

21

Actions de promotion de l'allaitement

Ce chapitre a pour objet de présenter des documents et articles scientifiques qui évaluent l'efficacité¹¹² des actions permettant de promouvoir, auprès de toutes les populations (dont les plus vulnérables socialement), l'initiation et/ou la durée de l'allaitement pour des bébés nés à terme et en bonne santé¹¹³.

Les actions qui relevaient de techniques plus larges qui ont notamment un effet sur l'allaitement n'ont pas été retenues dans la mesure où il existe déjà des revues de littérature sur ces sujets. Nous ne ferons que les mentionner : le « peau à peau », le « kangourou » (Conde-Agudelo et coll., 2003 ; Moore et coll., 2007), le « *rooming-in* » (Sharifah et coll., 2007), l'usage de la tétine (Jaafar et coll., 2011)... N'ont pas été retenues également les interventions qui visent exclusivement la prolongation de l'allaitement en s'attelant à la résolution des maux de l'allaitement tels que les mastites (Crepinsek et coll., 2008). Enfin, les approches issues de travaux conduits en psychologie se situent en dehors de notre champ de compétences ; elles n'ont pas été traitées, notamment la théorie du comportement planifié qui vise à expliquer ou infléchir les comportements en matière d'alimentation du nourrisson (McMillan et coll., 2009 ; Bai et coll., 2011).

Il existe une importante littérature sur des interventions qui conjuguent différentes actions et qui de ce fait rendent difficiles l'évaluation d'une action isolée ou de la combinaison de ces actions. C'est ainsi que dans un souci de comparabilité les initiatives conduites sur ou autour de programmes complets implantés dans les maternités et hôpitaux (tel *Best Start*, les accréditations *Baby Friendly Initiative* – Unicef –, NIDCAP¹¹⁴, IHAB¹¹⁵...) n'ont pas été rete-

112. La question du coût comparé de ces actions de promotion n'entre pas dans le champ de ce chapitre.

113. Une littérature abondante est consacrée au développement de l'allaitement pour les prématurés : elle n'entre pas dans le cadre de ce chapitre. Il est cependant important de souligner qu'il existe un fort gradient social de la prématurité. Un ensemble d'études (dont pour la France : Epipage, MOSAIC (*Models of Organizing Access to Intensive Care for very preterm births*) dans le cadre du 5^e PCRD) montre qu'il existe de fortes inégalités sociales et géographiques.

114. NIDCAP : *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

115. IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébé

nues. Ce critère d'exclusion se retrouve aussi dans les méthodologies adoptées par d'autres revues de littérature (Dyson et coll., 2005 ; Spiby et coll., 2009).

Les actions retenues se rapportent aux pratiques, à la formation et à l'amélioration des pratiques des professionnels, des volontaires et des pairs. Elles reposent sur les études qui renseignent le taux d'initiation de l'allaitement et la durée de ce dernier. Nous avons exclu les articles ayant recours à des mesures d'initiation à l'allaitement à partir d'« échelles psychométriques » signalées pour leur faiblesse scientifique.

La littérature scientifique sur l'allaitement se situe principalement dans des contextes de pays développés. Presque toutes les publications sur les actions de promotion de l'allaitement sont issues du monde anglo-saxon, quelques-unes se situant en France. Cependant, parmi les pays industrialisés, l'organisation sociale autour de la maternité/paternité varie beaucoup d'un pays à l'autre (voir le chapitre « Facteurs sociaux de l'allaitement ») et les systèmes de périnatalité et de prévention peuvent aussi être différents du modèle français. Au-delà de ces déterminants macro-sociaux, de nombreuses autres différences existent et impactent directement le budget économique des familles qu'il s'agisse du prix du lait premier âge ou du remboursement des tires-laits et de ses consommables... Ces éléments peuvent jouer de façon différente en fonction de la durée de l'allaitement. Aussi, comparer différents contextes sociaux et économiques ne permet pas forcément l'extrapolation d'un pays à l'autre et reste un exercice délicat et d'un intérêt critiqué (Renfrew et coll., 2005).

Limites des études

La littérature examinée dans ce chapitre comprend des essais contrôlés randomisés, des études de suivi « avant-après », des études rétrospectives, des méta-analyses, peu nombreuses, ou des approches qualitatives. Les tailles des essais contrôlés randomisés que nous avons pu retenir sont en général assez modestes, le plus petit avec des groupes d'une quarantaine de sujets (Finch et Daniel, 2002). La rigueur de la très grande majorité des articles est faible. Ce constat est partagé par un ensemble de scientifiques (Guise et coll., 2003 ; Renfrew et coll., 2005 et 2007). Les principales limites méthodologiques des études présentées dans ce chapitre sont les suivantes :

- l'absence de la mesure du taux d'initiation et/ou de la durée d'allaitement. Le plus souvent, les données collectées se réduisent au nombre de femmes qui ont initié l'allaitement et à la durée de d'allaitement, qui varie entre 2 semaines et 6 mois et rend difficile la comparaison des études ;
- la qualification de ce qui relève d'un allaitement exclusif n'est souvent pas claire (Aarts et coll., 2000 ; Jolly et coll., 2012a) ;
- le mode de recrutement des populations participant à l'expérimentation n'est souvent pas décrit (aléatoire ou pas) ce qui peut induire des biais,

notamment parce que les femmes les plus dotées scolairement sont les plus promptes à se porter volontaires, or elles sont aussi plus nombreuses à vouloir allaiter ;

- les schémas de l'intervention ne sont pas précisés, et la participation d'un acteur commun intervenant dans le groupe contrôle et le groupe d'intervention n'est pas documentée ;
- l'attrition (perdus de vue et refus au cours du suivi) est rarement rapportée ;
- les données sociodémographiques sont peu renseignées et les ajustements nécessaires pas toujours réalisés.

À ces limites méthodologiques, il convient d'ajouter les difficultés liées au manque d'études comparatives entre la promotion de l'allaitement et l'offre systématique de lait premier âge, qui perdure malgré la réglementation internationale¹¹⁶. Une étude conduite aux États-Unis sur l'identification de la mixité de l'allaitement à l'hôpital en lien avec la proposition de lait premier âge pointe que sur 150 mères à faibles revenus, 66 % avaient initié l'allaitement et 78 % d'entre elles recevaient en plus du lait premier âge alors que pour 87 % d'entre elles il n'y avait pas de raison médicale claire pour y recourir (Tender et coll., 2009). Au demeurant, la même étude souligne que les femmes qui n'avaient pas reçu une information prénatale sur l'allaitement pourraient être presque 5 fois plus enclines à accepter l'allaitement mixte que celles qui avaient reçu une information (OR=4,7 ; IC 95 % [1,05-21,14]) (Tender et coll., 2009). Cependant, il est aussi signalé par plusieurs études (Hamlyn et coll., 2002 ; Dyson et coll., 2003) que l'encouragement à l'exclusivité est contre-productif, notamment chez des personnes défavorisées classées dans des minorités ethniques, qui souhaitent explicitement recourir à un allaitement mixte dès la naissance. Ces éléments sont soulignés dans la littérature qualitative où l'allaitement exclusif est présenté comme empreint d'une « ambivalence générée par des craintes relatives à un lait maternel qui pourrait être dangereux à cause des maladies de la mère, du tabac, de l'alcool ou de sa mauvaise alimentation ». De plus, les laits infantiles premiers âges sont généralement bien acceptés, particulièrement à cause de l'ajout de nutriments (Chapman, 2010).

Méthode d'analyse de la littérature

Dans ce chapitre, une attention particulière sera portée à la maîtrise de la composition sociale des groupes contrôle et intervention. Il convient de veiller à ce qu'une intervention ne creuse pas les inégalités sociales de santé en bénéficiant d'abord (voire uniquement) aux populations qui sont déjà les plus

116. Il existe depuis 1981 un Code international de commercialisation des substituts du lait maternel adopté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour « protéger la santé de l'enfant en évitant la promotion inappropriée des substituts du lait maternel ». Pour une discussion sur l'application de ce code, en France : Cf. « Substituts du lait maternel : un « code international de marketing » bafoué ». Revue Prescrire 2005, (Editorial) Décembre, n°267, p. 855-856

promptes à adopter l'allaitement (Hart, 1971). Afin d'attribuer un grade de qualité aux articles, il a été tenu compte de la présence ou non de plusieurs items : description de l'échantillonnage, taille de l'échantillon, méthode de mesure de la pratique, mode de collecte des réponses, taux de perdus de vue, présence du profil socioéconomique des perdus de vue, présence d'un intervalle de confiance, analyse des résultats sous l'angle d'un gradient, présence d'un focus sur les sujets économiquement faibles (cet élément ne nuit pas à la qualité de l'étude mais en limite l'information). Chaque item comptant pour un point, le groupe A correspond aux articles ayant un score supérieur à la moyenne de l'ensemble des articles. Les articles de grade A seront considérés de bonne qualité scientifique et présentés. Certains articles dont la robustesse scientifique pourrait être améliorée (score inférieur à la moyenne) mais qui ont le mérite de poser des questions, de proposer des schémas d'interventions intéressants, « prometteurs » ont également été analysés. Le grade B est alors explicitement mentionné.

Par ailleurs, ont été retenus des articles portant sur des aspects qualitatifs et, en particulier, prenant en compte le point de vue des parents. En effet, plusieurs auteurs déplorent « le manque de compréhension de la nature psycho-socio-biologique de l'allaitement dans la littérature. Les études sur les interventions considèrent rarement les effets d'une action sur les perceptions, sentiments, sur le contexte social et culturel de l'allaitement » (Renfrew et coll., 2007). Ces auteurs poursuivent : « Il est notable que dans un champ où les comportements et les considérations des femmes, de leurs familles et de la société est si crucial, peu d'études incorporent une évaluation des points de vue des participants ». Ce constat est réitéré dans d'autres revues de littérature (Miller et coll., 2007 ; Britton et coll., 2009) qui parmi les essais contrôlés randomisés ne dégagent que 2 articles (Dennis et coll., 2002 ; Graffy et coll., 2004) prenant en compte la mesure du niveau de satisfaction des mères à l'issue de l'intervention. À ceux-là ne se rajoutent que deux articles récents : Labarere et coll. (2005) et Hoddinott et coll. (2009). De même en France, une enquête commanditée par l'Inpes (Institut de prévention et d'éducation pour la santé)¹¹⁷ permet de préciser la perception à l'égard de l'allaitement et les attentes actuelles des femmes. Il y apparaît que les femmes souhaitent plus d'accompagnement pendant l'allaitement et un congé de maternité plus long. Une étude anglo-saxonne rapporte que 87 % des femmes qui ont cessé d'allaiter autour de 6 semaines auraient souhaité continuer plus longtemps (Hamlyn et coll., 2002).

Précisons que les articles qualitatifs rassemblent l'analyse d'entretiens approfondis (il ne s'agit pas de tests de satisfaction) ; la hiérarchisation de la pertinence de ces articles s'appuie sur des critères spécifiques (Noblit et Hare, 1988 ; Salford, 2001 ; Dixon-Woods et coll., 2007). Ces études qualitatives

117. Enquête réalisée par BVA du 23 novembre au 16 décembre 2009 chez 1008 femmes représentatives ayant un enfant de moins de 6 ans.

permettent de remettre en perspective certains éléments concernant le sens de la pratique et son insertion dans les contextes réels de vie, notamment le retour au travail (Rojjanasrirat et Sousa, 2010).

Limites de l'essai contrôlé randomisé dans le champ des interventions de promotion de l'allaitement

Dans nombre d'essais contrôlés randomisés concernant des interventions pour promouvoir l'allaitement, la description du schéma d'intervention reste peu documentée, notamment les conditions de mises en œuvre des interventions. Ainsi, il est rare que soient mentionnés des facteurs basiques comme par exemple : l'intensité de l'intervention (nombre d'interactions avec les intervenants...), la proactivité, le niveau de formation/qualification des intervenants. Plus avant, cette remarque permet d'introduire une réflexion sur les limites de l'essai contrôlé randomisé comme unique modèle d'évaluation pour apprécier l'efficacité d'interventions de promotion de l'allaitement en milieu complexe et surtout sur la dimension de « transférabilité » de ces résultats.

Pour alimenter ce type de réflexion, un essai contrôlé randomisé avec le même schéma d'intervention a été conduit sur 14 sites différents dont 7 sites contrôle (Hoddinott et coll., 2009) en Écosse¹¹⁸. L'objectif était d'identifier d'éventuelles variations dans les résultats et d'en comprendre les raisons (Hoddinott et coll., 2010). Cet essai portant sur 8 991 femmes combinait une approche quantitative (essai contrôlé randomisé) et des entretiens qualitatifs approfondis sur différentes dimensions liées à la mise en œuvre. Les résultats montrent pour les sites qui ont bénéficié de l'intervention, une augmentation du taux d'allaitement à 6-8 semaines sur 3 sites, une diminution sur 3 autres et aucun effet sur le dernier. Ces variations ne sont pas expliquées par des différences dans les quantités d'interventions délivrées ou par le type de services et soutiens offerts mais par d'autres facteurs : l'effet de l'accroissement de la pauvreté dans certaines des localités sur la durée de l'essai ; des différences dans les types de soins de base déjà offerts ; des changements de personnels ; la diversité des attributs des équipes et des personnels ; des variations dans les formes de management, d'implication et de portage en matière de leadership ; la perception de l'essai contrôlé randomisé par les personnels comme surcharge ou stimulation ; l'existence ou pas d'opportunités pour un groupe de travail multidisciplinaire ; la possibilité de boucle rétroactive¹¹⁹... En tout état de cause, au-delà de l'essai contrôlé randomisé, il semble vraiment nécessaire de prêter plus d'attention aux conditions de mises en œuvre, « d'implémentation »

118. C'est en Écosse que s'enregistre un des plus bas taux d'allaitement en Europe avec en 2005 à 6 semaines seulement 44 % des nourrissons allaités exclusivement ou de façon mixte.

119. Boucle rétroactive : réflexion sur l'expérience en cours qui permet de modifier son déroulement à venir en l'adaptant à la lumière de cette analyse rétrospective.

nécessaires au succès d'une intervention en promotion de l'allaitement avant d'invoquer la possibilité de transposabilité à d'autres contextes.

Concernant les méta-analyses, qui tentent d'obtenir une plus grande puissance statistique, les difficultés rencontrées sont principalement de deux ordres : une sélection d'essais qui s'étalent sur des durées trop importantes, de l'ordre de 25 ans (soit une génération) (Britton et coll., 2009) ; un mélange d'essais réalisés dans des pays à faibles niveau de vie et des pays riches (Jolly et coll., 2012a) ; l'absence de tests d'hétérogénéité¹²⁰ rigoureux. Au sein de ces études il est parfois possible, lorsque des tests d'hétérogénéité sont disponibles, d'isoler certains résultats qui permettent de s'extraire de ces critiques.

Dans la suite du chapitre, nous nous sommes attachés à faire une analyse comparative des essais dont les schémas d'interventions semblaient les plus proches. Toutefois, compte tenu de la disparité des durées d'allaitement et du nombre d'essais parfois très réduit par type d'intervention il n'a pas été possible de mettre en place des tests d'hétérogénéité. Certains auteurs vont même jusqu'à remettre en cause l'intérêt de l'exercice de comparaison internationale des interventions en raison des déficiences méthodologiques et de la variété des contextes nationaux (Renfrew et coll., 2005). Au regard de l'ensemble de ces précautions, les résultats des interventions présentés dans ce chapitre sont à entendre comme des éléments de tendance d'interventions, plus ou moins efficaces ou prometteuses.

Évaluation de l'efficacité des interventions

Les principales questions qui ont guidé l'analyse des résultats des interventions de promotion de l'allaitement sont les suivantes : quels sont les schémas d'intervention qui sembleraient efficaces, ceux qui le seraient moins ? Quelles sont les populations pour lesquelles l'impact est différencié ? Dans quelles conditions les interventions fonctionnent-elles ?

Il se dégage six formes principales d'intervention : information/éducation en groupe ; soutien individuel dont visite à domicile ; distribution seule de matériels écrits ; formation des professionnels ; soutien par les pairs (en l'occurrence des mères ayant allaité) et travailleurs relais ; soutien téléphonique.

Une difficulté méthodologique rencontrée dans l'exercice critique est la capacité à évaluer l'efficacité d'une action précise, plusieurs d'entre elles étant le plus souvent combinées dans les dispositifs d'intervention : « Il existe quelques preuves de l'efficacité des interventions multi-facettes mais la combinaison optimale des différentes interventions reste inconnue. » (Hector et King, 2005).

120. Ces tests permettent d'établir l'hétérogénéité entre les différentes études incluses dans une synthèse : discordances des résultats, biais de publication, méthodologie déficiente...

Information/éducation en groupe

L'information/éducation en groupe est une modalité classique d'intervention pour promouvoir l'initiation de l'allaitement. Le format pédagogique de l'information, essentiellement destiné aux adultes, joue un rôle majeur dans l'impact différencié auprès de différents segments de la population.

Quels sous-groupes ?

L'ensemble des articles consultés, qui portent essentiellement sur le taux d'initiation de l'allaitement, tend à montrer qu'une intervention en mode magistral est principalement efficace auprès des populations bien dotées scolairement. Ainsi, sur un échantillon représentatif de 1 540 femmes (Lu et coll., 2003), le suivi des cours préparation était deux fois plus élevé chez les femmes « blanches »¹²¹ que les femmes « noires » (OR 2,15 ; IC 95 % [1,39-3,31]) après ajustement fait sur les variables socioéconomiques. Après ajustement sur le niveau d'éducation, le revenu et le statut marital, la participation de la mère au cours prénatal augmenterait de 75 % la chance d'être allaité pour l'enfant (OR=1,75 ; IC 95 % [1,18-2,60]), sans toutefois que cette relation soit forcément causale. Le fait d'avoir un niveau d'éducation supérieur comme de disposer de revenus supérieurs étaient aussi associés à des taux de participation plus élevés, environ 2 fois plus (niveau d'étude : OR=2,51 ; IC 95 % [1,48-4,25] et revenus : OR=2,11 ; IC 95 % [1,24-3,60]). Ces deux éléments convergent vers l'idée que les mêmes facteurs pourraient contribuer à l'adhésion aux cours de préparation à la naissance et au choix d'allaiter. Cela renforce les données montrant que l'information/éducation bénéficie d'abord aux groupes sociaux dont le niveau d'éducation est le plus élevé.

Signalons deux études de moindre qualité scientifique qui suggèrent que ce mode d'intervention pourrait être intéressant pour le taux d'initiation auprès de populations urbaines, pauvres et ethniciées (Finch et Daniel, 2002) ou de populations pauvres et rurales (Zaghloul et coll., 2004). Dans ces deux articles (grade B), l'éducation en groupe conduite par une conseillère en lactation apparaîtrait efficace mais ces deux études méritent des réserves, l'une étant un essai « avant-après » sur 1 260 femmes (il manque de nombreux paramètres de contrôles entre l'échantillon « avant » et l'échantillon « après ») et l'autre un essai contrôlé randomisé qui conjugue à l'information une incitation financière sans que le dispositif ne permette d'isoler l'effet propre de cette composante pécuniaire. Notons que cette piste de l'incitation financière existe dans certains pays.

121. Soulignons que les typologies construites dans les protocoles d'enquêtes qui prennent la « race » comme axe ont fluctué au cours du temps : cf. Paul SCHOR « Compter et classer : histoire des recensements américains » Paris, Éditions de l'EHESS, 2009, 383 p

Quel format de pédagogie ?

Plusieurs articles et revues de littérature s'intéressent particulièrement au format pédagogique de l'information/éducation en groupe. La littérature consultée apporte des éléments tendant à pointer la moindre efficacité d'une intervention basée sur des groupes d'information/éducation à pédagogie strictement descendante et non interactive. Un article classé en grade B confirmerait l'efficacité d'une pédagogie participative sur l'initiation comme sur le maintien de l'allaitement jusqu'à 4 mois (Reeve et coll., 2004).

Une étude récente conduite en France rapporte qu'au cours des consultations prénatales conviant les couples, seulement 15,4 % des pères avaient participé à une discussion sur les pratiques d'alimentation de l'enfant (Barriere et coll., 2011). Une intervention cible les pères (afro-américains pauvres) ; populations les plus « éloignées » et les moins « directement » actrices de l'allaitement (Wolfberg et coll., 2004). Or, comme de précédents articles ou revues de littérature le soulignaient déjà (Bar-Yam et Darby, 1997 ; Pisacane et coll., 2005), cette intervention permet d'impacter significativement le taux d'allaitement des mères. Dans cet article (grade B) (Wolfberg et coll., 2004), le taux d'initiation à l'allaitement était de 74 % pour le groupe d'intervention contre 41 % dans le groupe contrôle ($p=0,02$). Ce résultat doit être nuancé par le très fort taux d'attrition (567 contacts pour au final 57 couples ; taux de suivi de 14 %). La piste concernant ce choix de la population d'intervention semble néanmoins à approfondir, notamment parce que cela permet de travailler à la transformation d'une norme sociale de genre.

À quel moment ?

Un essai contrôlé randomisé sur 1 249 femmes enceintes ayant le désir d'allaiter met en évidence l'importance du moment de l'intervention par rapport à la naissance du bébé : l'intervention était disponible en anténatal, et c'est pourquoi elle a échoué à mobiliser les dimensions émotionnelles et physiques des femmes en postnatal (Lavender et Baker, 2005). Le non succès des interventions d'éducation en groupe, et seulement en anténatal, est confirmé dans une revue de littérature (Gagnon, 2010) même si ce résultat est plus nuancé dans une autre revue de littérature (Dyson et coll., 2005). Enfin, une revue de littérature récente (Lumbiganon et coll., 2011) incite à la prudence face aux conclusions concernant l'impact des interventions anténatales d'information/éducation sur la durée de l'allaitement, compte tenu de la faiblesse des échantillons, des difficultés de comparaisons et du manque d'essais contrôlés randomisés.

Les interventions en postnatal ont montré leur efficacité pour augmenter la durée d'allaitement (Sikorski et coll., 2003). Plus généralement, les données disponibles dans une méta-analyse (Britton et coll., 2009) reposant sur 20 essais contrôlés randomisés (7 259 sujets) mettant en place des interventions (au sens très large, recouvrant l'ensemble de la typologie présentée)

seulement en postnatal tendraient à renforcer le niveau des « preuves » précédemment évoquées. Signalons cependant l'absence de test d'hétérogénéité dans cette méta-analyse.

Il semblerait que les meilleurs résultats soient obtenus lors de sessions organisées en postnatal sur la base des besoins, et de la répétition informelle plus que d'interventions génériques et magistrales (Dyson et coll., 2005). Les groupes d'information/éducation qui durant la grossesse sont interactifs démontreraient leur efficacité, rejoignant les résultats d'une revue de littérature (de Oliveira et coll., 2001). Les pédagogies participatives, inter-actives seraient donc plébiscitées pour augmenter l'initiation mais toutefois à certaines conditions : « cette éducation doit comprendre des éléments relatifs aux bienfaits de l'allaitement, les principes pratiques de la lactation, travailler les mythes, la résolution des difficultés courantes par des formations pratiques » (Hector et King, 2005).

En résumé, l'intervention information/éducation en groupe semble bénéficier d'abord aux populations les plus dotées scolairement ; pour toucher les populations de plus faibles statuts socioéconomiques, les tendances qui se dégageraient soulignent qu'une pédagogie interactive serait plus favorable ; de même il semblerait, avec un niveau de preuves assez convergentes, que les interventions se situant seulement en anténatal ne seraient pas efficaces.

Soutien individuel par des visites à domicile

La transmission de messages dans le cadre d'un soutien individuel (face à face) emprunte les chemins plus complexes d'une approche compréhensive, plus susceptible de mieux prendre en compte la globalité des facteurs qui contribuent à la réussite de l'installation et du maintien de l'allaitement. La visite à domicile peut être positionnée comme une des conditions de mise en œuvre d'un soutien qui permet de passer de l'individualisation à la personnalisation en prenant mieux en compte la personne dans son contexte social de vie et peut aider à dénouer certaines difficultés notamment dans la relation au bébé (qui ne se réduit pas qu'à l'alimentation).

La plupart des études disponibles sur le soutien individuel se focalisent sur les populations pauvres ou de faibles statuts socioéconomiques (bénéficiant de l'aide médicale) et sont conduites dans le bloc nord-américain sur des populations à fortes composantes hispaniques ou afro-américaines. Cette focale permet de s'abstraire du biais de sur-représentation des populations scolairement et financièrement bien dotées ; elle ne permet cependant pas d'appréhender la répartition d'un gradient social.

Les quatre études retenues (Bonuck et coll., 2005 ; Khoury et coll., 2005 ; Rishel et Sweeney, 2005 ; Wen et coll., 2011) soulignent toutes la pertinence du soutien individuel à domicile conduit par des consultantes professionnelles. Concernant

le taux d'initiation, une étude rétrospective (Rishel et Sweeney, 2005) montre que 98 % (n=89) des mères ayant interagi avec la consultante allaitent, contre 14,4 % (n=3) des mères n'ayant pas interagi ($p<0,01$). De même, dans une cohorte de 733 femmes (Khoury et coll., 2005), l'OR était 2,62 fois plus élevé (IC 95 % [1,68-4,08]) pour le groupe ayant bénéficié de conseils personnalisés. Dans un essai contrôlé randomisé (n=304), un modèle intensif d'intervention (une consultante réalise des rencontres prénatales, des visites *post partum*, à domicile ou par téléphone) ne semble pas impacter le taux d'allaitement exclusif mais profite à la durée d'allaitement mixte (53,0 % *versus* 39,3 % sans allaitement à 5 mois ; $p<0,028$) (Bonuck et coll., 2005). Dans un essai contrôlé randomisé australien (Wen et coll., 2011) (grade B à cause d'un fort taux d'attrition parmi les plus jeunes et les pauvres) conduit sur 6 mois dans des zones défavorisées, 278 femmes ont bénéficié d'un conseil expérimenté à domicile. L'intervention a permis d'augmenter le taux d'allaitement, qui passe de 32,1 % dans le groupe contrôle à 42,2 % dans le groupe intervention à 6 mois ainsi que la durée médiane de l'allaitement, passant de 13 semaines (IC 95 % [10,1-15,0] ; $p=0,03$) dans le groupe contrôle à 17 semaines (IC 95 % [13,9-20,4]) dans le groupe d'intervention. Cet essai a le mérite de s'intéresser conjointement à l'allaitement et à la diversification alimentaire. L'intervention a retardé significativement l'introduction de denrées solides, la proportion de femmes introduisant des aliments solides avant 6 mois passant de 74 % dans le groupe contrôle à 62 % dans le groupe intervention (IC 95 % [0,04-0,20] ; $p<0,001$). C'est la modalité de la visite à domicile qui est pointée comme particulièrement pertinente dans cette intervention.

Une revue de littérature confirme que « le soutien augmente le taux d'exclusivité et d'allaitement à long terme, et il est particulièrement efficace dans les situations où il y a un fort taux d'initiation. Pour cela, il doit inclure des activités personnalisées (face à face) dont l'efficacité est encore plus grande lors de visite à domicile. » (Hector et King, 2005). Cette personnalisation répond à un besoin largement identifié dans les recherches qualitatives (Smith, 2003 ; Dykes, 2006) car il apparaît aux yeux des mères comme un remède au manque d'investissement en temps des personnels (McKeena et coll., 2003 ; Ockleford et Berryman, 2004).

Par ailleurs, nous avons choisi de retenir des articles qui permettent par leurs résultats non probants de mettre en évidence des éléments de réflexion sur les conditions de mises en œuvre nécessaires pour obtenir les résultats plébiscités ci-dessus.

C'est notamment le cas d'un essai contrôlé randomisé (Kools et coll., 2005) sur 683 mères aux Pays-Bas (pays présentant déjà un bon taux d'initiation ; 80 % en 2002) qui vise par l'intervention à domicile, à augmenter la durée de l'allaitement (seulement 35 % des mères continuent l'allaitement pendant 3 mois en 2002). L'échec de l'essai ouvre la discussion sur des éléments importants de mise en œuvre et retient que : le modèle d'intervention reposait sur un modèle d'arrêt du tabac, ce qui a par conséquent accentué fortement les obstacles et difficultés liés à l'allaitement alors que les femmes auraient

souhaité entendre que cela était « facilement faisable » ; les professionnels intervenants étaient spécifiques à l'intervention pour ne pas contaminer l'échantillon de contrôle sans relais au sein de la maternité (les interventions du programme ayant lieu 2 mois avant, 15 jours et un mois après la naissance) ; le niveau des intervenants de base n'a pas été renforcé.

Dans un autre essai contrôlé randomisé conduit en Australie auprès de publics fragiles comme des adolescentes (125 mères dont 25 % d'aborigènes), quand l'intervention n'a pas prévu de lien avec la consultante dès le post-partum, la décision de non allaitement est déjà prise quand les professionnels interviennent à domicile et les résultats de l'étude n'enregistrent pas d'efficacité sur le taux d'initiation ou sur la durée (Quinlivan et coll., 2003).

Enfin, une étude canadienne a été retenue parce qu'elle pose la question d'un accompagnement lors d'une sortie précoce de l'hôpital (McKeever et coll., 2002). Cette étude évalue le soutien présenté à domicile par des infirmières certifiées comme consultantes en lactation. Ce soutien est jugé plus intéressant que l'offre de l'hôpital, mais les résultats modestes restent à confirmer, cet essai contrôlé randomisé (grade B), de petite taille (101 mères), n'offrant aucun contrôle sur le niveau de diplômes ou le statut social ainsi qu'un taux de plus de 30 % de perdues de vue dans le groupe contrôle. Il a cependant l'intérêt de distinguer les primipares des autres et de tenir compte de l'âge des mères, ce qui est assez rare dans le corpus.

Les données disponibles dans une méta-analyse nécessitent de s'intéresser au test d'hétérogénéité pour appréhender la comparabilité des essais, surtout quand ils sont menés dans des pays contrastés tant économiquement que socialement. C'est le cas de la méta-analyse réalisée par Britton et coll. (2009) qui repose sur 14 essais (5 127 sujets) mettant en place des interventions en face à face, notamment sur des populations à faible statut socioéconomique, dans des parties du monde très différentes (Iran, États-Unis, Canada, Biélorussie, Mexique...). Les résultats de cette revue Cochrane font apparaître une réduction du risque d'arrêt de tous les types d'allaitements (exclusif ou mixte) avant 6 mois (RR=0,85 ; IC 95 % [0,79-0,92]) avec un test d'hétérogénéité acceptable ($I^2=57,4\%$). Ce type de données pourrait renforcer le niveau des « preuves » précédemment invoquées.

En résumé, le soutien individuel (face à face) et particulièrement la visite à domicile apparaîtraient comme efficaces, notamment auprès des populations défavorisées.

Distribution de matériaux écrits

Ce type d'intervention isolé est rapporté comme inefficace au niveau de l'allaitement (Guise et coll., 2003). Une référence plus ancienne établit également

que les matériaux écrits seuls sont inefficaces dans le changement des pratiques professionnelles (Haines et Donald, 1998). Par ailleurs, les quelques études disponibles sur les supports virtuels tendent à montrer un faible taux de participation quand les enquêtes (et les informations) sur la pratique de l'allaitement sont basées sur le web (Laantera et coll., 2010). Concernant la mise à disposition sur le web de supports, une revue de littérature (Pate, 2009) avec méta-analyse établit un effet modéré de ce type d'intervention sur l'allaitement (OR=2,2 ; IC 95 % [1,9-2,7]).

En résumé, la seule distribution de matériaux écrits, même dématérialisés via internet, semblerait avoir une efficacité nulle ou modérée.

Soutien par les pairs et les conseillères en lactation

Il apparaît important de distinguer, dans les schémas d'interventions, ceux qui n'ont recours qu'aux pairs et ceux qui y adjoignent de la téléphonie.

Parmi les 3 essais retenus qui évaluent l'efficacité d'une intervention conduite par des pairs, 2 sont des essais contrôlés randomisés (Martens, 2002 ; Chapman et coll., 2004) et le dernier une étude « avant-après » (Graffy et coll., 2004). Tous ces essais concluent à l'efficacité d'une intervention conduite par les pairs et certains d'entre eux permettent d'affiner les modalités de mises en œuvre.

Un essai contrôlé randomisé (grade A) conduit sur 165 femmes enceintes envisageant d'allaiter se consacre aux populations à faibles revenus (majoritairement d'origine latino-américaine) et teste l'efficacité d'un accompagnement par les pairs sur l'initiation et la durée de l'allaitement mesurée à 1, 3 et 6 mois (Chapman et coll., 2004). Le protocole d'intervention assigne de façon randomisée les femmes soit au groupe contrôle avec un accompagnement standard qui consiste à de l'éducation prénatale et postnatale (information individualisée, distribution de matériaux écrits) avec un accès à une consultante en soutien téléphonique (« *warm line* ») si demandé ; soit au groupe d'intervention qui, en plus du standard, offre en pré, péri et postnatal un support par les pairs avec une visite à domicile en prénatal et au moins 3 en postnatal. Bien que, faute de personnel, la moitié des visites en postnatal n'aient pas été effectuées, ce qui a pu réduire l'impact de l'intervention, l'évaluation est positive pour le taux d'initiation et pour la durée d'allaitement à 1 et 3 mois. La proportion de femmes n'ayant pas initié l'allaitement était significativement plus basse dans le groupe ayant bénéficié de l'intervention des pairs que dans le groupe contrôle (8/90 [9 %] contre 17/75 [23 %] ; risque relatif=0,39 ; IC 95 % [0,18-0,86]). De même, la probabilité d'arrêter à un mois tendrait à se situer plus bas dans le groupe d'intervention (36 % *versus* 49 % ; risque relatif=0,72 ; IC 95 % [0,50-1,05]) et à 3 mois (56 % *versus* 71 % ; risque relatif=0,78 ; IC 95 % [0,61-1,00]).

Cet essai repose sur des sujets potentiellement déjà intéressés par l'allaitement dont 41 % de primipares et 45 % de mères ayant déjà eu une expérience d'allaitement (la moyenne nationale étant à 64 % en 1998 : *Mother's survey, Abbot laboratories*). Ces deux items sont bien contrôlés dans les deux groupes. Il convient de préciser que les pairs ont soutenu tous les types d'allaitement, y compris l'allaitement mixte fréquent dans cette population. L'intervention augmente le taux d'allaitement mixte mais pas celui de l'allaitement exclusif (RR=1,07 ; IC 95 % [0,90-1,27]). Enfin, il faut signaler que les laits artificiels sont proposés gratuitement, ce qui peut peut-être avoir un impact sur la pratique de l'allaitement mixte.

Un autre essai procédant d'un « avant-après » conduit auprès de 271 femmes dans la communauté Sagkeeng des Premiers habitants au Canada permet d'obtenir des résultats efficaces puisqu'« avant 1995 le taux était de 38 % pour l'initiation et passe avec l'intervention à 60 % en 1997 (OR=2,2 ; IC 95 % [0,25-0,98] ; p=0,04) (Martens, 2002). À 2 mois, il est observé un taux de 61 % contre 48 % sur le groupe contrôle ; et à 6 mois 56 % contre 19 % sur le groupe contrôle ». Cet essai est complété par la conduite d'entretiens qualitatifs (un des seuls de notre corpus à utiliser la complémentarité des méthodes d'investigation) : « l'approche qualitative a été d'un grand secours dans la triangulation des résultats quantitatifs donnant le sens ou le contexte de ces données ». L'intervention consiste en de l'éducation en prénatal (à domicile ou sur rendez-vous dans un centre) en s'appuyant sur des vidéos et une « philosophie préférant ne pas demander aux femmes leur souhait concernant l'alimentation des nourrissons pour se concentrer sur leur niveau de connaissance sur l'allaitement ». Au niveau postnatal, l'intervention forme des pairs sur la base d'une étude exploratoire conduite antérieurement afin de renforcer les outils de communication, les connaissances, le repérage des difficultés pour le transfert auprès de professionnels. Ils interviennent une fois par semaine sur le premier mois et tous les 15 jours pour le second et troisième mois. Les résultats sont néanmoins à mettre en perspective avec le fait que dans ces communautés, il y a peu de temps encore, l'allaitement était la norme dans les traditions.

Enfin, un essai contrôlé randomisé sur 720 femmes porte sur les conditions de mises à disposition de l'offre d'un soutien par les pairs (Graffy et coll., 2004). Il conclut à l'inefficacité (sur le taux d'allaitement à 6 semaines et la prolongation de la durée de l'allaitement) d'une intervention qui nécessite une démarche pro-active des mères pour contacter le volontaire en conseil en lactation. En effet, l'intervention se composait d'une visite à domicile anténatale assortie de la possibilité de pouvoir contacter un pair formé pour du soutien postnatal en lactation à domicile ou par téléphone. Les femmes qui dès l'origine souhaitaient faire appel à un consultant en lactation ont été exclues de l'essai pour ne pas le biaiser. Les mesures réalisées à 6 semaines et 4 mois ne montrent pas de différence significative entre le groupe d'intervention et

le groupe témoin : prévalence de l'allaitement (mixte ou pas) à 6 semaines de 65 % dans le groupe d'intervention *versus* 63 % dans le groupe contrôle (RR=1,02 ; IC 95 % [0,84-1,24]). Les résultats font apparaître que, pour les moins diplômées, le fait de devoir rappeler en postnatal est inefficace au niveau de la prolongation de l'allaitement. Les auteurs suggèrent de proposer dès les premiers jours l'aide de la conseillère, plutôt que de l'offrir en option aux femmes qui en feraient la demande.

Une revue systématique sur les interventions par des pairs (Jolly et coll., 2012a) regroupe des essais contrôlés randomisés conduits dans des pays aussi bien à hauts revenus qu'à revenus faibles ou intermédiaires. En absence de distinction des contextes socioéconomiques, il est délicat de construire et d'avancer un résultat. Quand, dans la même revue de littérature, l'analyse par méta-régression s'attache à distinguer les pays à hauts revenus et que le test d'hétérogénéité ($I^2=82,4\%$, $P=0,006$) alerte, il est probable que la très grande disparité des schémas d'interventions explique en partie le manque d'homogénéité. En fait, derrière le mot clé de pairs ou de soutien, comme dénominateur commun, se cachent de véritables différences qu'il faudrait pouvoir explorer. Toutefois, quand les auteurs isolent les pays riches considérés, une analyse par méta-régression rassemble 7 essais de tailles variables mais correctes. Alors, l'analyse des interventions avec le soutien de pairs permet d'afficher pour l'initiation à l'allaitement exclusif (mais pas pour l'allaitement mixte) un effet significatif ($p<0,05$) de réduction du risque de non allaitement exclusif de 17,6 % (RR=0,90 ; IC 95 % [0,85-0,97])(Jolly et coll., 2012a). Ce résultat positif est alors convergent avec les éléments de preuves avancés dans d'autres revues de littérature (Hector et King, 2005 ; Hannula et coll., 2008 ; Britton et coll., 2009).

Une revue de littérature qualitative rapporte qu'en contexte anglo-saxon « il y a des preuves soulignant que les infirmières et sages-femmes pourraient rendre leur temps plus efficace en déléguant à des travailleurs relais (*support workers*) » (McInnes et Chambers, 2008). Deux études analysent les approches déployées par les professionnels et les volontaires (Moran et coll., 2006 ; Smale et coll., 2006). Alors que les deux groupes sont alimentés des mêmes éléments de support, les volontaires placent davantage l'accent sur l'emphase et l'émotionnel ainsi que le soutien à l'estime de soi et soulignent « le besoin d'éclairer les connaissances existantes chez la mère et vérifient sa bonne compréhension. » (McInnes et Chambers, 2008).

Une autre revue de littérature qualitative (Nelson, 2006) rapporte également que : « souvent la relation avec les professionnels est perçue comme peu empathique, routinière et dure ». Cette revue collecte « plusieurs études mettant l'accent sur la prise de décision et les adaptations nécessaires pour que cela puisse s'installer dans la durée. Décider de continuer et s'adapter pour maintenir l'équilibre c'est être encouragée, faire que ça marche puis arrêter. Les attentes ou descriptions trop idéalistes renforcent le clash avec la réalité. ».

En résumé, les interventions portées par les pairs présenteraient des preuves d'efficacité fortes : « Le soutien par les pairs augmente le taux d'allaitement (chez les femmes ayant déjà le projet d'allaitement) et la durée d'allaitement. Cette forme de soutien est particulièrement efficace pour les populations socioéconomiquement désavantagées et encore plus si les conseillères partagent certaines caractéristiques (sociales, culturelles) des mères et sont en contact fréquent. » (Hector et King, 2005). Mais certaines conditions de mises en œuvre doivent être respectées, notamment la démarche des pairs doit être pro-active en direction des mères peu diplômées.

Soutien téléphonique

En matière de prévention et/ou promotion de la santé, la téléphonie représente un atout important pour élargir le panel des populations susceptibles de bénéficier d'appuis et de conseils. Certains auteurs imaginent, pour les populations de faible position socioéconomique aux États-Unis, une « aire novatrice d'intervention » avec l'offre d'un « *life coaching* » après la naissance de l'enfant dans le but d'aider la mère à négocier les changements dans son style de vie pour y intégrer l'allaitement (Alexander et coll., 2010).

Cette forme de soutien a été largement investie pour la commodité de sa mise en œuvre, et l'aspect économique. Six essais contrôlés randomisés seront détaillés afin de couvrir la variabilité des interventions et d'illustrer le plus clairement possible les limites d'une comparaison.

Un article de référence (Dennis et coll., 2002) au Canada présente un essai contrôlé randomisé sur 258 femmes primipares ayant le désir d'allaiter (dont 126 dans le groupe contrôle) et valide l'efficacité d'un soutien téléphonique sur l'augmentation du taux d'allaitement à 3 mois. L'intervention repose sur des appels téléphoniques (donc pro-actifs) par des pairs (mères bénévoles) (formées 2,5 heures) dans les 48 h suivant la sortie de la maternité ; le groupe contrôle dispose de soins postnataux standards qui incluent la possibilité d'un accès à une ligne de soutien par des infirmières. Ce type d'essai teste, sans qu'il soit possible d'en discerner l'impact singulier, le soutien téléphonique ainsi que l'intervention de pairs. Cependant, il est possible d'estimer que l'effet « pair » étant largement testé par ailleurs dans la littérature c'est *in fine* l'effet « téléphone » qui se trouve évalué positivement. Quel que soit le type d'allaitement, le taux d'allaitement est augmenté dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle à 4 semaines (OR=1,10 ; IC 95 % [1,01-2,75] ; p=0,03) ; à 8 semaines (OR=1,13 ; IC 95 % [1,00-1,28] ; p=0,08) et à 14 semaines (OR=1,21 ; IC 95 % [1,04-1,41] ; p<0,01).

Un autre article (Pugh et coll., 2002) rapporte l'effet positif d'une intervention comportant un soutien téléphonique sur le taux d'allaitement à 6 mois. Mise en place aux États-Unis, cette intervention destinée uniquement à 42 femmes

(20 dans le groupe contrôle) bénéficiant d'allocations, soit en l'occurrence une population afro-américaine à 95,2 %. L'intervention conjugue visite à l'hôpital puis à domicile par des pairs et soutien téléphonique par ces pairs à raison de 2 fois par semaine jusqu'à 8 semaines puis mensuellement jusqu'au 6^e mois. Compte-tenu de la mixité de l'approche (visites et téléphonie), il semble difficile d'attribuer définitivement l'impact de l'action à la téléphonie seule sans envisager un effet cumulé des deux composantes de l'intervention. C'est le seul article pour ce type d'intervention à en évaluer le coût : « Le coût de l'intervention (301 dollars par mère) a été partiellement compensé par les économies sur les soins de santé et l'achat de lait premier âge » (Pugh et coll., 2002).

En Italie, un essai contrôlé randomisé évalue l'intérêt d'un soutien par des professionnels sur l'allaitement à partir d'une population de 605 mères (302 dans le groupe contrôle)(Di Napoli et coll., 2004). L'intervention consistait en des visites à domicile par des sages-femmes et des contacts téléphoniques dans les 7 jours suivant la sortie de l'hôpital. Les sessions de conseil téléphonique pour l'allaitement étaient réalisées par les mêmes sages-femmes (ayant suivi le cours intensif de 18 heures proposé par le schéma Unicef). Les résultats ne montrent pas de différences significatives du risque d'arrêt de l'allaitement à 6 mois entre le groupe désigné pour l'intervention et le groupe contrôle (*hazard ratio*=1,04 ; IC 95 % [0,85-1,26]). Cependant, dans le groupe d'intervention ce risque était augmenté chez les femmes qui ont refusé les visites par rapport aux femmes qui ont accepté les visites (HR=1,61 ; IC 95 % [1,13-2,31]).

Aux États-Unis, un essai contrôlé randomisé a porté essentiellement sur une population de 522 mères latino-américaines ayant de faibles ressources économiques (Hopkinson et coll., 2009). L'intervention visait à orienter les femmes qui pratiquaient l'allaitement mixte à l'hôpital vers un allaitement exclusif. Dans le groupe d'intervention (255 mères) a été organisée une visite d'un centre ressource sur l'allaitement entre 3 et 7 jours après la naissance et un suivi téléphonique, tandis que visite et soutien restaient optionnels (fournis à la demande) pour le groupe contrôle. Parmi les femmes auxquelles une intervention à l'hôpital avait été proposée, 36 % ont souhaité s'orienter vers un allaitement exclusif. L'essai montre qu'à 4 semaines, le groupe ayant bénéficié de l'intervention est plus enclin à allaiter exclusivement (16,4 % *versus* 10 % dans le groupe contrôle, $p=0,03$; OR ajusté=1,87 ; IC 95 % [1,07-3,26]).

Un essai contrôlé randomisé récent visant les mères adolescentes, un public moins enclin à l'allaitement que les adultes, s'est attaché à former des pairs (mères adolescentes ayant allaité) pour apporter un soutien téléphonique auprès de 38 mères (Meglio et coll., 2010). Concernant l'ensemble des allaitements (mixte et exclusif), l'étude n'a pas noté de différence significative sur la durée ($p=0,26$) comparé au groupe contrôle (40 mères). En revanche, la durée de l'allaitement exclusif parmi les 13 mères du groupe d'intervention a notablement augmenté comparé à celle des 11 mères du groupe contrôle

(différence significative ; $p=0,004$; médiane à 35 jours contre 10 jours pour le groupe contrôle). Le soutien téléphonique apparaît efficace pour allonger la durée de l'allaitement exclusif.

Enfin, un essai contrôlé randomisé (Jolly et coll., 2012b) au Royaume-Uni teste l'efficacité du soutien téléphonique sur le taux d'allaitement à 6 mois chez 848 femmes (271 dans le groupe d'intervention) de faible position socioéconomique. L'intervention consiste en un contact avec un pair dans les 48 heures après la sortie de l'hôpital, suivi, en fonction des besoins, d'un soutien par visite à domicile ou par téléphone. Le groupe contrôle bénéficie des services de routine des sages-femmes de l'hôpital, puis de celles de proximité (pendant 10 à 28 jours) puis de « *health visitor* ». La mesure de tout allaitement (mixte et exclusif) à 6 mois ne permet pas de distinguer d'effet : 34,3 % dans le groupe d'intervention contre 38,9 % (OR dans le groupe d'intervention = 1,06 (IC 95 % [0,71-1,58]) ; $p=0,77$) ; les auteurs mettent en avant la faible pertinence d'un soutien supplémentaire face au niveau déjà élevé des pratiques en routine dans le groupe contrôle.

Les méta-analyses disponibles sont assez réservées sur les effets du soutien téléphonique. « Dans les essais où un soutien téléphonique était offert, il n'y avait pas d'effet démontré (RR=0,92 ; IC 95 % [0,78-1,08]) » (Britton et coll., 2009). Une autre revue de littérature (Dennis et Kingston, 2008) évalue spécifiquement l'apport du soutien téléphonique sur l'allaitement et sur différents paramètres de santé (dépression *post-partum*, petit poids de naissance, tabagisme...). Outre les aspects de souplesse et de réactivité de ce type d'intervention, les résultats montrent une augmentation du taux d'allaitement à 3 mois. Cependant, cette méta-analyse ne retient que 2 essais pour l'allaitement exclusif ($n=323$) ; (RR=1,12 ; IC 95 % [1,12-1,87]) et 3 autres essais pour lesquels le niveau d'exclusivité de l'allaitement varie ($n=618$) (RR=1,18 ; IC 95 % [1,05-1,33]). En conséquence, les auteurs émettent une certaine réserve quant à la généralisation de ce résultat qui reste prometteur.

En résumé, le nombre réduit d'essais et la forte diversité des formes d'intervention qu'ils recouvrent, positionnent le soutien téléphonique comme une piste potentiellement prometteuse, notamment après un contact proactif en *post-partum* et pour la durée d'un allaitement exclusif pour les publics de faible position socioéconomique.

Formation des intervenants

Les essais disponibles dans la littérature scientifique et ceux retenus dans ce chapitre portent très majoritairement sur la formation continue de professionnels ; or, au regard de la diversité des pays impliqués, des structures porteuses, il conviendrait d'avoir des éléments sur le contenu des formations initiales sur l'allaitement pour mieux contextualiser les résultats des essais. Nous avons

choisi d'exploiter particulièrement les études françaises (même si elles sont de grades scientifiques différents) qui s'inscrivent dans un contexte médico-socioéconomique homogène.

Formation des professionnels

La formation des professionnels est un sujet bien investi, notamment en France. La littérature repose essentiellement sur des essais « avant-après » et non sur des essais contrôlés randomisés par crainte de « contamination »¹²² du groupe contrôle à l'intérieur d'une même structure.

Parmi les quatre études retenues, une se situe au Royaume-Uni (Ingram et coll., 2002) et trois en France (Durand et coll., 2003 ; Vittoz et coll., 2004 ; Labarere et coll., 2005). Ces trois articles sont réalisés dans un environnement de soin de niveau élevé (maternité de niveau 3) et concernent la formation de personnels hospitaliers (Durand et coll., 2003) ou de référents en soins primaires (Labarere et coll., 2005). Les résultats de ces trois études poussent à travailler sur la complémentarité de différents soutiens sociaux dans le suivi, notamment après la sortie de l'hôpital, pour améliorer la durée de l'allaitement : pairs, familles et différents environnements sociaux comme le lieu de travail.

L'ensemble des résultats dégagés de ces essais indique que la formation des professionnels pourrait impacter favorablement l'allaitement.

La première intervention (grade B) (Ingram et coll., 2002) proposait dans un hôpital une formation à la technique de *hands off*¹²³ auprès de sages-femmes et personnels soignants, avec recours à du matériel vidéo pour démonstration. Ces professionnels étant chargés de la retransmettre aux mères et à leur entourage, dont les pères. À 6 semaines, le taux d'allaitement exclusif était 2,4 fois plus important chez les mères ayant bénéficié de l'intervention (n=1 400, IC 95 % [1,3-4,3]). La proportion de femmes qui choisissent l'allaitement exclusif à deux semaines et à 6 semaines augmente de façon significative (p<0,001 et p=0,02 respectivement). Il faut noter que la dernière phase du projet a été affectée par une forte réduction des personnels intervenants entraînant une application dégradée du protocole, ce qui rend encore plus prometteurs ces résultats.

En France, un essai contrôlé incluant 231 mères allaitantes a été réalisé à la sortie d'une maternité (Labarere et coll., 2005). Le dispositif multi-facettes proposé au groupe contrôle incluait des encouragements classiques, des listes de

122. Exemples de contamination du groupe contrôle : être pris en charge par des professionnels qui interviennent également dans le groupe intervention, recevoir des documents ou comptes rendus de l'intervention qui vont l'influencer.

123. Dans la technique d'allaitement *hands off*, la mère est invitée à faire les gestes par elle-même guidée et encouragée par l'intervenant.

téléphone pour obtenir du soutien par les pairs et une visite préventive mensuelle jusqu'aux 6 mois. À ces aides s'ajoute pour le groupe d'intervention une invitation à une visite de routine aux deux mois de l'enfant dans un réseau d'acteurs de soins primaires à qui une formation spécifique sur l'allaitement a été dispensée (5 heures de formation en deux parties sur un mois). Ce réseau de soins primaires est constitué de médecins généralistes ou de pédiatres de ville. Rappelons comme récemment souligné dans un doctorat de médecine (Reynal de Saint Michel, 2010) qu'en France, « Les déclarations de grossesse faites par le médecin généraliste sont plus particulièrement celles des femmes les plus défavorisées. En effet, en 2003, 37 % des grossesses des ouvrières non qualifiées et 38 % des grossesses des femmes sans profession ont été déclarées par le médecin généraliste contre seulement 11 % des grossesses des femmes cadres. De même, les femmes jeunes s'adressent plus souvent au généraliste que celles de plus de quarante ans (37 % *versus* 15 %) (Scheidegger et Vilain, 2007). ». Les résultats de l'essai (Labarere et coll., 2005) montreraient un impact de l'intervention sur le taux d'allaitement exclusif à 4 semaines (83,9 % *versus* 71,9 % ; *hazard ratio*=1,17 ; IC 95 % [1,01-1,34]) et une plus longue durée d'allaitement (médiane à 18 semaines *versus* 13 ; *hazard ratio*=1,40 ; IC 95 % [1,03-1,92]). Notons que les résultats ne permettent pas de distinguer d'effet si l'on tient compte des allaitements non exclusifs à 4 semaines. Cet essai souligne l'intérêt de former les acteurs de soins primaires et la pertinence de la visite de routine dans ce réseau de proximité deux semaines après la naissance.

L'analyse des données sous l'angle d'un gradient social, ne permet pas de repérer un effet différencié de l'intervention selon le niveau de diplômes et 74 % des femmes participantes avaient un niveau supérieur au baccalauréat.

Un autre essai conduit en France déploie une intervention multi-facettes sur 3 jours auprès des professionnels : cours, jeu de rôle, groupe de discussion et matériaux de formation, éléments sur les dimensions sociales et culturelles de l'allaitement, stratégie pour le maintien de l'allaitement après le retour à l'emploi (Vittoz et coll., 2004). Cette étude « avant-après » a concerné 347 femmes (169 mères avant l'intervention) dont les deux tiers étaient des cadres, l'autre tiers était constitué principalement de mères sans emploi, ouvrières ou employées. La prévalence de l'initiation à l'allaitement (mixte ou exclusif, les données ne permettent pas de faire la distinction) était de 77,5 % (70,5 %-83,6 %) dans le groupe « avant » et de 82,6 % (76,2 %-87,8 %) dans le groupe « après » ($p=0,24$) ; la durée médiane était située respectivement à 13 semaines et 16 semaines (χ^2 log-rank test=5,8 ; $p=0,02$). La formation permet un accroissement non significatif du taux d'initiation et une augmentation modeste mais significative de la durée de lactation. Bien que l'étude soit de grade B en raison d'une perte importante des sujets (56,3 % des mères du groupe « après » ont retourné le questionnaire), les résultats restent indicatifs car la perte de réponses était du même ordre pour le groupe « avant » (sous réserve du contrôle de la composition des groupes).

En France, une autre étude « avant-après » a impliqué 100 femmes (dont 50 dans le groupe témoin) (Durand et coll., 2003). L'intervention de formation se fondait sur les 10 étapes définies par le programme de formation de l'OMS/Unicef qui concerne les professionnels des structures. Les résultats ne montrent pas de différence significative dans le taux d'allaitement à 3 mois entre les deux groupes. Les auteurs avancent un manque de puissance statistique. Le groupe « avant » a pu être source de biais dans des réponses distancées dans le temps sur les faits à renseigner. Ces critiques couplées à un échantillon « avant » où la catégorie des cadres supérieurs est surreprésentée de 12 points par rapport à l'« après » rendent la qualité générale de l'étude moyenne (grade B) et les résultats difficiles à manier.

Une méta-analyse sur le même type de protocole OMS/Unicef, avance des résultats plutôt divergents. Des éléments intéressants méritent d'être mentionnés, qui demandent à être rapportés avec précautions au regard notamment du test d'hétérogénéité (Britton et coll., 2009). Ainsi, 8 essais sont identifiés pour avoir eu recours aux formations OMS/Unicef d'un format de 18 ou 40 heures et un autre (Bhandari et coll., 2003) à une formation adaptée à partir de celle de l'OMS (WHO, 1997). La méta-analyse fait apparaître une diminution de l'arrêt anticipé de l'allaitement exclusif (RR=0,69 ; IC 95 % [0,52-0,91]) ; mais l'hétérogénéité est importante ($I^2=97,9\%$), ce qui n'est pas surprenant au regard de la diversité mondiale des contextes d'interventions de cette méta-analyse.

Dans la plupart des revues de littérature (Sikorski et coll., 2003 ; Hannula et coll., 2008), une meilleure formation des professionnels semblerait efficace dans la prévention de l'arrêt à 6 mois quel que soit le type d'allaitement (RR pour arrêter avant 6 mois=0,89 (0,81, 0,97) sur 10 essais, 19 692 femmes) (Sikorski et coll., 2003). Il existerait également une efficacité de la formation dans l'aide au non à l'arrêt de « l'allaitement exclusif à deux mois (RR avant 6 semaines=0,50 (IC 95 % [0,27-0,90]) ; RR avant 2 mois=0,76 (IC 95 % [0,61-0,94]) » (Sikorski et coll., 2003) mais l'impact sur la durée d'allaitement mixte est modeste.

Les revues de littérature qualitative (Nelson, 2006 ; McInnes et Chambers, 2008 ; Beake et coll., 2012) insistent sur l'expression des besoins des mères vers la recherche d'une plus grande proximité avec les personnels en charge de la promotion de l'allaitement : « Si les expériences qualitatives restent individuelles et les contextes culturels différents, il se dégage des points communs dans les expériences recueillies. Ainsi, partout les mères se montrent déçues des soutiens qui sont apportés par les professionnels de santé dans les structures médicales, le plus souvent sous dotées en personnels (Hamlyn et coll., 2002). Les avis contradictoires, le manque de soutien, le peu de temps accordé sont régulièrement cités (Ockleford et Berryman, 2004) » (McInnes et Chambers, 2008). L'accent est régulièrement porté sur le besoin de mise en cohérence des différents discours portés par les différents professionnels

(Miller et coll., 2007). D'autres articles qualitatifs se concentrent surtout sur l'évaluation des besoins et laissent apparaître l'ampleur de ces besoins.

Une des synthèses les plus importantes d'articles qualitatifs (Nelson, 2006) met l'accent sur l'importance de renforcer chez les professionnels médicaux la capacité d'écouter la dimension non seulement technique mais aussi émotionnelle et affective de « la captivante aventure personnelle » que représente l'allaitement. L'estime de soi et son renforcement sont centraux dans ce type de pratique. Autre enseignement issu de cette méta-synthèse qualitative : inclure d'autres personnages clés de l'entourage pour renforcer et homogénéiser les conseils et perceptions de l'ensemble des réseaux de professionnels et d'aidants.

Une étude qualitative (Hall Moran et coll., 2007) fait l'inventaire des différences et similarités entre les approches d'aide à l'allaitement des sages-femmes et celles des bénévoles (sur la base d'un tout petit échantillon qualitatif de mères adolescentes). Les articles qui appréhendent le point de vue des mères ayant eu recours à des structures dotées de professionnelles en lactation (Hauck et coll., 2002 ; Ockleford et Berryman, 2004) mettent en exergue l'efficacité de ces intervenants, surtout pour résoudre des difficultés dans l'allaitement (Hauck et coll., 2002). Un niveau de formation trop faible est pointé comme contribuant à une culture de « non allaitement » en milieu hospitalier où il renvoie à une à « activité mineure, un engagement optionnel » (Smale et coll., 2006). Il faut aussi considérer, à l'hôpital comme dans les services de suite de couche, que l'allaitement nécessite une plus grande souplesse parfois difficile à inscrire dans l'organisation du travail. Cela ne permet pas de construire l'allaitement comme un soin de base à apporter au nourrisson et explique la difficulté de transformer une politique de santé publique en une pratique partagée largement.

En résumé, une étude française (Labarere et coll., 2005) et la large majorité des revues de littérature ou méta-analyses basées sur des résultats internationaux (Britton et coll., 2009) (Sikorski et coll., 2003 ; Hannula et coll., 2008) convergent et encouragent à investir dans la formation des professionnels, en mettant notamment l'accent sur la cohérence de l'ensemble des professionnels médicaux et para-médicaux (Miller et coll., 2007).

Formation des pairs ou des bénévoles

Peu d'essais portent sur la formation d'intervenants relais : pairs, mères ayant déjà allaité. Une réflexion sur la délégation des tâches a été engagée, notamment dans le contexte des réformes et coupes de personnels à l'œuvre au Royaume-Uni (McKenna et coll., 2003). Seuls quelques articles (Jack et coll., 2001) s'accompagnent d'une attention à la formation de pairs ou de conseillères. Quelques initiatives intègrent l'expérience des formateurs de pairs à la formation des professionnels médicaux (Dykes et coll., 2003).

Deux essais sont disponibles sur la formation des pairs ou des aidants (Morrow et coll., 1999 ; Chapman et coll., 2004). Un essai au Mexique, robuste scientifiquement, a le mérite d'attirer l'attention sur la rémunération des pairs, dimension importante de la mise en œuvre par ces intervenants (Morrow et coll., 2009). Au moment de l'étude, le taux d'allaitement au Mexique était de 92 % d'initiation (tous types) et de 4 % d'exclusivité à 3 mois. Cet essai, réalisé dans les quartiers péri-urbains de Mexico, teste l'efficacité d'une formation dispensée par la *Leche League International* dans le cadre de son programme développé en direction des pairs. Il fait apparaître auprès d'une population de 100 femmes, parmi lesquelles 35 ont bénéficié de 6 visites à domicile, des résultats encourageants puisque l'allaitement exclusif à 3 mois atteint 67 % dans le groupe d'intervention par rapport à 12 % dans le groupe contrôle ($p < 0,001$).

Le second essai retenu porte sur 185 femmes aux États-Unis dans des populations socioéconomiquement défavorisées et vivant dans une banlieue à dominance de Portoricains (Chapman et coll., 2004). Cette expérience fait également appel à la formation dispensée par la *Leche League International*, formation qui a conduit dans cette étude à la rémunération des pairs. La proportion de non initiation à l'allaitement était significativement plus basse dans le groupe d'intervention que parmi le groupe contrôle (8/90 [9 %] contre 17/75 [23 %] ; RR=0,39 ; IC 95 % [0,18-0,86]). La probabilité d'arrêter l'allaitement à 3 mois diminue dans le groupe d'intervention (56 % contre 71 % ; RR=0,78 ; IC 95 % [0,61-1,00]).

La littérature qualitative tendrait à souligner que les bénévoles seraient beaucoup mieux formés que les médecins qui n'ont pas reçu, de formation continue en lactation.

En résumé, l'investissement sur la formation de pairs ou de bénévoles semble être une stratégie d'intervention probante, en complément d'une action soutenue de formation, notamment en France, dans le réseau des soins primaires de proximité.

En conclusion, la transmission des règles de puériculture dépend fortement de l'appartenance sociale (Boltanski, 1969 ; Gojard, 2010). Comme dans de nombreuses interventions en matière de promotion de la santé, la « disposition différentielle, socialement « acquise », à s'emparer des progrès accomplis en matière de nouveautés thérapeutiques ou de nouvelles technologies » (Aïach et Cébe, 1994) semble s'appliquer à l'allaitement et les classes sociales les plus riches de capitaux scolaires et financiers apparaissent les premières à tirer parti d'enseignements enjoignant à la modification de pratiques¹²⁴. Cette

124. Cette tendance est ainsi nettement démontrée pour une pathologie comme le diabète par les épidémiologistes (Jouglia et coll., 2000).

propension, dont l'un des effets est de creuser les inégalités sociales de santé, semble se retrouver pour l'allaitement si sa promotion ne repose que sur des interventions basées sur la mise en place de groupes d'information/éducation.

L'information/éducation ne serait pas la forme la plus efficace, surtout auprès des populations les plus défavorisées pour obtenir des modifications de pratiques pour l'initiation et la durée de l'allaitement. Dans tous les cas de figures, une pédagogie reposant sur des interactions est plus efficace.

Le soutien par les pairs et/ou des professionnels entraînés et la visite à domicile sont les formes d'interventions qui apparaîtraient comme plus efficaces. Ce type d'intervention de promotion de l'allaitement présenterait en outre l'avantage d'être particulièrement efficace sur les populations les plus défavorisées et l'inclusion des pères semblerait aussi une piste intéressante. Le soutien téléphonique est prometteur, notamment après un contact proactif auprès des publics de faible position socioéconomique. Les travaux restent à développer pour évaluer si les interventions efficaces dans les populations à risque permettraient également de diminuer le gradient social de santé vis-à-vis de l'allaitement maternel.

Christine César

Inpes, Direction de l'animation des territoires et des réseaux (DATER), Saint Denis

BIBLIOGRAPHIE

AÄICH P, CÈBE D. Les inégalités sociales de santé. *La Recherche* 1994, **261** : 100-109

AARTS C, KYLBERG E, HÖRNELL A, HOFVANDER Y, GEBRE-MEDHIN M, et coll. How exclusive is exclusive breastfeeding ? A comparison of data since birth with current status data. *Int J Epidemiol* 2000, **29** : 1041-1046

ALEXANDER A, DOWLING D, FURMAN L. What do pregnant low-income women say about breastfeeding? *Breastfeed Med* 2010, **5** : 17-23

BAI Y, WUNDERLICH SM, FLY AD. Predicting intentions to continue exclusive breastfeeding for 6 months: a comparison among racial/ethnic groups. *Matern Child Health J* 2011, **15** : 1257-1264

BARRIERE H, TANGUY M, CONNAN L, BARON C, FANELLO S. Prenatal breastfeeding information: survey in Pays de Loire, France. *Arch Pediatr* 2011, **18** : 945-954

BAR-YAM NB, DARBY L. Fathers and breastfeeding: a review of the literature. *J Hum Lact* 1997, **13** : 45-50

BEAKE S, PELLOWE C, DYKES F, SCHMIED V, BICK D. A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings. *Matern Child Nutr* 2012, **8** : 141-161

BHANDARI N, BAHL R, MAZUMDAR S, MARTINES J, BLACK RE, et coll. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2003, **361** : 1418-1423

BOLTANSKI L. Prime éducation et morale de classe, Paris, EHESS, cahiers du centre de sociologie européenne 1969, n°5, 152 p

BONUCK KA, TROMBLEY M, FREEMAN K, MCKEE D. Randomised, controlled trial of pre-natal and postnatal lactation consultant intervention on duration and intensity of breast-feeding up 12 months. *Pediatrics* 2005, **116** : 1413-1426

BRITTON C, MCCORMICK FM, RENFREW MJ, WADE A, KING SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 : CD001141

CHAPMAN DJ. Exploring breastfeeding ambivalence among low-income, minority women. *J Hum Lact* 2010, **26** : 82-83

CHAPMAN DJ, DAMIO G, YOUNG S, PEREZ-ESCAMILLA R. Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004, **158** : 897-902

CONDE-AGUDELO A, DIAZ-ROSSELLO JL, BELIZAN JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, **2**

CREPINSEK MA, CROWEL, MICHENER K, SMART NA. Interventions for preventing mastitis after childbirth (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, **3**

DE OLIVEIRA MI, CAMACHO LA, TEDSTONE AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact* 2001, **17** : 326-343

DENNIS CL, HODNETT E, GALLOP R, CHALMERS B. The effect of peer support on breastfeeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2002, **166** : 21-28

DENNIS CL, KINGSTON D.A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the early postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008, **37** : 301-314

DI NAPOLI A, DI LALLO D, FORTES C, FRANCESCHELLI C, ARMENI E, et coll. Home breastfeeding support by health professionals: findings of a randomized controlled trial in a population of Italian women. *Acta Paediatr* 2004, **93** : 1108-1114

DIXON-WOODS M, SUTTON A, SHAW R, MILLER T, SMITH J, et coll. Appraising qualitative research for inclusion in systematic reviews: a quantitative and qualitative comparison of three methods. *J Health Serv Res Policy* 2007, **12** : 42-47

DURAND M, LABARERE J, BRUNET E, PONS JC. Evaluation of a training program for healthcare professionals about breast-feeding. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003, **106** : 134-138

DYKES F. Infant-feeding initiative: a report evaluating the breastfeeding practice projects 1999 to 2002. HMSO, London, 2003

DYKES F. The education of health practitioners supporting breastfeeding women: time for critical reflection. *Matern Child Nutr* 2006, **2** : 204-216

DYSON L, MCMILLAN B, WOOLRIDGE M, GREEN J, CONNER M, et coll. Looking at infant feeding today. Reducing inequalities in health among socio-economically disadvantaged and ethnic groups by increasing breastfeeding uptake: an examination of intentions and outcomes. Final report to the Department of Health. Mother and Infant Research Unit: University of York, 2003

DYSON L, MCCORMICK F, RENFREW MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2005, **2** : CD001688. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* 2008, **4**

FINCH C, DANIEL EL. Breastfeeding education program with incentives increases exclusive breastfeeding among urban WIC participants. *J Am Diet Assoc* 2002, **102** : 981-984

GAGNON AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood, or birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, **3** : CD002869. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* 2010, **1** : CD004068

GOJARD S. Le métier de mère, Paris, La Dispute, coll. Corps et santé 2010, 222 p.

GRAFFY J, TAYLOR J, WILLIAMS A, ELDRIDGE S. Randomised controlled trial of support from volunteer counsellors for mothers considering breast feeding. *BMJ* 2004, **328** : 26

GUISE JM, PALDA V, WESTHOFF C, CHAN BK, HELFAND M, et coll. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med* 2003, **1** : 70-78

HAINES A, DONALD A. Making better use of research findings. *BMJ* 1998, **317** : 72-75

HALL MORAN V, EDWARDS J, DYKES F, DOWNE S. A systematic review of the nature of support for breast-feeding adolescent mothers. *Midwifery* 2007, **23** : 157-171. Epub 2006 Oct 18

HAMLIN B, BROOKER S, OLEINIKOVA K, WANDS S. Infant feeding 2000. A survey conducted on behalf of the Department of Health, Social Services and Public Safety in Northern Ireland. London, Stationery Office, 2002

HANNULA L, KAUNONEN M, TARKKA MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs* 2008, **17** : 1132-1143

HART JT. The inverse care law. *Lancet* 1971, **1** : 405-412

HAUCK Y, LANGTON D, COYLE K. The path of determination: exploring the lived experience of breastfeeding difficulties. *Breastfeed Rev* 2002, **10** : 5-12

HECTOR D, KING L. Interventions to encourage and support breastfeeding. *NSW Public Health Bull* 2005, **16** : 56-61

HODDINOTT P, BRITTEN J, PILL R. Why do interventions work in some places and not others: a breastfeeding support group trial. *Soc Sci Med* 2010, **70** : 769-778

HODDINOTT P, BRITTEN J, PRESCOTT GJ, TAPPIN D, LUDBROOK A, et coll. Effectiveness of policy to provide breastfeeding groups (BIG) for pregnant and breastfeeding mothers in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2009, **338** : a3026

HOPKINSON J, KONEFAL G, GALLAGHER M. Assignment to a hospital-based breastfeeding clinic and exclusive breastfeeding among immigrant Hispanic mothers: a randomized, controlled trial. *J Hum Lact* 2009, **25** : 287-296

INGRAM J, JOHNSON D, GREENWOOD R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery* 2002, **18** : 87-101

JAAFAR SH, JAHANFAR S, ANGOLKAR M, HO JJ. Pacifier use versus no pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding mothers. *Cochrane Database of Systematic Review* 2011, **3** : CD007202

JACK CM, ELISON JE, WINDER V, DAY J, BLENKINSIP L. Education issues: breast-feeding: continuing professional development. *British Journal of Midwifery* 2001, **9** : 162-166

JOLLY K, INGRAM L, KHAN KS, DEEKS JJ, FREEMANTLE N, et coll. Systematic review of peer support for breastfeeding continuation: metaregression analysis of the effect of setting, intensity, and timing. *BMJ* 2012a, **344** : d8287

JOLLY K, INGRAM L, FREEMANTLE N, KHAN K, CHAMBERS J, et coll. Effect of a peer support service on breast-feeding continuation in the UK: A randomised controlled trial. *Midwifery* 2012b, **28** : 740-745

JOUGLA E, RICAN S, PEQUIGNOT F, LE TOULLEC A. La mortalité. In : Les inégalités sociales de santé. FASSIN D, GRANJEAN H, KAMINSKI M, LANG T (dir). La Découverte, Paris, 2000

KAMINSKI M, BLONDEL B, SAUREL-CUBIZOLLES M.-J. La santé périnatale. In : Les inégalités sociales de santé. FASSIN D, GRANJEAN H, KAMINSKI M, LANG T (dir). La Découverte, Paris, 2000 : 173-192

KHOURY AJ, MOAZZEM SW, JARJOURA CM, CAROTHERS C, HINTON A. Breast-feeding initiation in low-income women: Role of attitudes, support, and perceived control. *Womens Health Issues* 2005, **15** : 64-72

KOOLS EJ, THIJS C, KESTER AD, VAN DEN BRANDT PA, DE VRIES H. A breast-feeding promotion and support program a randomized trial in The Netherlands. *Prev Med* 2005, **40** : 60-70

LAANTERA S, PIETILA AM, POLKKI T. Knowledge of breastfeeding among pregnant mothers and fathers. *J Perinat Neonatal Nurs* 2010, **24** : 320-329

LABARERE J, GELBERT-BAUDINO N, AYRAL AS, DUC C, BERCHOTTEAU M, et coll. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005, **115** : e139-146

LARROQUE B, BRÉART G, KAMINSKI M, DEHAN M, ANDRE M, et coll. Survival of very pre-term infants: Epipage, a population based cohort study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004, **89** : F139-F144

LAVENDER T, BAKER L, SMYTH R, COLLINS S, SPOFFORTH A, DEY P. Breastfeeding expectations versus reality: a cluster randomised controlled trial. *BJOG* 2005, **112** : 1047-1053

LU MC, PRENTICE J, YU SM, INKELAS M, LANGE LO, HALFON N. Childbirth education classes: sociodemographic disparities in attendance and the association of attendance with breastfeeding initiation. *Matern Child Health J* 2003, **7** : 87-93

LUMBIGANON P, MARTIS R, LAOPAIBOON M, FESTIN MR, HO JJ, et coll. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, **11** : CD006425

MARTENS PJ. Increasing breastfeeding initiation and duration at a community level: an evaluation of Sagkeeng First Nation's community health nurse and peer counselor programs. *J Hum Lact* 2002, **18** : 236-246

MCINNES RJ, CHAMBERS JA. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *J Adv Nurs* 2008, **62** : 407-427

MCKEEVER P, STEVENS B, MILLER KL, MACDONELL JW, GIBBINS S, et coll. Home versus hospital breastfeeding support for newborns: a randomized controlled trial. *Birth* 2002, **29** : 258-265

MCKENNA H, HASSON F, SMITH M. Training needs of midwifery assistants. *J Adv Nurs* 2003, **44** : 308-317

MCMILLAN B, CONNER M, GREEN J, DYSON L, RENFREW M, et coll. Using an extended theory of planned behaviour to inform interventions aimed at increasing breastfeeding uptake in primiparas experiencing material deprivation. *Br J Health Psychol* 2009, **14** : 379-403

MEGLIO GD, MCDERMOTT MP, KLEIN JD. A randomized controlled trial of telephone peer support's influence on breastfeeding duration in adolescent mothers. *Breastfeed Med* 2010, **5** : 41-47

MILLER T, BONAS S, DIXON-WOODS M. Qualitative research on breastfeeding in the UK: a narrative review and methodological reflection. *Evidence and Policy* 2007, **3** : 197-230

MOORE ER, ANDERSON GC, BERGMAN N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, **18** : CD003519

MORAN VH, DYKES F, BURT S, SHUCK C. Breastfeeding support for adolescent mothers: similarities and differences in the approach of midwives and qualified breastfeeding supporters. *Int Breastfeed J* 2006, **1** : 23

MORROW AL, GUERRERO ML, SHULTS J, CALVA JJ, LUTTER C, et coll. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999, **353** : 1226-1231

NELSON AM. A metasynthesis of qualitative breastfeeding studies. *J Midwifery Womens Health* 2006, **51** : e13-e20

NOBLIT GW, HARE DR. Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies. 11 QRMS, editor. Newbury Park, California, Beverly Hills (Cal.) Sage, 1988

OCKLEFORD EM, BERRYMAN JC, HSU R. Postnatal care: what new mothers say. *British Journal of Midwifery* 2004, **12** : 166-170

PATE B. A systematic review of the effectiveness of breastfeeding intervention delivery methods. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009, **38** : 642-653

PISACANE A, CONTINISIO GI, ALDINUCCI M, D'AMORA S, CONTINISIO P. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics* 2005, **116** : e494-e498

PUGH LC, MILIGAN RA, FRICK KD, SPATZ D, BRONNER Y. Breastfeeding duration, costs, and benefits of support program for low income bf women. *Birth* 2002, **29** : 95-100

QUINLIVAN JA, BOX H, EVANS SF. Postnatal home visits in teenage mothers: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003, **361** : 893-900

REEVE JR, GULL SE, JOHNSON MH, HUNTER S, STREATHER M. A preliminary study on the use of experiential learning to support women's choices about infant feeding. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004, **113** : 199-203

RENFREW MJ, DYSON L, WALLACE L, D'SOUZA L. The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding. Systematic review. London: NHS, 2005

RENFREW MJ, SPIBY H, D'SOUZA L, WALLACE LM, DYSON L, et coll. Rethinking research in breast-feeding: a critique of the evidence base identified in a systematic review of interventions to promote and support breast-feeding. *Public Health Nutr* 2007, **10** : 726-732

REYNAL DE SAINT MICHEL C. La promotion et le soutien de l'allaitement maternel en médecine générale : efficacité et lutte contre les inégalités sociales de santé, revue de littérature. Paris: Paris 6. 2010, 91 p

RISHEL PE, SWEENEY P. Comparison of breastfeeding rates among women delivering infants in military treatment facilities with and without lactation consultants. *Mil Med* 2005, **170** : 435-438

ROJJANASRIRAT W, SOUSA VD. Perceptions of breastfeeding and planned return to work or school among low-income pregnant women in the USA. *J Clin Nurs* 2010, **19** : 2014-2022

SALFORD UO. Evaluation Tool for Qualitative Research Studies. Salford: Health Care Practice Research and Development Unit, 2001

SCHEIDEGGER A, VILAIN A. Disparités sociales et surveillance de grossesse. *Etudes et résultats, DREES* 2007, **552** : 1-8

SHARIFAH H, LEE KS, HO JJ. Separate care for new mother and infant versus rooming-in for increasing the duration of breastfeeding (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, **3**

SIKORSKI J, RENFREW MJ, PINDORIA S, WADE A. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2003, **17** : 407-417

SMALE M, RENFREW MJ, MARSHALL JL, SPIBY H. Turning policy into practice: more difficult than it seems. The case of breastfeeding education. *Matern Child Nutr* 2006, **2** : 103-113

SMITH S. What stories do mothers tell about their experiences in learning how to breastfeed? *Breastfeed Rev* 2003, **11** :13-18

SPIBY H, MCCORMICK F, WALLACE L, RENFREW MJ, D'SOUZA L, DYSON L. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery* 2009, **25** : 50-61

TENDER JA, JANAKIRAM J, ARCE E, MASON R, JORDAN T, et coll. Reasons for in-hospital formula supplementation of breastfed infants from low-income families. *J Hum Lact* 2009, **25** : 11-17

VITTOZ JP, LABARERE J, CASTELL M, DURAND M, PONS JC. Effect of a training program for maternity ward professionals on duration of breastfeeding. *Birth* 2004, **31** : 302-307

WEN LM, BAUR LA, SIMPSON JM, RISSEL C, FLOOD VM. Effectiveness of an early intervention on infant feeding practices and «tummy time»: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011, **165** : 701-707

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION, DIVISION OF CHILD HEALTH AND DEVELOPMENT). Integrated management of childhood illness: management of the sick young infant age 1 week up to 2months. Report N° WHO/CHD/97.3F, 1997

WOLFBURG AJ, MICHELS KB, SHIELDS W, O'CAMPO P, BRONNER Y, et coll. Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *Am J Obstet Gynecol* 2004, **191** : 708-712

ZAGHLOUL S, HARRISON GG, FENDLEY HF, PIERCE R, MORRISEY C. Correlates of breastfeeding initiation in southeast Arkansas. *South Med J* 2004, **97** : 446-450

ZEITLIN J, EL AYOUBI M, JARREAU PH, DRAPER ES, BLONDEL B, et coll. Impact of fetal growth restriction on mortality and morbidity in a very preterm birth cohort. *J Pediatr* 2010, **157** : 733-739 (e731)