



Les Dossiers de la Maïeutique

www.dossiers-de-la-maieutique.fr

Les Dossiers de la Maïeutique (2014) 1(3), 107-118

Revue systématique des effets de formations et interventions basées sur données probantes et destinées aux professionnels de santé et conseillers d'allaitement maternel sur la durée de l'allaitement maternel

[A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding]

Helen Spiby, MPhil, SRN, SCM (Maître de conférence)^a, Felicia McCormick, BA BHSC (Chercheur)^a, Louise Wallace, BA, MSc, PhD, MBA (Professeur)^b, Mary J. Renfrew, BSc, RGN, DN, SCM, PhD (Professeur)^a, Lalitha D'Souza, MBBS, DHC (Chercheur)^a, Lisa Dyson, BA, MSc (Assistant de recherche)^c

^aMother and Infant Research Unit, Department of Health Sciences, Area 4, Seebohm Rowntree Building, Heslington, York YO10 5DD, UK

^bHealth Services Research Centre, Coventry University, Coventry, UK

^cNutritional Epidemiology Group, Faculty of Medicine, Dentistry, Psychology and Health, University of Leeds, Leeds, UK

Contact : Helen Spiby : hs507@york.ac.uk

Soumission initiale le 7 août 2006 - soumission révisée le 7 novembre 2006 - accepté pour publication le 8 janvier 2007

RESUME

Objectif : examiner les effets de la formation, de l'éducation et des interventions destinées à changer la pratique des professionnels de santé et des éducateurs/conseillers en allaitement maternel sur la durée de l'allaitement.

Méthode de la revue : cet article fait partie d'une série de revues sur les interventions qui influencent la durée de l'allaitement maternel. Les détails complets des méthodes utilisées, y compris la stratégie d'exploration de la littérature, ont été rapportés ailleurs.

Critères de sélection des études incluses : essais randomisés contrôlés, essais contrôlés non randomisés avec groupes contrôles concurrents et études avant-après (cohortes et études transversales) dans des pays industrialisés, publiés entre 1980 et 2003, quelle que soit la langue. Le résultat principal était la durée de l'allaitement maternel. Les résultats secondaires, comme l'attitude, les connaissances et le changement de comportement des participants, ont été inclus sur base des articles qui contenaient aussi des résultats sur la durée de l'allaitement maternel.

Evaluation de la qualité des études : des critères d'inclusion et d'exclusion furent appliqués. Les données extraites et la qualité des études ont été évaluées par un chercheur et vérifiées indépendamment par un autre, avec une troisième personne qui a tranché quand il y avait des différences de point de vue, ceci afin de suivre les recommandations pour les revues systématiques du NHS Centre for Reviews and Dissemination.

Résultats : l'exploration de la littérature a identifié neuf articles. Tous rapportaient des études de type avant-après qui ont inclus des programmes d'éducation destinés aux professionnels de la santé; aucune étude sur les conseillers en allaitement maternel n'a été identifiée. Six articles ont étudié des participants qui travaillaient avec des mères et leurs nourrissons en secteur hospitalier (trois au Royaume Uni, deux en Italie et un en France); dans trois études, les participants travaillaient dans le secteur primaire (Canada, Espagne et Etats-Unis). Deux études britanniques et trois études non britanniques (Espagne et Etats-Unis) ont inclus des mères vivant dans des quartiers défavorisés. La plupart des interventions visaient à améliorer les connaissances et à changer la pratique professionnelle sur l'allaitement maternel.

Conclusions clés : La plupart des études passées en revue ont démontré des faiblesses méthodologiques. Les sites d'études et les contextes sont très différents et ne permettent pas la comparaison. Le niveau de preuves fourni par ces études est insuffisant pour tirer des conclusions sur les avantages ou inconvénients associés aux interventions. D'après les études identifiées, il semble qu'il n'y ait pas une seule approche qui entraîne des changements systématiques sur la durée de l'allaitement maternel. Selon l'une des études les plus robustes, il semble que la formation proposée par l'initiative UNICEF/OMS Hôpitaux Amis des Bébé pourrait influencer la durée de l'allaitement maternel.

Recommandations pour de futures recherches : Il faudrait évaluer l'initiative Hôpitaux Amis des Bébé au moyen d'essais contrôlés. Les futures recherches sur les programmes d'éducation sur l'allaitement maternel destinées aux professionnels de

santé devraient être basées sur une théorie appropriée; il faudrait décrire de façon détaillée les programmes d'éducation et le contexte dans lequel les soins sont donnés et utiliser des moments standardisés pour évaluer les effets de ces interventions. Les résultats intermédiaires devraient aussi être rapportés, y compris ceux traitant des effets sur l'éducation et la pratique.

ABSTRACT

Objective: to examine the effects of training, education and practice change interventions with health professionals and lay breast feeding educator/counsellors on duration of breast feeding.

Review methods: this was part of a series of reviews of interventions that affect duration of breast feeding. Full details of methods used, including search strategy, are reported separately.

Selection criteria for included studies: randomised controlled trials, non randomised controlled trials with concurrent controls and before after studies (cohort or cross-sectional), undertaken in a developed country, published between 1980 and 2003 in any language. The primary outcome was duration of breast feeding. Secondary and process outcomes, including attitude, knowledge and behaviour change of participants, were included from papers that also reported breast feeding duration outcomes.

Study-quality assessment: inclusion and exclusion criteria were applied, data extracted and study quality assessments made by one reviewer and independently checked by another, with a third reviewer to resolve differences, as recommended by the NHS Centre for Reviews and Dissemination's guidance for reviews.

Findings: the search identified nine papers. All were before after studies that included the education of health professionals; no studies were identified that related to breast feeding counsellors. In six of the studies, the participants were working with mothers and babies in hospitals (three in the UK, two in Italy and one in France); in three studies, the participants were working in community settings (Canada, Spain and the USA). Two UK studies and two non-UK studies (Spain and USA) involved mothers living in disadvantaged areas. Most interventions aimed to increase knowledge and change professional practice in support of breast feeding.

Key conclusions: many of the studies reviewed have methodological limitations. Study settings and contexts vary and lack comparability. Evidence from these studies was insufficient to draw conclusions about overall benefit or harm associated with the interventions. From the studies identified, there seems to be no single way that consistently achieves changes in breast feeding duration. From one of the methodologically more robust studies, it seems that UNICEF/WHO Baby Friendly Hospital Initiative (BFI) training might have the potential to influence breast feeding duration.

Recommendations for further research: further testing of the BFI initiative within a controlled design. Future research into the education of health-care professionals that relates to the support of breast feeding women should have appropriate theoretical underpinning, describe educational programmes and the context of care delivery comprehensively and use standardised time points in the assessment of the effect of interventions. Intermediate outcomes should also be reported, including those related to the effect on education and practice.

Mots clés : Revue systématique, Intervention, Formation, Education, Changement de pratique, Durée de l'allaitement maternel -

Keywords: Systematic review; Intervention; Training; Education; Practice change; Breast feeding duration

Introduction

Les avantages de l'allaitement maternel sur la santé des mères et des enfants sont clairement documentés (Gwinn *et al.*, 1990; Howie *et al.*, 1990; Newcomb *et al.*, 1994; Kramer *et al.*, 2001). Les taux d'initiation de l'allaitement maternel varient considérablement entre pays. Au Royaume Uni, le taux d'initiation est relativement bas et une proportion importante de mères abandonnent rapidement l'allaitement maternel (Hamlyn *et al.*, 2002). Qui plus est, il y a un lien entre le statut socio-économique et l'allaitement maternel : les femmes des classes socio-économiques moins favorisées allaitent moins, ce qui contribue à accentuer les inégalités sociales (Hamlyn *et al.*, 2002). Plusieurs facteurs influencent la décision initiale d'allaiter et la durée de l'allaitement maternel; ils comprennent la société, les politiques publiques, les médias, les prestations des soins et les mécanismes de soutien. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois (WHO, 2003), ce qui a été approuvé au Royaume Uni. D'autres initiatives politiques récentes au Royaume Uni ont eu comme objectif une augmentation de 2% du taux d'initiation de l'allaitement maternel parmi les femmes socialement défavorisées (DoH, 2003). L'introduction du *Healthy Start* (Bon départ) a remplacé le Welfare Food

Scheme (programme social de nutrition) et demande aux professionnels de santé d'identifier les femmes et les familles qui ont besoin d'un soutien supplémentaire pour l'allaitement maternel et l'adoption d'un régime alimentaire équilibré (DoH, 2005a, b).

En mars 2003, l'Agence pour le développement de la santé (HDA) a commissionné une revue systématique des interventions de santé publique destinées à augmenter la durée de l'allaitement maternel. Cette revue a été commissionnée pour combler le manque de revue des données probantes sur la durée de l'allaitement maternel, manque identifié dans des travaux précédents financés par la HDA (Protheroe *et al.*, 2003). La fonction de la HDA a été incorporée dans le travail du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) en avril 2005.

L'objectif de cette revue a été d'informer la pratique au Royaume Uni; cependant, les résultats sont aussi utiles pour d'autres pays parce que la revue a inclus les résultats d'autres pays définis comme développés (Renfrew *et al.*, 2005). Une série de revues systématiques qui ont toutes évalué des interventions visant à influencer la durée de l'allaitement ont été organisées selon quatre thèmes principaux dont les politiques publiques, la santé publique et les interventions cliniques. Cet article

rapporte l'information sur le quatrième thème : les effets de la formation, de l'éducation et d'interventions visant à changer la pratique des professionnels de santé et des éducateurs/conseillers en allaitement maternel sur la durée de l'allaitement maternel.

Le soutien d'un personnel dûment qualifié peut avoir un effet positif sur l'initiation, la durée et l'expérience de l'allaitement maternel (Sikorski *et al.*, 2002). L'éducation initiale des professionnels de santé qui soutiennent les femmes qui allaitent varie en quantité, contenu, orientation et modèle philosophique (principalement selon un type de modèle basé sur pathologie/santé ou centré sur la famille et les perspectives sociales), niveau académique et stratégie d'évaluation. Cette préparation semble inadéquate et fragmentée (Smale *et al.*, 2006), surtout pour la formation médicale initiale et continue.

En plus des professionnels de santé, les conseillers bénévoles formés à l'allaitement maternel et les paires sont d'autres sources importantes de soutien aux femmes qui allaitent. L'information sur le processus et le programme de préparation des conseillers bénévoles sont disponibles auprès des organisations nationales et internationales, y compris le National Childbirth Trust et La Leche League; ces programmes comprennent des aspects théoriques et pratiques. Les points de vue et l'expertise des femmes et des conseillers sur l'allaitement maternel ont récemment été intégrés dans les programmes d'éducation des professionnels de santé au Royaume Uni (Jack *et al.*, 2001), mais ceci n'est pas encore pratique courante. Dykes (2003) a revu 79 projets sur la nutrition infantile financés par le Ministère de la santé, et identifié 16 interventions de formation ou d'éducation pour professionnels de santé. Les organisations bénévoles de soutien à l'allaitement maternel ont participé à cinq programmes, avec deux initiatives supplémentaires qui ont incorporé des composantes basées sur des données probantes.

Des initiatives de pratique de maïeutique basées sur des données probantes ont souvent été développées en réponse à des changements d'organisation de service de soins. De telles initiatives ont permis le développement de recommandations basées sur données probantes pour la surveillance du travail (Walsh *et al.*, 1999; Spiby and Munro, 2001), mais le manque de temps pendant leur élaboration n'a pas toujours permis l'incorporation de groupes de contrôle dans les systèmes d'évaluation. Habituellement, seul le développement de recommandations basées sur données probantes ne suffit pas à changer la pratique professionnelle et une introduction accompagnée d'un programme éducatif interactif est normalement plus effective (Bero *et al.*, 1998). Des stratégies modérément efficaces pour le changement des pratiques professionnelles comprennent les audits, les feedback donnés au personnel et l'implication des personnes clés à niveau local; les approches didactiques et le matériel éducatif seuls sont d'habitude inefficaces pour arriver à un changement des pratiques professionnelles (Haines & Donald, 1998).

Méthodes

Les détails sur les méthodes utilisées dans le cadre de cette série de revues ont été publiés ailleurs (Renfrew *et al.*, 2005). La stratégie de recherche pour cette série de revues a suivi les recommandations du NHS Centre for Reviews and Dissemination pour les revues de recherche sur l'efficacité (Khan *et al.*, 2001). Medline, CINAHL et 17 autres bases de données électroniques ont été explorées pour la période allant de 1980 à juin 2003. Trois groupes de mots clés ont été utilisés pour identifier les études qui ont rapporté les effets d'interventions cliniques et de santé publique sur l'allaitement maternel. Cette exploration n'a pas été limitée par la langue ou les résultats. Elle a inclus une recherche manuelle de trois revues scientifiques clés (*Health Promotion International*, *Health Education Quarterly* et *Journal of Human Lactation*). Environ 63 000 citations ont été identifiées et revues indépendamment par deux lecteurs critiques. Au total, 940 articles ont été extraits et assignés aux différentes revues de cette série.

Selon les recommandations de Khan *et al.* (2001), des critères d'inclusion et d'exclusion furent appliqués, les données extraites et la qualité des études évaluées par un lecteur critique, puis vérifiées indépendamment par un deuxième; les différences furent résolues par un troisième. Pour la revue rapportée ici, les études incluses étaient des essais randomisés contrôlés, essais contrôlés non randomisés et des études avant-après (études de cohortes et études transversales), entreprises dans des pays industrialisés entre 1980 et 2003, dans toutes les langues identifiées. Le résultat primaire était la durée de l'allaitement maternel. La période commençant avec la première mise au sein a été considérée comme la durée de l'allaitement dans le cadre de cette revue. Les études qui n'ont pas rapporté de durée d'allaitement ont été exclues. Les résultats secondaires, y compris les attitudes, les connaissances et le changement de comportement des professionnels de santé, le point de vue des femmes et le coût des interventions ont été inclus pour les articles qui rapportaient l'objectif primaire. L'outil d'évaluation a été développé pour analyser un éventail de méthodes.

Les études incluses ont été décrites, leur qualité évaluée et les résultats examinés. L'éventail des méthodes, des contextes et le manque de détails des études n'a pas permis de réaliser une méta-analyse.

Résultats

Neuf études qui rapportaient des interventions ciblant des professionnels de santé ont été identifiées. Elles ont toutes utilisé une méthode avant-après; aucun essai randomisé contrôlé n'a été identifié. Trois études ont été entreprises au Royaume Uni, deux aux États-Unis et au Canada, et les quatre autres en Europe. Quatre études étaient pertinentes pour les professionnels en contact avec des femmes en situation de précarité. Huit articles ont rapporté des interventions d'éducation ou de formation, et un a détaillé une intervention basée

sur des données probantes. Les données sur l'endroit, les participants et les interventions sont reprises dans le Tableau 1. La durée de l'allaitement maternel et les moments auxquels cette durée a été mesurée sont identifiés dans le Tableau 2.

Ces études n'ont pas été cotées pour la qualité des données quantitatives afin d'éviter une imprécision potentielle et une interprétation inappropriée des résultats (Renfrew *et al.*, 2005); ceci est particulièrement important quand

l'éventail des méthodes utilisées est vaste. Les études ont été évaluées sur les caractéristiques suivantes: cadre et méthodes d'échantillonnage, que la taille préalable de l'échantillon ait été rapportée ou non; clarté des critères d'inclusion et d'exclusion; comparabilité des groupes pour cofacteurs potentiels; identification des retraits et qualité de l'analyse. Une étude a rapporté une randomisation, mais sans en préciser la méthode (Durand *et al.*, 2003); trois études (Hartley and O'Connor, 1996; Grant *et al.*, 2000; Cattaneo and Buzzetti, 2001) ont rapporté un

Tableau 1 - Etudes incluses : cadres, participants et interventions

Auteur, année et pays	Cadre	Participants (n)	Intervention
Cattaneo & Buzzetti (2001), Italie	Quatre hôpitaux (trois généraux et un universitaire) dans le nord et le sud de l'Italie	Huit hôpitaux; 571 professionnels de santé; 2669 paires de mères-nourrissons (poids de naissance > 2000g)	Formation UNICEF en 18h (formation pour formateurs) et formation conseiller OMS de deux heures
Durand <i>et al.</i> (2003), France	Hôpital universitaire	73 membres du personnel (sages-femmes et pédiatres); 100 paires mères-nourrissons; 50 paires avant et 50 paires après intervention	Séminaire standardisé de 3 jours pour le personnel
Gainotti & Pagani (1980), Italie	Hôpital desservant une population de fermiers, artistes, artisans et enseignants	650 paires mères-nourrissons; 325 avant et 325 après intervention	Augmenter la perception des aspects psychologiques et biologiques de l'allaitement maternel
Grant <i>et al.</i> (2000), Royaume Uni	Hôpital desservant une population défavorisée dans le sud de Londres	1568 femmes; 702 avant et 866 après intervention	Recommandations basées sur des données probantes soutenues par des sessions de formation, newsletter, audit avec feedback et matériel éducatif
Hartley & O'Connor (1996), Etats Unis	Consultation à un centre de santé pour femmes d'un hôpital universitaire desservant une communauté défavorisée, principalement des femmes afro-américaines	Dossiers de 180 nouveaux-nés, 90 avant et 90 après l'intervention	"Best Start", un programme éducatif sur l'allaitement maternel pour professionnels de santé et personnel administratif avec approche didactique basée sur la théorie de marketing social
Ingram <i>et al.</i> (2002), Royaume Uni	Service de suite de couches d'un hôpital universitaire desservant surtout des femmes caucasiennes vivant dans un quartier pauvre d'une ville à taux d'allaitement maternel bas	1400 mères d'enfant nés à 35-43 semaines d'aménorrhée	Technique non interventionniste "hands off" enseignée aux sages-femmes hospitalières et aides-soignantes par des ateliers de 45 minutes, et ensuite enseignés aux mères
Manitoba Pediatric Society & Committee on Breast Feeding (1982), Canada	Sites urbains, ruraux et réserve indienne au Manitoba	556 mères; 277 avant et 279 après intervention	Education donnée par le comité de la Manitoba Paediatric Society, y compris séminaires pour médecins, infirmières de santé publique et aides familiales; recommandations avec information données au public
Matilla-Mont & Rios-Jimenez (1999), Espagne	Consultation pédiatrique d'un quartier défavorisé à Barcelone	209 mères; 96 avant et 113 après intervention	Deux infirmières de santé publique ont amélioré la perception de l'importance de l'allaitement maternel parmi le personnel de la consultation pédiatrique et changé l'organisation de la consultation pour améliorer la coordination et l'accès aux mères
Stokeo <i>et al.</i> (1994), Royaume Uni	Toutes les femmes qui ont accouché pendant deux périodes d'un mois dans l'Oxfordshire	90% des sages-femmes (chiffre non précisé); 1007 mères, 532 avant et 475 après intervention	Onze sessions de formation pour sages-femmes données par une conseillère hospitalière en lactation. Le contenu a traité des problèmes identifiés par les femmes avant l'enquête

Tableau 2 - Durée de l'allaitement maternel et moment de la mesure

Auteur, année et pays	Participants (n)	Moment de la mesure	Durée de l'allaitement maternel
Cattaneo & Buzzetti (2001), Italie	Huit hôpitaux; 571 professionnels de santé; 2669 paires de mères-nourrissons (poids de naissance > 2000g)	Sortie de la maternité; 3 et 6 mois	Après formation, différences significatives pour l'allaitement exclusif à la sortie de la maternité (p au moins < 0,05); allaitement exclusif et partiel à 3 mois; tout allaitement à 6 mois
Durand <i>et al.</i> (2003), France	73 membres du personnel (sages-femmes et pédiatres); 100 paires mères-nourrissons; 50 paires avant et 50 paires après intervention	12 semaines	Aucune différence significative dans la durée de l'allaitement quelqu'en soit le type (exclusif ou mixte)
Gainotti & Pagani (1980), Italie	650 paires mères-nourrissons; 325 avant et 325 après intervention	Sortie de la maternité; 6 jours	Allaitement exclusif: avant 48%, après 90%; allaitement et biberon: avant 37%, après 7%. Biberon: avant 15%, après 3%.
Grant <i>et al.</i> (2000), Royaume Uni	1568 femmes; 702 avant et 866 après intervention	12 semaines	Tout allaitement: avant 91%; tout allaitement exclusif: avant 75%, après 74%; proportion de tout allaitement exclusif terminé avant 11 semaines: avant 40%, après 36%.
Hartley & O'Connor (1996), Etats Unis	Dossiers de 180 nouveaux-nés, 90 avant et 90 après l'intervention	Sortie de la maternité; 2 semaines	Augmentation significative à la sortie de la maternité: avant 15%, après 31% ($p < 0,003$); augmentation non significative à 2 semaines: avant 13%, après 13%.
Ingram <i>et al.</i> (2002), Royaume Uni	1400 mères d'enfant nés à 35-43 semaines d'aménorrhée	2 et 6 semaines	Augmentation significative à 2 semaines pour tout allaitement ($p = 0,005$) et allaitement exclusif; pas de différence significative à 6 semaines.
Manitoba Pediatric Society & Committee on Breast Feeding (1982), Canada	556 mères; 277 avant et 279 après intervention	Sortie de la maternité; 2-4 mois	Pas de différence d'allaitement à la sortie de la maternité; à 2 mois, différences significatives entre zones urbaines (50%) et rurale (36%) après intervention ($p < 0,05$).
Matilla-Mont & Rios-Jimenez (1999), Espagne	209 mères; 96 avant et 113 après intervention	3 mois	Allaitement exclusif: avant 31,4%, après 50,4%; nutrition mixte: avant 9,4%, après 7,1%; biberon: avant 59,4%, après 42,5%; durée moyenne pour tout allaitement: avant 4 mois, après 6 mois.
Stokeo <i>et al.</i> (1994), Royaume Uni	90% des sages-femmes (chiffre non précisé); 1007 mères, 532 avant et 475 après intervention	2 semaines	Allaitement exclusif: avant 55,2%, après 58,1%; nutrition mixte: avant 23,8%, après 19,1%; abandon de l'allaitement: avant 19%, après 14,4%

calcul préalable de la taille de l'échantillon. Les critères d'inclusion du personnel recevant l'intervention ont été spécifiés dans trois études (Stokoe *et al.*, 1994; Hartley and O'Connor, 1996; Ingram *et al.*, 2002). Trois des sept articles qui ont rapporté des retraits de participants l'ont fait selon les groupes étudiés et en donnant les raisons de ces retraits (Grant *et al.*, 2000; Cattaneo and Buzzetti, 2001; Ingram *et al.*, 2002). L'interprétation des résultats de cinq articles a été difficile en partie à cause de la présentation des résultats en pourcentages sans dénominateurs. L'analyse était appropriée dans quatre

articles (Hartley and O'Connor, 1996; Grant *et al.*, 2000; Cattaneo and Buzzetti, 2001; Ingram *et al.*, 2002), mais manquait de clarté dans les autres. Les autres problèmes d'évaluation de la qualité de chaque étude sont décrits dans les résumés qui suivent.

Cattaneo et Buzzetti (2001) ont décrit l'effet de la formation de 18 heures du programme de l'UNICEF pour préparer huit hôpitaux à l'initiative Hôpitaux Amis des Bébé (HAB) en Italie. L'étude fut conduite dans deux groupes de quatre hôpitaux dans le nord et le sud de l'Italie entre

1996 et 1998. La formation UNICEF a été complétée par le module de counselling de deux heures de l'OMS. Une évaluation initiale pour les deux groupes d'hôpitaux a été suivie d'une formation pour les formateurs et la mise en œuvre des interventions dans le premier groupe d'hôpitaux. Cette première étape a été suivie d'une deuxième phase d'évaluation et de la mise en œuvre de l'intervention dans le second groupe d'hôpitaux. La troisième évaluation des deux groupes a eu lieu cinq mois après la fin de la formation. Les méthodes de collecte de données ont inclus l'outil d'auto-évaluation du programme HAB, un questionnaire pour les formateurs, des interviews avec des mères à leur sortie de maternité, et des interviews téléphoniques trois et six mois plus tard. Les résultats ont montré une meilleure adhésion aux dix étapes du programme HAB. Les connaissances des professionnels de santé étaient meilleures après la formation. On a observé des différences significatives ($p < 0.05$) pour le taux d'allaitement maternel à la sortie de la maternité, l'allaitement maternel exclusif à trois mois et au moins partiel à six mois. Ces changements ont été observés dans les deux groupes d'hôpitaux. Une analyse de régression logistique a démontré que l'allaitement maternel exclusif à quatre mois était associé à l'allaitement exclusif à la sortie de la maternité et à une expérience d'allaitement maternel antérieure. En plus des problèmes de qualité décrits plus haut, on ne peut pas conclure qu'il n'y ait pas eu d'autres facteurs, outre l'intervention, qui auraient pu influencer ces résultats. Un contrôle des facteurs potentiellement confondants a été effectué mais les détails sont imprécis, même si les auteurs ont donné une information sur les participants qui ont quitté l'étude.

Durand *et al.* (2003) rapportent une étude de faisabilité sur l'introduction d'une éducation basée sur les "Dix étapes pour l'allaitement maternel" de l'OMS dans une maternité de Niveau 3 à Grenoble. La formation a été donnée par le biais de séminaires standardisés de trois jours, comprenant théorie et pratique, pour des groupes de dix participants. Tous les professionnels de santé ont été invités et 73 membres du personnel ont suivi cette formation entre le début de l'année 1998 et le début de l'année 2000. La sélection des participants et leur proportion par rapport à l'entière du personnel ne sont pas précisées. Les données ont été collectées d'après les dossiers de 50 femmes sélectionnées de façon aléatoire avant l'introduction du programme de formation, et un autre groupe de 50 femmes qui avaient été prises en charge après l'introduction de ce programme. Les deux groupes de femmes ont accouché pendant une période de six mois, de juillet à décembre 1997 et de janvier à juillet 2000. Le taux d'initiation de l'allaitement maternel était semblable dans les deux groupes (76%); aucune différence sur la durée médiane de l'allaitement maternel n'a été détectée entre les deux groupes (12 semaines). D'autres changements observés après la formation ont inclus une diminution du nombre de nourrissons séparés de leur mère pendant la nuit et une diminution de l'utilisation de biberons en maternité. Plus de femmes ont indiqué se sentir bien informées sur les positions utiles pour allaiter ($p < 0.05$), avoir reçu des avis

assez ou très cohérents du personnel de la maternité ($p < 0.04$) et une information sur les sources de soutien disponibles après la sortie de maternité ($p < 0.01$). En ce qui concerne l'évaluation de la qualité de cette étude, elle rapporte les retraits de participants, mais sans en donner les raisons, et il semble aussi y avoir eu un délai considérable entre la prise en charge des femmes par le personnel qui avait suivi la formation et la distribution de l'outil de collecte des données.

Gainotti et Pagani (1980) ont décrit le travail entrepris avec le personnel qui travaillait avec des mères et des nourrissons dans un hôpital de Come en Italie. La pratique à l'époque consistait à transférer les nouveau-nés à la pouponnière après la naissance et à les apporter à leur mère pour les nourrir; des infirmières assumaient la responsabilité des soins aux nouveau-nés. L'objectif de cette intervention était de modifier la culture et les attitudes psychologiques du personnel néonatal, d'améliorer la compréhension des aspects psychologiques et des bénéfices de l'allaitement maternel. Les auteurs rapportent que le personnel avait fait un travail préparatoire, mais sans détail de son contenu. L'accent a été mis sur l'accouchement de type Leboyer, le contact peau à peau, le maintien de l'enfant avec sa mère pendant les deux premières heures après l'accouchement et l'allaitement maternel précoce. Les résultats rapportés pour les femmes qui avaient reçu des soins de professionnels formés étaient : l'allaitement maternel exclusif, l'allaitement mixte et l'allaitement artificiel au moment de la sortie de la maternité (au 6^{ème} jour). Les résultats portent sur 325 femmes avant (respectivement 48%, 37% et 15%), et 325 femmes après intervention (respectivement 90%, 7% et 3%); la signification statistique n'est pas indiquée dans cet article. Le manque d'information sur les facteurs liés aux résultats et les retraits suggèrent qu'il faut exercer une certaine prudence dans l'interprétation des résultats.

Grant *et al.* (2000) ont rapporté un programme de changement de pratique basée sur des données probantes entrepris entre 1998 et 1999 dans un hôpital universitaire implanté dans une communauté défavorisée. Trois aspects principaux de l'allaitement maternel extraits du programme de l'UNICEF HAB ont été sélectionnés dans le cadre de recommandations basées sur des données probantes : discussion sur l'allaitement maternel avec les femmes pendant la grossesse, encouragement du contact peau à peau et allaitement précoce, prévention de l'hypoglycémie néonatale et soins aux nouveau-nés qui ont des difficultés à allaiter. Les recommandations ont été soutenues par un programme d'interventions éducatives, audit et feedback, discussion individuelle et en groupe, diffusion de bulletin d'information et disponibilité de matériel éducatif, le tout ciblé en fonction du personnel et facilité par une sage-femme expérimentée. La taille de l'échantillon a été basée sur un calcul de puissance a priori. Les mères devaient remplir un questionnaire 12 semaines après l'accouchement : 442 femmes qui avaient accouché en maternité ou à domicile avant l'intervention et 469 femmes qui avaient accouché après l'intervention ont rempli un

questionnaire postnatal. Les autres données collectées ont inclus des données d'audit recueillies par le biais d'outils spécifiques. Les interventions qui ont eu une influence significative sur l'allaitement maternel étaient la distribution de dépliants d'information, la discussion avec les futures mères sur l'allaitement maternel pendant la grossesse et le peau à peau en salle d'accouchement. Il n'y a pas eu de différence significative pour l'initiation de l'allaitement maternel, la durée et le nombre d'enfants ré-hospitalisés, bien qu'il y ait eu une augmentation des réadmissions pour ictère néonatal. Grant *et al.* (2000) donnent les détails sur la méthode d'affectation et les facteurs qui auraient pu influencer les résultats, y compris l'engagement pris par l'hôpital participant à la recherche vis-à-vis du programme HAB. Les groupes étaient comparables pour les facteurs potentiellement confondants et les quelques retraits sont expliqués.

Hartley et Connor (1996) ont évalué l'éducation à l'allaitement maternel du programme "Best Start" entre 1993 et 1994 dans un centre hospitalier pour la santé des femmes en Ohio, États-Unis. Le programme a été présenté au personnel médical, infirmier et administratif d'un service de santé pour femmes d'un centre urbain défavorisé. La formation a utilisé une approche didactique pour l'information sur l'allaitement maternel afin que le personnel puisse répondre aux questions des femmes de façon appropriée. Le deuxième aspect de cette formation de trois heures a inclus une introduction aux techniques éducatives du programme «Best Start» basées sur la théorie de marketing social ou la promotion de pratiques socialement bénéfiques. La taille des échantillons a été déterminée pour détecter un doublement du taux d'allaitement maternel. L'objectif était de fournir une éducation en trois étapes pendant les consultations prénatales. Premièrement, un questionnaire permettant l'identification et la reconnaissance des inquiétudes des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel, une explication de ses avantages avec l'exigence très précise de ne pas demander aux femmes de prendre une décision sur la méthode d'allaitement au moment de ce premier entretien. Les infirmières spécialistes en allaitement maternel étaient disponibles à la maternité pour l'initiation à l'allaitement maternel pendant les premières 24 heures après la naissance. Les mères ont eu une visite à domicile pendant les premières 72 heures après la sortie de la maternité et une consultation de lactation était disponible pour les mères qui avaient des problèmes. Les données ont été collectées sur base des dossiers hospitaliers et dossiers de consultation des nouveau-nés deux semaines après la naissance. Quarante-deux paires mères-enfants ont été incluses à chaque étape; les facteurs démographiques, y compris ethnicité, parité et type de paiement des soins de santé, étaient comparables. Les taux d'allaitement maternel à la sortie de la maternité sont passés de 15% à 31% après le programme éducatif ($p < 0.03$). Deux semaines après la naissance, l'amélioration était toujours apparente (13% vs. 21%, $p < 0.02$) mais sans atteindre les différences anticipées. Les données des sous-groupes démontrent des avantages pour les femmes de moins de 20 ans et de plus de 30 ans; une différence statistique a été

observée pour les femmes afro-américaines (12% vs. 31%, $p < 0.01$). Le fait que la plupart des participantes recevaient des suppléments nutritifs dans le cadre d'un programme pour les femmes, les enfants et les nourrissons a été un facteur clé. Il n'est pas possible de dire clairement que les groupes étaient comparables pour ce facteur confondant; il y a une information limitée sur les retraits bien que l'analyse semble appropriée.

Ingram *et al.* (2002) rapportent une étude entreprise dans un hôpital universitaire du sud de Bristol où les sages-femmes ont une approche non interventionniste ("hands-off" - ce qui pourrait se traduire par "ne pas toucher") au soutien à l'attachement. Les résultats examinés comprennent l'incidence des problèmes d'allaitement maternel et leurs effets sur la durée de l'allaitement. La population servie par cet hôpital avait des taux d'initiation et de continuation d'allaitement maternel bas. Les femmes qui vivaient dans le sud de Bristol étaient suivies dans un service de suite de couches spécifique au début de l'étude qui a eu lieu en quatre phases entre octobre 1996 et novembre 1998. La première phase a compris la collecte des données de base. Un chercheur a alors formé les sages-femmes et les aide-soignantes hospitalières par un atelier de 45 minutes comprenant la physiologie, la raison d'être de l'étude et huit points sur la pratique de la technique non interventionniste "hands-off", un film et un atelier pratique. Pendant la deuxième phase, les sages-femmes hospitalières ont enseigné la technique aux femmes; une sage-femme chercheur a évalué la mise en pratique de cette technique pour un échantillon de 395 mères, par observation et score. La troisième phase est une prolongation de la deuxième; une sage-femme chercheur a aussi donné des dépliants d'information aux mères pour renforcer la technique. Pendant la quatrième phase, les sages-femmes hospitalières ont continué à guider les mères et à distribuer les dépliants d'information. Les données ont été collectées par des questionnaires postaux ou, pour un petit nombre, par entretien téléphonique deux semaines (1173 femmes) et six semaines (1071 femmes) après l'accouchement. Aucune différence significative n'a été détectée entre les deux groupes pour la parité, l'intention d'allaiter ou l'allaitement pendant la première heure après l'accouchement. Pendant la quatrième phase, des changements organisationnels importants ont été introduits à la maternité, ce qui exige une analyse prudente des résultats. Le pourcentage des femmes qui allaitaient et ont été recrutées était 74%, 68%, 68% et 58% à chaque phase de la recherche. La diminution du recrutement peut entraîner un biais dans l'analyse parce qu'on ne peut éliminer la possibilité que les femmes plus susceptibles de répondre positivement à une demande de participation à cette étude étaient aussi plus susceptibles d'allaiter. Bien que les retraits et les raisons pour les retraits soient rapportés, le manque de comparabilité entre les groupes et le manque d'ajustement des facteurs confondants suggèrent qu'une certaine prudence doit être exercée dans l'interprétation des résultats. Les données collectées à deux semaines de suite de couches reflètent des différences significatives pour l'allaitement maternel exclusif et partiel, mais aucune différence significative n'a

été observée six semaines après l'accouchement. Les mères qui ont obtenu un score élevé pour la technique non interventionniste "hands-off" avaient un taux d'allaitement maternel plus important à six semaines (OR 2,4; CI 1,3-4,3).

Le Comité sur l'Allaitement Maternel de la Société Pédiatrique du Manitoba rapporte une série d'activités éducatives pour les professionnels et le public en 1979 (Manitoba Paediatric Society, 1982). Les recommandations sur la préparation à l'allaitement maternel et son initiation ont été envoyées aux médecins, infirmières de santé publique et aides familiales. Les séminaires ont été conduits pour le personnel des hôpitaux ruraux et urbains, les centres sanitaires, l'école de médecine et les conférences de santé à niveau provincial, mais le contenu n'est pas décrit. Une feuille d'information "One to Grow On" ("Pour grandir") a été choisi comme document de référence pour l'enseignement de l'allaitement maternel aux professionnels de santé. Pour l'information du public, le Comité a contribué au développement d'un poster "Come Close to Your Baby - Be a Nursing Mother" ("Soyez proche de votre enfant - allaitez") à afficher dans les cabinets de consultation des médecins, des hôpitaux et autres centres de santé. Les écoles primaires et secondaires ont reçu une information les encourageant à incorporer l'alimentation des enfants dans les programmes scolaires. Des lettres ouvertes, communiqués de presse et interviews avec les médias ont aussi été utilisés. Les taux d'allaitement maternel avant et après cette intervention ont été déterminés par interviews téléphoniques quand les enfants avaient six mois. L'information sur la méthode d'allaitement des nouveau-nés à la sortie de la maternité, les raisons du choix de la méthode, la durée de l'allaitement maternel ont été fournies par 277 mères pour l'année 1978 et 249 mères pour 1979. Les femmes qui ont fourni cette information habitaient Winnipeg, le Manitoba rural avec aussi une petite proportion provenant des réserves indiennes. Aucune différence statistique n'a été détectée dans les taux d'allaitement maternel à la sortie de maternité entre les deux groupes (57% vs. 56%). Un nombre plus important d'enfants des communautés urbaines étaient allaités à deux mois comparé aux enfants des communautés rurales (50% vs. 36%). A deux mois, une augmentation du taux d'allaitement maternel a été observé après la campagne auprès des résidents de Winnipeg, mais un nombre moins important des habitantes des zones rurales allaitaient. Ces résultats sont similaires pour les résidentes de Winnipeg à quatre et six mois. Pour les zones rurales, l'allaitement maternel restait moins fréquent après l'intervention, mais les différences étaient moins prononcées. Il y a eu d'autre interventions de santé publique pendant le programme d'intervention. En plus des problèmes d'évaluation de la qualité du programme rapportés plus haut, l'information sur les retraits était incomplète et une analyse adéquate absente.

Deux infirmières de santé primaire ont rapporté une intervention de promotion de l'allaitement maternel pour le personnel d'une clinique pédiatrique dans un

quartier défavorisé de Barcelone. Elle avait comme objectif d'augmenter le taux d'initiation de l'allaitement maternel, le taux à trois mois et la durée totale (Matilla-Mont & Rios-Jimenez, 1999). Le personnel travaillant à la clinique pédiatrique a reçu une formation en 1994; elle comprenait les avantages nutritionnels de l'allaitement maternel, la physiologie et la résolution de problèmes et a été destinée à aider le personnel à réfléchir sur leurs attitudes vis-à-vis de l'allaitement maternel et la façon dont elles pourraient influencer les parents. L'information a été collectée sur 96 nourrissons nés entre octobre 1995 et septembre 1996. L'information sur le contenu et l'approche utilisée pour la formation et les méthodes de collecte de données ne sont pas rapportées. Le taux d'allaitement maternel a augmenté entre le mois 0 (défini comme étant la première visité à la clinique pédiatrique après la sortie de la maternité et avant le premier mois) (58% vs. 73%) et trois mois (31% vs. 50%). La durée moyenne de l'allaitement a aussi été rapportée quatre mois avant et six mois après l'intervention. Le niveau de comparabilité des deux groupes n'est pas clair et les raisons de retrait, si il y en a eu, ne sont pas renseignés. Pour ces raisons, et en l'absence de critères d'inclusion clairs, de calcul de la taille de l'échantillon et d'une analyse appropriée, ces résultats doivent être interprétés avec prudence.

Les taux d'allaitement maternel inchangés à Oxford en 1991 ont provoqué un partenariat multi-professionnel pour encourager l'allaitement maternel (Stokoe *et al.*, 1994). En mars 1993, 353 femmes ont complété un questionnaire distribué par des infirmières visiteuses ("health visitors") au moment du premier contact postnatal environ deux semaines après l'accouchement. Les problèmes les plus courants étaient la difficulté de mettre le bébé au sein, les mamelons douloureux et une quantité insuffisante de lait maternel. Onze sessions de formation ont alors été données par la conseillère en allaitement maternel de l'hôpital; 90% des sages-femmes de l'hôpital y ont participé. L'enquête a été répétée auprès des femmes qui ont accouché en septembre 1993; 356 femmes ont complété le questionnaire. Les taux d'initiation à l'allaitement maternel étaient semblables pour les deux enquêtes. L'allaitement maternel exclusif avait augmenté au moment du contact avec l'infirmière visiteuse (55% vs. 58%) et moins de femmes ont rapporté être passées au biberon pendant cette période (19% vs. 14%). Les rapports de problèmes liés à l'allaitement maternel étaient cependant plus importants pour le second groupe de femmes. L'information sur le contenu du programme de formation n'était pas disponible. Un problème de personnel insuffisant a pu avoir un effet négatif sur les conséquences de la formation. Des différences dans la durée du séjour postnatal ont pu influencer les résultats. L'information sur les raisons des retraits était insuffisante.

Discussion

Aucune étude sur la formation des éducateurs, conseillers et pairs en allaitement maternel n'a été identifiée pour inclusion dans cette revue. Une étude sur les effets des

Maternal Infant Health Outreach Workers (travailleurs de proximité pour la santé maternelle et infantile) pour des communautés rurales défavorisées et isolées a été identifiée dans la recherche, mais exclue, parce que le résultat principal de la revue - la durée de l'allaitement maternel - n'a pas été rapporté (Clinton, 1988).

Diverses interventions éducatives pour professionnels de santé destinées à améliorer les connaissances et soutenir l'allaitement maternel ont été identifiées (Manitoba Pediatric Society, 1982; Stokoe *et al.*, 1994; Hartley & O'Connor, 1996; Matilla-Mont & Rios-Jimenez, 1999; Cattaneo & Buzzetti, 2001; Durand *et al.*, 2003). D'autres études ont porté sur le changement de la philosophie du service de soins (Gainotti & Pagani, 1980) et sur une approche basée sur données probantes avec l'introduction de recommandations basées sur les données probantes associées à d'autres stratégies de soutien (Grant *et al.*, 2000).

La proportion de femmes qui allaitaient plus longtemps a augmenté après l'introduction de la formation en 18 heures de l'UNICEF dans huit hôpitaux italiens (Cattaneo & Buzzetti, 2001), bien que le taux d'allaitement maternel initial ait été très bas. L'étude de faisabilité de Durand *et al.* (2003) qui testait une intervention semblable n'a pas eu d'effet sur la durée de l'allaitement maternel, bien que d'autres changements culturels importants aient été observés. Il est important de noter cependant que la qualité de la première de ces deux études est supérieure à celle de Durand *et al.* (2003).

L'objectif de cette série de revues a été d'éclairer les politiques publiques et la pratique au Royaume Uni. Ainsi, comme décrit précédemment, seules les recherches primaires dans les pays développés ont été incluses. Nous sommes au courant d'études entreprises dans d'autres contextes qui ne correspondaient pas à nos critères ou qui avaient été publiées en dehors des dates limites de notre revue. L'étude PROBIT, une étude randomisée contrôlée par grappes réalisée en Biélorussie, a testé une intervention basée sur le programme HAB de l'OMS. Des augmentations significatives pour la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel ont été observées dans les sites d'intervention (Kramer *et al.*, 2001). Cette étude a été exclue de notre revue parce qu'elle ne remplissait pas les critères d'inclusion stipulés pour cette étude.

Une étude de cohorte prospective de bonne qualité a été entreprise par le Medical Research Council of Epidemiology and Child Health pour évaluer l'efficacité du programme HAB de l'UNICEF au Royaume Uni (Bartington *et al.* 2005). Cette étude, basée sur l'étude de cohorte du millénaire (Millennium Cohort Study) au Royaume Uni, démontre l'efficacité de l'acquisition de la qualification HAB par les maternités sur l'augmentation du taux d'initiation pour toutes les femmes, y compris les femmes provenant de groupes défavorisés et vulnérables. L'analyse économique de l'effet de ce programme sur les services de maternité incluses dans les récentes recommandations sur la surveillance pendant la suite des

couches démontre son efficacité économique (National Collaborating Centre for Primary Care, 2006).

L'évaluation par le Medical Research Council n'a pas identifié d'association entre la maternité participant au programme HAB et une augmentation de l'allaitement maternel à un mois. Bien que les données probantes sur l'efficacité du programme HAB de l'UNICEF à domicile pour le Royaume Uni ne soient encore limitées qu'à des études d'observation en Angleterre, les données d'autres pays indiquent que combiner la formation et le soutien pour le personnel hospitalier et communautaire est associé à une augmentation de la durée et à l'exclusivité de l'allaitement maternel jusqu'à six mois comparé à l'intervention hospitalière seule (Coutinhom *et al.* 2005). Une intervention multidimensionnelle avant-après du programme de l'UNICEF au niveau hospitalier et communautaire, de qualité moyenne, a aussi démontré une amélioration des taux d'initiation et de la durée de l'allaitement maternel (Wright *et al.*, 1997). Les résultats de ces études suggèrent que c'est l'association des principes et de la pratique de l'initiative HAB au niveau hospitalier et communautaire qui permet d'augmenter l'initiation et la durée de l'allaitement maternel pour toutes les femmes.

Il a été démontré que d'habitude les recommandations n'ont pas d'effet sur la pratique si elles ne sont pas soutenues par d'autres stratégies, par exemple un programme éducatif interactif (Bero *et al.*, 1998; NHS Centre for Research and Dissemination, 1994). Grant *et al.* (2000) rapportent une excellente intervention basée sur données probantes comprenant ces stratégies complémentaires avec aussi le soutien d'un expert qui assume le rôle de leader d'opinion. Les auteurs attribuent l'absence d'un effet positif, en partie, à certains aspects des soins postnatals. Des changements significatifs ont été observés dans la pratique professionnelle avec le potentiel d'améliorer l'expérience des femmes, reflétant l'importance d'adresser aussi bien la culture que la pratique, bien qu'aucun changement au niveau de l'initiation ou de la durée de l'allaitement maternel n'ait été observé. Une étude publiée en 2003, en dehors de la période sélectionnée pour cette revue, a étudié l'utilisation de recommandations basées sur des données probantes dans le cadre d'un protocole de suivi postnatal par des sages-femmes au Royaume Uni, pendant une période prolongée. Cet essai randomisé contrôlé par grappes de très bonne qualité a spécifiquement étudié les problèmes de santé souvent rapportés par les nouvelles mères. Une recommandation portait sur l'allaitement maternel. Bien que d'autres avantages aient été identifiés dans le groupe intervention, aucune différence de taux d'allaitement maternel n'a été rapportée à quatre ou douze mois (MacArthur *et al.*, 2003). Aux Etats Unis, une autre initiative basée sur des données probantes, et dont les paramètres ne correspondaient pas aux critères de sélection de cette revue, a évalué une stratégie basée sur l'opinion d'experts sur l'initiation à l'allaitement maternel; les effets sur la durée ne sont toutefois pas rapportés (Sisk *et al.*, 2004).

Bien qu'une augmentation du nombre de femmes allaitant à 12 semaines ait été rapportée par Gainotti et Pagani (1980), l'application de cette information au contexte britannique semble limitée parce que le contexte et les pratiques sont très différents de la pratique actuelle au Royaume Uni. L'intervention rapportée par Hartley et O'Connor (1996) est associée à une augmentation significative du taux d'allaitement à deux semaines, surtout dans certains sous-groupes. Les raisons des différences entre les zones urbaines et rurales ne sont cependant pas explorées. Ingram *et al.* (2002) ont exploré la position non interventionniste "hands-off" et son enseignement à un groupe de formateurs qui forment alors sages-femmes qui à leur tour éduquent les mères. Bien que les résultats semblent encourageant, des facteurs confondants ont été identifiés. Il serait utile de tester cette intervention dans des populations sociales et démographiques plus variées. L'essai randomisé contrôlé sur l'allaitement maternel "Best Start" qui a testé cette approche n'a pas trouvé de différence dans la durée de l'allaitement maternel mesuré quotidiennement jusqu'à six semaines et hebdomadairement jusqu'à quatre mois (Wallace *et al.*, 2006). Les auteurs suggèrent que les conseils sur la position et la technique de succion données au moment de la première tétée devraient être rappelés de manière consistante au-delà du post-partum immédiat. Cet article a lui aussi été publié en dehors de la période retenue pour cette revue. Une autre étude publiée après la fin de cette revue rapporte des effets positifs entre éducation et durée de l'allaitement maternel. Vittoz *et al.* (2004) rapportent les effets d'un programme de formation de trois jours en France dont l'objectif était d'améliorer la connaissance des professionnels sur l'allaitement maternel et leurs capacités d'accompagnement. Plusieurs approches éducatives ont été utilisées : cours théoriques, jeux de rôles, groupes de discussion et matériel éducatif. Un effet significatif a été observé sur la durée de l'allaitement maternel (mesure médiane augmentée de trois semaines).

Plusieurs études ont démontré des limites méthodologiques, y compris une absence de calcul de puissance a priori, une présentation imprécise des données et une absence de tests de signification statistique. La durée de l'allaitement maternel, objectif principal de cette revue, a été mesurée à des moments différents, pas toujours de façon prospective. L'absence de mesures répétées empêche de savoir si les effets initiaux ont été maintenus. L'information sur le contexte et le contenu des services était insuffisante dans quelques articles; il y avait aussi des différences inévitables entre les types de services, ce qui diminue la transférabilité des résultats de ces études. L'utilisation de méthodes avant-après est associée à des biais de sélection des participants et de mesure des résultats; d'autres changements de pratique dans les services évalués peuvent ne pas avoir été rapportés.

Plusieurs études ont été entreprises dans des secteurs de soins servant des femmes défavorisées; ces femmes sont spécialement ciblées pour une augmentation du taux et de la durée de l'allaitement maternel au Royaume

Uni (DoH, 2003). Les limites méthodologiques de ces études sont particulièrement décevantes parce qu'elles n'apportent qu'une contribution limitée aux données probantes relatives à ce sujet. L'information sur les coûts directs ou indirects n'a pas été rapportée. Ce sont des aspects importants pour les fournisseurs de services, les négociateurs de contrats de services de santé et d'éducation professionnelle. Bien que plusieurs études aient inclus des femmes en situation sociale précaire, la description de ces groupes n'est pas explicitée dans ces études; il est donc possible que certains groupes n'aient pas été spécifiquement ciblés ou ne soient pas représentés dans ces études. Une prochaine recherche devrait inclure les professionnels de santé qui s'occupent de femmes de divers groupes culturels, et particulièrement des femmes en situation sociale défavorable, ce qui est d'ailleurs recommandé par le National Service Framework for Child, Young People and Maternity Services (DoH, 2005a, b).

L'information sur les programmes d'éducation initiale des professionnels de santé et les approches pédagogiques est limitée dans les études revues. Il faut donc recommander la prudence dans l'interprétation des résultats des études individuelles, là où le niveau de connaissances des professionnels n'est pas connu et où il n'y a pas eu de rapport d'évaluation des connaissances et des pratiques. L'absence d'information sur les approches pédagogiques est problématique. Bien que certaines études aient pu être basées sur une philosophie éducative spécifique, ceci n'est pas explicité. En plus de la rigueur méthodologique, il est important que les prochaines études sur les interventions éducatives incorporent les données probantes sur l'éducation des adultes. De plus, la recherche éducative et psychologique pourrait être utilisée pour développer des mesures d'évaluation valides et fiables qui pourraient établir le lien entre acquisition des connaissances et méthode éducative (par ex. apprentissage basé sur la résolution de problèmes) (Savin-Baden, 2003). Les études futures devraient aussi incorporer les résultats de programmes éducatifs pour professionnels de santé par différents formateurs (par ex. conseillers experts en lactation et professionnels de santé). L'évaluation de telles approches est prometteuse mais des études plus larges sont encore nécessaires (Dykes, 2003).

Les études revues ne permettent pas de dire qu'une seule approche a des effets systématiquement positifs sur la durée de l'allaitement maternel. Cependant, parmi les études les plus rigoureuses au niveau méthodologique, Cattaneo et Buzzetti (2001) démontrent l'efficacité de la formation HAB UNICEF. Il serait utile de la répliquer par des essais contrôlés, surtout dans le contexte des études rapportées plus haut (Kramer *et al.*, 2001; Bartington *et al.*, 2005; Coutinhom *et al.*, 2005), et par Merten *et al.* (2005) sur l'augmentation de la durée de l'allaitement maternel chez des mères qui avaient été suivies dans des maternités démontrant une meilleure adhérence aux recommandations UNICEF en Suisse. Les limites méthodologiques des autres interventions éducatives sont telles qu'il est impossible de les recommander dans

le cadre de la pratique au Royaume Uni.

Pour le moment, l'approche éducative idéale pour former les professionnels de santé au soutien des femmes tel qu'il est défini dans le document "Healthy Start" (DoH, 2005a, b) n'a pas encore été identifiée. Il est donc urgent que des études soient entreprises pour la déterminer afin que les professionnels de santé puissent atteindre les objectifs de cette politique nationale.

Remerciements

Cette recherche a été financée par le NHS HDA, maintenant incorporé dans le NHS National Institute for Health and Clinical Excellence.

Références

- Bartington SE, Foster LJ, Dezateux C (2005). Evaluation of the UNICEF UK baby friendly initiative for the promotion of breastfeeding: findings from the Millennium Cohort Study. *Archives of Disease in Childhood*, 90, A73-A76.
- Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD & Thomson MA (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ*, 317(7156), 465-468.
- Cattaneo A & Buzzetti R (2001). Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative. *BMJ*, 323(7325), 1358-1362.
- Clinton B (1988). *Promoting maternal and child health in the context of rural poverty*. 13 EDRS Availability: Microfiche [\$1.42 card(s)], Paper, November 14.
- Coutinho SB, de Lira PI, de Carvalho Lima M & Ashworth A (2005). Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet*, 366(9491), 1094-1100.
- Department of Health (DoH) (2003). *Priorities and Planning Framework 2003-2006*. Department of Health, London.
- Department of Health (DoH) (2005). *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services*. Stationery Office, London.
- Department of Health (2005). *Healthy Start*. Stationery Office, London.
- Durand M, Labarere J, Brunet E & Pons JC (2003). Evaluation of a training program for healthcare professionals about breast-feeding. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 106(2), 134-138.
- Dykes F (2003). *Infant Feeding Initiative: A Report Evaluating the Breastfeeding Practice Projects 1999-2002*. Department of Health, London.
- Gainotti V, Pagani G (1980). Promotion of breast-feeding: experience with 325 healthy infants. *Minerva Pediatrica*, 32, 1133-1144.
- Grant J, Fletcher M, Warwick C (2000). *The South Thames Evidence Based Practice (STEP) Project: Supporting Breast-feeding Women*. South Bank University, King's Healthcare, Kingston University, St George's Hospital Medical School, London.
- Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran L, Wensing M, Dijkstra R & Donaldson C (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8(6), iii-iv, 1-72.
- Gwinn ML, Lee NC, Rhodes PH, Layde PM & Rubin GL (1990). Pregnancy, breast feeding, and oral contraceptives and the risk of epithelial ovarian cancer. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43(6), 559-568.
- Haines A & Donald A (1998). *Getting Research Findings into Practice*. BMJ Publishing Group, London.
- Hamlyn B, Brooker S, Oleinikova K *et al.* (2002). *Infant Feeding 2000. A Survey Conducted on Behalf of the Department of Health, Social Services and Public Safety in Northern Ireland*. The Stationery Office, London.
- Hartley BM & O'Connor ME (1996). Evaluation of the 'Best Start' breast-feeding education program. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 150(8), 868-871.
- Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A & Florey CD (1990). Protective effect of breast feeding against infection. *BMJ*, 300(6716), 11-16.
- Ingram J, Johnson D & Greenwood R (2002). Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery*, 18(2), 87-101.
- Jack CM, Elison JE, Winder V, *et al.* (2001). Education issues: breast-feeding: continuing professional development. *British Journal of Midwifery*, 9(3), 162-166.
- Khan K, ter Reit G, Glanville J, *et al.* (2001). *Undertaking systematic reviews of research on effectiveness: NHS Centre for Reviews and Dissemination Report N°4*, second ed.
- Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, Collet JP, Vanilovich I, Mezen I, Ducruet T, Shishko G, Zubovich V, Mknuk D, Gluchanina E, Dombrovskiy V, Ustinovitch A, Kot T, Bogdanovich N, Ovchinikova L, Helsing E & Group PS (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 285(4), 413-420.
- MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Lilford RJ, Lancashire RJ, Knowles H, Braunholtz DA, Henderson C, Belfield C & Gee H (2003). Redesigning postnatal care: a randomised controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs. *Health Technol Assess*, 7(37), 1-98.
- Manitoba Pediatric Society and Committee on Breast Feeding (1982). Breast-feeding promotion in Manitoba. *Canadian Medical Association Journal*, 126, 639-642.
- Matilla-Mont M & Rios-Jimenez A (1999). Nursing and maternal breastfeeding. *Enfermeria Clinica*, 9, 93-97.
- Merten S, Dratva J & Ackermann-Liebrich U (2005). Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*, 116(5), e702-708.
- National Collaborating Centre for Primary Care (2006). *Postnatal Care*. University of Leicester, Leicester.
- Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP, Mittendorf R, Greenberg ER, Clapp RW, Burke KP, Willett WC & MacMahon B (1994). Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *N Engl J Med*, 330(2), 81-87.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination University of York (1994). *Effective Health Care. Implementing Clinical Practice Guidelines: can guidelines be used to improve clinical practice?* Bulletin N° 8, York.
- Protheroe L, Dyson L, Renfrew MJ, *et al.* (2003). *The Effectiveness of Public Health Interventions to Promote the Initiation of Breastfeeding: Evidence Briefing*, first ed. Health Development Agency.

- Renfrew M, Dyson L, Wallace LW, *et al.* (2005). *The Effectiveness of Health Interventions to Promote the Duration of Breastfeeding: Systematic Review*. National Institute for Health and Clinical Excellence, London.
- Savin-Baden M (2003). *Facilitating Problem-based Learning: Illuminating Perspectives*. Open University Press/SRHE, Buckingham.
- Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S & Wade A (2002). Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev* (1), CD001141.
- Sisk JE, Greer AL, Wojtowycz M, Pincus LB & Aubry RH (2004). Implementing evidence-based practice: evaluation of an opinion leader strategy to improve breast-feeding rates. *Am J Obstet Gynecol*, 190(2), 413-421.
- Smale M, Renfrew MJ, Marshall JL & Spiby H (2006). Turning policy into practice: more difficult than it seems. The case of breastfeeding education. *Matern Child Nutr*, 2(2), 103-113.
- Spiby H, Munro J (2001). Evidence into practice for midwifery-led care. *British Journal of Midwifery*, 9(9), 550-552.
- Stokoe B, McClarey M, Dakin S (1994). Failure breeds success. *Health Visitor*, 67, 170.
- Vittoz JP, Labarere J, Castell M, Durand M & Pons JC (2004). Effect of a training program for maternity ward professionals on duration of breastfeeding. *Birth*, 31(4), 302-307.
- Wallace LM, Dunn OM, Alder EM, Inch S, Hills RK & Law SM (2006). A randomised-controlled trial in England of a postnatal midwifery intervention on breast-feeding duration. *Midwifery*, 22(3), 262-273.
- Walsh D, Harris M, Shuttlewood S (1999). Midwifery birthing practice - change through audit. *British Journal of Midwifery*, 7(7), 432-435.
- World Health Organization (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. World Health Organization, Geneva.
- Wright AL, Naylor A, Wester R, *et al.* (1997). Using cultural knowledge in health promotion: breastfeeding among the Navajo. *Health Education and Behavior*, 24, 625-639.