

WORLD BREASTFEEDING DAY

29th MARCH 2018

Breastfeeding is the normal way of providing young infants with the nutrients they need for healthy growth and development. Virtually all mothers can breastfeed, provided they have accurate information, and the support of their family, the health care system and society at large.

Colostrum, the yellowish, sticky breast milk produced at the end of pregnancy, is recommended by WHO as the perfect food for the newborn, and feeding should be initiated within the first hour after birth.

Exclusive breastfeeding is recommended up to 6 months of age, with continued breastfeeding along with appropriate complementary foods up to two years of age or beyond (WHO, 2018). Within the framework of this celebration, the CDBPH which purpose is to promote evidence based decision making, is proposing these summaries of systematic reviews on the importance of breastfeeding.

L'allaitement est le moyen idéal d'apporter aux nourrissons tous les nutriments dont ils ont besoin pour grandir et se développer en bonne santé. Pratiquement toutes les mères peuvent allaiter, si elles ont des informations précises et le soutien de leur famille comme du système de soins.

Le colostrum, sécrétion lactée jaunâtre et épaisse produite à la fin de la grossesse, constitue, ainsi que le préconise l'OMS, l'aliment parfait pour le nouveau-né qui doit commencer à s'alimenter dès la première heure qui suit la naissance. L'allaitement exclusif au sein est recommandé jusqu'à l'âge de six mois. De six mois à deux ans, voire plus, l'allaitement doit être complété par une autre alimentation (WHO, 2018). De concert avec la communauté internationale, le CDBPS-H dans sa mission de promouvoir les données probantes de santé, vient mettre à la disposition des lecteurs, des résumés de revues systématiques sur l'importance de l'allaitement maternelle.

Content / Contenu

1. Continuous support for women during childbirth	3
<i>Soutien continu pour les femmes pendant l'accouchement</i>	4
2. Breastfeeding education and support for women with multiple pregnancies.....	6
<i>L'éducation à l'allaitement et le soutien pour les femmes ayant des grossesses multiples ..</i>	7
3. Support for breastfeeding mothers	9
<i>Prise en charge des mères allaitantes.....</i>	10
4. Interventions for encouraging women to start breastfeeding.....	11
<i>Les interventions visant à encourager les femmes à commencer à allaiter</i>	12

I. Continuous support for women during childbirth

What is the issue?

In the past, women have been cared for and supported by other women during labour and birth, and have had someone with them throughout, which we call 'continuous support'. However, in many countries more women are giving birth in hospital rather than at home. This has meant continuous support during labour has become the exception rather than the norm. The aim of this Cochrane Review was to understand the effect of continuous support on a woman during labour and childbirth, and on her baby. We collected and analysed all relevant studies to answer this question (search date: October 2016).

Why is this important?

Research shows that women value and benefit from the presence of a support person during labour and childbirth. This support may include emotional support (continuous presence, reassurance and praise) and information about labour progress. It may also include advice about coping techniques, comfort measures (comforting touch, massage, warm baths/showers, encouraging mobility, promoting adequate fluid intake and output) and speaking up when needed on behalf of the woman. Lack of continuous support during childbirth has led to concerns that the experience of labour and birth may have become dehumanised.

Modern obstetric care frequently means women are required to experience institutional routines. These may have adverse effects on the quality, outcomes and experience of care during labour and childbirth. Supportive care during labour may enhance physiological labour processes, as well as women's feelings of control and confidence in their own strength and ability to give birth. This may reduce the need for obstetric intervention and also improve women's experiences.

What evidence did we find?

We found 26 studies that provided data from 17 countries, involving more than 15,000 women in a wide range of settings and circumstances. The continuous support was provided either by hospital staff (such as nurses or midwives), or women who were not hospital employees and had no personal relationship to the labouring woman (such as doulas or women who were provided with a modest amount of guidance on providing support). In other cases, the support came from companions of the woman's choice from her own network (such as her partner, mother, or friend).

Women who received continuous labour support may be more likely to give birth 'spontaneously', i.e. give birth vaginally with neither ventouse nor forceps nor caesarean. In addition, women may be less likely to use pain medications or to have a caesarean birth, and may be more likely to be satisfied and have shorter labours. Postpartum depression could be lower in women who were supported in labour, but we cannot be sure of this due to the studies being difficult to compare (they were in different settings, with different people giving support). The babies of women who received continuous

support may be less likely to have low five-minute Apgar scores (the score used when babies' health and well-being are assessed at birth and shortly afterwards). We did not find any difference in the numbers of babies admitted to special care, and there was no difference found in whether the babies were breastfed at age eight weeks. No adverse effects of support were identified. Overall, the quality of the evidence was all low due to limitations in study design and differences between studies.

What does this mean?

Continuous support in labour may improve a number of outcomes for both mother and baby, and no adverse outcomes have been identified. Continuous support from a person who is present solely to provide support, is not a member of the woman's own network, is experienced in providing labour support, and has at least a modest amount of training (such as a doula), appears beneficial. In comparison with having no companion during labour, support from a chosen family member or friend appears to increase women's satisfaction with their experience. Future research should explore how continuous support can be best provided in different contexts.

Soutien continu pour les femmes pendant l'accouchement

De quoi est-il question?

Auparavant les femmes étaient soutenues et aidées par d'autres femmes pendant le travail et l'accouchement, et celles-ci avaient une personne restant avec elles tout au long de ces étapes, ce que l'on appelle un "soutien continu". Cependant, dans de nombreux pays de plus en plus de femmes accouchent à l'hôpital plutôt qu'à domicile. Cela signifie que le soutien continu pendant le travail est devenu une exception plutôt que la norme. L'objectif de cette revue Cochrane était de mieux comprendre l'effet du soutien continu offert au cours du travail et de l'accouchement sur les femmes et leurs bébés. Nous avons recueilli et analysé toutes les études pertinentes afin de répondre à cette question (date de la recherche : octobre 2016).

Pourquoi est-ce important?

La recherche montre que les femmes apprécient et peuvent obtenir des bénéfices lorsqu'une personne faisant office de soutien est présente durant le travail et l'accouchement. Ce soutien peut inclure un soutien émotionnel (présence continue, réassurance et félicitations) et l'offre d'informations sur la progression du travail. Celui-ci peut aussi inclure l'offre de conseils sur les techniques d'adaptation, les mesures de confort (toucher réconfortant, massages, bains d'eau chaude/douches, encouragements pour stimuler la mobilité, promotion d'une hydratation adéquate) et plaider en faveur de la femme lorsque cela est nécessaire. L'absence de soutien continu pendant l'accouchement a conduit à des craintes que l'expérience du travail et de l'accouchement ne devienne déshumanisée.

Les soins obstétricaux modernes impliquent fréquemment que les femmes fassent l'expérience des routines institutionnelles. Celles-ci peuvent avoir des effets indésirables sur la qualité, les résultats et l'expérience des soins pendant le travail et l'accouchement. Le soutien pendant le travail pourrait améliorer les processus physiologiques survenant durant le travail ainsi que le sentiment de contrôle et la confiance des femmes en leurs propres forces et en leurs capacités à

accoucher. Celui-ci pourrait réduire la nécessité de réaliser des interventions obstétriques et également améliorer le vécu des femmes.

Quelles données avons-nous trouvées?

Nous avons trouvé 26 études ayant fourni des données issues de 17 pays, impliquant plus de 15 000 femmes dans un large éventail d'infrastructures et de circonstances. Le soutien continu était fourni soit par du personnel hospitalier (tels que des infirmiers ou des sages-femmes), ou par des femmes n'étant pas employées par l'hôpital et n'ayant pas de relation personnelle avec la femme en travail (telles que des doulas ou des femmes ayant reçu un minimum de guidance quant à la manière d'offrir le soutien). Dans d'autres cas, le soutien provenait de compagnons choisis par la femme parmi son propre réseau (tels que son partenaire, sa mère, ou un ami).

Les femmes ayant reçu un soutien continu pendant le travail pourraient être plus susceptibles d'accoucher « spontanément », c'est-à-dire de donner naissance par voie basse sans forceps ni ventouse ni césarienne. En outre, les femmes pourraient être moins susceptibles de prendre des médicaments antidouleur ou d'avoir un accouchement par césarienne et pourraient être plus susceptibles d'être satisfaites et d'avoir des accouchements plus courts. La dépression post-partum pourrait être moins fréquente chez les femmes ayant reçu un soutien pendant le travail, mais nous ne pouvons pas être sûrs de cela car les études étaient difficiles à comparer (celles-ci ont été réalisées dans différents contextes, avec différentes personnes offrant un soutien). Les bébés nés de femmes ayant bénéficié d'un soutien continu pourraient être moins susceptibles d'avoir de faibles scores d'Apgar à cinq minutes (le score utilisé pour évaluer la santé des bébés et leur bien-être à la naissance et peu après). Nous n'avons trouvé aucune différence au niveau du nombre de bébés admis en soins spécialisés, et il n'y avait aucune différence au niveau des bébés étant allaités à l'âge de huit semaines. Aucun effet indésirable causé par le soutien n'a été identifié. Dans l'ensemble, la qualité des preuves était faible en raison de limitations dans les plans d'étude et de différences entre les études.

Ce que disent moyenne ?

Le soutien continu pendant le travail pourrait améliorer un certain nombre de résultats pour la mère et le bébé, et aucun résultat indésirable n'a été identifié. Le soutien continu offert par une personne présente uniquement pour fournir un soutien, qui n'est pas un membre du réseau de la femme, qui a de l'expérience dans l'offre d'un soutien durant le travail et qui dispose au moins d'une modeste formation (telle qu'une doula), semble être bénéfique. Par rapport à l'absence de compagnon pendant le travail, le soutien offert par un membre de la famille ou par un ami sélectionné par la femme semble accroître la satisfaction des femmes quant à leur expérience. Les futures recherches devraient étudier la façon dont le soutien continu peut être au mieux offert dans différents contextes.

Citation: Bohren M A, Hofmeyr G J, Sakala C, Fukuzawa R K, Cuthbert A. Continuous support for women during child birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.

<http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/epdf>

2. Breastfeeding education and support for women with multiple pregnancies

What is the issue?

Breastfeeding has many benefits that include protecting the baby against inflammatory diseases of the gut, lungs or ears, and longer term health problems such as diabetes and obesity, improved cognitive outcomes, and protecting the mother against breast cancer. Rates of breastfeeding are lower in women who have given birth to more than one baby than for women who have a single baby. However, there are challenges to overcome in breastfeeding multiples (twins, triplets or more). Education and support have been found to increase the number of women who start breastfeeding and improve the duration of any breastfeeding for single healthy term babies. This education and support may come from lay workers or from health professionals. It could be given in preparation for birth or once the babies arrive.

Mothers who have more than one baby have many additional challenges to overcome to breastfeed their babies and they may need additional advice and support. They have extra demands of frequent suckling, coordinating the potentially differing needs of more than one baby, or the need to express milk and to feed different babies by different feeding methods. The mothers have a greater likelihood of giving birth preterm and their babies being admitted to the neonatal intensive care unit, which can lead to delayed starting or early stopping of breastfeeding.

Why is this important?

Breastfeeding helps babies' health and development. Giving birth to more than one baby poses additional challenges for a mother planning to breastfeed. The mothers are also more likely to have to consider options such as breast milk expression, the use of donor milk or fortification of the milk and different methods of supplementary feeding. Some mothers may prefer feeding expressed breast milk because they can be certain about the volume of milk being fed and as a way of allowing others to assist with feeding. We wanted to find out if education and support helps mothers of multiples to breastfeed.

What evidence did we find?

We searched for randomised controlled trials on 30 June 2016 and 1 July 2016 and found 10 studies (23 reports) to include in our review. All the studies were of education and support for all mothers, not just those giving birth to more than one baby, which introduced methodological issues for looking specifically at multiple births. Trials recruited 5787 women (this included 512 women interviewed as part of a cluster randomised trial). The number of babies from multiple pregnancies was small and none of the studies had sufficient numbers to provide information about how interventions worked for mothers of multiples. There were several problems with how the studies had been done, including women knowing if they were in the group getting support.

The authors of two of the studies sent us their findings for women with multiple births (42 women in total). The trials compared home nurse visits versus usual care (15 women), and telephone peer counselling versus usual care (27 women). They looked at

the number of women stopping any or exclusive breastfeeding before four weeks after giving birth and before six months, without any clear improvements provided by the intervention. All 15 women in one study and 25 out of 27 women in the other had started breastfeeding. There was no information on breast milk expression. Other outcome measures were reported, including a measure of maternal satisfaction in one study of 15 women, but there were not sufficient numbers to allow us to draw any conclusions. No adverse events were reported.

What does this mean?

We could not draw conclusions from the evidence available from randomised controlled trials about whether education and support helps mothers of multiples to breastfeed. None of the studies were designed to offer tailored support or education to women who give birth to more than one baby. More research is needed to find out what types of education and support could help mothers of multiples to breastfeed their babies. Data from these studies should be presented and analysed in an appropriate way for multiple babies.

L'éducation à l'allaitement et le soutien pour les femmes ayant des grossesses multiples

Quelle est la question ?

L'allaitement apporte de nombreux bénéfices au bébé, par exemple cela protège contre les maladies inflammatoires de l'intestin, des poumons ou des oreilles, et contre des problèmes de santé à plus long terme tels que le diabète et l'obésité ; cela améliore les fonctions cognitives, et protège la mère contre le cancer du sein. Les taux d'allaitement maternel sont plus faibles chez les femmes ayant donné naissance à plus d'un bébé que chez les femmes ayant un seul enfant. Cependant, il existe des défis à surmonter pour allaiter en cas de grossesses multiples (jumeaux, triplés, etc.). Il a été montré que l'éducation et le soutien permettent d'augmenter le nombre de femmes débutant l'allaitement maternel et améliorent la durée de l'allaitement pour les bébés uniques nés à terme et en bonne santé. Ce soutien et cette éducation pourraient être fournis par des personnes profanes ou par des professionnels de la santé. Ils pourraient être offerts lors de la préparation à l'accouchement ou une fois que les bébés sont nés.

Les mères ayant plus d'un bébé font face à de nombreux défis supplémentaires qu'elles doivent surmonter pour allaiter leurs bébés et peuvent avoir besoin de conseils et d'un soutien supplémentaire. Celles-ci sont plus souvent réclamées pour allaiter, doivent coordonner les besoins potentiellement différents de plusieurs bébés, doivent exprimer leur lait et nourrir des bébés différents de différentes manières. Les mères ont un risque accru d'accoucher prématurément et de voir leurs bébés admis en unité de soins intensifs néonataux, ce qui peut conduire à un début différé ou à un arrêt précoce de l'allaitement maternel.

Pourquoi est-ce important ?

L'allaitement maternel favorise le développement et la santé des bébés. L'accouchement de plus d'un bébé constitue un défi supplémentaire pour la mère souhaitant allaiter. Les mères sont également plus susceptibles d'avoir à prendre en compte les options tels que l'expression du lait maternel, l'utilisation de lait produit par des donneuses ou l'enrichissement du lait et différentes

méthodes permettant d'offrir une alimentation supplémentaire. Certaines mères peuvent préférer offrir du lait maternel exprimé car cela leur permet d'être certaines du volume de lait offert et permet à d'autres personnes d'aider à alimenter leurs bébés. Nous voulions découvrir si l'éducation et le soutien aident les mères ayant des grossesses multiples à allaiter.

Les preuves observées :

Nous avons recherché des essais contrôlés randomisés le 30 juin 2016 et le 1er juillet 2016 et nous avons trouvé 10 études (23 rapports) à inclure dans notre revue. Toutes les études portaient sur l'éducation et le soutien offert à toutes les mères, pas spécifiquement à celles donnant naissance à plus d'un bébé, ce qui introduit des problèmes méthodologiques pour identifier l'effet spécifique en cas de naissances multiples. Les essais ont recruté 5787 femmes (dont 512 femmes interrogées dans le cadre d'un essai randomisé en grappes). Le nombre de bébés provenant de grossesses multiples était faible et aucune des études n'en présentait un nombre suffisant pour fournir des informations sur l'efficacité des interventions pour les mères ayant une grossesse multiple. Il y avait plusieurs problèmes dans la manière dont les études avaient été menées, notamment les femmes savaient si elles étaient dans le groupe recevant un soutien.

Les auteurs de deux des études nous ont envoyé leurs résultats pour les femmes ayant des naissances multiples (42 femmes au total). Les essais comparaient les visites à domicile par des infirmières par rapport aux soins habituels (15 femmes) et le soutien par téléphone par rapport aux soins habituels (27 femmes). Ceux-ci ont examiné le nombre de femmes arrêtant d'allaiter un bébé ou plusieurs avant que quatre semaines se soient écoulées suite à la naissance et avant six mois, sans aucune amélioration notable fournie par l'intervention. Toutes les 15 femmes dans une étude et 25 femmes sur 27 dans l'autre ont commencé à allaiter. Il n'y avait aucune information concernant l'expression du lait maternel. D'autres résultats étaient rapportés, tels qu'une mesure de la satisfaction des mères dans une étude portant sur 15 femmes, mais il n'y avait pas un nombre suffisant de données pour pouvoir en tirer des conclusions. Aucun événement indésirable n'a été signalé.

Qu'est-ce que cela signifie ?

Nous n'avons pas pu tirer de conclusions à partir des données disponibles issues d'essais contrôlés randomisés concernant l'efficacité de l'éducation et du soutien visant à aider les mères ayant des grossesses multiples à allaiter. Aucune des études n'avait été conçue pour apporter un soutien spécifique ou une formation pour les femmes ayant accouché de plus d'un bébé. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer quels types d'éducation et de soutien pourraient aider les mères ayant des grossesses multiples à allaiter leurs bébés. Les données issues de ces études devraient être présentées et analysées d'une manière appropriée.

Citation: Whitford HM, Wallis SK, Dowswell T, West HM, Renfrew MJ. Breastfeeding education and support for women with twins or higher order multiples. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD012003. DOI: 10.1002/14651858.CD012003.pub2.

<http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012003.pub2/epdf>

3. Support for breastfeeding mothers

What is the issue?

The World Health Organization recommends that infants should be breastfed exclusively until six months of age with breastfeeding continuing as an important part of the infant's diet until he or she is at least two years old. We know that breastfeeding is good for the short-term and long-term health of both infants and their mothers. Babies are less likely to develop infections in the digestive tract, lungs or airways, and ears. They are also less likely to become overweight and develop diabetes later in life. The mothers are less likely to develop diabetes and to experience breast or ovarian cancer. Many mothers may stop breastfeeding before they want to as a result of the problems they encounter. Good care and support may help women solve these problems so that they can continue to breastfeed.

Why is this important?

By knowing what kind of support can be provided to help mothers with breastfeeding, we can help them solve any problems and continue to breastfeed for as long as they want to, wherever they live. Stopping breastfeeding early may cause disappointment and distress for mothers and health problems for themselves and their infants. Support can be in the form of giving reassurance, praise, information, and the opportunity for women to discuss problems and ask questions as needed. This review looked at whether providing extra organised support for breastfeeding mothers would help mothers to continue to breastfeed when compared with standard maternity care. We were interested in support from health professionals including midwives, nurses and doctors, or from trained lay workers such as community health workers and volunteers.

What evidence did we find?

We searched for evidence on 29 February 2016 and identified a further 31 new trials for inclusion in the review. This updated review now includes 100 randomised controlled studies involving more than 83,246 women. The 73 trials that contributed to the analyses were from 29 countries and involved 74,656 women. Some 62% of the women were from high-income countries, 34% from middle income countries and 4% from low-income countries

All forms of extra organised support analyzed together showed an increase in the length of time women continued to breastfeed, either with or without introducing any other types of liquids or foods. This meant that fewer women stopped any breastfeeding or exclusively breastfeeding (moderate quality evidence) before four to six weeks and before six months. Both trained volunteers and doctors and nurses had a positive impact on breastfeeding.

Factors that may have contributed to the success for women who exclusively breastfed were face-to-face contact (rather than contact by telephone), volunteer support, a specific schedule of four to eight contacts and high numbers of women who began breastfeeding in the community or population (background rates).

The term 'high-quality evidence' means that we are confident that further studies would provide similar findings. No outcome was assessed as being 'high-quality'. The term

'moderate-quality evidence' means that we found wide variations in the findings with some conflicting results in the studies in this review. New studies of different kinds of support for exclusive breastfeeding may change our understanding of how to help women to continue with exclusive breastfeeding.

The methodological quality of the studies was mixed and the components of the standard care interventions and extra support interventions varied a lot and were not always well described. Also, the settings for the studies and the women involved were diverse.

What does this mean?

Providing women with extra organised support helps them breastfeed their babies for longer. Breastfeeding support may be more helpful if it is predictable, scheduled, and includes ongoing visits with trained health professionals including midwives, nurses and doctors, or with trained volunteers. Different kinds of support may be needed in different geographical locations to meet the needs of the people within that location. We need additional randomised controlled studies to identify what kinds of support are the most helpful for women.

Prise en charge des mères allaitantes

L'Organisation Mondiale de la Santé recommande que les nouveau-nés soient exclusivement allaités jusqu'à l'âge de six mois avec poursuite de l'allaitement comme élément important du régime alimentaire du nouveau-né jusqu'à au moins l'âge de deux ans. Cette recommandation a été émise car il existe des preuves probantes de risques à court et long terme sur la santé des nouveau-nés et de leurs mères liés à l'absence d'allaitement. De nombreuses mères cessent prématurément d'allaiter en raison de problèmes, dont bon nombre peuvent être évités grâce à des soins et une prise en charge adaptés. Cet arrêt prématuré peut être source de déception et d'angoisse pour les mères, mais aussi de problèmes de santé pour leurs nouveau-nés et elles-mêmes. Une prise en charge de l'allaitement peut inclure des conseils visant à rassurer, à complimenter et à informer, mais c'est aussi une occasion de discuter et de répondre à des questions posées par la mère. La présente revue a examiné si une prise en charge supplémentaire pour les mères allaitantes, assurée par des professionnels et/ou des aidants ayant suivi une formation, permettait aux mères de continuer à allaiter comparée à la mise à disposition de soins de maternité standard. La revue a identifié 52 études contrôlées randomisées issues de 21 pays incluant plus de 56 000 femmes. Toutes les formes de prises en charge supplémentaires analysées montraient une augmentation de la durée d'allaitement et de la durée d'allaitement sans introduire d'autres types de liquides ou d'aliments. La prise en charge assurée par les aidants et les professionnels avait un effet positif sur les résultats liés à l'allaitement. Une prise en charge face à face était associée à un effet plus important du traitement par rapport à une prise en charge par téléphone. Cette prise en charge, uniquement proposée si les femmes recherchent une aide, a peu de chances d'être efficace. Cette indication signifie que les femmes doivent pouvoir bénéficier de visites prévisibles, planifiées et permanentes. Les interventions fournissant une prise en charge supplémentaire avaient des effets plus significatifs lorsque les taux de base d'initiation à l'allaitement étaient élevés. Les avis

des femmes concernant les interventions de prise en charge n'étaient pas correctement signalés dans ces études. La prise en charge doit être adaptée au lieu et aux besoins du groupe de population. D'autres recherches seront nécessaires afin d'identifier les éléments les plus efficaces de la prise en charge.

Citation: McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub5.
<http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001141.pub5/epdf>

4. Interventions for encouraging women to start breastfeeding

What is the issue?

International rates of breastfeeding initiation are extremely variable both between and within countries. Low- and middle-income countries generally have high rates of women starting breastfeeding, and the challenge is for breastfeeding to begin within one hour of birth. High-income countries have a much greater variation in the number of women who start breastfeeding, with more highly educated and more well-off women likely to start.

The World Health Organization recommends that breastfeeding should start within the first hour after giving birth, that all infants should be exclusively breastfed from birth to six months of age, and that breastfeeding should continue until 2 years or beyond. We know that breastfeeding is good for the health of women and babies. Babies who are not fully breastfed for the first three to four months of life are more likely to suffer from infections of the stomach and intestines, air passages and lungs, or develop ear infections. Babies who are not breastfed are more likely to be overweight or have diabetes later in life, and mothers who do not breastfeed have increased risks of breast and ovarian cancer. Other practical benefits of breastfeeding include saving money on buying breast milk substitutes and, for society, on treating illness. Yet many women feed their babies with infant formula.

Why is this important?

We want to have a better understanding of what works to promote breastfeeding, for women, their families, the health system and society. Women face many barriers to breastfeeding, including lack of public spaces where women can breastfeed without feeling embarrassment; lack of flexible working days for breastfeeding women at work; widespread advertising of breast milk substitutes; and public policy that ignores the needs of breastfeeding women. New ways to promote breastfeeding are needed.

What evidence did we find?

We searched for evidence on 29 February 2016. This updated review now includes 28 randomised controlled studies involving 107,362 women. Twenty studies involving 27,865 women looked at interventions to increase the number of women who started breastfeeding, in three high-income countries (Australia, 1 study; UK, 4 studies; and USA,

14 studies) and one lower middle-income country (Nicaragua, 1 study). Three studies investigated the effect of an intervention to increase the number of women who started breastfeeding early, within one hour after birth. These involved 76,373 women from Malawi, Nigeria and Ghana. The study from Malawi was large, with 55,931 participants. Health education delivered by doctors and nurses and counselling and peer support by trained volunteers improved the number of women who began breastfeeding their babies. Five studies involving 564 women reported that women who received breastfeeding education and support from doctors or nurses were more likely to start breastfeeding compared to women who received standard care. Four of these studies were conducted in low-income or amongst minority ethnic women in the USA, where baseline breastfeeding rates are typically low. Eight studies involving 5712 women showed improved rates of starting breastfeeding with trained volunteer-delivered interventions and support groups compared to the women who received standard care. Breastfeeding education provided by trained volunteers could also improve the rates of early initiation of breastfeeding, within one hour of giving birth, in low-income countries. We assessed all the evidence in this review to be low-quality because of limitations in study design and variations in the interventions, to whom, when, where, and how an intervention was delivered. Standard care also differed and could include some breastfeeding support, for example, in the UK.

We found too little evidence to say whether strategies with multimedia, early mother-infant contact, or community-based breastfeeding groups were able to improve breastfeeding initiation.

What does this mean?

Health professionals with training in breastfeeding including midwives, nurses, and doctors, and trained volunteers can deliver education sessions and provide counselling and peer support to increase the number of women who start breastfeeding their babies. High-quality research is needed to understand which interventions are likely to be effective in different population groups. More studies are needed in low- and middle-income countries to find out which strategies will encourage women to start breastfeeding just after giving birth.

Les interventions visant à encourager les femmes à commencer à allaiter

Quelle est la question?

Les taux internationaux de femmes commençant à allaiter sont extrêmement variables à la fois entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci. Les pays à revenu faible et intermédiaire ont généralement des taux plus élevés et le défi consiste à commencer à allaiter dans l'heure suivant la naissance. Dans les pays à revenu élevé il existe de larges variations au niveau du nombre de femmes commençant à allaiter ; les femmes bien éduquées et de classe sociale aisée ont plus tendance à commencer à allaiter.

L'Organisation Mondiale de la Santé recommande que l'allaitement maternel débute dans la première heure après l'accouchement, que tous les nourrissons soient exclusivement allaités de la naissance jusqu'à l'âge de six mois, et que l'allaitement maternel continue jusqu'à 2 ans ou

au-delà. Nous savons que l'allaitement maternel est bon pour la santé des femmes et de leurs bébés. Les bébés n'étant pas entièrement allaités pendant les premiers trois à quatre mois de vie sont plus susceptibles de développer des infections de l'estomac et des intestins, des voies respiratoires et des poumons, ou des oreilles. Les bébés n'étant pas allaités sont plus susceptibles d'être en surpoids ou de développer un diabète plus tard dans la vie, et les mères n'ayant pas allaité ont un risque accru de développer un cancer du sein et des ovaires. D'autres bénéfiques pratiques de l'allaitement incluent un gain financier en réduisant les achats de substituts de lait maternel et, pour la société, en réduisant les coûts liés au traitement de maladies. Néanmoins de nombreuses femmes continuent d'allaiter leurs bébés au moyen de lait maternisé.

Pourquoi est-ce important?

Nous voulons mieux savoir quelles sont les interventions efficaces afin de promouvoir l'allaitement maternel, pour les femmes, leurs familles, le système de santé et la société. De nombreuses femmes font face à des obstacles à l'allaitement, notamment l'absence de lieux publics où celles-ci peuvent allaiter sans se sentir gênées ; un manque de flexibilité quant aux jours de travail pour les femmes allaitantes ; une publicité largement répandue portant sur les substituts au lait maternel ; et des politiques publiques ignorant les besoins des femmes allaitantes. De nouvelles stratégies pour promouvoir l'allaitement maternel sont nécessaires.

Quelles données avons-nous trouvées?

Nous avons recherché des preuves le 29 février 2016. Cette revue mise à jour inclut désormais 28 études contrôlées randomisées portant sur 107 362 femmes. Vingt études portant sur 27 865 femmes avaient examiné les interventions visant à accroître le nombre de femmes ayant commencé à allaiter dans trois pays à revenus élevés (Australie, 1 étude ; Royaume-Uni, 4 études ; et États-Unis, 14 études) et dans un pays à revenu faible à intermédiaire (Nicaragua, 1 étude). Trois études examinaient l'effet d'une intervention visant à augmenter le nombre de femmes ayant commencé l'allaitement précoce dans l'heure suivant la naissance. Ces essais portaient sur 76 373 femmes provenant du Malawi, du Nigeria et du Ghana. L'étude réalisée au Malawi était de grande taille, avec 55 931 participants.

L'éducation sanitaire fournie par les médecins et les infirmières et les conseils et le soutien par les pairs offert par des volontaires formés ont augmenté le nombre de femmes ayant commencé à allaiter leurs bébés. Cinq études portant sur 564 femmes ont rapporté que les femmes ayant reçu une éducation à l'allaitement et un soutien de la part des médecins ou des infirmières étaient plus susceptibles de commencer à allaiter par rapport aux femmes ayant reçu des soins standard. Quatre de ces études ont été réalisées dans des pays à faible revenu ou avec des femmes provenant de minorités ethniques aux États-Unis, où les taux d'allaitement sont généralement faibles. Huit études portant sur 5712 femmes ont montré une amélioration des taux de femmes ayant commencé à allaiter avec des interventions offertes par des volontaires formés et au moyen de groupes de soutien par rapport aux femmes ayant reçu des soins standard.

L'éducation à l'allaitement offerte par des volontaires formés pourrait également améliorer les taux de femmes commençant à allaiter de manière précoce, dans l'heure suivant l'accouchement, dans les pays à faible revenu.

Nous avons évalué toutes les preuves dans cette revue comme étant de faible qualité en raison de limitations dans la conception des études et de variations dans les interventions concernant les personnes pour lesquelles l'intervention était offerte, le moment, le lieu et la manière de les offrir. Les soins standards différaient également et pouvaient inclure un soutien à l'allaitement, par exemple, dans les études réalisées au Royaume-Uni.

Nous avons trouvé trop peu de preuves pour pouvoir établir si les stratégies multimédia, le contact précoce entre la mère et le nourrisson, ou les groupes d'allaitement communautaire avaient pu augmenter le nombre de femmes commençant à allaiter.

Qu'est-ce que cela signifie?

Les professionnels de la santé formés à l'allaitement, y compris les sages-femmes et les médecins, les infirmières, et des volontaires formés peuvent délivrer des séances d'éducation et fournir des conseils et un soutien pour augmenter le nombre de femmes commençant à allaiter leurs bébés. D'autres recherches de haute qualité sont nécessaires pour mieux établir quelles interventions sont susceptibles d'être efficaces avec différentes populations. Des études supplémentaires sont nécessaires dans les pays à revenu faible et intermédiaire pour déterminer quelles sont les stratégies permettant d'encourager les femmes à commencer à allaiter peu après l'accouchement.

Citation: Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, Renfrew MJ, MacGillivray S. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11. Art. No.: CD001688. DOI: 10.1002/14651858.CD001688.pub3.

<http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001688.pub3/epdf>

Center for the Development of Best Practices in Health
Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé
Phone number: +237 242 081 919
Email: camer.cdbpsh@gmail.com
Web site: www.cdbph.org
Henry Dunant Avenue – Messa, Yaoundé Cameroon