



**HAL**  
open science

**Pratique du peau à peau et de la mise au sein précoce  
entre césarienne et voie basse : étude constituée de deux  
volets au sein d'une maternité de niveau III dans la  
région Auvergne-Rhône-Alpes**

Sophie Begon

► **To cite this version:**

Sophie Begon. Pratique du peau à peau et de la mise au sein précoce entre césarienne et voie basse : étude constituée de deux volets au sein d'une maternité de niveau III dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01698447

**HAL Id: dumas-01698447**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01698447>**

Submitted on 19 Mar 2018

**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.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE  
CLERMONT-FERRAND**

**UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE**

**Pratique du peau à peau et de la mise au sein précoce entre césarienne  
et voie basse**

(Etude constituée de deux volets au sein d'une maternité de niveau III dans la région  
Auvergne-Rhône-Alpes)

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR**

**Begon Sophie**

Née le 22 mars 1994

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME**

Année 2017





**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE  
CLERMONT-FERRAND**

**UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE**

**Pratique du peau à peau et de la mise au sein précoce entre césarienne  
et voie basse**

(Etude constituée de deux volets au sein d'une maternité de niveau III dans la région  
Auvergne-Rhône-Alpes)

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR**

Begon Sophie

Née le 22 mars 1994

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME**

Année 2017



# Remerciements

Mes remerciements sont adressés aux personnes qui m'ont apporté leur soutien et leur aide. Elles ont toute ma gratitude pour leurs encouragements qui ont aidé à l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie Madame Poumeyrol Delphine, Sage-Femme enseignante, ma directrice de mémoire, sans qui celui-ci n'aurait pas pu aboutir. Merci pour votre aide, vos conseils et votre disponibilité.

Je remercie toute l'équipe pédagogique de l'Ecole de Sage-Femme de Clermont-Ferrand pour ces quatre années de formation à l'école.

Je remercie Monsieur Morel Thomas pour son aide dans l'écriture et la relecture du mémoire.

Je remercie évidemment ma promotion 2013-2017 pour ces quatre années ensemble. L'entraide, la cohésion et la solidarité ont été les maîtres-mots de ces dernières années.

Je tiens également à remercier ma famille et mes ami(e)s, qui m'ont toujours soutenu et encouragé tout au long de ces études.

# **Glossaire**

AM = Allaitement maternel

APD = Analgésie péridurale

CNGOF = Collège national des gynécologues obstétriciens français

CP = Césarienne programmée

DREES = Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ELFE = Étude longitudinale française depuis l'enfance

EPIFANE = Épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie

EVA = Echelle visuelle analogique

EVN = Echelle visuelle numérique

HAS = Haute autorité de santé

IHAB = Initiative hôpital amie des bébés

OMS = Organisation mondiale de la santé

PAP = Peau à peau

SA = Semaine d'aménorrhée

SSPI = Salle de surveillance post-interventionnelle

SF = Sage-femme

UNICEF = Fonds des nations unies pour l'enfance

VB = Voie basse

# **Sommaire**

<b>Introduction</b> .....	3
<b>Revue de la littérature</b> .....	6
1. Allaitement maternel.....	7
2. La césarienne .....	16
3. L'impact de la césarienne sur l'allaitement maternel.....	21
<b>Population et méthode</b> .....	24
1. L'étude et les objectifs .....	26
2. Méthode et populations .....	27
3. Les aspects éthiques et réglementaires.....	32
<b>Résultats</b> .....	33
1. Résultats du volet quantitatif .....	34
2. Résultats du volet qualitatif .....	40
<b>Discussion</b> .....	49
1. Atteinte de l'objectif général .....	50
2. Forces et faiblesses de l'étude quantitative .....	50
3. Forces et faiblesses de l'étude qualitative.....	52
4. Le peau à peau .....	52
5. Mise au sein précoce .....	55
6. Satisfaction.....	59
7. Projet d'action.....	60
<b>Conclusion</b> .....	65
<b>Références bibliographiques</b> .....	68
<b>Annexes</b> .....	85

# **Introduction**

Depuis des décennies, le monde scientifique a permis de prouver les bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé. Ce dernier est recommandé de manière exclusive jusqu'à l'âge de six mois et jusqu'à deux ans en complément d'une diversification alimentaire. L'organisation mondiale de la santé recommande un « démarrage précoce » de l'allaitement c'est-à-dire une première tétée effectuée dans la première heure suivant la naissance afin de faciliter son initiation, d'établir un lien mère-enfant et de prévenir les risques d'hypoglycémie et d'hypothermie néonatale. La pratique du peau à peau à la naissance faciliterait la mise en place et l'exclusivité de l'allaitement maternel.

En France, il est fortement recommandé que les professionnels de santé accompagnent les mères dans leur projet d'allaitement, et de promouvoir l'allaitement à la demande, sans un intervalle fixe entre deux tétées. Les sages-femmes sont en première ligne pour informer, conseiller et guider les patientes sur leur choix et leurs questions. L'allaitement est un des éléments de la grossesse qui soulève beaucoup de questions et d'inquiétudes chez les patientes tout comme la voie d'accouchement.

En effet, la césarienne est une voie d'accouchement en expansion dans les pays en voie de développement comme dans les pays industrialisés. Elle demeure source d'inquiétude et parfois de déception pour les patientes qui la perçoivent comme un échec. De plus les femmes, souhaitant allaiter, sont rarement informées sur le déroulement d'un allaitement maternel en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) contrairement à sa réalisation en salle de naissance. Elles ignorent pour la plupart, qu'une mise au sein et un peau à peau est possible en SSPI.

En outre, l'allaitement post-césarienne nécessite des ajustements de la part des professionnels dans la mesure où les conditions ne sont pas les mêmes que dans une salle de naissance, et qu'un allaitement est souvent plus complexe à la suite de cette voie d'accouchement. Cependant, certains hôpitaux ont mis en place différents protocoles concernant l'accueil du nouveau-né, le peau à peau et la première mise au sein selon la voie d'accouchement, il existe aussi un label « hôpital ami des bébés » pour les hôpitaux soutenant et favorisant l'allaitement maternel.

Par ces réflexions sur l'initiation de l'allaitement maternel, en découle ce travail. L'objectif principal est de comparer la réalisation du peau à peau et des mises au sein précoces en salle de naissance et en SSPI et d'identifier les différents facteurs influençant la réalisation du peau à peau et de la mise au sein précoce en SSPI.

De ce fait, cette étude est réalisée en deux volets. Un premier volet quantitatif sous forme de questionnaires distribués auprès des patientes sélectionnées en service de maternité. Puis un second volet qualitatif constitué d'entretien auprès de différents professionnels du bloc obstétrical d'une même maternité de niveau trois dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

# **Revue de la littérature**

# 1. Allaitement maternel

## 1.1 Epidémiologie de l'allaitement en France

Il existe peu de chiffres français officiels sur l'allaitement et ces derniers se limitent au dépouillement des certificats de santé du 8<sup>ème</sup> jour et des enquêtes périnatales.

Néanmoins en 2013 la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) a établi de nouveaux chiffres sur l'allaitement maternel. À la naissance, 66% des nourrissons sont allaités. L'allaitement maternel est réduit à 40% à onze semaines, 30% à quatre mois et 18% à six mois (1).

Depuis les années 1990 le taux d'allaitement maternel a progressé mais il reste stable depuis une dizaine d'années. Des disparités interrégionales sont présentes avec des taux beaucoup plus élevés en Ile-de-France, dans l'est de la France et dans les départements d'outre-mer. En plus des disparités territoriales, la pratique de l'allaitement fluctue également selon les classes sociales, il est plus fréquent parmi les femmes de 30 ans ou plus, diplômées et de catégorie socioprofessionnelle supérieure ou aussi chez les femmes « sans emploi » et/ou avec plusieurs enfants au foyer. Les femmes fumeuses allaitent moins souvent, tandis que celles qui ont accouché à domicile ou dans une maternité de type III et celles qui ont suivi des séances de préparation à l'accouchement le pratiquent davantage. Cependant, le taux national français reste largement en-dessous de nos voisins européens (1).

En effet rappelons que le taux d'allaitement à la naissance est de plus de 90% pour le Portugal, la République Tchèque, la Slovénie et la Lettonie. Pour l'Angleterre 83%, la Pologne environ 90% ; la Norvège est le premier pays à atteindre quasiment un taux de 100% d'allaitement maternel à la naissance. En Hongrie 97% de la population allaitent encore à trois mois. La France doit fournir encore des efforts pour se hisser au rang des autres nations (2).

L'étude ELFE (Étude longitudinale française depuis l'enfance) porte sur plus de 18.000 nourrissons nés tout au long de l'année 2011 dans un échantillon aléatoire de maternités de la France métropolitaine. Plus des deux-tiers des nourrissons (70,5%) recevaient du lait maternel à la maternité (59,0% de façon exclusive, 11,5% en association

avec des préparations pour nourrissons). Ce taux moyen ne tenait pas compte des différences importantes selon le contexte de la naissance et les catégories socioprofessionnelles. En effet, les taux d'allaitement étaient plus faibles en cas de complications à la naissance ou chez des nourrissons dont les parents étaient nés en France, étaient ouvriers, employés ou sans profession, et chez ceux dont les mères avaient un niveau d'études intermédiaire (3).

L'étude EPIFANE (Épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie) a porté sur un échantillon aléatoire d'enfants nés au premier trimestre de l'année 2012 dans 136 maternités tirées au sort en France métropolitaine. Elle avait pour objectif de s'intéresser à : l'alimentation des enfants au cours de leur première année de vie, la durée de l'allaitement maternel, son degré d'exclusivité et les taux d'allaitement maternel à trois, six et douze mois. Cette étude a permis de relever les données suivantes : l'allaitement maternel en France cette année-là se situe à 69% en maternité (60% le sont de façon exclusive, 9% avec des préparations lactées), puis chute à environ 54% à un mois de vie et à environ 19% à six mois. On peut tout de même noter une augmentation des chiffres depuis 2002 et 2011 (4).

## **1.2 Recommandations et promotions actuelles sur l'allaitement maternel**

Pour l'OMS, l'allaitement maternel est l'alimentation idéale pour la santé, la croissance et le développement du nourrisson. Elle recommande donc un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois, puis l'introduction d'aliments complémentaires adaptés tout en continuant l'allaitement jusqu'à deux ans (5).

De plus, l'OMS préconise de mettre l'enfant au sein dans l'heure suivant sa naissance, de pratiquer ensuite un allaitement « à la demande », en évitant autant que possible les tétines et biberons. Elle met également en garde contre les risques que peuvent présenter une mauvaise utilisation des substituts du lait maternel, en particulier dans les pays où l'accès à l'eau potable est faible (5).

En 2002, la HAS reconnaît les bénéfices de l'allaitement maternel et met à jour ses recommandations concernant la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement

maternel dans les six premiers mois de l'enfant. Elle reprend les « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » établies par l'OMS et l'UNICEF (Annexe I). Elle prône également un contact PAP et une première tétée les plus précoces possibles, une cohabitation mère/enfant, et un allaitement « à la demande ». Elle met en avant l'importance du soutien des professionnels de santé pour la mise en place et la poursuite de l'allaitement. Enfin, elle propose des recommandations concernant la reprise du travail, l'alimentation de la mère, la prise de médicaments et la contraception, pour éviter que ces différentes situations ne lèsent la qualité ou la durée de l'allaitement (6).

La HAS a publié en 2006 son guide intitulé « Favoriser l'allaitement maternel : processus-évaluation ». Il propose tout d'abord une synthèse des références actuelles, puis un processus de soutien qui se compose de quatre phases :

- Information sur l'allaitement pendant la grossesse ;
- Démarrage de l'allaitement à la naissance ;
- Installation de l'allaitement exclusif ;
- Poursuite de l'allaitement jusqu'au sevrage ;

A travers ce guide, la HAS recommande et incite à une démarche qualité au service de l'allaitement maternel (6).

En 1991 à la suite de la « déclaration d'Innocenti », l'OMS, l'UNICEF et l'Association Internationale de Pédiatrie créent la « Baby-Friendly Hospital Initiative » (IHAB) lors d'une réunion internationale sur l'allaitement à Ankara. Ainsi s'est conçu un label « Hôpital Ami des Bébé » sous les conditions de respecter les « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. L'IHAB est en fait une démarche de qualité qui permet d'optimiser la prise en charge des parents avant, pendant et après la naissance de leur enfant. Elle se base sur trois grands principes :

- Centrer l'attention de l'équipe sur les besoins de la mère et ceux de l'enfant ;
- Fournir un environnement permettant de laisser les parents jouer totalement leur rôle dès la naissance ;
- Travailler en équipe pour assurer la cohérence des soins au sein de l'établissement mais aussi en réseau avec tous les professionnels de santé concernés ;

Ce n'est qu'en 2000 que l'IHAB voit le jour en France à la demande de professeurs de pédiatrie et de la maternité de Lons-Le-Saunier (Jura) qui fut la première à obtenir le label (7).

### **1.3 Bénéfices de l'allaitement maternel**

Dans les pays où les conditions économiques et d'hygiène demeurent précaires, l'allaitement est associé à une réduction considérable de la mortalité infantile, et surtout chez les enfants plus jeunes. Selon l'OMS, l'allaitement pratiqué de façon optimale (allaitement exclusif les premiers mois, à la demande, avec tétées fréquentes et introduction appropriée d'aliments de diversification) éviterait plus d'un million de décès d'enfants chaque année (5).

Dans les pays industrialisés, l'allaitement est associé chez le nourrisson à un moindre risque de diarrhées aiguës, d'otites aiguës et d'infections respiratoires sévères, qui sont à l'origine d'hospitalisations. L'allaitement est également associé à une diminution du risque d'asthme et d'eczéma pendant les deux et trois premières années de la vie chez les enfants à risque d'allergie, ainsi qu'à une diminution du risque d'obésité et de surpoids, de diabète de type un et deux, de maladie cœliaque, de maladies inflammatoires du tube digestif, et de mort subite du nourrisson. De nombreux bénéfices de l'allaitement sont dose-dépendants, il est donc important d'augmenter non seulement son initiation en maternité, mais aussi sa durée (4) (8) (9).

Chez les enfants prématurés, l'alimentation avec le lait maternel favorise la maturation des fonctions digestives et la tolérance à l'alimentation par voie orale, facilitant ainsi leur prise en charge. Elle diminue le risque d'infections en période néonatale et d'entérococolite ulcéro-nécrosante (8).

L'allaitement a également des effets bénéfiques pour la santé de la mère. En effet, il est associé à une diminution de l'incidence du cancer du sein avant la ménopause et du cancer de l'ovaire, du diabète de type deux et de la dépression du post-partum (8-11).

Les contre-indications de l'allaitement sont très rares : infection par le virus de l'immunodéficience humaine, maladie cardio-vasculaire ou respiratoire sévère, hémopathie ou cancer en cours de traitement chez la mère, galactosémie chez l'enfant.

Malgré le passage quasi-constant dans le lait des médicaments consommés par la mère, très peu d'entre eux sont incompatibles avec la poursuite de l'allaitement (11).

#### **1.4 Lactogenèse et lactation**

La lactogenèse est la différenciation des cellules mammaires permettant la production lactée. Une expansion rapide de la glande a lieu pendant la grossesse. La lactogenèse a lieu en deux stades : stade de l'amorce ou lactogenèse I et le stade de l'activation ou lactogenèse II (12).

La lactogenèse I (phase de colostrum) désigne la différenciation sécrétoire des cellules épithéliales en cellules sécrétrices. Une augmentation de la concentration plasmatique de lactose et de l'alfa-lactalbumine permet de détecter le début de ce stade. La capacité sécrétrice de la glande est inhibée par des taux élevés de progestérone et de l'œstrogène secondairement, d'où le peu de sécrétion de liquide pendant la grossesse. Dans les premiers jours qui suivent la naissance, un faible volume de colostrum (riche en éléments provenant du sang maternel) est produit par l'intermédiaire des jonctions intercellulaires qui sont ouvertes. La fin de ce premier stade se termine par la fermeture des jonctions intercellulaires (12).

La lactogenèse II (ou phase lactée) fait suite au stade I. Elle est enclenchée par la chute des hormones due au décollement placentaire immédiatement après l'accouchement, essentiellement par la chute du taux de progestérone alors que le taux de prolactine reste élevé. Elle va entraîner une fermeture des jonctions intercellulaires, une modification de la sécrétion lactée et une augmentation du volume de lait produit et ce d'autant plus que l'extraction de lait intervient rapidement. Donc il est important de mettre au plus tôt l'enfant au sein et de façon régulière afin d'entretenir cette lactogenèse et d'augmenter la production de lait pour s'adapter aux besoins de l'enfant (13).

La lactation correspond au processus de sécrétion lactée. Elle est maintenue tant que le sein est stimulé de façon régulière. Cette lactation dépend de deux hormones : la prolactine, qui, à travers les lactocytes, assurent la synthèse et le stockage du lait afin de maintenir la production lactée et l'ocytocine à travers les cellules myoépithéliales, qui entourent les lactocytes, se contractent permettant l'éjection lactée. Ce processus dépend

également de deux mécanismes de contrôle : autocrine au niveau local et endocrine au niveau central (14).

### **1.5 Différentes hormones et leur régulation**

Les œstrogènes sont responsables du développement du réseau de canalicules et de lobules pendant la puberté et le cycle menstruel. Pendant la grossesse, son rôle est d'inhiber la sécrétion de lait, et la chute des œstrogènes dès les cinq à six jours qui suivent l'expulsion du placenta favorise la lactation (12)(13).

La progestérone est responsable du développement des lobules et des alvéoles pendant la seconde partie du cycle menstruel mais aussi pendant la grossesse. Elle est nécessaire au déclenchement de la lactogenèse II grâce à la chute brutale de son taux due à l'expulsion du placenta. Ainsi cette hormone permet « la montée laiteuse » et la maturation du lait ultérieurement. En revanche, si le placenta n'est pas totalement expulsé, la « montée laiteuse » sera retardée par l'effet inhibiteur de la progestérone (12-17).

La prolactine augmente pendant la grossesse et contribue à accélérer la croissance et le développement des tissus mammaires. Elle est aussi responsable de la synthèse et de la sécrétion lactée. Chez une femme allaitante, le taux de prolactine reste élevé pendant toute la période de la lactation. Elle est aussi responsable durant cette période de l'aménorrhée et de la suppression de l'ovulation pendant les premiers mois d'allaitement exclusif. La prolactine est sécrétée par l'adénohypophyse et sa sécrétion est régulée par l'hypophyse (par la sécrétion de dopamine qui est donc son inhibiteur naturel). La sécrétion de cette hormone va connaître des variations circadiennes, c'est-à-dire des variations au cours de journée : plus élevée en fin de nuit et diminuée en pleine journée. Sa sécrétion est pulsatile. Il peut y avoir sept à vingt pics par jour, surajoutés au taux sérique de base pendant toute la durée de l'allaitement (12-17).

L'ocytocine, en période d'allaitement, est responsable de la contraction des cellules myoépithéliales entourant les alvéoles. Leur contraction permet le réflexe d'éjection. Sans cette hormone il n'y a pas ce réflexe et l'allaitement serait impossible (12) (13).

## **1.6 L'établissement de la lactation**

### **1.6.1 *Système endocrine***

La succion entraîne une stimulation du complexe aréolo-mammaire, qui lui-même entraîne une action du complexe hypothalamo-hypophysaire (13).

Lorsque le bébé tète, la succion stimule les terminaisons nerveuses du complexe mamelon-aréole qui transmettent un message à l'hypothalamus. Ce dernier permet la cessation de la sécrétion de dopamine, et permet ainsi la sécrétion de prolactine (système endocrine) ce qui enclenche l'action des cellules sécrétrices du lait. La succion ou la stimulation de l'aréole déclenche des pics de prolactine qui se superposent au taux sérique de base très élevé à l'accouchement. Cependant la prolactine n'a qu'un rôle permissif sur la synthèse, elle ne régule pas le volume de lait produit qui dépend surtout de facteurs de régulation locale. Les constituants du lait sont sécrétés continuellement dans le lumen de l'alvéole où le lait est stocké jusqu'à l'expulsion dans les canaux galactophores vers le mamelon au cours de son éjection (12-17).

L'hypothalamus répond à cette tétée, également par la stimulation de la sécrétion de l'ocytocine (système endocrine) par la neurohypophyse. Son taux s'élève dans la minute qui suit le début de la stimulation. La sécrétion est pulsatile ce qui signifie qu'il existe plusieurs réflexes d'éjection au cours d'une même tétée (17).

Il est donc important que la technique de succion soit efficace car plus la technique de succion est performante, plus les récepteurs à l'étirement situés sur l'aréole sont stimulés et plus il y aura une synthèse accrue de prolactine et d'ocytocine. Les tétées nocturnes sont également importantes dans la mesure où la sécrétion de prolactine est maximale vers cinq heures, la quantité de lait éjectée est également augmentée. Enfin plus le nouveau-né tète précocement, de façon répétée et efficace, plus le nombre de récepteurs à la prolactine augmente, ce qui accroît la production de lait (16).

### **1.6.2 *Système autocrine***

Le contrôle autocrine porte sur l'aspect quantitatif et qualitatif. En effet ce mécanisme est un rétrocontrôle négatif : plus l'alvéole est pleine, plus la sécrétion freine, plus on vide l'alvéole et plus elle se remplit d'où l'importance de la vidange du sein (12).

Pour la régulation du lait, il existe un rétrocontrôle négatif qui met en jeu une protéine du lait : le FIL (feedback inhibitor of lactation), qui freine la synthèse au fur et à mesure que les alvéoles se remplissent ou qui ne permet pas la sécrétion tant qu'il reste un important volume de lait au niveau des alvéoles. Ce mécanisme autocrine permet de réguler la production lactée d'un sein à l'autre. Le bébé ne consomme pas tout le lait disponible mais en moyenne de 63 à 72% du lait disponible (12-17).

La lactation est régulée par le principe de l'offre et la demande, la demande de l'enfant régulant l'offre. Cette régulation se réalise lorsque l'enfant tète aussi souvent qu'il le demande et jusqu'à qu'il soit rassasié avec comme condition une tétée efficace. La composition du lait varie au cours de la tétée, il est donc primordial que l'enfant tète efficacement et ait accès à tous les composants du lait (12-17).

## **1.7 Conditions et recommandations pour un démarrage précoce de l'allaitement maternel**

### ***1.7.1 Le peau à peau***

Le contact PAP commence idéalement immédiatement après la naissance et consiste à placer l'enfant nu sur la poitrine nue de la mère ou du père.

Plusieurs études ont été menées sur le bénéfice du PAP. De ce fait les conclusions de la Cochrane de 2003 sur dix-sept études randomisées sont en faveur du PAP car celui-ci a permis une augmentation du taux d'allaitement maternel à un mois et trois mois, une augmentation de la durée de l'allaitement maternel en général, une meilleure régulation thermique néonatale, une meilleure régulation glycémique, la diminution des pleurs et l'augmentation des scores d'attachement maternel précoces (18).

Le PAP possède donc, hormis le démarrage de l'allaitement, plusieurs bénéfices non négligeables pour l'enfant. De plus en supposant que la plupart des refroidissements des nouveau-nés surviennent dans les premières minutes après la naissance, l'OMS a établi une série de dix mesures préventives permettant de maintenir une « chaîne du chaud ». Parmi elles se retrouvent notamment le contact PAP, en effet cette technique a été démontrée comme efficace pour empêcher les pertes thermiques du nouveau-né à terme

ou prématuré ou lorsqu'il s'agit d'une hypothermie faible entre 36° et 36,5° Celsius (19) (20).

L'IHAB a mis en place un guide avec douze recommandations notamment la recommandation n°4 qui préconise immédiatement après la naissance que les nouveau-nés soient placés peau contre peau avec leur mère (si l'état néonatal le permet) pendant une heure minimum puis aider les mères à repérer le moment où leur enfant est prêt à prendre le sein, en leur proposant une aide supplémentaire si nécessaire (21).

En cas de césarienne il ne devrait pas avoir de différence avec les accouchées voies basses. En effet, le PAP peut se faire en SSPI selon l'organisation du bloc. Il existe l'alternative du père, si le PAP n'est pas réalisable avec la mère, qui peut aisément effectuer ce premier contact s'il le souhaite.

Les principales contre-indications d'un PAP en SSPI ou en salle de naissance sont un Apgar à cinq minutes inférieur à sept, un pH artériel au cordon inférieur à sept, une mauvaise adaptation extra-utérine, une malformation nécessitant une prise en charge rapide, un problème respiratoire ou cardiaque, les mères dont la vigilance est insuffisante, ou l'absence de possibilités de surveillances régulières de la part des professionnels (6).

### ***1.7.2 Post-partum immédiat et première tétée***

Le post-partum immédiat est défini comme la période juste après l'accouchement et jusqu'à deux heures après celui-ci. La patiente est surveillée en salle de naissance ou en SSPI pendant ces deux heures, les premiers soins et le premier examen sont réalisés auprès du nouveau-né avant son retour en unité de post-partum. Dès que possible après avoir soigneusement essuyé le nouveau-né, après un accouchement voie basse ou voie haute, l'OMS et l'UNICEF recommandent un PAP puis un démarrage précoce de l'AM c'est-à-dire une première mise au sein effectuée dans un délais de moins d'une heure après la naissance (5, 21).

Lors de ce contact privilégié, il faut tout de même veiller à la bonne température de la salle et vérifier régulièrement l'état néonatal selon les conditions dictées par l'OMS (5).

La HAS préconise aux professionnels de santé, lors de la mise en route de l'allaitement maternel, d'effectuer un contact peau à peau et une tétée précoce ainsi qu'accompagner la patiente pour la position du nouveau-né et la prise du sein (6).

Les contre-indications à cette première tétée rejoignent celles du PAP.

## **2. La césarienne**

### **2.1 Epidémiologie de la césarienne en France et dans le monde**

À partir de 1985, l'OMS considère que le taux de césarienne idéal se situe entre 10 et 15%. Depuis cette époque, l'accouchement par césarienne est de plus en plus fréquemment réalisé aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Lorsqu'elle est médicalement justifiée, la césarienne peut réduire efficacement la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales (22).

Le taux de césarienne le plus élevé (environ 40%) est constaté en Amérique latine et en Chine (23) (24). Le taux le plus bas (3,5%) est enregistré en Afrique où les scores les plus élevés sont en Afrique du Sud (15%), Egypte (11%) et Tunisie (8%) (24). En Europe, le taux moyen est de 19% avec des taux élevés au Portugal (30%) et en Italie (36%) (24). Aux Etats-Unis le taux est aux alentours de 32%, ce taux a considérablement augmenté depuis les années 1990 (25). D'une manière générale, la proportion de naissances par césarienne dans les pays développés est de 21,1% (26).

En France, le taux de césarienne a beaucoup augmenté entre 1981 et 2003 (de 10,9% à 19,6%), et semble se stabiliser depuis 2003 autour de 21% d'après l'enquête périnatale de 2010 (27). En effet, près d'une femme sur cinq donne naissance à son enfant par césarienne, l'augmentation du taux global de césarienne d'environ trois pourcents, entre 1994 et 2008, se retrouve aussi bien chez les primipares que chez les multipares (28).

En outre en 2003, 12,5% des accouchements ont eu lieu par césarienne avant travail, et 7,7% par césarienne pendant le travail, contre respectivement 10,9% et 10,1% en 2010 (27).

## **2.2 Indications d'une césarienne programmée (CP) à terme**

La césarienne programmée est réalisée à terme (supérieur ou égal à 39 semaines d'aménorrhées) en situation de non urgence, en dehors du travail ou en début de travail (28).

La césarienne augmente le risque de survenue d'une détresse respiratoire à la naissance par rapport à l'accouchement par voie basse (grade 3). Il semble que ce risque soit majoré en cas de césarienne réalisée avant travail et avant 39 semaines d'aménorrhées (SA). De ce fait les recommandations françaises actuelles proposent, en cas d'indication médicale à une CP, une planification à partir de ce terme, dans la mesure du possible (29).

Depuis un édité de 2012, la HAS préconise six indications à la CP (30).

### ***2.2.1 Utérus cicatriciel***

L'utérus est dit cicatriciel lorsqu'il comporte une ou plusieurs cicatrices myométriales en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme utérin.

L'utérus cicatriciel n'est pas en soi une indication de CP (grade C). Cependant, en cas d'antécédents de trois césariennes ou plus, la HAS préconise par la suite une CP (grade A). Dans les autres situations telles que l'utérus bi-cicatriciel, la HAS recommande de laisser le choix entre les deux voies d'accouchement et/ou de faire au cas par cas (grade C) (30).

Cependant dans certaines situations où l'utérus est cicatriciel, la CP est recommandée en effet, lors d'une cicatrice corporéale (grade A), d'antécédent de rupture utérine (grade A), ou en cas d'estimation du poids foétale (EPF) supérieure à 4500 grammes (grade A) (30).

### ***2.2.2 Grossesse gémellaire***

La grossesse gémellaire est associée à un risque plus important de prématurité et de faible poids des fœtus. Les pratiques françaises recommandent un accouchement rapide du deuxième jumeau (grade C) (30).

Aucune présentation fœtale ne nécessite une CP officiellement. En cas de jumeau numéro un en siège, il n'existe donc aucune recommandation préférant une voie d'accouchement plus qu'une autre (grade C) (30).

### ***2.2.3 Présentation podalique***

La présentation par le siège n'est pas en soi une indication de CP (grade B).

Il existe des critères d'acceptabilités pour l'accouchement voie basse avant toute décision de CP (grade C) (30).

En cas d'indication de CP, il est recommandé de proposer une version par manœuvre externe dans le respect des recommandations nationales et internationales (grade C) (30).

Par conséquent, la césarienne programmée est recommandée pour une présentation par le siège dans les situations suivantes : une confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales, déflexion de la tête fœtale et la non coopération de la patiente (grade C). Avant toute intervention, il faut vérifier la présentation fœtale par échographie (accord professionnel) (30).

### ***2.2.4 Macrosomie***

Pour une macrosomie hors diabète : la CP est recommandée lors d'une EPF supérieure ou égale à 5000 grammes (grade A). Elle peut être discutée au cas par cas lorsque l'EPF est située entre 4500 grammes et 5000 grammes (grade C) (30).

Pour une macrosomie liée au diabète : l'indication de CP est préconisée lors d'une EPF supérieure ou égale à 4500 grammes (grade A). La suspicion de macrosomie comprise entre 4000 grammes et 4500 grammes, la CP est à discuter (grade A) (30).

### ***2.2.5 Transmission mère-enfant d'infection maternelle***

Pour le VIH, il est recommandé de réaliser une CP lorsque la charge virale est supérieure à 400 copies VIH/ml (grade C) (30).

Pour le VHC, il n'est pas recommandé de réaliser une CP systématiquement lors d'une mono infection VHC (grade C). Cependant pour une double infection VHC/VIH, la CP est recommandée (accord professionnel) (30).

Pour le virus de l'herpès, lors d'une primo-infection après 35 SA, la CP est préconisée à partir de 39 SA en raison du risque néonatal. Des récurrences herpétiques au cours de la grossesse ne sont pas des indications de CP (grade C) (30).

### **2.2.6 Autres**

Lorsque le placenta est d'insertion pathologique, une CP est nécessaire dans la mesure où il s'agit de situations à risque (accord professionnel) (30).

Il existe des situations plus rares de pathologies maternelles ou fœtales nécessitant une CP. Cette dernière peut être discutée au cas par cas avec une concertation interprofessionnelle (accord professionnel) (30).

La césarienne pour convenance personnelle devrait avoir été précédée, outre le devoir d'information, d'un effort de compréhension de la demande, puis d'orientation du choix, voire de persuasion. Elle se réalise dans certaines conditions très précises (30).

## **2.3 Éléments singuliers à la césarienne**

Avant toute décision de CP, les professionnels sont tenus d'informer la patiente sur les éventuelles complications et des risques liés à l'intervention. La CP est une intervention chirurgicale courante, cependant elle reste associée à une augmentation de risque pour la santé de la mère par rapport à l'accouchement par les voies naturelles : phlébite et embolie pulmonaire, hémorragie, infection de la paroi et douleur cicatricielle. Une césarienne peut-être à l'origine de complications pour des grossesses ultérieures (rupture de l'utérus, mauvaise insertion du placenta, mauvaise croissance du bébé), le nouveau-né peut aussi présenter des difficultés respiratoires dans la mesure où le passage dans la filière génitale n'a pas eu lieu (28-31).

### **2.3.1 Anesthésie**

Une anesthésie locorégionale est privilégiée dans le cadre d'une césarienne programmée dans 99% des cas (32). Le principe de l'analgésie locorégionale est de réaliser une analgésie d'une partie du corps en administrant des anesthésiques locaux au contact des nerfs innervant ce territoire (33). Il peut être réalisé des injections au niveau spinal soit en dehors de la dure mère (péridurale) soit dans le liquide céphalorachidien (rachianalgésie).

Dans le cadre d'une césarienne en dehors de travail, la rachianesthésie est la technique privilégiée dans la mesure où elle est facile à réaliser et le délai d'installation du bloc anesthésique est rapide (34). Néanmoins, elle a pour inconvénient d'installer une hypotension chez la patiente (35).

### **2.3.2 Post-partum d'une césarienne**

#### *2.3.2.1 Le post-partum immédiat*

En post-opératoire, la patiente est monitorée pendant deux heures en salle de surveillance post-interventionnelle avant le retour en chambre (accord professionnel). Il sera réalisé une surveillance étroite sur le plan hémodynamique, pertes sanguines et involution utérine par un infirmier anesthésiste et une sage-femme environ toutes les trente minutes. Un protocole antalgique multimodal doit être administré à la patiente par l'équipe médicale (accord professionnel) (36) (37).

Les principes de l'analgésie multimodale reposent sur l'emploi combiné de plusieurs antalgiques de palier I (grade B). En France, elle inclut généralement du paracétamol, un anti-inflammatoire non stéroïdien et du néfopam. Il est recommandé d'administrer ces produits par voie orale et de façon systématique pendant les premiers jours postopératoires (accord professionnel) (37).

Le nouveau-né sera étroitement surveillé dans le cadre des risques de détresse respiratoire et d'hypothermie (38).

Selon les différentes structures et les équipes, il est possible de réaliser un premier contact avec l'enfant, et de réaliser une première mise au sein comme le recommande l'OMS et la HAS.

### 2.3.2.2 *Post-partum*

De retour en chambre, selon les dernières recommandations du CNGOF en 2015, l'administration par voie orale des antalgiques doit être privilégiée et utilisée de façon systématique pendant les premiers jours postopératoires (accord professionnel) (36).

Une évaluation de la douleur post-opératoire par l'emploi d'une échelle visuelle analogique (EVA), ou numérique simple (ENS) est recommandée (accord professionnel), et ce au repos et surtout lors de la mobilisation (accord professionnel). Un protocole antalgique élaboré par l'équipe médicale doit être disponible dans chaque établissement comportant des antalgiques de palier I administrés systématiquement et associés à un traitement de secours par antalgiques de palier II ou III en cas d'EVA/ENS supérieure ou égale à quatre (accord professionnel) (37).

La réhabilitation postopératoire précoce est encouragée (accord professionnel). Lorsque la femme souhaite allaiter, la césarienne n'est en rien une contre-indication, mais la patiente doit faire l'objet d'un soutien particulier (NP3) (36)(37).

Cette réhabilitation précoce préconise que le sondage vésical à demeure soit retiré avant la douzième heures (accord professionnel). Un lever précoce dès J1 (voire plus précocement dès la sixième ou huitième heures) en postopératoire avec l'aide de l'équipe soignante qui est vivement conseillé (accord professionnel) (36)(37). La réalimentation doit être précoce après une césarienne programmée ou en urgence que celle-ci ait été réalisée sous analgésie locorégionale ou anesthésie générale (grade B). Une alimentation légère et précoce des patientes dès la sixième heure est possible (NP1) (36)(37). Il est recommandé de maintenir une voie veineuse périphérique pendant 24 heures comme élément de sécurité (accord professionnel) (36)(37). L'objectif d'autonomisation précoce par la prise en charge de la douleur, l'ablation précoce de la sonde vésicale et de la voie périphérique, le lever et l'alimentation précoce permettent l'interaction entre la mère et le nouveau-né, grâce au proto-regard, au PAP, à l'allaitement et les différents soins qui seront réalisés plus rapidement.

## **3. L'impact de la césarienne sur l'allaitement maternel**

La réussite d'un allaitement après l'accouchement est influencée par plusieurs facteurs, notamment le type de voie d'accouchement. Après une césarienne, l'initiation à l'AM est plus difficile à réaliser dans la mesure où la douleur post-opératoire, particulièrement pendant les vingt-quatre heures suivant l'intervention, est une modalité importante à prendre en charge pour améliorer la qualité de l'allaitement chez ces femmes. Dans une étude de Ryding, 75% des femmes ayant subi une césarienne la vivaient comme un évènement traumatique, l'anxiété et le stress post-interventionnel de la mère peut interférer avec la mise en place de l'allaitement (39). Lors d'une césarienne programmée, la phase I du travail n'a pas lieu et ne permet pas la mise en place des hormones nécessaires à l'AM : l'ocytocine et la prolactine qui participent à la production laiteuse.

Certains produits anesthésiques pourraient altérer le fonctionnement de l'AM, en effet, deux groupes de chercheurs suédois se sont penchés sur les comportements d'allaitement et d'éveils complexes mais subtiles des nouveau-nés non médicamenteux. Par une étude, il a été observé par vidéo trois groupes de nouveau-nés : le groupe numéro I sans produit analgésique, le groupe numéro II sous mépivacaine, et le groupe numéro III sous péthidine ou bupivacaine ou autre substance à l'analgésie locorégionale. Il a été conclu que les nouveau-nés, qui ont été exposés à l'analgésie durant le travail, étaient désorganisés dans leur comportement d'éveil à l'AM : masser, lécher le mamelon et téter le poing. Comparativement les nouveau-nés non médicamenteux n'ont pas été déstabilisés dans leur comportement. En outre une majorité des nouveau-nés du groupe numéro II et III n'arrivaient pas à téter dans les deux heures trente suivant la naissance (40).

L'analgésie est une composante indispensable de la césarienne, et d'après cette étude, on peut supposer qu'elle agit sur les réflexes du nouveau-né et donc sur le démarrage de l'allaitement. La mise au sein sera également retardée dans le cadre d'une anesthésie générale dans la mesure où la mère devra attendre d'être suffisamment consciente pour l'effectuer. Si la première tétée est retardée, il est recommandé d'apporter davantage d'aide et de soutien à la mère (6).

En outre, une césarienne est une intervention chirurgicale, dont la mère se remettra moins vite qu'après un accouchement par voie basse. Elle peut être également émotionnellement perturbée par une césarienne en urgence. L'enfant est parfois transféré dans d'autres services de soins dans la mesure où après une césarienne le risque de

troubles respiratoires est plus élevé. Le risque de complications est aussi plus élevé qu'un accouchement par voie basse pour les versants maternel et fœtal (41). De ce fait une femme qui a choisi d'allaiter a besoin d'être davantage soutenue lors d'une intervention par césarienne où les parents sont parfois peu informés du déroulement de l'accueil de leur enfant. En effet, le type d'anesthésie, la douleur, les difficultés de mobilisation, la gêne et la fatigue peuvent entraver la mise en place d'une relation mère-enfant dès la naissance. L'organisation de certaines maternités n'est pas au mieux adaptée pour la mise au sein dès la naissance (comme il est recommandé par l'OMS) en l'occurrence, en SSPI où la situation ne le permet pas toujours, l'allaitement maternel peut être retardé ou laborieux dans les suites de couches. En outre, la maman nécessite des soins et est moins autonome pour s'occuper de son enfant, elle requiert donc une aide plus appuyée du personnel médical.

Par ailleurs, il convient de rappeler que l'allaitement présente divers avantages pour la mère accouchée par césarienne : la succion du bébé accélère l'involution utérine et diminue les métrorragies. Il apporte un contact physique étroit, particulièrement bénéfique pour cette mère et son bébé, qui n'ont pas pu vivre l'expérience sensorielle d'un accouchement par voie basse. Mais souvent après une césarienne l'enfant et la mère sont séparés pour réaliser les différents soins du nouveau-né et terminer l'intervention auprès de la patiente avant d'être installée en SSPI. Un allaitement réussi peut devenir pour la mère une source de confiance en elle, en cas de frustration d'un accouchement manqué par voie basse (21).

D'après une étude canadienne en 2008, les patientes qui ont accouché par une CP cessent plus tôt l'allaitement maternel (avant la douzième semaine de post-partum) que les patientes ayant accouché par voie basse. Ils préconisent donc un accompagnement sur l'allaitement pendant la grossesse pour les patientes pour lesquelles une CP est envisagée. De plus, 41% des femmes ayant accouché par CP ont besoin de soutien à la sortie de la maternité pour l'allaitement (42).

Une méta-analyse de 2012, de l'allaitement après l'accouchement dans la littérature mondiale, concentre plusieurs données sur le taux d'initiation à l'allaitement qui est plus faible après une césarienne par rapport à un accouchement voie basse de façon globale. De plus, ce taux d'initiation à l'AM est également plus bas après une CP qu'après une VB, mais cette différence est non significative entre une césarienne en urgence et une

VB. Le taux de l'AM chez les mères qui ont débuté l'allaitement à l'hôpital et qui ont eu une césarienne (programmées, en cours de travail), ne retrouve pas de baisse significative par rapport à la voie basse (43).

Il est préconisé d'établir un premier contact en PAP dans l'heure suivant la naissance. Or, après une césarienne, il peut arriver que la patiente ne soit toujours pas installée dans la SSPI dans l'heure suivant la naissance. En outre, l'organisation de la SSPI, selon les maternités, ne permet pas aux mères de réaliser un premier contact car celle-ci peut être commune à différents services, l'enfant n'y est alors pas le bienvenu à cause du risque infectieux pour lui, ou par manque de chaleur et d'intimité.

La rencontre entre la mère et le nouveau-né est un moment primordial, c'est à ce moment que la mère prend conscience de la présence de ce petit être et que débutent les mécanismes d'attachement et de reconnaissance entre ces deux partenaires.

# **Population et méthode**

# **1. L'étude et les objectifs**

## **1.1 Type, durée et lieu d'étude**

### **1.1.1 *Volet quantitatif***

La première partie de cette étude est quantitative à l'approche observationnelle descriptive avec des questionnaires distribués par l'étudiante investigatrice et auto-remplis par les patientes.

Elle s'est déroulée sur cinq mois, de septembre 2016 à janvier 2017. Elle a eu lieu au sein d'une maternité d'un centre hospitalier de niveau III de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

### **1.1.2 *Volet qualitatif***

La deuxième partie de l'étude est qualitative à l'approche descriptive et interprétative. Elle s'est effectuée par des entretiens semi-dirigés auprès des professionnels de santé au bloc obstétrical.

Les différents entretiens ont été réalisés durant le mois de février 2017, sur deux jours. Ils ont eu lieu dans un centre hospitalier de niveau III de la région Auvergne-Rhône-Alpes, plus précisément au sein du bloc obstétrical où les professionnels ont été recrutés.

## **1.2 Objectifs**

### **1.2.1 *Objectif principal quantitatif***

Cette première partie consiste à comparer la réalisation de la mise au sein et du PAP entre césarienne et voie basse en SSPI et SDN.

Le critère de jugement principal consiste à analyser la différence entre les taux de réalisation du PAP et de la mise au sein entre les deux voies d'accouchement.

### **1.2.2 *Objectif principal qualitatif***

Cette seconde partie de l'étude consiste à une exploration des pratiques de la mise au sein précoce et de la pratique du PAP en SSPI.

## 2. Méthode et populations

### 2.1 La population d'étude et le protocole d'échantillonnage

#### 2.1.1 *Volet quantitatif*

##### 2.1.1.1 *Population cible*

La population cible comprenait des patientes ayant accouché par voie haute ou basse, allaitant au sein et ayant eu une grossesse singleton.

##### 2.1.1.2 *Population source*

La population source correspond à des patientes ayant accouché par voie basse ou haute, allaitant au sein dans une maternité de niveaux III de la région Auvergne-Rhône-Alpes durant l'étude.

##### 2.1.1.3 *Les critères d'inclusion*

Les critères d'inclusion de l'étude quantitative étaient :

- Accouchées voies hautes ou voies basses ;
- Grossesse singleton ;
- Allaitant au sein ;
- La langue française maîtrisée à l'écrit et à l'orale ;
- À terme ( $\geq 37$  SA) ;
- Un nouveau-né sain avec une bonne adaptation à la vie extra utérine (Apgar  $\geq$  à 9 à cinq minutes de vie) ;
- Patiente acceptant de participer à l'étude ;

##### 2.1.1.4 *Les critères d'exclusion*

Les critères d'exclusion de l'étude quantitative étaient :

- Séparation mère-enfant dès la naissance pour causes médicales ;
- Transfert néonatal dès la naissance ;

- Complications maternelles ou néonatales dans le post-partum immédiat ;
- Césarienne en urgence vitale pour urgences maternelles ou fœtales (procidence, rupture utérine, HRP, pré-éclampsie sévère, éclampsie etc.).

## **2.1.2 Volet qualitatif**

### *2.1.2.1 Echantillon*

L'échantillon est constitué de personnels travaillant au bloc obstétrical d'une maternité de niveau III dans la région Auvergne-Rhône-Alpes et ayant la compétence d'effectuer la mise au sein et la surveillance de la mère et de l'enfant.

Les deux premiers professionnels ont été recrutés sur volontariat après un premier contact par courriel. Un professionnel a été recruté sur le terrain lors d'un entretien.

## **2.2 Le recueil des données**

### **2.2.1 Les variables évaluées dans l'étude quantitative**

L'étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire individuel et anonyme auto-rempli, après consentement oral, aux accouchées répondant aux critères d'inclusion. Le choix du questionnaire permettait d'avoir un échantillon plus important et était plus facile d'accès et rapide à remplir pour les patientes.

Ce questionnaire comprenait dans un premier temps une lettre d'information sur l'étude (Annexe II). Dans un second temps, 22 questions dont 15 questions fermées et sept semi-ouvertes. Une phase de pré-test a été réalisée afin d'adapter le questionnaire, six questionnaires ont été distribués pour le tester. De légères modifications ont été apportées : faute de syntaxe et d'orthographe. L'ensemble du questionnaire a été compris par les patientes (Annexe III).

Les variables recueillies au cours de ce questionnaire concernent dans un premier temps des informations personnelles de la patiente dans le contexte de l'allaitement maternel :

- Une exploration des connaissances sur la tétée précoce et l'origine des informations sur celle-ci ;
- La parité ;

- Les antécédents d'allaitement maternel, leur durée et l'origine de l'arrêt de celui-ci ;
- Le soutien de la famille ou du père ;

Dans un second temps est abordé l'accouchement et la naissance :

- Mode d'accouchement ;
- Présence d'une analgésie/anesthésie ;
- La réalisation ou non du PAP ;
- Délai entre la naissance et le premier contact en PAP ;
- Souhait du père de réaliser un PAP ;
- Délai de la première mise au sein ;
- Nombre de seins proposés ;
- Temps de cette première mise au sein ;
- Aide apportée ou non par les professionnels ;
- Composante de la douleur durant la première tétée ;

Dans un troisième temps, la patiente est sollicitée sur sa satisfaction quant aux :

- Délai du premier PAP ;
- Délai de la première tétée ;
- Accompagnement de la part du professionnel ;
- Temps accordé par le professionnel ;

La satisfaction a été évaluée par une question à cinq modalités telles que : très satisfaisant, satisfaisant, acceptable, peu satisfaisant, non satisfaisant.

### ***2.2.2 Thèmes abordés dans le volet qualitatif***

Dans ce volet, l'entretien a été privilégié afin de permettre aux professionnels de s'exprimer librement sur le sujet. L'entretien était semi-dirigé c'est-à-dire qu'il a été dirigé par une grille de questions ouvertes réalisée au préalable (Annexe IV) abordant les thèmes suivants :

- Généralités : expérience professionnelle, durée d'exercice dans le service ;

- Réalisation du PAP en SSPI : protocole PAP (Annexe V), couveuse, satisfaction, activité du bloc ;
  - Réalisation de la première tétée en SSPI : satisfaction, réalisation de la MAS, freins à celle-ci, discours du personnel ;
  - Conclusion : évolution des pratiques, suggestions, ajouts ;
- Des questions de « relance » étaient prévues afin de clarifier, préciser ou développer au professionnel sa pratique.
- Les entretiens étaient anonymes, individuels, d'une durée moyenne de 10 à 20 minutes.

### **2.2.3 Le mode de recueil des données et le circuit des données**

#### *2.2.3.1 Mode de recueil*

##### 2.2.3.1.1 Volet quantitatif

Des questionnaires ont été distribués par l'étudiante investigatrice au sein du service de maternité d'un centre hospitalier de type III de la région Auvergne-Rhône-Alpes entre septembre 2016 et janvier 2017. Dans un premier temps, les patientes étaient sélectionnées après consultation de leur dossier par l'étudiante investigatrice. Dans un second temps, les patientes le remplissaient seules et le rendaient aux professionnels ou à l'étudiante investigatrice de l'étude si possible. Puis les professionnels le rangeaient dans une pochette prévue à cet effet. Enfin, les questionnaires étaient récoltés une à deux fois par semaine, triés selon la date et l'heure d'accouchement associant une césarienne pour deux voies basses. En effet, chaque voie basse a été sélectionnée selon le jour et l'heure d'accouchement pour être au plus près du jour et de l'heure d'accouchement de la césarienne afin que les conditions et l'activité de travail du bloc obstétrical et en salle de naissance concordent dans les prises en charges des patientes.

##### 2.2.3.1.2 Volet qualitatif

Chaque entretien réalisé a été enregistré par l'intermédiaire de la fonction dictaphone d'un smartphone après accord du professionnel concerné. Une fois les entretiens réalisés, une retranscription intégrale des propos recueillis sur support

informatique, a été effectuée. Afin d'être le plus objectif possible, la discussion a été saisie mot pour mot, sans correction ni reformulation. Les messages infra verbaux tels que les hésitations, les silences et les rires ont également été notés.

Les entretiens ont été réalisés des jours de semaine, dans le bureau des sages-femmes au sein du bloc obstétrical lorsque l'activité le permettait par l'étudiante investigatrice.

#### ***2.2.4 Le codage des données : volet quantitatif***

Les données qualitatives ont été codées en chiffre : zéro pour non et un pour oui. Les données qualitatives multimodales ont été codées de un à six selon le nombre de réponses possibles.

Les données quantitatives ont été converties en données qualitatives et codées entre zéro et quatre.

#### ***2.2.5 La saisie des données***

##### *2.2.5.1 Volet quantitatif*

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Microsoft Excel au fur et à mesure du recueil des questionnaires.

##### *2.2.5.2 Volet qualitatif*

La saisie des entretiens a été effectuée sur le logiciel Microsoft Word après chaque entretien et à l'aide de l'enregistrement audio.

#### ***2.2.6 L'analyse des données***

##### *2.2.6.1 Volet quantitatif*

Les comparaisons de pourcentages entre groupes ont été réalisées à l'aide du test du Chi<sup>2</sup> de Pearson (ou Fisher exact lorsque les effectifs attendus étaient inférieurs à cinq). Les tests sont bilatéraux. Les tests ont été considérés statistiquement significatifs par une p-value inférieure à 0,05.

Les données ont pu être exploitées par le logiciel Microsoft Excel et le logiciel BiostatsTGV, disponible sur internet, pour les différents tests statistiques.

#### *2.2.6.2 Volet qualitatif*

À la suite de la retranscription minutieuse, une lecture fluctuante a permis d'identifier la présence des items préétablis et des items ou « sous items » émergents qui ont été ajoutés. Un plan des items, préétablis et émergents, a été construit.

Par une analyse horizontale, chaque entretien a été découpé en unités de sens, composées d'une ou plusieurs phrases, se rapportant à chacun des items préétablis qui ont ensuite été classés dans le plan.

Puis il a été réalisé une analyse verticale individuelle de chaque entretien afin de voir la diversité des thèmes abordés, leur récurrence, leur approfondissement.

### **3. Les aspects éthiques et réglementaires**

L'étude a été soumise au Correspondant Informatique et Libertés (CIL). Un accord favorable a été obtenu pour le questionnaire et la grille d'entretien. Cette étude a été réalisée dans les règles éthiques exigées à savoir l'anonymat des patientes et des professionnels ayant participé. Les chefs de pôles et les cadres des services ont été contactés afin d'obtenir leur autorisation. Les patientes et les professionnels ont été informés du caractère de l'étude lors de la proposition de participation.

Les patientes ont donné leur accord oral après la distribution d'une lettre d'information.

Les professionnels ont donné leur consentement par accord écrit (courriel) et oral lors de l'entretien.

# Résultats

## 1. Résultats du volet quantitatif

Sur 147 questionnaires distribués, 120 ont été récupérés, tous les questionnaires ont été interprétables. Le taux de retour est d'environ 82%.

### 1.1 Description de l'échantillon

Tableau I. Description des antécédents obstétricaux de l'échantillon

	ECHANTILLON (N=120)	%
<b>PARITE</b>		
<b>PRIMIPARE</b>	41	31
<b>MULTIPARE</b>	79	69
<b>ACCOUCHEMENT</b>		
<b>VOIE BASSE</b>	75	62,5
<b>CESARIENNE PROGRAMMEE</b>	25	20,8
<b>CESARIENNE EN URGENCE</b>	20	16,7
<b>ANTECEDENT D'ALLAITEMENT MATERNEL</b>	74	54

L'échantillon présente environ 38% (45/120) de césariennes, dont environ 21% (25/120) de césariennes programmées et environ 17% (20/120) de césariennes en urgence.

Sur cet échantillon, 92% (110/120) environ ont eu une rachianalgésie ou une analgésie péridurale ou une anesthésie générale.

Concernant le contexte de l'allaitement maternel, environ 62% (74/120) des patientes ont déjà pratiqué un AM dont environ 36% (27/74) des patientes ayant un antécédent d'allaitement maternel, ont eu un allaitement maternel exclusif jusqu'à la fin de leur allaitement.

Environ 30% des patientes ayant déjà allaité (22/74) ont arrêté leur premier AM pour le travail, environ 12% (12/74) pour un objectif personnel atteint, 27% (20/74) pour « manque de lait », environ 7% (5/120) n'ont pas précisé et environ 20% (15/74) pour d'autres raisons diverses telles que la fatigue, la douleur, un traitement maternel, une prise de poids insuffisante, une nouvelle grossesse. De plus, environ 7% de l'entourage des patientes dans l'échantillon ne les encouragent pas ou ne les soutiennent pas dans leur choix d'allaiter.

Pour les multipares ayant déjà eu plusieurs expériences d'allaitement maternel, leur précédent allaitement a été retenu pour le calcul suivant, la durée moyenne des précédents AM est d'environ 3,4 mois. Environ 36% (27/74) des AM ont été arrêtés entre la naissance et deux mois de vie de l'enfant (inclus), environ 5% (4/74) entre deux et quatre mois (non inclus), 35% (26/74) entre 4 et 6 mois (inclus) et environ 4% (3/74) ont duré plus de 6 mois et 19% (14/74) des patientes n'ont pas renseigné cette question.

## **1.2 Informations sur la tétée précoce**

Le tableau II décrit les différentes sources d'information auxquelles les patientes ont accès pendant leur grossesse et notamment sur la tétée de bienvenue.

**Tableau II. Sources d'informations**

	<b>ECHANTILLON (N=120)</b>	<b>%</b>
<b>LIVRES, MAGAZINES</b>	20	16
<b>INTERNET</b>	18	15
<b>ENTOURAGES FAMILIAUX ET AMICAUX</b>	15	12
<b>BROCHURES</b>	1	0,8
<b>PERSONNELS DE SANTE, PREPARATION A LA PARENTALITE</b>	55	45

Sur l'échantillon, 37% (45/120) des patientes n'ont pas eu d'informations sur la tétée précoce.

Environ 68% (28/41) des primipares et environ 59% (47/79) des multipares ont eu une information sur la tétée précoce.

L'information sur la tétée précoce a été reçue par 64% (46/75) des patientes ayant accouché par voie basse.

Environ 64% (29/45) de la totalité des césariennes ont reçu une information, 29% (13/45) de ces césariennes sont des césariennes programmées.

## **1.3 Mise au sein précoce et première tétée en SSPI ou SDN**

Le tableau III représente les pratiques du PAP selon les deux voies d'accouchement durant le post-partum immédiat.

**Tableau III. Réalisation du PAP en SSPI ou SDN**

	ECHANTILLON N'A PAS EU DE PAP N = 25	%	P-VALUE
<b>VOIES BASSES (N=75)</b>	9	12 des VB	<b>0.0044</b> <i>entre VB et C</i>
<b>CESARIENNES (C) (N=45)</b>	16	36 des C	
<b>C. PROGRAMMEES (CP) (N=25)</b>	8	32 des CP	<i>0,57 entre CP et CU</i>
<b>C. EN URGENCE (CU) (N=20)</b>	8	40 des CU	

Environ 21% (25/120) des patientes n'ont pas eu un accueil en PAP toutes voies d'accouchement confondues dans le post-partum immédiat.

Le tableau IV décrit les pratiques de la MAS précoce entre les deux d'accouchement durant le post-partum immédiat.

**Tableau IV. Réalisation de la mise au sein en SSPI ou SDN**

	ECHANTILLON QUI N'A PAS EU MASP N = 50	%	P-VALUE
<b>VOIES BASSES (N=75)</b>	16	21	<b><math>3.41 \times 10^{-10}</math></b> <i>entre VB et C</i>
<b>CESARIENNES (C) (N=45)</b>	32	80	
<b>C. PROGRAMMEES (N=25)</b>	18	72	<i>0,26 entre CP et CU</i>
<b>C. EN URGENCE (N=20)</b>	18	90	

Environ 64% (76/120) des patientes accouchées ont pu proposer leurs deux seins pour leur première mise au sein. Environ 62% (28/45) des césariennes ont proposé leurs deux seins et 64% des accouchées voies basses ont proposé leurs deux seins, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux voies d'accouchement,  $p=0,84$  ( $p > 0,05$ ).

Environ 31% (37/120) des accouchées ont proposé qu'un seul sein à la première tétée. Les accouchées par césariennes sont 24% (11/45) à n'avoir donné qu'un seul sein et environ 35% (26/75) des accouchées voies basses ont pu proposer un sein. La différence n'est pas statistiquement significative entre les accouchées voies basses et les césariennes,  $p=0,24$  ( $p > 0,05$ ).

Parmi l'échantillon, environ 4% (5/120) ne souviennent plus du nombre de seins qu'elles ont proposé en SSPI ou SDN.

Approximativement 3% (4 /120) des accouchées ont mis au sein moins de 15 min pour la première fois et 33% (15/45) des accouchées par césariennes ont mis au sein moins de 15 minutes.

Environ 33% (40/120) des accouchées ont mis au sein entre 15 et 30 minutes la première fois.

Environ 9% (11/120) des accouchées ont mis plus de 30 minutes au sein la première fois dont 91% sont des accouchées voies basses. Enfin, environ 19% (23/120) ne savent plus combien de temps l'enfant est resté au sein.

Le tableau V représente les différentes douleurs possibles qui peuvent être ressenties par une accouchée lors d'une tétée.

**Tableau V. Différentes douleurs pendant une tétée**

	<b>ECHANTILON (N=120)</b>	<b>%</b>
<b>MAMELON</b>	20	17
<b>CONTRACTION UETRINE</b>	18	15
<b>CICATRICE PERINEALE (N=75)</b>	15	20
<b>CICATRICE ABDOMINALE (N=45)</b>	1	2
<b>PAS DE DOULEURS</b>	55	46

Le tableau VI reprend les données précédentes mais les détaillent selon la voie d'accouchement.

Tableau VI. Différentes douleurs perçues par les deux voies d'accouchement pendant une tétée.

	CESARIENNES (N=45)	%	VOIES BASSES (N=75)	%	P-VALUE
MAMELON	8	18	12	16	0,80
CONTRACTION UTERINE	4	9	14	19	0,19
CICATRICE PERINEALE (N=75)	/	/	11	15	
CICATRICE ABDOMINALE (N=45)	4	9	/	/	
PAS DE DOULEURS	22	49	33	44	0,70

#### 1.4 Père et PAP

Le tableau VII représente la volonté des pères par rapport au PAP et la réalisation de celui-ci avec les pères des bébés nés par les deux voies d'accouchement.

Tableau VII. Le peau à peau et les pères selon les voies d'accouchement

	ECHANTILLON (N=120)	%	P-VALUE
SOUHAIT DU PERE D'AVOIR UN PAP	84	70	
PERE AYANT EU PAP	49	41	
SELON VOIE D'ACCOUCHEMENT :			
PERE / CESARIENNE PROG (N=25)	10	40	
PERE / CESARIENNE EN URG (N=20)	6	30	0,54 entre CP et CU
PERE / PAR VOIE BASSE (N=75)	33	44	0,36 entre VB et C

#### 1.5 Aide mise au sein et Satisfaction

Environ 28% (33/120) des patientes de l'échantillon n'ont pas eu d'aide à la mise au sein pour la première tétée. Les accouchées VB sont 31% (23/75) à n'avoir pas reçu

d'aide pour la MAS en salle de naissance, environ 22% (10/45) des césariennes n'ont pas eu reçu d'aide pour la MAS en SSPI.

Le tableau numéro huit décrit la satisfaction de chaque patiente selon différents critères. Il est découpé selon les deux voies d'accouchement.

À partir de la mention « peu satisfaisant » nous considérons les patientes comme non satisfaites.

**Tableau VIII. Satisfaction des patientes sur la prise en charge prise en charge de l'AM.**

	VOIE BASSE (N=75)	%	CESARIENNE (N=45)	%	P-VALUE
<b>PREMIER CONTACT EN SSPI OU SDN</b>					
<b>TRES SATISFAISANT</b>	53	70	15	33	<b><math>6.45 \times 10^{-5}</math></b>
<b>SATISFAISANT</b>	15	20	14	31	<i>0,16</i>
<b>ACCEPTABLE</b>	5	7	8	18	<i>0,072</i>
<b>PEU SATISFAISANT ET NON SATISFAISANT</b>	2	3	8	18	<b><i>0,0057</i></b>
<b>PREMIERE MISE AU SEIN EN SSPI OU SDN</b>					
<b>TRES SATISFAISANT</b>	48	64	10	22	<b><math>9.26 \times 10^{-6}</math></b>
<b>SATISFAISANT</b>	18	24	11	24	<i>0,95</i>
<b>ACCEPTABLE</b>	7	9	19	42	<b><i>5.25E-5</i></b>
<b>PEU SATISFAISANT ET NON SATISFAISANT</b>	2	3	5	11	<i>0,10</i>
<b>AIDE A LA MISE AU SEIN</b>					
<b>TRES SATISFAISANT</b>	37	49	21	47	<i>0,39</i>
<b>SATISFAISANT</b>	27	36	19	42	<i>0,92</i>
<b>ACCEPTABLE</b>	10	13	0	0	<b><i>0,012</i></b>
<b>PEU SATISFAISANT ET NON SATISFAISANT</b>	1	1,3	5	11	<b><i>0,027</i></b>
<b>SATISFAITE PAR LE TEMPS ACCORDE PAR LES PROFESSIONNELS</b>	70	93	42	93	<i>1</i>

Le tableau IX reprend les données précédentes mais en détaillant la catégorie césarienne selon si celle-ci a été programmée ou réalisée en « urgence ».

**Tableau IX. Satisfaction des patientes accouchées par césarienne.**

	<b>C. PROGRAMMEES (N=25)</b>	<b>%</b>	<b>C. EN URGENCE (N=20)</b>	<b>%</b>	<b>P-VALUE</b>
<b>PREMIER CONTACT EN SSPI OU SDN</b>					
<b>TRES SATISFAISANT</b>	10	40	2	10	<b>0,04</b>
<b>SATISFAISANT</b>	8	32	6	30	1
<b>ACCEPTABLE</b>	1	4	7	35	<b>0,01</b>
<b>PEU SATISFAISANT ET NON SATISFAISANT</b>	5	20	3	15	0,71
<b>PREMIERE MISE AU SEIN EN SSPI OU SDN</b>					
<b>TRES SATISFAISANT</b>	9	36	1	5	<b>0,027</b>
<b>SATISFAISANT</b>	7	28	3	15	0,47
<b>ACCEPTABLE</b>	11	44	8	40	0,14
<b>PEU SATISFAISANT ET NON SATISFAISANT</b>	2	8	3	15	0,64
<b>AIDE A LA MISE AU SEIN</b>					
<b>TRES SATISFAISANT</b>	14	56	7	35	0,23
<b>SATISFAISANT</b>	12	48	5	25	0,13
<b>ACCEPTABLE</b>	0	0	0	0	1
<b>PEU SATISFAISANT ET NON SATISFAISANT</b>	0	0	5	25	<b>0,012</b>

## 2. Résultats du volet qualitatif

Afin de répondre à l'objectif principal de recherche, les différents entretiens ont permis d'identifier les différents freins au peau à peau et à la mise au sein. Ils sont classés selon ces trois axes :

Le protocole PAP en salle de réveil, la pratique de la MAS en SSPI et les professionnels au sein du bloc.

Il a été réalisé trois entretiens auprès de deux sages-femmes et une auxiliaire de puériculture. Ces entretiens ont eu lieu dans le bureau des sages-femmes du bloc obstétrical de la maternité de niveau III dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

## **2.1 Le protocole PAP**

Le PAP auprès du père ou de la mère est réalisé occasionnellement pour le professionnel 1, souvent pour le professionnel 2 et jamais de peau à peau pour le père et souvent pour la mère pour le professionnel 3.

### **2.1.1 *Insatisfaction du protocole***

Les trois professionnels ont décrit une insatisfaction de ce protocole PAP ainsi qu'une difficulté à laisser les pères réaliser du PAP avec son enfant au sein du bloc obstétrical dans la mesure où il est difficile de le surveiller en permanence comme le mentionne le protocole, d'être présent pendant tout le PAP. Mais pour le professionnel un, ce dernier est toujours sollicité en premier pendant la suture de la patiente.

*« C'est lui le premier, à être sollicité »* Professionnel 1

*« Non parce que il est difficilement applicable »* Professionnel 2

*« Mais le peau à peau c'est très compliqué de surveiller »* Professionnel 1

*« Le peau à peau avec les papas c'est plus difficile de surveiller en salle de réa »*  
Professionnel 1

*« Il faudrait quelqu'un pour pouvoir les surveiller tout simplement, pour qu'on n'ait pas de soucis »* Professionnel 1

### **2.1.2 *Matériel et locaux***

De plus, il a été décrit un problème de matériel et de confort dans deux entretiens sur trois. Un problème de chaise a été mise en évidence, de l'intimité difficile à respecter et de la ventilation pour un professionnel.

*« C'est une catastrophe dans notre salle de réanimation (...) ils sont pas tranquilles (...) on reste à côté d'eux parce qu'on les laisse pas en peau à peau comme ça (...) la ventilation tombe sur les bébés »* Professionnel 2

« On n'a pas de chaise qui soit adaptée, on a des chaises toutes rigides » Professionnel 2

« Le seul problème c'est qu'on n'a pas d'endroit où les installer » Professionnel 3

« C'est vrai qu'ils ont peu d'intimité » Professionnel 3

« Donc moi si on a une chaise longue comme il y a dans le bureau des anesthésistes là d'accord (...), en fauteuil ou les relax qu'on a à la plage, qui se plient qui ne prennent pas plus de place qu'une chaise » Professionnel 3

« Cette histoire de peau à peau avec les papas, moi, quand les gens arrivent et le demandent moi je suis obligée de dire non (...) en plus faut m'expliquer comment sur une chaise droite comme un i on peut mettre un bébé en peau à peau » Professionnel 3

« Mais installer un papa en peau à peau sur une chaise classique euh c'est ni bien pour le papa ni bien pour le bébé...Et la sécurité est pas top » Professionnel 3

« La ventilation tombe sur les bébés » Professionnel 2

« Ces bébés qui ont plus de mal à se réchauffer après une césarienne. Ils ont plus froid, ils naissent dans une salle froide, puis il y a le transport dans le couloir jusqu'à la réa » Professionnel 2

« On est quand même limité par les locaux » Professionnel 2

### **2.1.3 L'activité du bloc obstétrical**

L'activité du bloc obstétrical a été également décrite dans les trois entretiens comme un élément qui influence la réalisation du PAP avec le père ou la mère et qui arrive de manière régulière. Le protocole couveuse a été donc décrit comme une solution à cette activité importante du bloc obstétrical afin de pallier au manque de moyens de surveillance du nouveau-né. Deux professionnels expliquent également que tous les nouveau-nés ne justifient pas la mise en place de ce protocole couveuse mais que cela dépend de l'état néonatal et aussi du ressenti du professionnel.

« Je pense que tous les bébés ne le justifient pas » Professionnel 1 (le protocole couveuse)

« Quand il y a de l'activité, pas de peau à peau comme ils veulent » Professionnel 1

« C'est vrai qu'à cause de l'activité des fois on pénalise ça » Professionnel 3

*« une voie basse ils sont tout de suite en peau à peau avec la maman, là ils ont souvent froid les enfants donc je pense que c'est pas plus mal qu'on les surveille pendant quelque temps après on n'est pas obligé de les laisser 3h enfermés dans la boîte » Professionnel 2*

*« y a des choses qui sont dans le protocole puis y a des choses qui sont de l'ordre du sentiment et du ressenti » Professionnel 2*

*« On le fait de façon systématique (...) parce que ça nous est pratique aussi hein, pour les surveiller (...) si on enchaîne les césariennes on peut pas surveiller le bébé sur sa maman ou son papa, par obligation on est obligé de les mettre en couveuse. » Professionnel 2*

*« Quand on enchaîne 3 ou 4 césariennes et bah on traite pas les bébés et leurs parents de la même façon que lorsqu'on en n'a qu'un » Professionnel 2*

*« ça dépend aussi du bébé, de son état, parce que on peut pas tous les mettre en peau à peau (...) il faut les surveiller plus en couveuse, on fait (...) moins facilement en peau à peau. » Professionnel 2*

*« Quand on a qu'une dame c'est bon, si on a une autre césarienne qui arrive derrière nous parfois on doit remettre le petit en couveuse par sécurité parce que il y a personne pour le surveiller » Professionnel 3*

## **2.2 Pratique de la mise au sein**

Les trois professionnels déclarent que la pratique de la mise au sein en salle de réveil chez une césarienne qui le souhaite est réalisée souvent voire quasiment systématique.

### **2.2.1 Temps de la mise au sein**

Les différents professionnels ont décrit le fait qu'il faut un temps relativement long pour les mises au sein en SSPI, celle-ci demande du temps à consacrer à la maman

et au nouveau-né. De ce fait l'activité est désignée comme un élément qui influence considérablement la réalisation de la mise au sein.

*« Si on enchaîne les césariennes ou autres choses on peut pas (...) parce que on reste quand même à côté enfin pas loin, on y va quand même beaucoup, on prend un grand moment avant de partir. »* Professionnel 2

*« On essaie au maximum de le faire mais (...) on le fait quasiment, je peux pas te dire toutes les fois c'est pas vrai mais on fait tout ce que l'on peut »* en parlant du PAP et de la MAS. Professionnel 2

*« Parce que ça prend du temps sur certain bébé (...) tout un échange qu'on peut pas faire en cinq minutes »* en parlant de la MAS pour le professionnel 3

*« C'est vrai qu'à cause de l'activité des fois on pénalise ça (...) à quelque part la priorité c'est la salle, oui entre deux césariennes je vais être obligée de refaire la salle et du coup je peux ne pas mettre le bébé en peau à peau »* Professionnel 3

Les trois professionnels déclarent également, dans la mesure du possible, sur toutes césariennes programmées, essayées de mettre au sein si la patiente souhaite un allaitement maternel.

*« Du moment que la dame elle est (...) que l'on sait que c'est un allaitement mat...on essaie quasiment toutes »* en parlant de la MAS pour le professionnel 1

*« On essaie de le faire suivant la maman aussi si elle le demande, si bébé cherche, on essaie de les mettre au sein »* Professionnel 2

*« On essaie bien de le faire, j'y attache de l'importance après voilà on le réalise pas à 100 % »* Professionnel 3

### **2.2.2 Etat maternel**

Les trois professionnels déclarent réaliser le PAP ou la mise au sein uniquement chez des patientes conscientes, qui le souhaitent et qui en font la demande.

*« Si (insistance du si) elles sont dans de bonnes conditions (...) lorsqu'elles vomissent tout le temps en salle de réveil on leur ne propose même pas. »* en parlant du PAP et de la MAS pour le professionnel 1

« Mais si elles vont bien, oui, (...) on fait quasiment systématiquement » Professionnel 1

« On essaie d'être avec elle et de les accompagner, si elles veulent mettre au sein on mets au sein » Professionnel 2

« La maman qui a pas envie qui est fatiguée » Professionnel 2

« Des fois elles ont des trucs (des effets secondaires) (...) si bien que même des fois on pensait qu'elles voulaient pas leur petit alors qu'elles sont justes complètement assommées par les produits » Professionnel 3

« Dès qu'elle le demande (...), en fonction de mon travail je m'organise, j'essaye de me rendre disponible pour le faire et j'aime bien leur, oui leur proposer, dès fois elles sont un peu réticentes elles ont peurs de cet effet un peu endormi qu'elles ont, elles ont peurs de pas pouvoir le tenir. » Professionnel 3

Les professionnels un et deux sollicitent le père de manière prudente pour la surveillance de la mère et de l'enfant.

« Des fois on sollicite le papa, si on le sent bien, on lui dit de bien regarder si le nez est dégagé. Il faut quand même qu'on soit là, parce que on n'est pas à l'abris, il faut surveiller » Professionnel 3

« On laisse jamais (...) tout seul enfin, après une fois qu'on a vu que ça marchait on laisse. Mais si on fait un peau à peau avec la maman faut que le papa soit à côté. C'est pas pour ça qu'il est responsable mais euh quand on a jugé qu'on pouvait le laisser on y va régulièrement » Professionnel 2

### **2.2.3 Etat néonatal**

Pour les trois professionnels il est important que l'état néonatal soit pris en compte pour la réalisation de l'allaitement ou même du peau à peau. De plus, les trois professionnels mettent en avant le fait que l'enfant doit être lui aussi disposé à téter.

« On peut jamais savoir à l'avance s'il va paraître bien le p'tit » Professionnel 1

« Ca arrive qu'on les mette pas : un bébé qui dort et qui cherche pas à téter, il a quand même quelques heures pour prendre ses marques lui aussi » Professionnel 2

« Ca dépend aussi du bébé, de son état, parce que on peut pas tous les mettre, il y en a qui ont quelques difficultés à s'adapter » Professionnel 2

« Après s'il dort on le laisse, on va pas le mettre » Professionnel 3

Le professionnel trois propose une alternative pour stimuler le nouveau-né endormi.

« S'il est bien sous tous les plans... Mais des fois on lui propose à la dame de mettre en peau à peau sans forcément proposer la tétée et après il se réveille en contact de sa maman et à ce moment-là on passe à la mise au sein » Professionnel 3

#### **2.2.4 Intimité du couple**

L'intimité et l'activité sont liées dans les locaux du bloc obstétrical pour la réalisation de la mise au sein avec la maman, comme le décrit le professionnel trois : « En salle de réveil on peut un peu plus respecter que si y a qu'une dame. Sinon y a le paravent, mais ça veut dire que l'activité est augmentée, il y a plus de va et vient, on est moins disponible, c'est plus compliqué »

Le problème de l'intimité en SSPI est aussi abordé par le professionnel deux : « c'est un endroit où il passe plein de monde, on peut pas être satisfait de ça, c'est pas un box d'accouchement fermé où ils sont en couple. Là on vadrouille, on y est, c'est pas satisfaisant mais bon c'est peut être mieux que de rien faire », « il faut aussi leur laisser un peu d'intimité, (...) en salle de réveil on en n'a pas beaucoup, au bloc on en n'a pas beaucoup et on essaie de faire une balance, de faire au mieux ».

### **2.3 Autres freins**

#### **2.3.1 Discours et pratiques**

Les trois professionnels interrogés mettent en évidence une discordance entre les pratiques qu'elles voudraient réaliser et celles des équipes d'anesthésies.

*« On pourrait mettre au sein et laisser bébé un peu dans les bras après mais ils veulent pas ici. Ils veulent qu'on soit tout le temps à côté. Ça veut dire que des fois on peut pas, même si la maman sait se débrouiller » Professionnel 1*

*« Ça fait partie des gros freins. Ou elles veulent pas deux couveuses s'il y a deux césars (...) C'est pas souvent mais ça arrive » Professionnel 1*

*« On fait comme on peut (rire), des phrases comme (imite) : « Maintenant ça suffit, on le remet dans sa couveuse. » Mais bon on essaie de contenter tout le monde. » Professionnel 2*

*« Les anesthésistes ne les veulent pas, veulent pas qu'elles aient les bébés sur elles, « il va s'étouffer » parce que nous pour surveiller parfois c'est compliqué. Quand on a qu'une dame c'est bon. » Professionnel 3*

Le professionnel trois expose aussi une différence de discours entre les professionnels : *« je pense que les infirmières anesthésistes soient aussi formées (...) pour le même discours (...) elles vont dire : attendez que le bébé pleure, s'il pleure pas c'est qu'il a pas faim (...) si on a la même information de base c'est déjà mieux pour informer les mamans ».*

### **2.3.2 Aide extérieure**

Deux des professionnels (un et trois) proposent la solution d'une aide extérieure, d'un professionnel en plus.

*« J'ai peut-être l'ASH de salle quand elle peut venir m'aider, comme ça on va plus vite pour remettre la salle, pour refaire la salle et du coup je peux me rendre disponible pour l'enfant » Professionnel 3*

*« du personnel en plus (...) ça serait du bien » Professionnel 1*

## **2.4 Points positifs**

Lors des différents entretiens des points positifs sont ressortis. La nouveauté au sein du bloc obstétrical est la venue du père, pour une césarienne programmée ou semi-urgente après la pose des champs, à la tête de la mère durant la césarienne.

En outre l'espace de SSPI soit uniquement réservé à l'obstétrique est un point positif et que les patientes soient déjà dans leur lit de chambre plutôt que sur un brancard est décrits comme des points positifs du professionnel 2.

# Discussion

## **1. Atteinte de l'objectif général**

### **1.1 Objectif du volet quantitatif**

Les questionnaires auprès des patientes ont permis de comparer les pratiques autour du PAP et de la première MAS précoce entre césarienne et voie basse et d'atteindre ainsi ce premier objectif.

### **1.2 Objectif du volet qualitatif**

Les entretiens auprès des professionnels ont permis d'explorer plus finement les pratiques de la mise au sein précoce et du PAP en SSPI et ainsi d'atteindre ce second objectif.

## **2. Forces et faiblesses de l'étude quantitative**

### **2.1 Points forts de l'étude**

La réalisation de l'étude au sein d'un service de maternité de niveau III a permis d'avoir accès à un large panel de patientes et à un nombre assez élevé de césarienne sur la durée de cinq mois de l'étude. L'ensemble des 120 questionnaires recueillis ont tous été exploitables.

De plus, l'échantillonnage d'une césarienne pour deux voies basses a été possible tout en dépendant de l'affluence du service.

Les six questionnaires tests composés de 22 questions ont été simples à comprendre et rapides à remplir par les patientes, de ce fait aucune modification n'a été apportée.

La durée de cinq mois de l'étude a permis de retranscrire au fur et à mesure les différentes données des questionnaires sur logiciel.

## **2.2 Points faibles**

L'étude a été menée sur cinq mois et n'a pu être optimale dans la mesure où les disponibilités de l'investigatrice étaient limitées en semaine pour distribuer et recueillir les questionnaires.

De ce fait, l'étude quantitative manque de puissance car dans cette maternité de la région d'Auvergne-Rhône-Alpes de niveau III, chaque année environ 4000 accouchements ont lieu et seulement 147 patientes ont pu être éligibles et 120 questionnaires ont été recueillis et analysés.

Les critères d'inclusion étaient trop restrictifs, réduisant considérablement le nombre de patientes potentiel à interroger ce qui a induit un biais de sélection. Sur les césariennes programmées le nombre était déjà réduit considérablement par les patientes ne choisissant pas l'allaitement maternel.

Ainsi à partir de mi-novembre, il a été choisi de sélectionner les césariennes réalisées en « semi-urgences » c'est-à-dire les césariennes réalisées pour d'autres motifs que l'insécurité de l'état maternel ou néonatal. Les césariennes principalement retenues l'ont été pour cause de stagnation de la dilatation, non engagement de la présentation ou échec de déclenchement. Elles ont été incluses afin d'augmenter la taille de l'échantillon. De plus à partir de cette période, une quatrième sage-femme a été recrutée pour subvenir au besoin croissant de la nuit. Cette sage-femme supplémentaire permet de s'approcher du schéma d'organisation du jour, au sein du bloc obstétrical, pour la prise en charge des patientes.

La satisfaction et le vécu sont des notions subjectives qu'il est difficile d'estimer sans biais et il est délicat d'affirmer que les patientes ont répondu totalement sincèrement puisque que l'enquête a eu lieu au cours de leur séjour en maternité.

Enfin sur les cinq mois de l'étude, le service de maternité a connu des périodes d'inactivité limitant les recrutements possibles.

### **3. Forces et faiblesses de l'étude qualitative**

#### **3.1 Points forts**

Les professionnels interrogés pour ce volet de l'étude ont une expérience tangible au bloc obstétrical et travaillent régulièrement dans le service.

En outre, certains des professionnels interrogés ont aussi une activité en salle de naissance et ont ainsi un point de comparaison possible.

Les entretiens ont été réalisés auprès des deux sages-femmes affectées au poste de « panseuse » au sein du bloc obstétrical. De plus, l'entretien auprès d'une auxiliaire de puériculture a permis d'obtenir le point de vue des différentes catégories professionnelles concernées par ces soins néonataux.

La réalisation d'une étude qualitative était appropriée pour ce type de recherche. En effet, elle permettait aux professionnelles de s'exprimer librement et d'utiliser leurs propres mots afin d'approcher au plus juste leur expérience. Cela a permis de répondre à la problématique de ce travail. Les entretiens ont également été retranscrits au fur et à mesure des rencontres.

#### **3.2 Points faibles**

Très peu de professionnels de cette maternité de niveau III sont assignés de manière régulière au bloc obstétrical de ce fait peu d'entretiens ont pu être réalisés.

Puis, peu de professionnels du bloc obstétrical (salle de naissance exclue) sont habilités aux mises au sein précoces, seules les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture sont autorisées à les réaliser.

### **4. Le peau à peau**

Le peau à peau, entre le nouveau-né et sa mère ou son père, au moment de la naissance, est recommandé de façon précoce et prolongée, depuis 1991 par l'OMS (5).

Dans cette étude, environ 12% (9/75) des voies basses et 36% (16/45) des césariennes n'ont pu avoir accès à un PAP durant le post-partum immédiat, la différence entre ces deux voies d'accouchement est statistiquement significative avec une p-value à  $3.41 \times 10^{-10}$  ( $p < 0,05$ ) mais il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les césariennes en urgence et programmées avec une p-value à 0,57.

Les causes de la non pratique du PAP n'ont pu être identifiées clairement par les patientes. Mais il ressort tout de même pour les mères césarisées que le nouveau-né était placé en incubateur et donc inaccessible. La mise en couveuse est en réalité perçue par les professionnels comme un outil pratique pour surveiller l'enfant même si ce dernier ne nécessite pas forcément ce type de soin. Dans la littérature, aucune recommandation déclare la nécessité de placer le nouveau-né en incubateur après une césarienne de manière systématique.

Une méta-analyse a démontré que le PAP précoce est effectivement une aide importante pour l'enfant lorsqu'il doit téter (18). Lors d'un PAP, l'enfant prend du temps pour faire connaissance avec sa mère et cela lui permet par la suite d'avoir une succion efficace. Après une césarienne, l'organisation du service est souvent décrite comme étant un frein pour la mise en place d'un rapprochement mère-enfant directement au bloc opératoire. Par cette étude, il peut être affirmé que pour les professionnels interrogés, il est difficile de permettre un PAP pour toutes les patientes. Les trois professionnels sont insatisfaits du protocole en place dans cette maternité de niveau III de la région Auvergne-Rhône-Alpes dans la mesure où ce dernier est difficilement réalisable. En effet la présence d'un professionnel en permanence avec le père ou la mère afin de surveiller l'état néonatal est, selon l'activité, utopique pour toutes les césariennes.

Une séparation précoce a des effets négatifs tant sur l'allaitement que sur le moral des mères chez les accouchées voies hautes. Selon le rapport de l'HAS, il semble encore fréquent en France que des nouveau-nés, même bien portants, soient séparés de leur mère à la naissance pour des soins de routine ou une surveillance (6). Ce premier contact corporel peut également apporter aux nouveau-nés une stabilité métabolique, thermique après une naissance par césarienne. Dans une étude de Takahashi et al, portant sur 68 nouveau-nés mis en peau à peau avant les cinq premières minutes de vie ou après, tous

nés à terme, en bonne santé et après une naissance eutocique ; il a été mis en évidence que la stabilité cardiaque des nouveau-nés placés en PAP dans les cinq premières minutes de vie était deux fois et demie supérieure à celle des enfants placés plus tardivement (44).

Le PAP est aussi primordial pour la mise en route de l'allaitement maternel. En effet d'après une étude à grande échelle incluant, entre juin 2005 et juin 2006, 19 hôpitaux américains et plus de 21000 couples mère-bébé, a montré une corrélation directe entre la durée du PAP à la naissance et le taux d'allaitement exclusif à la sortie de la maternité. Quand la durée du PAP est comprise entre une et 15 minutes, les mères allaitent exclusivement une fois et demie plus souvent, alors que lorsque le PAP a duré entre une et trois heures, elles allaitent exclusivement deux fois plus souvent leur bébé, comparées à celles qui n'ont pas bénéficié de PAP et indépendamment de leur intention d'allaiter avant d'accoucher et de la voie d'accouchement. Plus le contact PAP a été prolongé à la naissance, plus la mère a de chances d'allaiter exclusivement son bébé au moment de la sortie de la maternité (45).

La HAS a pour recommandation de le pratiquer dès que possible après la naissance, chaque nouveau-né doit être séché, recouvert et immédiatement mis sur le ventre de la mère. Les mères qui ont un contact précoce avec leur enfant ont plus de facilité à communiquer avec leur bébé, même non allaité (grade C) (6).

Les pères de l'étude souhaitaient en grande majorité réaliser le PAP (84%) cependant seulement 41% (49/120) des pères ont pu faire un PAP rapidement après la naissance. Sur l'ensemble des césariennes programmées, 60% (15/25) des pères n'ont pu réaliser le PAP alors que la programmation de la césarienne permet d'inclure plus facilement ce dernier d'après les professionnels interrogés. Selon l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux voies d'accouchement.

Certains professionnels interrogés déclarent solliciter en première intention le père pour le premier contact, néanmoins l'ensemble des professionnels décrivent la difficulté de réaliser le PAP avec les pères car le protocole PAP ne permet pas de les laisser seuls sans surveillance. Le couple père/nouveau-né connaît alors peu d'intimité. Le matériel mis à disposition pour effectuer le PAP avec le papa est également évoqué comme un frein pour le PAP entre le père et l'enfant par deux des professionnels interrogés. En effet, une simple chaise droite et rigide n'est pas reçue comme acceptable pour placer un nouveau-né de manière sécurisée contre son père. Ce dernier étant décrit comme souvent

peu à l'aise avec le bébé, il paraît alors primordial d'être correctement installé pour le confort et le bien-être du père et de son enfant.

Enfin, malgré le fait que le bloc soit dédié à l'obstétrique, les locaux sont décrits par les professionnels de l'étude comme insatisfaisants ne permettant pas une intimité adéquate autant en salle de réanimation qu'en SSPI où le va-et-vient des professionnels est récurrent. L'activité du bloc obstétrical ne permet pas toujours la rencontre de l'enfant avec ses parents car si l'activité est importante, deux couveuses ne peuvent être permises en SSPI malgré un paravent mis à disposition pour séparer les deux patientes. Ces conditions ne peuvent être considérées comme optimales pour le couple et leur enfant.

## **5. Mise au sein précoce**

### **5.1 Information sur la tétée précoce**

L'information des patientes lors de préparation à la naissance et à la parentalité sur l'allaitement maternel est importante car il s'agit d'un acte qui ne s'improvise pas et qui nécessite un accompagnement et des conseils pour les toutes premières tétées. Par ailleurs la HAS recommande d'informer les futurs parents à ce propos dès la préparation prénatale avec des programmes structurés utilisant une approche de groupe ou individuelle, à l'hôpital ou en dehors, et s'appuyant sur l'association de plusieurs techniques éducatives (groupe de discussion, cours de préparation à l'accouchement, brochures, vidéo, manuel d'auto-apprentissage). Ces dernières augmentent le taux d'allaitement maternel à la naissance et, dans certains cas, sa poursuite (grade C) (46).

Or dans cette étude on peut constater que 37% (45/120) des patientes interrogées n'ont pas eu d'information sur la tétée précoce et seulement 29% (13/45) des césariennes programmées ont eu une information sur celle-ci. Les professionnels de santé, et tout particulièrement l'équipe médicale de la maternité où a lieu l'accouchement, constituent un appui précieux pour démarrer l'allaitement. Dans cet échantillon une partie des patientes ont eu recours à internet, à des magazines, des livres ou à leur entourage pour obtenir des informations sur la tétée précoce et l'allaitement de manière plus générale et environ 45% (55/120) ont reçu l'information de professionnels de santé.

En outre au sein de ce centre hospitalier de niveau III d'Auvergne-Rhône-Alpes, il existe des réunions avec une consultante en lactation exclusivement dédiées à l'allaitement maternel pour toutes les mamans ou futures mamans qui souhaitent y participer. Toutes les mamans, ressentant le besoin d'un accompagnement plus personnalisé que ce soit pendant la grossesse ou après l'accouchement, devraient avoir accès à de telles consultations. Ces dernières sont pourtant encore peu connues en France.

Il est aussi primordial d'associer soutien pré et post-natal, comme le confirme une analyse de la collaboration Cochrane en 2002 (47). L'accompagnement des mères ne s'arrêtent pas à la sortie de la maternité. En effet il se poursuit à domicile grâce aux visites d'une sage-femme libérale ou de la protection maternelle et infantile (PMI) dans les semaines suivant la naissance. Le retour à la maison est une grande étape pour le couple et leur enfant d'autant plus pour une mère qui allaite dans la mesure où elle se retrouve seule, sans l'aide des professionnels à proximité. Ainsi un accompagnement personnalisé, selon les patientes, doit être privilégié pour les aider et les encourager dans la poursuite de leur allaitement.

Enfin, l'information des professionnels aux patientes en SSPI pourrait être améliorée. D'après les entretiens, il existe une discordance de discours entre les catégories professionnelles (anesthésie et obstétrique) sur le meilleur moment pour réaliser le PAP et la première tétée.

## **5.2 Pratiques et freins de la tétée précoce**

L'allaitement maternel repose avant tout sur un mécanisme hormonal nécessaire à la production laiteuse. Lorsque la césarienne est programmée, la mère est privée de la sécrétion naturelle des hormones de l'accouchement nécessaires à la bonne mise en place de la montée laiteuse. Celle-ci peut être retardée mais ce n'est pas systématique. Il faut alors un PAP précoce qui augmente la sécrétion d'ocytocine et ainsi favorise la mise en place de l'allaitement. Dans le cadre de l'étude « Feeding Practices Study II », suivi longitudinal de un an entre 2005 et 2007, les 2586 mères ayant initié l'allaitement maternel ont été interrogées sur le moment de survenue de la lactogénèse II (cliniquement repérée par la « montée de lait »). La naissance par césarienne, programmée ou réalisée

en cours de travail, était associée à un risque de retard de la lactogenèse II, deux à trois fois supérieur par rapport à une naissance par voie basse sans péridurale (48).

La mise au sein précoce après l'accouchement a été soulignée comme bénéfique sur la durée d'allaitement quel que soit la voie d'accouchement (6). D'après cette étude, il existe une différence significative de la pratique de la première tétée en SSPI ou SDN où environ 80% (32/45) des accouchées voies hautes déclarent ne pas avoir eu de première tétée en SSPI, avec une p-value à 0,0044 ( $p < 0,05$ ).

Mais ces données sont contradictoires aux déclarations des professionnels qui, selon eux, réalisent quasiment systématiquement la première mise au sein en SSPI lorsque la femme souhaite allaiter mais dépendamment de l'activité et de leur disponibilité.

Cette première tétée dépend également, comme citée dans le protocole PAP, de l'état maternel et de l'état néonatal. En effet celle-ci doit pouvoir être effectuée seulement si la mère est consciente, le souhaite, et que l'enfant soit réveillé et dans de bonnes conditions d'adaptation à la vie extra-utérine. L'activité a également une part de responsabilité dans la réalisation ou non de la tétée, cependant dans certains cas le père peut être sollicité pour la surveillance de la mère et de l'enfant et dans la mesure du possible pour aussi leur laisser plus d'intimité. Si le père est informé simplement mais clairement de l'importance de maintenir une observation attentive du nouveau-né et de la liberté de ses voies aériennes, et qu'il est en état d'effectuer cette observation, la sécurité du PAP atteint un niveau très élevé (49). De plus dans les recommandations de l'IHAB pour un PAP en toute sécurité, il est précisé que si personne ne peut assurer une surveillance permanente pendant le PAP, l'enfant peut simplement être scopé (Annexe VI).

Comme déjà décrit, il peut arriver que deux césariennes soient en SSPI et donc le premier contact mère-enfant peut être repoussé au retour en chambre.

Les professionnels interrogés décrivent également une insuffisance de communication entre les différents professionnels du bloc. Les professionnels en anesthésie semblent avoir une certaine appréhension du contact entre la mère et l'enfant ce qui pourraient constituer un frein à celui-ci. Une information insuffisante en la matière pourrait-elle expliquer leur réticence ? Un peu à peu ou une mise au sein bien effectués et surveillés régulièrement ne présente pas de danger pour le couple mère-enfant.

L'analgésie aurait aussi avoir un facteur nuisant à l'allaitement pendant le travail selon la HAS, l'APD peut retarder le réflexe de succion, mais ne modifie pas la mise en route de l'allaitement. Si la première tétée est retardée, il est recommandé d'apporter davantage d'aide et de soutien à la mère (6).

La composante de la douleur est aussi un facteur influençant la première tétée. Environ 51% des césariennes de l'étude ont ressenti une ou des douleurs mais 56% des accouchées voies basses ont aussi été douloureuses après leur accouchement, la différence entre les deux types d'accouchement sur le ressenti de la douleur n'est pas statistiquement significative. Cela peut être un frein au bon fonctionnement de l'allaitement, au confort de la patiente et à l'établissement du lien mère-enfant. En effet, les premiers jours suivants une césarienne, il est plus difficile pour la patiente de participer aux premiers soins du nouveau-né dans la mesure où la position orthostatique peut être douloureuse, fatigante, le port de l'enfant peut être contraignant et douloureux tout comme pour l'allaitement maternel (50). De ce fait la douleur peut influencer la position du couple mère/enfant, or celle-ci constitue un facteur déterminant du bon fonctionnement d'un allaitement tout comme le confort général maternel.

Le soutien des proches est aussi apparu comme primordial pour les mères, notamment celui des conjoints en matière d'allaitement. Dans l'étude, 93% (112/120) des pères soutiennent leurs femmes pour leur allaitement maternel. Il joue un rôle non négligeable dans la réussite de l'allaitement. En effet dans l'étude « Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding » menée en Australie, 59% des femmes qui percevaient le consentement de leur partenaire à l'allaitement ont maintenu l'allaitement jusque six mois et 53% ont allaité exclusivement leur enfant jusqu'à trois mois. Contre respectivement 30% et 26%, des femmes qui percevaient que leur partenaire était plus favorable au biberon ou ambivalent quant au type d'alimentation du bébé (51).

Dans la présente étude, il a manqué certaines données comme l'heure du premier contact ou de la première de la mise au sein ou comme le délai exact entre l'accouchement et la première mise au sein. La question a été posée dans le questionnaire en laissant la possibilité de détailler, si les patientes se souvenait de l'heure ou du délai plus ou moins exact, mais les patientes ont rarement répondu à cette question.

Une étude canadienne, « The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum », a comparé le taux d'initiation à la mise en sein inférieur à 30 minutes après l'accouchement entre une césarienne et une voie basse, et en a conclu que seulement 18% des césariennes ont eu cette initiation contre 50% des voies basses (52).

Au centre hospitalier de niveau III d'Auvergne-Rhône-Alpes, il ne semble pas possible de pouvoir pratiquer un PAP et une première mise au sein en salle de césarienne du bloc obstétrical dans la mesure où la pièce est refroidie, en courant d'air, et la patiente n'est pas toujours consciente ou n'a pas d'intimité avec les professionnels qui naviguent autour d'elle. Le délai inférieur à 30 minutes paraît non réalisable sans l'instauration d'une politique de soin au nouveau-né en faveur d'un contact corporel précoce.

Dans cette étude, environ 21% des patientes, les deux voies d'accouchement comprises, doivent attendre au-delà de deux heures après leur accouchement pour avoir un premier contact et une première mise au sein.

Une étude sur l'« Arrêt prématuré de l'Allaitement maternel » a pour objectif de préciser, dans une population de femmes souhaitant allaiter à moyen terme, les facteurs associés au sevrage prématuré. L'une des causes retrouvées est la mise a sein tardive dans le post-partum. Il aurait été souhaitable de prolonger la présente étude dans le post-partum tardif afin de mesurer l'impact de la mise au sein tardive sur cet échantillon (53).

## 6. Satisfaction

D'après le mémoire de fin d'étude d'A. Croisy en 2016 dans cette même maternité de niveau III, il est ressorti que quatre femmes sur douze avaient pu réaliser un PAP en SSPI. De plus sur les dix femmes souhaitant allaiter dans cette étude seulement quatre sur dix ont pu réaliser un démarrage précoce de l'allaitement au sein en SSPI (54).

Dans la présente étude, 18% (8/45) des accouchées par césariennes ne sont pas satisfaites du délai entre la naissance et le premier contact avec leur enfant, la différence avec les accouchées voies basses est statistiquement significative, avec une p-value à 0,0057 ( $p < 0,05$ ). Seulement 22% (10/45) des césariennes sont « très satisfaites » du délai de leur première MAS contre 64% (48/75) des voies basses, la différence est

statistiquement significative, avec une p-value à  $9,26 \times 10^{-6}$ . Parmi les accouchées par césariennes 11% (5/45) sont insatisfaites de l'aide apportée pour la première MAS, et cette différence est statistiquement significative avec les accouchées voies basses. Néanmoins dans la plupart des cas, elle n'a pas été réalisée en SSPI et ne remet donc pas en cause le temps accordé par le professionnel de la SSPI. Pour les deux voies d'accouchement, le temps accordé par les professionnels pour l'allaitement maternel est satisfaisant pour 93% (112/120) des patientes.

Dans une étude Canadienne, on note l'insatisfaction des patientes quant au délai du premier contact après l'accouchement. En effet 26% des césariennes ne sont pas satisfaites contre cinq pourcents des accouchées voies basses avec un délai d'initiation à l'allaitement maternel de moins de 30 minutes dans le post-partum immédiat, où 18 % des césariennes avaient pu en bénéficier contre 50% des accouchées voies basses (42). Dans cette étude, les résultats sont aussi statistiquement significatifs concernant la satisfaction des deux voies d'accouchement sur les points énoncés, en effet les accouchées voies basses sont 36% à être « très satisfaites » de leur première mise au sein contrairement aux césariennes qui sont seulement 5% à être « très satisfaites ».

## **7. Projet d'action**

L'environnement du bloc obstétrical peut être amélioré afin de faciliter la rencontre et la création du lien entre la triade du père, de la mère et du nouveau-né. Il pourrait être réchauffé, préalablement, du linge spécialement pour l'accueil du nouveau-né en peau à peau. En outre la chaise classique pour le PAP pourrait être remplacée par une chaise longue ou type transat, comme décrit lors des entretiens, afin d'optimiser le confort du père et de son nouveau-né et de la même façon sécuriser le contact entre les deux. En effet une sécurité optimisée pourrait influencer la pratique des professionnels ou la révision du protocole pour permettre de laisser un peu plus d'intimité au père et à l'enfant tout en maintenant une surveillance régulière et également de proposer plus facilement le PAP. Jusqu'à présent certains professionnels jugent le PAP insécuritaire et inconfortable pour le père et l'enfant.

Ainsi il pourrait être envisagé d'intégrer le père au PAP de manière plus systématique autant pour les césariennes que les voies basses. En effet, d'après les questionnaires 70% (84/120) des pères souhaitaient un accueil en PAP de leur enfant, seulement 41% (49/120) d'entre eux ont pu le réaliser en salle de naissance ou SSPI. L'intégration du père dans la naissance est un élément important pour faciliter la création des liens familiaux. Ainsi proposer à chaque père un contact intime avec son enfant en salle de naissance ou SSPI, ou même en suite de couche, dans les heures qui suivent la naissance pourrait être une avancée et une dimension nouvelle pour le père. En cas d'AM, lorsque la mère allaite cela permettrait au père son implication ainsi que sa « parentalisation ».

De plus, il a été démontré que si le père est informé clairement de l'importance de maintenir une observation attentive du nouveau-né et de la liberté de ses voies aériennes, et qu'il est en état d'effectuer cette observation, la sécurité du PAP atteint un niveau très élevé. Il serait donc, utile de réfléchir à des stratégies permettant d'impliquer la personne accompagnant la mère dans les soins et ne pas la percevoir comme un simple spectateur de l'événement de l'accouchement et de la naissance. Ainsi le père ou la personne accompagnante devrait être sollicité en première intention en cas d'incapacité maternelle et impliqué dans la surveillance de l'enfant (49) (55).

Parfois il se peut que la mère n'ait pas eu l'occasion de rencontrer son enfant en SSPI par manque de disponibilité du personnel, fatigue maternelle etc. Une rencontre en service de maternité peut alors être organisée et le PAP pourrait être pratiqué. Priver une mère de ces instants est toujours vécu douloureusement. En outre si la MAS précoce n'a pu être réalisée en SSPI, elle devrait être effectuée immédiatement au retour en chambre de la patiente.

En 2014, le Dr Nylander, gynécologue-obstétricien, a présenté en France la procédure de son établissement, le Riskhospitalet, hôpital universitaire d'Oslo. Le service a organisé un groupe de travail avec des représentants de chaque profession concernée par le bloc et la SSPI. Les infirmières du SSPI ont suivi une formation sur l'intérêt du PAP, les conditions de sécurité de cette pratique et sur la prise du sein. Quand la charge de travail en SSPI le permettait, les infirmières s'occupaient de la surveillance du PAP, le père étant informé des éléments à surveiller. Quand cela n'était pas possible, les infirmières de la SSPI ont demandé à pouvoir bénéficier d'une ligne téléphonique pour

qu'une sage-femme se détache et vienne en SSPI. L'information orale et écrite des parents avait lieu en prénatal pour les césariennes programmées. Au bout de 5 ans, une nouvelle évaluation a été menée : 98% des mères avaient eu un contact immédiat en PAP avec leur bébé, pour 75% d'entre elles, le PAP a été continu (il a été interrompu pour des complications ou en cas d'anxiété de la mère). La prise du sein s'est faite au bloc pour 10% des bébés, en SSPI pour 86% des bébés et en chambre de suites de couches pour les 4% restant. Enfin, 98% des bébés n'ont pas pleuré en SSPI. Les sages-femmes interrogées ont estimé que cette nouvelle pratique leur facilitait le démarrage de l'allaitement pendant le séjour. Les infirmières de SSPI ont considéré que leur travail était devenu plus gratifiant et qu'elles gagnaient du temps grâce à la présence du père (56).

Un autre établissement a publié son expérience de mise en place du PAP précoce et ininterrompu en cas de césarienne. Il s'agit d'un centre hospitalier universitaire de Madrid, labélisé « Hôpital Ami des Bébés ». L'objectif du projet était de favoriser un état émotionnel favorable au lien mère-enfant et à l'allaitement, en proposant la présence du père (ou d'une autre personne choisie par la mère) au bloc et le PAP dès la naissance. Tous les professionnels concernés ont suivi une formation sur les arguments scientifiques et un protocole a été élaboré en 2010. La présence du père a été rapidement acceptée au vu du ressenti très positif des mères. Une évaluation a été menée fin 2010/début 2011, le PAP au sein du bloc obstétrical a été réalisé pour 44% des césariennes (80% des césariennes programmées, 30% des césariennes réalisées en cours de travail). Le père a été présent dans le bloc obstétrical pour 85% des césariennes (91% des césariennes programmées). Enfin 98% des femmes accompagnées au bloc ont déclaré que la présence de leur compagnon les avait aidées à se sentir en sécurité et en confiance. Le protocole est expliqué par le médecin référent en consultation où il explique que le père entre au bloc après la mise en place de la péridurale et la température de la salle est réglée à 24 °Celsius être. La mère a un bras libre (le pouls est pris à son pied, les électrodes de l'électrocardiogramme sont placées dans son dos) et le père est informé des signes à surveiller pendant le PAP entre la mère et l'enfant (57).

Ces différents exemples de protocole, pour un accueil revalorisé de l'enfant en cas de césarienne, permettent de réaliser qu'un contact précoce au bloc opératoire est aussi accessible ainsi qu'un début d'allaitement maternel. Il pourrait être envisagé de réfléchir à la mise en œuvre d'une évaluation de pratiques professionnelles autour du PAP et de la mise au sein. Des réunions pluridisciplinaires où chaque professionnel pourrait intervenir

et échanger, pourraient aboutir à la rédaction d'un nouveau protocole. Ceci pourrait aider à améliorer la pertinence des soins, la sécurité et la qualité à toutes les étapes de la prise en charge.

Les professionnels au bloc obstétrical, de la maternité de l'étude, sont seulement deux à pouvoir effectuer le PAP et la MAS : la sage-femme et l'auxiliaire de puériculture. La sage-femme est garante de la sécurité de la mère et de son nouveau-né. Le code de la santé publique (58) énonce clairement les compétences de la sage-femme qui se doit d'être attentive au bon état de santé du couple mère-enfant. Au sein d'une unité mère-enfant, c'est à la sage-femme de dépister les éventuelles difficultés des premiers liens mère-enfant. La pratique du PAP et de l'AM et sa surveillance peuvent l'y aider. Aussi, par ses compétences, la sage-femme est le professionnel de référence pouvant s'enquérir des désirs et des souhaits de la femme et du couple, afin de cibler au plus juste leur accompagnement et d'adapter leur prise en charge.

Lors des périodes à activité intense, l'auxiliaire de puériculture doit s'intéresser au ménage et à la réinstallation des salles et la sage-femme doit superviser les césariennes en tant que panseuse. Lors des césariennes programmées, les AP et les SF de salle de naissance ne sont pas censées s'occuper des nouveau-nés des CP mais uniquement des césariennes en urgence. Une des propositions suggérées par un des professionnels est l'intervention de l'ASH de salle de naissance au bloc obstétrical afin d'aider l'AP à la désinfection des salles du bloc, à deux en allant plus vite, pour que l'AP puisse avoir le temps nécessaire pour effectuer le PAP et le début de l'allaitement maternel si besoin.

Une formation, également, des autres professionnels notamment comme les infirmières anesthésistes pourraient harmoniser les discours auprès des patientes et éviter les discordances interprofessionnelles.

La tétée précoce pourrait être abordée de manière plus précise par les professionnels de santé en anténatal. A travers la préparation à la naissance et à la parentalité, les circonstances et les techniques de la première mise au sein pourraient être renforcées afin d'éduquer les futurs parents à reconnaître le moment propice pour la réaliser et les aider à être plus autonomes dans leur pratique.

Enfin par cette étude, on peut constater un manque d'information des patientes sur ce sujet. Il serait intéressant de revaloriser ces sujets par l'intermédiaire des

professionnels, de brochures ou de posters, de ce fait les bienfaits du PAP pourraient être véhiculés et partagés auprès des patientes tout comme insister sur la réalisation de la tétée précoce en post-partum immédiat.

# Conclusion

Cette étude a été divisée en deux volets : un volet quantitatif auprès des patientes et un volet qualitatif auprès des professionnels. Ces deux volets permettent la confrontation des différents points de vue entre les soignants et les soignés. Cela a permis de valider l'hypothèse de base soit que la MAS précoce n'est pas réalisée de manière égalitaire entre une accouchée par césarienne ou par VB dans ce centre hospitalier de niveau III de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

En outre, le PAP entre les deux voies d'accouchement n'est pas effectué aussi dans les mêmes conditions. De ce fait les accouchées par VB restent privilégiées pour l'accueil de leur enfant. Le PAP avec les pères n'est également pas suffisamment réalisé et proposé à ces derniers au sein des SSPI et des SDN. La pratique du PAP est une méthode abordable et naturelle qui permet de nombreux bénéfices. Cette pratique devrait être utilisée de nos jours comme technique de soin. Elle devrait être proposée systématiquement aux mères et un temps suffisant devrait être respecté pour en objectiver les bienfaits.

Grâce aux entretiens auprès des professionnels de santé, il a pu être constaté les différents freins de la MAS ainsi qu'au PAP avec la mère ou le père en SSPI. L'activité constitue l'un des freins majoritaires à la pratique de celle-ci. De plus une mise à jour du matériel serait une avancée pour la réalisation du PAP et de la MAS au précoce en toute sécurité.

Il a été démontré que le premier contact corporel ainsi que la MAS précoce constituent des éléments fondamentaux dans le démarrage de l'AM. Les pratiques actuelles pourraient être approfondies en mettant en place un nouveau protocole. En effet en considérant les recommandations actuelles, les expérimentations dans d'autres maternités et l'avis des professionnels, cela pourrait permettre une première rencontre de l'enfant avec sa mère au sein du bloc obstétrical même.

Enfin une seconde étude permettrait de comparer à long terme s'il y a une différence significative entre les accouchées voies hautes et voies basses sur le démarrage de l'AM durant le séjour et sur la durée à long terme de l'allaitement.

# **Références bibliographiques**

1. A. Vilain. Deux nouveau-nés sur trois sont allaités en France. Etudes et Résultats de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques [Internet]. 2016 [cité 20 avril 2017] ; 0958. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er958.pdf>
2. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Rapport européen sur la périnatalité : la France comparée aux autres pays d'Europe [Internet]. 2008 [cité 15 novembre 2016]. Disponible sur : <http://www.inserm.fr/layout/set/print/espace-journalistes/rapport-europeen-sur-la-perinatalite-la-france-comparee-aux-autres-pays-d-europe>
3. Claire Kersuzan et coll. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2014 [cité 27 septembre 2016]. 27. Disponible sur : [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/pdf/2014\\_27.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/pdf/2014_27.pdf)
4. Institut de Veille Sanitaire. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane, France, 2012. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2012 [cité 27 septembre 2016]. 34 :383-87.
5. OMS. Démarrage précoce de l'allaitement maternel [Internet]. WHO. [cité 26 septembre 2016]. Disponible sur : [http://www.who.int/elena/titles/early\\_breastfeeding/fr/](http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/fr/)
6. HAS. Favoriser l'allaitement maternel, processus-évaluation. Mission formation. Juin 2006. 55p.
7. Initiative Hôpital Ami des Bébé. Tout sur IHAB [Internet]. [cité 20 avril 2017]. Disponible sur : <https://amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php>
8. Organisation Mondiale de la Santé. Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. 2017 [cité 20 avril 2017]. Disponible sur : [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/fr/)
9. . C. Freund, L. Mirabel, K. Aunane, C. Mathelin. Allaitement maternel et cancer du sein. Gynécologie obstétrique et fertilité, 2005 : 33 ; 739-744
10. V. Rigourd, S. Aubry, A. Tasseau, P. Gobalakichenane, F. Kieffer, Z. Assaf, M. Nicloux, JF Magny. Allaitement maternel : bénéfiques pour la santé de l'enfant et de sa mère. Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 2013 : 26 ; 100-102
11. Promouvoir l'allaitement maternel. La revue Prescrire, Juillet 2008 ; 28, n°297 ; 510-520

12. Beaudry M, Chiasson S, Lauzière J. Biologie de l'allaitement. Québec : Presse de l'université du Québec ; 2007
13. Houdebine LM., Biologie de la lactation. Encyclopédie Médico-Chirurgicale – Gynécologie-Obstétrique ; 1997.
14. Gremmo-Feger G. Lactation humaine : nouvelles données anatomophysiologiques et implications cliniques. Médecine et Enfant. [Internet]. 2006 [cité 1 oct 2016] ; 9. Disponible sur : <http://www.co-naitre.net/wp-content/uploads/2016/04/LactationhumainGGF.pdf>
15. Gremmo-Féger G. L'allaitement maternel. In : Francoual C, Pédiatrie en maternité 3<sup>e</sup> édition, 2008. Flammarion, Paris, pp 495-500.
16. Cregan MD, Hartmann PE. : Computerized breast measurement from conception to weaning: clinical implications. J Hum Lact. 1999; 15:89-96.
17. Neville MC, Morton J. Physiology and Endocrine Changes Underlying Human Lactogenesis II. J Nutrition 2001; 131:3005S-3008S.
18. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cité 26 septembre 2016]. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub3/abstract>
19. Organisation Mondiale de la Santé. Contact peau à peau précoce des mères et de leur nouveau-né en bonne santé [Internet]. [cité 7 sept 2016]. Disponible sur : <http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/fr/>
20. Pejoan H. Mise au point sur les recommandations et les consensus en cours concernant les soins au nouveau-né bien portant en salle de naissance. Les Journées des Techniques Avancée [Internet]. 2008 [cité 7 sept 2016]. Disponible sur : [http://www.lesjta.com/article.php?ar\\_id=1265](http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1265)
21. Gremma-Feger G. Accueil du Nouveau-né en salle de naissance. Les dossiers de l'allaitement. 2002.51.
22. Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne [Internet]. 2014 [cité 20 octobre 2016]. Disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161443/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161443/1/WHO_RHR_15.02_fre.pdf?ua=1)

23. Long Q, Klemetti R, Wang Y, Tao F, Yan H, Hemminki E. High caesarean section rate in rural China : Is it related to health insurance (New Co-operative Medical Scheme)? Soc Sci Med. août 2012;75(4):733-7.
24. Betrán AP, Meriáldi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section : analysis of global, regional and national estimates. Paediatr Perinat Epidemiol. 2007;21(2).
25. F. Menacker. B.E. Hamilton. Recent Trends in Cesarean Delivery in the United States. NCHS Data Brief [Internet]. 2010 [cité 20 octobre 2016];35. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db35.pdf>
26. B. Afolabi. Regional versus general anaesthesia for caesarean section. The Cochrane Library [Internet]. 2011 [cité 12 octobre 2016]. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004350.pub3/full>
27. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM-U953 DREES. mai 2011. 132p.
28. Venditelli F, RACINET C. La césarienne. 2ème édition. Strasbourg : Sauramps medical; 2013
29. Storme L, Rakza T, Mariette S, Bouissou A. Pathologie de l'adaptation à la vie extra utérine : à quel terme pratiquer une césarienne prophylactique ?. Lille ; 2006
30. Haute Autorité de Santé. Indications de la césarienne programmée à terme [Internet]. [cité 26 septembre 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1070417/fr/indications-de-la-cesarienne-programmee-a-terme](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1070417/fr/indications-de-la-cesarienne-programmee-a-terme)
31. A. Gaudin. Conséquences de la césarienne sur le nouveau-né. Revues générales obstétrique [Internet]. 2015 [cité 29 sept 2016] ; 177. Disponible sur : [http://www.performances-medicales.com/gynecology/PDF/revues/RGO\\_177\\_Gaudin.pdf](http://www.performances-medicales.com/gynecology/PDF/revues/RGO_177_Gaudin.pdf)
32. JL. Hawkins. Epidural analgesia for labor and delivery. Engl J Med. 2010 ; p. 1503-10.
33. D. Fletcher. Anesthésie locorégionale. CNRD - Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur [Internet]. 2004 [cité 12 octobre 2016]. Disponible sur : [https://www.cnr.fr/Anesthesie-locoregionale.html?page=article-imprim&id\\_article=266](https://www.cnr.fr/Anesthesie-locoregionale.html?page=article-imprim&id_article=266)
34. Afolabi B, FE Lesi. Regional vers general anaesthesia for caesarean section. 2012

35. Ng KW, Parsons J, Cyna AM, Middleton P. Spinal versus epidural anaesthesia for caesarean section. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2004 [cité 12 octobre 2016]. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003765.pub2/abstract>
36. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *Recommandations pour la pratique clinique – Post-partum* [Internet]. CNGOF. 2015 [cité 16 septembre 2016]. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=2176>
37. F. Fuchs, D. Benhamou. Césarienne et post-partum : recommandations pour la pratique clinique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction* [Internet]. 2015 [cité 20 avril 2017] ; 44. Disponible sur : <file:///C:/Users/sbego/Downloads/C%C3%A9sarienne%20et%20post-partum%20-%20recommandations%20pour%20la%20pratique%20clinique.pdf>
38. Breastfeeding after c-section [Internet]. [cité 20 octobre 2016]. Disponible sur : <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/37218.pdf>
39. Ryding EL, Wijma B, Wijma K. Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand.* oct 1997;76(9):856-61.
40. Ransjö-Arvidson AB, Matthiesen AS, Lilja G, Nissen E, Widström AM, Uvnäs-Moberg K. Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth Berkeley Calif.* 2001;28(1).
41. Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, Brockway M, Tough SC. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16:90.
42. B. Chalmers, J. Kaczorowski, E. Darling, M. Heaman. Cesarean and Vaginal Birth in Canadian Women: A Comparison of Experiences. *Birth issues in Perinatal care.* 2010 ; 37 : 44-49.
43. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr.* 1 mai 2012 ; 95(5):1113-35.
44. Y. Takahashi, K. Tamakoshi, M. Matsushima, T. Kawabe . Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants. *Early Hum Dev.* 2011; 87 (3): 151-7.

45. Bigelow A. & al. The relation between early mother-infant skin to skin contact and later maternal sensitivity in south african mothers of low birth weight infants. *Infant Mental Health Journal* 2010 Vol 31 (3) – 358-377.
46. Haute Autorité de Santé - Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. [cité 16 février 2017]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite)
47. J. Sikorski, MJ. Renfrew, S. Pindoria, A. Wade. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Review*. The Cochrane Library, Issue 2, 2002.
48. Lind JN, Perrine CG, Li R. Relationship between use of labor pain medications and delayed onset of lactation. *J Hum Lact*. 2014 ; 30 (2) : 167-74.
49. Girard L. Peau à peau...Et vous, dans votre équipe, vous en êtes où ?. *IHAB*. 2016 ; 445 : 8-13.
50. Association Césarine. Se préparer à une césarienne [Internet]. 2016 [cité 28 février 2017]. Disponible sur : <http://www.cesarine.org/avant/preparer/>
51. Scott, J.A., Landers, M.C., Hughes, R.M. & Binns, C.W. Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2001 ; 37(3), 254-261
52. A. J. Hobbs, C. A. Mannion, S. W. McDonald, M. Brockway and S. C. Tough. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC pregnancy and childbirth*. 2016 ; 16 : 90.
53. Branger B, Cebon M, Picherot G. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pediatr* 1998;5 : 489-96.
54. Croisy A. Satisfaction des primipares ayant bénéficié d'une césarienne programmée [Mémoire]. [Clermont-Ferrand] : Université de Clermont-Ferrand ; 2016.
55. Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth Berkeley Calif*. 2007 ; 34(2) : 105-114
56. Nylander G, Hellenes K, Gro Areklett A. Pratique du peau à peau pendant et après la césarienne. Paris, 2<sup>e</sup> journée nationale l'IHAB. 2014 [cité 20 avril 2017]. Disponible sur : [http://amis-des-bebes.fr/pdf\\_news/2015/livret-IHAB-2014.pdf](http://amis-des-bebes.fr/pdf_news/2015/livret-IHAB-2014.pdf)

57. Alba-Romero C, Camaño-Gutiérrez I, López-Hernández P, de Castro-Fernández J, Barbero-Casado P, Salcedo-Vázquez ML, Sánchez-López D, Cantero-Arribas P, Moral-Pumarega MT, Pallás-Alonso CR. Post-cesarean Section Skin-to-Skin Contact of Mother and Child. *J Hum Lact.* 2014 20;30(3) :283-286.
  
58. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie. 2012

# **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 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.
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 au sein 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.

Par ailleurs, les établissements devraient refuser de recevoir, gratuitement ou à prix réduit, des lots de substituts du lait maternel, de biberons ou de tétines.

## Annexe II. Lettre d'information destinée aux patientes

### LETTRE D'INFORMATION

*Les pratiques de la mise au sein précoce entre une accouchée par césarienne et une accouchée voie basse au centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand.*

#### **Investigateurs :**

- Begon Sophie, étudiant(e) sage-femme à Clermont-Ferrand  
- sous la direction de Madame Poumeyrol Delphine, enseignante à l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand  
Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à nous contacter soit par mail : sophie.begon@etu.udamail.fr

Madame,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée " *Les pratiques de la mise au sein précoce entre une accouchée par césarienne et une accouchée voie basse au centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand.* "

Une étude sur *Les pratiques de la mise au sein précoce entre une accouchée par césarienne et une accouchée voie basse au centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand* est engagée au sein du service de suite de couche à Clermont-Ferrand. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'un(e) étudiant(e) sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame Poumeyrol Delphine, enseignante à l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand.

#### 1. Pourquoi cette étude

Depuis des décennies, le monde scientifique a permis de prouver les bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé. L'allaitement maternel reste un sujet complexe dont il est difficile de déterminer tous les facteurs qui l'influence. De ce fait pour réussir un allaitement maternel exclusif, l'organisation mondiale de la santé recommande une mise au sein précoce, un allaitement à la demande et du lait maternel exclusivement. Cet organisme recommande cette mise au sein précoce quelque soit la voie d'accouchement. Mais l'allaitement après une césarienne présente des caractéristiques spécifiques, qui en rendent le démarrage plus difficile notamment comme les produits anesthésiques, la douleur post-opératoire ou également la mise en couveuse de l'enfant. Notamment la mise au sein précoce en salle de réveil n'est pas toujours évidente et réalisable. De plus peu d'études ont été réalisées sur ce sujet.

#### 2. L'étude en pratique

L'étude se divise en deux volets :

- **Volet 1 :** Étude transversale à visée étiologique
- **Volet 2 :** Étude qualitative sur entretien auprès de professionnels de santé

Les deux études se dérouleront indépendamment et sur une durée différente :

- **Volet 1** : Jusqu'à un pourcentage de questionnaires remplis de césariennes programmées significatif
- **Volet 2** : 2 à 5 entretiens entre 30 et 60 minutes

Ainsi que l'analyse des données et la rédaction, la durée minimum est de six mois.

Le lieu d'étude est à la maternité du centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand.

### 3. Confidentialité et sécurité des données

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

### 4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

**Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans aucune conséquence sur votre prise en charge.**

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 7 août 2004, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement la destruction de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à Madame Begon Sophie, [sophie.begon@etu.udamail.com](mailto:sophie.begon@etu.udamail.com) et à l'adresse suivante, 28 place Henri Dunant, 5<sup>ème</sup> étage, 63000 Clermont-Ferrand BP 38 Cedex 01.

### 5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

– Begon Sophie, étudiant(e) sage-femme : 0665117871 ou [ssophie.begon@etu.udamail.com](mailto:ssophie.begon@etu.udamail.com).

**Annexe III.** Questionnaire distribué aux patientes

***LES PRATIQUES DU PEAU A PEAU ET DE LA MISE AU SEIN PRECOCE ENTRE ACCOUCHEES  
VOIES BASSES ET CESARIENNES PROGRAMMEES A LA MATERNITE DU CENTRE  
HOSPITALIER DE CLERMONT-FERRAND.***

**I. Généralités**

**Cochez** les réponses qui vous correspondent.

1. Avez-vous bénéficié d'informations sur la tétée précoce pendant la grossesse ?

- Oui
- Non

2. **Si oui** à la question, quelles ont été vos sources d'informations :

- Livres, magazines
- Internet
- Entourages familiaux, amicaux
- Associations
- Brochures
- Personnel de santé, séance de préparation à la naissance
- Autre :

.....

3. S'agit-il de votre :

- Premier enfant
- Deuxième enfant
- Troisième enfant
- Autre :

.....

→ Ne pas répondre à ces questions si c'est votre premier enfant : Passez directement à la question 8.

4. Avez-vous déjà allaité ?

- Oui
- Non, passez directement à la question 6

5. Combien de temps l'allaitement maternel exclusif (uniquement au sein) a-t-il duré ? ....

6. A-t-il eu un allaitement mixte ?

- Oui
- Non

7. Quelles sont les causes principales de l'arrêt de votre allaitement :

.....  
.....  
.....  
.....

8. Votre compagnon/votre entourage vous encourage-t-il pour l'allaitement maternel ?

- Oui
- Non

Pourquoi, précisez : .....

## II. La naissance de votre bébé

9. Quel a été votre mode d'accouchement ?

- Par césarienne programmée
- Par césarienne au cours du travail / en urgence
- Par voie basse sans aide instrumentale

10. Avez-vous eu une anesthésie ?

- Oui, une péridurale ou rachianesthésie
- Oui, une anesthésie générale
- Non

11. Avez-vous eu votre bébé en peau à peau suivant sa naissance en salle de réveil ou salle de naissance :

- Oui
- Non

12. A quel moment, après la naissance, votre bébé a-t-il pris le sein ?

- En salle de réveil / salle de naissance
- Après le retour en chambre
- Je ne sais plus
- Si vous connaissez le délai approximativement de la première mise au sein après la naissance (en heure) : .....

13. Le père ou l'accompagnant voulait-il faire du peau à peau à la naissance ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

14. A-t-il pu faire du peau à peau à la naissance ?

- Oui
- Non

Pourquoi, précisez : .....

15. Avez-vous été aidée pour la première mise au sein par un professionnel ?

- Oui
- Non

16. Avez-vous proposé, lors de cette première mise au sein :

- Un seul sein
- Les deux seins
- Je ne sais plus

17. Combien de temps a duré cette première mise au sein :

- Entre 0 et 15 min
- 15 et 30 min
- Plus de 30 min
- Je ne sais plus

18. Cette première mise au sein a-t-elle été douloureuse au niveau :

- Mamelon
- Contraction utérine
- Cicatrice périnéale (si déchirure ou épisiotomie)
- Cicatrice abdominale (si césarienne)
- Non
- Autre,  
précisez : .....

### III. Votre Satisfaction

19. Etes-vous satisfaite du délai du premier contact (en peau à peau) avec votre enfant en salle de réveil ou de naissance ?

- Très satisfaisant
- Satisfaisant
- Acceptable
- Peu satisfaisant
- Non satisfaisant

Pourquoi, précisez :

.....

20. Etes-vous satisfaite du délai attendu pour la première mise au sein ?

- Très satisfaisant
- Satisfaisant
- Acceptable
- Peu satisfaisant
- Non satisfaisant

Pourquoi,

précisez : .....

21. Etes-vous satisfaite de l'accompagnement pour l'aide à la mise au sein de la part des professionnels ?

- Très satisfaisant
- Satisfaisant
- Acceptable
- Peu satisfaisant
- Non satisfaisant

Pourquoi, précisez :

.....  
.....  
.....  
.....

22. Etes-vous satisfaite du temps accordé par les professionnels pour votre allaitement maternel ?

- Oui
- Non

Pourquoi, précisez :

.....  
.....  
.....  
.....

Avez-vous des remarques, des suggestions sur cette étude à ajouter ?

.....  
.....  
.....  
.....

Merci pour votre participation et votre coopération.

## **Annexe IV. Grille d'entretien pour le personnel soignant du bloc obstétrical**

### **LES PRATIQUES DU PEAU A PEAU ET DE LA MISE AU SEIN PRECOCE ENTRE ACCOUCHEES VOIES BASSES ET CESARIENNE A LA MATERNITE DU CENTRE HOSPITALIER DE CLERMONT-FERRAND.**

#### 1. Généralités

- Exercez-vous exclusivement au bloc obstétrical ou aussi en salle de naissance ?
- Depuis combien de temps, exercez-vous dans ces services ?

#### 2. Peau à peau en SSPI et salle de naissance

- Etes-vous satisfaite du protocole peau à peau en place ? Si non, quelles modifications apporteriez-vous ?
- D'après vous, le protocole « couveuse » doit être absolument appliqué après la naissance ?
- D'après le protocole, le peau à peau ou la première mise au sein doivent être réalisés avec la présence d'un professionnel en permanence, cela est-il réalisable ?
- L'activité au bloc opératoire ou en salle de naissance influence-t-elle la réalisation du peau à peau et/ou de la première mise au sein ?
- Des situations critiques au sein du bloc obstétrical, impliquant les urgences maternelles, foétales, ou le service rempli, sont-elles selon vous, occasionnelles ou régulières ?
- Selon vous, lors de ces situations critiques, quelles solutions peuvent être apportées pour améliorer le vécu du post-partum immédiat pour le couple et l'enfant ?
- Lorsque l'état maternel ne permet pas d'effectuer le peau à peau ou la première mise au sein précoce, vous arrive-t-il de solliciter le père ? Si oui, Comment ? Si non, pourquoi ?
- Pensez-vous que le peau à peau avec le papa en SSPI est possible ? L'environnement est-il des plus favorables pour ce premier contact ?
- D'après vous, vous réalisez le peau à peau en SSPI : jamais, rarement, occasionnellement, souvent ? Pourquoi ?

#### 3. La première mise au sein précoce

- Etes-vous satisfaite de l'environnement de la SSPI pour une première mise au sein ? (Fauteuil, chaleur, espace, lumière...)
- Parmi le personnel du bloc obstétrical, qui réalise en pratique une mise au sein ?
- D'après le fonctionnement du bloc obstétrical, est-il possible de proposer à toutes les césariennes programmées une mise au sein précoce dans le post-partum immédiat ? Pourquoi ?
- Le discours concernant cette première mise au sein, est-il uniforme au sein des différents corps de personnels du bloc obstétrical (auxiliaire, sage-femme, infirmier, anesthésiste...) ? Serait-il à améliorer ? A modifier ? A uniformiser ?

- D'après vous, quels sont les principaux freins à cette première mise au sein ? (A ajouter si non compréhension de la question : Etat maternel, pénurie personnel, communication entre professionnels...)
- Etes-vous satisfaite du fonctionnement du bloc obstétrical dans le post-partum immédiat ? Quelles modifications/améliorations seraient à apporter au fonctionnement/déroulement ?
- Réalisez-vous la mise au sein précoce en SSPI : jamais, rarement, occasionnellement, souvent ? Pourquoi ?

#### 4. Conclusion

- Avez-vous observé, depuis le début de votre carrière, des évolutions sur ces pratiques du PAP et de la mise au sein précoce en SSPI ?
- Avez-vous des remarques, des suggestions à ajouter ?

Merci.

### **Annexe V.** Extrait du protocole “Soin du nouveau-né” de la maternité de l'étude

#### 6.2- Après une naissance par césarienne

Les soins (collyre, vitamine K, mensurations, examen clinique,...) sont effectués en salle de réanimation sur une table préchauffée. L'enfant est ensuite placé en couveuse, dans cette même salle puis en salle de réveil, auprès de sa mère, jusqu'au transfert conjoint en suites de couches. La surveillance est réalisée par la Sage-femme et l'AP sous son autorité.

**Le peau-à-peau est recommandé pour le lien mère-enfant, mais dépend de l'état clinique et d'éveil de la maman, de celui du nouveau-né, de la disponibilité de la SF et de l'AP. Le peau-à-peau avec le papa est autorisé mais la présence de la SF et ou de l'AP est obligatoire (10). La surveillance par un membre de la famille n'est en aucun cas une sécurité suffisante.**

---

### **Annexe VI.** Recommandations de l'IHAB pour un PAP en toute sécurité.

- 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

## Résumé

**Introduction** : La césarienne est répandue dans les pays industrialisés. Les femmes sont peu informées sur son déroulement et ses suites de couche. L'OMS recommande un premier contact en peau à peau (PAP) et une première mise au sein (MAS) effectuée dans la première heure suivant la naissance. Or il existe des différences de pratiques entre les césariennes et les voies basses (VB). Cette étude s'est donc intéressée aux différences de pratiques de l'allaitement maternel (AM) et du PAP dans le post-partum immédiat.

**Population et méthode** : Une étude observationnelle descriptive a été réalisée de septembre 2016 à janvier 2017. 147 patientes ont été recrutées au sein d'une maternité de niveau III en région Auvergne-Rhône-Alpes et 120 questionnaires ont été recueillis et interprétés. Une étude qualitative a également été réalisée au moyen d'entretiens auprès de professionnels du bloc obstétrical.

**Résultats** : Pour le PAP et la MAS précoce, la différence entre les VB et les césariennes est statistiquement significatif. Concernant les freins au PAP et MAS en SSPI, il a été mis en évidence par les professionnels : une activité intense du service et des problèmes logistiques.

**Discussion** : Les causes de non pratiques du PAP et des MAS ont été peu explorées auprès des patientes. Une controverse existe entre les deux études : les professionnels interrogés assurent pratiquer toutes les mises au sein or peu de patientes césarisées déclarent l'avoir eu. Une amélioration des pratiques par notamment la mise à jour du matériel est préconisée.

**Mots-clés** : césarienne – allaitement maternel – mise au sein précoce - peau à peau - post-partum immédiat

## Abstract

**Introduction** : C-section (CS) is more common in developed countries. Women have poor knowledge about its organization and its post partum. The WHO recommends a first skin to skin (STS) contact and early breastfeeding in the first hour after birth. However there are differences in practice between CS and vaginal delivery (VD). This study looked at the different practices of breastfeeding and STS in the post partum.

**Study design** : An observational descriptive study was conducted from september 2016 to january 2017. 147 patientes were enrolled at the type-3 maternity hospital in the Auvergne-Rhône-Alpes region. 120 questionnaires were collected and interpreted. A qualitative study was also conducted through interviews with obstetric unit professionals.

**Results** : For STS and breastfeeding, the difference between CS and VD is statistically significant. Concerning breastfeeding and STS brakes in post-surgery care room, it was highlighted by the professionals, an intense activity of the service and logistical problems.

**Discussion** : Patients were unable to explain why STS and early breastfeeding were not done. A contradiction exists between the two studies. In fact, the professionals interviewed ensure that they practice all breastfeeding. But few patientes, who had a CS, say they had it. An improvement of the practices by the updating of the material is recommended.

**Key-words** : Casearean section – breastfeeding – skin to skin – post-partum