Démarrage de l'allaitement maternel et reprise de poids des nouveau-nés en cas de césarienne : étude d'observation à la maternité de l'Hôpital privé Drôme – Ardèche

Sylvie Bouvarel

Mémoire réalisé dans le cadre de la formation

« Pratique du consultant en lactation IBCLC et préparation à l'examen international IBLCE »

2013 - 2015

Remerciements

À Chantal Boudet, sage-femme cadre de santé de la maternité de l'Hôpital Privé Drôme Ardèche qui m'a donné accès à son service afin de pouvoir réaliser cette étude,

À Danièle Bruguières, consultante en lactation IBCLC et formatrice, pour ses suggestions toujours avisées et son aide précieuse dans la rédaction de ce mémoire,

Au Dr Laure Marchand-Lucas pour la transmission de ses connaissances et sa bienveillance tout au long de la formation du CREFAM,

À mon amie Ariane,

À mon mari Dominique, mes filles Victoria et Tatiana

SOMMAIRE

Introduction 5

1. Connaissances scientifiques actuelles 6

1.1. Impact de la péridurale et de la prise d'antalgiques 7

1.2. Impact de la césarienne sur le bébé 8

1.3. Impact de la césarienne sur les modifications hormonales physiologiques 9

1.4. Complications de la césarienne 10

1.5. Impact psychologique 10

1.6. Impact des pratiques autour de la naissance 11

1.7. Quel impact sur l'allaitement maternel ? 12

2. Méthodologie 15

2.1. Présentation de l'Hôpital Privé Drôme Ardèche 15

2.2. Objectif de l'étude 16

2.3. Population étudiée 16

2.4. Modalités du recueil de données 17

3. Résultats de l'étude 19

3.1. Les dyades mère-enfant 19

3.1.1. Les mères et leur accouchement 19

3.1.2. Poids des nouveau-nés à la naissance 21

3.2. Paramètres en lien avec le démarrage de l'allaitement 21

3.2.1. Délai entre la naissance et l'activation sécrétoire 21

3.2.2. Peau à peau à la naissance 22

3.2.3. Peau à peau en suites de naissance 24

3.2.4. La première tétée 24

3.2.5. Les tétées 25

3.2.6. Cohabitation 26

3.2.7. Engorgement 27

3.3. Connaissances des mères 27

3.3.1. Allaitement aux signes d'éveil du bébé 27

3.3.2. Allaitement à la demande, sans restriction de temps ni de durée 27

3.3.3. Compression mammaire 27

3.4. Signes de prélèvement de lait par le bébé 28

3.4.1. Selles émises par 24 h 28

3.4.2. Aspect des selles 29

3.4.3. Mictions 30
3.4.4. Ictère ayant nécessité une photothérapie 31
3.5. Évolution pondérale des nouveau-nés 31
3.5.1. Perte de poids du nouveau-né par rapport à son poids de naissance 32
3.5.2. Reprise de poids 32
3.5.3. Compléments reçus 32
3.5.4. Sucette 34
3.6. Taux d'allaitement à la sortie de la maternité 35
4. Analyse des résultats 36
4.1. Différences entre les naissances par voie basse et par césarienne 36
4.2. Comment amener la réflexion des équipes sur la pratique du peau à peau précoce avec la mère en cas de césarienne ? 38
4.3. Peau à peau à la naissance en cas d'accouchement par voie basse 43
4.4. Pratiques en suites de naissance 47
4.5. Informations des mères 49
5. Conclusion 51

Annexe 1 : consentement éclairé 53
Annexe 2 : fiche d'information et de suivi du service 54
Annexe 3 : fiche de suivi à remplir par la mère pour l'étude 55
Annexe 4 : grille pour l'enquête quantitative 56
Annexe 5 : repères pour le démarrage de l'allaitement maternel 57
Annexe 6 : détails du peau à peau en salle de naissance pour les 28 enfants nés par voie basse 58
Annexe 7 : expression manuelle du colostrum 59
Index des figures, tableaux et photos 60
Bibliographie 61

Introduction

L'accouchement par césarienne est un outil précieux permettant de sauver des vies maternelles et infantiles dans des cas d'urgences obstétricales.

L'allaitement maternel est largement reconnu pour sa contribution inégalée à l'amélioration de la santé de l'enfant et de la mère à court, moyen et long terme, chaque nouvelle étude scientifique venant corroborer ce constat. L'OMS [1] recommande un allaitement maternel exclusif pendant environ les 6 premiers mois de vie puis jusqu'aux 2 ans de l'enfant avec une alimentation diversifiée.

La mise en route précoce de la lactation est associée positivement à la production de lait celle-ci étant le facteur le plus associé à la durée et à l'exclusivité de l'allaitement maternel.

Or, à la maternité de l'Hôpital privé Drôme Ardèche (HPDA) site Pasteur de Guilherand-Granges, la surveillante du service ainsi que le personnel ont observé un retard de l'activation sécrétoire[*] chez les mères ayant donné naissance par césarienne et une reprise tardive de poids chez les bébés par rapport aux naissances par voie basse.

Quel est l'impact d'une naissance par césarienne sur le démarrage de l'allaitement maternel ?

Dans ce mémoire, on présente les résultats d'une étude d'observation qui a porté sur 52 mères suivies pendant leur séjour dans le service.
Le but était de quantifier ce retard, de proposer une analyse des raisons pour lesquelles ce retard pouvait avoir lieu puis d'apporter des informations sur ce qui se pratique dans d'autres maternités pour l'accompagnement du démarrage de l'allaitement après une naissance par césarienne.

[*] *L'activation sécrétoire* ou lactogénèse II est l'ensemble des modifications aboutissant à une *sécrétion abondante de lait. Elle est cliniquement visible entre 48 et 72 h après la naissance et ces signes constituent ce qui est* communément appelé la « montée de lait ».

1. Connaissances scientifiques actuelles

Définition : la césarienne est une incision chirurgicale de l'utérus gravide dans le but d'en extraire le fœtus et le placenta.

En France métropolitaine, l'incidence des taux de césarienne était de 21,0 % en 2010 [IC 95 % (20,3 – 21,7)] [2]. Elle était de 20,2 % lors de l'enquête nationale périnatale de 2003 ([3], p. 59).

Elle est compatible avec l'allaitement maternel et ne devrait pas empêcher la mère d'allaiter son enfant aussitôt qu'elle se sent en mesure de le faire, y compris dans la salle où a eu lieu la naissance ou en salle de réveil. L'incision segmentaire permet à la mère de positionner confortablement le bébé devant elle.

Dans son protocole clinique « Analgésie et anesthésie chez la mère allaitante », l'Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) considère que :
« Le travail, la naissance et le démarrage de l'allaitement constituent un processus normal continu. L'ocytocine, les endorphines, et l'adrénaline sécrétées en réponse à la douleur normale du travail peuvent avoir un impact significatif sur les réponses maternelles et infantiles à la naissance, et sur le démarrage précoce de l'allaitement.
L'utilisation de produits pharmaceutiques pour le soulagement de la douleur pendant l'accouchement et en postpartum peuvent améliorer l'issue de l'accouchement en soulageant la douleur du travail, et en permettant aux mères de se remettre rapidement de leur accouchement, en particulier en cas d'accouchement par césarienne, en limitant l'impact de la douleur. Toutefois, ces méthodes peuvent également affecter le déroulement de l'accouchement et l'état neurocomportemental du nouveau-né, et avoir un impact négatif sur le démarrage de l'allaitement. » [4]

Dans ce qui suit, on présente les hypothèses pouvant expliquer l'impact, constaté ou pas selon les études, de la médicalisation de l'accouchement, sur la mère, sur le bébé et pour le démarrage de l'allaitement.

1.1. Impact de la péridurale et de la prise d'antalgiques

L'ABM, dans le protocole cité ci-dessus, considère que l'utilisation de l'analgésie péridurale peut affecter le déroulement du travail, par exemple en augmentant :

- le risque **d'accouchement instrumental**,
- le risque de **séparation mère-enfant** en suites de couches, ce qui peut secondairement affecter l'allaitement [4].

Toujours, dans le même texte, il est rappelé que les liquides donnés en perfusion intraveineuse pendant le travail (souvent administrés en grandes quantités) peuvent :

- induire un **engorgement**,
- affecter **le poids de naissance** du nouveau-né et sa **perte de poids**,
- provoquer une hyperglycémie néonatale et une hyperinsulinémie en rebond [4].

Par exemple, une étude d'observation sur 109 naissances a montré une différence significative sur la perte de poids des nouveau-nés selon les quantités de liquide perfusés à la mère pendant le travail : dans le groupe de mères qui avaient reçu moins de 1200 ml, la perte de poids moyenne des enfants était de 5,5 %, contre 6,9 % dans le groupe d'enfants dont la mère avait reçu plus de 1200 ml de perfusions [5].

Depuis plusieurs décennies, de nombreuses études ont noté une association négative entre prise de médicaments analgésiques et antalgiques pendant le travail et le **comportement du nouveau-né**. Déjà en 2002, l'ANAES rappelait que l'analgésie péridurale peut retarder le réflexe de succion ([6], p. 10).
Les modifications de comportement relevées sont les suivantes :

- Les bébés sont généralement plus somnolents, ils ont de longues plages de sommeil et des éveils peu actifs ce qui entraine une première tétée retardée ou moins efficace et des tétées plus espacées [7].
- Les bébés sont désorganisés dans leur comportement, ils mettent moins leur poing à la bouche, massent et lèchent moins le mamelon avant de tenter de téter [8].

Une étude portant sur 129 mères ayant accouché par voie basse d'un enfant à terme et en bonne santé, a évalué l'efficacité de la succion au sein avec une échelle standardisée (IBFAT) et la durée de l'allaitement selon les médicaments reçus par les mères pendant le travail. Après prise en compte des facteurs de confusion, les enfants nés après un accouchement médicalisé avaient en moyenne un score à l'IBFAT significativement plus bas que le groupe d'enfants nés de mères non médicalisées. À 6 semaines de vie, les taux d'allaitement étaient similaires dans les deux groupes mais les enfants qui avaient eu un score d'IBFAT bas à la naissance avaient été sevrés plus tôt que les autres [9].

De nombreuses recherches ont été menées sur les **modifications hormonales** associées à l'analgésie péridurale. L'ABM rappelle que cette analgésie abaisse le taux d'ocytocine pendant le travail et affecte les taux d'ocytocine et de prolactine au 2^{e} jour postpartum [4]. D'après le Prof. Uvnas-Möberg, il existe des interactions physiologiques étroites entre le système opioïde mis en jeu lors de l'accouchement par voie basse sans ocytocique de synthèse et sans péridurale et la libération d'ocytocine endogène : la production endogène d'ocytocine de la mère est peut être inhibée si elle a reçu de

l'ocytocine de synthèse pendant l'accouchement et cet effet est susceptible d'être toujours présent à plus de 24 h de la naissance [10].

Des études observationnelles prospectives indiquent que le stress maternel et fœtal durant le travail et l'accouchement (par exemple césarienne en urgence ou durée longue du travail dans les accouchements par voie basse) est associé à une apparition retardée de la lactation [11].

Des études animales ont retrouvé une perturbation des productions hormonales maternelles en cas d'accouchement sous péridurale. Elles ont également montré des difficultés d'attachement chez les brebis, particulièrement chez celles dont c'était le premier petit et dont la péridurale avait été administrée tôt dans le travail [8]. Des études sur le développement des bébés singes de mères rhésus ayant reçu de la bupivacaïne pendant le travail ont observé des différences dans les grandes étapes d'acquisition au cours des 12 premiers mois de vie [8].

L'OMS ([12], p. 38), dans « Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement Maternel » cite les études de :

- *Righard & Alade (1990) : «* Les enfants dont les mères avaient reçu de la péthidine durant la phase de travail, montraient plus de difficultés à téter durant les 2 premières heures de vie que ceux dont les mères n'avaient subi aucune anesthésie ($p < 0.001$) *».*
- *Nissen et al. (1995) : «* La recherche du sein était beaucoup plus active et débutait sensiblement plus tôt chez les nouveau-nés dont les mères n'avaient pas reçu de péthidine pendant la phase de travail ($p<0.001$). Le réflexe de la tétée était plus tardif chez les nourrissons dont les mères avaient été exposées à une administration de péthidine *».*
- *Nissen et al. (1997) à nouveau : «* L'administration de 100 mg de péthidine par voie intramusculaire chez la mère est plus nuisible au réflexe de succion si celle-ci était pratiquée 1 à 5 heures avant l'accouchement plutôt que 8 à 10 heures auparavant *».*

1.2. Impact de la césarienne sur le bébé

En plus des effets liés à l'analgésie péridurale et à la prise d'antalgiques par la mère pendant le travail, la littérature mentionne des impacts supplémentaires sur le nouveau-né associés à la naissance par césarienne : il ne bénéficie pas du processus de l'accouchement qui le prépare à être dans un état d'éveil calme et actif lui permettant de dérouler toutes les séquences du réflexe de fouissement aboutissant à une tétée précoce.

L'étude de plus de 100 000 nouveau-nés nés à plus de 36 SA a montré que les bébés nés par césarienne étaient plus nombreux à **perdre plus de 10 %** de leur poids de naissance en 48 h par rapport à ceux nés par voie basse [13].

De nombreux chercheurs évoquent les points suivants relatifs à l'enfant pouvant expliquer les difficultés de mise en route de l'allaitement en cas de naissance par césarienne :

- Le nouveau-né subit des contraintes particulières lors de l'extraction : étirement et tensions anormales au niveau de la nuque, du cou et des mâchoires entrainant des difficultés à ouvrir grand la bouche et à étirer correctement la langue, un manque de coordination et de force de sa langue [7].
- Il y aurait des risques minimes mais suffisants de lésions du nerf grand hypoglosse (XII) dues aux forces appliquées à la base du crâne lors de l'extraction.
- Du fait des incisions de taille réduite pratiquées actuellement, il y a un risque d'une augmentation de la pression sur l'enfant : le bébé est plus susceptible d'avoir des muscles lésés, des nerfs froissés et des douleurs dans la bouche.
- On observe couramment que les enfants nés par césarienne ont besoin d'un temps plus long, parfois quatre à cinq jours (au lieu de quatre à six heures) pour parvenir à coordonner les mouvements de succion nécessaires à une tétée efficace.
- L'observation clinique montre parfois des bébés totalement sidérés comme après un accouchement trop rapide, stupéfaits d'être là. Ils sont totalement inactifs, ne se nourrissent pas [7].

L'ABM [4] propose l'analyse suivante : « Les données existantes permettent de penser que le succès de l'allaitement est affecté par le comportement du nouveau-né. Une succion faible, une mise au sein tardive, qui peuvent être le résultat des médicaments donnés aux mères, peuvent induire une montée de lait retardée ou absente et une perte de poids importante du nourrisson ».

1.3. Impact de la césarienne sur les modifications hormonales physiologiques

De nombreuses études ont identifié une association entre la naissance par césarienne et une perturbation des taux des hormones impliquées dans l'allaitement :

- Nissen et al. ([12], p. 48) ont constaté qu'en cas de césarienne, le taux de prolactine n'augmentait pas significativement dans les 20 à 30 mn suivant le début de la tétée et qu'il existait un lien entre le mode d'accouchement, le moment auquel le nourrisson prenait sa première tétée et le processus de sécrétion d'ocytocine. Ceci suggère qu'en cas de césarienne, recourir à des pratiques agissant favorablement sur le système endocrinien maternel, telles que l'établissement d'un contact tactile avec l'enfant, est plus important encore que lors d'un accouchement par voie basse.
- Les femmes ayant donné naissance par césarienne ont en général moins de pulsations d'ocytocine lors d'une tétée que celles qui accouchent par voie basse ([10], p. 129).

- Le stress physique et mental peut altérer le réflexe d'éjection du lait en réduisant la libération d'ocytocine au cours de la tétée ce qui peut réduire la production de lait [11]. Or, on sait que l'ocytocine stimule la production de prolactine et d'insuline nécessaires à la production de lait [10, p. 125].

1.4. Complications de la césarienne

L'analyse des décès maternels entre 1996 et 2000 [14] a montré un risque accru de mortalité maternelle en cas d'accouchement par césarienne d'un facteur de plus de 3 par rapport aux accouchements par voie basse (IC 95 % : [2,07 ; 5,98]).

Les mères ayant accouché par césarienne sont plus susceptibles d'avoir les complications suivantes : fièvre liée à la césarienne et à la péridurale [8],

- céphalées [8],
- infection, formation de caillots sanguins et hémorragies sévères [8, 15, 16]
- hypotension (malgré l'administration de liquides intraveineux) [8],
- difficultés respiratoires [8].

Dans une analyse des conséquences associées à une naissance par césarienne sans indication médicale vraie, Marret [17] relève les **risques suivants** pour l'enfant :

- moins bonne adaptation à la vie extra-utérine,
- séparation mère-enfant suite à une détresse respiratoire, une infection ou une hypoglycémie,
- modifications du microbiote associées à un risque plus élevé de maladies chroniques à long terme (asthme, diabète de type I, allergies, voire obésité, etc.) ce qui souligne l'intérêt de l'allaitement exclusif pour ces enfants.

Le CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes) mentionne une possible détresse respiratoire néonatale chez le nouveau-né en cas d'utilisation de fortes doses de morphine juste avant ou pendant l'accouchement [18].

1.5. Impact psychologique

La mère peut être envahie par des sentiments plus complexes que pour une naissance par voie basse [19, 20, 21] :

- un sentiment de déception majeure, de tristesse, de colère, d'humeur dépressive ;
- un sentiment d'incompétence à faire naître son enfant, un sentiment de culpabilité, de honte, d'impuissance, d'image de soi dégradée ;
- un sentiment d'avoir été dépossédée, volée, agressée ;
- une réaction de reproches envers l'enfant s'il est trop gros, si la présentation est par le siège ;

- une assimilation de la césarienne à une mutilation dans certaines cultures ;
- une difficulté à « adopter » son bébé (sentiment de détachement si la séparation a été longue).

Une aggravation du ressenti de la mère peut survenir si le père éprouve des émotions en décalage avec les siennes.
Allaiter peut demander trop d'énergie dans ce contexte (bouleversements liés à la naissance/convalescence pour une intervention de chirurgie abdominale douloureuse) et l'allaitement peut être vécu avec la crainte d'un deuxième échec après celui de la naissance. Ceci peut faire renoncer la mère à son projet initial d'allaitement.

Les mères qui souhaitent donner naissance par césarienne programmée pourraient être plus susceptibles de choisir de nourrir leur enfant au biberon ou de prévoir des durées courtes d'allaitement parce qu'elles auraient plus de difficultés à accepter les processus physiologiques de l'accouchement et de l'allaitement [15]. Dans son analyse de 2012, la Haute Autorité de Santé (HAS) note que la demande des femmes pour une césarienne sans indication médicale claire doit être discutée au cas par cas, que ses motivations doivent être recherchées et recommande qu'un accompagnement personnalisé lui soit proposé [16].

1.6. Impact des pratiques autour de la naissance

Beaucoup d'études [12] suggèrent que certaines pratiques autour de la naissance peuvent avoir un impact sur l'activation sécrétoire, notamment l'âge de l'enfant au moment où il est placé en peau à peau auprès de sa mère ainsi que son âge au moment de la première tétée. Ceci a conduit l'OMS à modifier en 2006 la formulation de la 4e recommandation de l'IHAB [22]: *« Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins 1 heure et encourager celle-ci à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin »*.

Plus de 350 études dont 4 méta-analyses [23] ont montré les effets bénéfiques du peau à peau précoce, ininterrompu et prolongé favorisant une première tétée précoce contribuant ainsi au bon démarrage de l'allaitement maternel. En particulier, une revue Cochrane de 2012 citée par G. Gremmo-Feger [23] a constaté que la tétée précoce était significativement associée à des taux d'allaitement plus élevés à 1, 2, 3 et 4 mois. Les nouveau-nés ayant bénéficié d'une tétée précoce étaient allaités en moyenne 42 jours de plus que ceux qui n'en avaient pas eue.

Une étude citée dans le même document [23] a montré que les mères laissaient moins souvent leur bébé à la nurserie et avaient plus d'interactions avec lui quand l'enfant avait touché leur mamelon dans la demi-heure suivant la naissance.

Le report des soins de routine à l'issue du contact peau à peau fait donc partie des pratiques recommandées et beaucoup de réflexion ont été menées sur les critères pour

réaliser des soins jugés invasifs. Par exemple, l'aspiration gastrique peut perturber la séquence comportementale programmée qui amène le bébé à prendre le sein spontanément et induire des lésions œsophagiennes [24].

Le don de compléments au biberon, l'utilisation d'une tétine sont associés à un taux de sevrage précoce plus élevé et à une diminution des taux d'allaitement exclusif [12]. Plusieurs hypothèses ont été formulées pour expliquer ces observations :

- l'enfant peut être perturbé dans son apprentissage d'une succion efficace au sein s'il a d'autres expériences orales ;
- ses repères peuvent être altérés par le débit continu et rapide du biberon, en comparaison avec celui du sein qui, les premiers jours, délivre le colostrum en petites quantités et sous une forme discontinue ;
- la mère peut remettre en cause son sentiment de compétence à allaiter exclusivement son enfant si elle le voit prendre un biberon avec facilité et sembler repu.

Enfin, la prise en charge de la douleur de la mère est variable selon les services. Pourtant, la douleur et l'inconfort des premiers jours peuvent entrainer des difficultés à se mouvoir pour la mère et à positionner son bébé pour la tétée tout en protégeant sa cicatrice.

1.7. Quel impact sur l'allaitement maternel ?

Les études qui s'intéressent à l'impact possible de la naissance par césarienne sur l'allaitement se sont penchées sur des aspects très variés de l'allaitement : initiation de l'allaitement, survenue de l'activation sécrétoire, prise de poids et compléments, durée de l'allaitement, etc. En voici quelques exemples :

- Dans une revue systématique d'études de 2012, 48 études ont été incluses en vue d'une méta-analyse (dont 35 menées dans des pays riches). Les taux de démarrage de l'allaitement maternel étaient significativement plus bas en cas de césarienne (OR = 0,57 ; CI 95 % [0,50 - 0,64]) que pour les naissances par voie basse. Ce résultat restait significatif pour le groupe de mères ayant eu une césarienne programmée mais ne l'était pas pour les mères ayant eu une césarienne en cours de travail. Parmi les mères qui avaient commencé d'allaiter, le fait d'avoir eu une césarienne n'était pas associé aux taux d'allaitement à 6 mois Prior [25]. Cela suggère que les différences sur les taux d'allaitement selon le mode d'accouchement pourraient être en grande partie liées au fait que les bébés nés par césarienne ont moins souvent un contact et une tétée précoces après la naissance que ceux nés par voie basse.

- Une étude de 2003 portant sur 88 enfants nés par voie basse et 97 enfants nés par césarienne a constaté que ces derniers prenaient moins de lait au sein les cinq premiers jours et que leur prise de poids était plus lente. À J6, le poids de naissance avait été repris pour 40 % des nourrissons nés par voie basse

comparativement à 20 % de ceux nés par césarienne. Il n'y avait pas d'impact négatif de la césarienne à plus long terme. Les auteurs n'ont pas établi si ces différences étaient liées à la césarienne ou aux routines de service (retard de la première tétée) [26].

- Dans une base de données de 2013 sur environ 6 000 femmes du Viet Nam, les mères accouchant par césarienne étaient beaucoup plus susceptibles de nourrir leurs enfants avec des préparations pour nourrissons dans les 3 premiers jours de vie Nguyen [27].
- Une étude [7] menée aux États-Unis d'Amérique sur 2366 femmes et publiée en 2014 s'est intéressée au retard de l'activation sécrétoire selon le mode d'accouchement, l'analgésie et la prise d'antalgiques. Globalement, 23 % des femmes de l'étude avaient eu un retard de l'activation sécrétoire (défini par une activation sécrétoire survenant après 3 jours de vie) et tous les types d'intervention (analgésie péridurale, autres antalgiques, césarienne programmée ou en urgence) étaient associés à un risque plus élevé de retard de l'activation sécrétoire que dans le groupe de référence des mères ayant accouché par voie basse sans médicalisation. Dans ce groupe d'accouchements sans intervention, la prévalence du retard de l'activation sécrétoire était de 11 %. La prévalence la plus élevée, 42 %, était observée dans le groupe de mères ayant eu une césarienne d'urgence et reçu une rachianesthésie ou une péridurale et un autre médicament. Pour ce groupe, l'odds ratio ajusté [ORa] était de 3,03 [CI 95 % : 1,77 à 5,18].

  De plus, le pourcentage de mères présentant un retard de l'activation sécrétoire était différent selon le nombre des recommandations de l'IHAB mises en œuvre dans les services de maternité : le retard à l'activation sécrétoire concernait 28 % des mères dans les services respectant 2 conditions ou moins parmi les 12 Recommandations de l'IHAB [22], contre 23 % dans les services qui en respectaient 3 ou 4 et 17 % dans ceux qui en respectaient 5 ou 6 et ces différences étaient statistiquement significatives.

Les études d'observation ne concluent donc pas toutes à une association claire entre péridurale et/ou césarienne et un déroulement non optimal de l'allaitement. Plusieurs éléments contribuent à rendre l'analyse de la littérature particulièrement complexe :

La qualité des études. Beaucoup d'études ont été menées sur de petits effectifs de mères ou avec une méthodologie de qualité médiocre. De plus, selon le sujet étudié, il est très difficile de réaliser des études randomisées, sauf à faire des tirages au sort sur plusieurs lieux de naissance (cluster-randomisation).

La diversité des protocoles obstétricaux. Les pratiques lors d'une analgésie péridurale et lors d'une césarienne ont beaucoup évolué au cours des dernières décennies et varient toujours beaucoup d'un pays à l'autre, voire d'un établissement à l'autre dans un même pays (produits utilisés, doses utilisées, etc.).

Les critères d'évaluation des études. Ces critères peuvent être très variés et porter sur l'heure de la première tétée, les difficultés de démarrage pendant le séjour en maternité, les taux d'allaitement - exclusif ou pas - après la sortie de maternité, à 2 semaines, 6 semaines ou plus tard.

L'intention d'allaiter des femmes. Peu d'études s'attachent à la réalisation du projet d'allaitement de la femme, car cela implique d'avoir une information sur son intention en prénatal. Or, il est légitime de penser que plus les femmes veulent allaiter exclusivement et longtemps, moins elles se décourageront devant une difficulté d'allaitement.

Les pratiques des établissements en maternité. Par exemple, une étude prospective bien conçue n'a pas constaté de différences dans les taux d'allaitement après analgésie péridurale dans une population à prévalence élevée d'allaitement qui bénéficiait d'un bon soutien à l'allaitement dans l'établissement de naissance [4]. Il semble que les effets négatifs éventuels de la péridurale puissent être surmontés dans un contexte de soutien important de l'allaitement et chez des femmes déterminées à allaiter (tétée précoce, cohabitation, etc.). Cela pourrait par contre rester une difficulté chez celles dont l'intention d'allaiter est moins ferme.

2. Méthodologie

Cette étude a été conçue à la suite des observations de la sage-femme cadre et du personnel de la maternité de la clinique Pasteur de Guilherand-Granges : « Les mères ayant eu une césarienne ont une activation sécrétoire plus tardive que les mères ayant accouché par voie basse et les bébés nés par césarienne ont une reprise de poids plus tardive que ceux nés par voie basse ».

2.1. Présentation de l'Hôpital Privé Drôme Ardèche

Il fait partie du groupe Générale de Santé, leader européen de l'hospitalisation privée.

La maternité, de type I, est située au 4e étage et comprend sur le même niveau le bloc obstétrical et le service d'hospitalisation.

Le bloc obstétrical comprend 1 salle d'admission, 4 salles de pré-travail, 4 salles de travail, 1 salle de réanimation néonatale, 1 bloc opératoire pour les césariennes mais elles sont pratiquées le plus souvent au bloc central situé au 1er étage notamment les césariennes programmées.
Le service d'hospitalisation comprend :

- 20 chambres individuelles et 3 doubles ainsi que 2 chambres doubles d'appoint au bloc d'accouchement
- 2 pouponnières réservées à l'accueil des nourrissons jour et nuit
- 1 salon d'allaitement
- 1 salle de préparation à la naissance

Outre les mères ayant accouché par voie basse et par césarienne, le service accueille les grossesses pathologiques, les mères en menace d'accouchement prématuré ainsi que la chirurgie gynécologique lorsque le taux d'occupation des lits le permet.
Le nombre de naissance était de 1381 pour l'année 2011, 1378 pour 2012 et 1324 pour 2013 avec des taux respectifs de césariennes de 24.2 %, 21.8 % et 24.2 %.

L'équipe du service se compose d'une responsable d'unité de soins, d'une psychologue, de sages-femmes, d'auxiliaires puéricultrices, d'aides-soignantes, d'agents de service, de personnel administratif. Une diététicienne peut être consultée selon les besoins.

Sont présents sur place 24h/24 un gynécologue-obstétricien, un pédiatre et un anesthésiste.

Les sages-femmes assurent les séances de préparation à l'accouchement, le suivi du travail en lien avec l'obstétricien de garde, les soins aux accouchées. Certaines d'entre elles exercent à titre libéral et assurent les suivis de grossesse et de post-partum lors du

retour à domicile. L'une d'entre elles assure des séances d'acupuncture. Les accouchements sont réalisés par le gynécologue-obstétricien de garde.
Certaines sages-femmes et obstétriciens sont formés au recueil du don anonyme et gratuit de cellules souches issues du sang de cordon ombilical.

Des intervenants extérieurs travaillent en lien avec la maternité et viennent informer les mamans des possibilités d'aides et de soutien auxquels elles peuvent prétendre :
- Infirmière-puéricultrice de PMI pour la liaison avec la PMI du lieu d'habitation de la mère
- Personnel de la Cpam qui propose le PRADO
- Assistantes sociales en cas de sortie en HAD

Le travail en réseau permet d'orienter les mères avant l'accouchement vers des structures plus adaptées et de transférer les nouveau-nés nécessitant des soins spécifiques notamment à la maternité du Centre hospitalier de Valence (type II) située à 2 km.

2.2. Objectif de l'étude

Les objectifs de l'étude visaient à vérifier quantitativement si, en cas de césarienne, l'activation sécrétoire des mères et la reprise de poids des enfants étaient retardées par rapport aux naissances par voie basse.

J'ai réalisé une étude d'observation, prospective, longitudinale dans le service de suites de naissance de la maternité de l'Hôpital Privé Drôme Ardèche site Pasteur de Guilherand-Granges du 6/01/2014 au 27/04/2014.
Au cours d'un premier entretien de présentation de mon travail, un consentement éclairé a été signé par la mère ou le père avant inclusion (annexe 1).

2.3. Population étudiée

L'étude a porté sur 52 dyades mères-enfants : 28 mères ayant donné naissance par voie basse, 15 par césarienne programmée et 9 par césarienne en urgence.

<u>Critères d'inclusion</u>
- Âge gestationnel du bébé > 37 SA non transféré, singleton, eutrophe
- Mère en bonne santé
- Mère souhaitant allaiter au minimum 1 semaine

Critères de non-inclusion

- Naissance sous anesthésie générale
- Hémorragie du post-partum immédiat
- Rétention placentaire
- Naissance multiple

2.4. Modalités du recueil de données

Afin de minimiser les erreurs dues au biais de mémorisation, j'ai rencontré les mères le plus tôt possible après la naissance, dans leur chambre : celles ayant accouché par voie basse à partir de J0*, J1 ou J2, celles par césarienne à partir de J1 ou J2 par respect de leur état physique et émotionnel.
J'ai recueilli les données auprès des mères en présence ou non des pères, chaque matin (sauf le samedi et le dimanche ainsi que certains jours où je n'ai pu me rendre à la maternité) jusqu'à leur sortie (J4 pour les naissances par voie basse ou J6 pour les naissances par césarienne).
Le nombre de tétées, de selles et de couches mouillées ont été consignés par les parents dans la fiche de suivi du bébé qui leur est habituellement remise à la naissance (annexes 2 et 3).
Lorsque les mamans sortaient de la maternité pendant mes jours d'absence, nous avons convenu ensemble de communiquer par mail ou par téléphone pour la transmission des dernières données.
Pour chaque maman, j'ai consacré environ de 20 à 45 mn par entretien selon le moment du séjour (entretiens plus longs en début de séjour et plus rapides à la fin).

Le recueil de données au cours des entretiens (annexe 4) a porté sur les points suivants :

Activation sécrétoire

- Observation clinique de la mère (la mère sent une tension dans ses seins) ; date et heure
- Le peau à peau a-t-il été pratiqué jusqu'à l'arrivée de l'activation sécrétoire ? Par la mère et/ou le père ? Combien de temps après la naissance ? Durée ?
- 1ère tétée ; délai après la naissance
- Nombre de tétées par 24 h
- La proximité mère/enfant a-t-elle été respectée ? Le jour/ la nuit ? Nombre de fois où le bébé a été confié en nurserie ?
- Évaluation d'un engorgement pathologique : y a-t-il eu prescription d'anti-inflammatoires, antidiurétiques ou antalgiques ?

* *Par convention, J0 désigne le jour de la naissance, J1, J2, etc. désignent les jours suivants.*

Évolution de la prise de poids du bébé

- Perte de poids du bébé en pourcentage de son poids de naissance
- Jour de la reprise de poids du bébé
- Compléments de préparations pour nourrissons reçus par le bébé, nombre par 24 h. Indications ? Qui a été à l'origine du don de complément ?
- Le bébé a-t-il eu une sucette ?

Connaissances des mères

- Les mères connaissaient-elles l'allaitement aux signes d'éveil ? À la demande ? Sans restriction de temps et de durée ?
- La compression mammaire a-t-elle été expliquée, proposée, pratiquée ?

Signes de prélèvement de lait par le bébé

- Nombre de selles par 24 h ; leur aspect (méconium/transition/jaune) ; jour et heure des selles de transition
- Nombre de mictions par 24 h
- Ictère ayant nécessité une photothérapie ou autre traitement ?

Situation de l'allaitement à la sortie de la maternité

- Abandon
- Partiel
- Exclusif (mère allaitant exclusivement depuis les 24 dernières heures précédant la sortie de la maternité)

3. Résultats de l'étude

3.1. Les dyades mère-enfant

Entre le 6 janvier et le 27 avril 2014, 52 mères et leur enfant ont été rencontrés ; 28 avait accouché par voie basse (VB), 15 par césarienne programmée (CP) et 9 par césarienne en urgence (CU).

3.1.1. Les mères et leur accouchement

- La moyenne d'âge des mères était de 31 ans [25 – 38] pour celles ayant accouché par voie basse (VB), 33 ans [26 – 41] pour celles ayant accouché par césarienne programmée (CP) et 30 ans [27 – 35] pour celles ayant accouché par césarienne en urgence (CU).

- La figure ci-dessous indique la répartition de la parité en pourcentage selon le type d'accouchement : par exemple, 36 % des mères ayant accouché par voie basse (VB) étaient primipares, 46 % avaient déjà eu un enfant, et 18 % avaient déjà eu au moins 2 enfants avant cette naissance.

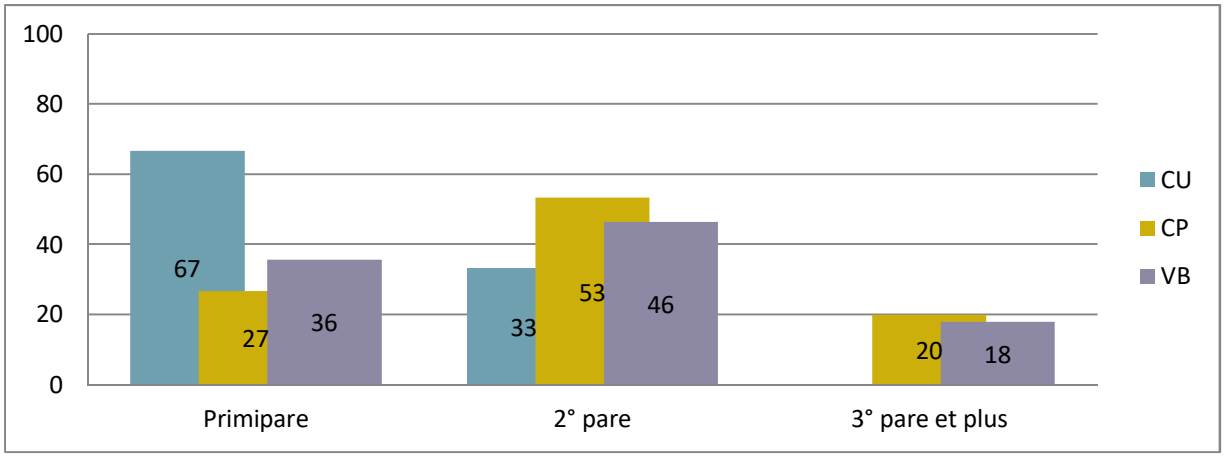


***Figure 1 : parité des mères dans chacun des 3 groupes : voie basse (VB), césarienne programmée (CP) et césarienne en urgence (CU)* (résultat exprimé en pourcentage)**

Deux mères sur 3 ayant accouché par césarienne en urgence (CU) étaient primipares.

- La figure suivante indique la répartition de l'âge gestationnel selon le type d'accouchement :

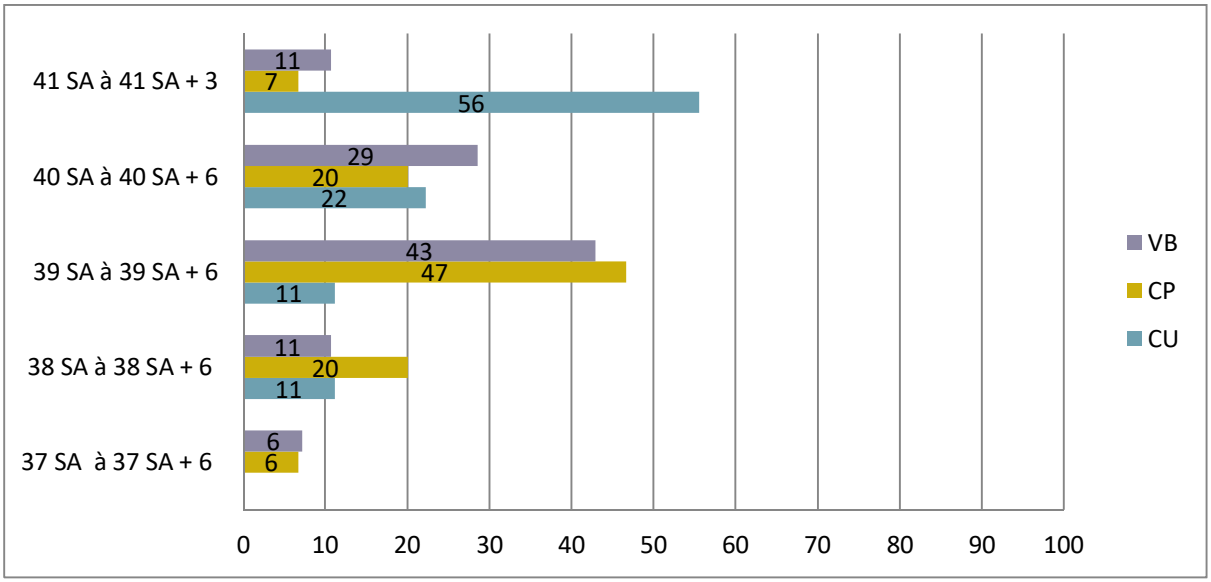


Figure 2 : âge gestationnel au moment de la naissance dans chacun des 3 groupes : voie basse (VB), césarienne programmée (CP) et césarienne en urgence (CU) ***(résultat exprimé en pourcentage)***

Plus de la moitié des bébés nés par césarienne en urgence (CU) avait un terme supérieur ou égal à 41 SA. Un peu moins de la moitié nés par césarienne programmée (CP) et par voie basse (VB) avait un terme compris entre 39 SA et 39 SA + 6.

- Analgésie : toutes les mères avaient reçu une analgésie (péridurale et/ou rachianesthésie) lors de la naissance de leur enfant sauf 8 accouchées par voie basse qui n'en avaient reçu aucune. Ces 8 mères représentaient 15 % de l'ensemble des mères incluses dans l'étude et 29 % des mères ayant accouché par voie basse (VB).

- Indications des césariennes

Les césariennes ont été programmées (CP) pour les raisons suivantes :

- Bassin étroit associé à une macrosomie fœtale
- Utérus cicatriciel
- Demande maternelle
- Placenta prævia
- Présentation du siège sur utérus cicatriciel
- Antécédent de périnée complet compliqué au 1er accouchement
- Antécédent de plexus brachial chez le 1er enfant
- Stress maternel important

Les césariennes ont été réalisées en urgence (CU) pour :

- Anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF) associées à un utérus cicatriciel
- Échec au déclenchement pour terme dépassé associé à des ARCF
- Stagnation de la dilatation associée à une fissuration de la poche des eaux depuis plus de 24 h.

3.1.2. Poids des nouveau-nés à la naissance

Les bébés nés par voie basse (VB) avaient un poids moyen de 3180 g [3510 g pour ceux nés par césarienne programmée (CP) et 3530 g par césarienne en urgence (CU)].

3.2. Paramètres en lien avec le démarrage de l'allaitement

3.2.1. Délai entre la naissance et l'activation sécrétoire

L'observation clinique a permis de noter le jour et l'heure où la mère a commencé à percevoir une tension dans ses seins, une sensation de plénitude et de chaleur indiquant les prémices de l'activation. Les délais de l'activation sécrétoire sont présentés dans le tableau ci-dessous.

	Moyenne	Médiane	Extrêmes
Voie basse	55 h	53 h	[30 h – 135 h]
Césarienne programmée	64 h	66 h	[36 h – 81 h]
Césarienne en urgence	69 h	64 h	[56 h – 91 h]

Tableau 1 : durées, moyenne et extrêmes, entre la naissance et l'activation sécrétoire perçue par la mère selon le type d'accouchement (résultat arrondi à l'heure entière la plus proche)

L'activation sécrétoire était en moyenne plus précoce chez les femmes ayant accouché par voie basse (VB) que dans les 2 autres groupes, que l'on considère la moyenne arithmétique ou la médiane*.
Une mère a observé les signes de l'activation sécrétoire 135 h après l'accouchement. Si on exclut cette mère du groupe « naissance par voie basse », l'activation sécrétoire la plus tardive est de 80 h.

* *La valeur médiane est celle qui sépare le groupe en deux sous-groupes de même effectif. Par exemple sur le tableau 1, 50 % des mères ayant accouché par voie basse ont eu leur activation sécrétoire entre 30 et 53 h après la naissance ; pour l'autre moitié, elle a eu lieu entre 53 et 135 h. Quand la distribution des résultats est symétrique, la moyenne et la médiane sont confondues. Cela n'a pas été le cas ici pour beaucoup de résultats et il a paru plus représentatif d'indiquer les valeurs médianes, minimales et maximales.*

3.2.2. Peau à peau à la naissance

- La figure 3 indique les pourcentages de nouveau-nés ayant fait du peau à peau avec leur mère, avec leur père ou n'ayant pas fait de peau à peau. On constate que tous les bébés nés par voie basse (VB) ont eu un temps de peau à peau avec leur mère, alors que le chiffre chute à 75 % pour les bébés nés par césarienne (CP et CU). Les écarts étant faibles entre les résultats pour les 2 types de césarienne, ces deux catégories ont été regroupées sur la figure 3.

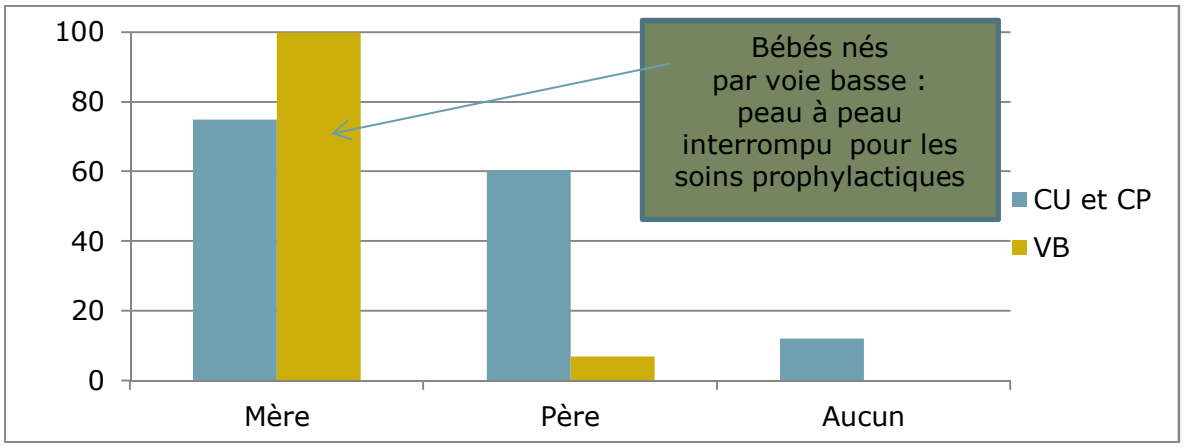


Figure 3 : pourcentage de nouveau-nés ayant fait du peau à peau à la naissance avec leur mère, avec leur père ou n'en ayant fait ni avec l'un ni avec l'autre selon le type d'accouchement.

Environ 75 % des bébés nés par césarienne (CP et CU) ont fait du peau à peau avec leur mère, 60 %, ont fait du peau à peau avec leur père et environ 1 bébé sur 10 n'en a fait ni avec son père ni avec sa mère.

Il peut paraître étonnant que certains bébés nés par voie basse aient eu du peau à peau avec leurs deux parents en salle de naissance. Lors de la présentation des résultats en réunion d'équipe, des soignants ont expliqué qu'en effet, certains bébés nés par voie basse peuvent avoir du peau à peau avec leur papa en attendant que la maman soit rallongée sur la table d'accouchement, permettant ainsi à l'obstétricien de procéder à la délivrance et de terminer les soins de chirurgie. Dans l'étude, cette pratique a concerné 2 nouveau-nés (soit 7 % des bébés nés par voie basse) mis en peau à peau contre leur papa au bout de 10 min pour l'un, 25 min pour l'autre.

Le tableau 2 ci-dessous indique que les bébés nés par voie basse (VB) étaient en contact immédiat avec leur mère après la naissance dans un cas sur deux. Cela ne reflète pas exactement le parcours de peau à peau de ces enfants (voir annexe 6).

En effet, sur les 28 bébés concernés, l'analyse des dossiers a montré que :

- 1 enfant a bénéficié d'un peau à peau immédiat et ininterrompu avec sa mère pendant 1 h 30, les soins de routine ayant été pratiqués ensuite.
- 20 bébés ont été en peau à peau immédiatement après la naissance, puis pris pour les soins de routine : à l'issue de ces soins, 17 ont repris le peau à peau avec leur mère, 2 enfants ont été remis contre leur mère, habillé pour l'un et en body pour l'autre, le dernier ayant fait du peau à peau avec son père d'abord puis avec sa mère.
- Enfin, 7 enfants ont reçu les soins de routine à la naissance : 6 d'entre eux ont ensuite été en peau à peau avec leur mère, le dernier ayant fait du peau à peau avec son père d'abord puis avec sa mère.

➢ D'après les médianes indiquées dans le tableau ci-dessous, les bébés nés par césarienne en urgence (CU) étaient en peau à peau avec leur mère beaucoup plus rapidement que les bébés nés par césarienne programmée (CP) : entre 30 min et 1 h pour 50 % des premiers contre 1 h 30 à 2 h pour 50 % des seconds.

	Mère	Père
VB	0 h 00 mn [0 h 00 mn – 0 h 30 mn]	0 h 18 mn [0 h 10 mn – 0 h 25 mn]
CP	2 h 00 mn [1 h 30 mn – 4 h 00 mn]	0 h 30 mn [0 h 15 mn – 0 h 55 mn]
CU	1 h 00 mn [0 h 30 mn – 2 h 15 mn]	0 h 25 mn [0 h 15 mn – 2 h 25 mn]

Tableau 2 : délai (médiane et extrêmes) entre la naissance et le contact du bébé avec sa mère et son père selon le type d'accouchement.

D'après l'équipe, cette différence selon le type de césarienne s'explique par l'organisation de la naissance dans chacune des deux situations :

- <u>En cas de césarienne programmée</u>, l'intervention est réalisée au bloc central au 1er étage. Les mères passent ensuite en salle de réveil. Pendant ce temps, il est proposé aux pères, s'ils le souhaitent, de faire du peau à peau avec leur bébé. Après le temps réglementaire en salle de réveil, les mères sont transférées dans leur chambre où elles font du peau à peau avec leur bébé. Le personnel laisse les mères beaucoup plus longtemps en peau à peau car elles sont dans leur chambre et il n'y a pas de notion d'urgence à libérer un lieu comme cela pourrait être le cas dans une salle d'accouchement.
- <u>Les césariennes en urgence</u> sont souvent réalisées au bloc du 4è étage situé au même niveau que les salles d'accouchement. S'il arrive qu'elles soient pratiquées au bloc du 1er étage, en dehors des heures d'ouverture de ce bloc, les mères sont rapatriées au 4e étage pour la surveillance post-opératoire car la salle de réveil n'est pas en service à ce moment-là. Dans les deux cas, ces mères ne passent pas en salle de réveil. C'est ce qui explique le délai beaucoup plus court que l'on observe pour le peau à peau dans le cas des césariennes en urgence par rapport aux césariennes programmées.

- Les résultats sur la durée de peau à peau [*] variaient fortement selon le type d'accouchement.

D'après le tableau ci-dessous, la moitié des bébés nés en césarienne d'urgence (CU) ont eu entre 30 et 40 minutes de peau à peau avec leur mère et entre 10 et 15 minutes de peau à peau avec leur père. Ces durées sont nettement plus courtes que pour les bébés des deux autres groupes.

	Mère	Père
VB	1 h 30 mn [0 h 20 mn - 3 h 00 mn]	0 h 18 mn [0 h 15 mn et 0 h 20 mn]
CP	2 h 00 mn [1 h 00 mn - 4 h 00 mn]	1 h 15 mn [1 h 00 mn – 3 h 00 mn]
CU	0 h 40 mn [0 h 30 mn - 3 h 00 mn]	0 h 15 mn [0 h 10 mn – 1 h 00 mn]

Tableau 3 : durée du peau à peau (médiane et extrêmes entre crochets) avec la mère et le père selon le type d'accouchement.

3.2.3. Peau à peau en suites de naissance

Pendant leur séjour en maternité, aucun des bébés nés par voie basse (VB), ni ceux nés par césarienne en urgence (CU) n'ont fait de peau à peau ; par contre 3 bébés sur 15 nés par césarienne programmée (CP) l'ont pratiqué.

3.2.4. La première tétée

Dans tous les groupes, certains bébés ont eu leur première tétée tardivement, jusqu'à 18 heures de vie pour un bébé né par césarienne programmée. C'est pour les enfants nés par césarienne d'urgence que l'intervalle des résultats est le plus réduit, entre 30 mn et 4 h 30 mn.
Néanmoins, un bébé né par césarienne programmée sur 2 a eu sa 1ère tétée entre 1 h 45 mn et 5 h 15 mn : cette durée est beaucoup plus longue que pour les bébés des deux autres groupes. La durée médiane est 7 fois plus grande pour les bébés nés par césarienne programmée et 2 fois plus grande pour les bébés nés par césarienne en urgence que pour les bébés nés par voie basse.

Pour ce résultat, toutes les données n'ont pas été remplies pour les naissances par voie basse, les résultats obtenus ont été calculés pour un échantillon de 27 nouveau-nés. Pour un bébé né par césarienne en urgence, l'heure de la tétée consignée dans le dossier était différente de celle donnée par les parents, l'heure retenue a été calculée en établissant la moyenne des 2 valeurs.

[*] *Pour les durées de peau à peau des bébés nés par voie basse (VB), les résultats présentés dans le tableau 3 ont été calculés pour 27 enfants au lieu de 28, les données étant manquantes pour un enfant.*

	Médiane	Extrêmes
Voie basse	0h 45 mn	[0 h 20 mn – 12 h 15 mn]
Césarienne programmée	5 h 15 mn	[1 h 45 mn – 18 h 00 mn]
Césarienne en urgence	1 h 30 mn	[0 h 30 mn – 4 h 30 mn]

Tableau 4 : âge des nouveau-nés (médiane et valeurs extrêmes) au moment de la première tétée selon le type d'accouchement.

3.2.5. Les tétées

Les tétées groupées effectuées sur environ 2 h de temps ont été comptabilisées comme étant une seule tétée.
Il n'y a pas de valeur à J4 et J5 pour les naissances par voie basse (VB) car les mères étaient sorties de la maternité à J4 pour la majorité d'entre elles, comme c'est la pratique habituelle dans le service.

- Le nombre moyen de tétées prises par nouveau-né et par 24 h augmentait au fil des jours dans tous les groupes.

	J0	J1	J2	J3	J4	J5
VB	3	7	8	8	/	/
CP	2	5	7	8	8	9
CU	1	5	6	8	9	8

***Tableau 5 : moyenne des tétées prises par enfant et par 24 h selon le type d'accouchement.* (résultat arrondi à la valeur approchée)**

Les bébés nés par voie basse prenaient en moyenne plus de tétées par 24 h les 3 premiers jours par rapport aux bébés des 2 autres groupes.

- Selon les critères des consultants en lactation [28], « *les nourrissons allaités, à terme et en bonne santé, téteront sans restriction de temps environ 8 fois par 24 h* ». Le nombre de bébés ayant au moins 8 tétées ou plus par 24 h est représenté par le graphique suivant :

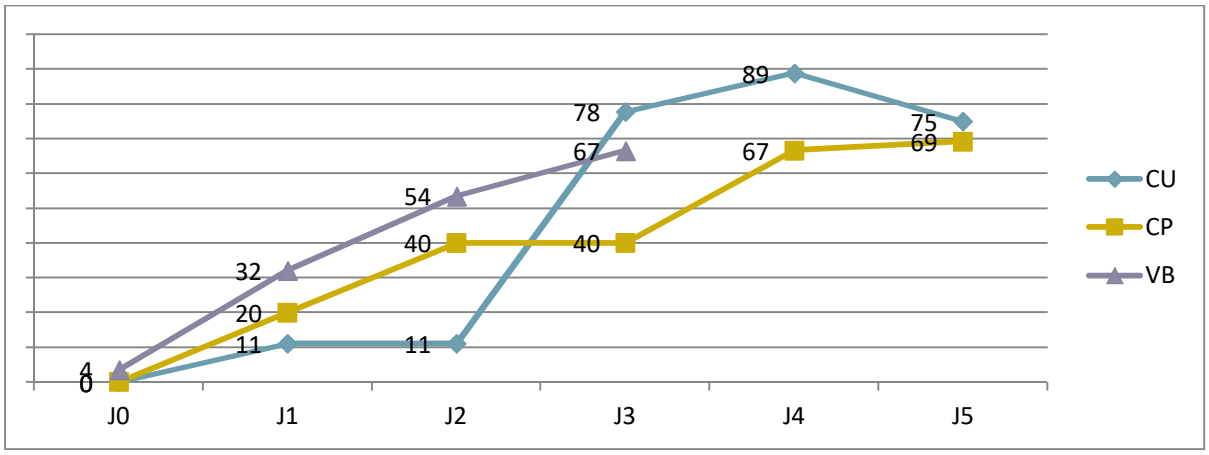


Figure 4 : pourcentage de nouveau-nés ayant pris 8 tétées ou plus par 24 h dans chacun des 3 groupes voie basse (VB), césarienne programmée (CP) et césarienne en urgence (CU) selon le jour de vie.

Les bébés nés par césarienne en urgence (CU) étaient moins nombreux (11 % de ce groupe) à atteindre les 8 tétées par 24 h à J1 et J2 par rapport à ceux des 2 autres groupes. Ils comblaient leur retard à J3.

Pour le recueil du nombre de tétées, toutes les données n'ont pas été remplies : pour les naissances par voie basse, les résultats obtenus ont été calculés pour un échantillon de 24 mères à J3 ; pour les naissances par césarienne programmée, les résultats obtenus ont été calculés pour un échantillon de 13 mères à J5 ; pour les naissances par césarienne en urgence, les résultats obtenus ont été calculés pour un échantillon de 8 mères à J5.

3.2.6. Cohabitation

Selon le type d'accouchement, le pourcentage de nouveau-nés qui restaient près de leur mère la nuit, est donné dans le tableau ci-dessous.

	J0 à J1	J1à J2	J2 à J3	J3 à J4	J4 à J5	J5 à J6
VB	93	93	89	89	/	/
CP	73	87	100	93	100	100
CU	67	89	89	100	100	100

Tableau 6 : pourcentage de nouveau-nés dans les 3 catégories étant restés auprès de leur mère la nuit. (résultat arrondi à la valeur entière la plus proche)

Les bébés nés par césarienne en urgence (CU) étaient plus nombreux à être confiés en nurserie la première nuit que les bébés des 2 autres groupes.

Lors du recueil, toutes les données n'ont pas été remplies : pour les naissances par voie basse, les résultats obtenus pour la nuit de J3 à J4 ont été calculés pour un échantillon de 27 nouveau-nés ; pour les naissances par césarienne en urgence, les résultats obtenus pour la nuit de J5 à J6 ont été calculés pour un échantillon de 8 nouveau-nés.

3.2.7. Engorgement

Seule 1 mère sur 28 ayant accouché par voie basse (VB) a présenté un engorgement douloureux nécessitant un cataplasme d'argile à J2 pendant 1 h. Aucun engorgement n'a été constaté chez les mères ayant accouché par césarienne programmée (CP) ou en urgence (CU).

3.3. Connaissances des mères

3.3.1. Allaitement aux signes d'éveil du bébé

L'allaitement aux signes d'éveil du bébé était connu par 1 mère sur 25 ayant accouché par voie basse (VB), par 2 mères sur 15 ayant accouché par césarienne programmée (CP) ; il n'est connu par aucune des mères ayant accouché par césarienne en urgence (CU).

3.3.2. Allaitement à la demande, sans restriction de temps ni de durée

L'allaitement à la demande, sans restriction de temps ni de durée était connu par 21 mères sur 25 ayant accouché par voie basse (VB) et par la totalité des mères ayant accouché par césarienne programmée (CP) et césarienne en urgence (CU).

3.3.3. Compression mammaire

La compression mammaire était connue et pratiquée par 1 mère sur 27 ayant accouché par voie basse (VB), par 4 mères sur 15 ayant accouché par césarienne programmée et par 2 mères sur 9 ayant accouché par césarienne en urgence.

3.4. Signes de prélèvement de lait par le bébé

Les signes de prélèvement de lait par le nouveau-né ont été évalués en observant le nombre de selles et leur aspect, le nombre de mictions ainsi qu'un éventuel ictère.

3.4.1. Selles émises par 24 h

La moyenne des selles émises par nouveau-né en 24 h augmentait pour chaque groupe au fil du séjour. Le tableau ci-dessous montre que, au même âge, les bébés nés par césarienne en urgence (CU) émettaient moins de selles par 24 h que les bébés des 2 autres groupes.

	J0	J1	J2	J3	J4	J5
VB	1.3	2.8	3.1	3.7	/	/
CP	0.8	2.3	2.3	2.9	3.9	4.2
CU	0.2	1.9	2.1	2.6	3.8	4.1

Tableau 7 : moyenne du nombre de selles émises par enfant et par 24 h dans chacun des 3 groupes voie basse (VB), césarienne programmée (CP) et césarienne en urgence (CU).

- Selon les critères des consultants en lactation [28], « les nourrissons allaités auront au moins 3 selles par jour entre 24 et 72 h ». Sont représentés sur le graphique ci-dessous, les pourcentages de nouveau-nés ayant émis 3 selles ou plus par 24h pour chaque type de naissance. Par exemple, à J1, 50 % des nouveau-nés nés par voie basse ont eu au moins 3 selles, contre 38 % des enfants nés par césarienne programmée et 11 % des enfants nés en césarienne d'urgence.
  Cette figure montre que les bébés nés par césarienne en urgence étaient plus lents à émettre au moins 3 selles par 24 h par rapport aux bébés des 2 autres groupes.

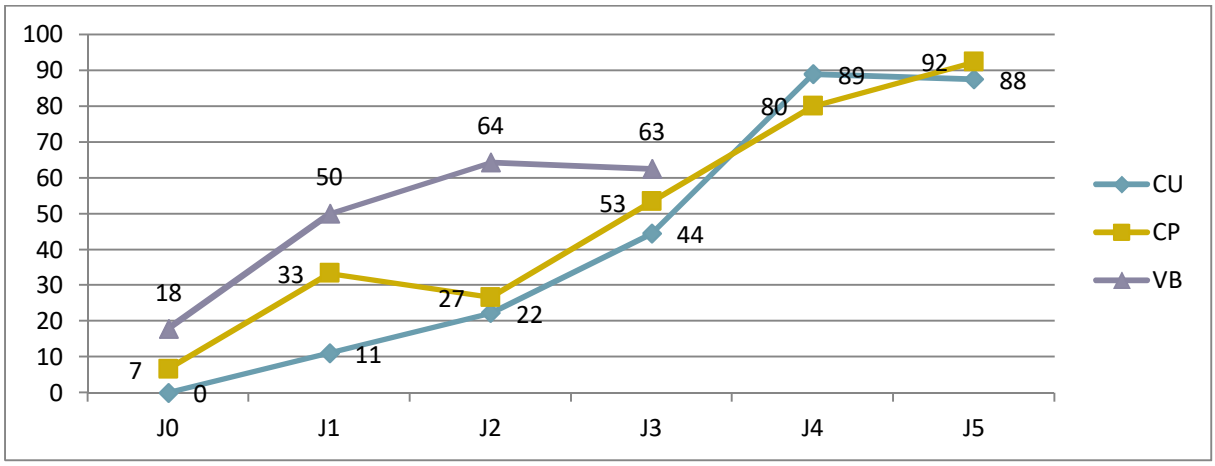


Figure 5 : pourcentage de nouveau-nés ayant au moins 3 selles par 24 h dans chacun des 3 groupes voie basse (VB), césarienne programmée (CP) et césarienne en urgence (CU).

Les données sur les selles n'ont pas toutes été remplies : pour les naissances par voie basse, les résultats obtenus ont été calculés pour un échantillon de 24 mères à J3 ; pour les naissances par césarienne programmée, les résultats obtenus ont été calculés pour un échantillon de 13 mères à J5 ; pour les naissances par césarienne en urgence, les résultats obtenus ont été calculés pour un échantillon de 8 mères à J5.

3.4.2. Aspect des selles

Les bébés nés par césarienne programmées (CP) étaient en moyenne plus lents à émettre leurs premières selles de transition par rapport aux bébés des 2 autres groupes, comme l'indique le tableau-ci-dessous.

Heures	Voie basse	Césarienne programmée	Césarienne urgence
Moyenne	57	77	68
Extrêmes	[25 – 100]	[55 - 110]	[57 – 91]

Tableau 8 : âge en heures (moyenne et valeurs extrêmes) des nouveau-nés au moment de l'émission de la 1ère selle de transition, selon le type d'accouchement. ***(résultat exprimé en heures arrondi au nombre entier le plus proche)***

Certaines données sur les selles de transition étaient manquantes : pour les naissances par voie basse, les résultats obtenus ont été calculés pour un échantillon de 26 bébés ; pour les naissances par césarienne programmée, les résultats obtenus ont été calculés pour un échantillon de 14 bébés.

- Une autre analyse possible est de s'intéresser au pourcentage d'enfants ayant des selles méconiales au fil du séjour, selon le type d'accouchement.

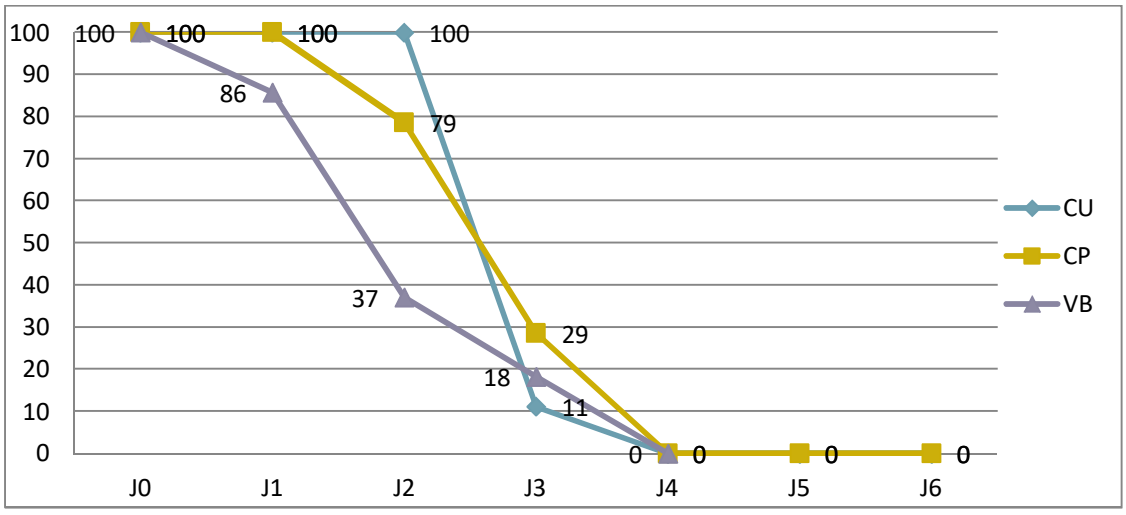


Figure 6 : pourcentage de nouveau-nés dont les selles étaient méconiales en fonction du jour de vie selon le type d'accouchement. ***(résultat arrondi au nombre entier le plus proche)***

Les bébés nés par césarienne en urgence (CU) continuaient à émettre du méconium plus tardivement que les bébés des 2 autres groupes. Ils comblaient leur retard et rattrapaient les bébés des 2 autres groupes à J3.

- Comme le montre la figure 6, les bébés nés par césarienne programmée (CP) et en urgence (CU) émettaient leurs selles jaune d'or plus tardivement que les bébés nés par voie basse (VB). La totalité du groupe césarienne en urgence (CU) était en selle jaune d'or à J6 le jour de la sortie, contre 82 % des bébés nés par césarienne programmée.

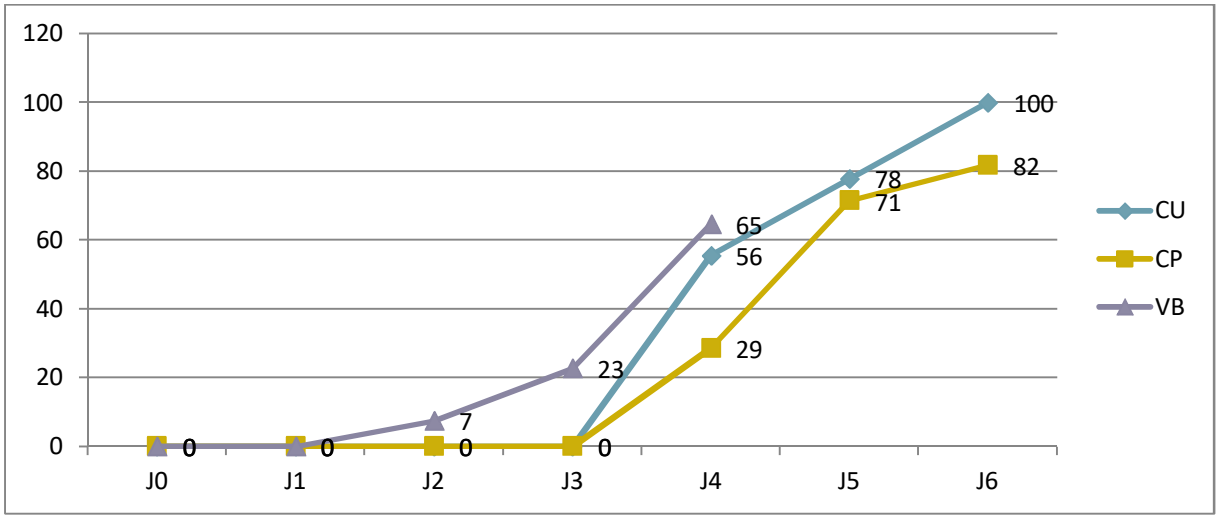


Figure 7 : pourcentage de nouveau-nés ayant des selles jaune d'or selon leur jour de vie selon le type d'accouchement. ***(résultat arrondi à la valeur approchée)***

Certaines données sur la nature des selles étaient manquantes : pour les naissances par voie basse, les résultats obtenus ont été calculés pour un échantillon de 27 bébés à J2, de 22 bébés à J3 et 17 bébés à J4 ; pour les naissances par césarienne programmée, les résultats obtenus ont été calculés pour un échantillon de 14 bébés à J0, J1, J2, J3, J4, J5 et 11 bébés à J6 ; pour les naissances par césarienne en urgence, les résultats obtenus ont été calculés pour un échantillon de 5 bébés à J6.

3.4.3. Mictions

- La moyenne des mictions émises par nouveau-né par 24 h est donnée dans le tableau ci-dessous pour chaque jour passé dans le service. Les bébés nés par césarienne en urgence (CU) avaient un nombre moyen de mictions inférieur aux bébés des 2 autres groupes jusqu'à la fin du séjour.

	J0	J1	J2	J3	J4	J5
VB	0.9	2.0	3.1	3.5	/	/
CP	1.1	2.5	3.0	3.8	4.1	4.9
CU	0.7	2.0	2.1	2.6	3.1	3.7

Tableau 9 : moyenne du nombre de mictions émises par 24 h dans chacun des 3 groupes voie basse (VB), césarienne programmée (CP) et césarienne en urgence (CU).

- Selon les critères des consultants en lactation [28], le nombre de couches mouillées par 24 h augmente de 1 (entre 0 et 24 h) à 3 (entre 48 et 72 h) et reste à 5 pour les jours suivants. Les bébés nés par césarienne programmée (CP) étaient, proportionnellement les plus nombreux à respecter ce critère et ce, pour tous les jours passés dans le service. Les bébés nés par césarienne en urgence (CU) étaient moins nombreux à avoir eu au moins 3 mictions par 24 h par rapport aux bébés des 2 autres groupes à J3, comme l'indique le graphique ci-dessous.

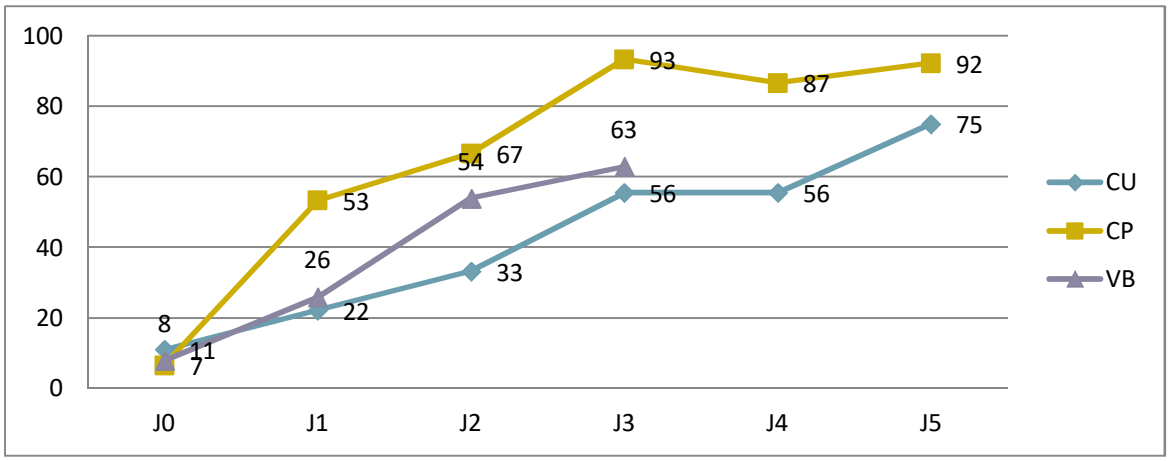


Figure 8 : pourcentage de nouveau-nés ayant au moins 3 couches mouillées par 24 h dans chacun des 3 groupes voie basse (VB), césarienne programmée (CP) et césarienne en urgence (CU).

Les données sur les mictions étaient manquantes pour certains bébés : pour les naissances par voie basse, les résultats obtenus ont été calculés pour un échantillon de 26 bébés à J0, 27 bébés J1 et 24 à J3 ; pour les naissances par césarienne programmée, les résultats obtenus ont été calculés pour un échantillon de 13 bébés à J5 ; pour les naissances par césarienne en urgence, les résultats obtenus ont été calculés pour un échantillon de 8 bébés à J5.

3.4.4. Ictère ayant nécessité une photothérapie

Parmi les bébés nés par voie basse (VB), 3 sur 28 ont suivi une ou plusieurs séances de photothérapie. Aucun des bébés nés par césarienne programmée (CP) ou en urgence (CU) n'en ont eu besoin.

3.5. Évolution pondérale des nouveau-nés

Les données sur le poids étaient manquantes pour certains enfants : pour les naissances par voie basse (VB), les résultats obtenus ont été calculés pour un échantillon de 27 bébés ; pour les césariennes programmées (CP) les résultats obtenus ont été calculés pour un échantillon de 14 bébés.

3.5.1. Perte de poids du nouveau-né par rapport à son poids de naissance

Les bébés nés par voie basse (VB) ont perdu en moyenne 6,8 % de leur poids de naissance contre 8,3 % pour ceux nés par césarienne programmée (CP) et 7,5 % par césarienne en urgence (CU).

3.5.2. Reprise de poids

- La valeur médiane du jour de la reprise de poids était J3 pour le groupe des enfants nés par voie basse et J4 pour ceux des 2 autres groupes.

Les bébés ont été pesés tous les jours, y compris le jour de la sortie du service. Pour les enfants nés par voie basse (VB), les données sont disponibles jusqu'à J3 pour tous, à J4 pour 25 et à J5 pour 4 d'entre eux. Le pourcentage d'enfants ayant repris du poids en fonction de leur jour de vie est représenté sur la figure 8 :

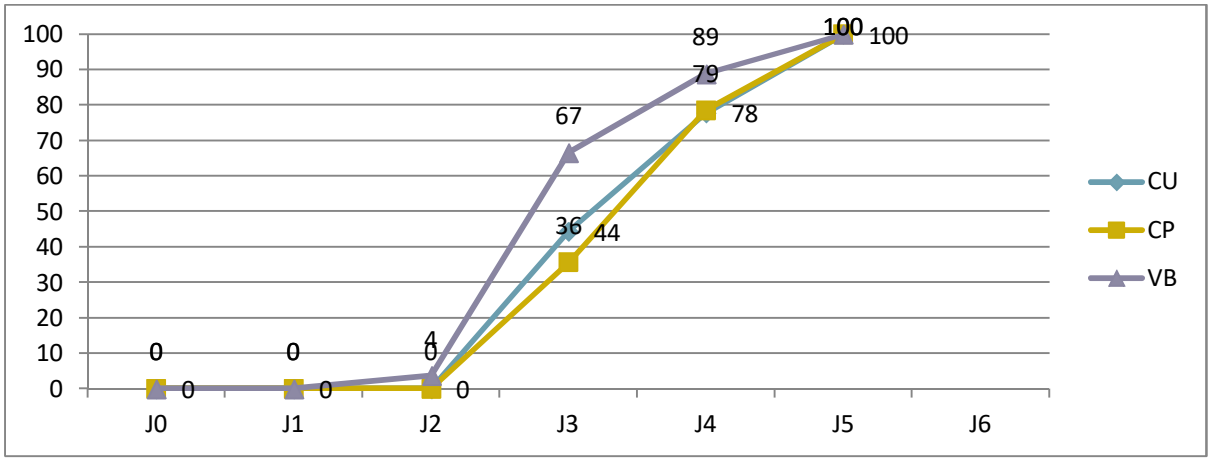


Figure 9 : pourcentage d'enfants ayant repris du poids en fonction de leur jour de vie, selon le type de naissance.

Plus de la moitié des bébés nés par voie basse (VB) avaient repris du poids à J3. Le nombre d'enfants ayant repris du poids augmentait moins vite dans les deux groupes des bébés nés par césarienne que dans le groupe de bébés nés par voie basse (VB).

3.5.3. Compléments reçus

Sur cette variable, certaines données sont manquantes pour les naissances par voie basse (VB), les résultats obtenus ont été calculés pour un échantillon de 25 bébés à J3 et pour les naissances par césarienne en urgence (CU) les résultats obtenus ont été calculés pour un échantillon de 8 bébés à J5.

Par complément, on entend une préparation pour nourrissons. Les dons ont été comptés par 24 h sans noter les quantités correspondantes. N'ont pas été comptabilisées dans les compléments donnés, l'eau sucrée et une préparation concentrée en lipides chez un bébé de poids de naissance élevé.

- Les bébés nés par césarienne en urgence (CU) avaient reçu plus de compléments que les bébés des 2 autres groupes.
  La plupart des mères ayant accouché par voie basse étaient sorties à J4 le matin, les données sur la prise de compléments à J4 et à J5 ne sont donc pas disponibles pour ce groupe. Parmi les 4 bébés encore présents dans le service, seul un bébé a reçu 1 complément à J4, cette information n'a pas été reportée dans le tableau.

	Voie basse (VB)		Césarienne programmée (CP)		Césarienne en urgence (CU)	
	nombre d'enfants (%) n = 28	Nombre moyen de compléments reçus par enfant	nombre d'enfants (%) n = 15	Nombre moyen de compléments reçus par enfant	nombre d'enfants (%) n = 9	Nombre moyen de compléments reçus par enfant
J0	1 (4)	1,0	0	0,0	1 (11)	3,0
J1	2 (7)	1,5	2 (13)	1,0	2 (22)	1,5
J2	6 (21)	2,0	2 (13)	2,5	3 (33)	2,0
J3*	2 (8)	3,5	3 (20)	1,0	2 (22)	2,0
J4			1 (7)	6,0	3 (33)	3,0
J5**			3 (20)	3,0	2 (25)	3,0

* n=25 VB ; ** n= 8 CU

Tableau 10 : nombre d'enfants ayant reçu des compléments et nombre moyen des compléments reçus par ces enfants dans chacun des 3 groupes voie basse (VB), césarienne programmée (CP) et césarienne en urgence.

Ce tableau montre qu'à part 1 enfant né par césarienne programmée (CP) qui a reçu 6 compléments à J4, tous les enfants qui ont reçu des compléments en ont reçu entre 1 et 3,5 par jour. Le nombre de compléments par enfant était plus élevé la veille de la sortie, 3,5 en moyenne par enfant ce jour-là.
Dans le groupe des bébés nés par césarienne en urgence, le don de compléments a concerné 1 enfant sur 3 ou sur 4 selon les jours, contre un enfant sur 5 au maximum dans les 2 autres groupes.
Les bébés nés par césarienne en urgence (CU) étaient plus nombreux à avoir reçu des compléments que les bébés des 2 autres groupes.

- Des compléments ont été donnés pour raison médicale lors d'une perte de poids supérieure à 10 % du poids de naissance : cela a concerné 2 bébés (sur 28) nés par voie basse (VB) et 3 (sur 15) nés par césarienne programmée (CP).
  Dans les autres cas, les compléments ont été donnés à la demande de la mère en concertation avec l'équipe médicale, pour les raisons suivantes :

  - Des problèmes de succion (bébé tétait sa langue, ne tétait pas, s'agitait et pleurait au sein ; frein de langue ; le sein était source de stress pour l'enfant selon la mère)
  - Somnolence chez un bébé ictérique sous photothérapie

- Des variations anatomiques des mamelons : tronqués, trop volumineux pour la bouche du bébé, ombiliqués
- Mamelons douloureux : crevasses pour mamelons sensibles
- Algie chez la mère au niveau de l'incision de la césarienne au niveau du ventre, problèmes de gaz
- Fatigue, épuisement, contrariété chez la mère
- Rassure les parents : manque de confiance en sa capacité d'allaiter ; un père, dont la conjointe a donné naissance par césarienne en urgence, pensait que les préparations pour nourrissons étaient meilleures pour son bébé
- Souhait d'un allaitement mixte
- Manque d'intimité : visites, soignants

Raison	VB (n=28)	CP (n=15)	CU (n=9)
Problème de succion	2 (7 %)	3 (20 %)	2 (22 %)
Somnolence de l'enfant	1 (4 %)		
Variation anatomique des mamelons	1 (4 %)	1 (7 %)	
Mamelons douloureux	1 (4 %)		2 (22 %)
Algie maternelle		1 (7 %)	1 (11 %)
Fatigue maternelle	2 (7 %)	1 (7 %)	1 (11 %)
Rassure les parents		1 (7 %)	2 (22 %)
Allaitement mixte		1 (7 %)	2 (22 %)
Manque d'intimité	1 (4 %)		

Tableau 11 : indications des compléments reçus par les enfants dans chacun des 3 groupes voie basse (VB), césarienne programmée (CP) et césarienne en urgence (CU).

Un tire-lait a été utilisé par :

- 2 mères ayant accouché par voie basse : l'une avait un bébé ictérique sous luminothérapie qui ne tétait pas ; l'autre mère avait des mamelons trop volumineux (dont un tronqué, en forme de cône inversé) pour la bouche de son bébé.
- une mère, ayant accouché par césarienne en urgence, pensait qu'elle n'avait pas assez de lait car son bébé demandait à téter très souvent à J3/J4.

3.5.4. Sucette

Les bébés nés par voie basse utilisaient la sucette pour 8 sur 27 (30 %) d'entre eux. Cette pratique se retrouvait pour 1 bébé né par césarienne programmée (soit 13 %) pour ceux (CP) et 2 bébés nés par césarienne en urgence (soit 22 %).

3.6. Taux d'allaitement à la sortie de la maternité

La sortie s'est effectuée à J4 (5e jour de vie) pour les mères ayant accouché par voie basse (VB) sauf pour 3 d'entre elles sorties à J3 et 4 d'entre elles à J5.
Pour celles ayant accouché par césarienne, la sortie s'est effectuée à J6 (7e jour de vie) sauf pour 2 d'entre elles ayant accouché par césarienne programmée (CP) sorties à J5.

Le tableau ci-dessous indique les taux d'allaitement à la sortie de la maternité :

	Exclusif	Mixte	Abandon
VB	89 %	11 %	0 %
CP	80 %	20 %	0 %
CU	67 %	33 %	0 %

Tableau 12 : taux d'allaitement à la sortie de la maternité selon le type d'accouchement

Par allaitement exclusif, il a été convenu que la mère allaitait exclusivement depuis les 24 dernières heures précédant la sortie de la maternité.

Les mères ayant accouché par césarienne en urgence (CU) pratiquaient davantage un allaitement mixte à la sortie de la maternité que les mères des 2 autres groupes.

Une mère ayant accouché par voie basse (VB) allaitait de façon exclusive en pratiquant le tire-allaitement.

4. Analyse des résultats

Cette étude a suivi 28 mères ayant accouché par voie basse, 15 mères ayant accouché par césarienne programmée et 9 mères ayant accouché par césarienne en urgence pendant leur séjour en maternité. Toutes ces mères souhaitaient allaiter au moins une semaine et les paramètres qualifiant le démarrage de l'allaitement ont été enregistrés chaque jour.

Cette étude présente des limites.
En effet, je n'ai pu observer qu'un faible nombre de mères ayant accouché par césarienne en urgence (n=9) ce qui n'est pas représentatif de l'ensemble des mères pour ce type de naissance.
L'activation sécrétoire a été repérée par les mères sur leur ressenti physique et elle a pu être interprétée différemment selon la sensibilité de chacune.
De même, l'activation sécrétoire n'a pas été étudiée en fonction de la parité. Or, la parité ou l'expérience antérieure d'allaitement pourrait influencer le moment de la lactogénèse II ([29], p. 109).
De même, la durée du peau à peau et des soins prophylactiques à la naissance a été estimée par les pères et les mères dans une période émotionnellement intense pour eux et peu propice à la rigueur.
Les dons de complément n'ont pas été quantifiés au niveau des volumes de lait reçu par le nouveau-né ce qui diminue la précision des résultats. Ces derniers montrent néanmoins une tendance, ils demanderaient donc à être confirmés par d'autres études.
Au cours du recueil de données quotidien j'ai eu l'occasion de discuter avec les mères et d'échanger avec elles des informations pouvant les aider. Cet accompagnement supplémentaire a pu influencer certains résultats, par ex. sur le don de compléments ou le taux d'allaitement mixte à la sortie du service.

4.1. Différences entre les naissances par voie basse et par césarienne

Cette étude a montré qu'en cas de naissance par césarienne, le démarrage de l'allaitement présentait plus de difficultés que pour les naissances par voie basse. Pour de nombreuses variables, il y a une différence importante entre les naissances par voie basse et les naissances par césarienne.

L'activation sécrétoire était retardée (tableau 1)**.** Alors que 50 % des mères ayant accouché par voie basse ont eu leur activation sécrétoire entre 30 et 53 h, cette dernière s'est produite entre 36 et 66 h pour les césariennes programmées et entre 56 et 64 h pour les césariennes en urgence. Ce résultat corrobore donc bien l'observation des soignants qui a motivé ce travail de recherche.

L'initiation du peau à peau à la naissance (tableau 2) **et la première tétée étaient retardées** (tableau 4). De plus, alors que tous les bébés nés par voie basse ont eu du peau à peau avec leur mère, cela n'a concerné que 75 % des bébés nés par césarienne. Pour ce type d'accouchement, il y avait une différence importante sur l'âge de l'enfant au moment de la première tétée, qui s'explique par une organisation différente, selon qu'il s'agit d'une césarienne programmée ou d'une césarienne en urgence. Les enfants nés par césarienne en urgence ont été plus rapidement mis contre leur mère (entre 30 et 40 min pour 50 % d'entre eux) et la première tétée a eu lieu entre 30 et 90 min pour 50 % des enfants ce groupe. En cas de césarienne programmée, le peau à peau a commencé entre 1 h 30 et 2 h et la première tétée a été observée entre 1 h 45 et 5 h 15 pour un enfant sur 2 de ce groupe.

La reprise de poids a été plus tardive (figure 9). À J3, 67 % des bébés nés par voie basse avaient repris du poids, contre 44 % et 36 % des enfants nés par césarienne respectivement programmée et en urgence.

Les compléments de préparation pour nourrissons ont été plus fréquents (tableau 10). Ils ont concerné 20 % des enfants nés par césarienne et jusqu'à un tiers des enfants nés par césarienne en urgence certains jours.

Le taux d'allaitement exclusif était plus faible au retour à domicile (tableau 12). Pour les enfants nés par césarienne programmée, un sur 5 est sorti en allaitement mixte, pour les enfants nés par césarienne en urgence, il s'agit d'un enfant sur 3, contre 1 sur 10 dans le groupe des enfants nés par voie basse.

Il n'est pas certain que les différences entre les 2 types de césarienne soient significatives compte tenu de la taille des groupes, je n'ai pas eu les moyens d'explorer cette question au cours de ma recherche. Néanmoins, les différences sont importantes entre naissance par voie basse et césarienne.

Ces résultats sont cohérents avec des études qui suggèrent une association entre césarienne, éventuellement effectuée en urgence, et non-démarrage ou échec précoce de l'allaitement, retard de la lactation (activation sécrétoire survenant après 72 h post-partum) ou difficultés dans la mise en route de l'allaitement maternel (cf. 1).
En particulier, on constate une variation du pourcentage de mères présentant un retard de l'activation sécrétoire selon les pratiques du service de maternité : dans l'étude précédemment citée [7], le retard à l'activation sécrétoire concernait 28 % des mères dans les services respectant 2 conditions ou moins parmi les 12 Recommandations de l'IHAB [22], contre 23 % dans les services qui en respectaient 3 ou 4 et 17 % dans ceux qui en respectaient 5 ou 6.

Ce type d'analyse justifie de mener une réflexion sur les pratiques du service afin de favoriser le peau à peau et la proximité en cas de césarienne.
Au cours d'un échange avec la cadre de santé, j'ai perçu que le peau à peau avec la mère n'est pas un objectif actuellement pour le service, où il semble que les anesthésistes soient opposés à cette pratique en salle de césarienne. Pourtant de grands progrès ont été réalisés ces dernières années avec la généralisation du peau à peau avec le père.

4.2. Comment amener la réflexion des équipes sur la pratique du peau à peau précoce avec la mère en cas de césarienne ?

La puissance du peau à peau. Le peau à peau était beaucoup plus pratiqué avec le père en cas de naissance par césarienne (figure 3) par rapport aux naissances par voie basse. Cette pratique présente un grand intérêt pour le bien-être du bébé et du papa, la création du lien étant favorisée. Au cours de discussions informelles avec le personnel, plusieurs soignants m'ont raconté cette anecdote : « Parfois, certains papas qui font du peau à peau ne veulent pas redonner le bébé à la mère qui sort de la salle de réveil, ils veulent encore le garder contre eux. Et les parents se disputent le bébé ». Cette remarque, régulièrement faite dans d'autres équipes, peut poser un problème. Cela montre la puissance du peau à peau chez l'adulte ! Cela peut inciter les équipes à veiller de permettre un premier contact du bébé avec la mère au bloc, même de quelques minutes.

Le résumé de deux études ci-dessous montre que le peau à peau avec la mère en cas de naissance par césarienne est possible, que certaines équipes l'ont expérimenté et l'ont mis en place dans leurs structures malgré des réticences initiales d'une partie des soignants. Voici leur expérience :

La première, celle de Gro Nylander et son équipe portait sur le peau à peau avec la mère en cas de césarienne programmée, non seulement afin de répondre à la 4e recommandation de l'IHAB mais encore *« pour aller plus loin »* nous dit-elle. L'expérience a été menée à l'hôpital Universitaire d'Oslo en 2007 et a été rapportée lors de la deuxième Journée Nationale sur l'IHAB France [30] en 2014.
Avant la mise en place de la nouvelle procédure, l'équipe était préparée, les parents informés et les pères impliqués comme étant les principaux responsables de l'observation de leur enfant.
Gro Nylander a rencontré beaucoup de résistances lors de la mise en place du projet avec *« beaucoup d'objections et des discussions animées »* rapporte l'article. L'opposition venait surtout de l'équipe de soins post-opératoires (salle de réveil). Les solutions pratiques, de formation et d'organisation, ont été étudiées collectivement et mises en place.
L'évaluation après 6 mois a montré « des mères enthousiastes, des pères très contents malgré l'inquiétude liée à la responsabilité, des équipes en majorité positives et aucune inquiétude rapportée par les médecins ». Le peau à peau fut alors adopté comme méthode standard, Gro Nylander dit : *« Il a été décidé que le peau à peau continu entre la mère et son nouveau-né avec présence et assistance du père d'un bout à l'autre était réalisable dans la plupart des césariennes programmées en restant dans la normalité des résultats attendus ».*
L'évaluation à 5 ans montrait des effets bénéfiques du peau à peau sur le bien-être des mères ainsi que la perception d'un travail plus satisfaisant et gratifiant pour les équipes.

Les conséquences vont même plus loin puisqu'un pédiatre témoignait *« d'un rapprochement entre la maternité et le service de néonatologie, entre les équipes, entre l'administration, la direction et les équipes de soins ».*
Le peau à peau fut ensuite étendu aux césariennes semi-urgentes.

La seconde expérience a été réalisée à l'hôpital universitaire 12 de Octubre Hospital à Madrid par Conception de Alba-Romero et son équipe en 2009 [31].
Leur expérience a été motivée par les bienfaits du peau à peau rapportés dans la littérature, par les observations faites dans leur service sur les conséquences psychologiques sur la mère et l'enfant lors de naissance par césarienne ainsi que les difficultés de démarrage de l'allaitement.
Elles ont développé le concept d'humanisation de la césarienne *(« humanising the cesarean »)* car disent-elles *« nous croyons que chaque naissance devrait être un évènement unique, personnel et intime ».* Elles ont proposé de modifier les pratiques sur 2 points :

- l'initiation du peau à peau avec la mère immédiatement après la naissance quel que soit le mode d'alimentation choisi,
- et la reconnaissance de l'importance de la présence du père/conjoint en tant que soutien pendant la césarienne.

Le but était de rédiger un protocole à propos du peau à peau lors d'une naissance par césarienne.
Elles ont proposé de mettre en place une stratégie basée sur la participation de tous les personnels de soins impliqués dans ce type de naissance.
Les préparatifs opérationnels ont pris six mois durant lesquels les personnels de soins impliqués ont suivi un programme de formation dispensé par un néonatologiste consultant en lactation. Puis, les étapes suivantes furent expliquées selon la médecine fondée sur les preuves (Evidence Based Medecine) concernant les bénéfices du peau à peau sur le bien-être général autant que sur l'allaitement maternel.
Ensuite, les directives du programme furent mises en pratique.
La présence d'un néonatologiste et d'une infirmière en salle d'opération observant le bébé en peau à peau a donné confiance au reste de l'équipe. L'appréhension concernant la présence du conjoint en salle d'opération s'est transformée en acceptation lorsqu'il est devenu évident que la transparence de l'information, associée à une communication appropriée, donnait à la famille une perception plus positive en cas d'éventuelles complications.
Un an plus tard, le peau à peau était pratiqué dans 44 % des cas de toutes les césariennes, 80 % pour les césariennes de convenance et 29 % pour les césarienne en urgence. Le peau à peau était pratiqué dans 85 % des cas de césarienne où le compagnon était présent dans la salle d'opération. Dans les cas de césarienne programmée avec un accompagnant, l'enfant a été en contact peau à peau avec sa mère dans 91 % des naissances et 98 % des femmes accompagnées déclaraient qu'avoir leur compagnon présent les aidait à se sentir plus en sécurité et en confiance.
Les équipes sont parvenues à pratiquer les césariennes dans des conditions optimales pour les parents et le bébé : chaque fois que c'était possible, la température de la salle d'opération était maintenue à 24° C avec lumière diminuée et le moins de bruit possible. Le père entrait en salle d'opération après la pose de la péridurale et s'asseyait au niveau de la tête de sa compagne. L'anesthésiste avait laissé un bras libre à la maman.

Après l'extraction du fœtus, le champ opératoire qui sépare les chirurgiens de la mère était abaissé et la mère et son compagnon pouvaient voir la naissance s'ils le désiraient. Le cordon était clampé 2 à 3 mn après la naissance pour favoriser le statut en fer aux 6 mois de l'enfant. Puis ce dernier était placé obliquement sur le haut de l'abdomen de sa mère ou sur son thorax et recouvert de serviettes chaudes et sèches ainsi qu'un bonnet sur sa tête. Le père était encouragé à sécher l'enfant et à assister la mère.
Lors de son passage en salle de réveil, si pour quelques raisons la mère ne souhaitait pas faire de peau à peau avec son enfant, le père ou le compagnon était encouragé à en faire jusqu'à ce que ce soit possible pour la mère. Les personnels veillaient à maintenir une atmosphère tranquille et relaxante afin de favoriser l'intimité, l'allaitement à la demande et l'unité père-mère-enfant. Les soins prophylactiques étaient faits après les 2 heures environ en présence du père/compagnon.

Dans les deux expériences, chacune des équipes a dû faire face à un certain nombre d'obstacles à la mise en place du projet, cela a pris du temps pour mener la réflexion et s'adapter au changement mais elles y sont arrivées chacune à leur manière. Les équipes ont accepté le changement de pratiques lorsqu'elles ont observé qu'il n'y avait pas eu plus de complications pour la mère et l'enfant avec la pratique du peau à peau et la présence du père en salle de césarienne. Elles ont chacune donné une place très importante au père/compagnon qui est devenu un véritable partenaire de soin sur lequel elles ont pu s'appuyer.

En France, certaines maternités ont adopté cette pratique de soins. Comment y sont-elles arrivées ? Au cours de ma formation, j'ai pu discuter avec des soignants qui avaient vécu cette expérience dans leur service :

- Une sage-femme très motivée a pu mettre en place le peau à peau en salle de réveil lors d'une césarienne pratiquée la nuit avec l'accord du chef de service de réanimation très ouvert pour cet essai. Les infirmières et anesthésistes ont trouvé cela très enrichissant ;
- Pour d'autres, la raison principale du changement était la prise de conscience accrue des soignants de la satisfaction des parents et de leur meilleur vécu de la naissance, en cas de peau à peau précoce avec la mère. Conjointement, il y a eu une demande fortement augmentée pour des naissances par voie basse sans médicalisation avec ouverture d'une salle « physio ». Cela a retenti sur les naissances par césarienne où le peau à peau est plutôt accepté maintenant. L'expérience a ensuite montré que les bébés bien séchés, recouverts d'une serviette chaude et d'une couverture chauffante ainsi que d'un petit bonnet n'avaient pas froid ce qui est conforme aux études sur le sujet [23]. Les obstétriciens ont vu que la présence du bébé en peau à peau ne dérangeait pas leur travail, la personne en charge du nouveau-né essaie de ne pas les gêner et maintient le bébé en haut de la poitrine de la maman, elle le remonte dès que cela est nécessaire. La personne référente au peau à peau en salle de césarienne valorise beaucoup ses collègues pour chaque point positif afin d'encourager la pratique ;
- Dans une autre maternité, c'est la démarche vers le label IHAB [32] qui a conduit à adopter cette pratique ;

- Une pédiatre m'a confié que « *le processus était long et qu'en premier lieu il fallait recueillir l'accord si ce n'est la conviction et l'enthousiasme, de toute l'équipe de maternité. Elle a organisé une réunion avec le personnel soignant, cadres, anesthésistes, obstétriciens, pédiatres pour proposer cet objectif, sans jamais juger les personnes car les règlements au bloc opératoire et en salle de réveil sont très stricts. Il a fallu beaucoup écouter les autres, sans jamais oublier l'importance du peau à peau pour la mère et l'enfant. Elle a construit et présenté plusieurs fois un diaporama et a fini par remporter l'adhésion de tous ! Il lui reste encore des obstacles résiduels à franchir un par un ».*
- Enfin, rien n'est jamais acquis, dans une autre maternité, alors que le peau à peau était en place en salle de césarienne, les pédiatres ne souhaitent pas s'habiller pour entrer dans le bloc et faire l'examen rapide du bébé sur sa mère. Le peau à peau est donc interrompu assez tôt.

Que pourrait-on proposer dans le service si le peau à peau immédiat avec la mère n'est pas possible pour l'instant ?

Présenter les résultats de cette étude à l'ensemble des médecins et soignants pourrait susciter chez ceux-ci des questions sur les différences observées objectivement sur le démarrage de l'allaitement entre les enfants nés par voie basse et par césarienne. Cela pourrait être le point de départ d'une réflexion globale sur l'accueil du nouveau-né et permettre de considérer le peau à peau précoce avec la mère en cas de césarienne comme un objectif à long terme du service.

En attendant, il pourrait être mis en place des étapes intermédiaires telles que :

- l'expression manuelle du colostrum ([33, 34] et annexe 7) qui peut être pratiquée indépendamment des anesthésistes.

  Je propose d'expliquer aux mères cette technique en préparation à la naissance afin qu'elles puissent recueillir de petites quantités de colostrum qui seraient données au bébé à la seringue ou à la petite cuillère dans les premières heures. Ce don de colostrum permettrait de compenser le retard de la première tétée et apporterait l'énergie nécessaire, par les soins trophiques de bouche, jusqu'à ce que le nouveau-né prenne le sein de lui-même. Car on voit beaucoup de bébés somnolents, qui ne tètent pas, avec des mères et des pères désemparés, un stress qui s'installe et une difficulté à la mise en place de l'allaitement qui ne fait que s'accroître. Pour les mères, l'expression manuelle de colostrum permettrait de stimuler leur lactation en attendant que le bébé prenne le relais par une succion efficace.

  Le Dr Jane Morton [35], pédiatre, reconnue internationalement pour ses contributions dans le domaine de la lactation humaine, a présenté ses derniers travaux de recherche lors de la 10e Journée Internationale de l'Allaitement qui s'est tenue le 1er avril 2016 à Paris. Alors que jusqu'à présent il était recommandé d'exprimer du lait au plus tard dans les 6 h après la naissance pour un bon démarrage de la lactation, J. Morton précise que la première heure est cruciale pour la mise en route de l'allaitement. Elle nous dit : « *Le facteur temps est déterminant pour la production de lait : celle-ci dépend de la précocité, de la fréquence et de l'efficacité du prélèvement de colostrum dès la première heure de vie. Plus du*

colostrum est prélevé, surtout dans la première heure, plus la mère produira de lait par la suite. La production, clé de voute de l'allaitement, est le facteur le plus fortement associé à la durée et à l'exclusivité de l'allaitement ».

De plus, donner du colostrum peut compenser une trop grande hygiène à la naissance (surtout en cas de césarienne) par son action probiotique.

Enfin, le don précoce de colostrum en cas de séparation mère-enfant est cité par l'ABM dans les moyens de prévenir l'hyperbilirubinémie [36].

Pour les pères, pratiquer le peau à peau et gérer le don de colostrum exprimé par leur compagne permettraient de valoriser leur rôle dans les soins prodigués à leur enfant et de renforcer leur relation avec celui-ci.

Proposer l'expression de colostrum et son don immédiat au nouveau-né en cas de séparation à la naissance pourrait être envisagé par les soignants, surtout s'ils constatent par eux-mêmes que cette pratique facilite le démarrage de l'allaitement, comme l'indiquent les études actuelles.

- Se fixer l'objectif que toutes les mères ayant donné naissance par césarienne puissent pratiquer le peau à peau, même de façon différée, car 25 % des bébés n'en ont pas bénéficié dans mon étude (figure 3) peut aussi constituer une étape intermédiaire.

- Poursuivre et renforcer le peau à peau immédiat à la naissance avec le père, les résultats ayant montré que 60 % d'entre eux étaient concernés (figure 3). Cette pratique du service, déjà bien mise en place, mérite d'être soulignée et est à encourager. Elle est abondamment valorisée dans les deux études précédemment citées. Gro Nylander informe les parents en amont lors d'une consultation prénatale et juste avant l'intervention. Elle explique : *« Si la mère ne souhaite pas garder son bébé en peau à peau en continu, il est porté par le père, si possible en peau à peau avec lui »* [30]. De même, Alba-Romero [31] informe les parents au cours de la préparation à la naissance *« …des bénéfices du peau à peau et de sa possible mise en place, sur les bénéfices que le peau à peau apporte afin de voir augmenter le pourcentage de pères pratiquant le peau à peau immédiat ».*
  Le Réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon NGLR [37] a tout récemment mené une réflexion sur la présence du père lors d'une naissance par césarienne et a rédigé une note de synthèse à l'intention des professionnels désirant s'impliquer dans cette démarche. En annexe de ce document, des protocoles de services sont proposés et sont à adapter en fonction de « *la disposition des locaux, de l'organisation des personnels concernés et de leur projet de service* ».
  Tous les rendez-vous (suivi de grossesse, entretien prénatal précoce, consultation pré-anesthésique, visite du service …) qu'ont les parents avec le personnel soignant (sage-femme, obstétricien, anesthésiste) sont autant d'opportunités d'aborder ce sujet et de les préparer progressivement.

Par ailleurs, l'étude Epifane a montré que la perception positive qu'avaient les pères de l'allaitement maternel était l'un des facteurs favorisant son initiation puis sa poursuite [38].
Une enquête menée par l'association Césarine [39] a observé une grande variabilité des taux de présence des accompagnants/pères en cas de césarienne selon les départements, en relation avec les pratiques culturelles locales et les habitudes de service.

- Travailler tant auprès des équipes que des parents, pour considérer le contact peau à peau en suites de naissance comme un soin de base pour tous les enfants, car il est un véritable « passeport pour l'allaitement »*. Le peau à peau facilite également l'adaptation du nouveau-né non allaité et le bien-être de sa mère. La sécurité de l'enfant peut être assurée par le port d'un bandeau de peau à peau tout comme la position semi-assise de la mère.
- Savoir qu'il est actuellement discuté dans les conférences internationales la possibilité d'exprimer du colostrum en anténatal pour les enfants à risque de recevoir des préparations pour nourrissons (par exemple pour les nouveau-nés de mères diabétiques).

Cette étude a également permis d'identifier des questions concernant les naissances par voie basse qui n'étaient pas à l'origine de ce travail mais que j'ai trouvées intéressantes d'examiner.

4.3. Peau à peau à la naissance en cas d'accouchement par voie basse

Dans le groupe voie basse, les 28 bébés de l'étude ont pu bénéficier du peau à peau avec leur mère (figure 3) mais de façon différente (annexe 6) ainsi que cela a été expliqué au paragraphe 3.2.2. :

- 20 bébés ont été en contact immédiat à la naissance puis ont été séparés pour les soins prophylactiques et ensuite replacés auprès de leur mère,
- 1 bébé a bénéficié d'un peau à peau précoce et ininterrompu,
- 7 bébés ont été séparés immédiatement à la naissance puis placés en peau à peau auprès de leur mère après avoir reçu les soins prophylactiques.

Les raisons invoquées par le personnel soignant, de la séparation du nouveau-né d'avec sa mère, étaient de terminer le dossier administratif au plus tôt au cas où une augmentation brusque de travail se produirait ; parfois ce pouvait être le pédiatre disponible à ce moment-là qui souhaitait examiner le nouveau-né ou bien l'obstétricien qui demandait à ce que l'enfant soit enlevé pour faciliter les derniers soins à la mère.

* *Expression utilisée par Isabelle Petit, puéricultrice et consultante en lactation IBCLC, dans ses formations.*

Or, les observations cliniques ont montré l'importance du contact précoce, ininterrompu et prolongé : façon simple et très efficace de permettre à l'enfant de s'organiser et de dérouler son programme de prise du sein [23] Gisèle Gremmo-Feger dit que « *les réflexes archaïques mis en jeu aboutissant à la première tétée sont fragiles et peuvent être facilement perturbés par les soins de routine* » [24]. Les étapes suivantes ont été identifiées dans le déroulement de la séquence comportementale de recherche du sein par le nouveau-né : cri de naissance ; relaxation ; repos/récupération ; éveil : quelques signes d'activité ; activation ; ramper ; détente et activité orale ; découverte et familiarisation du sein ; succion ; endormissement [23].

L'OMS, dans « Données scientifiques relatives aux Dix Conditions pour le succès de l'allaitement » relate les travaux de Righard et Alade ([12], p. 35) qui confortent cette idée. Ils suggèrent une relation entre le contact précoce mère-enfant et la qualité de la succion au sein, cette dernière étant elle-même liée au bon déroulement de l'allaitement et de sa durée. Ils ont observé deux groupes de nouveau-nés et étudié les effets de la séparation juste après la naissance : le premier groupe de bébés a été laissé au contact de leur mère pendant 2 heures suivant la naissance, le second a été séparé au bout de 20 mn de peau à peau pour les soins de routine puis remis à leur mère, lavés, habillés. La quasi-totalité des bébés du premier groupe était capable de téter efficacement, en moyenne au bout de 49 minutes ; par contre 1 enfant sur 2 fût incapable de téter efficacement dans le second groupe.

John Bowlby, pédiatre et psychanalyste britannique, célèbre pour ses travaux sur l'attachement, nous enseigne que le bébé et sa mère construisent des liens privilégiés et sélectifs. Le nouveau-né est immature, dépendant des soins de sa mère, il a un besoin fondamental de contacts physiques. Dès sa naissance, il active des compétences sociales pour créer avec sa mère un lien d'attachement précoce et continu, aussi essentiel que son besoin de nourriture et de chaleur.

Dans leur conférence « *Le corps allaitant de la mère : habitat biologique du nouveau-né ?* » [40], donnée lors des XXIII[es] Rencontres Nationales de Périnatalité de Béziers en avril 2013, Danièle Bruguières et Laure Marchand-Lucas ont évoqué les découvertes récentes des neurosciences. À sa naissance, le nouveau-né a besoin d'un environnement particulier, appelé habitat[*] lui permettant de subvenir à ses besoins biologiques de base dans le but d'un développement optimal, en particulier sur le plan cérébral. Il s'agit de l'utérus pour le fœtus et du corps maternel pour le nouveau-né. La manière dont l'enfant va s'adapter à l'habitat dans lequel il est placé représente la niche écologique[*]. Pour le nouveau-né, la niche est le comportement préprogrammé conduisant à l'allaitement maternel. Dès les premières minutes suivant sa naissance, l'enfant placé dans son habitat optimal (sur le ventre de sa mère) va exprimer ses compétences et mettre en jeu ses comportements néonataux stéréotypés. Par son activité, il induit une réponse de soins de sa mère.

---

[*] *1*. L'habitat écologique correspond globalement au lieu dans lequel vit un organisme. Ce lieu est défini par un certain nombre de paramètres standards contextuels (température, luminosité, composition chimique etc.)*

2 La niche d'un organisme correspond à la manière dont il s'adapte à l'habitat, comment il l'utilise, comment il y fait face, surmonte les éventuelles difficultés.*

Un comportement neurobiologique interpersonnel se met en jeu et un dialogue s'instaure entre la mère et son enfant fait de toucher, d'odeurs, de mouvements, d'échanges de regard et de sons. Cette séquence a été comparée à une danse entre la maman et son bébé : il s'agit d'un dialogue particulier entre les hémisphères droits des cerveaux de la mère et de l'enfant qui n'est possible que si la mère se sent dans un état de bien-être et de sécurité physique et émotionnelle. Le cerveau droit est impliqué dans la gestion des émotions, du stress, de l'autorégulation émotionnelle et il se développe chez l'enfant par le biais du cerveau droit de la mère : le rôle maternel est donc essentiel à la construction d'un cerveau et d'un corps sain. L'allaitement maternel favorise la poursuite de ce dialogue. Certains chercheurs, tels que Nils Bergman [41], parlent de « période critique » comme étant « *une période pendant laquelle la survenue de certains évènements clés est nécessaire pour un développement optimal ».*
Mais l'environnement physique et humain dans lequel se trouvent la mère et son enfant peuvent facilement perturber la relation qu'ils sont en train de construire.

On comprend alors pourquoi les dernières recherches des neurosciences, sur la mise en jeu de comportements néonataux dans l'heure qui suit la naissance, justifient d'encourager les soignants à tout mettre en œuvre pour un peau à peau immédiat et ininterrompu, de protéger cette nouvelle famille en créant autour d'eux un environnement favorable (pièce calme, peu lumineuse, paroles bienveillantes…) et de leur dire combien ils ont un rôle central. Il est capital qu'ils sachent combien leur travail est essentiel car ce moment, précieux et irréversible, peut avoir un impact à long terme. Ils sont au cœur de ce que vit la mère, comment on la traite, comment elle voit que l'on accueille son bébé, tout cela est fondamental pour la suite. Régulièrement, des personnels de soins disent que « *c'est agréable d'entendre cela* » car ils ont l'impression que leur travail n'a pas d'importance. En effet, ils ne passent que deux heures auprès des mères pendant lesquelles ils sont très occupés à renseigner leurs dossiers, le côté administratif ayant souvent pris le pas sur l'humain.

Le mémoire de Katia Mochel [42] « *Pratique du peau à peau en salle de naissance à la clinique Durieux* » réalisée dans le cadre de sa formation au Crefam, montre que les soignants peuvent avoir des connaissances sur le peau à peau mais que celles-ci peuvent ne pas être suffisamment précises et exhaustives pour percevoir ce côté précieux. Elle précise que « … *les interruptions de contact n'étaient pas comprises par tous comme un risque de perturbation de la séquence comportementale physiologique du nouveau-né* ».

Comment pourrait-on faire évoluer les pratiques dans le service afin de se rapprocher le plus possible de ce que préconise l'IHAB [22] ? Pourrait-on revoir l'organisation des soins aux nouveau-nés en salle de naissance afin que leur accueil soit plus adapté à avec leurs capacités et leurs besoins ?

L'équipe pourrait envisager de réhabiliter le peau à peau précoce et ininterrompu pour tous les bébés en bonne santé nés à terme et par voie basse afin que cette pratique devienne un standard de soins pour tous les intervenants.
J'utilise le mot « réhabiliter » car je suppose que cette pratique était en place dans le service il y a quelques années. En effet, on peut lire dans un document « Repères pour le démarrage de l'allaitement maternel » datant de 2007 (annexe 5) destiné aux mères

venant accoucher : « Les soins de routine seront reportés (mensurations, collyre et température)… ». Ce document avait été réalisé lors du projet de service 2007-2011 qui avait mis l'accent sur le soutien de l'allaitement maternel dans le service en s'appuyant sur le Plan Périnatalité 2005-2007 [43]. En 2007 également, le personnel soignant avait suivi une formation sur l'allaitement avec l'Institut Co-Naître. De plus, une sage-femme avait été reçue au DIU de Lactation Humaine et d'Allaitement Maternel.

Toutes ces initiatives ont probablement donné une dynamique à ce moment-là en faveur de l'accueil du nouveau-né qui s'est peut-être délitée au fil des années ? En effet, on retrouve moins d'actions en faveur du soutien à l'allaitement dans le projet de soins 2014/2019.

Il serait intéressant (comme pour les naissances par césarienne) de faire l'analyse des obstacles au peau à peau ininterrompu auprès de toutes les personnes concernées (sages-femmes, auxiliaires de puériculture, obstétriciens, pédiatres, anesthésistes …) de façon à identifier les problèmes et voir comment ils peuvent être abordés et résolus. Ceci pourrait faire l'objet d'une autre enquête afin d'examiner les obstacles et sensibiliser le personnel à cette pratique.

En attendant, les équipes pourrait procéder par étapes, avec pour objectif à court terme de permettre un peau à peau ininterrompu chaque fois que cela parait possible puis, à long terme, que cette pratique devienne une routine de soins.

L'installation du bébé en procubitus sur le ventre de sa mère fait débat car des auteurs ont rapporté des cas de malaises anoxiques grave avec ou sans décès des bébés dans leurs services.

Ceci a conduit le Réseau Aurore [44] à établir un protocole régional qui a été diffusé et selon lequel le bébé doit être placé sur le dos ou sur le côté lorsqu'il est en peau à peau.

J'ai pu observer un bébé placé sur le côté, sur un autre lieu de stage dans une maternité de la région. Son regard - le « *protoregard* » comme l'appelle Marc Pilliot [45] qui initie le lien avec la mère -, ne croisait pas celui de sa mère ; ses pieds et ses jambes « pédalaient » dans le vide à la recherche d'appuis nécessaires à sa reptation. Ce bébé n'était pas dans les conditions optimales pour exprimer ses réflexes archaïques de recherche et de prise du sein et manifestait du stress.

Il est important que les équipes sachent que les études sur l'intérêt du peau à peau à la naissance ont été établies avec un peau à peau ventral ainsi que l'a rappelé le Dr Gremmo-Feger [23] et que la position du bébé sur le côté ou sur le dos est actuellement controversée. En effet, certains associations de professionnels préconisent le peau à peau ventral tels que le réseau Naître et Grandir en Languedoc Roussillon [46] et le Réseau Sécurité Naissance des Pays de Loire [47].

4.4. Pratiques en suites de naissance

La 7e recommandation de l'IHAB [22] recommande de : « *Laisser le nouveau-né avec sa mère 24 h sur 24* ».
En effet, la cohabitation mère-bébé favorise l'allaitement à la demande, optimisant ainsi le démarrage de l'allaitement. Elle l'encourage à observer son bébé, à l'écouter, à communiquer avec lui. Il est capable de s'exprimer et de donner des petits signaux indiquant qu'il est prêt à téter [28], la mère répondant à son appel.
Par ses comportements d'attachement (pleurs, sourires, regards, gestes, mimiques, succion, agrippement, babils…), le bébé établit et maintient la proximité avec sa mère afin d'obtenir des réponses à ses besoins.
Ceci est possible si la mère se sent soutenue, valorisée dans des conditions adéquates pour le faire.

Dans une étude réalisée en Indonésie, les chercheurs ont montré que le fait de placer une mère et son enfant dans la même chambre contribuait à une activation sécrétoire plus rapide ([12], p. 74).
Une enquête menée auprès de 204 mères, rapporte qu'entre le 2e et le 7e jour suivant la naissance, les enfants installés auprès de leur mère tétaient plus fréquemment et prenaient quotidiennement plus de poids que ceux placés en pouponnière ([12], p. 71).
Outre ses effets sur l'allaitement, on estime que la présence permanente du nouveau-né dans la chambre de sa mère pendant le séjour en maternité favorise l'établissement de la relation mère-enfant.

On sait que l'une des difficultés majeures des mères dans les premiers jours suivant une césarienne est leur mobilisation malgré la prise en charge de la douleur reconnue et bien maitrisée actuellement. La présence la nuit du conjoint ou d'une personne accompagnante est une aide indispensable que les mères ont largement soulignée lors des entretiens.
Dans son article « Comment bien démarrer l'allaitement maternel » [48], Gisèle Gremmo-Feiger nous dit que la cohabitation 24 h sur 24 signifie « le jour et LA nuit ».
Dans le service de maternité de l'Hôpital Privé Drôme Ardèche, cette 7e recommandation est particulièrement bien mise en place puisque, dans mon étude, 2 bébés sur 3 nés par césarienne en urgence entre J0 et J1 puis environ 9 sur 10 les jours suivants dans les 3 groupes restent auprès de leur mère.
Les raisons pour lesquelles les bébés ont été mis en nurserie n'ont pas été consignées sauf pour 5 mamans (3 ayant donné naissance par césarienne programmée et 2 en urgence). Quatre d'entre elles ont évoqué qu'elles étaient seules la nuit, une avait son conjoint. Parmi ces 5 mères, l'une a évoqué son épuisement.

Ces photos nous montrent les chambres telles qu'elles sont aménagées et l'on ne peut que valoriser leur conception et leur aménagement.

Photo 1 : vue générale d'une chambre

Photo 2 : détail lit d'appoint accompagnant non déplié

Photo 3 : détail lit d'appoint accompagnant déplié

Ceci témoigne de la préoccupation de cette maternité de bien accueillir les personnes accompagnantes, ce qui contribue au bien-être des mères et au respect de leurs besoins. Ainsi le père ou toute autre personne est encouragé à rester la nuit auprès de celles-ci.

Parfois les mères prennent leurs bébés contre elles la nuit pour faciliter les tétées, leur permettre de se reposer ou calmer un enfant qui a un important besoin de proximité. Afin que ce soit confortable et sécurisant pour les mères, les personnels soignants aménagent leurs lits en installant des traversins et des oreillers.
Pour favoriser cette proximité tout en étant très sécuritaire, beaucoup d'établissements commencent à s'équiper de berceau en side-bed comme celui montré sur la photo 4, prise dans une autre maternité française. Ce type d'installation est particulièrement utile aux mères césarisées pour répondre aux besoins de leur enfant sans avoir à fournir trop d'efforts.

Photo 4 : lit side-bed *(photo autorisée)*

4.5. Informations des mères

La majorité des mères interrogées connaissaient l'allaitement à la demande qui correspond à la 8e recommandation de l'IHAB [22], sans restriction de temps ni de durée. Lors des échanges, j'ai perçu qu'elles avaient bien intégré ces notions.
Par contre, beaucoup d'entre elles ne connaissaient pas l'allaitement aux signes d'éveil du bébé ni la compression mammaire.
Au cours des entretiens, nous avons par ailleurs également évoqué, l'expression manuelle du lait, les tétées groupées des premiers jours, la nuit de java, les rythmes du bébé. Tout ceci n'était pas prévu initialement dans le questionnaire mais ces thèmes se sont imposés rapidement au fil des discussions au vu de leur implication dans l'activation sécrétoire. Pour la majorité des mères, toutes ces informations et pratiques n'étaient pas connues.
Afin de favoriser l'autonomie précoce des mères, je suggère de proposer de discuter ces informations et d'apprendre l'expression manuelle pendant la grossesse : cela peut se faire en courtes séquences lors des visites de suivi de grossesse ou à tout moment lorsque la mère vient à la maternité (visite anesthésiste, visite de la maternité…) et pas seulement lors des cours de préparation à la naissance. En effet, toutes les femmes enceintes ne suivent pas une telle préparation*.

---

* *L'enquête de périnatalité de 2010 [2] a montré un taux de participation à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité de 73 % chez les primipares et de 28 % chez les multipares.*

Le Réseau Périnatal Naître et Grandir en Languedoc Roussillon (NGLR) propose un feuillet sur les 3 premiers jours qui peut être un support de discussion sur les débuts de l'allaitement [49]. Certaines sages-femmes libérales le donnent lors des consultations de suivi de grossesse et pas forcément dans le cadre de la préparation à la naissance en disant aux mamans « Voilà comment on essaie d'accueillir les bébés, on peut en rediscuter, voilà comment ça se passe pendant le séjour… ».

Ceci suivrait les préconisations de la 3e recommandation de la démarche IHAB [22] : « *Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique* » afin de renforcer la confiance en soi des mères et de leur donner toutes les chances de réussir leur projet d'allaitement. Les femmes qui accouchent par césarienne ont particulièrement besoin d'entendre que césarienne et allaitement sont tout à fait compatibles !

Mais on sait que les mères retiennent moins bien les sujets sans rapport avec leur préoccupation du moment. Pendant la grossesse, ces informations sur l'allaitement peuvent ne pas être toujours très pertinentes.

Après l'accouchement, les bouleversements émotionnels liés aux tempêtes hormonales et à l'arrivée du bébé, ainsi que les débuts de l'allaitement font que les mères apprécient de pouvoir poser les questions en rapport avec ce qu'elles vivent au jour le jour.

J'ai remarqué, lors du recueil des données de cette étude, que la plupart des mères et des pères appréciaient notre rendez-vous du matin pendant lequel mon temps leur était complètement dédié. Nous pouvions faire un suivi quotidien de leur allaitement, relater ce qui s'était passé depuis la veille, expliquer, donner des réponses en temps réel aux problèmes se posant ce jour-là, valoriser tout ce que les parents avaient pu mettre en place avec leur enfant, anticiper sur des demandes de leur nouveau-né qu'ils auraient pu interpréter comme étant pathologiques alors qu'elles étaient absolument physiologiques (comme par exemple les tétées groupées, la nuit de java…).
Les mères et les pères m'ont exprimé leur satisfaction de ce temps partagé ensemble.

5. Conclusion

Ce mémoire avait pour but de répondre à une demande de la sage-femme cadre de santé et du personnel soignant de la maternité de l'Hôpital Privé Drôme Ardèche de Guilherand-Granges. Ils avaient en effet observé que les mères donnant naissance par césarienne en urgence avaient une activation sécrétoire plus tardive et que les bébés nés par césarienne avaient une reprise de poids plus lente par rapport aux naissances par voie basse.

La naissance par césarienne permet de sauver des vies maternelles et infantiles. C'est aussi une intervention chirurgicale qui nécessite la prise de médicaments analgésiques et antalgiques : cette procédure est susceptible de modifier la rencontre entre la mère et son bébé et donc le démarrage de l'allaitement maternel. Une analyse de la littérature sur cette question a fait l'objet de la première partie du mémoire.

Afin d'évaluer ces différences observées entre les mères ayant donné naissance par voie basse et celles ayant donné naissance par césarienne, j'ai choisi de relever les paramètres impliqués dans l'activation sécrétoire, les signes de prélèvement de lait par le bébé ainsi que son évolution pondérale chez 52 dyades mères-enfants réparties selon leur mode d'accouchement : 28 par voie basse, 15 par césarienne programmée, 9 par césarienne en urgence. Le relevé des données s'est effectué quotidiennement pendant le séjour des mères en maternité.

Les résultats de l'étude ont confirmé les observations de la cadre de santé et du personnel soignant : l'activation sécrétoire était retardée et la reprise de poids des bébés plus tardive pour les naissances par césarienne par rapport au groupe des naissances par voie basse. D'autres variables étaient également retardées en cas de naissance par césarienne : l'initiation du peau à peau à la naissance, la première tétée, l'émission des premières selles de transition ; les dons de compléments étaient plus fréquents chez les enfants nés par césarienne.

La pratique courante d'accueil des bébés à l'Hôpital Privé Drôme Ardèche en cas de césarienne était de proposer le peau à peau au père pendant la surveillance de la mère en salle de réveil. Cette pratique qui favorise l'adaptation du nouveau-né a été mise en perspective avec l'expérience d'autres maternités, en France et à l'étranger, qui ont progressivement mis en place le peau à peau précoce avec la mère en salle de césarienne. J'ai proposé dans la dernière partie du mémoire des étapes intermédiaires plus accessibles afin d'y parvenir.

En interrogeant les mères, lors du recueil des données, j'ai découvert que le peau à peau en salle de naissance en cas d'accouchement par voie basse était interrompu en routine pour les soins habituels donnés au bébé. Il m'apparaît essentiel de rappeler l'importance de la non-séparation des deux premières heures après la naissance. Il serait intéressant d'identifier les motivations des personnels soignants pour cette pratique d'autant plus qu'une attention toute particulière est donnée quant à l'aménagement des chambres en vue de favoriser la cohabitation pour le confort des mères et des bébés en suites de naissance.

Dans ce travail, ce qui m'a le plus frappée, c'est l'importance de ce moment si fragile et précieux des deux premières heures où se tissent les premiers liens entre la mère et son enfant, où les hormones de la lactation, dépendantes du climat émotionnel de la mère, se mettent en « route » et où nous assistons à la naissance d'une famille sous le regard enveloppant du père.
Cette recherche a renforcé ma conviction qu'il s'agit vraiment là d'un enjeu formidable pour les soignants que de toujours faire évoluer leurs pratiques en vue d'instaurer un climat de bientraitance pour l'accueil du bébé et de sa famille, quel que soit le type de naissance.

Annexe 1 : consentement éclairé

Demande d'autorisation pour participer à l'étude quantitative :
« La naissance par césarienne et le démarrage de l'allaitement maternel »

Madame, Monsieur,

Je suis Sylvie Bouvarel, sage-femme DE et je prépare actuellement le diplôme de Consultante en Lactation.

La validation de la formation comprend l'élaboration d'un mémoire.

J'ai choisi de traiter la naissance par césarienne et le démarrage de l'allaitement maternel.

L'objectif de cette étude est de permettre une réflexion sur la façon de mieux accompagner les mamans souhaitant allaiter lorsqu'elles donnent naissance à leur enfant par césarienne faite en urgence à la maternité de la clinique Pasteur de Guilherand-Granges.

Vous avez accepté de participer à cette étude et je vous en remercie vivement.

Elle se déroulera sous la forme d'un entretien en face à face.

Je vous précise que les données recueillies resteront confidentielles et que leur analyse respectera votre anonymat.
Je vous précise également que vous avez la possibilité de sortir de l'étude à tout moment.
Si vous le souhaitez, les résultats de l'étude peuvent vous être communiqués.

…….

Demande d'autorisation pour participer à l'étude quantitative :
« La naissance par césarienne et le démarrage de l'allaitement maternel »

Je soussignée ……. accepte de participer à l'étude menée par Sylvie Bouvarel dans le cadre de sa formation de consultante en lactation.

J'ai reçu les informations orales et écrites du déroulement de l'entretien.
J'ai bien compris que je peux sortir de l'étude à tout moment et que mes réponses seront traitées de manière anonyme.
Je souhaite être informé(e) des résultats de l'étude oui / non.

Date	Signature *(investigateur)*	Signature *(sujet)*

Annexe 2 : fiche d'information et de suivi du service

Je m'appelle : .....
Nom de maman : .....

CH : .....
Sein ☐
Biberon ☐
Nom du lait : .....
HA ☐ PRE ☐

DEROULEMENT DE LA JOURNEE A LA MATERNITE :

BAIN :
Le bain se déroule en pouponnière avec les parents, de 8h00 à 11h00 en présence d'une auxiliaire de puériculture. Le soin du cordon se fait le matin au moment du bain.

CHANGE :
Il se déroule dans la chambre, de préférence avant la tétée. A votre demande l'auxiliaire de puériculture peut vous aider.

NUIT :
Dans le respect des recommandations de l'OMS et de l'UNICEF (« laisser l'enfant avec sa mère 24H/24 ») nous vous conseillons de garder votre bébé auprès de vous. Si vous avez besoin d'aide ou de conseils, appelez nous, nous restons à votre disposition.
Chaque soir, vers 21h00, la sage-femme et l'auxiliaire de puériculture passent dans les chambres pour répondre à vos questions.

ALIMENTATION :

- Allaitement maternel :

Il se fait à la demande du bébé. Le personnel de la maternité vous accompagnera dans votre projet d'allaitement de jour comme de nuit. Un document d'information sur le démarrage de l'allaitement est à votre disposition. N'hésitez pas à nous le demander.

- Alimentation au biberon :

Tout biberon doit être utilisé dans l'heure. Le bébé prend la quantité de lait qui lui est nécessaire. Chaque bébé a son propre rythme. Après le biberon nous vous conseillons de garder votre bébé dans les bras une dizaine de minutes afin de faciliter le rôt. Le personnel de la maternité reste disponible pour compléter ces informations.

N.B :
Nous vous conseillons de lire le carnet de santé de votre bébé et plus particulièrement les premières pages « Conseils aux parents ».

QUESTIONS A POSER :

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

VOIR LA FICHE DES TETEES AU DOS.

Février 2008, Responsable d'Unité de Soins Maternité,
EN MAT 253 Version n°3, Fiche déroulement de la journée à la maternité HPDA

Annexe 3 : fiche de suivi à remplir par la mère pour l'étude

Merci de bien vouloir compléter cette fiche qui doit suivre votre bébé.

	HORAIRES TETEES	QUANTITE (si biberon)	CHANGE*			HORAIRES TETEES	QUANTITE (si biberon)	CHANGE*	
			SELLE	URINE				SELLE	URINE
JOUR 0					JOUR 1				
Date :					Date :				
JOUR 2					JOUR 3				
Date :					Date :				
JOUR 4					JOUR 5				
Date :					Date :				
JOUR 6					JOUR 7				
Date :					Date :				
JOUR 8					JOUR 9				
Date :					Date :				

*cocher si nécessaire

BON SEJOUR !

Février 2008, Responsable d'Unité de Soins Maternité,
EN MAT 253 Version n°3, Fiche déroulement de la journée à la maternité HPDA

Annexe 4 : grille pour l'enquête quantitative

	J0	*J1*	*J2*	*J3*	*J4*	*J5*	*J6*
Activation sécrétoire							
Engorgement							
Pap mère							
Combien de temps après la naissance							
Pendant combien de temps ?							
Pap père							
1ère tétée							
Proximité							
Allaitement aux signes d'éveil							
Sans restriction durée/ temps							
A la demande							
Compression expliquée							
Compression pratiquée							
Nombre de tétée/24h							
Compléments							
Indication/par qui ?							
Divers							
Perte poids							
Reprise poids							
Sucette							
Selles/24h							
Couleur selles (heure transition)							
Urine par 24 h							
Ictère							
Allaitement à la sortie de la maternité							
Soins prophylactiques							

Annexe 5 : repères pour le démarrage de l'allaitement maternel

Extrait d'un feuillet destiné aux femmes et distribué par la maternité de la clinique Pasteur.

VOUS AVEZ CHOISI D'ALLAITER VOTRE BEBE.
QUELQUES REPERES POUR
LE DEMARRAGE DE L'ALLAITEMENT

Document à remettre aux mères lors de la consultation du quatrième mois de grossesse.

PLAN

1. Les recommandations pour le bon démarrage de l'allaitement maternel,
2. Les difficultés au démarrage
3. Les précautions pour l'allaitement maternel
4. La fatigue maternelle
5. Les idées reçues sur l'allaitement maternel
6. Allaitement et travail
7. La place du père

En Préambule : La grossesse prépare physiologiquement à l'allaitement. La production de lait ne dépend pas du volume des seins.

1. Recommandations pour le bon démarrage de l'allaitement maternel

Il vous sera proposé de commencer d'allaiter le plus tôt possible après la naissance. De suite après la naissance, le bébé est essuyé et laissé tranquille en peau à peau contre sa mère recouvert pour qu'il n'ait pas froid (si la mère a une césarienne le peau à peau peut être fait avec le père s'il est d'accord).

Laisser le bébé prendre le mamelon de sa propre initiative, même si cela doit prendre un peu de temps.

Les soins de routine seront reportés (mensurations, collyre et température), le bain n'est pas donné en salle d'accouchement.

Position du bébé, quelques repères pour vous aider :

Bébé en éveil calme
Bébé complètement face à sa mère ventre contre ventre
Menton dans le sein, nez dégagé naturellement
Tête légèrement défléchie, soutenue sans force ni pression.
La bouche grande ouverte et les lèvres retroussées pour prendre le maximum de l'aréole.

Positions d'allaitement :

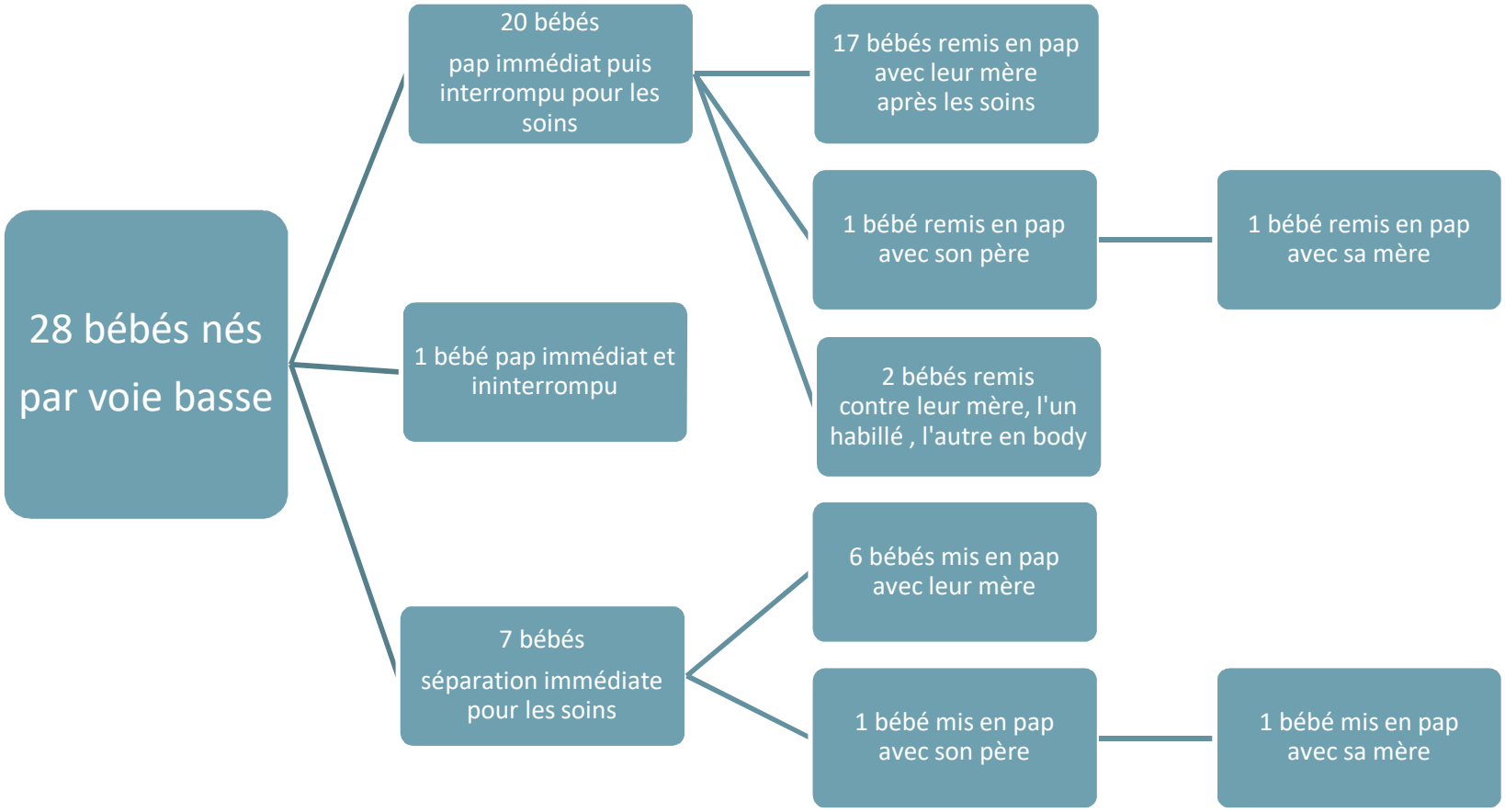
Différentes positions de la mère sont possibles (en tailleur, allongée, assise) si elles sont :

- confortables : dos calé, bras soutenu, jambes détendues (repose pieds), pas de doigt sur le sein
- et que la position du bébé est adaptée .

Le démarrage de l'allaitement à la maternité devrait se faire dans une atmosphère favorable de calme et de disponibilité.

Février 2007, Maternité, LV MAT 025 Version n°1, Hôpital Privé Drôme - Ardèche 1/2

Annexe 6 : détails du peau à peau en salle de naissance pour les 28 enfants nés par voie basse



Annexe 7 : expression manuelle du colostrum

Extrait du Référentiel Allaitement Maternel du réseau périnatal « Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon » (41).

Naître & Grandir
en languedoc roussillon

Certaines mères apprécient au début que le soignant pose ses doigts sur les leurs pour les aider à sentir le mouvement vers la cage thoracique et le geste de compression qui suit.
Il est très important d'informer que les gestes allant vers l'avant, c'est-à-dire vers le mamelon, sont le plus souvent inefficaces, voire douloureux (par la friction qu'ils entraînent), car ils peuvent bloquer l'écoulement du lait dans les canaux lactifères.

Avant l'expression
Un massage doux des seins, aréoles et mamelons ainsi que l'application de chaleur peuvent aider à stimuler l'éjection du lait (ou du colostrum).

Comment faire ?

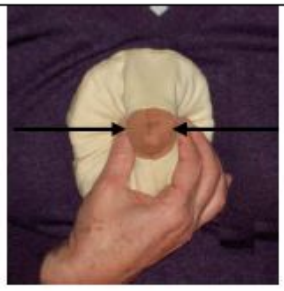
Position des doigts en forme de « C »

La mère place ses doigts à environ 3 cm en arrière de la base du mamelon pour former un « C » ou un « U ». Les pulpes du pouce et de l'index sont sur une ligne qui passe par le mamelon.
La position des pulpes par rapport à la base du mamelon est variable d'une femme à l'autre : chaque mère trouvera l'ajustement qui lui convient

Position des doigts en forme de « U »

La mère comprime son sein vers son corps, en direction de la cage thoracique,

puis presse son sein entre le pouce et les autres doigts quelques secondes, et relâche la pression.



Index des figures, tableaux et photos

Figure 1 : parité des mères dans chacun des 3 groupes : voie basse (VB), césarienne programmée (CP) et césarienne en urgence (CU) (résultat exprimé en pourcentage)....19
Figure 2 : âge gestationnel au moment de la naissance dans chacun des 3 groupes : voie basse (VB), césarienne programmée (CP) et césarienne en urgence (CU) (résultat exprimé en pourcentage).....20
Figure 3 : pourcentage de nouveau-nés ayant fait du peau à peau à la naissance avec leur mère, avec leur père ou n'en ayant fait ni avec l'un ni avec l'autre selon le type d'accouchement. 22
Figure 4 : pourcentage de nouveau-nés ayant pris 8 tétées ou plus par 24 h dans chacun des 3 groupes voie basse (VB), césarienne programmée (CP) et césarienne en urgence (CU) selon le jour de vie.....26
Figure 5 : pourcentage de nouveau-nés ayant au moins 3 selles par 24 h dans chacun des 3 groupes voie basse (VB), césarienne programmée (CP) et césarienne en urgence (CU). 28
Figure 6 : pourcentage de nouveau-nés dont les selles étaient méconiales en fonction du jour de vie selon le type d'accouchement. (résultat arrondi au nombre entier le plus proche) 29
Figure 7 : pourcentage de nouveau-nés ayant des selles jaune d'or selon leur jour de vie selon le type d'accouchement. (résultat arrondi à la valeur approchée) 30
Figure 8 : pourcentage de nouveau-nés ayant au moins 3 couches mouillées par 24 h dans chacun des 3 groupes voie basse (VB), césarienne programmée (CP) et césarienne en urgence (CU).....31
Figure 9 : pourcentage d'enfants ayant repris du poids en fonction de leur jour de vie, selon le type de naissance. 32

Tableau 1 : durées, moyenne et extrêmes, entre la naissance et l'activation sécrétoire perçue par la mère selon le type d'accouchement (résultat arrondi à l'heure entière la plus proche) 21
Tableau 2 : délai (médiane et extrêmes) entre la naissance et le contact du bébé avec sa mère et son père selon le type d'accouchement.....23
Tableau 3 : durée du peau à peau (médiane et extrêmes entre crochets) avec la mère et le père selon le type d'accouchement. 24
Tableau 4 : âge des nouveau-nés (médiane et valeurs extrêmes) au moment de la première tétée selon le type d'accouchement. 25
Tableau 5 : moyenne des tétées prises par enfant et par 24 h selon le type d'accouchement. (résultat arrondi à la valeur approchée) 25
Tableau 6 : pourcentage de nouveau-nés dans les 3 catégories étant restés auprès de leur mère la nuit. (résultat arrondi à la valeur entière la plus proche).....26
Tableau 7 : moyenne du nombre de selles émises par enfant et par 24 h dans chacun des 3 groupes voie basse (VB), césarienne programmée (CP) et césarienne en urgence (CU). 28

Tableau 8 : âge en heures (moyenne et valeurs extrêmes) des nouveau-nés au moment de l'émission de la 1ère selle de transition, selon le type d'accouchement. (résultat exprimé en heures arrondi au nombre entier le plus proche).....29
Tableau 9 : moyenne du nombre de mictions émises par 24 h dans chacun des 3 groupes voie basse (VB), césarienne programmée (CP) et césarienne en urgence (CU). 30
Tableau 10 : nombre d'enfants ayant reçu des compléments et nombre moyen des compléments reçus par ces enfants dans chacun des 3 groupes voie basse (VB), césarienne programmée (CP) et césarienne en urgence.....33
Tableau 11 : indications des compléments reçus par les enfants dans chacun des 3 groupes voie basse (VB), césarienne programmée (CP) et césarienne en urgence (CU). 34
Tableau 12 : taux d'allaitement à la sortie de la maternité selon le type d'accouchement 35

Photo 1 : vue générale d'une chambre 48
Photo 2 : détail lit d'appoint accompagnant non déplié 48
Photo 3 : détail lit d'appoint accompagnant déplié 48
Photo 4 : lit side-bed (photo autorisée) 49

Bibliographie

1. *OMS & UNICEF.* Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant *2003.* *http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_fre.pdf (accès le 20/12/2016)*
2. *Blondel B, Kermarrec M.* Enquête nationale périnatale 2010 - Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. *2011.* *socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf (accès le 20/12/2016)*
3. *Blondel B, Supernant K, du Mazaubrun C, Bréart G.* Enquête nationale périnatale 2006. *http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/enp_2003_rapport_inserm.pdf (accès le 20/12/2016)*
4. *Montgomery A, Hale TW; Academy of Breastfeeding Medicine.* ABM clinical protocol #15: analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother. *Breastfeed Med., 2012 7(6) : 547-53.* *http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol_15_revised_2012.pdf* *Traduction disponible sur le site de LLL France : http://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine (accès le 20/12/2016)*
5. *Noel-Weiss J, Woodend AK, Peterson WE, Gibb W, Groll DL. «An observational study of associations among maternal fluids during parturition, neonatal output, and breastfed newborn weight loss.»* Int Breastfeed J., *2011: 15;6:9.*

6. *ANAES.* Allaitement maternel, Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant - Recommandations. *Paris, 2002.*
7. *Lind JN, Perrine CG, Li R. «Relationship between use of labor pain medications and delayed onset of lactation.»* J Hum Lact., *2014;30(2):167-73.*
8. *Buckley SJ. «Epidurals: risks and concerns for mother and baby.»* Sarah Buckley. *2005. http://sarahbuckley.com/epidurals-risks-and-concerns-for-mother-and-baby (accès le 20/12/2016).*
9. *Riordan J, Gross A, Angeron J, Krumwiede B, Melin J. «The effect of labor pain relief medication on neonatal suckling and breastfeeding duration.»* J Hum Lact., *2000: 16(1):7-12.*
10. *Uvnas Moberg K.* Ocytocine : l'hormone de l'amour. *Editions Le Souffle d'Or, 2006.*
11. *Dewey KG. «Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans.»* J Nutr., *2001: 131(11):3012S-5S.*
12. *OMS. «Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement.» 1998. http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_fre.pdf (accès le 20/12/2016).*
13. *Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, Li SX, Walsh EM, Paul IM. «Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns.»* Pediatrics, *2015: 135(1):e16-23.*
14. *Deneux-Tharaux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, Bréart G. «Accouchement par césarienne et mortalité maternelle du postpartum 1996-2000 France.»* BEH, *2006: 50:400-2.*
15. *Kuyper E, Vitta B, Dewey K. «Implications of Cesarean Delivery for Breastfeeding Outcomes and Strategies to Support Breastfeeding.»* A&T Technical Brief Issue 8, *2014.*
16. *HAS. «Indications de la césarienne programmée à terme.» 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programmee_-_fiche_de_synthese_-_indications.pdf (accès le 20/12/2016).*
17. *Marret S. «Ce que pensent les néonatalogistes des césariennes.»* Rev. Méd. Périnat., *2011: 3:22-24.*
18. *Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT). http://lecrat.fr (accès le 20/12/2016).*
19. *Maman-blues.* La difficulté maternelle. *http://maman-blues.fr/component/content/category/8-la-difficulte-maternelle.html (accès le 20/12/2016).*
20. *Association Césarine.* Aspects psychologiques. *http://www.cesarine.org/apres/psy/ (accès le 20/12/2016).*
21. *Audoin C. «Vivre une césarienne et réussir son projet d'allaitement.»* LLL France ; Allaiter aujourd'hui n°65 *, oct. nov. déc. 2005.*
22. *IHAB. «Les 12 Recommandations de l'Initiative Hôpital Ami des Bébés.»* IHAB France. *2016. http://amis-des-bebes.fr/pdf/12-recommandations-IHAB.pdf (accès le 20/12/2016).*
23. *Gremmo-Feger G. «Qualité et sécurité du peau à peau en salle de naissance.» http://amis-des-bebes.fr. 8 janvier 2013. http://amis-des-bebes.fr/pdf_news/2013/Qualite-securite-peau-peau-IHAB-JANVIER-2013.pdf (accès le 20/12/2016).*

24. *Gremmo-Feger G. «Accueil du nouveau-né en salle de naissance.»* LLL France ; Les dossiers de l'allaitement n°51*, avril-mai-juin 2002.*
25. *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.*, 2012: 95(5):1113-35.*
26. *Evans KC, Evans RG, Royal R, Esterman AJ, James SL. «Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life.»* Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 2003: 88:F380–F382.*
27. *Nguyen PH, Keithly SC, Nguyen NT, Nguyen TT, Tran LM, Hajeebhoy N. «Prelacteal feeding practices in Vietnam: challenges and associated factors.»* BMC Public Health*, 2013: 7;13:932.*
28. *International Lactation Consultant Association (ILCA).* Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding, 3rd Edition. *ILCA , 2014.*
29. *Beaudry M, Chiasson S, Lauzière J.* Biologie de l'allaitement. *Québec: Presses de l'université du Québec, 2006.*
30. *Nylander G, Hellenes K, Areklette AG. «Pratique du peau à peau pendant et après la césarienne.»* Deuxième journée nationale IHAB. *Paris: IHAB, 2014. 21-5.*
31. *de 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. «Postcesarean Section Skin-to-Skin Contact of Mother and Child.»* J Hum Lact*, 2014: 30(3):283-286.*
32. *IHAB.* Tout sur IHAB. *http://amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php (accès le 20/12/2016).*
33. *Réseau périnatal "Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon". «Référentiel professionnel régional sur l'allaitement maternel (GRAM). Fiche n°11 : expression manuelle et tire-lait.» 2013.* *http://www.nglr.fr/images/naitre/pdf/referentiels/allaitement/Fiche_11.pdf (accès le 20/12/2016).*
34. *Morton J. «Hand Expression of Breastmilk.»* Stanford Medicine. *https://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/hand-expressing-milk.html (accès le 20/12/2016).*
35. *Morton J. «Picasso et l'allaitement.»* 10e Journée internationale de l'Allaitement. LLL *France, Les dossiers de l'allaitement hors-série 2016. 6-9.*
36. *Academy of Breastfeeding Medicine. «ABM Clinical Protocol #22 : Guidelines for management of jaundice in the breastfeeding infant equal to or greater.» 2010: 5(2):87-93.* *http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol%2022%20Jaundice.pdf Traduction disponible sur le site de LLL France : http://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine (accès le 20/12/2016)*
37. *Réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc Roussillon. «Note de synthèse : la présence du père lors d'une naissance par césarienne : réflexions pour l'élaboration d'un protocole de service.» 2016.* *http://nglr.fr/images/naitre/pdf/referentiels/allaitement/ReferentielPereSalNaiss.pdf (accès le 20/12/2016).*
38. *Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Castetbon K. «Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013).»* Bull Epidémiol Hebd. 2014;(27):450-7. *http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html (accès le 20/12/2016).*

39. *Association Césarine.* Accouchement par césarienne en l'absence du conjoint : la double sanction. *2016.* *http://www.cesarine.org/cesarine/presse/20161012.pdf (accès le 20/12/2016).*
40. *Bruguières D, Marchand-Lucas L. «Le corps allaitant de la mère : habitat biologique du nouveau-né ?»* XXIII[e] Rencontres Nationales de Périnatalité. *Béziers, 2013.*
41. *Bergman N. «Le portage kangourou.»* 6[e] Journée Internationale de l'Allaitement. LLL France. *2005.* *http://www.lllfrance.org/1275-da-hs-jia-2005-portage-kangourou (accès le 20/12/2016).*
42. *Mochel K. «Pratique du peau à peau en salle de naissance à la clinique Durieux. Mémoire de formation de consultant en lactation.»* Crefam. *2014.* *http://www.crefam.com/memoires.php (accès le 20/12/2016).*
43. *Ministère de la Santé.* Plan périnatalité 2005 - 2007. *2004.* *http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf (accès le 20/12/2016).*
44. *Réseau Aurore. «Nouveau-né sain surveillance dans les 2 heures en salle de naissance.»* *https://www.aurore-perinat.org*. *2007.* *https://www.aurore-perinat.org/doc/protocole/36%20NN%20sain%20Surveillance%20en%20salle%20de%20naissance%20Valid%C3%A9%2027%2009%E2%80%A6.pdf (accès le 20/12/2016).*
45. *Pilliot M. «Le regard du naissant.»* IHAB. *2005.* *http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/Le-regard-du-naissant.pdf (accès le 20/12/2016).*
46. *Réseau périnatal "Naître et Grandir en Languedoc Roussillon". «Référentiel professionnel régional sur l'allaitement maternel (GRAM). Fiche n°12 : Procédure d'accueil du nouveau-né en salle de naissance.» 2013.* *http://www.nglr.fr/images/naitre/pdf/referentiels/allaitement/Fiche_12.pdf (accès le 20/12/2016).*
47. *Réseau Sécurité Naissance Pays de la Loire. «Indications et surveillance du nouveau-né à terme en peau à peau en salle de naissance.»* Réseau sécurité naissance. *2013.* *http://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/zb/8xvxtqj46v4ddpwtyidq5jfhja3644-org.pdf (accès le 20/12/2016).*
48. *Gremmo-Feger G. «Comment bien démarrer l'allaitement maternel ?»* Institut des Formations Co-Naître. *2006.* *http://www.co-naitre.net/wp-content/uploads/2016/04/demarrageallaitementGGFaug06.pdf (accès le 20/12/2016).*
49. *Réseau périnatal "Naître et Grandir en Languedoc Roussillon". «Référentiel professionnel régional sur l'allaitement maternel (GRAM). Fiche n°3. Nos premiers jours.» 2011.* *http://www.nglr.fr/images/naitre/pdf/referentiels/allaitement/Fiche_3.pdf (accès le 20/12/2016).*