

en surpoids par rapport à des femmes ayant un indice de masse corporelle (IMC) ou un poids plus faible.

LA STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Nous avons recherché des études dans MEDLINE (PubMed), CENTRAL, POPLINE, Web of Science, ClinicalTrials.gov et ICTRP jusqu'au 4 août 2016. Nous avons examiné les références bibliographiques des articles pertinents afin d'identifier d'autres études. Pour la revue initiale, nous avons écrit aux chercheurs afin de trouver d'autres études publiées ou non publiées.

CRITÈRES DE SÉLECTION

Tous les plans d'étude étaient éligibles. L'étude pouvait avoir examiné tous les types de contraceptifs hormonaux. Les rapports devaient contenir des informations sur les méthodes de contraception spécifiques utilisées. Le critère d'évaluation principal était la grossesse. Les femmes obèses ou en surpoids devaient avoir été identifiées au moyen d'une analyse définissant une valeur seuil de poids ou d'IMC (kg/m^2).

RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES

Deux auteurs ont extrait les données de manière indépendante. L'un d'eux a saisi les données dans RevMan et l'autre en a vérifié l'exactitude. Les principales comparaisons étaient faites entre des femmes obèses ou en surpoids et des femmes de poids ou d'IMC inférieur. Nous avons examiné la qualité des données à l'aide de l'échelle Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale. Nous avons inclus les taux des tables actuarielles disponibles. Nous avons également utilisé des taux de grossesses non ajustés, le risque relatif (RR) ou le rapport de taux lorsque ceux-ci étaient les seuls résultats fournis. Pour les variables dichotomiques, nous avons calculé le rapport de cotes avec un intervalle de confiance (IC) à 95 %.

RÉSULTATS PRINCIPAUX

Avec les 8 ajoutées dans cette mise à jour, 17 études répondent à nos critères d'inclusion et portaient sur un total de 63 813 femmes. Nous nous concentrons ici sur 12 études qui ont fourni des données de bonne, moyenne ou mauvaise qualité. La plupart ne montrent pas un risque plus élevé de grossesse chez les femmes obèses ou en surpoids. Sur cinq études de COC, deux rapportaient un lien entre IMC et grossesse, mais dans des directions différentes. Avec un CO contenant de l'acétate de noréthindrone et de l'éthinylestradiol (EE), le risque de grossesse était plus élevé chez les femmes en surpoids ($\text{IMC} \geq 25$) que chez celles dont l'IMC était inférieur à 25 (risque relatif rapporté 2,49, IC à 95 % de 1,01 à 6,13). En revanche, un essai sur une CO contenant du lévonorgestrel et de l'éthinylestradiol a rapporté un indice de Pearl de 0 pour les femmes obèses ($\text{IMC} \geq 30$) contre 5,59 pour les femmes non obèses ($\text{IMC} < 30$).

Ce même essai testait aussi un timbre transdermique contenant du lévonorgestrel et de l'éthinylestradiol. Dans le groupe timbre, l'indice de Pearl rapporté pour les femmes obèses du sous-groupe « observant » était plus élevé que celui des femmes non obèses (4,63 contre 2,15). Deux des cinq études examinant l'implant à six capsules au lévonorgestrel, montrent des différences en fonction du poids au niveau des grossesses. Une étude a montré qu'un fort poids était associé à une augmentation du taux de grossesses sur la sixième et la septième années combinées (P rapporté < 0,05). Dans l'autre étude, les taux de grossesses différaient la cinquième année dans les groupes de plus faible poids seulement (P rapporté < 0,01), et cette différence ne concernait pas les femmes pesant 70 kg ou plus.

L'analyse des données concernant d'autres méthodes contraceptives (acétate de médroxyprogesterone-retard (sous-cutané), DIU au lévonorgestrel, implant au lévonorgestrel et implant à l'étonogestrel) ne fait apparaître aucune association entre grossesse et surpoids ou obésité. •

Interventions pour aider les femmes en surpoids ou obèses à commencer et à continuer d'allaiter

PAR FRANKIE J FAIR, GEMMA L FORD, HORA SOLTANI*

RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE

PROBLÉMATIQUE

L'allaitement maternel est important pour la santé des mères et de leurs nourrissons. Le conseil actuel est que l'allaitement maternel exclusif doit se poursuivre jusqu'à l'âge de six mois. Les nourrissons nourris au lait maternisé sont plus à risque d'infections, d'asthme et

de syndrome de mort subite du nourrisson. Les mères qui n'allaitent pas sont plus à risque de développer des cancers féminins et le diabète de type 2. Les femmes en surpoids ou obèses sont moins susceptibles de commencer à allaiter que les autres femmes et ont tendance à allaiter pendant une période plus courte. Les raisons suggérées comprennent des

* Publié dans la Base de données Cochrane des revues systématiques, septembre 2019 - <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012099.pub2>

facteurs physiques tels que des seins plus gros, qui rendent les positions traditionnelles d'allaitement plus difficiles, et un retard dans l'arrivée du lait (normalement autour de 72 heures). Cela peut diminuer la confiance des mères dans leur production de lait et leur capacité d'allaiter. Des facteurs culturels peuvent également influencer la décision des femmes de commencer ou de poursuivre l'allaitement, par exemple la façon dont la famille et les amis de la femme nourrissent leurs bébés, la confiance de la mère dans la réussite de son allaitement et la façon dont la femme considère son propre corps.

POURQUOI EST-CE IMPORTANT?

Les femmes en surpoids, ou qui sont obèses, peuvent éprouver des difficultés avec l'allaitement qui pourraient être surmontées grâce à des encouragements et un soutien supplémentaires. Nous voulions savoir quels types de soutien sont offerts et ce qui fonctionne le mieux, avant et après la naissance. Les interventions comprenaient l'éducation, le soutien social et les méthodes matérielles comme le tirage du lait.

QUELLES DONNÉES PROBANTES AVONS-NOUS TROUVÉES?

Nous avons recherché des données probantes (jusqu'à janvier 2019) et identifié sept essais cliniques comparatifs et randomisés (ECR), portant sur 831 femmes (de 36 à 226 femmes), menés dans des pays à revenu élevé (États-Unis, Danemark, Australie) entre 2006 et 2015. Trois essais ne comprenaient que des femmes obèses avant la grossesse et quatre essais comprenaient des femmes en surpoids et des femmes obèses.

Les essais ont comparé différents types de soutien à l'allaitement maternel aux soins habituels. Il y a eu un nombre limité d'essais pour chaque type de soutien et des différences quant au niveau de soutien reçu par les femmes dans les groupes de soutien et de soins habituels.

Un essai (39 femmes) a eu recours à une intervention de soutien matériel par le biais du prêt d'un tire-lait électrique, ou manuel, par opposition aux soins habituels (sans tire-lait). Des preuves de très faible certitude signifient qu'il n'est pas évident que le soutien matériel améliore l'allaitement maternel exclusif à quatre à six semaines; ou tout allaitement au sein à quatre à six semaines. L'essai n'a pas étudié d'autres critères de jugement importants: la non-initiation de l'allaitement maternel, et l'allaitement exclusif ou non à six mois après la naissance.

Six essais (792 femmes) ont eu recours à de multiples méthodes de soutien (y compris l'éducation et le soutien social par téléphone ou en personne) par opposition aux soins habituels. Un essai (174 femmes) n'a fait état d'aucun de nos principaux critères de jugement. L'un des essais a également fourni un soutien matériel en fournissant un tire-lait et une écharpe porte-bébé, et un autre a offert un petit cadeau aux femmes à chaque entretien lié à l'essai. Le soutien, dans ces essais, était assuré par un professionnel (quatre essais) ou un pair (deux essais), soit en groupe (un essai), soit individuellement (cinq essais).

En ce qui concerne les femmes qui reçoivent une intervention qui intègre de multiples méthodes de soutien (y

compris le soutien social, éducatif ou matériel) par rapport aux soins habituels, nous ne savons pas très bien quels sont les effets de l'intervention parce que nous avons identifié des preuves de très faible certitude pour tous les critères de jugement importants dans notre revue: taux de non-allaitement au sein; allaitement exclusif à quatre à six semaines; toute période d'allaitement de quatre à six semaines; tout allaitement exclusif au sein à six mois; tout allaitement au sein à six mois après la naissance.

QU'EST-CE QUE CELA SIGNIFIE?

L'efficacité des interventions visant à aider les femmes en surpoids ou obèses à commencer et à poursuivre l'allaitement reste incertaine. Les méthodes utilisées par les essais disponibles variaient en qualité, avec un petit nombre de participants. Aucun essai n'a comparé un type de soutien à un autre.

Nous avons besoin d'essais de haute qualité pour évaluer si le soutien social, éducatif, matériel ou toute combinaison de ces interventions peut donner aux mères en surpoids ou obèses les meilleures chances de commencer et de continuer à allaiter. Les interventions doivent être conçues spécifiquement pour ce groupe de femmes et réalisées par des personnes qui comprennent les défis auxquels ces femmes sont confrontées lorsqu'elles commencent et maintiennent l'allaitement.

CONCLUSIONS DES AUTEURS

Les données probantes sont insuffisantes pour évaluer l'efficacité des interventions matérielles ou des multiples méthodes de soutien (social, éducatif ou matériel) pour favoriser le début ou la poursuite de l'allaitement maternel chez les femmes en surpoids ou obèses. Nous n'avons trouvé aucun ECR comparant un type de soutien à un autre type de soutien. Toutes nos évaluations, selon la méthode GRADE, ont donné lieu à des éléments probants de très faible certitude, les décisions de déclassement étant fondées sur les limites de la conception de l'essai (ex: risque de biais d'attrition), l'imprécision et l'incohérence.

Les essais disponibles étaient pour la plupart de qualité variable avec un petit nombre de participants, biaisés par la faible observance au sein du groupe d'intervention et du groupe témoin.

Des recherches bien conçues et suffisamment étayées sont nécessaires pour répondre aux questions concernant le soutien social, éducatif et matériel ou toute combinaison de ces interventions qui pourraient aider les mères obèses ou en surpoids à obtenir des résultats optimaux en matière d'allaitement. Nous avons besoin d'essais qui examinent les interventions conçues spécifiquement pour les femmes en surpoids ou obèses, réalisées par des personnes ayant reçu une formation sur la façon de surmonter certains des défis auxquels ces femmes sont confrontées lorsqu'elles commencent et maintiennent leur allaitement. Une attention particulière pourrait être accordée à l'évaluation des interventions prénatales visant à améliorer l'initiation à l'allaitement maternel chez les femmes dont l'IMC est élevé, et non seulement à recruter des femmes qui ont l'intention d'allaiter.

Étant donné que la majorité des essais en cours ont été entrepris aux États-Unis, d'autres essais dans divers pays et contextes sont nécessaires. Les essais à venir devront tenir compte des bases théoriques sous-tendant ce type d'intervention. Ils devront tester des interventions standardisées afin de permettre à d'autres chercheurs de les reproduire et permettre ainsi de mieux déterminer ce qui permet à une intervention d'être efficace.

DÉTAILS DE L'ÉTUDE

CONTEXTE

L'allaitement maternel exclusif est recommandé pour tous les nourrissons jusqu'à l'âge de six mois en raison des nombreux bienfaits pour la santé de la mère et du nourrisson.

Les données probantes suggèrent que les mères en surpoids (indice de masse corporelle (IMC) de 25,0 à 29,9 kg/m²) ou obèses (IMC ≥ 30,0 kg/m²) sont moins susceptibles de commencer à allaiter et risquent d'allaiter pendant une plus courte période. Compte tenu de la prévalence croissante du surpoids et de l'obésité dans le monde et des avantages connus de l'allaitement maternel, en particulier pour réduire les risques à long terme d'obésité et de diabète chez les nourrissons, il est essentiel de trouver des moyens efficaces pour soutenir et promouvoir l'allaitement chez les femmes obèses ou en surpoids pour améliorer la santé des populations.

OBJECTIFS

Évaluer l'efficacité des interventions visant à soutenir le début ou la poursuite de l'allaitement maternel chez les femmes en surpoids ou obèses.

LA STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Le 23 janvier 2019, nous avons effectué une recherche dans le *Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register*, *ClinicalTrials.gov*, la plateforme d'enregistrement des essais cliniques internationaux (ICTRP) de l'Organisation Mondiale de la Santé et les listes de référence des essais retenus.

CRITÈRES DE SÉLECTION

Essais cliniques comparatifs randomisés (ECR) et quasi-ECR qui comparent les interventions visant à soutenir le début et la poursuite de l'allaitement maternel chez les femmes en surpoids ou obèses. Les interventions comprenaient le soutien social, l'éducation, le soutien matériel ou toute combinaison de ces éléments. Les interventions ont été comparées entre elles ou contre un groupe témoin.

RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES

Nous avons évalué tous les essais potentiels identifiés dans le cadre de la stratégie de recherche. Deux auteurs de l'étude ont extrait des données de chaque essai et évalué le risque de biais. Nous avons résolu les divergences en discutant avec le troisième auteur de la revue. Nous avons évalué la qualité des preuves à l'aide de l'approche GRADE.

RÉSULTATS PRINCIPAUX

Nous n'avons trouvé aucun essai comparant un type de soutien à un autre. Nous avons inclus sept ECR (dont un

ECR-groupe) auxquels ont participé 831 femmes. Le nombre de femmes dans chaque essai variait de 36 à 226. Les essais ont été menés dans des pays à revenu élevé : États-Unis (5 essais); Danemark (1 essai) et Australie (1 essai), entre 2006 et 2015. Trois essais ne comprenaient que des femmes obèses avant la grossesse et quatre essais comprenaient à la fois des femmes en surpoids et des femmes obèses. Nous avons jugé que le risque de biais dans les essais inclus était mixte; un seul essai a été jugé à faible risque de biais pour la génération de séquences aléatoires, la dissimulation de l'allocation et le biais d'attrition.

Soutien matériel à l'allaitement (tire-lait manuel ou électrique) versus soins habituels (pas de tire-lait)

Des données de très faible certitude provenant d'un petit essai (39 femmes) portant sur une intervention de soutien matériel (tire-lait manuel ou électrique) par rapport aux soins habituels (pas de tire-lait) ne permettent pas de déterminer si le soutien matériel améliore l'allaitement exclusif à quatre à six semaines (rapport de risque (RR) 0,55, intervalle de confiance (IC) à 95 % 0,20 à 1,51) ou tout type d'allaitement à quatre à six semaines (RR 0,65, IC 95 % 0,41 à 1,03). L'essai n'a pas étudié les autres critères de jugement considérés comme importants pour notre revue : la non-initiation de l'allaitement maternel, l'allaitement exclusif ou tout autre allaitement maternel six mois après l'accouchement.

Méthodes multiples de soutien à l'allaitement maternel par rapport aux soins habituels

Six essais (auxquels ont participé 792 femmes) ont eu recours à de multiples méthodes de soutien, y compris l'éducation et le soutien social par téléphone ou en personne. L'un de ces essais a également fourni un soutien matériel en fournissant un tire-lait et une écharpe porte-bébé et un essai a fourni un petit cadeau aux femmes à chaque entretien lié à l'étude. Le soutien, dans ces essais, était assuré par un professionnel (quatre essais) ou un pair (deux essais). Un essai a fourni un soutien de groupe, tandis que les cinq autres essais ont soutenu les femmes individuellement. Un essai (174 femmes) n'a fait état d'aucun de nos principaux critères de jugement.

Nous ne connaissons pas bien les effets de l'intervention parce que nous avons identifié des données probantes de très faible certitude pour tous les critères de jugement importants de notre revue: taux de non-allaitement (RR moyen de 1,03, IC à 95 %: 0,07 à 16,11; 3 essais, 380 femmes); allaitement exclusif à quatre à six semaines (RR moyen de 1,21, IC à 95 %: 0,83 à 1,77; 4 essais, 445 femmes); tout allaitement maternel à quatre à six semaines (RR moyen de 1,04, IC à 95 %: 0,57 à 1,89; 2 essais, 103 femmes); taux d'allaitement exclusif au sein six mois après la naissance (RR 7,23, IC à 95 %: 0,38 à 137,08; 1 essai, 120 femmes); et tout allaitement au sein six mois après la naissance (RR moyen: 1,42, IC à 95 %: 1,08 à 1,87; 2 essais, 223 femmes). •