

Étude prospective dans une maternité “ Amie des Bébés ” à Saint Paul (La Réunion) de mars à mai 2013 : évaluation de l’initiation de l’allaitement maternel chez des patientes ayant eu une analgésie péridurale versus absence d’analgésie

Jennifer Richard

► **To cite this version:**

Jennifer Richard. Étude prospective dans une maternité “ Amie des Bébés ” à Saint Paul (La Réunion) de mars à mai 2013 : évaluation de l’initiation de l’allaitement maternel chez des patientes ayant eu une analgésie péridurale versus absence d’analgésie. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01466805>

HAL Id: dumas-01466805

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01466805>

Submitted on 13 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

N° 184

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 29 novembre 2016

Par RICHARD Jennifer

Née le 11 janvier 1985 à L'HAY-LES-ROSES (94)

Etude prospective dans une maternité « Amie des Bébés » à Saint Paul (La Réunion) de mars à mai 2013 : évaluation de l'initiation de l'allaitement maternel chez des patientes ayant eu une analgésie péridurale versus absence d'analgésie.

Président du jury

Monsieur le Professeur Peter VON THEOBALD

Directrice de thèse

Madame le Docteur Sophie LACAZE

Rapporteur de thèse

Monsieur le Professeur Malik BOUKERROU

Assesseurs

Monsieur le Docteur Philippe CASTERA

Madame le Docteur Agnès MAMBOURG

Remerciements :

A ma directrice de thèse, Docteur Sophie LACAZE, pour ta patience et ta compréhension. Tu es pour moi un modèle de bienveillance envers les patients.

Au Professeur Malik BOUKERROU, pour avoir pris le temps de la relecture de cette thèse et pour me faire l'honneur de faire partie de mon jury.

Au Professeur Peter VON THEOBALD, pour me faire l'honneur d'accepter de présider mon jury.

Au Docteur Philippe CASTERA, Maître de conférences associé de Médecine Générale, pour me faire l'honneur de juger mon travail en faisant partie de mon jury.

Au Docteur Agnès MAMBOURG, pour tes conseils et pour me faire l'honneur d'accepter de faire partie de mon jury.

A toute l'équipe de la maternité de Gabriel Martin, pour votre accueil chaleureux et votre participation à mon étude. J'ai appris à aimer la gynécologie lors de mon passage parmi vous.

A Anne-Marie BOUVARD, consultante en lactation, pour ta bienveillance. Merci de m'avoir transmis les données statistiques sur l'allaitement maternel à la maternité Gabriel Martin.

A l'équipe de l'Unité de Soutien Méthodologique du CHU de la Réunion, pour avoir accepté de réaliser les analyses statistiques de mon étude.

A toutes les équipes médicales et paramédicales ainsi qu'aux patients que j'ai pu rencontrer jusqu'à ce jour, pour m'avoir permis d'enrichir mes connaissances médicales mais aussi et surtout de m'enrichir tout simplement humainement !

A ma fille que j'aime plus que tout !

A mon père qui m'a toujours soutenue dans tous les moments difficiles de ma vie tout en ayant su garder notre complicité !

A ma mère sans qui je ne serais pas là !

A toute ma famille que j'adore !

A Sébastien, pour ton soutien, ta compréhension, ta patience et ton amour. La vie est plus belle avec toi !

A Edith, pour nos sourires « tranche papaye » quel que soit le contexte, ça ne serait juste pas pareil sans toi ma chourie. Tu sais déjà à quel point je t'adore !

A Audrey, pour ton amitié sincère qui est restée intacte malgré les moments d'absence et pour tes nombreux conseils avisés. Je suis admirative de ta force de caractère... Une vraie lionne avec un cœur en or !

A Caro, pour ton amitié précieuse et ton soutien permanent. Tu mérites de vivre pleinement ta vie et d'être simplement heureuse !

A Fleur, pour notre complicité qui fait juste du bien. Je suis heureuse que tu sois devenue toi aussi une réunionnaise de cœur sœurlette !

A Loraine, pour notre soutien mutuel et ta bonne humeur perpétuelle !

A tous mes amis de l'enfance à ce jour et à toutes les personnes qui ont compté et qui comptent toujours dans ma vie !

Abréviations :

AM : allaitement maternel

APD : analgésie péridurale

IBFAT : score Infant Breastfeeding Assessment Tool

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés

IMC : Indice de masse corporelle

InVS : Institut de Veille Sanitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCEA : Patient Controlled Epidural Analgesia ou analgésie péridurale contrôlée par la patiente (APCP)

PNNS : Programme National Nutrition Santé

RR : Risque relatif

SLM : Substituts de lait maternel

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations unies pour l'enfance)

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	8
1.	Etat des connaissances actuelles.....	8
1.1.	Recommandations sur l’allaitement maternel de l’Organisation Mondiale de la Santé et du Fonds des Nations unies pour l’enfance.....	8
1.2.	L’Initiative Hôpital Ami des Bébé.....	8
1.3.	L’allaitement maternel en France.....	9
1.4.	Séquence sensorimotrice innée du nouveau-né.....	9
1.5.	Régulation de la lactation.....	10
1.6.	Facteurs influençant l’initiation de l’allaitement maternel.....	10
a.	Facteurs facilitants.....	10
b.	Facteurs limitants.....	11
1.7.	Méthodes antalgiques pendant le travail.....	11
1.8.	L’analgésie péridurale.....	12
a.	Les anesthésiques locaux.....	12
b.	Les opiacés.....	13
2.	L’APD a-t-elle un impact sur l’AM ?.....	13
3.	But de l’étude.....	14
II.	METHODES.....	15
1.	Critères d’inclusion.....	15
2.	Critères d’exclusion.....	15
3.	Critère de jugement principal.....	15
4.	Critères de jugement secondaire.....	16
5.	Analyses statistiques.....	16
III.	RESULTATS.....	17
1.	Caractéristiques de la population.....	17
1.1.	Patientes.....	17
1.2.	Nouveau-nés.....	18
2.	Critère de jugement principal : le taux d’AM exclusif à la sortie de la maternité.....	20
3.	Critères de jugement secondaires.....	20
IV.	DISCUSSION.....	23
1.	Notre étude et ses biais.....	23
2.	Effet de l’APD sur l’AM.....	24
3.	Hypothèses.....	26
4.	Proposition d’études ancillaires.....	26

5. Conclusion.....	27
V. REFERENCES	28
SERMENT D'HIPPOCRATE	36
RESUME	

Table des tableaux

Tableau I : Comparaison de l'utilisation de l'analgésie péridurale chez les patientes primipares et multipares (p=0,002)	17
Tableau II : Comparaison de la durée de travail des patientes des groupes avec et sans analgésie péridurale (p=0,84).....	18
Tableau III : Comparaison des caractéristiques à la naissance des nouveau-nés des groupes avec et sans analgésie péridurale	19
Tableau IV : Comparaison du type d'allaitement à la sortie de la maternité chez les nouveau-nés des groupes avec et sans analgésie péridurale (p=0,18)	20
Tableau V : Comparaison des délais entre la naissance et la réalisation de la première tétée des groupes avec et sans analgésie péridurale (p=0,12).....	20
Tableau VI : Scores Infant Breastfeeding Assessment Tool chez les nouveau-nés des groupes avec et sans analgésie péridurale	22

Table des figures

Figure 1 : Utilisation de compléments de lait artificiel et du tire-lait.....	19
Figure 2 : Comparaison de l'utilisation de compléments de lait artificiel chez des nouveau-nés des groupes avec et sans analgésie péridurale	21
Figure 3 : Comparaison de l'utilisation du tire-lait chez des patientes des groupes avec et sans analgésie péridurale	22

Table des annexes

Annexe 1 : Objectifs opérationnels de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	32
Annexe 2 : Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de la Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF intitulée « Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité ».	33
Annexe 3 : Les douze recommandations de l'IHAB	33
Annexe 4 : Neuf phases comportementales décrites par Widström en 2011 :	34
Annexe 5 : Recommandations de l'IHAB sur le peau à peau :.....	35
Annexe 6 : Score Infant Breastfeeding Assessment Tool	35

I. INTRODUCTION

1. Etat des connaissances actuelles

1.1. Recommandations sur l'allaitement maternel de l'Organisation Mondiale de la Santé et du Fonds des Nations unies pour l'enfance

L'allaitement maternel (AM) est recommandé de manière exclusive pendant les 6 premiers mois (1) puis sa poursuite est recommandée en complément de la diversification alimentaire jusqu'à l'âge de 2 ans voire plus (2).

L'AM apporte des effets bénéfiques à court terme ainsi qu'à long terme chez la mère et l'enfant.

Chez la mère, l'AM facilite à court terme les suites de couches notamment avec une diminution des infections du postpartum. A long terme, il diminue l'incidence des cancers du sein et de l'ovaire avant la ménopause (3).

Chez l'enfant, l'AM diminue à court terme l'incidence et la gravité des infections digestives et des voies respiratoires hautes et basses ainsi que le développement d'allergie chez les nourrissons à risque (3). A long terme, les effets bénéfiques de l'AM (surpoids, hypertension artérielle, diabète et quotient intellectuel) semblent se dissiper avec le temps et sont plus marqués chez l'enfant et l'adolescent que chez l'adulte (4).

La Déclaration Innocenti a été élaboré par l'OMS et l'UNICEF afin de lutter contre la dénutrition et la malnutrition du nourrisson et du jeune enfant [Annexe 1] (5,6).

1.2. L'Initiative Hôpital Ami des Bébés

En 1991, l'OMS et l'UNICEF ont lancé « l'Initiative pour des Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) ». Les services d'obstétrique et de néonatalité peuvent demander le label IHAB s'ils respectent les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » [Annexe 2] telles qu'énoncées dans la Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, et s'ils appliquent le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (SLM) (7) et les résolutions ultérieures de l'Assemblée Mondiale de la Santé.

Depuis sa création, les recommandations de l'IHAB ont été révisées en prenant en compte les dernières données scientifiques et l'expérience acquise au niveau mondial. Après utilisation dans plusieurs pays, la version la plus récente est parue en 2009 (8) regroupant douze recommandations [Annexe 3].

En décembre 2015, environ 20 000 établissements ont reçu le label « Hôpital Ami des Bébés » dans le monde dont 700 en Europe et 26 en France (9).

1.3. L'allaitement maternel en France

En France à la fin des années 1970, moins de la moitié des enfants recevaient du lait maternel seul ou en association avec des SLM en maternité. Le Programme national nutrition santé (PNNS) de 2006-2010 visait l'objectif de 70% d'enfants allaités, de façon exclusive ou partielle, à la naissance en 2010 (10).

Bien que cet objectif ait presque été atteint (69% en 2010), la prévalence de l'AM total en France se situe encore parmi les plus faibles d'Europe. La promotion de l'AM demeure une priorité du PNNS 2011-2015 (11).

Selon les données de l'étude EPIFANE (Épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie), réalisée en 2012 par l'Institut de veille sanitaire (InVS), 74% des nourrissons recevaient du lait maternel à la maternité (59 % de façon exclusive ou prédominante, 15 % associé à des SLM) (12). À 3 mois, 39% des enfants étaient encore allaités (10% de façon exclusive, 11% de façon prédominante et 18% associé à des SLM). A 6 mois, 23% des enfants étaient encore allaités (dont plus de la moitié associée à des SLM), et à un an, seuls 9 % l'étaient toujours. La médiane de l'AM exclusif ou prédominant était estimée à 3 semaines et demie.

En Europe, les taux d'AM à 6 mois variaient de 33 % aux Pays-Bas en 2003, à 82 % en Norvège en 2007.

La France est l'un des pays d'Europe où le taux d'initiation de l'AM à la naissance est l'un des plus bas et où les mères qui choisissent d'allaiter leur enfant le font le moins longtemps.

A l'île de la Réunion comme en France métropolitaine, l'AM devient de plus en plus fréquent au fil des années. En effet, 31% des nourrissons bénéficiaient d'un AM exclusif en 1995, 43 % en 1998 et 59 % en 2003. Inversement la part des nourrissons bénéficiant d'un AM mixte est passée de 33 % en 1995 à 13 % en 2003 et celle des nourrissons recevant des SLM de 36 % en 1995 à 28% en 2003. En métropole, sur la même période l'AM exclusif est passé de 45% en 1998 à 56,5% en 2003 (13).

En 2011, le taux global d'AM était de 71,2% à l'île de la Réunion (14).

Le taux global d'AM à la sortie de la maternité de Saint Paul, qui a été labellisée « Amie des Bébé » en 2012, était de 74,4% en 2013 (74,6% sur la période de notre étude de mars à mai 2013).

1.4. Séquence sensorimotrice innée du nouveau-né

Les premières minutes et heures de la vie extra-utérine sont rythmées par une séquence sensorimotrice innée chez le nouveau-né. *Righard et al* ont observé que les nouveau-nés placés en peau à peau sur leur mère rampaient dans un premier temps jusqu'à leur poitrine, avaient des réflexes de froufrou, puis tetaient le sein en moyenne 50 minutes après la naissance (15).

Widstöm et al ont découpé cette séquence sensorimotrice en neuf phases comportementales successives (16) [Annexe 4].

1.5. Régulation de la lactation

Il existe deux systèmes de régulation de la production du lait maternel.

Le système endocrine stimule la sécrétion du lait via la prolactine dont le taux augmente tout au long de la grossesse pour atteindre un taux sérique de base élevé à l'accouchement auquel se surajoute des pics de sécrétion lors de la stimulation de l'aréole pendant les tétées (17).

Le système autocrine est un mécanisme intrinsèque à la glande mammaire de rétrocontrôle négatif qui inhibe la synthèse lactée tant qu'il reste un volume de lait important au niveau des alvéoles (18). Ce système de régulation locale agit de manière indépendante d'un secteur du sein à l'autre voire d'un lobule à l'autre. Plus la quantité de lait extraite lors d'une tétée est importante, plus la vitesse de synthèse après la tétée est rapide. Ce qui permet au nouveau-né de réguler ses besoins (19).

La composition du lait varie également avec des taux de lipides, lactose et protéines qui diffèrent d'une tétée à l'autre mais aussi d'une femme à l'autre sur 24 heures (20). Les nouveau-nés dont le lait maternel avait une composition en lipides plus basse et donc un apport énergétique moindre s'adaptent en tétant des plus grandes quantités de lait sur la journée et ne présentaient pas de différence significative au niveau des paramètres de croissance (21).

1.6. Facteurs influençant l'initiation de l'allaitement maternel

a. Facteurs facilitants

Plusieurs facteurs facilitant l'initiation de l'AM ont été décrits :

- Une position de la mère et du nouveau-né adéquate (22), une bonne technique de succion avec une bonne étanchéité afin d'obtenir une pression négative intrabuccale et déclencher l'éjection du lait (23,24).
- Un soutien optimal avec préparation à l'allaitement maternel en prépartum, puis soutien optimisé en postpartum par l'équipe de la maternité et l'entourage de la patiente (19,25,26).
- La position en peau à peau du nouveau-né sur sa mère dès la naissance sans interruption quand les conditions pour la mère et l'enfant le permettent (15,27). En 2013, l'association française de l'IHAB a émis des recommandations sur la mise en œuvre du peau à peau en sécurité [Annexe 5].

- La multiparité (28).
- Un âge de la mère compris entre 25 et 34 ans et un niveau d'étude élevé (12).
- Un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 30kg/m² (28).
- Un accouchement par voie basse eutocique (29).
- Un score neurocomportemental élevé chez le nouveau-né (30).

b. Facteurs limitants

Des facteurs limitant l'initiation de l'AM ont également été décrits.

Dewey et al ont réalisé une étude chez 280 patientes dans cinq hôpitaux afin de rechercher des facteurs pouvant entraîner des difficultés lors du démarrage de l'allaitement maternel à l'aide du score Infant Breastfeeding Assessment Tool (IBFAT) à J0, J3, J5, J7 et J14 (31). Des scores plus bas étaient retrouvés en cas de primiparité (à J0 et J3), de césarienne (à J0), de mamelons plats ou ombiliqués (à J0 et J3), de l'utilisation de compléments de lait artificiel dans les 48 premières heures (à J3 et J7), de l'utilisation de sucette (à J3) et d'un IMC supérieur à 27kg/m² (à J7).

Dans l'étude EPIFANE, on retrouvait également la prématurité, un poids de naissance inférieur à 2500g et une consommation de tabac ou d'alcool (12).

1.7. Méthodes antalgiques pendant le travail

Les molécules administrées à la mère pendant le travail pourraient avoir une influence sur le comportement du nouveau-né. Cette influence semble moins forte par voie péridurale que par voie systémique.

La douleur pendant le travail dépend de multiples facteurs physiologiques et psychologiques ainsi que de l'expérience personnelle de la patiente (32).

Il n'existe pas de consensus sur la prise en charge de cette douleur.

Jones et al ont réalisé une revue de la littérature (33) afin de classer les méthodes utilisées pour soulager la douleur pendant le travail en trois catégories : « ce qui marche », « ce qui peut marcher » et celles dont les preuves restent insuffisantes.

On retrouvait :

- dans le groupe des techniques qui « marchent » : l'analgésie péridurale (APD), l'analgésie rachio-péridurale combinée et les analgésiques inhalés ;
- dans le groupe des techniques qui « peuvent marcher » : l'immersion dans l'eau, la relaxation, l'acupuncture, l'anesthésie locale et les antalgiques non opioïdes (anti-inflammatoires, paracétamol, antispasmodiques, antihistaminiques et sédatifs) ;

- dans le groupe des techniques dont les preuves restent insuffisantes : l'hypnose, le biofeedback, l'injection d'eau stérile, l'aromathérapie et la Neurostimulation Electrique Transcutanée.

Dans une revue de la littérature comprenant 38 études contrôlées randomisées comparant l'APD aux opiacés systémiques, *Anim Somuah et al* ont montré que l'APD permettait une diminution des douleurs ainsi qu'une diminution de l'utilisation de co-analgiques, un taux d'acidose fœtale moins fréquent et une diminution de l'utilisation de naloxone chez le nouveau-né (34).

Reynolds retrouvait lors d'une revue de la littérature que le score neurocomportemental des nouveau-nés était plus élevé dans le groupe avec APD en comparaison du groupe avec opiacés systémiques (35).

Righard et al trouvaient une technique de succion des nouveau-nés moins fréquemment efficace dans le groupe des mères ayant reçu de la péthidine pendant le travail (dont 25 nouveau-nés sur 40 qui n'avaient pas tété du tout) (15). Ils concluaient que dans la mesure du possible, l'utilisation de molécules telle que la péthidine devrait être limitée.

Une étude réalisée par *Crowell et al* décrivait une première tétée efficace retardée de 11 heures en moyenne après utilisation systémique de butorphanol ou de nalbuphine pendant le travail (36).

1.8. L'analgésie péridurale

L'APD se compose d'un anesthésique local et d'un opiacé. L'anesthésique local empêche la transmission des impulsions nerveuses, le bloc affecte successivement la nociception, la sensibilité thermique, le toucher, la proprioception puis la motricité. L'adjonction d'un opiacé permet de renforcer le bloc et de prolonger l'analgésie (37).

Il n'existe pas de consensus sur les molécules à utiliser.

Des études ont montré que l'APD pouvait entraîner des effets secondaires en fonction des molécules et des posologies utilisées : hypotension maternelle, fièvre maternelle (entraînant une suspicion de sepsis chez le nouveau-né), rétention aiguë d'urines (34,38,39). Les résultats étaient hétérogènes quant à la durée du travail, aux taux de césarienne et d'extraction instrumentale et à l'utilisation d'ocytocine (40).

a. Les anesthésiques locaux

Les anesthésiques locaux se composent d'un mélange de deux énantiomères de la même molécule dont les propriétés pharmacocinétiques sont différentes. En plus des caractéristiques propres au patient, ceci peut expliquer en partie la variabilité clinique d'un patient à l'autre pour un même anesthésique local. Une titration individuelle est nécessaire pour obtenir une analgésie satisfaisante et limiter les effets délétères (41).

Wang et al ont montré que l'efficacité de l'APD dépendait plus de la concentration que du type d'anesthésique local (42).

Dans une revue de la littérature, *Scherer et al* ne retrouvaient pas d'effet secondaire des anesthésiques locaux au niveau du doppler fœtal tant que l'hypotension maternelle était évitée, ni de différence significative au niveau des différents scores neurocomportementaux des nouveau-nés (43).

L'évolution des pratiques a progressivement conduit à utiliser des concentrations d'anesthésiques locaux de plus en plus diluées (40).

b. Les opiacés

Les opiacés utilisés par voie péridurale pendant le travail pourraient avoir une influence sur le comportement du nouveau-né.

Il a été démontré qu'il existait un passage transplacentaire important du fentanyl lors d'une APD avec un ratio foeto/maternel de 0,892 (44).

Beilin et al ont montré, dans une étude prospective randomisée, une relation dose-dépendante entre l'utilisation de fentanyl à des posologies élevées (dose cumulée de fentanyl supérieure à 150 µg) et un score neurocomportemental plus bas chez le nouveau-né à 24 heures postpartum ainsi qu'un taux d'arrêt d'AM plus élevé à 6 semaines. Cependant, ils ne retrouvaient pas d'association entre un score neurocomportemental bas du nouveau-né et un arrêt de l'AM à 6 semaines (45).

Loftus et al décrivaient un score neurocomportemental à 24 heures postpartum plus bas dans le groupe utilisant le fentanyl comme composant de l'APD en comparaison du groupe utilisant du sufentanil (46). Le fentanyl avait été administré par voie péridurale à un dosage 5,7 fois plus élevé que le sufentanil. Le passage systémique maternel du fentanyl était plus important avec un dosage 27 fois plus élevé en comparaison du sufentanil. Le taux de fentanyl était également 11 fois plus élevé au niveau de la veine ombilicale.

2. L'APD a-t-elle un impact sur l'AM ?

Devant l'efficacité de l'APD lors de la prise en charge de la douleur pendant le travail, son utilisation est devenue de plus en plus fréquente au fil des années. Entre 1995 et 2003, l'utilisation de l'APD est passée de 58% à 62,6% en France métropolitaine et de 28,7 à 40,7% à l'île de la Réunion (13).

De nombreuses études ont été réalisées afin d'évaluer les effets de l'APD chez la mère et son enfant. Cependant, l'AM ne faisait pas partie des paramètres étudiés dans un premier temps. Puis, certaines études se sont intéressées à l'impact que pourraient avoir l'APD sur le bon déroulement de l'AM mais celles-ci retrouvaient des résultats contradictoires (47-57).

La réalisation d'études complémentaires semblait donc nécessaire afin d'établir si l'APD avait un impact sur l'initiation de l'AM.

3. But de l'étude

Devant les résultats contradictoires de la littérature scientifique, nous nous sommes intéressés de manière prospective à la présence de difficultés lors de l'initiation de l'AM chez des patientes ayant bénéficié d'une APD en comparaison d'un groupe contrôle sans analgésie.

II. METHODES

Il s'agit d'une étude prospective réalisée à la Maternité de Gabriel Martin à Saint Paul à l'île de la Réunion de mars à mai 2013.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'initiation de l'AM chez des patientes souhaitant allaiter et ayant bénéficié d'une APD en comparaison d'un groupe contrôle sans analgésie.

La maternité Gabriel Martin de Saint Paul à l'île de la Réunion a reçu le label « Ami des Bébé » en 2012.

Chez ces patientes, l'APD était composée de sufentanil et de ropivacaïne, après avoir utilisé une dose test de lidocaïne.

1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans cette étude toutes les patientes ayant eu un accouchement par voie basse eutocique à un terme minimal de 37 semaines d'aménorrhée et souhaitant allaiter leur nouveau-né de manière exclusive de mars à mai 2013 à la Maternité de Gabriel Martin à Saint Paul.

2. Critères d'exclusion

Nous avons exclu les patientes ayant :

- reçu de la nalbuphine ou de la morphine pendant le travail
- subi un déclenchement du travail à l'aide de prostaglandines, une césarienne ou une extraction instrumentale
- présenté une hémorragie de la délivrance
- un nouveau-né ayant nécessité une prise en charge dans le service de néonatalogie ou présentant une fente labiopalatine.

3. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était le taux d'AM exclusif à la sortie de la maternité.

4. Critères de jugement secondaire

Les critères de jugement secondaires, pour compléter l'évaluation de l'initiation de l'AM, étaient :

- le délai entre l'accouchement et la première tétée du nouveau-né
- le score IBFAT (Infant Breastfeeding Assessment Tool) [Annexe 6] réalisé une fois par jour par les auxiliaires de puériculture pendant le séjour des patientes à la maternité
- l'utilisation d'un tire-lait par les patientes
- l'utilisation de SLM en complément de l'AM.

5. Analyses statistiques

Les variables qualitatives ont été exprimées en termes de fréquence et de pourcentages. Les variables quantitatives ont été exprimées en termes de moyenne et d'écart type à la moyenne.

Les comparaisons bivariées de données quantitatives ont été effectuées à l'aide du test de Mann et Whitney ou test t de Student, après vérification des conditions d'application. Les comparaisons bivariées de pourcentages ont été effectuées par les tests du Chi² de Pearson et du test exact de Fisher selon les conditions d'applications.

Toutes les hypothèses ont été testées au risque alpha de 0,05. L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel SAS 9.4 (SAS Institute Inc, Cary NC).

III. RESULTATS

1. Caractéristiques de la population

1.1. Patientes

Parmi les 181 patientes incluses, 57 patientes (31,5%) étaient primipares contre 124 (68,5%) multipares.

40% (n=73) d'entre elles ont bénéficié d'une APD.

Tableau I : Comparaison de l'utilisation de l'analgésie péridurale chez les patientes primipares et multipares (p=0,002)

	Primipares N=57 (%)	Multipares N=124 (%)
Absence d'analgésie péridurale	25 (43,9)	83 (66,9)
Analgésie péridurale	32 (56,1)	41 (33,1)

Parmi les 181 patientes incluses dans l'étude, 109 patientes (62%) avaient allaité au moins un de leurs enfants lors de précédentes grossesses contre 67 (38%) qui n'avaient pas allaité auparavant. Les données étaient manquantes pour 5 patientes.

Parmi les 124 patientes multipares, 109 patientes (91,6%) avaient allaité au moins un de leurs enfants lors de précédentes grossesses contre 10 (8,4%) qui n'avaient pas allaité auparavant. Les données étaient manquantes pour 5 patientes.

Parmi ces patientes multipares, l'APD a été utilisée chez 80% des patientes n'ayant jamais allaité auparavant versus 28% des patientes ayant déjà allaité au moins un de leurs enfants (p=0,002).

En moyenne, l'APD était posée 3 heures et 36 minutes avant l'accouchement avec une médiane à 3 heures et 30 minutes et un écart-type de 2 heures et 12 minutes.

Tableau II : Comparaison de la durée de travail des patientes des groupes avec et sans analgésie péridurale (p=0,84)

Durée du travail (heure)	Moyenne	Ecart-type	Médiane	25e percentile	75e percentile
Absence d'analgésie péridurale N=107	2,94	2,41	2,5	1	4,35
Analgésie péridurale N=72	2,85	2,3	2	1,1	4,23

Du protoxyde d'azote a été utilisé chez 47 patientes (26%), du Spasfon ® chez 22 patientes (12%) et du magnésium chez 16 patientes (9%).

Le protoxyde d'azote a été utilisé chez 31 patientes du groupe sans APD et 16 patientes du groupe avec APD sans différence significative (p=0,08).

Le Spasfon ® a été utilisé chez 12 patientes du groupe sans APD et 10 patientes du groupe avec APD sans différence significative (p=0,16).

Le magnésium a été utilisé chez 8 patientes du groupe sans APD et 8 patientes du groupe avec APD sans différence significative (p=0,15).

De l'ocytocine a été utilisée soit en déclenchement du travail soit au cours de l'accouchement chez 164 patientes (91%).

1.2. Nouveau-nés

Les nouveau-nés inclus dans cette étude étaient tous nés à un terme minimal de 37 semaines d'aménorrhée avec une moyenne et une médiane de 39,4 semaines d'aménorrhée (écart-type de 1,1 semaine d'aménorrhée).

Le poids de naissance était en moyenne de 3180 grammes, avec une médiane à 3130 grammes et un écart-type de 391 grammes.

Le pH artériel au niveau du cordon ombilical était en moyenne à 7,27 avec une médiane à 7,28 et un écart-type de 0,08.

Tableau III : Comparaison des caractéristiques à la naissance des nouveau-nés des groupes avec et sans analgésie péridurale

		Nombre de nouveau-nés	Moyenne	Ecart-type	Médiane	25e percentile	75e percentile
Absence d'analgésie	Terme (semaines d'aménorrhée)	108	39,15	1,04	39,3	38,4	39,85
Péridurale	Poids (grammes)	107	3127	388	3060	2830	3460
N=108	pH cordon	100	7,29	0,07	7,29	7,25	7,34
Analgésie	Terme (semaines d'aménorrhée)	72	39,86	1,05	40	39,15	40,6
Péridurale	Poids (grammes)	73	3258	386	3220	3040	3500
N=73	pH cordon	69	7,25	0,08	7,26	7,19	7,31

Les nouveau-nés du groupe avec APD étaient nés à un terme significativement plus avancé ($p < 0,001$) et avaient un poids de naissance significativement plus élevé ($p = 0,03$) que ceux du groupe sans APD.

Le pH au niveau du cordon était significativement plus élevé chez les nouveau-nés du groupe sans APD ($p = 0,003$).

La première tétée a été réalisée dans une durée inférieure à 120 minutes chez 146 nouveau-nés (82%) et dans une durée supérieure ou égale à 120 minutes chez 32 nouveau-nés (18%). Les données sont manquantes pour 3 nouveau-nés.

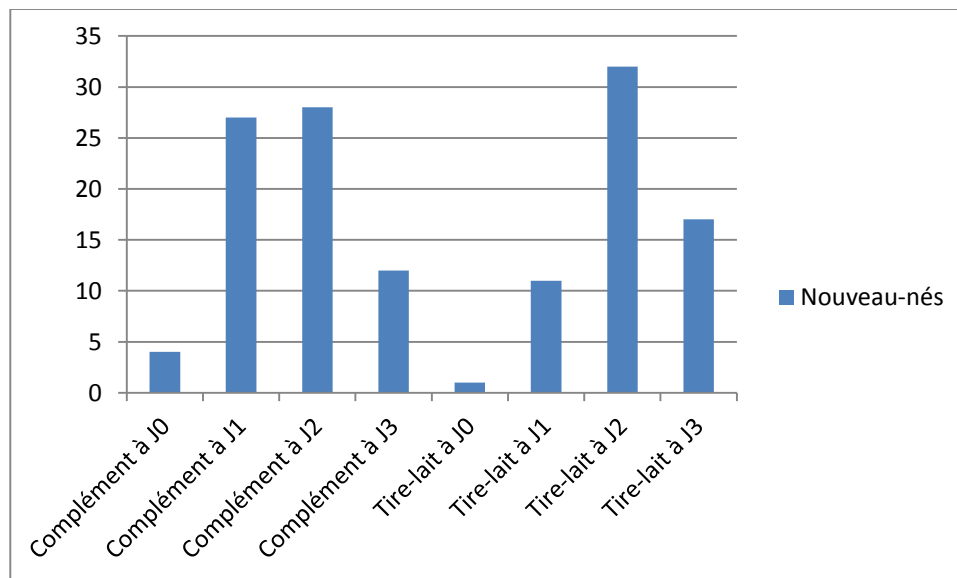


Figure 1 : Utilisation de compléments de lait artificiel et du tire-lait

2. Critère de jugement principal : le taux d'AM exclusif à la sortie de la maternité

Parmi les 181 patientes, 167 patientes (93%) allaitaient leur nouveau-né de manière exclusive à la sortie de la maternité, 5 patientes (3%) l'allaitaient de manière mixte et 7 patientes (4%) donnaient uniquement des SLM à leur enfant. Les données étaient manquantes pour 2 patientes.

Tableau IV : Comparaison du type d'allaitement à la sortie de la maternité chez les nouveau-nés des groupes avec et sans analgésie péridurale (p=0,18)

	Allaitement maternel exclusif	Allaitement artificiel ou mixte
Absence d'analgésie péridurale N=107 (%)	101 (94,4)	6 (5,6)
Analgésie péridurale N=72 (%)	66 (91,7)	6 (8,3)

3. Critères de jugement secondaires

Tableau V : Comparaison des délais entre la naissance et la réalisation de la première tétée des groupes avec et sans analgésie péridurale (p=0,12)

	Première tétée inférieure à 120 minutes	Première tétée supérieure ou égale à 120 minutes
Absence d'analgésie péridurale N=105 (%)	88 (83,8)	17 (16,2)
Analgésie péridurale N=73 (%)	58 (79,5)	15 (20,5)

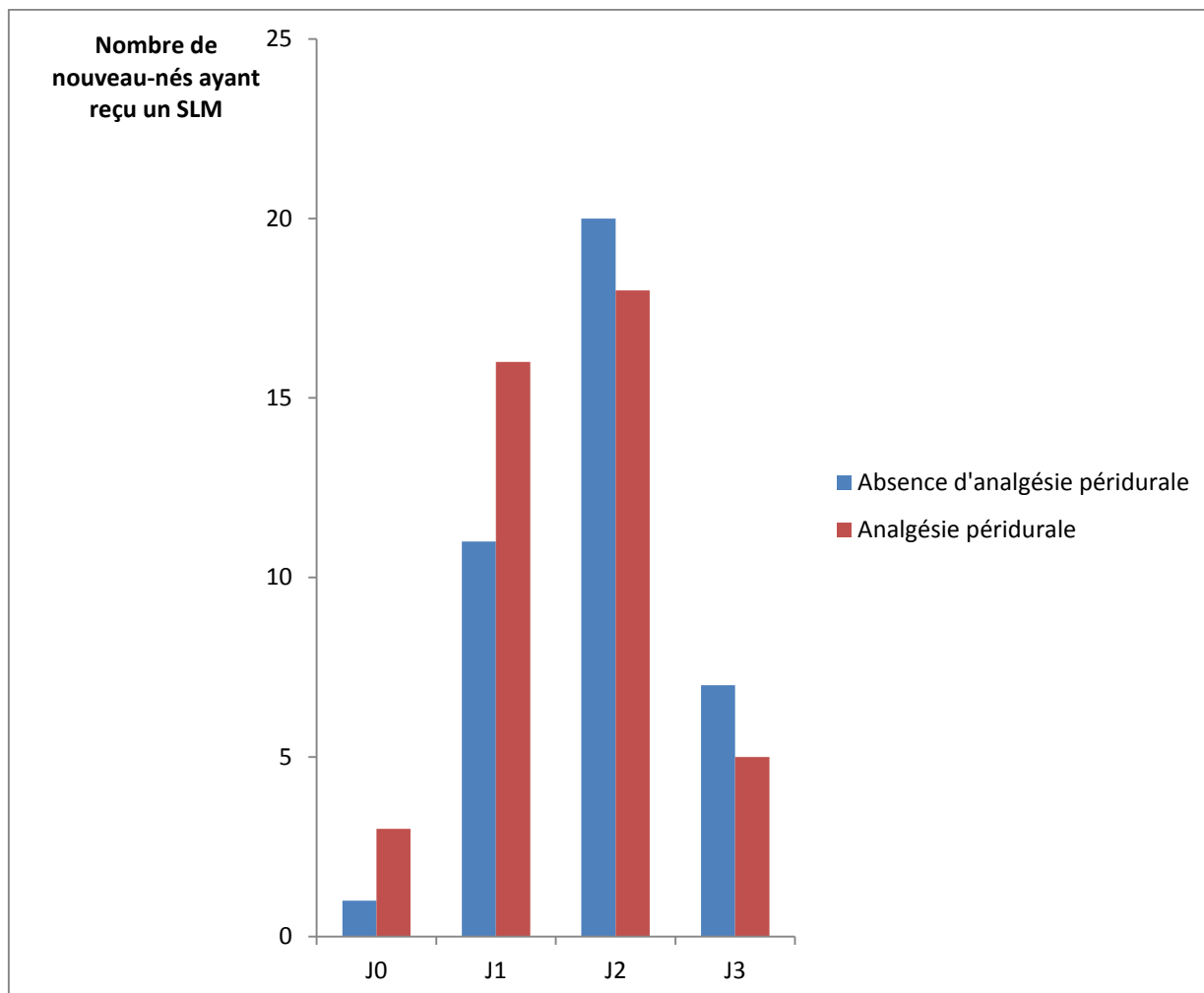


Figure 2 : Comparaison de l'utilisation de substituts de lait maternel chez des nouveau-nés des groupes avec et sans analgésie péridurale

L'utilisation de SLM chez les nouveau-nés du groupe avec APD était significativement plus fréquente (16 nouveau-nés du groupe avec APD soit 22,5% versus 11 nouveau-nés du groupe sans APD soit 10,6%) à J1 ($p=0,018$).

Il n'y avait pas de différence significative à J0 ($p=0,15$), J2 ($p=0,08$) et J3 ($p=0,23$).

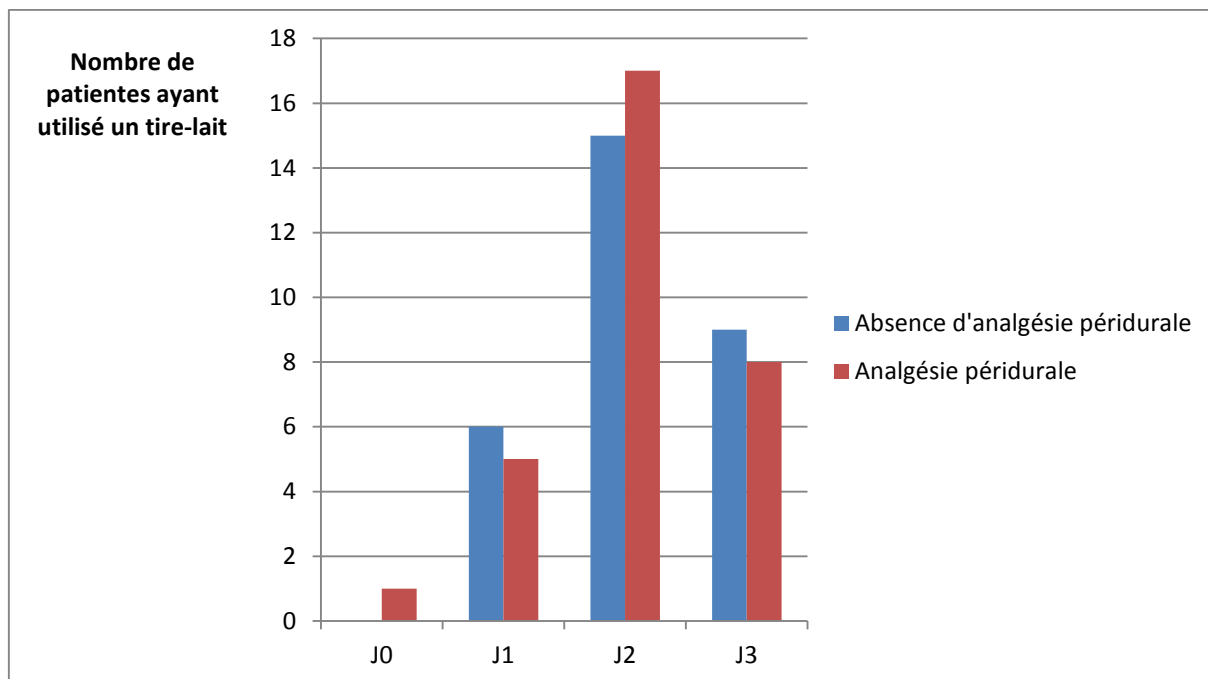


Figure 3 : Comparaison de l'utilisation du tire-lait chez des patientes des groupes avec et sans analgésie péridurale

L'utilisation du tire-lait était significativement plus fréquente chez les patientes du groupe avec APD (17 patientes du groupe avec APD soit 24,3% versus 15 patientes du groupe sans APD soit 14,3%) à J2 ($p=0,04$).

Il n'y avait pas de différence significative d'utilisation du tire-lait entre les deux groupes à J0 ($p=0,4$), J1 ($p=0,23$) et J3 ($p=0,17$).

Tableau VI : Scores Infant Breastfeeding Assessment Tool chez les nouveau-nés des groupes avec et sans analgésie péridurale

		Nombre de nouveau-nés	Moyenne	Ecart-type	Médiane	25e centile	75e centile
Absence d'analgésie péridurale N=108	IBFATJ0	38	11,03	1,26	12	10	12
	IBFATJ1	64	11,34	1,28	12	11	12
	IBFATJ2	63	11,71	0,81	12	12	12
	IBFATJ3	60	11,98	0,13	12	12	12
Analgésie péridurale N=73	IBFATJ0	25	10,24	2,11	11	9	12
	IBFATJ1	43	11,21	1,34	12	10	12
	IBFATJ2	48	11,52	1,01	12	12	12
	IBFATJ3	43	11,91	0,61	12	12	12

Le nombre élevé de scores IBFAT manquants ne permettait pas de définir la présence ou non d'une différence significative.

IV. DISCUSSION

1. Notre étude et ses biais

Dans notre étude, nous ne retrouvons pas de différence significative du taux d'AM exclusif à la sortie de la maternité dans le groupe avec APD en comparaison du groupe contrôle sans analgésie.

Les taux d'AM exclusif étaient élevés dans les deux groupes.

Afin de limiter les biais, nous nous sommes intéressés à des patientes souhaitant allaiter, ayant eu un accouchement par voie basse eutocique, à un terme minimal de 37 semaines d'aménorrhée, avec un nouveau-né en bonne santé, sans fente labio-palatine (permettant d'obtenir une bonne étanchéité lors de la succion (24)).

Devant la présence de plusieurs facteurs facilitants l'AM, une taille d'échantillon de population plus importante aurait été plus appropriée. En effet, pour calculer la taille de notre échantillon, nous avons utilisé les données statistiques globales sur l'utilisation de l'APD à la maternité de Saint Paul sans tenir compte des critères d'exclusion de notre étude.

Parmi les critères de jugement secondaires, l'utilisation plus fréquente de compléments de lait artificiel à J1 et du tire-lait à J2 dans le groupe avec APD pourrait être le reflet de difficultés à l'initiation de l'AM.

Les compléments de lait artificiel étaient utilisés soit lors d'une perte de poids du nouveau-né trop importante soit à la demande de la mère. L'existence de différentes causes possibles à leur utilisation a pu créer un biais de mesure.

Le taux d'utilisation du tire-lait ne tenait pas compte de l'utilisation de l'expression manuelle. Ceci a pu également créer un biais de mesure car l'utilisation du tire-lait comme de l'expression manuelle permet de stimuler la production de lait lors d'une stimulation insuffisante par le nouveau-né.

Nous avons demandé aux médecins anesthésistes de réaliser un protocole d'APD commun utilisant les mêmes molécules chez toutes les patientes. Le protocole utilisé était composé de ropivacaïne et de sufentanil. Cependant, les dosages étaient hétérogènes.

Nous avons décidé d'exclure de notre étude les patientes ayant reçu des analgésiques morphiniques par voie systémique ou de la nalbuphine pendant le travail, des études ayant montré que leur utilisation était liée à des scores neurocomportementaux des nouveau-nés plus bas et un retard à l'initiation de l'AM (35,36).

La multiparité était plus fréquente chez les patientes du groupe sans analgésie ce qui peut créer un biais de sélection car la multiparité est un facteur facilitant l'AM (28).

Parmi les patientes multipares, le taux d'antécédent d'AM était élevé (91,6%). L'expérience de l'AM lors d'une précédente grossesse est également un facteur facilitant (58), ce qui peut créer un biais de sélection.

Les patientes ayant déjà allaité auparavant choisissaient significativement moins souvent d'avoir recours à l'APD.

Les nouveau-nés du groupe avec APD avaient un poids de naissance significativement plus élevé par rapport à ceux du groupe sans APD ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils étaient nés à un terme significativement plus avancé.

Le terme plus avancé pourrait permettre une meilleure acquisition de compétences neurocomportementales comme celles de la capacité à téter efficacement et constituer un biais de confusion.

Nous ne retrouvons pas de retard significatif à la première tétée lors de l'utilisation de l'APD. Cependant, les données ont été analysées de manière dichotomique (durée inférieure ou supérieure à 120 minutes correspondant au temps passé en surveillance dans la salle d'accouchement). Une analyse de données quantitatives auraient été plus précise et plus représentative.

Nous avons décidé de réaliser cette étude dans une maternité ayant obtenu le label de l'IHAB afin d'avoir une prise en charge uniforme par le personnel soignant et de permettre la réalisation des scores IBFAT.

Malheureusement, la réalisation des scores IBFAT a été partielle, ayant représenté une surcharge de travail pour l'équipe soignante. Devant le manque de données, ces scores n'ont pas pu être interprétés.

2. Effet de l'APD sur l'AM

Chez les mères qui souhaitent allaiter, il se pose la question d'une éventuelle sédation des nouveau-nés suite à l'utilisation d'analgésiques pendant le travail, ce qui pourrait perturber la séquence sensorimotrice innée du nouveau-né.

Les études réalisées précédemment avaient des résultats contradictoires (47–57).

L'hétérogénéité de ces résultats pouvait être liée à l'utilisation de molécules différentes à des concentrations variables ainsi qu'à des schémas d'études différents.

Parmi les études retrouvant un impact négatif de l'APD sur l'AM, l'étude rétrospective de *Wiklund et al* a été réalisée chez 351 patientes ayant reçu une APD (composée de sufentanil et de bupivacaïne) et 351 patientes faisant partie d'un groupe contrôle (48). Il était retrouvé une diminution des tétées à H4, une augmentation de l'utilisation de SLM pendant le séjour à la maternité et un taux d'AM exclusif plus bas à la sortie dans le groupe avec APD.

Ransjo et al ont réalisé une étude sur un petit échantillon composé de 28 nouveau-nés qui montrait une diminution chez les nouveau-nés de l'exploration avec leur mains, des mouvements de succion ainsi qu'une augmentation des pleurs et du délai à effectuer la première tétée dans le groupe avec analgésie (56). Cependant, ils ne différenciaient pas les patientes ayant reçu également de la péthidine, rendant les résultats plus difficilement interprétables.

Au contraire, *Wieckzoreck et al* ont réalisé une étude prospective chez 105 patientes multipares avec des questionnaires téléphoniques à S1 et S6 et ont retrouvé un taux d'AM exclusif élevé (95,6%) même en utilisant des doses de fentanyl supérieures à 150µg (55). Dans l'établissement canadien où s'est effectuée l'étude, l'accès à des cours et à des consultations de soutien pour l'AM était disponible et gratuit pour tous, avec un taux de soutien élevé de 69% lors de cette étude. Il n'y avait pas de groupe contrôle pour comparer le

taux d'AM sans APD. La réalisation de questionnaires téléphoniques peut représenter un biais de mesure.

Chang et al ne retrouvaient pas de différence significative lors de l'initiation de l'AM chez des patientes ayant reçu une APD (composée de fentanyl et de bupivacaïne ou ropivacaïne) (57). Le recueil de données basé sur des appels téléphoniques effectués à 4 semaines pouvait constituer un biais de mesure. Par contre, indépendamment de l'utilisation de l'APD, le score neurocomportemental évalué à H12 permettait d'identifier les nouveau-nés à risque de difficultés à téter efficacement.

Des études récentes suggèrent qu'il existerait bien un impact de l'APD sur l'initiation de l'AM.

En effet, en 2014, *Lind et al* retrouvaient un retard de montée de lait supérieur à 3 jours plus fréquent (OR 2,05) chez les patientes du groupe avec APD en comparaison du groupe sans analgésie (59). Cependant, les résultats ont été analysés à partir de 2366 questionnaires envoyés un mois après la naissance ce qui a pu créer un biais de mesure.

En 2015, lors d'une étude rétrospective, *Herrera et al* ont montré que le délai entre la naissance et la première tétée était plus fréquemment inférieur à 2 heures postpartum dans le groupe sans APD que dans le groupe avec APD composée de fentanyl et de bupivacaïne ou ropivacaïne (respectivement 91% et 82%) avec un odds ratio à 1,96 (60).

En 2015, *Brimdyr et al* ont réalisé une étude chez 63 nouveau-nés filmés lors de leur première heure de vie afin d'observer les 9 phases comportementales décrites auparavant par *Widström et al* [Annexe 4]. Leur conclusion était que la capacité des nouveau-nés à téter diminuait plus le taux de fentanyl utilisé augmentait avec un impact significatif à partir de 150 µg de fentanyl (61), comme l'avaient suggéré *Beilin et al* auparavant (45).

L'évolution des pratiques, centrée sur la diminution du bloc moteur, a permis l'utilisation d'anesthésiques locaux à des concentrations de plus en plus diluées par voie péridurale. La concentration de bupivacaïne qui était auparavant de 0,5% a diminué progressivement à 0,1% (40).

L'utilisation de l'analgésie péridurale contrôlée par la patiente (APCP ou PCEA (Patient Controlled Epidural Analgesia)) permettrait de réduire d'un tiers la dose reçue d'analgésiques par voie péridurale (40,62).

Rigouzzo et al ont montré dans leur étude qu'il n'y avait pas d'amélioration de la prise en charge de la douleur en utilisant des concentrations de sufentanil supérieures à 0,25 µg/ml associée à de la ropivacaïne à 0,1% lors d'une PCEA (63).

Eriksson et al ont réalisé une étude randomisée en double aveugle chez 243 patientes réparties en trois groupes avec trois dosages différents de sufentanil (64). Ils ne retrouvaient pas de différence significative entre les trois groupes au niveau de l'évaluation de la douleur et de la satisfaction des patientes. Ils concluaient que le dosage le plus faible était le plus approprié.

A l'heure actuelle, il n'existe pas de consensus ni sur les molécules ni sur les dosages à utiliser par voie péridurale. Cependant, trouver le dosage minimal efficace pour chaque patiente paraît être l'approche la plus appropriée.

3. Hypothèses

Une perturbation au niveau des systèmes de régulation endocrine et autocrine de la lactation pourrait entraîner des difficultés lors de l'initiation de l'AM (19). L'utilisation des opiacés entraîne une hyperprolactinémie via des mécanismes encore mal connus (17,65), ce qui pourrait modifier la régulation endocrine de la lactation.

L'étude EPIFANE s'est intéressée à la diminution progressive du taux d'AM exclusif pendant le premier mois postnatal. Cette diminution était plus prononcée pendant la première semaine postnatale (12). Le suivi et le soutien de la mère et de son enfant semblent à améliorer pendant cette période.

Le soutien est essentiel chez toutes les mères qui souhaitent allaiter. *Renfrew et al* ont réalisé une revue de la littérature qui montrait que le soutien des mères permettait une durée d'AM plus longue que ce soit au niveau de l'AM global (avec un RR d'arrêt de l'AM avant 6 mois à 0,91) ou au niveau de l'AM exclusif (avec un RR à 0,86) (66).

La réalisation de scores tel que l'IBFAT, qui a été vécue comme une surcharge de travail par l'équipe soignante pendant notre étude, pourrait permettre d'évaluer l'efficacité de la tétée par le nouveau-né et de dépister la présence de difficultés tout en accompagnant les mères pendant ce temps de présence à leurs côtés.

Par ailleurs, dans notre étude, le pH artériel ombilical était significativement plus élevé chez les nouveau-nés du groupe sans APD. Dans une méta-analyse, *Reynolds et al* retrouvaient un pH artériel ombilical plus élevé dans les groupes avec APD en comparaison des groupes avec analgésie systémique dans les études randomisées mais ne retrouvait pas de différence significative dans les études non randomisées (67). Par contre, l'excès de bases était plus élevé dans le groupe avec APD dans toutes les études. Le pH artériel pouvant être influencé par l'hyperventilation maternelle, l'excès de bases paraît être un indice plus fiable de l'équilibre acido-basique du nouveau-né.

4. Proposition d'études ancillaires

La réalisation d'études complémentaires avec des échantillons de population plus importants paraît nécessaire afin d'établir s'il existe un lien entre l'utilisation de l'APD et des difficultés lors de l'initiation de l'AM dont la réussite reste multifactorielle.

Le taux d'AM ne permettant pas d'être assez discriminant pour étudier la présence de difficultés lors de l'initiation de l'AM, le critère de jugement principal le plus approprié semble être un score permettant d'évaluer la capacité à téter du nouveau-né tel que l'IBFAT.

Les critères de jugement secondaires utilisés pourraient être :

- le taux d'AM
- l'utilisation de compléments de lait artificiel en précisant la cause de leur utilisation
- l'utilisation du tire-lait et de l'expression manuelle
- la durée entre la naissance et la première tétée évaluée de manière quantitative
- les différentes concentrations des analgésiques utilisés lors de l'APD.

5. Conclusion

Les résultats de notre étude ainsi que les résultats des études réalisées depuis ne permettent pas de répondre avec certitude sur l'éventuel impact de l'APD sur l'initiation de l'AM. Cependant, l'utilisation de concentrations élevées des analgésiques utilisés par voie péridurale semble entraîner une diminution des scores neurocomportementaux des nouveau-nés et des difficultés à l'initiation de l'AM.

Les concentrations utilisées ne sont pas indiquées dans la plupart des études y compris dans notre étude dont les concentrations étaient hétérogènes.

L'utilisation d'analgésiques à forte concentration semble avoir un impact sur l'initiation de l'AM mais qui reste modéré devant l'absence de différence significative au niveau du taux d'AM.

Dans l'attente d'études complémentaires, il paraît approprié de dépister les risques de difficultés lors de l'initiation de l'AM à l'aide de scores permettant d'évaluer la capacité à téter des nouveau-nés et de soutenir les patientes en pré et postpartum pour renforcer leur confiance dans leur capacité à allaiter.

V. REFERENCES

1. WHO. Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding. 2001.
2. WHO. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. WHA54.2. 2001.
3. Société Française de Pédiatrie, Ministère de la Santé et des Solidarités. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. 2005.
4. WHO. Long-term effects of breastfeeding : a systematic review. WHO Libr. 2013;1-74.
5. WHO, UNICEF. Déclaration d'Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel. 1990 p. 1-3.
6. WHO. Déclaration Innocenti de 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. 2005 p. 1-6.
7. WHO. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. 1981;1-23.
8. WHO, UNICEF. Baby-Friendly Hospital Initiative : revised, updated and expanded for integrated care. Section 4, Hospital self-appraisal and monitoring. WHO Libr. 2009;(January):1-94.
9. Initiative Hôpital Ami des Bébé. Les établissements labellisés "Amis des Bébé." <http://amis-des-bebes.fr/etablissements-labelises-ihab.php>.
10. Ministère de la Santé et des Solidarités. Deuxième Programme national nutrition santé 2006-2010. 2006;(september):1-51.
11. Ministère du travail de l'emploi et de la santé. Programme national nutrition santé 2011-2015. 2011;1-66.
12. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J CK. Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013). Bull Epidémiologique Hebd. 2014;27:450-7.
13. DRASS. L'enquête nationale périnatale 2003 à La Réunion. 2005.
14. Conseil Général de la Reunion. Statistiques des carnets de santé à J8. 2012.
15. Righard L, Alade M. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet. 1990;336(8723):1105-7.
16. Widström A, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. Acta Paediatr. 2011;100(1):79-85.
17. La Leche League France. Dossier de l'allaitement numéro 62 : Le point sur la prolactine. 2005.
18. Wilde CJ, Addey CVP, Boddy LM, Peaker M. Autocrine regulation of milk secretion by a protein in milk. Biochem J. 1995;305:51-8.
19. Gremmo-Feger G. Lactation humaine : nouvelles données anatomophysiologiques et implications cliniques. Médecine et Enfance. 2006;Novembre:503-9.
20. Mitoulas LR, Kent JC, Cox DB, Owens RA, Sherriff JL, Hartmann PE. Variation in fat , lactose and protein in human milk over 24 h and throughout the first year of lactation. Br J

- Nutr. 2002;88:29–37.
21. Tyson J, Burchfield J, Sentance F, Mize C, Uauy R, Eastburn J. Adaptation of feeding to a low fat yield in breast milk. *Pediatrics*. 1992;89(2):215–20.
 22. Colson S, Meek J, Hawdon J. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Hum Dev*. 2008;84(7):441–9.
 23. Mulder P. A concept analysis of effective breastfeeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(3):332–9.
 24. Geddes D, Kent J, Mitoulas L, Hartmann P. Tongue movement and intra-oral vacuum in breastfeeding infants. *Early Hum Dev*. 2008;84(7):471–7.
 25. Noel-Weiss J, Bassett V, Cragg B. Developing a prenatal breastfeeding workshop to support maternal breastfeeding self-efficacy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(3):349–57.
 26. Baghurst P, Pincombe J, Peat B, Henderson A, Reddin E, Antoniou G. Breast feeding self-efficacy and other determinants of the duration of breast feeding in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery*. 2007;23(4):382–91.
 27. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(5):1–75.
 28. Gubler T, Krähenmann F, Roos M, Zimmermann R, Ochsenbein-Kölble N. Determinants of successful breastfeeding initiation in healthy term singletons: a Swiss university hospital observational study. *J Perinat Med*. 2013;41(3):331–9.
 29. Vestermark V, Hogdall CK, Birch M, Plenov G. Influence of the mode of delivery on initiation of breast-feeding. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1990;38:33–8.
 30. Radzysinski S. Neurobehavioral functioning and breastfeeding behavior in the newborn. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;34(3):335–41.
 31. Dewey K, Nommsen-Rivers L, Heinig M, Cohen R. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*. 2003;112:607–19.
 32. Lowe N. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(5):S16–24.
 33. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour : an overview of systematic reviews. *Cochrane Collab*. 2013;(6):1–4.
 34. Anim-somuah M, Smyth R, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour (Review). *Cochrane Collab*. 2011;(12):1–3.
 35. Reynolds F. Labour analgesia and the baby: good news is no news. *Int J Obstet Anesth* [Internet]. Elsevier Ltd; 2011 Jan [cited 2014 Sep 5];20(1):38–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21146977>
 36. Crowell M, Hill P, Humenick S. Relationship between obstetric analgesia and time of effective breast feeding. *J Nurse Midwifery*. 1994;39(3):150–6.
 37. Schug S, Saunders D, Kurowski I, Paech M. Neuraxial drug administration: a review of treatment options for anaesthesia and analgesia. *CNS Drugs*. 2006;20(11):917–33.
 38. Leighton B, Halpern S. The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2002 May [cited 2014 Sep 21];186(5):S69–77. Available from:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937802207474>

39. Lieberman E, O'Donoghue C. Unintended effects of epidural analgesia during labor: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2002 May [cited 2014 Sep 11];186(5):S31–68. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000293780221460X>
40. Dorie A De, Mercier FJ. Les nouveaux défis de l'analgésie obstétricale. *MAPAR*. 2007;107–15.
41. Maria Cusato, Thekla Niebel, Silvia Bettinelli MR. How pharmacokinetic can help to choose the right local anesthetics during epidural infusion. *Eur J Pain Suppl*. 2011;5(2):471–5.
42. Wang L, Chang X, Liu X, Hu X, Tang B. Comparison of bupivacaine, ropivacaine and levobupivacaine with sufentanil for patient-controlled epidural analgesia during labor: a randomized clinical trial. *Chin Med J (Engl)*. 2010;123(2):178–83.
43. Scherer R, Holzgreve W. Influence of epidural analgesia on fetal and neonatal well-being. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1995;59:S17–29.
44. Moisés E, de Barros Duarte L, de Carvalho Cavalli R, Lanchote V, Duarte G. Pharmacokinetics and transplacental distribution of fentanyl in epidural anesthesia for normal pregnant women. *Eur J Clin Pharmacol*. 2005;61(7):517–22.
45. Beilin Y, Bodian C, Weiser J, Hossain S, Arnold I. Effect of Labor Epidural Analgesia with and without Fentanyl on Infant Breast-feeding : A prospective, randomized, double-blind study. *Anesthesiology*. 2005;103(6):1211–7.
46. Loftus J, Hill H, Cohen S. Placental Transfer and Neonatal Effects of Epidural Sufentanil and Fentanyl Administered with Bupivacaine during labor. *Anesthesiology*. 1995;83(2):300–8.
47. Radzimirski S. The effect of ultra low dose epidural analgesia on newborn breastfeeding behaviors. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(3):322–31.
48. Wiklund I, Norman M, Uvnäs-Moberg K, Ransjö-Arvidson A, Andolf E. Epidural analgesia : Breast-feeding success and related factors. *Midwifery*. 2009;25:31–8.
49. Devroe S, De Coster J, Van de Velde M. Breastfeeding and epidural analgesia during labour. *Curr Opin Anesthesiol*. 2009;22(3):327–9.
50. Baumgardner DJ, Muehl P, Fischer M, Pribbenow B. Effect of Labor Epidural Anesthesia on Breast-feeding of Healthy Full-term Newborns Delivered Vaginally. *J Am Board Fam Med*. 2003;16(1):7–13.
51. Volmanen P, Valanne J, Alahuhta S. Breast-feeding problems after epidural analgesia for labour: a retrospective cohort study of pain, obstetrical procedures and breast-feeding practices. *Int J Obstet Anesth*. 2004;13(1):25–9.
52. Henderson J, Dickinson J, Evans S, McDonald S, Paech M. Impact of intrapartum epidural analgesia on breast-feeding duration. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*. 2003;43(5):372–7.
53. Torvaldsen S, Roberts CL, Simpson JM, Thompson JF, Ellwood D a. Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: a prospective cohort study. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2006 Jan [cited 2014 Sep 24];1(24):1–7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1702531&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
54. Dozier A, Howard C, Brownell E, et al. Labor epidural anesthesia, obstetric factors and breastfeeding cessation. *Matern Child Health J*. 2013;17(4):689–98.

55. Wieczorek PM, Guest S, Balki M, Shah V, Carvalho J. Breastfeeding success rate after vaginal delivery can be high despite the use of epidural fentanyl: an observational cohort study. *Int J Obstet Anesth* [Internet]. Elsevier Ltd; 2010 Jul [cited 2014 Oct 1];19:273–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20627690>
56. Ransjö-Arvidson A, Matthiesen A, Lilja G, Nissen E, Widström A, Uvnäs-Moberg K. Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth*. 2001;28(1):5–12.
57. Chang Z, Heaman M. Epidural analgesia during labor and delivery: effects on the initiation and continuation of effective breastfeeding. *J Hum Lact*. 2005;21(3):305–14.
58. Li Bai D, Yee Tak Fong D, Tarrant M. Previous Breastfeeding Experience and Duration of Any and Exclusive Breastfeeding among Multiparous Mothers. *Birth*. 2015;42(1):70–7.
59. Lind JN, Perrine CG, Li R. Relationship between use of labor pain medications and delayed onset of lactation. *J Hum Lact*. 2014;30(2):167–73.
60. Herrera-Gomez A, Garcia-MARTinez O, Ramos-Torrecillas J, De Luna-Bertos E. Retrospective study of the association between epidural analgesia during labour and complications for the newborn. *Midwifery* [Internet]. Elsevier; 2015;31(6):613–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.013>
61. Brimdyr K, Cadwell K, Widström A-M, Al E. The Association Between Common Labor Drugs and Suckling When Skin-to-Skin During the First Hour After Birth. *Birth*. 2015;1–10.
62. Paech M. Patient-controlled epidural analgesia in obstetrics. *Int J Obstet Anesth*. 1996;5(2):115–25.
63. Rigouzzo A, Mesnards V Des, Ducloy-Bouthors A-S, Martel-Jacob S. Optimal Concentration of Sufentanil Needed with Ropivacaine 0.1% for Labor Epidural Analgesia. *Anesthesiology*. 2006;105:A910.
64. Eriksson S, Frykholm P, Stenlund P, Olofsson C. A comparison of three doses of sufentanil in combination with bupivacaine-adrenaline in continuous epidural analgesia during labour. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2000;44(8):919–23.
65. Tolis G, Dent R, Guyda H. Opiates, prolactin, and the dopamine receptor. *J Clin Endocrinol Metab*. 1978;47(1):200–3.
66. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;16:1–121.
67. Reynolds F, Sharma SK, Seed PT. Analgesia in labour and fetal acid-base balance : a meta-analysis comparing epidural with systemic opioid analgesia. *Br J Obstet Gynaecol*. 2002;109(December):1344–53.

ANNEXES

Annexe 1 : Objectifs opérationnels de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Quatre cibles opérationnelles reprises de la Déclaration Innocenti de 1990 :

1. Désigner un coordinateur national doté de pouvoirs appropriés et créer un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel, composé de représentants des services gouvernementaux compétents, d'organisations non gouvernementales et d'associations professionnelles dans le domaine de la santé.
2. Faire en sorte que chaque établissement assurant des prestations de maternité respecte pleinement les « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » énoncées dans la Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF sur l'allaitement maternel et les services liés à la maternité.
3. Mettre en œuvre les principes et l'objectif du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la Santé.
4. Promulguer des lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent à allaiter leur enfant et adopter des mesures pour assurer leur application.

Cinq cibles opérationnelles supplémentaires de la Déclaration Innocenti de 2005 :

5. Elaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer une politique complète sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, dans le contexte des politiques et programmes nationaux concernant la nutrition, la santé de l'enfant, la santé génésique et la réduction de la pauvreté.
6. Faire en sorte que le secteur de la santé et les autres secteurs concernés protègent, encouragent et appuient l'allaitement exclusif au sein pendant six mois et sa poursuite jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà, tout en garantissant aux femmes l'accès aux moyens nécessaires – dans la famille, dans la communauté et au travail – pour y parvenir.
7. Promouvoir une alimentation complémentaire adéquate, sûre appropriée et à terme, parallèlement à la poursuite de l'allaitement maternel.
8. Donner des conseils sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans des situations de difficulté exceptionnelle et sur le soutien dont ont besoin en pareil cas les mères, les familles et les autres personnes qui s'occupent des enfants.
9. Envisager la nécessité de nouvelles mesures, législatives ou autres, dans le cadre d'une politique vaste sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, pour donner effet aux principes et aux objectifs du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Annexe 2 : Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de la Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF intitulée « Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité ».

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. (Autrement dit : Mettre les bébés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement après la naissance pendant au moins une heure.)
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.

Annexe 3 : Les douze recommandations de l'IHAB

En souligné, ce qui concerne les nouveau-nés prématurés ou malades.

1. Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique. Informé de manière spécifique les femmes enceintes présentant une menace d'accouchement prématuré.

4. Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins 1 heure et encourager celle-ci à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin. Maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet. Ceci inclut la majorité des enfants nés dans un contexte de prématurité modérée, c'est-à-dire nés entre 34 et 37 semaines d'aménorrhée.

5. Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation si elles se trouvent séparées de leur enfant. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur enfant. Indiquer aux mères comment mettre en route et entretenir la lactation, alors que leur bébé ne peut pas téter et/ou qu'elles se trouvent séparées de lui.

6. Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.

Privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire.

7. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24h sur 24. Favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.

8. Encourager l'alimentation à la demande de l'enfant.

Observer le comportement de l'enfant. Débuter les tétées au sein dès que l'enfant est stable (Pas de limitation liée au poids ou à l'âge gestationnel). Réfléchir aux stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome.

9. Éviter l'utilisation des biberons et des sucettes (ou tétines) pour les enfants allaités.

Réserver l'usage des sucettes aux situations particulières (succion non nutritive...)

10. Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés, et leur adresser les mères dès leur sortie. Travailler en réseau.

11. Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

12. Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.

Annexe 4 : Neuf phases comportementales décrites par Widström en 2011 :

- Cri de naissance : secondaire au déplissage alvéolaire et à la première respiration.
- Récupération : l'enfant ne montre aucune activité orale ou motrice; excepté une possible ouverture des yeux pour de plus ou moins longues périodes.
- Eveil : l'enfant commence à montrer des signes d'activité ; il fait des mouvements de tête de haut en bas et de droite à gauche et des petits mouvements des membres et des épaules.
- Activation : l'enfant mobilise ses membres et sa tête et a des mouvements organisés et engagés: foussement, redressement, sans déplacement du corps.
- Ramper : l'enfant pousse avec ses membres en parvenant à déplacer son corps vers la poitrine de sa mère.
- Détente : l'enfant se détend et montre une activité orale de plus en plus importante, il a des gestes de succion de la langue, des mains et des doigts.
- Découverte et familiarisation du sein : l'enfant entre en contact avec l'aréole et le bout de sein avec sa bouche et se positionne pour caresser et lécher l'aréole.
- Succion au sein : l'enfant prend le mamelon dans sa bouche et initie une tétée.
- Endormissement : l'enfant ferme les paupières tout en continuant à téter parfois.

Annexe 5 : Recommandations de l'IHAB sur le peau à peau :

- Le bébé et la maman sont installés correctement
- La mère est légèrement redressée (pas à plat)
- Le bébé est à plat ventre contre sa mère
- La tête du bébé tournée sur le côté
- Son visage est bien visible, non enfoui
- Le nez et la bouche du bébé sont bien dégagés, non recouverts
- Son cou est non fléchi
- Le bébé porte une couverture sur le dos
- Surveiller régulièrement la couleur et le comportement du bébé
- Ne pas laisser le bébé et sa maman seuls si elle s'endort ou risque de s'endormir
- Si personne ne peut rester avec la maman et son bébé, surveiller la fréquence cardiaque et la saturation du bébé.

Annexe 6 : Score Infant Breastfeeding Assessment Tool

IBFAT : échelle de comportement de l'enfant au sein : Normal \geq 10

	0	1	2	3
<u>Qualité de l'éveil au moment de la tétée</u>	Ne peut pas être réveillé.	A besoin de stimulations importantes pour se réveiller et commencer à téter.	A besoin d'être un peu stimulé pour commencer à téter.	Bien éveillé (Éveil stade III-IV), prêt à téter.
<u>Recherche du sein = Réflexe de fousissement</u>	N'essaie pas de prendre le sein.	Faible recherche du sein même en étant stimulé.	A besoin d'être stimulé pour chercher le sein.	Recherche activement le sein : se redresse, tourne la tête, bouche grande ouverte.
<u>Prise du sein</u>	Ne prend pas le sein.	Commence à téter après une durée supérieure 10 minutes.	Commence à téter au bout de 3 à 10 minutes.	Commence à téter immédiatement.
<u>Type de succion</u>	Ne tète pas.	Succion faible, brèves périodes de mouvements de succion avec périodes de pauses supérieures aux périodes de succion.	Mouvements de succion alternant avec des pauses. A besoin d'être un peu stimulé.	Bonne succion sur un ou deux seins.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Etude prospective dans une maternité « Amie des Bébé » à Saint Paul (La Réunion) de mars à mai 2013 : évaluation de l'initiation de l'allaitement maternel chez des patientes ayant eu une analgésie péridurale versus absence d'analgésie.

RESUME :

Introduction : Devant l'efficacité de l'analgésie péridurale (APD) pendant le travail, son utilisation est devenue de plus en plus fréquente au fil des années. Certaines études se sont intéressées à l'impact que pourrait avoir l'APD sur l'allaitement maternel (AM) mais celles-ci retrouvaient des résultats contradictoires. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'initiation de l'AM chez des patientes ayant reçu une APD.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective réalisée à la Maternité de Saint Paul à la Réunion de mars à mai 2013 chez des patientes ayant eu un accouchement par voie basse eutocique avec un nouveau-né en bonne santé. Le critère de jugement principal était le taux d'AM exclusif à la sortie de la maternité chez des patientes ayant reçu une APD versus absence d'analgésie.

Résultats : 181 patientes ont été incluses, dont 73 (40%) ont reçu une APD. A la sortie de la maternité, il n'y avait pas de différence significative du taux d'AM exclusif entre les groupes avec et sans APD (respectivement 91,7% et 94,4%). L'utilisation de substituts de lait maternel chez les nouveau-nés du groupe avec APD était significativement plus fréquente uniquement à J1 (22,5% versus 10,6%), et celle du tire-lait uniquement à J2 (24,3% versus 14,3%). Les autres critères de jugement secondaires ne retrouvaient pas de différence significative.

Discussion : Devant ces taux d'AM exclusif élevés, la réalisation d'études complémentaires avec des échantillons de population plus importants semble nécessaire. L'impact de l'APD sur l'initiation de l'AM, s'il existe, reste modéré devant l'absence de différence significative au niveau du taux d'AM exclusif. Il paraît approprié d'utiliser l'APD à des concentrations minimales efficaces, de dépister les risques de difficultés à l'initiation de l'AM à l'aide de scores permettant d'évaluer la capacité à téter des nouveau-nés, ainsi que de soutenir les mères en pré et postpartum.

MEDECINE GENERALE

MOTS CLES : Initiation de l'allaitement maternel, analgésie péridurale, groupe contrôle, score IBFAT, Initiative Hôpital Ami des Bébé

UFR des Sciences Médicales

Université Victor Segalen Bordeaux 2 : 146, rue Léo Saignat 33076 BORDEAUX Cedex