

Mise au sein précoce après une césarienne pour favoriser l'allaitement maternel

Mémoire de Fin d'Études Travail de Bachelor

Adrien BRUNO

N° de matricule : 06814156

Directrice : Caroline Chautems – Anthropologue de la naissance

Genève, juillet 2013

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement ma Directrice de mémoire, Caroline Chautems, pour le temps précieux qu'elle m'a accordé. Son expérience et ses propositions ont enrichi ce travail à maintes reprises.

Mes remerciements s'adressent aussi à Barbara Kaiser et Marie-Julia Guittier pour leurs enseignements de qualité qui sont clairement les fondations de cette revue de la littérature.

Je souhaite faire part de ma gratitude à mon experte de terrain, Pascale Benzonana, qui a accepté de partager ses connaissances et de prendre du temps pour faire partie du jury de ce mémoire.

Je remercie aussi ma tendre mère, Rosa Bruno, pour ses corrections et son soutien d'ordre logistique lors de la modeste édition de ce document.

Enfin, je tiens à remercier tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail et particulièrement Florence Mottaz, traductrice de talent, qui m'a aidé pour la traduction de l'abstract et Carole Decollogny pour sa précieuse relecture.

Déclaration

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de son auteur et en aucun cas celle de la Haute École de Santé de Genève, du jury ou de la Directrice de Travail de Bachelor.

L'auteur atteste avoir réalisé seul le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques.

GENEVE, LE 24 JUILLET 2013, ADRIEN BRUNO

Abstract

Contexte : Le taux de césarienne ne cesse d'augmenter et la qualité et la durée de l'allaitement sont diminuées après cette opération. Or, l'allaitement est une pratique qu'il est important de promouvoir pour les avantages multiples qu'il offre au niveau de la santé d'une population. On sait qu'une mise au sein avant une heure de vie entre le nouveau-né et sa mère favorise l'allaitement lors d'un accouchement par voie basse, rien ne montre cependant que cette corrélation puisse pondérer la diminution de qualité et de durée d'un allaitement après une césarienne.

Objectif : Ce travail recherche dans quelle mesure la mise au sein précoce après une césarienne favorise l'allaitement maternel chez les nouveau-nés sains.

Méthode : Revue de la littérature comprenant huit études médicales de types variés.

Résultats : Le contact peau à peau rapidement après la naissance est le meilleur moyen de favoriser une mise au sein précoce, qui elle-même, favorise une durée d'allaitement totale plus longue. Lors d'une mise au sein précoce, les taux d'allaitement à long terme sont similaires, quel que soit le mode d'accouchement.

Conclusion : Il est important de promouvoir un contact précoce après, voir pendant la césarienne pour son influence positive sur l'allaitement. Ce contact devrait être suivi, avant une heure post-partum, d'une mise au sein avec le soutien de professionnels formés dans l'allaitement.

Mots-clés : allaitement maternel ; césarienne ; prise en charge postnatale ; période du post-partum ; relations mère-enfant

Background : The cesarean rate is increasing and we know that after such an operation the quality and duration of breastfeeding decrease. However, breastfeeding is a practice that should be promoted because of the important benefits it offers in terms of health. We know that early contact within an hour of life between the baby and the mother favours breastfeeding during a vaginal delivery. However, nothing shows that this correlation has a positive impact on the reduced quality and duration of breastfeeding in the case of a cesarean section.

Objective : The objective is to observe if an early breastfeeding after a cesarean section promotes breastfeeding in healthy newborns.

Methodology : Literature review of eight medical studies of various types.

Results : Early skin-to-skin contact soon after birth helps promote early breastfeeding and a longer breastfeeding duration. When the breastfeeding occurs within a short period of time after birth, the rates are similar for both delivery modes.

Conclusions : It is important to promote an early contact after - and eventually during - a cesarean section with regard to its positive impact on breastfeeding. This contact should be followed, within an hour postpartum, by an early breastfeeding with the support of trained professionals.

Keywords : breastfeeding ; cesarean section ; mother-child relations ; postnatal care ; post-partum period

Glossaire

AM : Allaitement Maternel

AVB : Accouchement par Voie Basse

CHUV : Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

CS : Cesarean Section – accouchement par césarienne

FSSF : Fédération Suisse des Sages-Femmes

IHAB : Initiative Hôpitaux Amis des Bébés

HEDS : Haute Ecole De Santé de Genève

HES-SO : Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale

HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève

LLL : La Leche League

MeSH : Medical Subject Headings – thésaurus biomédical de référence, c'est un outil d'indexation, de catalogage et d'interrogation des bases de données de la National Library of Medicine (USA), notamment MEDLINE.

OFSP : Office Fédéral de la Santé Publique (Suisse)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio – rapport des chances, exprimant le degré de dépendance entre des variables. Plus il est proche de 1, moins les variables sont indépendantes.

PP : Post-Partum

RR : Risque Relatif – rapport de la survenue d'un événement entre deux groupes. Plus il est proche de 1, plus les groupes sont similaires pour un événement donné.

SA : Semaine d'Aménorrhée

SSP : Société Suisse de Pédiatrie

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund – Fonds international d'urgence des Nations Unies pour l'enfance

VS : *Versus*

TABLE DES MATIERES

1	QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL	8
2	CADRE DE RÉFÉRENCE	11
2.1	Allaitement.....	11
2.1.1	Bref historique.....	11
2.1.2	Situation actuelle en Suisse	14
2.1.3	Recommandations actuelles	15
2.1.4	Biologie de l'allaitement.....	19
2.1.5	Importance de l'allaitement pour le nourrisson et la mère.....	20
2.1.6	Controverses autour de l'allaitement.....	23
2.2	Théorie de l'attachement.....	24
2.2.1	Carence affective, hospitalisme.....	24
2.2.2	Comportements d'attachement	24
2.2.3	Figures d'attachement	25
2.2.4	Types d'attachement.....	26
2.2.5	Mécanisme de l'empreinte et période sensible	26
2.2.6	Attachement et allaitement	27
2.3	Césarienne.....	29
2.3.1	Bref historique.....	29
2.3.2	Situation actuelle	30
2.3.3	Indications et technique	33
2.3.4	Risques et complications.....	35
2.3.5	Controverses sur le taux de césarienne.....	37
2.3.6	Effets sur l'allaitement.....	38
2.4	Problématique	39
2.4.1	Question de recherche	40
2.4.2	Présentation et argumentation des angles d'investigation et des hypothèses.....	40
2.5	Dimension éthique	41
3	MÉTHODOLOGIE.....	43
3.1	Détermination des mots-clés.....	43
3.2	Recherche d'articles	44
3.2.1	Dans les bases de données	44
3.2.2	Screening des bibliographies et articles cités	46
3.3	Stratégies de lecture.....	46
3.3.1	Critères d'inclusion et d'exclusion	47
3.4	Articles sélectionnés pour la revue de la littérature	47
3.5	Limites et contraintes de la recherche d'articles	48

3.6	Ouvrages et articles pour le cadre de référence et la discussion	49
4	RÉSULTATS	50
4.1	Description et analyse critique des articles	51
	Effect of Delivery Method and Timing of Breastfeeding Initiation on Breastfeeding Outcomes in Taiwan (2007)	51
	Exploration of factors influencing women's breastfeeding experiences following a caesarean section (2009)	52
	À Pilot Study of A Nursing Intervention Protocol to Minimize Maternal-Infant Separation After Cesarean Section (2009)	53
	Cesarean and Vaginal Birth in Canadian Women : A Comparison of Experiences (2010)	54
	Contact between mother, child and partner and attitudes towards breastfeeding in relation to mode of delivery (2010)	55
	Skin-to-Skin Contact After Cesarean Delivery : An Experimental Study (2010)	56
	Factors Influencing Breast Symptoms in Breastfeeding Women After Cesarean Section Delivery (2011)	57
	Breastfeeding after cesarean delivery : a systematic review and meta-analysis of world literature (2012)	58
4.2	Analyse des principaux résultats	59
4.2.1	Efficacité et faisabilité d'un protocole de contact précoce après une césarienne	59
4.2.2	Vécu, attentes et besoins des femmes allaitantes après une césarienne	60
4.2.3	Influence du mode d'accouchement et de la prise en charge post-partum sur l'allaitement	62
4.3	Biais et limites des articles	63
4.3.1	Échantillons de population	63
4.3.2	Méthodologie des études	64
4.3.3	Résultats des études	64
5	DISCUSSION	66
5.1	Mise au sein précoce	66
5.1.1	Efficacité d'un peau à peau précoce	66
5.1.2	Mise en œuvre d'un protocole de peau à peau et de mise au sein précoce	67
5.1.3	Risques associés à un contact précoce	68
5.2	Vécu et besoins des femmes césarisées	69
5.2.1	Vulnérabilité maternelle	69
5.2.2	Besoin de proximité	69
5.2.3	Soutien lors de l'allaitement	70
5.3	Influence du mode d'accouchement et de la prise en charge post-partum sur l'allaitement	70
5.3.1	Initiation de l'allaitement	70
5.3.2	Césarienne, mise au sein précoce et allaitement à long terme	71
5.4	Incidences des types de césarienne sur l'allaitement	71
5.5	Perspectives professionnelles	72
5.5.1	Application d'un protocole de rapprochement mère-enfant	72

5.5.2	Abstract d'un protocole de recherche	76
5.6	Forces et faiblesses.....	77
5.6.1	Forces.....	77
5.6.2	Faiblesses.....	77
6	CONCLUSION.....	79
7	BIBLIOGRAPHIE.....	80
7.1	Liste de références bibliographiques	80
7.2	Liste bibliographique.....	85
8	ANNEXES	I
	Annexe I : Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement maternel.....	I
	Annexe II : Grille de lecture.....	II
	Annexe III : Tableau résumé de la revue de la littérature.....	III

1 QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL

Respecter le droit des femmes à participer activement aux décisions concernant leur prise en charge et les encourager à assumer la responsabilité de leurs choix sont des principes phares régissant le code de déontologie de la profession de sage-femme¹. En tant que futur sage-femme, j'accorde donc une importance particulière à la promotion de la santé pour pouvoir accompagner au mieux les mères dans leur choix. Afin d'avoir une pratique cohérente avec ces valeurs, il est important de se questionner en permanence sur le bien-fondé des soins et des conseils que l'on procure. J'ai décidé de consacrer ce mémoire à l'allaitement maternel, car il s'agit d'un des sujets principaux de promotion de la santé durant le post-partum.

L'allaitement est une question qui m'intéresse depuis mon entrée dans l'école de sage-femme. En commençant ma formation, je ne connaissais que peu de choses sur le sujet. J'ai acquis de plus en plus de connaissances en la matière durant les cours, connaissances qui restaient néanmoins très théoriques. C'est lors de mon stage en unité de post-partum que je me suis fortement intéressé à la question de l'allaitement, voyant l'importance qu'elle prenait pour les parents. Elle était, de plus, une source de stress non négligeable.

L'allaitement maternel est un sujet abordé en permanence avec les nouvelles mères. Les raisons sont simples : l'alimentation artificielle à une qualité qui ne cesse de s'améliorer, mais malgré cela, l'allaitement reste plus adapté et plus sain pour les nourrissons, mais aussi moins cher et plus pratique pour les mères. Des recherches paraissent chaque année pour préciser ou même découvrir les effets bénéfiques de l'allaitement sur la santé. Et la liste est longue : prévention des allergies, de l'asthme ou de l'obésité pour l'enfant et prévention des cancers du sein, des maladies cardio-vasculaires ou du diabète pour la mère, ne sont qu'une partie des bienfaits connus de l'allaitement (voir *infra*, 2.1.5).

En Suisse, le taux d'allaitement est de près de 90% à la sortie de l'hôpital pour chuter à 55% à trois mois et à 14% à six mois post-partum (Fondation suisse pour la Promotion de l'Allaitement maternel, 2012, p. 5). Or, selon l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS]², durant ses six premiers mois de vie, l'enfant devrait être nourri exclusivement au sein (UNICEF, 2008). Cependant, les interventions des professionnels de la santé influencent grandement la durée totale de l'allaitement des mères. Ainsi, quand un soutien actif est

¹ Durant ce travail, le terme "sage-femme" comprend aussi les hommes sages-femmes.

² Les abréviations entre crochets, sont présentes dans le glossaire, p. 4.

pratiqué, comme dans l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé [IHAB], mettant en œuvre les "Dix conditions pour le succès de l'allaitement", la durée totale en est rallongée (OMS, 1999), alors que d'autres interventions peuvent faire baisser les taux d'allaitement. C'est notamment le cas de la césarienne, opération de plus en plus fréquente de nos jours.

La césarienne est un sujet de plus en plus courant dans l'actualité de ces dernières années, que cela soit à la télévision, sur internet ou sur la scène politique suisse (RTS, 2013 ; Emery, 2013 ; Maury Pasquier, 2008). Ce thème prend de l'importance dans notre société et pour cause, le taux d'accouchement "par voie haute" ne cesse d'augmenter depuis des décennies. Tous les pays occidentaux enregistrent une hausse constante, cependant la Suisse se trouve en cinquième position européenne et en quatorzième position mondiale des taux les plus importants (OMS, 2013, pp. 96-104). Les derniers chiffres records, datant de 2011, montrent qu'un enfant sur trois (33.3%) naît par césarienne dans notre pays (OFSP, 2013). Un rapport de l'Office Fédéral de la Santé Publique [OFSP] vient d'être publié et conclut que la question est complexe et qu'il est difficile d'exposer les raisons précises de cette hausse (Hanselmann & Von Greyerz, 2013).

Cependant, ne l'oublions pas, la césarienne sauve des vies et cette opération fait certainement partie des techniques qui ont permis à la Suisse d'avoir un des taux de mortalité maternelle ($< 0.01\%$) et périnatale (0.3%) les plus bas du monde (OMS, 2013, pp. 57-76). Cela a été possible grâce aux progrès de la médecine, car il y a un siècle et demi, les césariennes étaient plutôt synonymes de complications et de décès (Gélis, 1988, pp. 361-370). Actuellement, la césarienne est beaucoup moins délétère, mais des morbidités associées sont toujours présentes. C'est notamment le cas de la difficulté, pour les mères césarisées, de mener un allaitement optimal. Effectivement, bien que le nombre de femmes qui commencent à allaiter soit similaire, quel que soit le mode d'accouchement, les mères césarisées allaitent moins longtemps et sont moins nombreuses à pratiquer un allaitement exclusif après une césarienne (Zanardo *et al.*, 2010). Les raisons invoquées sont multiples et complexes, mais la séparation entre le nouveau-né et sa mère au moment de la naissance semble avoir une importance non négligeable.

Lors de mes stages pratiques en salle d'accouchement, j'ai découvert que la première mise au sein était considérée par beaucoup de sages-femmes comme importante pour la suite de l'allaitement après les accouchements par voie basse. En effet, il s'agit d'une des actions indispensables pour favoriser l'allaitement selon l'OMS (1999, p. 34). Cette mise au sein, en plus de promouvoir l'allaitement, est aussi le moment où le nouveau-né est le plus apte à créer un lien avec sa mère. Il le fait surtout grâce au peau à peau, souvent

présent lors d'une mise au sein précoce, mais aussi grâce à la succion qui a une importance dans le processus d'attachement mère-enfant (Cyrulnik, 1989, pp. 70-78). L'allaitement et l'attachement sont donc intimement liés.

Cette première mise au sein devrait avoir lieu avant une heure de vie. Selon mon expérience, il est encore trop rare que ce délai soit respecté après les césariennes, il peut parfois atteindre plusieurs heures. L'importance d'apporter des soins aux nouveau-nés les plus fragiles est compréhensible, soins qui impliquent une hospitalisation et donc un retard notable du premier contact, mais qui restent clairement nécessaires en mesurant les risques et bénéfices. Cependant, lorsque l'adaptation extra-utérine est optimale, il est courant que les nouveau-nés sains ne rejoignent pas non plus rapidement leur mère, des questions d'organisation institutionnelles en étant les causes.

Durant ma formation, la différence de pratique selon les hôpitaux, et même selon les sages-femmes, m'a grandement interrogée. Je n'ai pas rencontré de maternité ayant un protocole clair au sujet de la première mise au sein après une césarienne. Au mieux, certaines habitudes institutionnelles recommandent que l'on apporte l'enfant en salle de réveil dès le retour de la mère, afin de la rapprocher rapidement de l'enfant et d'encourager une mise au sein, si elle le désire. Dans d'autres hôpitaux, on privilégie un peau à peau entre l'enfant et le père. Dans d'autres encore, la prise en charge est variable selon la sage-femme, certaines privilégiant un contact précoce et certaines ne le privilégiant pas.

Compte tenu de ce questionnaire, ce mémoire vise à connaître l'efficacité d'une mise au sein précoce après une césarienne. Hypothétiquement, les bénéfices d'une initiation rapide de l'allaitement pourraient compenser, au moins en partie, la baisse du taux d'allaitement corrélée à la césarienne.

Ce mémoire débute par un cadre de référence, utile pour comprendre la complexité du questionnaire. Par la suite, la méthodologie utilisée pour la revue de la littérature est exposée, suivie par une description et une analyse des articles sélectionnés. Finalement, ce document conclut par une discussion proposant notamment, des perspectives professionnelles.

2 CADRE DE RÉFÉRENCE

Ce cadre de référence commencera par exposer la situation de l'allaitement maternel en Suisse, ainsi que sa fonction, ses avantages et ses controverses. Par la suite se trouve une brève explication sur la théorie de l'attachement et ses liens avec l'allaitement. Finalement, la question de la césarienne en Suisse et dans le monde sera exposée avec, entre autre, une description de ses effets sur la santé de la mère et de l'enfant.

2.1 Allaitement

2.1.1 Bref historique

Dans l'antiquité occidentale, l'allaitement maternel est considéré comme une fonction importante et nécessaire. Les pauvres et les femmes de la bourgeoisie moyenne allaitent toutes. Seules les familles princières disposent d'esclaves pour allaiter à leur place (Delahaye, 1990, pp. 8-10).

Durant le moyen-âge, le système des nourrices est très ancré, les bourgeois ont tous une nourrice. Cette pratique s'est répandue afin que les femmes reprennent les rapports sexuels rapidement. Effectivement, la croyance veut que le lait soit directement issu du sang et qu'une reprise des menstruations soit synonyme d'un arrêt de la lactation. Selon cette idée, une femme ayant des rapports sexuels est une femme fertile, et donc ayant des menstruations, elle ne peut donc plus allaiter. Les conjoints de ces femmes désirent aussi garder intacte l'apparence des seins de leurs compagnes. Dans cette optique, le sevrage aurait donc un rôle protecteur de l'esthétique des seins.

Au XIII^e siècle, on entend parler dans la littérature des premiers biberons, constitués de corne percée (*ibid.*, pp. 10-14).

À partir du XVII^e siècle, plusieurs médecins et philosophes commencent à prendre parti pour l'allaitement. La pratique des nourrices est alors largement répandue et seuls les pauvres allaitent encore eux-mêmes leurs enfants. On commence à penser alors que le lait a le pouvoir de transmettre les traits de caractère de la personne allaitante. Certaines femmes, pour éviter que l'enfant n'acquière la personnalité d'une nourrice, commencent déjà à lui donner du lait d'animal et cela malgré les risques liés à cette pratique (*ibid.*, pp. 14-16).

Fin XVIII^e, début XIX^e, l'influence de Rousseau qui préconise un retour à la nature fait changer les mœurs. Se montrer allaitant son enfant devient une élégance. Les médecins

recommandent aussi fortement l'allaitement et considèrent même qu'une femme n'allaitant pas est à risque de fièvre puerpérale, "d'apoplexie laiteuse" ou même de maux de tête. Cependant, les discours médicaux restent encore assez ambigus (*ibid.*, pp. 16).

Depuis longtemps déjà, le lait d'origine animale est utilisé par de nombreuses nourrices. Cependant, il faudra attendre le début du XX^e siècle, suite aux découvertes de Pasteur, pour voir une réduction de la mortalité due au manque d'hygiène de ce mode d'alimentation. C'est aussi à cette époque que plusieurs procédés pour "materniser" le lait de vache (le rendre plus digeste) voient le jour (*ibid.*, pp. 58-69).

À partir de 1900, le corps médical se met d'accord sur le rôle de l'allaitement maternel dans la baisse de la mortalité infantile. Malgré ces encouragements, la majorité des nourrissons étaient alimentés artificiellement. L'essor des villes a permis à un nombre important de femmes de devenir ouvrières, profession qui ne permet pas un allaitement maternel. Dans le meilleur des cas, les mères font un allaitement mixte, c'est-à-dire une partie de lait maternel et une partie de lait artificiel. En milieu rural, l'allaitement maternel est beaucoup plus souvent pratiqué. C'est durant la première moitié du XX^e siècle que les politiques familiales se développent en France et que les allocations familiales et les caisses de compensation commencent à être créées (*ibid.*, pp. 125-146).

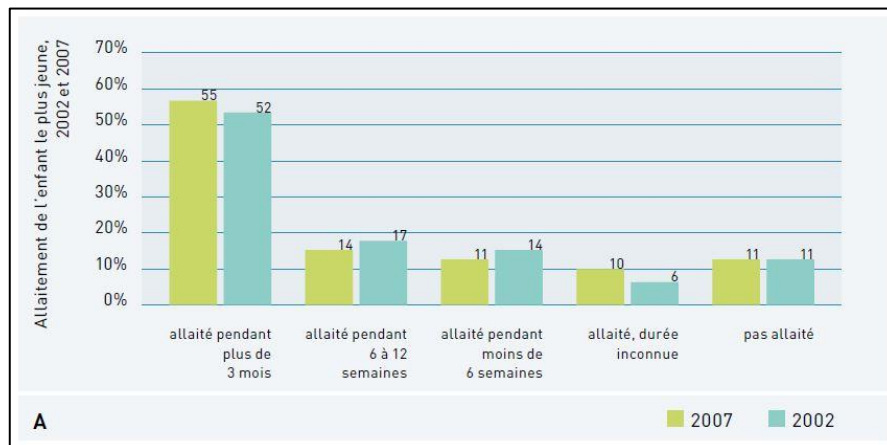
Voici plusieurs dates importantes dans l'histoire de l'allaitement du dernier siècle :

- 1947 : Naissance du premier Lactarium en France à Paris. Il s'agit d'un centre de dons de lait pour les nourrissons (souvent prématurés) ne supportant pas le lait maternisé. Le lait est collecté, contrôlé, conservé, stocké puis distribué (*ibid.*, p. 179).
- 1956 : Création de La Leche League [LLL] aux États-Unis. C'est une association de solidarité entre femmes allaitantes qui défend l'allaitement maternel. Actuellement, cette association est présente dans plus de 70 pays et a un statut consultatif en matière d'allaitement auprès de l'OMS et du Fonds international d'urgence des Nations Unies pour l'enfance [UNICEF] (LLL, 2013).
- 1970 : Le mouvement féministe égalitariste, qui prône une égalité parfaite entre homme et femme, fait l'éloge du biberon. « Le biberon libère la mère puisqu'il peut être donné par n'importe qui ... Il peut être donné aussi par le père : excellente manière d'impliquer ce dernier dans le maternage » (Knibiehler, 1997, p. 201). Le mouvement féministe différentialiste, lui, défend une équité homme femme, mais souhaite surtout cultiver les différences entre les genres. Cette idéologie soutient l'allaitement, qui suppose un engagement charnel et surtout un privilège féminin justement. Au même moment, le mouvement écologique qui prône un retour à la

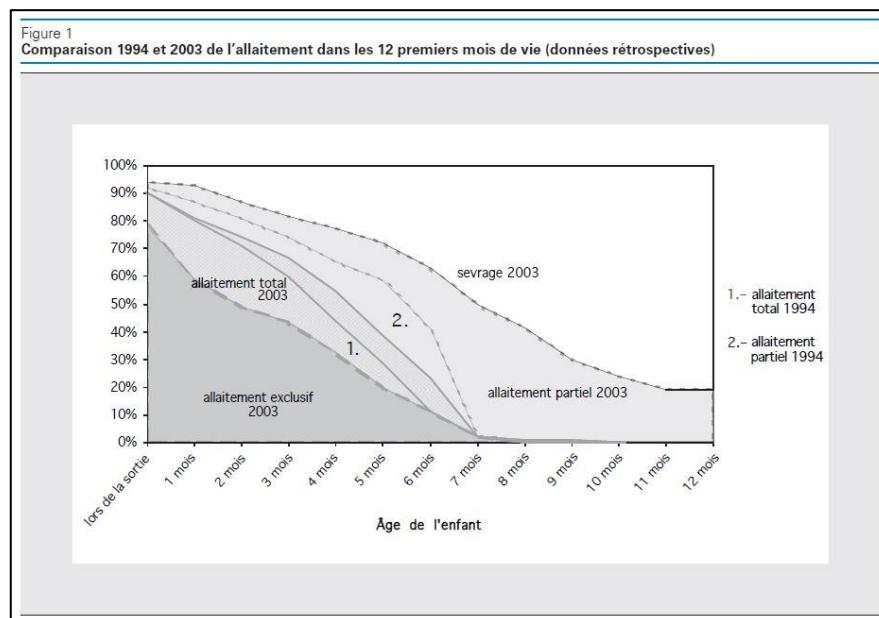
nature et au naturel, plaide pour un accouchement peu médicalisé et pour l'allaitement (*ibid.*, p. 201).

- 1974 : L'OMS exprime à plusieurs reprises son inquiétude au sujet de la baisse du taux d'allaitement maternel (Delahaye, 1990, p. 174).
- 1978 : La France porte à 16 semaines la durée du congé maternité. Les femmes qui travaillent peuvent désormais allaiter plus longtemps pendant leur congé (Badinter, 2010, p. 123).
- 1981 : L'OMS vote un code international de commercialisation des substituts de lait maternel. Il est alors interdit de donner des échantillons gratuits aux femmes ou d'en faire une promotion au grand public. Toute information sur l'alimentation artificielle doit clairement mentionner la supériorité de l'allaitement maternel (*ibid.*, p. 123).
- 1990 : L'UNICEF, l'OMS et 32 gouvernements signent la déclaration d'Innocenti. Ce texte rappelle la durée idéale des allaitements et les moyens d'y parvenir. Un des moyens est notamment d'appliquer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (*ibid.*, p. 124).
- 1991 : Lors de l'association internationale de pédiatrie, l'OMS et l'UNICEF lancent l'IHAB. Ce texte offre un label "Hôpital Ami des Bébé" aux institutions mettant en œuvre les "Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement maternel" (voir *infra*, 2.1.3) (*ibid.*, p. 125).
- 2005 : Entrée en vigueur de l'assurance maternité Suisse au niveau fédéral (14 semaines à 80% du salaire). Avant cela, les cantons avaient des législations différentes (Travail.Suisse, S.d. ; Art. 329f Code des Obligations Suisse (=CO ; RS 220)).

2.1.2 Situation actuelle en Suisse



Tiré de : Fondation suisse pour la Promotion de l'Allaitement maternel, 2012, p. 5

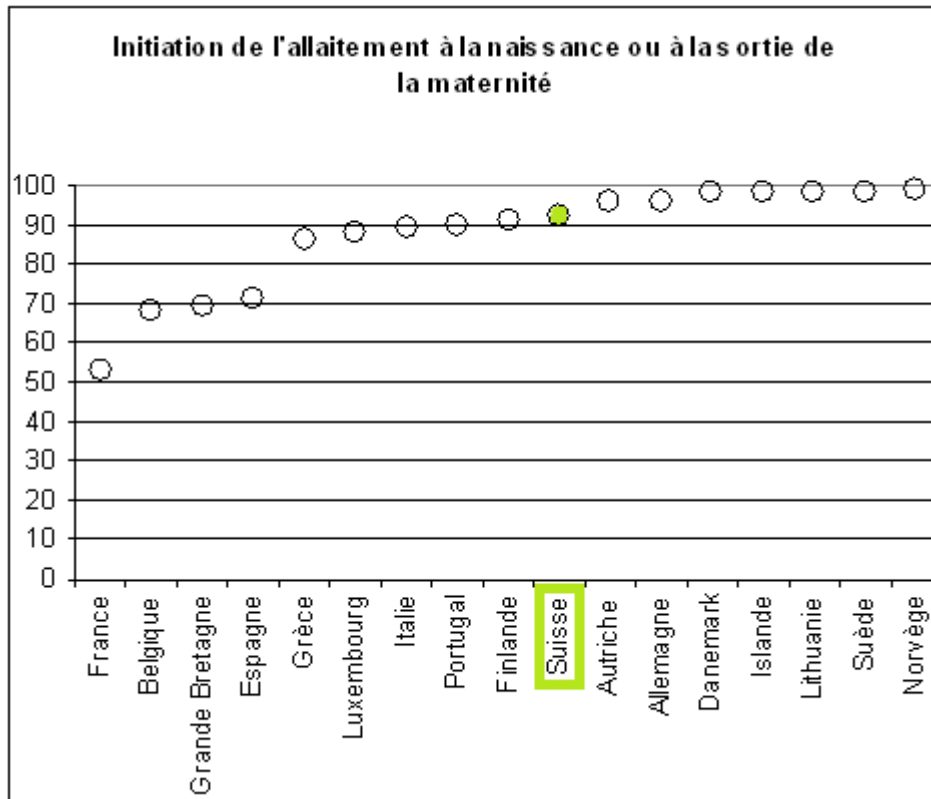


Tiré de : OFSP, 2006, p. 41

Dans son rapport de 2011, la Fondation suisse pour la Promotion de l'Allaitement maternel fait un bilan de la situation actuelle. Presque 90% des femmes ont initié un allaitement en 2007, plus de 50% l'allaitaient toujours exclusivement après trois mois (Fondation suisse pour la Promotion de l'Allaitement maternel, 2012, pp. 5-6). Par contre, seules 14% des femmes pratiquaient encore un allaitement exclusif à six mois post-partum. Cependant, elles étaient encore 50% à pratiquer un allaitement mixte à la même période (OFSP, 2006, p. 41).

En Suisse, les mères bénéficient d'un soutien à l'allaitement dispensé par un personnel hautement qualifié. Néanmoins, ce suivi n'a pas une continuité assurée. Une fois sorties de la maternité, les mères ont le droit à trois consultations d'allaitement remboursées par l'assurance et suivies par une sage-femme indépendante, mais elles n'y font pas toutes

recours. De plus, le congé maternité d'une durée de 14 semaines (trois mois) explique la baisse de l'allaitement après cette période (Fondation suisse pour la Promotion de l'Allaitement maternel, 2012, p. 3).



Tiré de : InfoAllaitement, 2003

En résumé, les enfants helvétiques sont allaités dans de grandes proportions, la Suisse fait partie des pays avec un taux d'allaitement le plus élevé d'Europe. Cependant, « ... les femmes suisses n'allaitent pas assez longtemps pour que la grande majorité des enfants suisses puissent pleinement bénéficier des avantages multiples que confère l'alimentation naturelle. » (Raynault & Paccaud, 2000, p. 5). La durée moyenne d'allaitement est d'environ trois mois dans notre pays (OFSP, 2006, p. 41), ce qui n'est pas suffisant selon les recommandations actuelles.

2.1.3 Recommandations actuelles

Définitions en rapport à l'allaitement maternel

Ces définitions sont celles proposées par l'UNICEF (2008).

- **Allaitement exclusif** : le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel (y compris le lait tiré de la mère ou provenant d'une nourrice) et rien d'autre, sauf des médicaments, vitamines et minéraux.

- **Allaitement mixte ou partiel** : le nourrisson reçoit à la fois du lait maternel et d'autres aliments ou liquides comme l'eau, le lait non humain et des laits maternisés.
- **Alimentation ou allaitement artificiel** : le nourrisson est nourri seulement avec un substitut du lait maternel.
- **Aliment de complément** : l'enfant reçoit à la fois du lait maternel et des aliments tendres, semi-solides ou solides.
- **Lait artificiel** : le lait artificiel pour bébés est composé d'une variété de produits comme du sucre, du lait animal, du soja, et des huiles végétales. Ils sont généralement en poudre pour être mélangés avec de l'eau.
- **Substituts au lait maternel** : tout aliment commercialisé ou présenté de toute autre manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il convienne ou non à cet usage.

Durée de l'allaitement et diversification

En 2001, l'OMS recommandait une alimentation exclusive au sein durant les six premiers mois de vie du nourrisson, puis la poursuite de l'allaitement pendant la complémentation par d'autres aliments et boissons, et ce jusqu'au-delà de la deuxième année de vie (UNICEF, 2008). Une méta-analyse de la Cochrane datant de 2012 (Kramer & Kakuma, 2012, p. 11) confirme ces recommandations, en ajoutant que dans certaines conditions, notamment selon le pays, une diversification alimentaire peut commencer plus tôt. Effectivement, la Société Suisse de Pédiatrie [SSP] se base surtout sur ces deux rapports pour éditer ses recommandations pour l'alimentation du nourrisson en 2009 (Baehler *et al.*, 2009, pp. 16-18) :

- Alimentation exclusivement avec du lait maternel ou un substitut au lait maternel pendant les premiers quatre à six mois de vie sans autre aliment ou liquide.
- Alimentation avec du lait maternel ou un substitut au lait maternel combiné avec un aliment de complément à partir du cinquième, sixième ou septième mois de vie. La SSP conclut qu'il est raisonnable de commencer une complémentation alimentaire à partir du cinquième mois de vie. Elle recommande, cependant, de ne pas commencer cette diversification passé le septième mois de vie.
- Les substituts au lait maternel sont recommandés lorsque l'allaitement est impossible ou la production de lait maternel insuffisante. La composition de ces produits est réglementée par des lois et des recommandations suisses ou internationales.

- La SSP a édicté plusieurs recommandations sur les aliments de compléments, notamment les aliments déconseillés ou encore les compléments vitaminiques sous forme de gouttes.

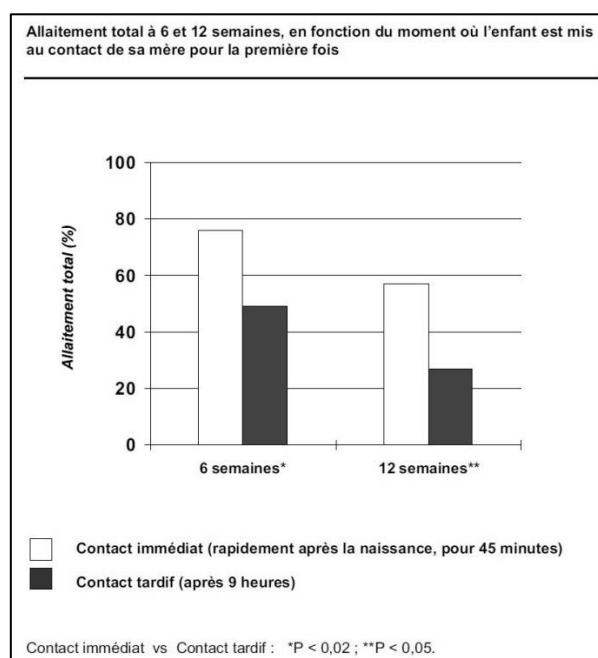
Les recommandations actuelles préconisent donc un allaitement exclusif pour les nouveau-nés. Bien que l'adaptation des laits artificiels soit en net progrès ces dernières années, le lait maternel reste la référence (Raynault & Paccaud, 2000, p. 8).

Le but de notre profession est d'accompagner le couple dans ses décisions, mais aussi de promouvoir la santé. La sage-femme a donc un double rôle ; elle doit à la fois informer les mères sur les bienfaits de l'allaitement, tout en évitant de les culpabiliser si elles ne désirent pas ou ne peuvent pas allaiter (Frydman & Szejer, 2010, p. 1089).

Dix conditions pour le succès de l'allaitement

En Suisse, comme dans beaucoup de pays occidentaux, la grande majorité des femmes accouchent en milieu hospitalier et y demeurent quelques jours. Or, les heures et les jours suivants l'accouchement sont une période clé pour le bon amorçage de l'allaitement. Les pratiques hospitalières ont donc une grande influence sur les taux et le déroulement des allaitements maternels en Suisse. Voilà pourquoi l'OMS et l'UNICEF ont édicté des recommandations quant aux pratiques hospitalières (Raynault & Paccaud, 2000, p. 19).

Les "Dix Conditions pour le succès de l'allaitement maternel" constituent la pierre angulaire de l'IHAB ... dont l'OMS et l'UNICEF sont à l'origine. Elles résument les pratiques utilisées en maternité visant à encourager l'allaitement. (OMS, 1999, p. 1)



Tiré de : OMS, 1999, p. 43

De ces dix conditions (voir *infra*, annexe I), la quatrième va particulièrement retenir notre attention : « Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance » (OMS, 1999, p. 34). L'OMS argumente que la littérature du moment prouve qu'un contact précoce complété d'une mise au sein après un accouchement vaginal tend à favoriser l'allaitement maternel. Le délai du premier contact a été décidé par compromis, car les études n'ont pas de consensus quant à sa précision. D'ailleurs, ce délai varie selon la source.

Ainsi, selon la version originale des "Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement", le délai est d'une demi-heure. Cependant, une mise à jour de 2006 parle de « placer le bébé en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance » (IHAB – France, 2011, p. 2) alors que sur le site de l'UNICEF on énonce encore le délai initial d'une demi-heure en 2013 (UNICEF, 2013). Aux Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], selon Benzonana (communication personnelle [orale], 15 juillet 2013) cette condition est nécessaire une heure après l'accouchement comme le décrit l'IHAB en Suisse.

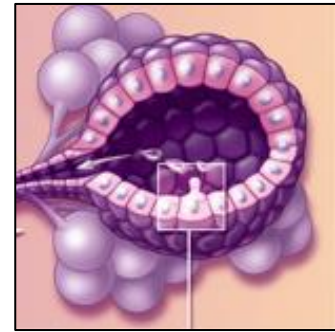
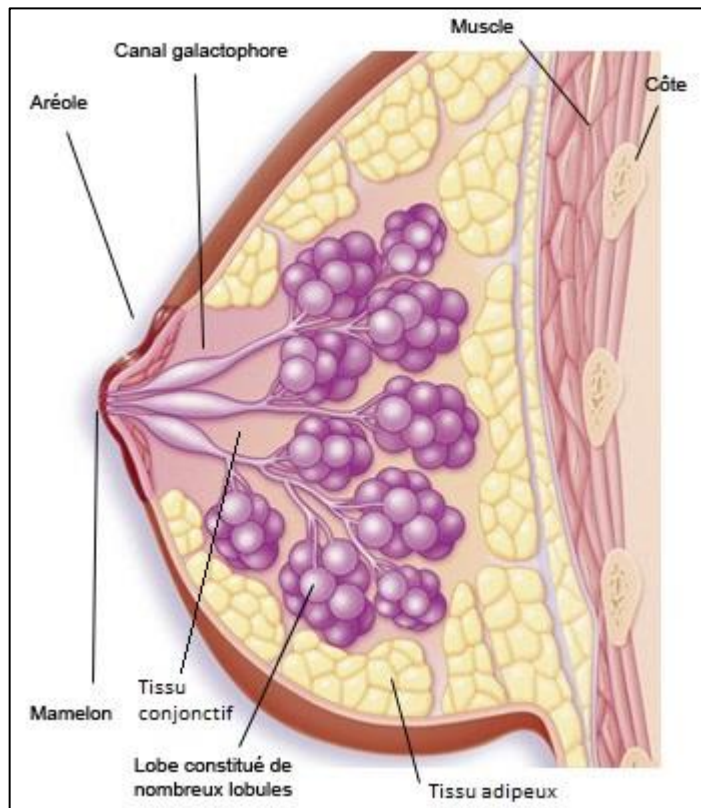
La durée de ce contact n'est non plus pas similaire selon la source. Il devrait durer au moins 30 minutes dans le premier rapport de l'OMS (1999, p. 34), mais une heure selon la mise à jour de 2006 (IHAB – France, 2011, p. 2). Le délai et la durée de ce contact ont donc tendance à varier dans le temps et selon les pays.

Pour les naissances par césarienne, les recommandations de l'OMS diffèrent. La mise au sein, qui était conseillée lors d'un accouchement par voie basse, devient plutôt un contact peau à peau et le délai d'une demi-heure est plus modéré. Lors d'une anesthésie générale, ce délai s'amorce lorsque la mère se réveille plutôt qu'au moment même de la naissance de l'enfant, ce qui tend à encore plus retarder le premier contact.

Au final, le rapport de l'OMS cite beaucoup d'études qui prouvent l'efficacité de cette 4^e condition, mais la grande majorité des échantillons de ces études comprennent des femmes ayant accouché par voie basse. Pour les échantillons n'ayant pas comme critère d'inclusion l'accouchement vaginal, il n'est mentionné à aucun endroit le type d'accouchement, si la césarienne a eu une influence ou non et si les résultats sont différents selon le mode d'accouchement (OMS, 1999, pp. 34-43).

2.1.4 Biologie de l'allaitement

Anatomie du sein



Tiré de : InfoCancer, 2012

Le sein est composé de plusieurs tissus. Le tissu adipeux par exemple, est essentiel pour le développement de la glande mammaire. On trouve notamment du tissu conjonctif pour le soutien de la glande. Le sein est richement vascularisé (surtout dans la période périnatale) et son innervation a un rôle central dans le réflexe d'éjection du lait. C'est la stimulation mamelonnaire qui va créer un influx nerveux, libérant de l'ocytocine, hormone responsable de la contraction des cellules myoépithéliales et donc de l'éjection du lait. Le tissu glandulaire est responsable de la sécrétion et de l'éjection du lait maternel humain (Beaudry, Chiasson & Lauzière, 2007, pp. 43-48).

Le tissu glandulaire est organisé comme suit. L'alvéole (ou acini) est l'unité sécrétrice du lait. Elle est composée d'une seule rangée de cellules lactifères (produisant le lait) entourées par des cellules myoépithéliales (musculaire) responsables de l'éjection du lait. Plusieurs alvéoles forment un lobule, plusieurs lobules regroupés autour d'un canal lactifère (ou galactophore) forment un lobe. Il y a en moyenne 9 lobes par sein. (*ibid.*).

Physiologie de la lactation

La lactogénèse est le processus par lequel les seins développent la capacité à sécréter du lait. Elle est séparée en deux phases distinctes : la lactogénèse I et II.

Déjà tôt durant la grossesse, la glande mammaire commence à se développer sous l'influence de la progestérone, produite par le placenta. C'est durant le deuxième trimestre que la glande mammaire peut ainsi commencer à sécréter de très petites quantités de lait, il s'agit du premier stade de la lactogénèse. La production de ce lait, nommé colostrum, est grandement inhibée par l'importante quantité de progestérone sérique, produite par le placenta, qui a un effet antagoniste à la prolactine. Le colostrum est un lait riche en immunoglobulines et en protéines (*ibid.*, pp. 57-67).

Dès la délivrance du placenta, après la naissance de l'enfant, le taux de progestérone va chuter. La prolactine, hormone de l'allaitement déjà bien présente pendant la grossesse, va alors provoquer la lactogénèse II, 36 à 72 heures post-partum, suivie par la plénitude mammaire ou montée laiteuse (*ibid.*).

Le lait maternel varie grandement jusqu'au sevrage. Le colostrum est un aliment particulièrement bien adapté pour les nouveau-nés de quelques jours de vie. Cela est dû à sa composition différente du lait mature et à sa faible quantité qui répondent à l'immaturité digestive des enfants de cet âge (Raynault & Paccaud, 2000, p. 8). Dès le deuxième stade de la lactogénèse, la composition en nutriments du colostrum va changer et le volume de lait va grandement augmenter. Beaucoup de professionnels appellent ce lait, le lait de transition, car sa composition en nutriments change progressivement jusqu'au lait mature. La composition du lait varie aussi selon le moment de la journée et même selon le moment de la tétée. À titre d'exemple, les lipides augmentent du début à la fin de la tétée, mais leur concentration est aussi moins élevée la nuit (Beaudry *et al.*, 2007, pp. 100-109).

2.1.5 Importance de l'allaitement pour le nourrisson et la mère

Maladies infectieuses

Pour le nourrisson, le mode d'alimentation a des effets clairs sur plusieurs maladies. L'allaitement maternel réduit le risque des maladies infectieuses. Les pathologies infectieuses les plus étudiées pour lesquelles l'allaitement a un effet protecteur sont les suivantes : maladies gastro-intestinales, infections des voies urinaires, infections des voies respiratoires, dont les otites, méningites et entérocolites nécrosantes (Kramer *et al.*, 2001 ; Howie, Forsyth, Ogston, Clark & Florey, 1990 ; Silfverdal *et al.*, 2002 ; Marild, Hansson, Jodal, Oden & Svedberg, 2004 ; Lucas & Cole, 1990). Pour cette dernière, elle

est la maladie intestinale grave la plus souvent rencontrée dans les unités de soins intensifs. Les études les plus récentes montrent que les prématurés allaités en sont dix fois moins atteints que ceux étant exclusivement nourris au lait de substitution (Beaudry *et al.*, 2007, pp. 237-284). L'effet protecteur du lait contre les infections est dû aux cellules immunitaires, aux immunoglobulines et à certaines protéines et vitamines présentes dans le lait maternel (Raynault & Paccaud, 2000, p. 9).

Maladies chroniques

Plus récemment, l'effet protecteur du lait maternel a été démontré sur certaines maladies chroniques tel que le l'obésité, les maladies atopiques (allergies), l'asthme, le diabète de type I et même certains cancers dans l'enfance (Butte, 2001 ; Davis, 2001 ; Kramer *et al.*, 2001 ; Beral, Fear, Alexanderv & Appleby, 2001). L'allaitement est aussi associé négativement à la pression artérielle et au taux de cholestérol (Owen, Whincup, Gilg & Cook, 2003). Cependant, les effets bénéfiques sont modérés et le nombre d'études est encore trop faible pour pouvoir avancer des conclusions significatives. De plus, le fait que certains effets démontrés par les méta-analyses, notamment sur la pression artérielle ou l'obésité, puissent résulter d'un biais de publication n'est pas à exclure (Beaudry *et al.*, 2007, pp. 351-353).

Effets cognitifs

Plusieurs études décrivent qu'une absence d'allaitement maternel équivaut à une baisse du quotient intellectuel. Cependant, un certain nombre d'autres études concluent qu'il n'y a pas d'association significative entre l'allaitement et le quotient intellectuel. Il n'y donc aucun consensus sur cette synergie (*ibid.*, pp. 361-378). Ces effets de l'allaitement d'ordre cognitif sont dose-dépendants et seraient liés à la composition du lait maternel en acides gras (Raynault & Paccaud, 2000, p. 10).

Une étude de cohorte récente de plus de 8000 enfants a démontré une association significative entre l'allaitement et les résultats scolaires des enfants à neuf ans (McCrory & Layte, 2011, p. 1515). Cependant, ces effets sont à relativiser, car la différence des résultats scolaires varie entre 2 et 4% entre des enfants allaités exclusivement et ceux uniquement alimentés au lait de substitution. De plus, qui dit association ne dit pas forcément relation de cause à effet, seule une étude randomisée pourrait montrer une causalité.

Bénéfices pour la mère

L'allaitement est aussi profitable pour la femme à court terme. Selon Raynault & Paccaud (2000, p. 12) et Beaudry *et al.* (2007, pp. 399-405), l'allaitement favoriserait une perte de poids graduelle après la grossesse. Le poids initial serait plus rapidement retrouvé dans la plupart des cas. Cependant, il n'y a pas d'influence sur le taux d'obésité à long terme.

Un allaitement exclusif empêche aussi le retour des règles par un mécanisme hormonal. Ainsi, durant les six premiers mois, cette aménorrhée a un effet contraceptif permettant d'éviter les grossesses rapprochées qui peuvent être la cause de pathologies obstétricales. L'aménorrhée permet aussi de réduire le risque d'anémie ferriprive post-partum, maladie qui est aussi moins fréquente en cas de mise au sein rapide après l'accouchement (moins de 30 minutes), car l'ocytocine sécrétée permet de réduire le risque d'hémorragie du post-partum (*ibid.*, 2007, pp. 420-421).

L'allaitement a aussi un effet protecteur à plus long terme sur l'hyperlipidémie, le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires, le cancer du sein et le cancer des ovaires (Schwarz *et al.*, 2009 ; Beral, 2002 ; Labbok, 2001).

Conclusion

Pour conclure, voici une citation de Beaudry *et al.* (2007) résumant bien les effets de l'allaitement maternel :

Lorsqu'on pense allaitement, on fait souvent référence au lait maternel. Pourtant, l'allaitement est bien plus que la somme de ses parties. Il faut entre autres ajouter une meilleure santé pour la mère et le bébé associée à l'allaitement, tout comme les retombées de ses dimensions psychosociales. Chacun de ces éléments pourrait à son tour contribuer au développement cognitif, physique ou social. Il serait en effet surprenant que le mode d'alimentation de l'enfant soit neutre sur le plan du développement. Il est donc prudent de continuer à soutenir les femmes qui allaitent. (p. 392)

Notons qu'il est important de relativiser les bénéfices prêtés à l'allaitement. Certains de ces effets méritent plus d'études et d'autres sont connus depuis trop peu de temps pour avoir le recul nécessaire afin d'en connaître leurs bienfaits significatifs (*ibid.*, pp. 351-353).

De plus, si l'allaitement se résumait simplement à la somme de ses avantages biologiques, toutes les mères allaiteraient sans se poser de questions. Cependant, il est sujet à controverses en plus de demander un certain investissement.

2.1.6 Controverses autour de l'allaitement

Vie de couple, vie de femme et vie de mère ne sont pas faciles à concilier. Malgré un congé maternité de 14 semaines en Suisse depuis 2005 (SECO, 2013), la reprise de l'emploi est souvent une question problématique et un certain nombre de femmes reprennent rapidement le travail de peur que leur employeur ne les déconsidère. Cela pose un problème au bon déroulement de l'allaitement, mais aussi, pour certaines mères, à la sérénité de la relation avec l'enfant (Frydman & Szejer, 2010, p. 1084).

C'est entre autres sur ce postulat que Badinter (2010) dénonce la politique actuelle de la promotion de l'allaitement. Selon elle, l'allaitement est le cœur de la révolution maternelle de ce dernier siècle. "La guerre contre les biberons" qu'elle dénonce s'appuie sur le retour à la nature et sur l'idée que nous sommes des mammifères. L'idée selon laquelle "la nature" est « innée, essentielle, éternelle, et non négociable » (p.105) implique une injonction très forte défendue par des associations militantes *pro* allaitement. Nous connaissons aussi de plus en plus les effets positifs de l'allaitement (voir *supra*, 2.1.5) et ils sont nombreux à être cités et soutenus par les mêmes groupes.

L'envers de la médaille serait donc la stigmatisation et la culpabilisation des femmes qui n'allaitent pas. Pourtant, les substituts de lait maternel ne cessent de s'améliorer pour « reproduire les mêmes avantages que le lait maternel », le fossé entre allaitement maternel et artificiel tendrait donc à être comblé (*ibid.*, pp. 140-141). De plus, une partie des bénéfices que nous prêtons à l'allaitement sont loin d'être établis et demanderaient plus de recherches.

Certaines mères peuvent ressentir des émotions fortes au sujet de l'allaitement, comme un sentiment de contrainte. "Repas ambulants", "tétine géante" ou "écosystème laitier" (*ibid.*, p. 143), voilà autant de termes que Badinter (2010) retranscrit dans son livre. L'allaitement n'est donc pas une nécessité, comme boire ou respirer, mais implique une prise de décision de la femme et même du couple. C'est un sujet polémique, car il se trouve au cœur de la maternalité, thème phare de beaucoup de courants idéologiques, qu'ils soient politiques, philosophiques ou sociaux. Toutes ces raisons font que l'allaitement est un sujet de société complexe.

2.2 Théorie de l'attachement

2.2.1 Carence affective, hospitalisme

Dans la première moitié du XX^e siècle, les guerres mondiales engendrent une quantité importante d'orphelins sans foyer. Beaucoup d'orphelinats ou d'institutions pour enfants voient donc le jour. Plusieurs dizaines d'années après les découvertes de Pasteur, les règles d'hygiène sont scrupuleusement respectées, les visiteurs peuvent se voir imposer une blouse stérile et les biberons sont aussi stérilisés en permanence. Les microbes sont exclus de ces institutions, mais les relations semblent également l'être. Un psychanalyste du nom de Spitz va être un des premiers à s'intéresser à la carence affective en découvrant la présence de symptômes dépressifs chez les bébés de ces institutions. Il décrit que si l'état de "carence affective" – une séparation durable entre la mère et son bébé – dure plus de trois à cinq mois, l'enfant peut subir une détérioration importante et irréversible de son comportement social. Ce mécanisme psychologique est nommé "hospitalisme" (Pierrehumbert, 2003, pp. 47-49).

Un exemple frappant et célèbre dans le domaine de la puériculture est celui de John, un enfant d'un an et demi. Cette observation, sous forme de film (Robertson, 1969), nous montre les neuf jours que passe John, dans un internat, sa mère accouchant et son père étant très actif professionnellement. L'enfant change de comportement petit à petit, en vivant l'expérience de la séparation. Effectivement, même si John a pu s'attacher à une infirmière au début de son séjour, le changement d'équipe ne lui a pas permis de retrouver cette personne avec qui il avait pu avoir une relation affective. John a été marqué par cet événement et encore plusieurs années après, il réagit de manière disproportionnée à une séparation d'avec ses parents (*ibid.*, pp. 72-74).

Cet exemple du jeune John a aussi inspiré Bowlby, qui est le père de la théorie de l'attachement selon laquelle les besoins fondamentaux du nouveau-né se situent au niveau du contact physique. Jusqu'ici, les théories voulaient que l'attachement soit le résultat collatéral de besoins plus primordiaux comme se nourrir. En réalité, le nouveau-né dispose de comportements innés pour attirer l'attention de ses congénères, dont l'adulte répond de manière intuitive (Grand Dictionnaire de la Psychologie, 2011, p. 98).

2.2.2 Comportements d'attachement

Le but des comportements d'attachement est le maintien ou la recherche du contact avec la figure d'attachement. Ces comportements varient selon le stade développemental de l'enfant. Les premiers comportements sont : la succion, le cri, le réflexe de fouissement et

l'agrippement. Plus tard apparaissent plusieurs comportements comme le sourire social ou le fait de suivre (à quatre pattes). Le bébé va développer sa capacité à faire réagir sa mère, quand il pleure, sa mère vient, quand il sourit, sa mère répond (Pierrehumbert, 2003, pp. 87-88).

2.2.3 Figures d'attachement

On peut distinguer quatre étapes du développement de l'attachement.

- Avant deux mois de vie, le bébé manifeste des comportements de manière indifférenciée selon les personnes (Pierrehumbert, 2003, p. 88). Ils existent à ce moment des préférences qui restent très discrètes pour des stimulus familiaux, comme la voix de son père ou l'odeur de sa mère, résultats des interactions qu'il a pu avoir *in utero* (Guedeney, 2010, p. 19).
- Entre deux et huit mois, l'enfant peut désormais contrôler ses comportements d'attachements, il pleure quand sa mère s'éloigne, tend les bras, sourit de manière sélective ou en réponse à un autre sourire. Il différencie aussi les personnes, une figure principale d'attachement apparaît (souvent la mère), mais une substitution est encore possible (Pierrehumbert, 2003, p. 88 ; Guedeney, 2010, pp. 19-20).
- Entre neuf mois et trois ans, la substitution n'est plus possible. L'enfant manifeste une détresse lors de la séparation avec ses figures d'attachement (Pierrehumbert, 2003, pp. 88-89).
- À partir de trois ans, l'attachement devient plus complexe, l'enfant peut contrôler ses réactions à la séparation, car il acquiert une certaine compréhension du point de vue de l'autre. Il va s'adapter afin d'instaurer un partenariat avec ses figures d'attachement et cela réciproquement (Guedeney, 2010, pp. 20-21).

La relation d'attachement n'est pas une relation de dépendance. Elle est au contraire importante pour pouvoir avoir une base de sécurité (la figure d'attachement) pour deux buts principaux, la protection et l'autonomie (Grand Dictionnaire de la Psychologie, 2011, p. 98).

Les figures d'attachement principales du bébé sont les personnes qui s'occupent de lui dans les premiers mois de sa vie, généralement la mère, le père et la puéricultrice, dans notre société. Le nourrisson apprend progressivement à se tourner électivement vers ces personnes en cas de détresse. Cependant, ce n'est pas parce qu'une mère et son bébé sont séparés à la naissance pendant deux semaines que leur attachement sera compromis, il s'agit plus d'une période sensible s'étalant sur plusieurs mois (voir *infra*, 2.2.5) (Guedeney, 2010, p. 13).

2.2.4 Types d'attachement

Les premières semaines de vie du bébé sont cruciales afin que le sentiment de compétence parentale se développe. Les parents se sentiront compétents quand ils sauront interpréter et répondre aux demandes de leur enfant et les professionnels de la santé ont une importance prépondérante en cela (Guedeney, 2010, p. 51). Le contexte présent durant le début de la vie de l'enfant est déterminant et peut améliorer ou entraver le lien d'attachement. Une mère dépressive, en conflit avec son partenaire ou en deuil par exemple, peut avoir de la peine à répondre correctement aux comportements d'attachement de son enfant, ce qui peut, dans certains cas où le problème se prolonge, causer des attachements non optimaux (*ibid.*, p. 39).

Dans la théorie de l'attachement, le type de comportement de l'enfant à 12 mois quand il est soumis au stress d'une séparation, a été classé en quatre catégories ou "types d'attachement". Cette classification est très complexe et ne saurait être parfaitement explicitée en quelques lignes. Néanmoins, le type d'attachement du nourrisson va l'influencer dans la construction des « modèles relationnels ... qui s'intègrent dans sa mémoire implicite. Ce sont des modèles qu'il utilisera ultérieurement en particulier pour anticiper la place de l'autre et la sienne dans la relation. » (Visier, 2006). On voit ici toute l'importance de l'attachement dans la première année de vie.

2.2.5 Mécanisme de l'empreinte et période sensible

De nombreux mécanismes d'empreinte sont présents dans le règne animal, un des plus connus étant l'attachement rapide des canetons à une certaine période postnatale à un objet, le plus souvent la mère, qu'ils suivront quoi qu'il arrive par la suite. Ainsi, si des canetons se trouvent en présence d'un humain durant les quelques heures suivant leur naissance, les oiseaux s'associent à lui et le suivent partout (Doron & Parot, 1991, p. 252).

L'attachement entre une mère et son nouveau-né "humain" n'est pas soumis au même mécanisme que celui des oies, mais est plutôt sujet à une période sensible. Cette période est une phase du développement où la sensibilité à certains changements fonctionnels ou comportementaux est plus importante. Typiquement, la période sensible durant laquelle a lieu l'attachement mère-enfant chez l'homme, prend plusieurs mois, contrairement au mécanisme de l'empreinte des canetons, qui ne dure que quelques heures à ne pas manquer (Grand Dictionnaire de la Psychologie, 2011, p. 676).

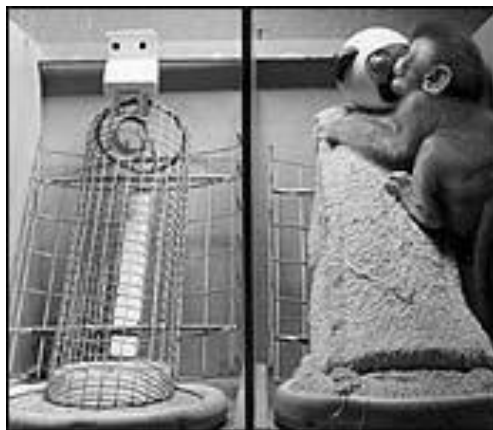
Dans les années 80, l'observation de ces périodes sensibles chez les animaux a fait s'intéresser la communauté à la question de la séparation mère-enfant chez l'humain.

C'est à ce moment que des études sur les effets de la séparation entre les prématurés et leurs parents ont été démontrées. Depuis, les hôpitaux ont changé leurs pratiques et les résultats de ce nouveau mode d'action sont excellents. En quelques mois, les prématurés rattrapent leur retard de développement grâce à des moyens simples comme permettre à la mère et l'enfant de ne plus être séparés (Cyrułnik, 1989, pp. 77-78).

2.2.6 Attachement et allaitement

L'expérience de l'attachement chez le singe

Tout comme l'a décrit Bowlby, Harlow va démontrer en 1950 que l'attachement a une importance que l'on n'imaginait pas. Son expérience consiste à séparer de très jeunes singes de leur mère et de les mettre en présence de deux mères de substitution : une statue de singe en fil de fer présentant un biberon de lait et une statue sans lait, mais recouverte de fourrure. Harlow a pu démontrer que les singes iront spontanément se réfugier dans les bras de la mère de substitution en fourrure quitte à s'étendre pour téter le biberon de l'autre mère (Herman, 2012).



Tiré de : Herman, 2012

Bien qu'actuellement les diverses expériences de Harlow soient sujettes à controverse, il a pu démontrer deux idées simples. Premièrement, le nouveau-né n'a pas besoin d'une mère biologique, mais d'une personne prenant ce rôle en respectant un certain délai. Selon cette idée, un enfant adopté pourra se construire mentalement tout aussi bien qu'un enfant ayant pu être élevé par sa mère biologique (Harlow avançait un délai de six mois sujet à des polémiques). La deuxième chose, c'est que l'importance du contact est affective avant d'être nourricière. L'allaitement maternel est donc important pour le développement mental de l'enfant grâce au contact affectif qu'il procure et pas seulement dû aux nutriments qu'il amène (*ibid.*).

Rôle de l'ocytocine

Du côté maternel, une des explications biologiques de l'attachement chez les mammifères a été trouvée grâce à des expériences avec une hormone bien connue des sages-femmes, l'ocytocine. L'ocytocine (étymologiquement, accouchement rapide) est utilisée, sous forme artificielle lors des accouchements pour son pouvoir utéro-contraction. Un de ces autres effets bien connus est la contraction des canaux lactifères, elle a un effet d'éjection du lait durant l'allaitement. Lorsque le nourrisson tète le sein, la stimulation du mamelon maternel va induire une décharge d'ocytocine par l'hypophyse afin de produire un flux d'éjection lacté (Hibert, 2011).

Cependant, il existe une fonction moins connue de cette hormone. Plusieurs études ont montré l'effet de l'ocytocine sur le comportement des mères. Chez le rat, il a été prouvé qu'une injection d'ocytocine dans le cerveau de la mère augmente significativement le comportement maternel du rongeur (Pedersen, Ascher, Monroe & Prange, 1989 ; Pedersen & Prange, 1979). Par corrélation, l'allaitement aurait donc un effet sur le comportement d'attachement de la mère, car il y a une forte décharge d'ocytocine lors de la tétée. N'oublions pas que l'ocytocine a aussi une fonction chez l'homme. Hors de l'attachement mère-enfant, elle serait une des hormones de bien-être et aurait une importance dans l'établissement et le maintien des liens sociaux tout au long de la vie. D'ailleurs, il s'agit d'une piste thérapeutique actuelle pour traiter certaines formes d'autisme (difficulté dans les interactions sociales) (Hibert, 2011).

Il y a donc une forte interaction entre attachement et allaitement et ces deux fonctions sont intimement liées. La mise au sein précoce après l'accouchement remplit donc deux buts principaux à long terme : déjà celui de favoriser l'allaitement (OMS, 1999, pp. 38-39), mais aussi de favoriser l'attachement.

Définitions en rapport au contact précoce

Afin d'être le plus clair possible durant ce travail, des définitions sur les différents types de contacts précoces sont nécessaires.

- **Contact précoce** : durant ce mémoire, ce terme comprend tout contact qui a lieu avant une heure de vie, il inclut donc aussi le peau à peau ou la mise au sein précoce. En outre, un contact mère-enfant avec un nouveau-né habillé et sans mise au sein, et aussi pris en compte par ce terme, s'il a lieu avant une heure de vie.
- **Peau à peau précoce** : le contact précoce peau contre peau commence, dans l'idéal, immédiatement après la naissance et consiste à placer l'enfant nu sur la poitrine nue de la mère. Cette pratique reposant sur un contact intime au cours des premières

heures suivant la naissance peut faciliter le comportement d'attachement et les interactions entre la mère et son bébé par le biais de stimulus sensoriels tels que le toucher, la chaleur et l'odeur (Puig & Squassero, 2007). Le peau à peau précoce, permet la plupart du temps, à ce que le nouveau-né trouve et tâte seul le sein de sa mère, si on lui en laisse le temps.

- **Mise au sein précoce** : Une mise au sein précoce est une initiation de l'allaitement avant une heure de vie. Le nouveau-né peut être habillé ou non, cependant, un peau à peau est nettement conseillé pour ce premier contact (voir *infra*, 5.1.1). Une mise au sein peut être considérée comme réussie ou non, contrairement à un peau à peau, car plusieurs critères peuvent être mesurés, comme la vigueur de l'enfant à téter, son type d'éveil ou encore la présence d'une déglutition, par exemple.

2.3 Césarienne

2.3.1 Bref historique

La césarienne a longtemps été un fantasme, à une époque où un accouchement qui pose problème est souvent synonyme de mortalité, tant maternelle qu'infantile. Dans les mythes et les légendes, on parle déjà de la césarienne, comme Zeus, qui césarisa sa maîtresse morte pour en sortir Dionysos qu'il transplanta dans sa cuisse comme utérus de substitution (Odent, 2005, p. 39).

Au VIII^e siècle avant J.-C., une loi romaine stipule qu'une césarienne doit être pratiquée *post-mortem* en cas de décès en couche de la mère. La *Lex Caesarea* a donné son nom à la technique, *caesere* signifiant "couper" en latin. Cependant, Jules César ne serait pas né par césarienne malgré ce que pense la culture populaire. Ce nom a sans doute été donné de génération en génération, initié par un de ses ancêtres, né par césarienne (*ibid.*, p. 41).

Plus tard, c'est l'Église qui, dans un souci de sauvegarde de la vie spirituelle de l'enfant, multiplia le nombre de césariennes *post-mortem* au XVII^e siècle. La douleur due à l'intervention et les chances de survie minime en faisaient une opération rarement utilisée chez des mères vivantes. À partir du XVIII^e siècle, certains auteurs recommandent la césarienne sur femmes vivantes, mais l'intervention reste néanmoins très rarement pratiquée. À cette époque, les personnes nées par césarienne étaient extrêmement rares. Elles étaient souvent considérées comme hors du commun, car il s'agissait d'un miracle qu'elles aient survécu à une telle naissance (Gélis, 1988, pp. 361-362).

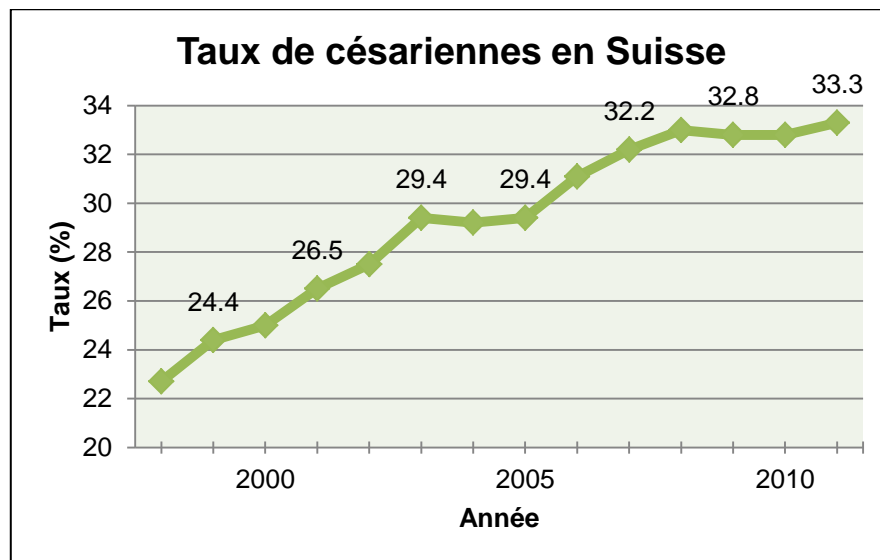
L'augmentation du nombre de césariennes était concomitante à l'augmentation de l'utilisation des forceps et autres instruments, moment phare dans la prise de pouvoir des chirurgiens sur les sages-femmes, et plus tard, des chirurgiens sur les médecins. Au XIX^e siècle, le taux de mortalité est de plus de 60 % pour les mères et de 40 % pour les enfants après une césarienne, principalement pour cause d'hémorragies ou d'infections. Au milieu du même siècle, une nouvelle technique fait nettement baisser le taux de mortalité : la suture de l'utérus, car seule la peau était suturée auparavant (*ibid.*, pp. 362-370).

Durant le XX^e siècle, la baisse importante de risques due à l'hygiénisme fait de la césarienne une technique reconnue et utilisée par les chirurgiens pour les naissances les plus difficiles. Son taux atteint 1 % des naissances en 1950 à Paris. C'est à cette époque que les innovations dans les techniques de césariennes en feront une opération plus rapide, de plus en plus esthétique et encore moins risquée (Odent, 2005, pp. 10-11).

2.3.2 Situation actuelle

En Suisse

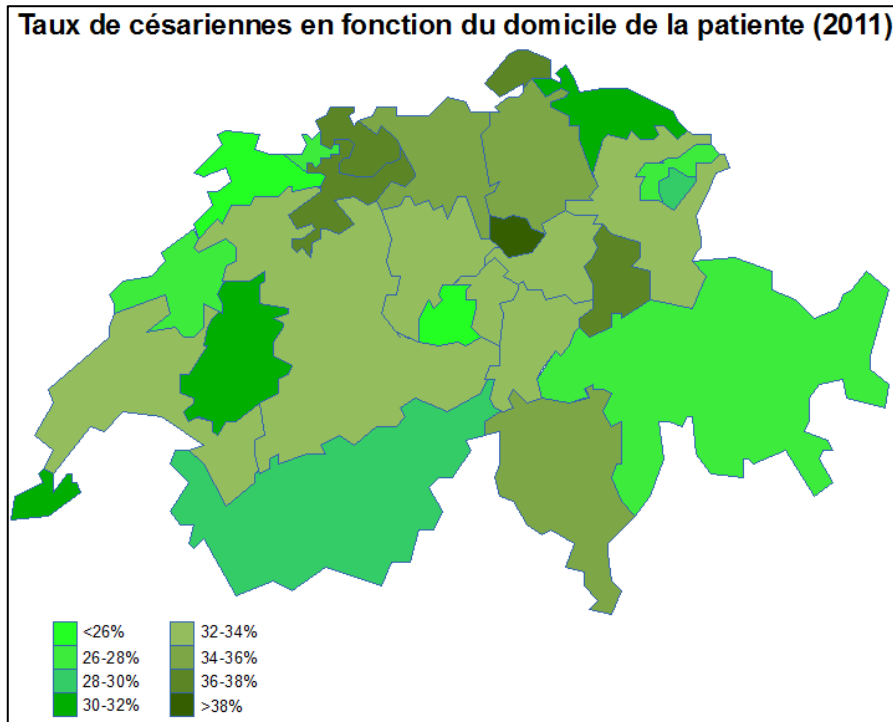
Ces dernières années, le taux de césariennes a connu une hausse considérable en Suisse, pour atteindre en 2011 le taux le plus haut de son histoire à 33.3 %, comme le montre le graphique suivant :



Tiré de : FSSF, 2013

Les chiffres ci-dessus, montrent que le recours à la césarienne en Suisse a augmenté de plus du 10%, en l'espace de dix ans. En 1998, un enfant sur cinq naissait par césarienne alors qu'en 2011, c'était un enfant sur trois. Précisons que le taux de césariennes est plus

élevé en clinique privée que dans les hôpitaux publics : 40,9% *versus* 31,3% en 2011. Selon l'OMS, un taux acceptable se situe entre 5 et 15% de césariennes (UNICEF, 2003, p. 73). Au-dessous de 5%, on peut estimer que des césariennes nécessaires n'ont pas été pratiquées ; au-dessus de 15%, que des césariennes inutiles ont été réalisées. Ceci nous permet de constater que ce taux est beaucoup trop élevé dans notre pays.



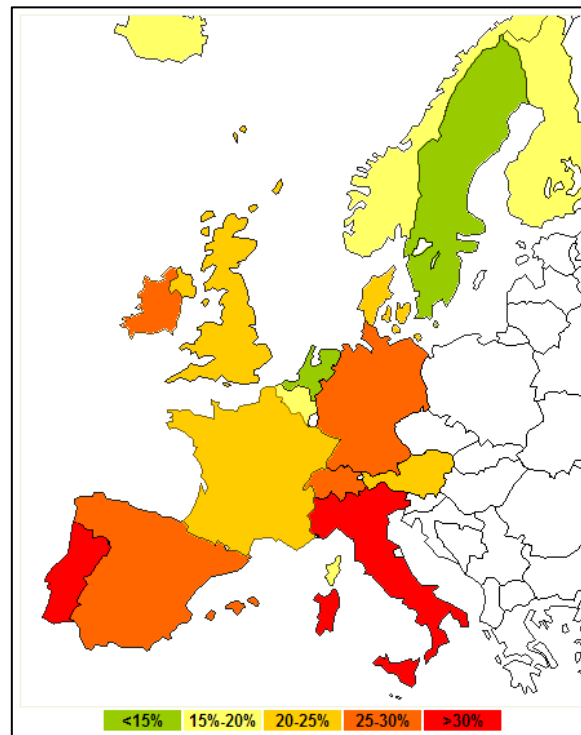
Tiré de : OFSP, 2013

Nous remarquons qu'il y a une grande différence entre certains cantons. Zoug (41.2%) a un taux qui est presque trois fois plus élevé que celui du Jura (16.7%). Globalement, les autres cantons ont des taux stables entre 30 et 36 %. On peut noter une moyenne légèrement plus haute en Suisse alémanique.

En Europe

Les taux de césariennes en Europe sont globalement plus bas qu'en Suisse, excepté pour certains pays comme l'Italie ou le Portugal, par exemple.

Voici la situation européenne en carte thématique, notons qu'il manque les données de certains pays.



Tiré de : Césarine, 2012

L'OMS (2013), dans sa publication des statistiques sanitaires mondiales, estime le taux de césariennes moyen pour la région de l'Europe à 23 % (p.104).

Dans le monde

Le tableau suivant nous montre les valeurs extrêmes mondiales. À savoir qu'au Brésil, les hôpitaux privés ont une moyenne de césariennes très haute (80%). Pour les valeurs basses, beaucoup de pays ont 2% de césariennes, raison pour laquelle le tableau comporte uniquement le taux le plus bas du monde.

Pays (année)	Taux de césariennes (%)
Brésil (2010)	52
Chypre (2011)	51
île Maurice (2011)	44
Niger (2011)	1

Tiré de : OMS, 2013, p.104

Voici un résumé du taux de césariennes par région, ainsi que la moyenne mondiale :

Région (2005-2011)	Taux de césariennes (%)
Région africaine	4
Région de l'Asie du Sud-Est	9
Région de la Méditerranée orientale	16
Région européenne	23
Région du Pacifique occidental	24
Région des Amériques	36
Moyenne mondiale (médiane)	16 (17)

Tiré de : OMS, 2013, p. 104

Ce tableau nous montre qu'en plus d'avoir une valeur bien supérieure à celle recommandée par l'OMS (15%), la Suisse a un taux de césariennes deux fois supérieur à la moyenne mondiale. De plus, elle a un taux supérieur de presque 10% à la moyenne européenne. Elle est au 14^e rang mondial des taux de césariennes (OMS, 2013, pp. 96-103).

2.3.3 Indications et technique

Indications

Les indications absolues à une césarienne sont les suivantes (Odent, 2005, pp. 101-103) :

- prolapsus du cordon ombilical,
- placenta *prævia*,
- décollement prématuré d'un placenta normalement inséré,
- présentation fœtale incompatible avec une voie basse (front, épaule).

Certaines indications sont relatives et la décision d'accouchement par voie basse ou par césarienne est discutée cas par cas (*ibid.*, pp. 104-109) :

- antécédent de césarienne,
- dystocie dynamique (stagnation de la dilatation du col de l'utérus, échec de provocation de l'accouchement),
- disproportion fœto-pelvienne (ou macrosomie fœtale),

- souffrance fœtale,
- fibrome ou kyste utérins (selon leur localisation),
- présentations podaliques,
- grossesse gémellaire,
- sérologie positive au VIH (virus d'immunodéficience humaine),
- poussée herpétique génitale,
- retard de croissance intra-utérin et prématurité.

On peut aussi rajouter que dans l'urgence, la césarienne permet un accouchement très rapide en cas de pathologies ou d'accidents maternels graves, comme la pré-éclampsie sévère, par exemple. De plus, l'état anxieux maternel, ou une autre détresse psychologique peuvent être une indication relative à une césarienne après un entretien médical (Gynécologie Suisse, 2010).

Technique

La technique suivante est celle actuellement utilisée pour pratiquer une césarienne aux HUG (Selon Billieux, communication personnelle [fiche d'attitude], 8 juin 2010).

Pour commencer, une anesthésie locorégionale du bas du corps est pratiquée, le plus souvent par une injection d'anesthésiques et d'opioïdes dans le canal rachidien. Puis, une sonde à demeure est introduite dans la vessie de la patiente. La première incision à la peau est l'incision selon Pfannenstiel. Par la suite, la méthode selon Joël-Cohen (séparation des tissus par les doigts) est utilisée pour séparer les différents tissus jusqu'à l'utérus. Cette méthode est l'une des plus rapides, elle réduit fortement le risque d'hémorragie ainsi que les douleurs postopératoires. Après la naissance et la délivrance du placenta, on administre une antibiothérapie prophylactique à la patiente. La suture se fait respectivement sur le muscle utérin, l'aponévrose des muscles abdominaux et à la peau (souvent à l'aide d'agrafes). Cette technique opératoire est celle décrite et recommandée par l'OMS (Abalos, 2009).

Prise en charge précoce du nouveau-né lors d'une adaptation normale

La prise en charge du nouveau-né lors d'une naissance par césarienne est théoriquement similaire à celle d'un accouchement par voie basse (Berger *et al.*, 2012). Cependant, après une césarienne, les risques néonataux étant augmentés (voir *infra*, 2.3.4), des mesures supplémentaires peuvent être prises dans la pratique. Par exemple, aux HUG,

un pédiatre est présent de manière systématique lors d'une césarienne pour pratiquer une réanimation néonatale si nécessaire.

En cela, la SSP a édicté des recommandations récentes (*ibid.*). Elle préconise, lors d'une adaptation normale, de sécher l'enfant rapidement et de le placer sur le ventre de sa mère. Elle déconseille d'aspirer l'oropharynx des enfants de manière systématique.

Au sujet du contact peau à peau, elle recommande la prise en charge suivante.

Dans le cas idéal [lors d'une adaptation normale], un contact continu peau à peau entre l'enfant et sa mère sera favorisé durant les deux premières heures de vie, pour le moins jusqu'après avoir mis le nouveau-né au sein. Durant cette période, la sage-femme/infirmière responsable de l'enfant contrôlera ponctuellement le bien-être du nouveau-né. ... Les mesures de routine et les soins du nouveau-né ne seront effectués qu'après cette période de deux heures, ou au plus tôt, après avoir mis l'enfant au sein. (*ibid.*, p. 15)

Elle préconise donc un contact peau à peau rapide entre l'enfant et sa mère dans le cas d'une bonne adaptation. La SSP définit une adaptation normale par un nouveau-né respirant spontanément, présentant une fréquence cardiaque supérieure à 100 par minute, un bon tonus musculaire et devenant rose durant les premières cinq à dix minutes de vie (*ibid.*).

Dans la même idée, l'OMS (1997) a aussi publié des recommandations pour assurer une bonne thermorégulation néonatale, étant donné qu'un nouveau-né n'est pas en mesure de réguler sa température aussi bien qu'un adulte. Les risques principaux de l'hypothermie sont : l'infection, l'hypoglycémie, l'acidose métabolique, l'hémorragie interne généralisée, la détresse respiratoire et un risque accru de décès (p. 18).

Pour que des valeurs normales, entre 36.5 et 37.5 °C, soient maintenues, l'OMS conseille notamment de chauffer la salle de naissance, de sécher immédiatement l'enfant, de pratiquer un contact peau à peau, d'allaiter l'enfant ou de reporter le temps du premier bain. Laisser le nouveau-né au contact du corps de sa mère est le meilleur moyen pour éviter qu'il ne se refroidisse (*ibid.*, pp. 1-8).

2.3.4 Risques et complications

Risques et complications maternels

Les risques de la césarienne sont mieux évalués quand ils sont comparés aux risques inhérents à un accouchement par voie basse. Grâce à l'évolution de la médecine, le taux de mortalité est maintenant identique entre la césarienne et la voie basse. Pour les

risques maternels à court terme, l'avantage est à la césarienne comme le montre le tableau suivant.

Morbidité maternelle	AVB (%)	Césarienne électorive (%)	OR AVB/Césarienne
Complications mineures	13.7	11.8	1.18 (1.12-1.24)
○ Lésions obstétricales	7.1	0.5	16.6 (13.1-21.1)
○ Problème de cicatrisation	0.6	1.2	0.53 (0.45-0.62)
○ Fièvre	0.4	1.7	0.21 (0.19-0.24)
○ Anémie	5.3	7.3	0.71 (0.67-0.76)
○ Autres complications	2.0	3.6	0.65 (0.59-0.72)
Complications majeures	3.4	1.3	2.6 (2.26-3.0)
○ Hystérectomie/laparotomie	0.02	0.1	0.18 (0.11-0.3)
○ Anomalie de la délivrance	3.0	0.5	6.24 (4.95-7.88)
○ Thrombose/embolie	0.03	0.1	0.36 (0.21-0.59)
○ Septicémie	0.02	0.1	0.29 (0.12-0.69)
○ Hémorragie > 1000 ml	0.6	0.7	0.94 (NS)

Tiré de : Hohlfeld & Marty, 2012, p. 413

Lors d'une voie basse, les complications mineures et majeures sont plus élevées, ce qui donne un avantage à la césarienne pour les effets maternels à court terme (purement en termes de pourcentages). Bien entendu, chaque facteur de morbidité est discutable, l'anomalie de la délivrance, plus fréquente lors d'AVB, n'est pas comparable en terme de séquelles à une embolie cérébrale ou pulmonaire, trois fois plus fréquentes lors d'une césarienne. De plus, les douleurs abdominales après une césarienne sont plus importantes et durent plus longtemps que des douleurs périnéales (FSSF, 2008).

Pour les anomalies à long terme, la césarienne multiplie par cinq le risque de placenta *prævia* et *accreta* pour les grossesses suivantes (Hohlfeld & Marty, 2012, p. 413). Cependant, le risque d'incontinence urinaire, anale et de prolapsus est augmenté après un accouchement par voie basse (*ibid.*).

Rappelons tout de même que le principal risque à long terme de la césarienne est la rupture utérine, risque multiplié par douze par rapport à une voie basse (Irion, 2009, p. 2098). Cette complication rare, mais néanmoins dramatique est associée à d'importants taux de mortalité fœtale, d'hystérectomie et d'infections maternelles. Pour éviter l'apparition d'une rupture utérine, il est souvent nécessaire de refaire une

césarienne pour la deuxième grossesse après une première césarienne. De plus après deux césariennes, un accouchement par voie basse n'est plus envisageable, vu l'augmentation encore plus importante du risque de rupture (*ibid.*). La première césarienne engendre donc une itération réduisant ainsi les chances d'un accouchement par voie basse pour les prochaines grossesses.

Risques et complications fœtales

Morbidité néonatale	AVB (%)	Césarienne élective (%)	OR AVB/Césarienne
Apgar 5' < 7	0.3	0.9	0.32 (0.27-0.39)
Asphyxie, hypoxie, cyanose	0.6	1.3	0.44 (0.38-0.51)
Détresse respiratoire	0.5	0.9	0.58 (0.48-0.69)
Hémorragie intracrânienne	0.01	0.016	0.6 (NS)
Convulsions, encéphalopathie	0.1	0.2	0.48 (0.32-0.73)
Sepsis	0.7	0.5	1.38 (1.09-1.75)
Total	1.9	3.2	0.59 (0.54-0.65)

Tiré de : Hohlfield & Marty, 2012, p. 414

Les plus grands risques après une césarienne sont donc plutôt fœtaux que maternels, comme le montre le précédent tableau. Il y a deux fois plus d'hospitalisations néonatales à la suite d'une césarienne. De plus, les enfants ont un système immunitaire plus fragile à long terme (FSSF, 2008), notamment au niveau respiratoire comme des allergies ou de l'asthme (Odent, 2005, p. 61). Une récente revue de la littérature montre qu'après une césarienne, la colonisation microbienne des intestins des nouveau-nés n'est pas optimale, ce qui augmente le risque d'entérocolite nécrosante et d'allergies (Fischer *et al.*, 2012).

2.3.5 Controverses sur le taux de césarienne

Un des risques à long terme de la césarienne selon Irion (2009) est le risque politique. L'augmentation du taux de césariennes inquiète la population et le risque de méfiance envers le corps médical est grand. Ainsi, des groupes de pression ou des personnes pourraient imposer des mesures au détriment de l'expertise des obstétriciens. Irion pense qu'une plus grande rigueur sur la pose d'une indication pour la première césarienne est importante pour en faire baisser le taux global (p. 2100).

En 2008, la Fédération Suisse des Sages-Femmes [FSSF] publie un communiqué de presse sur l'augmentation du taux de césariennes en Suisse et ses risques (FSSF, 2008). Effectivement, l'augmentation fulgurante de la dernière décennie n'est pas accompagnée

d'une baisse du taux de mortalité maternelle ou infantile (Hanselmann & Von Greyerz, 2013, p. 25). La FSSF demande une réaction des assureurs-maladie et des politiciens au niveau fédéral.

Au même moment, Maury Pasquier (2008) transmet un postulat au Conseil Fédéral pour le charger d'étudier les causes et effets du taux élevé de césariennes afin de trouver des moyens pour contrer les effets négatifs pour la mère et l'enfant ainsi que pour le système de santé.

Le postulat étant adopté par le Conseil des États en 2009, un rapport officiel de l'OFSP a été rendu début 2013 (Hanselmann & Von Greyerz, 2013). Ce rapport conclut qu'au vu de la complexité des liens de cause à effet de l'augmentation des césariennes, il n'est pas possible d'exposer les raisons précises de cette hausse. Le Conseil fédéral demande aux associations professionnelles de la branche (la FSSF et la Société Suisse des Gynécologues Obstétriciens) de « réexaminer le bien-fondé des indications relatives aux césariennes programmées. » (*ibid.*, p. 7). Le Conseil fédéral a néanmoins décidé d'approfondir l'examen des statistiques des hôpitaux suisses et d'intégrer le thème "Naissance et début de vie" dans les objectifs et mesures des programmes nationaux de prévention.

2.3.6 Effets sur l'allaitement

Après une césarienne, qu'elle soit programmée ou pratiquée d'urgence, la qualité de l'allaitement est différente en comparaison à un accouchement par voie basse. Plusieurs études montrent que la césarienne réduit le taux d'allaitement, la durée moyenne de l'allaitement et le taux d'allaitement exclusif par rapport à l'allaitement mixte (Zanardo *et al.*, 2010 ; Pérez-Ríos, Ramos-Valencia & Ortiz, 2008 ; Shawky & Abalkhail, 2003). Une seule cause claire ne pourrait expliquer ces conséquences. Néanmoins, plusieurs facteurs présumés peuvent être avancés.

Facteur hormonal

L'allaitement, son initiation et son maintien sont influencés par différentes hormones. Lors d'une césarienne, l'absence du travail de l'accouchement réduirait le taux de prolactine ce qui peut influencer négativement la lactation (Odent, 2005, pp. 91-93). De plus, on sait que l'ocytocine est responsable du flux d'éjection du lait. Or, cette hormone est plus basse chez les femmes ayant subi une césarienne d'urgence, ce qui pourrait notamment s'expliquer par l'activité inhibitrice de l'adrénaline, l'hormone du stress (*ibid.*). Finalement, les endorphines, un type d'opiacé sécrété par le cerveau mammifère, notamment lors de la tétée, seraient responsable d'une sorte de "dépendance" maternelle à l'allaitement. Le

taux d'endorphines est moyennement plus bas chez les femmes césarisées (*ibid.*). Rappelons aussi que l'ocytocine peut procurer un effet de bien-être qui peut aussi expliquer un principe de dépendance à l'allaitement (voir *supra*, 2.2.6).

Facteur néonatal

Les nouveau-nés nés par césarienne ont plus de difficultés respiratoires (voir *supra*, 2.3.4) et auraient plus de peine à initier l'allaitement. De plus, le temps entre la naissance et la première mise au sein est significativement plus long (Zanardo *et al.*, 2010, p. 276) et, rappelons-le, il s'agit d'un facteur important pour favoriser l'allaitement.

Facteur anesthésique

Le type d'anesthésie (générale ou locorégionale) et le dosage des opiacés peuvent avoir un impact sur l'allaitement. L'anesthésie générale qui peut être pratiquée lors de certaines césariennes d'urgence, augmente le temps entre la naissance et la première tétée ainsi que les risques d'hospitalisation néonatale. De plus, plusieurs études randomisées ont montré une relation inversement proportionnelle entre la durée de l'allaitement et la dose d'opiacé lors d'une anesthésie locorégionale (rachidienne ou péridurale). Or la césarienne requiert un dosage plus élevé de médicaments qu'une péridurale pour un accouchement par voie basse (Beilin *et al.*, 2005 ; Baumgarder, Muehl, Fischer & Pribbenow, 2003).

2.4 Problématique

Comme il vient d'être développé, le taux de césarienne ne cesse d'augmenter en Suisse et nous maîtrisons de mieux en mieux les complications de cette opération, de sorte que ses morbidités associées sont devenues moins fréquentes. Cependant, la qualité et la durée de l'allaitement sont toujours plus basses après une césarienne.

Lors d'un accouchement par voie basse, une première mise au sein avant une heure de vie entre le nouveau-né et sa mère favorise l'allaitement, signe de l'existence d'une période sensible. Cependant, rien ne montre que cette corrélation puisse pondérer la diminution de qualité et de durée d'un allaitement après une césarienne.

Finalement, rappelons que, malgré les controverses actuelles, l'allaitement est une pratique qu'il est important de promouvoir pour les avantages multiples qu'elle offre au niveau de la santé d'une population.

Il est donc intéressant de s'interroger sur la **mise au sein précoce après une césarienne pour favoriser l'allaitement maternel**. Cette thématique, limitée aux nouveau-nés sains comme expliqué plus tard (voir *infra*, 3.3.1), me permet de formuler

ma question de recherche et de présenter ses angles d'investigations ainsi que leurs hypothèses.

2.4.1 Question de recherche

Dans quelle mesure une mise au sein précoce après une césarienne, chez les nouveau-nés sains, favorise-t-elle un meilleur allaitement?

2.4.2 Présentation et argumentation des angles d'investigation et des hypothèses

Efficacité sur l'allaitement à long terme et risques d'un protocole de peau à peau et de mise au sein précoce après une césarienne.

- Argumentation : le peau à peau et la mise au sein semblent liés dans les premiers contacts mère-enfant. Cet aspect est le cœur même de la question de recherche, il est articulé autour d'une idée de protocole dans des perspectives de pratiques professionnelles. En outre, certaines sages-femmes disent que le peau à peau en salle d'opération est risqué pour le nouveau-né, car la température y est trop basse, raison pour laquelle les risques sont investigués.
- Hypothèses : un protocole de peau à peau et de mise au sein précoce favorise l'allaitement après une césarienne. Un tel protocole est sans risques pour le nouveau-né et la mère comparé à une prise en charge habituelle.

Vécu et satisfaction des femmes césarisées au sujet de la mise au sein précoce.

- Argumentation : si les mères ne sont pas satisfaites d'une mise au sein précoce après une césarienne, il paraît important de discuter de l'utilité d'une telle pratique. Effectivement, bien qu'il soit important d'en montrer l'efficacité purement quantitative, le choix éclairé est prépondérant.
- Hypothèse : les mères sont globalement satisfaites de la mise au sein précoce.

Effet d'une mise au sein précoce ou de la césarienne sur l'allaitement maternel.

- Argumentation : Bien que les effets de la césarienne sur l'allaitement soient déjà prouvés, il est intéressant d'en connaître les détails. Selon l'OMS, la mise au sein précoce après un accouchement favorise l'allaitement. Il serait intéressant d'investiguer les résultats de cette pratique après les césariennes.

- Hypothèses : Une mise au sein précoce favorise l'allaitement exclusif ainsi que la proportion de femmes allaitantes à quelques mois post-partum. La césarienne est associée à des taux d'allaitement maternel plus bas et moins souvent exclusifs.

2.5 Dimension éthique

L'allaitement et la césarienne sont tous deux au cœur d'une complexe controverse dont aucun parti n'obtiendra raison. Effectivement, en Suisse, nous pouvons nous poser la question : vais-je allaiter mon enfant ou lui donner du lait artificiel? Vais-je accoucher par voie basse ou demander une césarienne? Rappelons qu'en Afrique, la question de la césarienne ne se pose même pas et celle de l'allaitement est simple tant la difficulté de trouver de l'eau potable pour faire un biberon est importante (OMS, 2012). La décision, dans notre pays, est donc plus complexe, car moins évidente et appartient à chaque femme et couple ; les avantages et inconvénients entre chacun de ces choix étant presque équivalents pour un individu. À l'échelle d'un pays, par contre, cette différence est clairement significative. En se basant sur une large population, le but de ce travail est de parfaire les arguments permettant un choix éclairé des couples. Il ne se veut pas exhaustif, mais tente d'apporter une approche différente de l'allaitement après les césariennes, sans bouleverser les recommandations actuelles, mais uniquement en les précisant, voire en les complétant.

Afin d'établir au mieux un avis sur la question, cette revue se base sur des recherches existantes. Pour être le plus objectif possible, je m'engage à avoir choisi toutes les études trouvées, sans regard sur leurs résultats bien qu'ils soient contradictoires. La détermination des critères d'inclusions et d'exclusions est explicitée (voir *infra*, 3.3.1) et tous les faits et chiffres avancés sont dûment référencés. Les points de vue exposés lors de la discussion et de la conclusion de ce travail n'engagent que moi. De plus, étant sage-femme, le champ est clairement orienté pour cette profession et peut être qu'un pédiatre ou une infirmière trouverait un moyen différent de traiter le même sujet.

Bien que je ne puisse être garant quant à la qualité éthique réelle des études citées dans ce travail, pour la revue de la littérature, mon choix s'est porté uniquement sur des articles mentionnant leur cadre éthique de manière explicite. Dans les résultats, une attention particulière est portée à la question éthique pour chaque étude (voir *infra*, 4.1).

Enfin, cette revue de la littérature étudie une question scientifique complexe, son but n'est donc pas de déterminer une vérité absolue. Les études médicales ont toutes des limites, preuve en est de la constante évolution des recommandations à travers le temps. Il est

important de ne pas généraliser et de se rappeler qu'une question comme celle posée dans ce travail n'amènera jamais une réponse incontestable.

3 MÉTHODOLOGIE

Pour constituer une revue de la littérature représentative et objective, je me suis basé sur des recherches médicales validées par la communauté scientifique. Pour cela, j'ai premièrement dû déterminer des mots-clés. Ensuite, j'ai utilisé principalement deux méthodes pour rechercher des articles ayant trait à ma question de départ. J'ai premièrement interrogé certaines grandes bases de données reconnues dans le domaine de la santé et j'ai fait un screening des bibliographies pour les études médicales que j'avais sélectionnées. J'ai ensuite dû choisir des articles selon une stratégie de lecture simple et logique, en ayant des critères d'inclusion et d'exclusion. J'ai ainsi sélectionné huit articles pour la revue de la littérature. Cette méthode a des limites et des contraintes que j'ai explicitées. À la fin de ce chapitre, il est aussi expliqué comment j'ai choisi les ouvrages et les articles pour le cadre de référence ou pour la discussion de ce travail.

3.1 Détermination des mots-clés

Avant toute chose, l'objectif était de faire sortir les mots-clés principaux de ma question de recherche. J'ai utilisé trois catégories pour cela : la population de mon questionnement, les interventions éventuelles et les issues recherchées.

Question de recherche	Dans quelle mesure une mise au sein précoce après une césarienne, chez les nouveau-nés sains, favorise-t-elle un meilleur allaitement?
Population	Nouveau-nés sains et leur mère
Intervention	Césarienne et mise au sein précoce
Issue	Allaitement

J'ai donc fait une liste de plusieurs termes et certains de leurs synonymes. Puis, afin d'avoir des termes scientifiques utilisés dans les bases de données, j'ai utilisé l'outil proposé par le centre de documentation de la Haute École de Santé de Genève [HEDS], HONselect (Health On the Net Foundation, 2006), qui permet de trouver des mots MeSH³ et de les traduire en anglais.

³ Le MeSH (Medical Subject Headings), thésaurus biomédical de référence, est un outil d'indexation, de catalogage et d'interrogation des bases de données de la NLM (National Library of Medicine, USA), notamment MEDLINE.

Au final, j'avais donc une liste de termes MeSH en français et en anglais. Le tableau suivant résume ma démarche.

	Terme recherché	Terme MeSH français	Terme MeSH anglais
Population	Nouveau-né sain	NOT Prématuré	NOT Infant, Premature
Intervention	Séparation	Séparation de la mère Privation sensorielle	Maternal Deprivation Sensory Deprivation
	Relation	Relations mère-enfant	Mother-Child Relations
	Césarienne	Césarienne	<u>Cesarean Section</u>
Issue	Allaitement	Allaitement maternel Lactation	<u>Breast Feeding</u> Lactation

Pour le mot-clé en référence à la population, remarquons que j'ai sélectionné une catégorie de personnes que je ne voulais pas inclure (voir *infra*, 3.3.1). Je me suis rendu compte au cours de mes recherches que peu d'études référençaient leur population si elle est saine et qu'elle découle logiquement du thème (par exemple une femme et pas un homme pour un accouchement). Ainsi j'ai trouvé plus d'études qui répertoriaient le mot-clé "prématuré" que d'étude "nouveau-né" (nouveau-né sain n'existe pas en terme MeSH). Voilà pourquoi j'ai décidé d'exclure le terme "prématuré" plutôt que d'inclure le terme "nouveau-né" ou "mère".

3.2 Recherche d'articles

3.2.1 Dans les bases de données

Bases de données utilisées

- MEDLINE (PubMed – NCBI, 2013)
- MIDIRS (Midwives Information and Ressource Service) (Wolter Kluwer Health, 2013)
- ScienceDirect, base de données électronique de l'éditeur Elsevier (ScienceDirect, 2013)
- Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane Collaboration, 2013)
- CINAHL (EBSCO, 2012)
- PsycINFO (Wolter Kluwer Health, 2013)

Méthode de recherche avancée

J'ai d'abord utilisé la base de données MEDLINE *via* le site de PubMed. J'ai décidé d'utiliser tous les termes découlant "d'intervention" séparés par l'opérateur booléen "OR". J'ai fait de la même manière pour les termes étant considérés comme "issue". J'ai ensuite mis ces deux catégories ensembles, séparées par l'opérateur booléen "AND", puis j'ai rajouté la population que je ne voulais pas inclure précédé de "NOT".

"interventions" AND "issues" NOT "populations que je ne veux pas chercher"

(Maternal Deprivation OR Sensory Deprivation OR Mother-Child Relations OR Cesarean Section) AND (Breast Feeding OR Lactation) NOT (Infant, premature)

Selon moi, une recherche si complexe est uniquement utile dans les énormes bases de données comme MEDLINE. Avec cette recherche, j'ai un total de 1233 études. Pour affiner ma recherche, j'ai utilisé des filtres. J'ai recherché des articles qui ont été publiés il y a dix ans au maximum. J'ai aussi limité les langues des articles au français, à l'anglais et à l'italien, car ce sont les trois langues que je sais lire. Ces nouvelles limites me donnent 481 articles, que j'ai parcourus et triés selon une certaine méthode (voir *infra*, 3.3) afin d'en sélectionner deux (Carlander, Edman, Christensson, Andolf & Wiklund, 2010 ; Gouchon *et al.*, 2010).

Pour les autres bases de données, j'ai étendu mes recherches aux seuls mots-clés "cesarean section" AND "breast feeding". Cependant, l'orthographe de ces mots changeant selon le thésaurus, je me suis à chaque fois adapté au moteur de recherche. Cette recherche m'a permis de trouver un article sur ScienceDirect (Hsien, Fu, Long & Lin, 2011), deux articles sur CINAHL (Chalmers *et al.*, 2010 ; McFadden, Baker & Lavender, 2009) et deux sur PsycINFO (Chien & Tai, 2007 ; Nolan & Lawrence, 2009). Le tableau suivant résume mes recherches d'études par base de données.

Base de données	Mots-clés	Champ de recherche	Limite(s)	Articles obtenus	Article(s) retenu(s)
MEDLINE	(Maternal Deprivation OR Sensory Deprivation OR Mother-Child Relations OR Cesarean Section) AND (Breast Feeding OR Lactation) NOT (Infant, premature)	Mot-clé MeSH	Français, anglais, italien. 2002-2013	481	2
MIDIRS	cesarean AND breastfeeding	All	2002-2013	109	0
ScienceDirect	cesarean section AND breastfeeding	Titre, abstract, Mot-clé	2002-2013	42	1
Cochrane	cesarean AND breastfeeding	Titre, abstract, Mot-clé	2002-2013	10	0
CINAHL	cesarean AND breastfeeding	All	2002-2013	114	2
PsycINFO	cesarean AND breastfeeding	All	2002-2013	35	2

3.2.2 Screening des bibliographies et articles cités

Une méthode de prospection pour trouver des articles communs les uns aux autres est de lire attentivement leur bibliographie. J'ai donc parcouru les références des études que j'avais sélectionnées et je suis allé rechercher celles qui m'interpellaient. De la même manière, j'ai découvert que PubMed, le moteur de recherche que j'ai le plus utilisé, répertorie les études citant une recherche désignée. Ainsi, il m'a été possible de connaître et de lire des articles semblables et récents. Ce procédé m'a permis de trouver plusieurs études que j'ai utilisées pour le cadre de référence et la discussion. De plus, j'ai trouvé un article de cette manière, que j'ai pu inclure dans la revue de la littérature, car il correspond à mes critères d'inclusion (Prior *et al.*, 2012).

3.3 Stratégies de lecture

Pour sélectionner des articles intéressants, j'ai suivi une démarche donnée en cours par le Dr Wolf, épidémiologiste. Je commence ma recherche en classant les articles par ordre décroissant selon l'année de publication. Je lis d'abord le titre. Si le titre me laissait présager que l'étude avait un rapport avec mon questionnement de recherche ou que l'étude pourrait m'être utile pour le cadre de référence, je lisais la première partie de

l'abstract, l'objectif de l'étude. Si l'objectif de l'étude avait de fortes relations avec ma question de départ, je lisais tout l'abstract. Enfin si l'abstract m'intéressait, je cherchais l'article complet et le lisais.

3.3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été inclus :

- Les articles comprenant une population de nouveau-nés en bonne santé et n'étant pas hospitalisé. La population des nouveau-nés sains permet de ne pas inclure les accouchements avec des prématurés ou des enfants malades ou présentant des malformations, car la première mise au sein peut s'avérer impossible en raison de leur hospitalisation ou de leur difficulté à la succion. Il peut être intéressant de connaître les problèmes d'allaitement dans une population spécifique, de prématurés par exemple, mais cela sort du cadre de mon questionnement professionnel.
- Les articles devaient aussi inclure une comparaison de l'allaitement après une voie basse ou une césarienne, ou devaient étudier la mise au sein ou le peau à peau précoce après une césarienne. Ce critère me permet de sélectionner des études qui pourraient répondre complètement ou en partie à ma question de recherche.
- Enfin, il devait comporter une démarche éthique explicite comme la présence d'un consentement éclairé et l'autorisation d'un comité d'éthique (voir *supra*, 2.5).

Ont été exclus les articles :

- antérieurs à l'année 2002, afin d'avoir une vision de la situation actuelle.
- ayant déjà été lus ou sélectionnés dans les autres bases de données.
- se limitant aux mères avec une anesthésie générale. Effectivement, la mise au sein précoce est impossible dans une telle situation.
- se basant sur une population avec un taux de césariennes extrêmement haut (ex. : Brésil, Chypre ...) ou bas (Éthiopie, Niger ...) pour éviter un biais de sélection.

3.4 Articles sélectionnés pour la revue de la littérature

Toutes ces recherches et ces sélections m'ont permis d'inclure les articles suivants à ma revue de la littérature :

1. Chien, L.-Y. & Tai, C.-J. (2007). **Effect of Delivery Method and Timing of Breastfeeding Initiation on Breastfeeding Outcomes in Taiwan.** *Birth*, 34(2), 123-130.

2. McFadden, C., Baker, L. & Lavender, T. (2009). **Exploration of factors influencing women's breastfeeding experiences following a caesarean section.** *Evidence Based Midwifery*, 7(2), 64-70.
3. Nolan, A. & Lawrence, C. (2009). **A Pilot Study of A Nursing Intervention Protocol to Minimize Maternal-Infant Separation After Cesarean Section.** *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 38, 430-442.
4. Chalmers, B., Kaczorowski, J., Darling, E., Heaman, M., Fell, D., O'Brien, B. & Lee, L. (2010). **Cesarean and Vaginal Birth in Canadian Women : A Comparison of Experiences.** *Birth*, 37(1), 44-49.
5. Carlander, A.-K., Edman, G., Christensson, K., Andolf, E. & Wiklund, I. (2010). **Contact between mother, child and partner and attitudes towards breastfeeding in relation to mode of delivery.** *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1, 27-34.
6. Gouchon, S., Gregori, D., Picotto, A., Patrucco, G., Nangeroni, M. & Di Giulio, P. (2010). **Skin-to-Skin Contact After Cesarean Delivery : An Experimental Study.** *Nursing Research*, 53(2), 78-84.
7. Hsien, C.-F., Fu, J.-C., Long, C.-Y. & Lin, H.-S. (2011). **Factors Influencing Breast Symptoms in Breastfeeding Women After Cesarean Section Delivery.** *Asian Nursing Research*, 5(2), 88-98.
8. Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L., Modi, N. & Hyde, M. (2012). **Breastfeeding after cesarean delivery : a systematic review and meta-analysis of world literature.** *The American Journal of Clinical Nutrition*, 95(5), 1113-1135.

3.5 Limites et contraintes de la recherche d'articles

Je me suis vite rendu compte que dans les très grandes bases de données comme MEDLINE, les recherches larges avec peu de mots-clés incluaient un nombre d'études beaucoup trop important pour être toutes lues. J'ai donc décidé de limiter les résultats en sélectionnant mes mots-clés et mes limites de recherche du mieux possible. Cependant, en faisant cela, je suis sûrement passé à côté d'études qui auraient pu être intéressantes. Voilà la principale raison pour laquelle j'ai utilisé plusieurs bases de données. Les plus petites bases incluent une majorité d'études présentes sur MEDLINE à la différence qu'une recherche plus générale (ex. : breastfeeding AND cesarean) donne un nombre d'articles lisibles en un temps raisonnable. J'ai donc trouvé plusieurs études sur des petites bases de données que je n'avais pas trouvées *a priori* sur MEDLINE, mais qui *a posteriori* se révélaient y être présentes, mais avec des mots-clés différents. Notamment

l'article de Chien & Tai (2006) qui était référencé sous "delivery method" (mode d'accouchement en anglais) plutôt que "cesarean section" et que j'ai trouvé sur PsycINFO avec une recherche plus large.

J'ai aussi essayé de sélectionner des types d'études variés afin d'avoir une vision d'ensemble de la littérature actuelle. Ainsi, j'ai pris garde d'inclure des études qualitatives, ou avec une partie qualitative, bien que la majorité de la revue contienne des articles quantitatifs.

Une autre contrainte est de trouver les articles complets. Effectivement, la majorité des moteurs de recherche référence les abstracts, mais pas l'étude dans son ensemble. Pour la majorité d'entre elles, leur acquisition a été très simplement réalisée en passant par un ordinateur de la HEDS, sachant que l'école possède un accès à beaucoup de revues au format électronique (PDF). Pour un article (McFadden *et al.*, 2009), l'aide des documentalistes de la HEDS a été nécessaire afin de le commander en Allemagne et de le recevoir par courrier.

3.6 Ouvrages et articles pour le cadre de référence et la discussion

Pour construire le cadre de référence ou pour illustrer la discussion de ce travail, j'ai utilisé divers outils.

Un moteur de recherche comme Google (www.google.ch) m'a été utile pour trouver des articles de presse sur le thème de l'allaitement ou de la césarienne. J'ai donc employé plusieurs sites internet au cours de ce mémoire, sites dont j'ai vérifié l'authenticité et la validité de manière systématique.

Plusieurs ouvrages disponibles à la HEDS m'ont été aussi très utiles comme références. J'ai trouvé ces livres grâce à une recherche dans le catalogue du réseau de bibliothèques romandes (www.rero.ch).

Les recherches que j'ai pratiquées pour la revue de la littérature dans les thésaurus m'ont aussi permis de trouver plusieurs articles exploitables pour ce travail, notamment grâce au screening des bibliographies ou aux articles associés sur PubMed (voir *supra*, 3.2.2).

Enfin, ma Directrice de mémoire m'a orienté sur divers ouvrages intéressants en lien avec la thématique de ce travail.

4 RÉSULTATS

Dans le début de ce chapitre, chaque page comprend la description d'un article sélectionné et est accompagnée d'une analyse critique synthétique. Ils sont classés par ordre chronologique de parution. Les types d'études incluses sont : une étude qualitative, trois études transversales, une étude de cohortes, deux essais contrôlés randomisés et une méta-analyse.

Se trouvent en annexe, la grille de lecture utilisée pour étudier et décrire les articles et un tableau synthétique ne contenant pas l'analyse critique des études, mais permettant d'en avoir une vision globale et rapide (voir *infra*, annexe II et III). De plus, certaines abréviations sont utilisées dans les cellules des tableaux, leur signification se trouve dans le glossaire (voir *supra*, p. 4).

Finalement, après les tableaux, se trouvent une analyse des résultats classés par thèmes et une description des limites et des biais possibles.

4.1 Description et analyse critique des articles

	Description	Analyse critique
Titre	Effect of Delivery Method and Timing of Breastfeeding Initiation on Breastfeeding Outcomes in Taiwan (2007)	Sans commentaire.
Auteurs	Chien, L.-Y. & Tai, C.-J. Infirmier chercheur en santé publique et Prof. en obstétrique et médecin traditionnel chinois.	On note la présence d'un médecin ayant une formation en médecine traditionnelle chinoise.
Revue	Birth : Issues in Perinatal Care. Impact Factor 2.182	Sans commentaire.
Objectifs	Examiner l'effet du mode d'accouchement et du délai d'initiation de l'AM sur la prévalence de l'AM à 1 et 3 mois PP, ainsi que sur le type d'AM (exclusif VS partiel).	Problématique claire et pertinente.
Population	Taiwan, étude multicentrique. 2064 femmes ayant accouché à Taiwan d'un enfant sans anomalies congénitales.	Taux de CS 33%, taux d'AM 70% à 1 mois PP. Échantillon semble représentatif de la population de l'île. Critère d'exclusion peut être pertinent, mais manque de précision.
Méthode	Étude transversale. Questionnaire envoyé à 1 et 3 mois PP à un échantillon représentatif des femmes ayant accouché à Taiwan.	Méthodologie de qualité, définition des types d'AM claire et inscrite sur le questionnaire. Les questionnaires ont des inconvénients, notamment l'importance de la formulation des questions ou un possible biais d'auto-sélection sachant qu'on ne prend en compte que les sujets ayant renvoyé le questionnaire.
Résultats	L'initiation d'AM < 30min de vie : 7% CS / 19% AVB. AM à l'hôpital : pas de différences significatives entre CS (72%) et AVB (61%). AM 1 mois PP : CS (76%) AVB (82%). AM 3 mois PP : CS (47%) AVB (58%). AM partiel ou mixte est plus présent chez CS que chez AVB. Initiation AM < 30min de vie est associée à un plus haut taux d'AM à 1 et 3 mois PP (OR 1.57).	Auteurs expliquent l'augmentation de l'AM entre la sortie de l'hôpital et 1 mois PP par la culture médicale locale qui veut qu'une femme avec CS reste couchée et se repose les premiers jours PP. La population n'est donc pas complètement comparable à la population suisse. Résultats limités par la méthodologie de l'étude (transversale, questionnaire). On regrette l'absence d'une association entre CS et initiation précoce de l'AM dans les résultats de prévalence de l'AM.
Éthique	Accord d'un comité d'éthique. Consentement éclairé utilisé. Anonymat respecté.	Sans commentaire.
Forces	Grand échantillon. Bonne méthodologie pour une étude transversale. Résultats significatifs.	

	Description	Analyse critique
Titre	Exploration of factors influencing women's breastfeeding experiences following a caesarean section (2009)	Sans commentaire.
Auteurs	McFadden, C., Baker, L. & Lavender, T. 3 sages-femmes, dont une consultante en lactation et une spécialiste en recherche qualitative.	Sans commentaire..
Revue	Evidence Based Midwifery. Pas d'Impact Factor.	Revue officielle du Royal College of Midwives du Royaume-Uni.
Objectifs	Explorer les facteurs qui influencent l'expérience de l'AM après une CS avec une attention particulière sur l'initiation de l'AM.	Sans commentaire.
Population	Angleterre, étude unicentrique (8000 naissances/an). 10 femmes ayant eu une CS, 5 ont leur n.-né dans leur chambre en permanence, 5 ont leur n.-né hospitalisé. Taille de l'échantillon déterminé par une période fixe de temps.	Taux de CS 21.5%, taux d'AM ~70%. La taille de l'échantillon n'étant pas déterminée en attendant une redondance des thèmes lors des entretiens, l'on pourrait se demander si la saturation théorique est atteinte.
Méthode	Étude qualitative. Entretiens semi-structurés avec questions ouvertes, enregistrés entre 2 et 52 jours PP puis retranscrits et validés par les participantes.	Les femmes sont interviewées durant une période plutôt large.
Résultats	3 thèmes émergents : Vulnérabilité maternelle spécifique durant le PP immédiat empêchant de bien commencer l'AM. Les facteurs sont : la séparation avec l'enfant, l'isolement, le manque d'intimité, le manque de confiance en ses compétences parentales et les attentes irréalistes. Soutien de l'équipe soignante décrit comme obligatoire par les femmes pour bien initier l'AM. Soutien surtout psychologique pour les femmes ayant un n.-né en néonatalogie et physique (aide pour l'AM) pour l'autre groupe. Besoin de proximité (voir, toucher, porter, allaiter) important après la CS. Le peau à peau à un impact positif important sur l'AM et limite l'effet des émotions négatives dû à la CS.	Les thèmes sont appuyés par de nombreux extraits d'entretiens. Les résultats sont clairement nuancés et viennent conforter les résultats des études quantitatives. Les auteurs mettent des limites claires à leurs résultats et proposent des recommandations.
Éthique	Autorisation d'un comité d'éthique. Présence d'un consentement éclairé. Les auteurs écrivent avoir fait tout leur possible pour éviter les biais d'interprétation.	La présence d'un tableau avec pseudonyme, mais énumérant pour chaque femme l'âge, la nationalité, la profession, la parité et le poids de l'enfant remet en cause le principe d'anonymat selon moi.
Forces	Étude qualitative illustrée par le point de vue des mères. Exploration des raisons de difficulté d'AM, la séparation avec l'enfant en est une. On note que le fait d'avoir un contact, rien que visuel avec l'enfant, est un besoin important des femmes.	

	Description	Analyse critique
Titre	À Pilot Study of A Nursing Intervention Protocol to Minimize Maternal-Infant Separation After Cesarean Section (2009)	Pourrait être plus clair en rajoutant les issues recherchées.
Auteurs	Nolan, A. & Lawrence, C. Prof. infirmière et infirmière clinicienne.	Il manque peut-être un médecin ou statisticien.
Revue	Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing. Impact Factor 1.035	Sans commentaire.
Objectifs	Influence d'un protocole de non-séparation mère-enfant durant une CS. Hypothèses : douleurs, anxiété PP baissent chez la mère. Meilleur vécu de la naissance. Baisse des détresses respiratoires et du stress (cortisol salivaire) chez le n.-né. Plus haut taux d'AM à 1 mois PP.	Objectifs et hypothèses clairs et complets. La mesure du stress fœtal avec le cortisol salivaire est discutable. Le taux d'AM aurait pu être calculé aussi à 3-4 mois PP.
Population	USA, étude unicentrique (1500 naissances/an). 50 femmes à 37SA avec CS élective itérative prévue, grossesse unique.	Taux de CS 31%, taux d'initiation d'AM 77%. La CS itérative augmente la sensibilité de l'étude, mais baisse la représentativité de l'échantillon.
Méthode	Étude pilote contrôlée randomisée par pile ou face et ouverte : 1 groupe témoin, soins habituels (contact mère-enfant en salle de réveil). 1 groupe rapprochement mère-enfant : pas de perte de contacts auditif et visuel durant la césarienne (miroir, table néonatale dans le bloc opératoire) et encouragement du peau à peau durant la CS. Envoi d'un questionnaire à 1 mois PP.	Étude pilote, donc petit échantillon. Méthodologie semble correct, double aveugle impossible. La randomisation aurait pu être faite par ordinateur pour éviter un biais de sélection. Seule étude n'évaluant pas uniquement un contact tactile.
Résultats	Anxiété maternelle, fréquence respiratoire néonatale et douleurs maternelles à 1, 2, 4h PP sans différence significative. Mise au sein précoce plus basse dans le groupe témoin (60% VS 80%). Même taux d'AM à l'hôpital dans les 2 groupes (~90%). À 1 mois PP, groupe témoin allaite moins (53% VS 80%). Pas de différences d'AM à 1 mois PP entre les deux groupes si on ne sélectionne que les femmes ayant fait une mise au sein précoce. Bon vécu de la CS dans les 2 groupes. Groupe rapprochement a particulièrement apprécié le peau à peau précoce.	La satisfaction des sujets est présentée, il y a des extraits de citations des mères issus du questionnaire. Les auteurs nuancent les résultats, car il y a peu de femmes et certaines données sont manquantes (pas remplies par l'équipe) ce qui limite la sensibilité de l'étude. Montre réellement l'effet de la mise au sein précoce à 1 mois PP sur des groupes randomisés.
Éthique	Accord d'un comité d'éthique. Consentement éclairé utilisé. Anonymat respecté.	Sans commentaire.
Forces	Étend la question à des stimulus visuels et auditifs plutôt qu'uniquement tactiles. Prend en compte la satisfaction des mères. Étude randomisée avec des résultats significatifs.	

	Description	Analyse critique
Titre	Cesarean and Vaginal Birth in Canadian Women : A Comparison of Experiences (2010)	Le titre ne reflète pas la problématique de la recherche.
Auteurs	Chalmers, B., Kaczorowski, J., Darling, E., Heaman, M., Fell, D., O'Brien, B. & Lee, L. Groupe de recherche périnatale canadien de l'Agence de la santé publique.	Groupe organisé avec notamment, des obstétriciens, des infirmières et des statisticiens.
Revue	Birth : Issues in Perinatal Care. Impact Factor 2.182	Sans commentaire.
Objectifs	Explorer les corrélations entre CS et contact mère-enfant, AM et satisfaction des soins (partie qualitative) en comparaison aux AVB.	Problématique claire et développée.
Population	Canada, étude multicentrique. 6421 femmes faisant partie d'un groupe de cohorte périnatale national, pas de critère d'exclusion.	Taux de CS 25.6%, taux d'initiation d'AM 90%. Large échantillon sans critères d'exclusion ce qui évite les biais de sélection.
Méthode	Étude transversale. Questionnaire rétrospectif envoyé aux femmes portant sur le contact mère-enfant après l'accouchement, la satisfaction à l'accouchement et l'AM.	Méthodologie détaillée et de qualité. Beaucoup d'interventions détaillées (déchirure, urgence, monitoring, etc.). Comprend la satisfaction des femmes.
Résultats	Insatisfaction quant au délai du premier contact après l'accouchement : CS 26% / AVB 5%. Peau à peau lors du premier contact : CS 11% / AVB 60%. Taux d'initiation de l'AM égal selon mode d'accouchement. Initiation AM < 30min PP : CS 18% / AVB 50%. AM à 6 mois : CS 50% / AVB 55%.	Différence de prise en charge PP entre CS et AVB est problématique et est sûrement responsable de la baisse d'AM après CS selon les auteurs. Nuance des résultats quant à l'hétérogénéité de l'échantillon. L'effet de cohorte permet d'éviter un biais de représentation, car les questions posées sont très nombreuses et variées.
Éthique	Accord d'un comité d'éthique. Consentement éclairé utilisé. Anonymat respecté.	À noter que le questionnaire original est consultable publiquement sur internet.
Forces	Large échantillon représentatif et possiblement comparable à la population suisse. Résultat significatif et méthodologie de qualité malgré questionnaire rétrospectif.	

	Description	Analyse critique
Titre	Contact between mother, child and partner and attitudes towards breastfeeding in relation to mode of delivery (2010)	Sans commentaire.
Auteurs	Carlander, A.-K., Edman, G., Christensson, K., Andolf, E. & Wiklund, I. 4 obstétriciens et un chercheur psychiatre.	Psychiatre présent pour les tests psychologiques sur l'attachement avec l'enfant ou le conjoint.
Revue	Sexual & Reproductive Healthcare. Impact Factor 0.16	Sans commentaire.
Objectifs	Investiguer le lien mère-enfant selon le mode d'accouchement à la naissance, à 2 jours PP, 3 et 9 mois PP. Hypothèse que le contact mère-enfant est moins fréquent après une CS.	Le but de l'étude n'est pas d'évaluer directement l'AM, mais il fait partie des questions pour évaluer le lien mère-enfant.
Population	Suède, étude unicentrique (8500 naissances/an). 551 patientes nullipares dont 1 groupe contrôle (AVB) sans anesthésie générale, sans n.-né hospitalisé.	Taux de CS 18%, taux d'AM 91% à 2 mois PP. Population avec fort taux d'AM et taux de CS bas, peu comparable à la Suisse. Large échantillon représentatif avec des critères pertinents. La nulliparité permet d'éviter un facteur de confusion.
Méthode	Étude de cohorte. Sujet engagé à 37SA avant leur CS élective puis comparaison à un groupe témoin (AVB). Questionnaire du lien mère-enfant et femme-conjoint rempli 2 jours, 3 mois et 9 mois PP. Peau à peau durant la CS si mère et enfant ne font pas de complications.	Méthodologie de qualité. Facteurs de confusion sont sans différences significatives entre les 2 groupes. Le taux de peau à peau après CS n'est pas renseigné, il fait partie du protocole habituel de l'hôpital.
Résultats	Contact vécu comme similaire dans les 2 groupes à la naissance. À 2 jours PP, l'AM était vécu comme stressant pour les 2 groupes. À 3 et 9 mois PP, le groupe CS a plus de difficulté d'AM et allaite moins que le groupe AVB. Les CS sur demande maternelle est un facteur limitant pour l'AM comparé aux CS avec indication médicale. Pas de différences significatives d'AM entre CS d'urgence (groupe témoin) et AVB (groupe témoin).	Taux d'AM est identique entre AVB et CS d'urgence. Il est plus bas pour la CS élective et encore plus bas pour la CS sur demande maternelle. CS urgence et AVB sans différence d'AM, dû au peau à peau? Résultats peu clairs, pas de pourcentage, mais des tableaux comparatifs et des graphiques. AM stressant à 2 jours PP pour la majorité des mères quel que soit le mode d'accouchement.
Éthique	Accord d'un comité d'éthique. Consentement éclairé utilisé. Anonymat respecté.	Sans commentaire.
Forces	Étude de cohorte avec un échantillon large. Montre un effet clair de l'indication de la CS sur l'AM. Peau à peau planifié après toutes CS.	

	Description	Analyse critique
Titre	Skin-to-Skin Contact After Cesarean Delivery : An Experimental Study (2010)	Titre aurait pu contenir les issues recherchées pour être plus clair.
Auteurs	Gouchon, S., Gregori, D., Picotto, A., Patrucco, G., Nangeroni, M. & Di Giulio, P. Infirmières puéricultrices, Prof. statisticien, pédiatres et Prof. en santé publique.	Auteurs légitimes pour le sujet.
Revue	Nursing Research. Impact Factor 1.402	Sans commentaire.
Objectifs	Influence du peau à peau précoce après CS sur la température du nouveau-né, l'AM (son initiation et sa durée) et la satisfaction des mères.	Étude centrée principalement sur la température du n.-né.
Population	Italie, étude unicentrique (1200 naissances/an). 34 mères ayant eu une CS élective, n'ayant pas d'anesthésie générale, sélectionnées à 36SA.	Taux de CS 35%, taux d'initiation d'AM 60% : peu représentatif de la Suisse.
Méthode	Essai contrôlé randomisé par ordinateur, ouvert : 1 groupe témoin ; 1 groupe peau à peau dès l'arrivée de la femme en salle de réveil (~53min), cela selon un protocole déterminé. Mesure de la température et de la qualité de l'AM. Questionnaire de satisfaction en fin d'étude.	Pas de double aveugle : possible biais d'interprétation. Peau à peau pratiqué après l'opération (les auteurs l'expliquent par une salle d'opération située trop loin de la maternité).
Résultats	Groupe peau à peau VS groupe témoin : <ul style="list-style-type: none"> délai de mise au sein après arrivée en salle de réveil : 22min VS 43min, durée moyenne de l'AM : 63 jours VS 48 jours. Femmes globalement satisfaites du peau à peau, la majorité pense que cela a aidé l'AM. Température de l'enfant : aucune différence entre les 2 groupes.	Résultats significatifs, expliqués clairement. On regrette l'absence d'un tableau complet sur les issues de l'AM. Les résultats montrent qu'un peau à peau même à 1h PP a une influence positive sur l'AM.
Éthique	Accord d'un comité d'éthique. Consentement éclairé utilisé. Anonymat respecté.	Sans commentaire.
Forces	Résultats ayant amené à un changement de pratique dans cet hôpital en faveur des mères. Étude randomisée avec résultats significatifs dans une revue reconnue.	

	Description	Analyse critique
Titre	Factors Influencing Breast Symptoms in Breastfeeding Women After Cesarean Section Delivery (2011)	Sans commentaire.
Auteurs	Hsien, C.-F., Fu, J.-C., Long, C.-Y. & Lin, H.-S. Infirmière puéricultrice, obstétricien, médecin en santé publique et Prof. en soins infirmiers.	Auteurs variés et justifiés pour traiter le thème.
Revue	Asian Nursing Research. Impact Factor 0.071	Revue asiatique de science infirmière peu reconnue.
Objectifs	Étudier l'intensité du stress PP précoce d'un AM après CS. Évaluer les difficultés d'AM après CS dans le PP précoce. Identifier les facteurs augmentant les difficultés d'AM après CS.	Les auteurs font une relation entre stress et inhibition de l'ocytocine. Intéressant d'avoir les facteurs associés aux difficultés d'AM. On regrette le manque de recherches sur les taux d'AM à plus long terme.
Population	Taiwan, étude multicentrique. 162 femmes allaitantes ayant accouché par CS sous péridurale et mariées.	Taux de CS 33%, taux d'AM 54% à 1 mois PP. Le critère marital peut amener un biais de sélection.
Méthode	Étude transversale. Questionnaire rempli par les femmes durant l'hospitalisation au PP. Question sur les difficultés d'AM et le stress PP sous forme d'échelle.	Questionnaire donné et repris en main propre, semble très complet. Pas de comparaison aux AVB.
Résultats	Difficultés d'AM les plus stressantes pour les femmes : engorgement et douleurs mammaires. Relation entre difficulté d'AM et mise au sein durant la CS (OR 1.26) et stress PP (OR 1.21).	L'analyse est bien décrite et est complète, les résultats sont significatifs. Les auteurs nuancent leurs résultats en mentionnant qu'il faudrait une étude de cohorte pour déceler plus de facteurs (raison césarienne, etc.). Corrélation entre difficulté d'AM et mise au sein précoce après une CS. Les auteurs l'expliquent pas un excès de stress durant la CS et recommandent de commencer l'AM lors du retour en salle de réveil.
Éthique	Accords des comités d'éthique des hôpitaux. Consentement éclairé utilisé. Anonymat respecté. Les auteurs écrivent n'avoir aucun conflit d'intérêts.	Sans commentaire.
Forces	Résultats significatifs montrant une relation entre stress et difficulté d'AM dans le PP précoce. Relation entre mise au sein faite "trop tôt" et stress maternel.	

	Description	Analyse critique
Titre	Breastfeeding after cesarean delivery : a systematic review and meta-analysis of world literature (2012)	Article récent, titre clair.
Auteurs	Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L., Modi, N. & Hyde, M. Pédiatres néonatalogues, Prof. néonatalogue et statisticien.	Auteurs légitimes. Présence d'un statisticien importante pour une méta-analyse.
Revue	The American Journal of Clinical Nutrition. Impact Factor 6.669	Revue très citée et reconnue internationalement dans le domaine.
Objectifs	Déterminer l'association entre le mode d'accouchement et l'initiation précoce de l'AM et sa continuité jusqu'à 6 mois PP.	Objectifs cohérents, convaincants et complets. Les auteurs développent très bien la problématique dans l'article.
Population	Étude multicentrique internationale menée au Royaume-Uni. 53 articles comprenant 569'585 mères de 31 pays.	L'importance de l'échantillon évite un biais de sélection. Cependant, population peut-être trop hétérogène.
Méthode	Revue systématique et méta-analyse. Recherche systématique des études comparant l'initiation précoce de l'AM ou le taux d'AM à 6 mois PP entre les CS et les AVB. Une méta-analyse ainsi qu'une synthèse qualitative sont pratiquées avec les résultats des articles.	La méthodologie est bien décrite et paraît être de qualité. L'inconvénient majeur d'une méta-analyse est le biais de publication, mais les auteurs en discutent (voir ci-dessous).
Résultats	Taux d'initiation précoce d'AM plus bas après CS (OR 0.57). Taux d'AM à 6 mois PP plus bas après CS (OR 0.87). Taux d'AM exclusif à 6 mois PP plus bas après CS (OR 0.81). Pas de différence d'AM à 6 mois PP entre CS et AVB lorsque l'on sélectionne uniquement les femmes ayant fait une mise au sein précoce.	L'analyse est décrite dans les détails. Le graphique en entonnoir (funnel plot) pour l'initiation précoce de l'AM montre un biais de publication pour cette association. Il n'y a pas d'évidence de biais de publication pour les autres associations. Cet article démontre qu'il n'y plus de différence sur l'AM à 6 mois PP entre les modes d'accouchement quand on sélectionne les femmes ayant initié précocement l'AM.
Éthique	Anonymat respecté. Toutes les études utilisées sont listées et les sources citées. Les auteurs discutent clairement des biais possibles, les calculent et les listent.	Sans commentaire.
Forces	Méta-analyse systématique de la littérature avec large échantillon et résultats significatifs. Combine l'AM à 6 mois PP entre les modes d'accouchement à une sélection de femmes ayant initié précocement l'AM.	

4.2 Analyse des principaux résultats

Aucune des huit études présentées n'a une méthodologie ou même une question de recherche exactement similaire. Elles permettent plus de montrer une tendance dans différents thèmes abordés et qui sont liés entre eux, plutôt que de répondre à une question précise. Ainsi, en les combinant il sera possible de répondre à la complexité de mon questionnement.

Les principaux thèmes présents de manière récurrente dans ces études sont les suivants :

- l'efficacité et la faisabilité d'un protocole de contact précoce après une césarienne,
- le vécu, les attentes et les besoins des femmes allaitantes après une césarienne,
- l'influence du mode d'accouchement et de la prise en charge post-partum sur l'allaitement.

Bien que ces thèmes puissent répondre en partie à un des angles d'investigation de ce mémoire, ils seront traités dans le chapitre suivant (voir *infra*, 5).

4.2.1 Efficacité et faisabilité d'un protocole de contact précoce après une césarienne

Article de Nolan & Lawrence (2009)

Cette étude randomisée a montré qu'un protocole favorisant le contact sensoriel permanent, entre une mère en salle d'opération et son enfant, favorisait l'allaitement. Effectivement, comparé au groupe témoin des femmes césarisées, les mères qui ont bénéficié du contact permanent, étaient plus nombreuses à pratiquer une mise au sein précoce (RR = 1.33) et à allaiter à un mois post-partum (RR = 1.51). Par ailleurs, en ne prenant en compte que les femmes ayant mis au sein leur enfant avant une heure de vie, le taux d'allaitement était similaire dans les deux groupes, montrant une association entre mise au sein précoce après une césarienne et allaitement à un mois post-partum.

Ce protocole a aussi pu démontrer que favoriser le contact précoce durant la césarienne, n'a pas d'incidence significative sur la température ou la fréquence respiratoire de l'enfant ainsi que sur les douleurs ou l'anxiété maternelle.

Article de Gouchon et al. (2010)

Dans cet article, les auteurs ont mis en place un protocole randomisé qui favorise le peau à peau à la sortie du bloc opératoire. Ils ont montré qu'il n'y a pas de risques d'hypothermie lors d'un peau à peau pratiqué moins d'une heure après la naissance.

Les enfants des femmes ayant été invitées à faire du peau à peau, tétaient plus rapidement le sein (22 minutes contre 43 minutes pour le groupe témoin). La durée moyenne de l'allaitement était de 63 jours pour le groupe peau à peau contre 48 jours pour le groupe témoin.

Article de Hsien et al. (2011)

Hsien *et al.* se sont intéressés aux interventions qui sont associées à des difficultés d'allaitement durant l'hospitalisation, après une césarienne (engorgement, crevasse, douleurs, etc.). Ils ont observé que la mise au sein dans la salle d'opération était associée à plus de difficultés d'allaitement (OR = 1.26). Bien que ce résultat soit contradictoire avec les autres études, les auteurs pensent qu'une mise au sein trop précoce est un facteur de stress pour la mère lorsqu'elle est encore au bloc opératoire.

Conclusion

Un protocole promouvant le peau à peau rapidement après la naissance est bénéfique et est sans risque pour la mère ou l'enfant. Il permet de favoriser la mise au sein précoce et une durée d'allaitement totale plus longue. En salle d'opération, il est préférable d'opter pour une non-séparation de la mère et de l'enfant plutôt qu'une mise au sein rapide, car celle-ci devrait se pratiquer dans un endroit confortable et plus intime pour la mère.

4.2.2 Vécu, attentes et besoins des femmes allaitantes après une césarienne

Article de McFadden et al. (2009)

Cette étude qualitative montre que les femmes ont besoin de soutien, autant psychologique que physique, dans leur allaitement après césarienne. Lors d'une séparation mère-enfant (enfant hospitalisé), le soutien à l'allaitement demandé par les femmes apparaît plus comme étant psychologique alors que, lorsqu'il n'y pas de séparation, il est plus physique. De plus, cette étude montre les effets négatifs d'une séparation précoce tant sur l'allaitement que sur le moral des mères, après une césarienne. Finalement, les femmes ont identifié un besoin de proximité avec leur

nouveau-né pour favoriser leur allaitement. Elles croient en l'importance du peau à peau et pensent que cette intervention privilégie l'allaitement.

Article de Chalmers et al. (2010)

Chalmers *et al.* ont montré que 26.2% des femmes ayant une césarienne, sont insatisfaites du délai entre la naissance et le premier contact tactile avec leur enfant, contre 5.3% des femmes ayant accouché par voie basse (RR = 4.94).

Article de Carlander et al. (2010)

Dans cet article, les neuf premiers jours post-partum, il n'y a pas de différences significatives dans les liens mère-enfant quel que soit le mode d'accouchement. Ce contact est bien vécu par toutes les mères. Cependant, l'allaitement est vécu comme stressant pour toutes les femmes au deuxième jour post-partum et cela est similaire quel que soit d'accouchement. Les auteurs ont néanmoins trouvé une association entre césarienne et fatigue pouvant amener à plus de difficultés à allaiter.

Article de Gouchon et al. (2010)

La satisfaction des mères, quant à un protocole de peau à peau précoce à la sortie du bloc opératoire, a été mesurée. La majorité des femmes pensent que le peau à peau a contribué au sentiment de proximité de l'enfant (71%) et que cela améliore le lien mère-enfant (59%). Seules 12% des femmes pensent que le peau à peau n'a pas eu de bénéfices sur l'allaitement.

Article de Hsien et al. (2011)

Cette étude montre que le stress est corrélé à moins d'allaitement exclusif et à plus de difficultés d'allaitement (surtout les engorgements et les douleurs mammaires) dans le post-partum précoce (OR = 1.21). Les auteurs ont remarqué que le soutien de l'allaitement par les professionnels et par le mari était un facteur aidant important, sachant que toutes les femmes de l'étude étaient mariées.

Conclusion

Le post-partum précoce après une césarienne est une période propice au stress et aux difficultés d'allaitement. Le peau à peau est très apprécié par les mères et la séparation n'est pas bien vécue. Le soutien de l'allaitement, tant psychologique que physique, est très important pour les femmes. Les professionnels ont un rôle central en cela.

4.2.3 Influence du mode d'accouchement et de la prise en charge post-partum sur l'allaitement

Article de Chien & Tai (2007)

Chien & Tai ont montré que la césarienne était associée à un taux d'allaitement plus bas que l'accouchement par voie basse à un mois ($RR = 0.92$) et à trois mois post-partum ($RR = 0.81$). De plus, les femmes césarisées pratiquent plus souvent un allaitement mixte, alors que les femmes ayant accouché par voie basse sont plus nombreuses à allaiter exclusivement. Cette étude montre aussi l'effet positif de la mise au sein avant 30 minutes de vie sur le taux d'allaitement à un mois ($OR = 1.47$) et trois mois post-partum ($OR = 1.57$).

Article de Chalmers et al. (2010)

Cette grande recherche montre que la césarienne est encore trop souvent une barrière à l'initiation précoce de l'allaitement. Seules 18.3% des femmes ayant eu une césarienne ont pu mettre leur enfant au sein avant 30 minutes de vie, contre 49.5% pour les voies basses. De plus, l'enfant était deux fois plus souvent habillé lors du premier contact après une césarienne, signe de l'absence d'un peau à peau.

Le nombre de femmes sortant de l'hôpital en allaitant leur enfant, était similaire selon les interventions. Pourtant, la césarienne était associée à un taux plus bas d'allaitement maternel à trois mois ($RR = 0.94$) et à six mois post-partum ($RR = 0.91$).

Article de Carlander et al. (2010)

Dans cette étude, les enfants sont mis au sein en salle d'opération si aucune complication n'est présente.

La césarienne sur demande maternelle est associée à une fatigue et un inconfort durant l'allaitement à trois mois et neuf mois post-partum. La césarienne d'urgence ne montre aucune différence d'allaitement par rapport à l'accouchement par voie basse.

Article de Prior et al. (2012)

Les auteurs de cette revue systématique ont calculé une association négative entre diverses issues et la césarienne. Ainsi, l'initiation précoce de l'allaitement avant une heure de vie ($OR = 0.57$), le taux d'allaitement à six mois post-partum ($OR = 0.87$) et les allaitements exclusifs à six mois post-partum ($OR = 0.81$) étaient plus bas après une césarienne. Néanmoins, la césarienne d'urgence ne montrait pas de différences significatives entre la naissance et la première mise au sein, comparée à l'accouchement

par voie basse. Lorsque l'on sélectionnait uniquement les femmes ayant fait une mise au sein précoce, les taux d'allaitement à trois et six mois post-partum étaient inchangés, quel que soit le mode d'accouchement (par voie basse ou par césarienne).

Conclusion

La césarienne est associée à un allaitement moins souvent exclusif et d'une durée moyenne plus courte. La mise au sein précoce, quant à elle, favorise un allaitement plus long. La césarienne pratiquée en urgence aurait moins d'effets délétères sur l'allaitement, comparée à une césarienne programmée. Pour cette dernière, une indication pour demande maternelle a un impact négatif sur les taux d'allaitement en comparaison à une indication médicale. Finalement, lors d'une mise au sein précoce, les taux d'allaitement sont similaires, quel que soit le mode d'accouchement.

4.3 Biais et limites des articles

4.3.1 Échantillons de population

Dans les huit articles sélectionnés, j'ai principalement relevé deux limites relatives à l'échantillon de la population : la représentativité des échantillons et les biais de sélection.

La limite la plus souvent présente était des échantillons peu représentatifs de la population suisse. Les raisons pouvaient être des différences culturelles importantes (Chien & Tai, 2007 ; Hsien *et al.*, 2011) ou des taux de césarienne et d'allaitement dans le pays de l'étude qui avaient des valeurs trop éloignées de celles de la Suisse (Carlander *et al.*, 2010 ; Gouchon *et al.*, 2010).

Les biais de sélection limitent aussi la représentativité de l'échantillon. Il s'agissait des critères d'inclusions et d'exclusion comme inclure uniquement des femmes mariées (Hsien *et al.*, 2011) ou uniquement des césariennes itératives (Nolan & Lawrence, 2009).

Lors d'une étude randomisée, les deux groupes doivent être complètement hétérogènes et déterminés de manière aléatoire. Or, la randomisation par pile ou face, présente dans une étude, a un plus grand risque de biais de sélection que celle par ordinateur, par exemple (Nolan & Lawrence, 2009).

Trois études utilisaient aussi un questionnaire envoyé au domicile des mères. Il s'agit d'un moyen très utile pour connaître le taux d'allaitement à six mois post-partum, par exemple. Seulement le risque est un biais d'autosélection, car on comptabilise uniquement les

patientes ayant renvoyé le questionnaire, chose qu'elles décident de faire elles-mêmes (Carlander *et al.*, 2010 ; Chien & Tai, 2007 ; Nolan & Lawrence, 2009).

4.3.2 Méthodologie des études

Les limites relatives à la méthodologie sont inhérentes à plusieurs facteurs cités ci-dessous. Cependant, mes connaissances actuelles en recherche médicale ne me permettent pas de confirmer assurément que j'aie pu déceler toutes ces limites.

Une étude souffre d'un nombre de sujets trop faible et d'un manque de donnée qui en est la cause. Certains résultats non significatifs auraient probablement pu le devenir avec un échantillon plus large (Nolan & Lawrence, 2009).

Une étude limite l'interprétation des résultats sur l'allaitement, car elle est trop axée sur le lien mère-enfant (Carlander *et al.*, 2010). Bien entendu, cela est clairement assumé et voulu par les auteurs, mais l'étude rentrant quand même dans mes critères d'inclusion, je l'ai sélectionnée pour analyser ses résultats sur l'allaitement maternel.

Peu d'études font part des facteurs de confusion possibles. La raison de la césarienne par exemple, ou une femme ayant déjà allaité lors d'un précédent accouchement peuvent en faire partie. Cependant, ces facteurs sont utiles à mesurer, entre autres, dans les études de cohorte ou les études transversales. Normalement, les essais randomisés répartissent les sujets dans deux groupes de tel sortent à ce que les facteurs de confusion y soient présents sans différences significatives.

Pour les deux études randomisées, aucune n'avait un protocole en double aveugle. Il est difficile, voire impossible, d'imaginer un tel protocole, car cela impliquerait que la femme ne soit pas au courant du groupe dont elle ferait partie. La méthode "en double aveugle" est utile pour mesurer l'effet placebo d'un traitement, autrement dit, la part active et utile du mécanisme psychologique inhérente à l'administration du traitement. Si le peau à peau précoce est le traitement, alors il est certain que l'effet est avant tout psychologique, raison pour laquelle, selon moi, il n'est pas utile d'imaginer un protocole d'étude en double aveugle avec un thème comme celui-ci (Gouchon *et al.*, 2010 ; Nolan & Lawrence, 2009).

4.3.3 Résultats des études

Le risque des méta-analyses et des revues systématiques est le biais de publication. Selon le graphique en entonnoir de l'étude de Prior *et al.* (2012), l'association entre l'initiation précoce de l'allaitement et le mode d'accouchement présente possiblement un tel biais pouvant affecter la signification de leurs résultats. Cependant, les auteurs

affirment qu'après un test statistique adéquat, les résultats étaient légèrement différents, mais toujours significatifs en prenant en compte ce biais.

Une autre limite discutée dans une étude était le biais d'interprétation. Les auteurs de la recherche qualitative le nomment clairement, mais disent avoir fait tout leur possible pour le limiter au maximum (McFadden *et al.*, 2009). Les essais randomisés sans double aveugle ont aussi un risque de subir un tel biais, mais les auteurs n'en parlent à aucun moment (Gouchon *et al.*, 2010 ; Nolan & Lawrence, 2009).

5 DISCUSSION

Dans ce chapitre se trouve une discussion autour des différents angles d'investigation formulés à partir de la question de recherche, dont vous trouverez un rappel dans le tableau ci-dessous. Par la suite, la véracité des hypothèses de départ est examinée et des perspectives professionnelles sont proposées. A la fin de ce chapitre sont annoncées les forces et faiblesses du mémoire.

Question de recherche :	Dans quelle mesure une mise au sein précoce après une césarienne, chez les nouveau-nés sains, favorise-t-elle un meilleur allaitement?
Angles d'investigation	Hypothèses
Efficacité sur l'allaitement à long terme et risques d'un protocole de peau à peau et de mise au sein précoce après une césarienne.	Un protocole de peau à peau et de mise au sein précoce favorise l'allaitement après une césarienne. Un tel protocole est sans risques pour le nouveau-né et la mère comparé à une prise en charge habituelle.
Vécu et satisfaction des femmes césariennées au sujet de la mise au sein précoce.	Les mères sont globalement satisfaites de la mise au sein précoce.
Effet d'une mise au sein précoce ou de la césarienne sur l'allaitement maternel.	Une mise au sein précoce favorise l'allaitement exclusif ainsi que la proportion de femmes allaitantes à quelques mois post-partum. La césarienne est associée à des taux d'allaitement maternel plus bas et moins souvent exclusifs.

5.1 Mise au sein précoce

Angle d'investigation traité : **efficacité sur l'allaitement à long terme et risques d'un protocole de peau à peau et de mise au sein précoce après une césarienne.**

5.1.1 Efficacité d'un peau à peau précoce

Un protocole favorisant le contact peau à peau, entre une mère en salle d'opération et son enfant, augmente le taux de mise au sein précoce et le taux d'allaitement maternel à un mois post-partum (Gouchon *et al.*, 2010 ; Nolan & Lawrence, 2009). Ce résultat va dans le sens de la littérature médicale, de l'IHAB et de mon hypothèse. Une méta-analyse (Moore, Andersen & Bergman, 2009) a montré que le peau à peau précoce est effectivement une aide importante pour l'enfant lorsqu'il doit téter. Lors d'un peau à peau, l'enfant prend du temps pour lécher et sentir le sein de sa mère et cela lui permet d'avoir

une succion efficace. Lorsque l'on met l'enfant au sein uniquement quand il a faim, ce temps d'adaptation n'a pas eu lieu et pourrait expliquer les plus grandes difficultés à prendre le sein et à téter efficacement (*ibid.*). Cependant, c'est la mise au sein avant une heure de vie qui est associée à un taux d'allaitement augmenté après une césarienne et non directement le peau à peau (voir *infra*, 5.3.2) (Nolan & Lawrence, 2009).

5.1.2 Mise en œuvre d'un protocole de peau à peau et de mise au sein précoce

Après une césarienne, l'organisation institutionnelle est souvent décrite comme étant un frein pour la mise en place d'un rapprochement mère-enfant directement au bloc opératoire. Les raisons peuvent être le personnel ou la distance avec l'unité de salle d'accouchement. Néanmoins, plusieurs études ont montré que la mise en place d'un protocole de peau à peau directement au bloc opératoire, même de manière limitée, demandait peu de moyens et était efficace (Hung & Berg, 2011 ; Moore, Andersen & Bergman, 2009). Dans les études que j'ai pu lire, tout avait un protocole légèrement différent. Apparemment, l'idéal serait d'avoir un contact peau à peau d'au moins 15 minutes durant la première demi-heure et une mise au sein avant la première heure de vie (Moore *et al.*, 2009). Or, pendant les césariennes, la femme est souvent en salle d'opération durant les 30 minutes suivant la naissance, ce contact doit donc être mis en place selon un protocole auquel les gynécologues, les anesthésistes et les pédiatres adhèrent afin que le contact se déroule au mieux sans entraver la prise en charge chirurgicale de la mère (Hung & Berg, 2011).

Un contact tactile suffirait, mais une étude parle d'un rapprochement encore plus étendu et prenant en compte le contact auditif ou visuel. Dans l'étude pilote de Nolan & Lawrence (2009), les chercheurs avaient installé un miroir sur une table néonatale présente dans le bloc opératoire afin que la mère puisse continuer à voir et entendre son enfant après la naissance, sans aucune interruption. Cependant, je suis sceptique quant à l'utilité réelle d'un rapprochement aussi "intensif", connaissant entre autres les risques augmentés de détresse respiratoire après une césarienne. Un délai de séparation de cinq ou dix minutes paraît être raisonnable pour ne pas avoir besoin de l'éviter. En Suisse, l'enfant, même s'il va bien, est installé sur une table néonatale, souvent dans une intersalle, afin d'estimer son adaptation rapidement et de pratiquer une aspiration oropharyngée. Au bout de cinq minutes, l'enfant est donc "libre" et pourrait retourner sur la poitrine de sa mère.

Quand la séparation mère-enfant est nécessaire, parce que la mère est sous anesthésie générale par exemple, un peau à peau avec le père semble être un moyen alternatif efficace pour favoriser l'allaitement. Une étude montre que les bébés qui sont en peau à

peau avec leur père, têtent de manière plus efficace lors de la première mise au sein et sont moins agités que ceux ayant été privés de ce contact (Erlandsson, Dsilna, Fagerberg & Christensson, 2007, p. 105).

Finalement, n'oublions pas que l'idéal est d'avoir une politique institutionnelle concordante et favorisant l'allaitement de toutes les manières connues. Ainsi, il est important de mettre en œuvre plusieurs stratégies pour privilégier l'initiation de l'allaitement. Les études montrent qu'une prise en charge globale améliore nettement le taux d'allaitement plutôt que des stratégies isolées (Forster & McLachlan, 2007). Le respect des "Dix Conditions pour le succès de l'allaitement maternel" et la pleine collaboration des professionnels sont fortement recommandés pour tout hôpital désirant promouvoir l'allaitement.

5.1.3 Risques associés à un contact précoce

La mise au sein directement en salle d'opération semble être corrélée à plus de difficulté d'allaitement de type engorgement ou douleurs (Hsien *et al.*, 2011). Ceci s'expliquerait par un surplus de stress qu'apporterait la mise au sein au bloc opératoire. N'oublions pas que pour que le réflexe d'éjection du lait se fasse correctement, il faut des décharges d'ocytocine sérique ; or la sécrétion de cette hormone est inhibée par l'adrénaline et donc, par le stress (voir *supra*, 2.3.6). Ce mécanisme pourrait donc expliquer des engorgements et donc des douleurs dans le post-partum précoce. Cependant, Hsien *et al.* ne mesurent pas le taux d'allaitement, mais uniquement les difficultés d'allaitement durant l'hospitalisation et ne montrent pas que les femmes ayant fait une mise au sein "trop précoce", selon les auteurs, allaitent moins longtemps.

N'oublions pas que le contact précoce durant la césarienne, n'a pas d'incidence significative sur la température (Gouchon *et al.*, 2010 ; Nolan & Lawrence, 2009) ou la fréquence respiratoire de l'enfant ainsi que sur les douleurs ou l'anxiété maternelles (Nolan & Lawrence, 2009). Un protocole de rapprochement mère-enfant sans mise au sein au bloc opératoire est donc sans risque en ce qui concerne ces paramètres et permettrait de favoriser la mise au sein qui aura lieu à la sortie du bloc, dans un environnement plus intime et plus confortable pour la mère et l'enfant. En ce sens, les articles confirment mon hypothèse de départ.

5.2 Vécu et besoins des femmes césarisées

Angle d'investigation traité : **vécu et satisfaction des femmes césarisées au sujet de la mise au sein précoce.**

5.2.1 Vulnérabilité maternelle

L'allaitement est vécu comme stressant pour toutes les femmes durant le post-partum sans distinction entre les modes d'accouchement (Carlander *et al.*, 2010 ; McFadden *et al.*, 2009). Il n'y a pas de différences entre les études de ce travail et leur conclusion va dans le sens de la littérature médicale. Effectivement, l'allaitement est connu pour être une des sources de stress majeurs après l'accouchement. Bien que les femmes utilisent des stratégies de "coping"⁴ durant cette période, le soutien des professionnels et des proches est primordial (Razurel *et al.*, 2010). Rappelons que le stress est lui-même corrélé à des allaitements moins souvent exclusifs et à plus de difficultés d'allaitement dans le post-partum précoce (Hsien *et al.*, 2011). Ceci pouvant s'expliquer, entre autres, par l'effet inhibiteur de l'adrénaline sur l'ocytocine. Cependant, le stress est aussi un facteur de risque pour divers maux, dont la dépression postnatale qui touche plus de 10% des femmes (Nanzer, 2009). En résumé, il n'est pas possible d'éviter à tout prix un stress durant la période du post-partum, néanmoins il faudra veiller à ce que la femme ait le soutien nécessaire pour pouvoir le maîtriser.

5.2.2 Besoin de proximité

Les études trouvent des résultats similaires quant à la satisfaction des femmes ayant subi une césarienne. Elles sont globalement moins satisfaites du délai entre l'accouchement et le premier contact avec l'enfant comparé aux femmes ayant accouché par voie basse (Chalmers *et al.*, 2010 ; McFadden *et al.*, 2009). Cela confirme ce que dit la littérature médicale, trop peu de femmes ont encore le droit à un rapprochement mère-enfant lorsqu'elles ont une césarienne (Rowe-Murray & Fisher, 2002). De plus, une séparation précoce a des effets négatifs tant sur l'allaitement que sur le moral des mères, après une césarienne (McFadden *et al.*, 2009). Les femmes identifient clairement un fort besoin de proximité après une césarienne et croient en l'importance du peau à peau pour privilégier l'allaitement (Gouchon *et al.*, 2010 ; McFadden *et al.*, 2009).

⁴ Le terme de "coping", fait référence à l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et un événement éprouvant, afin d'en maîtriser ou d'en diminuer l'impact sur son bien-être physique et psychique.

5.2.3 Soutien lors de l'allaitement

Comme explicité ci-dessus, le soutien de l'allaitement par les professionnels est un facteur aidant important. Ce soutien consistera surtout en un support des pratiques d'allaitement par un personnel formé afin d'aider les femmes à mettre en place un allaitement efficace. Pour cela, les études de cette revue de littérature confirment que la deuxième condition de l'IHAB, préconisant justement une aide par des professionnels formés, est un besoin clair des mères (OMS, 1999, p. 17).

Le soutien des proches est aussi apparu comme primordial pour les mères. Rappelons que dans les études de ce mémoire, le proche était souvent le mari de la femme ; dans une étude toutes les femmes étaient mariées (Hsien *et al.*, 2011). Ce sujet est présent dans la littérature et montre effectivement que le soutien des maris en matière d'allaitement est important et le privilège (Scott, Landers, Hughes & Binns, 2001). Je considère ici qu'une femme célibataire, au sens légal, n'aura pas moins de soutien. L'on peut imaginer qu'un conjoint ou une conjointe aura un impact tout aussi grand par son soutien sans prendre en compte leur union légale. Les femmes sans partenaire peuvent aussi trouver un soutien auprès d'un proche, que cela soit la mère ou une amie, par exemple. Rappelons aussi qu'ils existent des associations de soutien, comme la LLL ou des consultations spéciales "allaitement" notamment à l'Arcade sage-femme de Genève. Bien qu'elles soient utiles à toutes les mères, elles ont encore plus d'importance quand l'appui des proches fait défaut.

5.3 Influence du mode d'accouchement et de la prise en charge post-partum sur l'allaitement

Angle d'investigation traité : **effet d'une mise au sein précoce ou de la césarienne sur l'allaitement maternel.**

5.3.1 Initiation de l'allaitement

La césarienne, les instrumentations durant un accouchement ou le peau à peau n'ont pas d'incidence directe sur le nombre de femmes commençant à allaiter leur enfant (Chalmers *et al.*, 2010). La césarienne a donc une influence négative sur le maintien de l'allaitement et non sur son initiation. Dans le milieu médical, il est commun de dire que les femmes allaitent plus souvent à l'hôpital, car elles ont un soutien actif des professionnels et que c'est une fois rentrées à domicile qu'elles rencontrent des difficultés qui peuvent les faire stopper l'allaitement, le soutien n'étant plus aussi présent. En Suisse, les mères sèvrant leur enfant trop rapidement, et cela autant pour les femmes ayant accouché par

césarienne que par voie basse. Dans ma pratique, j'ai souvent entendu dire qu'il est mieux d'allaiter une semaine seulement plutôt que de ne pas allaiter du tout. Il serait intéressant de se demander si les avantages d'un allaitement aussi court compensent les désagréments, car c'est bien l'initiation qui produit le plus de stress pour les femmes.

5.3.2 Césarienne, mise au sein précoce et allaitement à long terme

Les articles de ce travail montrent que la césarienne est associée à un allaitement moins souvent exclusif et d'une durée moyenne plus courte (Chien & Tai, 2007 ; Chalmers *et al.*, 2010 ; Prior *et al.*, 2012). Ces résultats sont corrélés aux autres études que j'ai pu lire sur le sujet (Zanardo *et al.*, 2010 ; Pérez-Ríos, Ramos-Valencia & Ortiz, 2008 ; Shawky & Abalkhail, 2003) et m'étonnent peu sachant qu'il faisait partie de mon cadre de référence, l'association négative entre césarienne et allaitement étant connue depuis longtemps. L'angle d'investigation, en regard au cadre de référence, considérait aussi que la mise au sein précoce favorise un allaitement plus long, ce qui se confirme dans ces recherches (Chien & Tai, 2007 ; Prior *et al.*, 2012).

Lors d'une césarienne suivie d'une mise au sein précoce, les taux d'allaitement à trois et six mois post-partum sont similaires aux accouchements par voie basse (Carlander *et al.*, 2010 ; Prior *et al.*, 2012). La mise au sein précoce permet donc de compenser les effets inhibant de la césarienne selon cette revue de la littérature. Notons que ce résultat significatif est tiré d'une méta-analyse, comprenant un échantillon de plus de 500 000 personnes (Prior *et al.*, 2012). Cela confirme que la mise au sein avant une heure post-partum est un moyen simple de favoriser l'allaitement après les césariennes.

5.4 Incidences des types de césarienne sur l'allaitement

Il y a un facteur auquel je n'avais pas pensé en commençant ce travail et qui s'est révélé présent et significatif dans plusieurs études de cette revue de la littérature. Il s'agit de l'influence sur le taux d'allaitement de l'indication et du type de césarienne. Ainsi, il est intéressant de noter que la césarienne pratiquée en urgence aurait moins d'effets délétères sur l'allaitement, comparée à une césarienne programmée. De plus, une indication pour demande maternelle a un impact négatif sur les taux d'allaitement en comparaison à une indication médicale (Carlander *et al.*, 2010 ; Prior *et al.*, 2012).

Dans l'article de Prior *et al.* (2012), les auteurs affirment que les raisons poussant une femme à demander une césarienne de convenance, pourraient aussi être une source de renoncement à l'allaitement maternel. Effectivement, selon une étude de cohorte, il y a

une association claire entre l'intention d'une femme à allaiter et la durée totale de son allaitement (Donath & Amir, 2003). Or, peu d'étude référence les mères qui n'allaitent pas par choix (*ibid.*, p. 1130). La décision prépartum de ne pas allaiter pourrait donc être un facteur de confusion lié aux césariennes.

Dans une prochaine étude, il serait intéressant de prendre en compte directement le contexte de survenu de la césarienne.

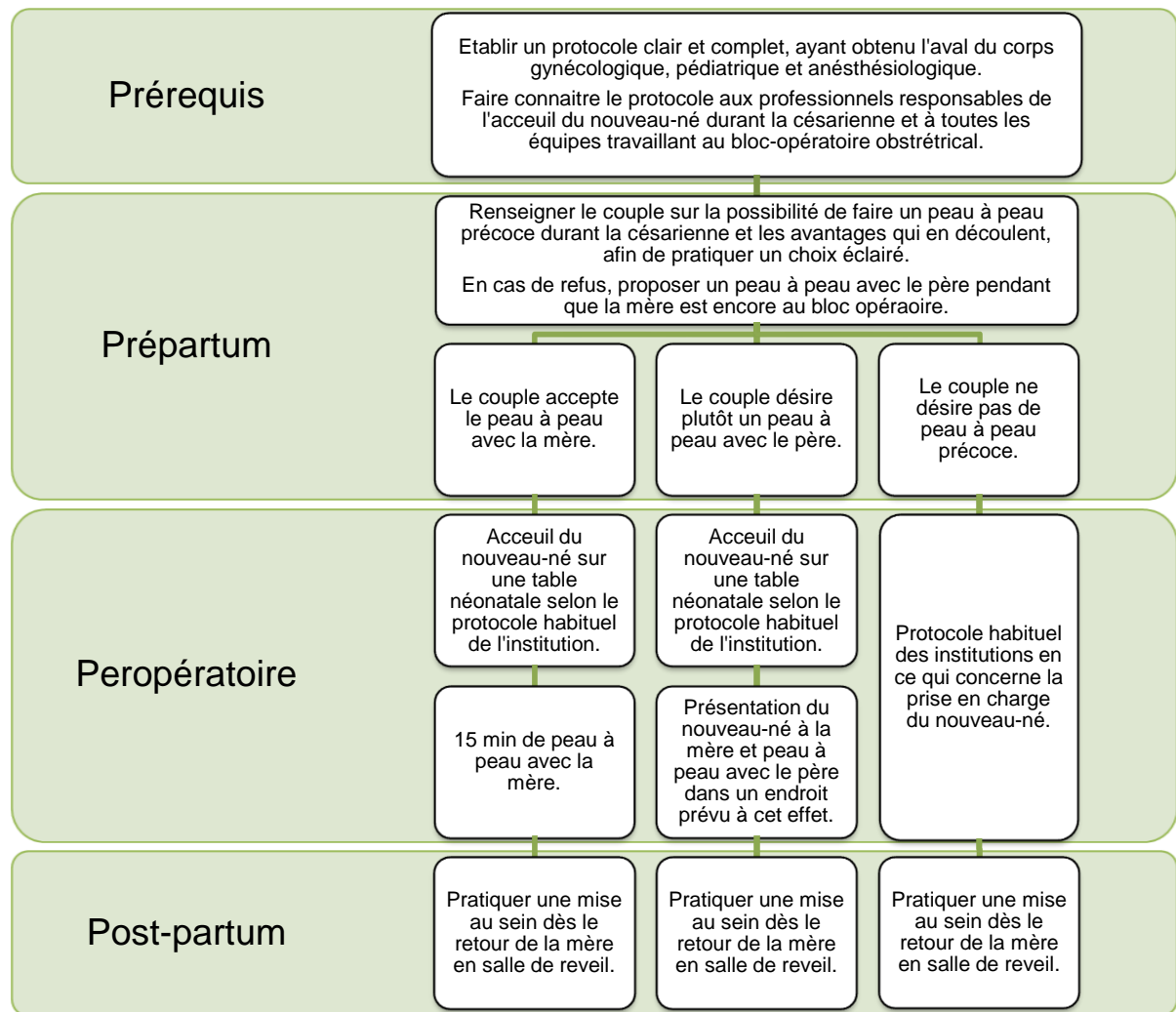
5.5 Perspectives professionnelles

5.5.1 Application d'un protocole de rapprochement mère-enfant

Comme décrit durant ce travail, plusieurs études ont montré l'efficacité d'un protocole de contact précoce mère-enfant spécifiquement après la césarienne. Rappelons que c'est en réalité la mise au sein avant une heure de vie qui influence fortement l'allaitement, mais ce contact précoce, ayant lieu avant 30 minutes de vie, est un des moyens de favoriser cette mise au sein.

Un tel protocole n'a que peu de conséquences économiques. À part les frais dus à la mise en place dudit protocole (composition, diffusion, etc.), je ne vois pas de raisons à ce que des frais supplémentaires soient nécessaires. Cependant, il est possible que certains professionnels considèrent ce protocole comme une tâche de plus à accomplir et comme une cause de stress supplémentaire. Effectivement, depuis plusieurs années, la réduction budgétaire réduit le nombre de postes et augmente celui des responsabilités des sages-femmes et infirmières travaillant en maternité.

Afin de partager mon idée de protocole de manière claire, en voici une présentation théorique, applicable à des hôpitaux universitaires suisses.



En prérequis, il est bien entendu nécessaire de composer de manière pluridisciplinaire, un protocole clair et complet comprenant, entre autres, le délai et la durée idéale du contact peropératoire. Une fois le document terminé, il est important d'avoir pleinement l'accord des divers corps médicaux travaillant avec la sage-femme durant la césarienne. Une fois que le protocole est autorisé par l'institution, il faut trouver un moyen de transmission efficace (courriel, intranet, note interne affichée, courrier, etc.) pour que l'ensemble des professionnels travaillant autour des femmes durant une césarienne soit informé de sa mise en place.

Un couple connaissant les effets d'un peau à peau précoce est tout à fait en droit de le refuser, raison pour laquelle le choix éclairé est inclus dans ce protocole. Si tel est le cas, un peau à peau avec le père leur sera proposé, comme cela se fait par exemple au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois [CHUV] à Lausanne. Si le père n'est pas présent, le contact précoce pourrait être proposé à l'accompagnant maternel, si cela est le désir de la mère et de son accompagnant. Rappelons que ce protocole ne doit être proposé qu'en cas de bon pronostic néonatal, toutes pathologies ou suspicions de pathologies fœtales

doivent être écartées pour que le nouveau-né profite d'un peau à peau. De plus, si la mère ne veut pas allaiter, il ne s'agit clairement pas d'une raison de lui refuser un contact précoce si elle le désire. N'oublions pas que ce contact favorise aussi le lien mère-enfant.

Ensuite, durant l'opération, on procédera comme d'habitude à l'accueil du nouveau-né sur une table néonatale équipée, en présence d'un pédiatre. Une fois l'adaptation établie, le nouveau-né sera présenté à sa mère en salle d'opération. Bien entendu, en cas de mauvaise adaptation, il est beaucoup plus important de pratiquer une réanimation, voir une observation intensive. Si nécessaire, ce premier contact pourra être remis à plus tard.

Si la mère désire avoir un contact précoce, on procédera à un contact peau contre peau de l'enfant et de sa mère, dans la partie non stérile du champ opératoire, c'est-à-dire sur la poitrine de la mère. On veillera notamment à couvrir entièrement le corps de l'enfant avec suffisamment de linges chauds et à libérer au maximum les bras de la mère pour qu'elle puisse le toucher. Ce contact se fait en présence du père ou de l'accompagnant s'il le désire et du professionnel responsable de l'enfant dans le post-partum immédiat (souvent la sage-femme). Bien entendu, il peut être interrompu à n'importe quel moment, pour diverses raisons qu'elles soient maternelles, néonatales ou institutionnelles. Dans l'idéal, ce contact devrait durer au moins 15 minutes. Effectivement, les 30 ou 60 minutes minimales préconisées par l'OMS paraissent peu réalistes durant une césarienne. De plus, selon l'étude de Hung & Berg (2011), 15 minutes de peau à peau sont suffisantes pour favoriser une mise au sein précoce efficace.

Si le couple désire que cela soit plutôt le père qui pratique un peau à peau, ou si la mère ne le peut pas (anesthésie, etc.), on veillera à procéder plus ou moins de la même manière, avec les mêmes délais et durées, mais hors du bloc opératoire. Si le couple ne désire aucun peau à peau, le protocole habituel de l'institution sera utilisé pour l'accueil du nouveau-né.

Quand la mère sera transférée en salle de réveil, si elle se sent bien, les infirmières veilleront à appeler dès que possible la personne responsable du nouveau-né pour venir apporter l'enfant. On pratiquera, si la mère le désire, une mise au sein précoce avec l'appui d'un spécialiste compétent comme une sage-femme, une conseillère en lactation ou un autre professionnel avec une expérience ou une formation dans l'allaitement.

D'un point de vue pratique, l'organisation institutionnelle est souvent décrite par les auteurs et les professionnels comme étant un frein pour la mise en place d'un rapprochement mère-enfant directement au bloc opératoire. Les raisons invoquées peuvent être entre autres la présence nécessaire en continu d'une sage-femme durant le contact en salle d'opération. Effectivement, dans les habitudes, les sages-femmes

profitent de ce moment pour aller au bureau s'occuper de la partie administrative tout en surveillant l'enfant. Néanmoins, on peut tout à fait imaginer prendre de l'avance sur les documents manuscrits ou même informatisés directement au bloc opératoire.

Une autre raison pouvant freiner la mise en place de ce protocole est la température ambiante, souvent basse, régnant dans les salles d'opération. Néanmoins, plusieurs études ont prouvé qu'il n'y pas plus d'hypothermie après un peau à peau (voir *supra*, 4.2.1). On veillera cependant à bien couvrir l'enfant et à vérifier sa température à la sortie du bloc opératoire. On fera aussi attention à ne pas lui donner un bain trop rapidement.

Je tiens encore à rappeler que la façon idéale de promouvoir l'allaitement maternel, dans un hôpital, est de veiller à le faire de manière globale. Ainsi, il me paraît peu utile de faire attention au peau à peau après une césarienne si on ne respecte pas, par la suite, certains critères importants pour favoriser l'allaitement. Encore une fois, l'OMS et l'UNICEF ont établi une liste claire, présente en annexe (voir *infra*, annexe I), de ces différents critères.

Il est difficile de donner des chiffres exacts sur l'incidence d'une telle démarche, cependant, selon les chiffres avancés par une méta-analyse de plus 500 000 femmes, elle permettrait d'augmenter les taux d'allaitement globaux de la population d'environ 5% (Prior *et al.*, 2012, p. 1115).

5.5.2 *Abstract d'un protocole de recherche*

Afin de pouvoir valider une telle démarche selon une médecine fondée sur les faits, je trouve intéressant de réfléchir à un protocole de recherche venant compléter cette revue de la littérature. La méthodologie de Nolan & Lawrence (2009) me paraît adéquate. Avec quelques modifications, l'on pourrait imaginer une étude similaire avec un échantillon venant directement d'un hôpital suisse, les résultats n'en seront que plus justes, car se rapprochant de la population de notre pays.

Objectif : Cette recherche étudierait l'efficacité d'un protocole permettant de minimiser la séparation mère-enfant durant les césariennes. Les hypothèses sont qu'un tel protocole favorise l'allaitement. Les issues mesurées seraient la raison de la césarienne, le délai et la durée du premier peau à peau et de la première mise au sein, les taux d'allaitement à trois et six mois post-partum et le type d'allaitement pratiqué.

Type d'étude : Essai contrôlé randomisé

Participants : Un certain nombre de femmes avec une grossesse unique et leur enfant sain, né à terme et par césarienne.

Méthode : Les participantes sont recrutées avant leur césarienne. On proposera l'étude à toutes les femmes venant accoucher, sans distinction entre les modes d'accouchement envisagés, afin de pouvoir aussi randomiser les césariennes d'urgence. La majorité des données seront récupérées par les sages-femmes durant l'hospitalisation. Les issues à trois et six mois post-partum seront récupérées par téléphone ou par questionnaire.

Il serait possible d'ajouter aux issues mesurées, le type d'attachement mère-enfant un an après l'accouchement. Cependant, cela sort du champ de la sage-femme, il faudrait effectivement un psychologue pour mesurer cette issue et en expliquer les conséquences. Malgré cela, l'hypothèse que le lien mère-enfant est renforcé après un contact précoce est difficile à mesurer sachant que ce lien n'est pas figé, mais très évolutif durant la première année post-partum.

Une autre issue que l'on pourrait envisager de mesurer serait l'impact du contact précoce sur le vécu de l'accouchement des mères. Une variable qualitative, comme le vécu des mères ou leur satisfaction, a un intérêt certain dans une recherche comme celle-ci, cherchant à comprendre l'importance d'un contact qui est avant tout affectif. Cependant, il ne faut pas oublier que ce vécu varie notablement avec le temps.

5.6 Forces et faiblesses

5.6.1 Forces

Cette revue de la littérature comprend des études plutôt complémentaires et de types variés (qualitatif, transversale, cohorte, etc.), ce qui permet d'avoir un bon aperçu de la littérature actuelle sur la mise au sein précoce après les césariennes. De plus, le regard des mères sur le sujet est amené au travers d'une étude qualitative et par les sous-thèmes traitant de la satisfaction des mères dans les autres articles. La méthodologie de cette revue est décrite dans son ensemble. Le nombre de bases de données interrogées est plutôt important.

Je pense avoir composé un cadre de référence complet et aidant à comprendre la complexité du questionnement et des résultats. J'ai apporté des compléments aux différentes parties de ce document au fur et à mesure de sa composition pour l'actualiser au questionnement en permanence.

Les résultats, significatifs, étant en faveur d'une mise au sein précoce et prouvant ses bénéfices, permettent de répondre à mon questionnement initial. La réflexion que j'ai pu avoir sur les issues est couverte par le chapitre "Discussion" et reflète mes points de vue et hypothèses qui ont certainement influencé ce travail.

Les limites des articles et leurs biais sont exposés pour chaque article dans leur description, puis sont discutés dans une partie prévue à cet effet.

5.6.2 Faiblesses

En analysant les recherches de cette revue de la littérature, je me suis rendu compte que le type de césarienne était souvent important pour déterminer les issues sur l'allaitement. Or, cela ne faisait pas partie de mon questionnement de départ. En prenant en compte cette variable, qui est importante quand on parle d'allaitement après une césarienne, j'aurais pu davantage cibler ma question de recherche ou au contraire l'élargir en y dédiant un angle d'investigation. Néanmoins, les études de ce mémoire arrivent toutes aux mêmes conclusions : la césarienne a moins d'impact négatif sur l'allaitement quand elle est réalisée d'urgence. Au contraire, une indication pour demande maternelle est plus défavorable pour l'allaitement (voir *supra*, 5.4).

Ce travail manque peut-être de clarté avec la différence entre une mise au sein, un contact ou un peau à peau précoce. J'avais décidé de ne pas partir sur un *a priori* afin d'être plus large dans le champ de ma recherche, pour sélectionner des articles traitant autant de peau à peau que de mise au sein précoce et de voir quelles étaient les

influencent de chacune de ces différentes interventions sur l'allaitement. Bien que j'aie rajouté des définitions (voir *supra*, 2.2.6), il est possible qu'un questionnement du lecteur soit présent sur l'intervention réellement mesurée durant le reste du travail. Effectivement, les études que j'ai sélectionnées ne définissaient pas toutes de la même manière le contact ou le peau à peau. Les auteurs utilisent souvent le terme "early" (signifiant précoce ou tôt en anglais), mais n'exposent pas toujours clairement ce qu'ils définissent comme étant précoces ou pas. En découle une confusion entre les différents contacts précoces qui, peut-être, porte préjudice à la qualité du travail.

6 CONCLUSION

L'objectif principal de ce travail est d'étudier, dans quelles mesures, une mise au sein précoce après une césarienne favorise l'allaitement, souvent entravé par cette opération de plus en plus fréquente. Il est important de se rappeler que l'allaitement doit être favorisé pour ses bienfaits démontrés sur la santé. Par ailleurs, la mise au sein avant une heure de vie montre des effets bénéfiques sur les taux d'allaitement, notamment au travers des "Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement maternel". De plus, le contact précoce amené par cette mise au sein est important pour le lien mère-enfant.

Ce mémoire est une revue de la littérature actuelle. Il permet d'avoir une bonne vision sur ce que disent les recherches sur un thème qui se veut clairement orienté dans le champ professionnel de la sage-femme en Suisse.

Au travers de huit articles tirés de la littérature médicale sur le sujet, les résultats énoncés montrent que la césarienne a effectivement une influence négative sur les taux et les types d'allaitement (exclusif ou mixte). Lorsqu'une mise au sein est pratiquée moins d'une heure après la naissance, cette influence a clairement tendance à s'estomper. De plus, ce contact précoce, notamment le peau à peau, est important pour les mères et elles en sont satisfaites.

Le positionnement que la sage-femme devrait adopter serait donc de faire tout son possible pour promouvoir un contact précoce après, voir pendant la césarienne. Ce contact devrait être suivi, avant une heure post-partum, d'une mise au sein avec le soutien de professionnel formé dans l'allaitement. De plus, il est important d'y ajouter une politique institutionnelle en faveur de l'allaitement, comme le proposent l'OMS et l'UNICEF.

Concrètement, un tel protocole demande une démarche pluridisciplinaire comprenant sages-femmes, gynécologues, pédiatres et anesthésistes, tous ses professionnels étant présents durant la césarienne. Le plus grand frein serait donc institutionnel, bien que le contact précoce n'ait finalement aucun coût supplémentaire pour une efficacité prouvée.

7 BIBLIOGRAPHIE

7.1 Liste de références bibliographiques

- Abalos, E. (2009). *Techniques chirurgicales pour la césarienne*. Genève : Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS. Accès http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004662_abalose_com/fr/
- Art. 329f de la loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse (=CO ; RS 220)
- Badinter, E. (2010). *Le conflit. La femme et la mère*. Paris : Flammarion.
- Baehler, P., Baenziger, O., Belli, D., Braegger, C., Déléze, G., Furlano, R., ... Tabin, R. (2009). Recommandations pour l'alimentation du nourrisson 2009. *Paediatrica*, 20(5), 16-18.
- Baumgardner, D.J., Muehl, P., Fischer, M. & Pribbenow, B. (2003). Effect of labor epidural anesthesia on breast-feeding of healthy full-term newborns delivered vaginally. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 16(1), 7-13.
- Beaudry, M., Chiasson, S., & Lauzière, J. (2007). *Biologie de l'allaitement. Le sein, le lait, le geste*. Québec : Presses de L'Université du Québec.
- Beilin, Y., Bodian, C.A., Weiser, J., Hossain, S., Arnold, I., Feierman, D.E., ... Holzman, I. (2005). Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breast-feeding: a prospective, randomized, double-blind study. *Anesthesiology*, 103(6), 1211-1217.
- Beral, V., Fear, N., Alexanderv, F. & Appleby, P. (2001). Breastfeeding and Childhood Cancer. *British Journal of Cancer*, 85(11), 1658-1694.
- Beral, V. (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. *The Lancet*, 360 (9328), 187-195. doi 10.1016/S0140-6736(02)09454-0
- Berger, T., Bernet, V., Fauchère, J.C., Laubscher, B., Malzacher, A., Nelle, M., ... Surbek, D. (2012). Prise en charge et réanimation du nouveau-né, recommandations révisées de la Société Suisse de Néonatalogie. *Paediatrica*, 23(1), 13-23.
- Butte, N. (2001). The Role of Breastfeeding, in Obesity. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 189-198.
- Carlander, A.-K., Edman, G., Christensson, K., Andolf, E. & Wiklund, I. (2010). Contact between mother, child and partner and attitudes towards breastfeeding in relation to mode of delivery. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1, 27-34. doi 10.1016/j.srhc.2009.10.001
- Césarine. (2012). *Évolution des taux de césarienne*. Accès http://www.cesarine.org/avant/etat_des_lieux.php

- Chalmers, B., Kaczorowski, J., Darling, E., Heaman, M., Fell, D., O'Brien, B. & Lee, L. (2010). Cesarean and Vaginal Birth in Canadian Women : A Comparison of Experiences. *Birth*, 37(1), 44-49. doi 10.1111/j.1523-536X.2009.00377.x
- Chien, L.-Y. & Tai, C.-J. (2007). Effect of Delivery Method and Timing of Breastfeeding Initiation on Breastfeeding Outcomes in Taiwan. *Birth*, 34(2), 123-130.
- Cochrane Collaboration. (2013). *Home – The Cochrane Library*. Accès <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>
- Cyrulnik, B. (1989). *Sous le signe du lien*. Paris : Hachette Littératures.
- Davis, M. (2001). Breastfeeding and Chronic Disease in Childhood and Adolescence. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 125-141.
- Delahaye, M.C. (1990). *Tétons et tétines. Histoire de l'allaitement*. Paris : Editions Trame Way.
- Donath, S.M. & Amir, L.H. (2003). Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study. *Acta Paediatrica*, 92(3), 352-356.
- Doron, R. & Parot, E. (1991). *Dictionnaire de la psychologie*. Paris : Presses Universitaires Françaises.
- EBSCO. (2012). *EBSCOhost : Advanced Search*. Accès <http://www.ebscohost.com/academic/the-cinahl-database>
- Emery, H. (2013). *Césarienne, témoignages*. Accès <http://cesarienne.net/>
- Erlandsson, K., Dsilna, A., Fagerberg, I. & Christensson, K. (2007). Skin-to-Skin with the Father after Cesarean Birth and its Effect on Newborn Crying and Prefeeding Behavior. *Birth*, 34(2), 105-114.
- Fischer, A., Whiteson, K., Lazarevic, V., Hibbs, J., Francois, P. & Schrenzel, J. (2012). Infant gut microbial colonization and health: recent findings from metagenomics studies. *Journal of Integrated OMICS*, 2(1), 1-16. doi : 10.5584/jiomics.v2i1.76
- Fondation suisse pour la Promotion de l'Allaitement maternel. (2012). *Rapport annuel 2011* [Brochure]. Accès http://www.allaiter.ch/logicio/client/stillen/file/stiftung/bericht/stillen_f_web.pdf
- Forster, D.A. & McLachlan, H.L. (2007). Breastfeeding initiation and birth setting practices: a review of the literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(3), 273-280.
- Frydman, R. & Szejer, M. (2010). *La naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*. Paris : Albin Michel.
- FSSF. (2008). *Un enfant sur trois naît en salle d'opération – des césariennes inutiles mettent en danger les mères et les enfants*. Accès http://www.hebamme.ch/x_data/allgdnld/MM_Kaiserschnittrate_f.pdf
- FSSF. (2013). *Informations générales concernant le rapport du Conseil fédéral sur les césariennes en Suisse*. Accès http://www.hebamme.ch/x_data/allgdnld/Informations%20postulat%20nombre%20

de%20c%C3%A9sariennes.pdf

- Gélis, J. (1988). *La sage-femme ou le médecin*. Paris : Fayard.
- Gouchon, S., Gregori, D., Picotto, A., Patrucco, G., Nangeroni, M. & Di Giulio, P. (2010). Skin-to-Skin Contact After Cesarean Delivery : An Experimental Study . *Nursing Research*, 53(2), 78-84. doi 10.1097/NNR.0b013e3181d1a8bc
- Grand Dictionnaire de la Psychologie*. (2011). Paris : Larousse.
- Guedeney, N. (2010). *L'attachement, un lien vital*. Paris : Editions Fabert.
- Gynécologie Suisse. (2010). *Protocole d'information pour césarienne*. Accès http://sggg.ch/files/Protocole_d_information_pour_cesarienne.pdf
- Hanselmann, V. & Von Greyerz, S. (2013). *Accouchements par césarienne en Suisse. Rapport en réponse au postulat Maury Pasquier*. Accès <http://minu.me/97vc>
- Health On the Net Foundation. (2006). *HONselect – Français (Introduction)*. Accès http://www.hon.ch/HONselect/Search_f.html
- Herman, E. (2012). *Harry F. Harlow, Monkey Love Experiments*. Accès <http://darkwing.uoregon.edu/~adoption/studies/HarlowMLE.htm>
- Hibert, M. (2011). *La chimie de l'amour*. [Vidéo en ligne]. Accès http://www.canal-u.tv/video/universite_de_tous_les_savoirs/la_chimie_de_l_amour_marcel_hibert.7042
- Hohlfeld, P. & Marty, F. (2012). *Livre de l'interne. Obstétrique* (4^e éd.). Paris : Lavoisier.
- Howie, P., Forsyth, J., Ogston, S., Clark, A. & Florey, C. (1990). Protective effect of breast feeding against infection. *BMJ*, 300(6716), 11-6.
- Hsien, C.-F., Fu, J.-C., Long, C.-Y. & Lin, H.-S. (2011). Factors Influencing Breast Symptoms in Breastfeeding Women After Cesarean Section Delivery. *Asian Nursing Research*, 5(2), 88-98. doi 10.1016/S1976-1317(11)60017-0
- Hung, K. & Berg, O. (2011). Early Skin-to-Skin After Cesarean to Improve Breastfeeding. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 36(5), 318-324. doi 10.1097/NMC.0b013e3182266314
- IHAB – France. (2011). *Devenir "Ami des Bébé" en France*. Accès <http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/Devenir-Ami-des-Bebes-Aout-2011.pdf>
- InfoAllaitement. (2003). *IPA Information pour l'allaitement – En Europe*. Accès <http://www.info-allaitement.org/index.php/europe.html>
- InfoCancer. (2012). *InfoCancer - ARCAGY - GINECO – Localisations – Cancers féminins – Cancer du sein — Maladie — Le sein normal*. Accès <http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancer-du-sein/maladie/le-sein-normal.html>
- Irion, O. (2009). Risque à long terme de l'accouchement par césarienne. *Revue Médicale Suisse*, 222(5), 2097-2101.
- Knibiehler, Y. (1997). *La révolution maternelle depuis 1945*. Paris : Perrin.

- Kramer, M., Chalmers, B., Hodnett, E., Sevkovskaya, Z., Dzikovitch, I., Shapiro, S., ... Helsing, E. (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) : a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 285(4), 413-420.
- Kramer, M. & Kakuma, R. (2012). Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(8). doi 10.1002/14651858.CD003517.pub2
- Labbok, M.H. (2001). Effects of Breastfeeding on the mother. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 143-158.
- LLL. (2013). *Histoire de La Leche League international. Qui sommes-nous?* Accès <http://www.lllfrance.org/Qui-sommes-nous/La-Leche-League-International.html>
- Lucas, A. & Cole, T. (1990). Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. *The Lancet*, 336 (8730-8731), 1519-1523.
- Marild, S., Hansson, S., Jodal, U., Oden, A. & Svedberg, K. (2004). Protective effects of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatrica*, 93(2), 154-156. doi 10.1111/j.1651-2227.2004.tb00695.x
- Maury Pasquier, L. (2008). *Postulat 08.3935. Augmentation du nombre de césariennes.* Accès http://www.parlament.ch/F/Suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20083935
- McCorry, C. & Layte, R. (2011). The effect of breastfeeding on children's educational test scores at nine years of age : Results of an Irish cohort study. *Social Science & Medicine*, 72(9), 1515-1521.
- McFadden, C., Baker, L. & Lavender, T. (2009). Exploration of factors influencing women's breastfeeding experiences following a caesarean section. *Evidence Based Midwifery*, 7(2), 64-70.
- Moore, E.R., Andersen, G.C. & Bergman, N. (2009). Early skin-to-skin contact for the mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007(3). doi 10.1002/14651858.CD003519.pub2
- Nanzer, N. (2009). *La dépression postnatale, sortir du silence*. Lausanne : Editions Favre.
- Nolan, A. & Lawrence, C. (2009). A Pilot Study of A Nursing Intervention Protocol to Minimize Maternal-Infant Separation After Cesarean Section. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 38, 430-442. doi 10.1111/j.1552-6909.2009.01039.x
- Odent, M. (2005). *Césariennes : questions, effets, enjeux. Alerte face à la banalisation*. Barret-sur-Méouge : Le Souffle d'Or.
- OFSP. (2006). *Bulletin 2/06*. Accès <http://minu.me/9jvj>
- OFSP. (2013). *Nombre et taux de césariennes en fonction du nombre d'accouchements en 2011*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/01/data/01/05.Document.165479.xls>
- OMS. (1997). *La protection thermique du nouveau-né, guide pratique* [Brochure]. Accès

- http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_RHT_MSM_97.2_fre.pdf
- OMS. (1999). *Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement*. Accès http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_fre.pdf
- OMS. (2013). *Statistiques sanitaires mondiales 2013*. Accès http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82056/1/9789242564587_fre.pdf
- Owen, C., Whincup, P., Gilg, J. & Cook, D. (2003). Effect of Breast Feeding in Infancy on Blood Pressure in Later Life : Systematic Review and Meta-analysis. *BMJ*, 327(7425), 1189-1195.
- Pedersen, C., Ascher, J., Monroe, Y. & Prange, A. (1989). Oxytocin induces maternal behavior in virgin female rats. *Science*, 216(4546), 648-650. doi 10.1126/science.7071605
- Pedersen, C. & Prange, A. (1979). Induction of maternal behavior in virgin rats after intracerebroventricular administration of oxytocin. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 76(12), 6661-6665.
- Pérez-Ríos, N., Ramos-Valencia, G. & Ortiz, A. (2008). Cesarean Delivery as a Barrier for Breastfeeding Initiation : The Puerto Rican Experience. *Journal of Human Lactation*, 24(3), 293-302.
- Pierrehumbert, B. (2003). *Le premier lien. Théorie de l'attachement*. Paris : Odile Jacob.
- Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L., Modi, N. & Hyde, M. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery : a systematic review and meta-analysis of world literature. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 95(5), 1113-1135. doi 10.3945/ajcn.111.030254
- PubMed – NCBI. (2013). *Advanced Search – PubMed – NCBI*. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced>
- Puig, G. & Sguassero Y. (2007). Contact peau à peau précoce des meres et de leur nouveau-né en bonne santé : Commentaire de la BSG. Accès <http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/fr/>
- Raynault, M.F. & Paccaud, F. (2000). *Allaitement maternel et promotion de la santé en Suisse. Travail préparatoire à une prise de position de la Fondation suisse pour la promotion de la santé*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Razurel, C., Benchouk, M., Bonnet, J., El Alama, S., Jarabo, G. & Pierret, B. (2010). Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum? Une démarche qualitative. *La Revue Sage-Femme*, 9(5), 240-249.
- Robertson, J. & Robertson, J. (1969). *John, Aged Seventeen Months, For Nine Days in a Residential Nursery* [Film]. Ipswich : Concord Video and Film Council.
- Rowe-Murray, H. & Fisher, J. (2002). Baby Friendly Hospital Practices : Cesarean Section is a Persistent Barrier to Early Initiation of Breastfeeding. *Birth*, 23(2), 124-131.
- RTS. (2013). *La césarienne est de plus en plus pratiquée en Suisse* [Film]. Accès <http://www.rts.ch/video/info/journal-19h30/4884620-la-cesarienne-est-de-plus-en->

plus-pratiquée-en-suisse.html

- Schwarz E., Ray R., Stuebe A., Allison M., Ness R., Freiberg M. & Cauley J. (2009). Duration of Lactation and Risk Factors for Maternal Cardiovascular Disease. *Obstetrics & Gynecology*, 113(5), 974-982. doi 10.1097/01.AOG.0000346884.67796.ca
- ScienceDirect. (2013). *Browse through 11,771,747 journal and book articles on ScienceDirect.com*. Accès <http://www.sciencedirect.com/science/journals>
- Scott, J.A., Landers, M.C., Hughes, R.M. & Binns, C.W. (2001). Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 37(3), 254-261.
- Shawky, S. & Abalkhail, B. (2003). Maternal factors associated with the duration of breast feeding in Jeddah, Saudi Arabia. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 17(1), 91-96.
- Silfverdal, S.A., Bodin, L., Ulanova, M., Hahn-Zoric, M., Hanson, L. & Olcen, P. (2002). Long Term Enhancement of the IgG2 Antibody Response to Haemophilus Influenzae Type B by Breast-feeding. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 21(9), 816-821.
- Travail.Suisse. (S.d.) *Infor.Maternité*. Accès : http://www.informaternite.ch/bebe_est_ne/le_conge_maternite
- UNICEF. (2003). *Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux*. Accès http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/monitoring_obstetric_services_fr.pdf
- UNICEF. (2008). *UNICEF – Nutrition – Allaitement*. Accès http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24824.html
- UNICEF. (2013). *UNICEF – Nutrition – L'initiative Hôpitaux amis des bébés*. Accès http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24806.html
- Visier, J.P. (2006). Les liens précoces : des souvenirs opérants. *Naissance, les cahiers de l'Afrée*, 20.
- Wolter Kluwer Health. (2013). *OvidSP*. Accès <http://ovidsp.ovid.com/>
- Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P. & Trevisanuto, D. (2010). Elective Cesarean Delivery : Does It Have a Negative Effect on Breastfeeding ? *Birth*, 37(4), 275-279.

7.2 Liste bibliographique

- FSSF. (2009). *Code international de déontologie des sages-femmes*. Accès http://www.hebamme.ch/x_data/allgdnld/Ethikkodex%20f_Logo.pdf
- Google Scholar. (2011). *Google Scholar*. Accès <http://scholar.google.ch>
- HEDS. (2012). *Haute école de santé — Genève > formations > sage-femme*. Accès <http://www.heds-ge.ch/portail/welcome.nsf/pages/sagefemmeF>

- Meneux, E. (2002). *L'accouchement par césarienne*. Paris : Masson.
- OMS. (2004). *La méthode « mère kangourou », guide pratique* [Brochure]. Accès <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9242590355.pdf>
- Pugliese, M., Schorer, E., & Chatelain, B. (2011). *Guide pour la présentation des travaux écrits et des références bibliographiques (style APA)*. Accès http://www.heds-ge.ch/cdoc/Guide_2011_Couleurs.pdf
- Sguassero, Y. (2008). *Durée optimale de l'allaitement maternel exclusif : Commentaire de la BSG*. Accès http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/fr/

8 ANNEXES

Annexe I : Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement maternel

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient :

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants les techniques nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

(OMS, 1999, p. 6)

Annexe II : Grille de lecture

	Description	Analyse critique
Titre	Titre de l'étude (année de publication)	Titre clair? Cohérent avec la question de recherche? Étude trop ancienne?
Auteurs	Auteurs et professions si nommées	Auteurs légitimes pour le sujet?
Revue	Titre de la revue Impact Factor	Le domaine de la revue est-il en adéquation avec le sujet?
Objectifs	Question de recherche, hypothèse, champs, thématiques, problématiques.	Question de recherche claire et pertinente? Problématique et objectifs cohérents, convaincants et complets?
Population	Pays Échantillon (qui, combien?) Critères de sélection ou d'exclusion	Situation actuelle dans le pays (CS, AM) Représentativité de l'échantillon? Pertinences de critères d'inclusion/exclusion?
Méthode	Type d'étude Outils Déroulement de l'étude	Méthodologie en adéquation avec les objectifs? Méthodologie de qualité? Avantages/inconvénient des instruments de recherche
Résultats	Principaux résultats significatifs en résumé	Analyse bien décrite? Satisfaction des sujets? Résultats nuancés et clairs? Les résultats apportent-ils de nouvelles connaissances et peut-on les élargir à la population générale? Limite de l'étude?
Éthique	Précisions des auteurs relevant de l'éthique de l'étude	Présence d'un consentement éclairé, d'une autorisation d'un comité d'éthique? Anonymat respecté?
Forces	Quels sont les avantages à inclure cet article dans une revue de la littérature?	

Annexe III : Tableau résumé de la revue de la littérature

Étude	Objectifs Participants	Méthode	Échantillon	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Effect of Delivery Method and Timing of Breastfeeding Initiation on Breastfeeding Outcomes in Taiwan Chien & Tai Taiwan, 2007 <i>Birth-Iss Perinat C</i> Impact Factor : 2.182	Examiner l'effet du mode d'accouchement et de délai d'initiation de l'AM sur la prévalence de l'AM et le type d'AM (exclusif VS partiel). Mère avec n.-né sans anomalie congénitale.	Étude transversale Questionnaire envoyé à 1 et 3 mois PP à un échantillon représentatif des femmes ayant accouché à Taiwan.	N : 2064	Initiation d'AM < 30min de vie : 7% CS / 19% AVB. AM à l'hôpital : pas de différences significatives entre CS et AVB AM 1 mois PP : CS 76% / AVB 82% AM 3 mois PP : CS 47% / AVB 58% AM partiel CS > AVB Initiation AM < 30min de vie associée à un plus haut taux d'AM à 1 et 3 mois PP (OR 1.57).		La prise en charge durant l'hospitalisation a un effet sur l'AM. L'initiation précoce de l'AM promeut l'AM à plus long terme.
Exploration of factors influencing women's breastfeeding experiences following a caesarean section McFadden, Baker & Lavender Angleterre, 2009 <i>EBM</i> Impact Factor : Ø	Explorer les facteurs qui influencent l'expérience de l'AM après une CS avec une attention particulière sur l'initiation de l'AM. Mère avec CS	Étude qualitative Groupe témoin : n.-né dans la chambre en permanence durant l'hospitalisation Groupe intervention : n.-né hospitalisé	Témoin : 5 Interv. : 5 N : 10	Facteurs de vulnérabilité maternelle : séparation avec l'enfant, isolation, manque d'intimité. Soutien de l'équipe soignante pour l'AM très influent sur l'AM.	Femmes avec séparation mère-enfant ont besoin de plus de soutien psychologique que physique contrairement aux femmes avec un contact permanent. Besoin de proximité important après la CS. Surtout peau à peau.	La prise en charge après une CS influence l'état psychologique et physique de la mère et l'AM.
A Pilot Study of A Nursing Intervention Protocol to Minimize Maternal-Infant Separation After Cesarean Section Nolan & Lawrence USA, 2009 <i>JOGNN</i> Impact Factor : 1.035	Influence d'un contact permanent mère-enfant pendant les CS sur les douleurs, l'anxiété PP, le vécu de la naissance, l'AM à 1 mois PP et plusieurs paramètres néonataux. Mère à 37 SA avec CS élective itérative, grossesse unique.	Étude pilote randomisée Groupe témoin : prise en charge habituelle (premier contact en salle de réveil). Groupe intervention : pas de perte de contact auditif et visuel durant la césarienne et encouragement du peau à peau précoce. Questionnaire à 1 mois PP.	Témoin : 25 Interv. : 25 N : 50	Moins de mise au sein précoce (60% VS 80%) AM à l'hôpital similaire dans les 2 groupes (~90%) Moins d'AM à 1 mois PP (53% VS 80%)	Anxiété maternelle, fréquence respiratoire néonatale et douleurs maternelles à 1, 2, 4h PP sans différence significative Pas de différences d'AM à 1 mois PP entre les deux groupes si on sélectionne que les femmes ayant fait une mise au sein précoce.	Un protocole de contact permanent et de peau à peau précoce n'a pas d'effet négatif sur la mère et l'enfant. Au contraire, il permet une mise au sein précoce plus fréquente et favorise l'AM.
Cesarean and Vaginal Birth in Canadian Women : A Comparison of Experiences Chalmers, Kaczorowski, Darling, Heaman, Fell, O'Brien & Lee Canada, 2010 <i>Birth-Iss Perinat C</i> Impact Factor : 2.182	Explorer les corrélations entre CS et contact mère-enfant, AM et satisfaction des soins (partie qualitative) en comparaison aux AVB. Mère faisant partie d'une cohorte périnatale.	Étude transversale Questionnaire rétrospectif envoyé aux femmes portant sur le contact mère-enfant après l'accouchement, la satisfaction à l'accouchement et l'AM.	N : 6421	Insatisfaction quant au délai pour porter le n.-né après l'accouchement : 26% CS / 5% AVB Peau à peau lors du premier contact : 11% CS / 60% AVB Initiation de l'AM égal selon mode d'accouchement Initiation AM < 30min PP : 12% CS / 25% AVB AM à 6 mois : 50% CS / 55% AVB		Les femmes avec CS subissent plus d'interventions et ont moins de contact avec leur enfant. Les professionnels doivent prendre en charge les CS de la même manière que les femmes avec un AVB (mise au sein, peau à peau, etc.).

Étude	Objectifs Participants	Méthode	Échantillon	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Contact between mother, child and partner and attitudes towards breastfeeding in relation to mode of delivery Carlander, Edman, Christensson, Andolf & Wiklund Suède, 2010 <i>Sex Reprod Healthc Impact Factor : 0.16</i>	Investiguer le lien mère-enfant selon le mode d'accouchement à la naissance, et dans le PP. Hypothèse que le contact est moins fréquent après une CS. Femmes nullipares, n.-né sain, pas d'anesthésie générale.	Étude de cohorte Groupe témoin : femmes sans CS programmée. Groupe intervention : femmes à 37SA avec CS programmée. Questionnaire à 2 jours, 3 mois et 9 mois PP. Peau à peau d'office pendant les CS si pas de complications.	Tém. : 298 Interv. : 212 N : 510	Pas de différences significatives d'AM entre CS d'urgence et AVB À 2 jours PP, l'AM était vécu comme stressant pour les 2 groupes.	Contact vécu comme similaire à la naissance. Plus de difficulté d'AM et allaite moins à 3 et 9 mois PP CS sur demande maternelle est un facteur limitant pour l'AM comparé aux CS avec indication médicale.	Le vécu du contact mère-enfant est inchangé, quel que soit le mode d'accouchement. La CS d'urgence avec une politique de contact peau à peau précoce a un taux d'AM similaire à l'AVB. La CS sur demande maternelle est un facteur de diminution de l'AM.
Skin-to-Skin Contact After Cesarean Delivery : An Experimental Study Gouchon, Gregori, Picotto, Patrucco, Nangeroni & Di Giulio Italie, 2010 <i>Nurs Res Impact Factor : 1.402</i>	Influence du peau à peau précoce après CS sur la température du nouveau-né, l'AM, son initiation et sa durée et le vécu des mères. Mère à 36 SA avec CS élective, pas d'anesthésie générale.	Essai contrôlé randomisé Groupe témoin : prise en charge habituelle. Groupe intervention : peau à peau dès l'arrivée de la femme en salle de réveil (~53min) selon un protocole.	Témoin : 17 Interv. : 17 N : 34	Première mise au sein 43min après sortie du bloc AM à 3 mois 47%, durée moyenne 48 jours	Première mise au sein 22min après sortie du bloc AM à 3 mois 65%, durée moyenne 63 jours. Pas de différences de température néonatale. Les patientes pensent que le peau à peau précoce à aider la mise au sein.	Le peau à peau précoce après les CS favorise l'AM et est sans risque d'hypothermie néonatale. Il privilégie un bon vécu des mères de la période du PP immédiat.
Factors Influencing Breast Symptoms in Breastfeeding Women After Cesarean Section Delivery Hsien, Fu, Long & Lin Taiwan, 2011 <i>Asian Nurs Res Impact Factor : 0.071</i>	Étudier l'intensité du stress PP précoce d'un AM après CS. Évaluer les difficultés d'AM après CS dans le PP précoce. Identifier les facteurs augmentant les difficultés d'AM après CS. Mère mariée avec CS sous péridurale	Étude transversale Questionnaire rempli par les femmes durant l'hospitalisation au PP. Question sur les difficultés d'AM et le stress PP sous forme d'échelle.	N : 162	Les difficultés d'AM les plus stressantes pour les femmes sont : engorgement, douleurs mammaires. Les mères ayant mis au sein leur enfant durant la CS ont plus de difficulté d'AM (OR 1.26). Même relation avec le stress PP (OR 1.21)		La mise au sein se fera plutôt hors de la salle d'opération, dans un contexte confortable pour la mère. Le soutien de l'équipe soignante est primordial pour faire baisser le stress maternel dans le PP et ainsi favoriser l'AM.
Breastfeeding after cesarean delivery : a systematic review and meta-analysis of world literature. Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L., Modi, N. & Hyde, M. Royaume-Uni, 2012 <i>Am J Clin Nutr Impact Factor : 6.669</i>	Déterminer l'association entre le mode d'accouchement et l'initiation précoce de l'AM et sa continuité jusqu'à 6 mois PP	Revue systématique et méta-analyse Recherche systématique des études comparant l'initiation précoce de l'AM et/ou le taux d'AM à 6 mois PP entre les CS et les AVB. Une méta-analyse ainsi qu'une synthèse qualitative sont pratiquées avec les résultats des articles.	N : 569'585	Taux d'initiation précoce d'AM plus bas après CS (OR 0.57) Taux d'AM à 6 mois PP plus bas après CS (OR 0.87) Taux d'AM exclusif à 6 mois PP plus bas après CS (OR 0.81) Pas de différences d'AM à 6 mois PP entre CS et AVB lorsque l'on sélectionne uniquement les femmes ayant fait une mise au sein précoce.		Il y a une association négative entre mise au sein précoce et CS élective. Si l'allaitement est initié rapidement (1h), le mode d'accouchement n'a pas d'effet sur le taux d'AM à 6 mois PP et sur le taux d'AM exclusif.