<a href="#">Institution name</a>	Université de Montréal
<a href="#">Expected presentation date</a>	Dec 2021
<a href="#">Portions</a>	Fig.1. Thematic map of Grounded Theory including super-categories (blue) and themes (black) on page 4
<a href="#">Requestor Location</a>	Mrs. Annie Boisvert

[Publisher Tax ID](#)  
Total  
Attn: Université de Montréal  
GB 494 6272 12  
**0.00 CAD**

[BACK](#)

Copyright © 2021 [Copyright Clearance Center, Inc.](#) All Rights Reserved. [Privacy statement](#) . [Terms and Conditions](#) . Comments? We would like to hear from you. E-mail us at [customer@copyright.com](mailto:customer@copyright.com)

## Annexe D Stratégie de recherche documentaire avec PubMed

1	Sciences infirmières	(Nurse* OR nursing*) OR (Nurse* [ti] OR nursing*[ti] OR CNS OR CNSs)
2	Allaitement	(Lactation*[ti] OR breastmilk*[ti] OR breast milk*[ti] OR human milk[ti] OR breastfeed*[ti] OR breastfed*[ti] OR breast feed*[ti] OR breast fed*[ti] OR Colostrum[ti] OR Galactagogue*[ti] OR (milk[ti] AND maternal[ti]) OR Lactation*[OT] OR breastmilk*[OT] OR breast milk*[OT] OR human milk[OT] OR breastfeed*[OT] OR breastfed*[OT] OR breast feed*[OT] OR breast fed*[OT] OR Colostrum[OT] OR Galactagogue*[OT] OR (milk[OT] AND maternal[OT]) OR Milk, Human[mj] OR Breast Feeding[Mj])
3	Vidéoconférence	Telemedicine [Mj:noexp] OR remote consultation[Mj] OR tele*[ti] OR video*[ti] OR remote[ti] OR tele*[OT] OR video*[OT] OR remote[OT] Telelactation[ti] OR Telelactation[OT]
6	Combinaison, limitations et résultats	(#1 AND #2) OR #3 AND (English[LA] OR French[LA]) 147 résultats

## **Annexe E Critères pour la publication**

L'*International Breastfeeding Journal* publie des articles portant sur de nombreux domaines touchant l'allaitement : soins infirmiers, les sages-femmes, la pédiatrie, l'obstétrique, la médecine familiale, la santé publique, l'immunologie, la physiologie, la sociologie et bien d'autres sujets. Ce journal publie des articles scientifiques à la fois sur la physiologie de la lactation, le contexte social et culturel dans lequel se déroule l'allaitement, notamment les interventions visant à augmenter l'initiation et la durée de l'allaitement ainsi que la gestion des problèmes d'allaitement.

Pour les articles de recherche, il a été possible de consulter la section des critères d'examen. Le résumé rédigé en anglais ne doit pas dépasser 350 mots et doit être structuré avec le contexte, le corps principal du résumé et une courte conclusion. Il peut y avoir de trois à dix mots-clés représentant le contenu principal de l'article. Le contexte doit expliquer la problématique, les objectifs et un résumé de la recherche dans la littérature existante et la question de recherche. Le texte principal doit contenir le corps de l'article et peut également être divisé en sous-sections avec des titres courts et informatifs. Pour finir, la conclusion doit énoncer clairement les principales conclusions et inclure une explication de leur pertinence ou de leur importance pour le domaine. La soumission de l'article s'effectue directement sur le site du responsable éditorial de *BMC - International Breastfeeding Journal*.