

Peau à peau... Cible ! Pratiques et impact du peau à peau chez les femmes césarisées

Emeline Bieber

▶ **To cite this version:**

Emeline Bieber. Peau à peau... Cible ! Pratiques et impact du peau à peau chez les femmes césarisées. Médecine humaine et pathologie. 2014. hal-01844539

HAL Id: hal-01844539
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01844539

Submitted on 19 Jul 2018

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Université de Lorraine

Ecole de Sages-femmes de Metz

Peau à peau… Cible !

Pratiques et impact du peau à peau chez les femmes césarisées.



Mémoire présenté et soutenu par

BIEBER Emeline

Née le 14 avril 1990

Promotion 2010-2014

Ce mémoire n'engage que la responsabilité de son auteur…

MERCI……

à Madame KNEIB Marie-Thérèse, pédiatre, d'avoir accepté d'être mon Directeur de mémoire, pour ses conseils et sa disponibilité,

à Madame NINH Aline, sage-femme, pour ses avis éclairés,

à Madame WALLERICH Yvette, cadre supérieur sage-femme, de m'avoir autorisé à réaliser l'étude au sein de ses secteurs de soins,

aux Professionnels de santé qui ont accepté de participer à l'enquête et d'être le centre de mon travail,

aux Mères pour leur gentillesse et leur accueil chaleureux m'aidant à l'accomplissement de ce travail,

à mes parents et à ma sœur pour leur soutien constant,

à Laetitia et Noémie, mes précieuses amies durant ces 4 folles années,

et à Damien, source de soutien et d'amour…

Sommaire

Introduction 7

Première partie : cadre conceptuel 8

I. De l'éveil des sens à la naissance… 9
1.1 Développement des systèmes sensoriels du fœtus et interactions 9
1.2 Compétences du nouveau-né 10
1.3 Les différents types d'interactions 12
1.4 L'Attachement 14
1.5 La peau : un moyen de communication 16

II. Le peau à peau 17
2.1 Origines et définition 17
2.2 Bénéfices de cette pratique 19
2.3 Risques de cette pratique 24
2.4 Cadre législatif et recommandations 25

III. La césarienne : une naissance différente… 26
3.1 Historique et épidémiologie de la césarienne. 26
3.2 Pratiques et indications de la césarienne 27
3.3 Les différences et impact d'une césarienne 28
3.4 Et quel rôle pour le père… ? 29

Deuxième partie : étude et résultats 31

I. Présentation de l'enquête 32
1.1 Problématique 32
1.2 Hypothèses 32
1.3 Objectifs 32

II. Méthodologie 33
1.1 Nature de l'étude et outils utilisés 33
1.2 Population étudiée 33
1.3 Réalisation de l'étude 33
1.4 Biais de l'étude et difficultés rencontrées 34

III. Présentation des résultats 35
3.1 Grille d'observation 35
3.2 Entretiens semi-directifs : 45

Troisième partie : Discussion 54

I. Réponses aux hypothèses posées. 55
II. Propositions d'action 67
III. L'accueil du nouveau-né : un état d'esprit… 69

Conclusion 71

Bibliographie

Annexes

Introduction

Suivant le pays dans lequel nous sommes nés, le toucher a une place bien différente dans la relation à l'autre. Cette perception immédiate, intègre un incalculable nombre d'informations et d'expériences sensorielles. Le toucher est un besoin biologique, mais également psychoaffectif. Il est essentiel depuis notre plus jeune âge, et même depuis les premières minutes de vie. Le passage de la vie intra à la vie extra-utérine amène un premier contact, celui des mains de la sage-femme… La naissance vécue comme un traumatisme pour le nouveau-né va pouvoir être rapidement apaisée par l'approche tactile de la mère, véritable langage parallèle au verbal.

Ce premier contact avec le monde extérieur, évènement familial à part entière, doit être un moment réfléchi pour nous professionnel de santé, et ce, dans le cadre de favoriser la santé physique et psychologique des mères et de leurs enfants. C'est pourquoi très intéressée par ce sujet, aborder un travail sur le peau à peau a été personnellement naturel…

La pratique du peau à peau et ses nombreux bénéfices, initialement utilisée en service de néonatalogie, s'est de plus en plus développée en salle de naissance. En effet, après un accouchement par voie basse, il est naturel d'installer l'enfant en peau à peau sur le ventre de sa mère, afin de permettre leur rencontre. Mais, avec l'évolution des techniques, des pratiques et des recommandations de notre société, le taux de césariennes a significativement augmenté depuis ces vingt dernières années. L'ordre des choses est alors bouleversé et la rencontre entre la mère et l'enfant est souvent différée. C'est pourquoi celle-ci mérite des professionnels de santé, une attention toute particulière, notamment de la sage-femme, actrice principale dans la prise en charge de la mère et de l'enfant. En quoi la pratique du peau à peau a-t-elle autant d'importance chez les femmes ayant subie une césarienne ?

Cette question a motivé le travail de recherche de ce mémoire. Les objectifs de celui-ci étant d'évaluer les pratiques professionnelles et d'identifier la connaissance des femmes césarisées sur le thème du peau à peau.

Pour ce faire, nous aborderons en première partie le cadre conceptuel traitant du développement de l'enfant, de la pratique du peau à peau et des impacts de la césarienne. Dans une deuxième partie, nous exposerons les résultats des observations réalisées auprès des professionnels de santé ainsi que des entretiens auprès des femmes césarisées. Enfin, dans une troisième partie, nous proposerons différentes actions ayant pour but de proposer un réajustement des pratiques professionnelles auprès des femmes césarisées.

Première partie…

I. De l'éveil des sens à la naissance…

1.1 Développement des systèmes sensoriels du fœtus et interactions

Les systèmes sensoriels humains se développent durant la vie embryonnaire. Les sens apparaissent selon un ordre bien précis dans de nombreuses espèces vertébrées. Le système somesthésique (sensibilité tactile) se développe en premier, puis viennent les systèmes chimiosensoriels (sensibilité olfactive et gustative), le système auditif et enfin le système visuel.

Le développement du système somesthésique se fait de la tête vers les extrémités. En effet, les récepteurs tactiles se développent sur le visage dès 11 Semaines d'Aménorrhée (SA) puis s'étendent à l'ensemble de la surface cutanée et des muqueuses à 20 SA.
Le système chimiosensoriel est représenté par les bourgeons gustatifs visibles sur la langue dès 12 SA. Leurs nombres croissent jusqu'à la naissance et leur maturité morphologique est atteinte vers 13 SA. A 26 SA, le fœtus perçoit les modifications du goût du liquide amniotique et vers 30 SA, il en a les sensations olfactives. Au dernier trimestre de gestation, le fœtus détecte même les changements olfactifs in utéro.
L'élaboration du système auditif commence par le développement de l'oreille moyenne vers 8 SA. Le développement de l'organe de Corti (siège des récepteurs auditifs) dans l'oreille interne achève son développement morphologique vers 10 SA et atteint sa taille définitive au 5ème mois.
Enfin les vésicules optiques formeront les rétines et se développent dès 6 SA. Le nerf optique commence à se former dès la 7 SA. Vers 17 SA, les muscles oculomoteurs et les globes oculaires sont formés. La formation définitive des photorécepteurs se fera après la naissance.

Ainsi, même si le développement et la maturation des systèmes sensoriels ne sont pas achevés pendant la période fœtale, les systèmes sensoriels humains sont fonctionnels et vont être soumis à différents stimuli.

En grandissant, le fœtus entre en contact avec les parois de l'utérus maternel, les différentes parties de son corps et son cordon. Ces contacts se produisent lors de mouvements propres au fœtus ou lors des déplacements maternels.
Le fœtus est soumis à des stimulations chimiosensorielles principalement constituées par le liquide amniotique. Tout au long de sa croissance, il déglutit et inhale de grandes quantités

de liquide amniotique dont la composition chimique varie au cours de la journée et selon l'alimentation maternelle.
Le fœtus est également soumis à des stimulations visuelles puisqu'une partie de la lumière atteint la rétine fœtale.
Enfin, il a été prouvé que le fœtus entend : celui-ci réagit significativement aux stimulations auditives externes. L'échographie montre qu'un bruit fort provoque une accélération du rythme cardiaque et des mouvements globaux. Le fœtus est tout au long de la grossesse, soumis à des stimulations sonores. Celles-ci se composent de l'environnement sonore intra-utérin comme les bruits respiratoires, cardiovasculaires ou gastro-intestinaux et de l'environnement sonore externe comme les voix humaines. Il est à noter que le niveau in utéro de la voix maternelle est légèrement plus élevé que celui des voix externes. En effet, elle bénéficie d'une double transmission, externe et interne, lui conférant un statut particulier. **[1]**

Ainsi, le milieu intra utérin apparait riche en stimulations de diverses natures, celui-ci est donc susceptible d'activer les récepteurs sensoriels fœtaux. Alors qu'en est-il des compétences du nouveau-né ?

1.2 Compétences du nouveau-né

Grâce aux progrès des méthodes de recherche et à l'évolution des points de vues, le nouveau-né est progressivement considéré comme un être possédant des compétences très riches dès sa naissance. Pomerleau et Malcuit **[2]** parlent de compétences de base qui sont *« l'ensemble des comportements que le jeune enfant, en se fondant sur son équipement biologique de départ, est susceptible de manifester, quand les circonstances, le contexte et les conditions environnementales s'y prêtes. »*

A la naissance, le nouveau-né ouvre les yeux très rapidement. Il est alors capable de diriger son regard vers un point de son environnement. Le système visuel n'est pas totalement mature et le champ visuel du nouveau-né est restreint. Sa vision est relativement bonne de près, à une distance de 20 à 30 cm, ce qui correspond à la distance entre les yeux de la mère et du nouveau-né lorsque celui-ci est au sein maternel. Il est donc sensible au visage de sa mère.

La coordination entre la vision et l'audition est très précoce, les yeux et la tête se tournent ensemble vers une source sonore. Le système auditif du nouveau-né est donc fonctionnel même si celui-ci n'est pas complètement achevé. Dès la naissance, le nouveau-né est en mesure de percevoir les sons et les paroles émis par son entourage. Il est tout particulièrement sensible à la mélodie et la prosodie de la voix maternelle, et il est capable de réagir à son écoute. En effet, la mère utilise une façon particulière de parler lorsqu'elle

s'adresse à son enfant : le mamanais. **[3]** C'est le premier langage musical, universel, très apprécié des nouveau-nés (l'intonation est plus chantante, les voyelles sont allongées…). Le nouveau-né est également sensible aux émotions véhiculées par la voix. **[4]**

Dès les premiers jours de sa vie, le nouveau-né est capable de reconnaitre les odeurs maternelles qu'il sait distinguer des autres. Il est tout particulièrement capable de reconnaitre l'odeur du sein de sa mère et de s'orienter activement vers une source imprégnée de celle-ci. Ainsi, l'odorat joue un rôle très important : il permet la reconnaissance du couple mère-enfant et induit les sentiments d'apaisement et de sécurité chez le nourrisson. Ce phénomène favorise ainsi l'attachement entre la mère et son enfant. A la naissance, le contact de la mère avec son nouveau-né, baigné dans l'odeur maternelle depuis sa période fœtale, assure la continuité sensorielle lors du passage du monde intra au monde extra-utérin.

Le développement du goût se réalise également in utéro avec les différences de saveur du liquide amniotique. Dès la naissance, le nourrisson a une préférence pour ce qui est sucré. Le goût est donc associé à la réalisation d'un besoin vital qui participe à un comportement de survie. **[2]**

A leur naissance, tous les mammifères cherchent à s'agripper à leur mère et recherchent un contact précoce dans le but de se nourrir et de survivre. Pour cela, le nouveau-né est doté dès sa naissance de nombreux réflexes dits archaïques qui vont l'aider à se relier à sa mère.

Parmi ces réflexes, on retrouve celui d'agrippement (ou grasping) qui survient lorsque l'on effleure la paume de la main du nouveau-né. Il va, par réflexe, réaliser une forte flexion des doigts lui permettant de s'accrocher. Cette prise est si forte qu'il est possible de soulever l'enfant.

Le nouveau-né est également doté du réflexe de fouissement. En effet, juste après la naissance, le nouveau-né est capable, si on lui en laisse le temps, de ramper seul jusqu'au sein maternel, de trouver et de prendre le mamelon pour se nourrir. Il est capable de trouver de lui-même le sein maternel et de décider du moment de sa première tétée.

Enfin, le nouveau-né est muni du réflexe de succion : lorsque l'on caresse la joue du nouveau-né, celui-ci va immédiatement tourner la tête vers la main qui l'effleure et ses lèvres vont effectuer un mouvement de succion. Ce réflexe permet à l'enfant de s'alimenter.

Au moment de la naissance, tous les sens sont en éveil et participent à la rencontre entre la mère et son nouveau-né. Lors du premier contact, le nouveau-né va réaliser des mouvements sur la poitrine de sa mère et ainsi engendrer une activation neuroendocrinienne. La mère va alors adapter son comportement à celui de son enfant. Par ailleurs, la naissance entraine une modification hormonale importante chez le nouveau-né : son taux de catécholamine est 20 fois plus élevé que chez un adulte au repos. Cela lui permet d'être dans un état d'extrême vigilance où il est particulièrement sensible et apte à communiquer. **[5]**

A la naissance, les sensations que le nouveau-né éprouve au contact de sa mère constituent donc son premier mode de communication, son premier langage. Les caresses et tapotements vont permettre à l'enfant de découvrir qu'il a un corps qui lui est propre, différent de celui de sa mère. Le toucher n'est donc pas ressenti comme une simple modalité physique ou une sensation mais comme une émotion.

Ainsi, dès les premières secondes de la vie, le nouveau-né est voué à créer des liens, d'abord avec sa mère, puis avec les personnes qui l'entourent. Cet attachement répond à un besoin vital, assurant sa sécurité et sa survie.

« La prise en compte de l'environnement social et du vécu du bébé, avant et après la naissance, constitue une dimension essentielle pour appréhender l'étendue de ses compétences et pour apprécier le jeu subtil de ses interactions avec sa mère… » **[6]**

1.3 Les différents types d'interactions

L'interaction est une influence entre deux phénomènes, deux personnes avec une notion de réciprocité et d'interdépendance. L'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre un nouveau-né et ses différents partenaires caractérise les interactions. En 1989, Lebovici, Visier et Mazet **[7]** distingueront trois niveaux d'interactions : comportementales, affectives et fantasmatiques.

<u>Les interactions comportementales :</u>

Elles se définissent par la manière dont les comportements de l'enfant et de sa mère s'agencent l'un par rapport à l'autre. Elles comprennent trois types d'interaction : corporelles, visuelles et vocales.

Marguerite Auzias **[8]** reprend dans son article les théories de Wallon et Ajuriaguerra. A la fin des années quarante, Wallon mit en évidence le rapport entre le tonus et l'émotion. Il insista sur son importance dans les interactions entre la mère et le nouveau-né, parlant d'une *relation tonico-affective*. Ajuriaguerra, reprenant cette démonstration, parle ainsi de *dialogue tonique,* et démontre la fonction du tonus dans la communication interhumaine. Dès sa naissance, le nouveau-né va s'exprimer de différentes manières : par

les cris, les grimaces ou les mouvements de son corps. Il est capable de réagir à son environnement extérieur en adoptant une posture d'hypertonie ou de détente lors un moment paisible. *« Mais c'est par rapport à autrui que ces modifications toniques prennent leur sens, et ce sont ces réactions expressives que la mère interprète et comprend »* (J. de Ajuriaguerra, 1960). Ce dialogue tonique permet donc des ajustements corporels interactifs entre la mère et l'enfant aboutissant à une véritable interaction entre leurs postures, enrichi par les contacts en peau à peau.

→ Les interactions corporelles sont ainsi liées au dialogue tonique et concernent la façon dont le bébé est tenu. On parlera d'ajustement corporel. Winnicott **[9]** instaure les notions de « holding physique » ou comment l'enfant est porté et touché, de « holding psychique » ou comment la mère porte son bébé au niveau de ses représentations psychiques et de « handling » ou la manière dont l'enfant est manipulé par la mère.

→ Les interactions visuelles se rapportent à la rencontre des regards entre la mère et l'enfant. Elles sont un mode privilégié de communication. Winnicott **[9]** va également introduire la notion de « miroir » : *« la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit»*. Le regard du bébé a des effets bénéfiques sur la mère, il est généralement perçu comme gratifiant, valorisant. De plus, le regard de la mère vers son bébé semble accroître la tendance de celui-ci à la regarder, amplifiant la richesse de ces regards mutuels.

→ Enfin, les interactions vocales permettent à l'enfant d'exprimer ses besoins et ses affects. Les cris et les pleurs sont le premier langage du nourrisson et traduisent ses désirs. Yvane Wiart **[10]** reprend la théorie de l'attachement de Bowlby. Pour lui, les interactions vocales sont essentielles dans le processus d'attachement et représentent une sorte de « cordon ombilical acoustique ». Le bébé, par ses cris et ses pleurs, déclenche et suscite l'interaction. De plus, la prosodie du langage maternel est très importante : le nourrisson semble entraîné dans sa motricité par la musique du langage maternel.

<u>Les interactions affectives :</u>

Elles sont caractérisées par l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère où les émotions sont échangées et partagées. Stern **[11]** parlera d'« accordage affectif » traduisant les influences réciproques de la vie émotionnelle de la mère et de l'enfant. A un affect exprimé par le bébé, la mère répond par un affect équivalent. Elle réagit en miroir aux sollicitations de son nouveau-né, ils sont accordés. La mère regarde son bébé et par ses capacités d'empathie, elle perçoit ce qu'il ressent et en propose une interprétation par des mots ou des gestes… Les échanges réalisés entre ces

deux partenaires permettent de dégager des sentiments de diverses natures comme le bien-être, le plaisir ou l'insécurité…

Les interactions fantasmatiques :

La vie imaginaire et fantasmatique des parents est liée à leur vie affective mais aussi, plus profondément à leur propre histoire et à leur relation avec leurs propres images parentales. La vie imaginaire et fantasmatique du bébé se construit progressivement à partir de celle de ses parents.

Ces interactions vont donner sens à l'interaction comportementale en étudiant la façon dont les fantasmes de chacun des partenaires se répondent. Elles sont inconscientes et se rapportent à l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et de son enfant.

1.4 L'Attachement

Dès le XIX^{ème} siècle, les mécanismes de l'attachement sont étudiés. Le premier, Charles Darwin, affirmera que l'attachement a un avantage sélectif. Pour lui, s'entourer d'adultes protecteurs permet de lutter plus efficacement contre les dangers de l'environnement. Pour Sigmund Freud, l'attachement serait plutôt le résultat de la pulsion sexuelle. En effet, dans ses trois essais sur la théorie sexuelle, la poitrine maternelle est le premier objet d'amour. Celui-ci ne se développe que parce-que le nouveau-né a besoin d'être nourri et que la tétée lui procure un plaisir libidinal. Mélanie Klein soutiendra que dès le début de la vie, l'enfant est en relation avec son environnement et que ses réponses sont dues à ses fantasmes et à sa vie imaginaire. Enfin, Winnicott déclarera *« Cette chose que l'on appelle un nourrisson n'existe pas »* pour souligner le caractère indissociable de la dyade mère-enfant. **[10]**

Elaborée à partir de 1958, la théorie de l'attachement se développe et s'étoffe progressivement par de nombreuses publications. Cette théorie vise à montrer le phénomène par lequel s'établit des liens privilégiés et sélectifs entre la mère et le nouveau-né.
Hubert Montagner **[6]** reprend dans son livre les principes généraux de la théorie de l'attachement. Le fondateur de cette théorie, John Bowlby est le premier à porter un intérêt scientifique à la relation affective mère-enfant. Pour lui, l'attachement est un système primaire spécifique présent dès la naissance avec des caractéristiques propres à l'espèce. L'attachement est un lien affectif et social développé par une personne envers une autre. Bowlby entend les comportements d'attachement comme tout comportement du nouveau-né ayant pour but d'induire et de maintenir la proximité et le contact avec la mère. Cette prédisposition à établir des liens forts avec certaines personnes existe dès la naissance et se

maintient tout au long de la vie. L'attachement se développe à partir de comportements innés tels que les sourires, la succion, les pleurs ou l'agrippement. Ces comportements permettent de maintenir la proximité physique et l'accessibilité à la figure d'attachement privilégiée représentée le plus souvent par la mère.

Dans sa récente réflexion sur l'établissement du lien mère-enfant, Dageville **[5]** caractérise l'attachement par différents critères. En effet, l'attachement constitue la fondation sur laquelle une relation affective et sociale va pouvoir se construire dans une véritable interaction entre les deux partenaires. La naissance représente une période sensible où le cerveau est particulièrement réceptif à toute expérience et notamment à l'établissement de ce lien d'attachement. Dageville le définit ainsi : *« c'est le lien primordial qui attache la mère et le nouveau-né ; il est réciproque ; il se noue au moment de la naissance ; chez la plupart des mammifères il est indispensable à la survie du nouveau-né ».*

L'attachement fait donc référence à l'établissement d'un lien spécial entre la mère et l'enfant. Ce lien est d'abord physique et protège l'enfant des dangers extérieurs. Mais il aborde également un aspect psychologique, octroyant un sentiment de sécurité lorsque les deux partenaires sont ensembles. Ce lien, particulièrement fort quand l'enfant est placé contre la poitrine de sa mère, lui permet d'affronter le monde sans crainte. Lors de la rencontre entre la mère et son enfant, des schémas comportementaux identiques sont fréquemment observés. Lors du premier contact en peau à peau, la mère va commencer par toucher les pieds et les mains de son bébé. Puis, elle remonte le long de ses jambes et de ses bras, et le caresse avec de plus en plus d'assurance. Elle va ensuite lui caresser le ventre et remonter vers son visage. Ces interactions, variables d'une mère à l'autre, sont une manière de se familiariser avec l'inconnu, de créer les liens primaires de l'attachement. Le bébé devient alors son bébé. **[12]**

Aussi, à la naissance de son enfant, la mère est dans un climat émotionnel particulier. Monique Bydlowski **[13]** rappelle dans son article les principes édictés par Winicott. Celui-ci a décrit une période spécifique pendant laquelle la mère se montre particulièrement *« capable de s'adapter aux tous premiers besoins du nouveau-né, avec délicatesse et sensibilité ».* La mère se trouve dans un état de *« préoccupation maternelle primaire »* où elle est entièrement et exclusivement disponible pour répondre à son enfant.

Pour les professionnels de santé, la question de l'attachement se pose dès les premières consultations prénatales. En effet, le fœtus est doté d'une mémoire transnatale et va mémoriser les réceptions sensorielles de sa mère. A la naissance, le nouveau-né va émettre de nombreux signaux. Tout d'abord, son regard va se diriger spontanément vers sa mère, guidé par l'odeur. Au travers de ses premiers échanges et regards, l'identité du bébé se transforme, les parents prennent conscience de la responsabilité qui leur incombe et un jeu de séduction mutuel s'installe. Le fœtus, comme le nouveau-né, est doté de capacités sensorielles. Il est donc très important de préparer et d'accompagner les couples dans la naissance et l'accueil de leur enfant. **[14]**

Selon d'anciennes traditions, la personne qui réalise l'accouchement, vérifie que l'enfant se porte bien puis le pose sur le ventre maternel pour permettre la rencontre entre la mère et le nouveau-né. Le fait de sentir le bébé sur son ventre permet à la mère de franchir une étape : elle réalise que le bébé est passé de l'intérieur du ventre à l'extérieur de celui-ci, et qu'elle a pleinement accompli sa tâche. Lorsque des complications surviennent, l'enfant et la mère sont parfois séparés à la naissance. Certaines mères sont donc privées de cette expérience et ce n'est que plus tard, lorsqu'elles pourront à nouveau tenir leur enfant dans leur bras, qu'elles réaliseront le vide ressenti et le besoin vital de se sentir près de leur bébé.

« Tout comme le premier cri, le fait de sentir le bébé sur son ventre est un moment extrêmement fort qui cristallise une part de l'attachement maternel pour la vie. » **[12]**

1.5 La peau : un moyen de communication

La peau joue un très grand rôle chez le nouveau-né. Cette enveloppe corporelle le protège et est son premier moyen de communication ; c'est également le premier organe des sens. En effet, chez l'embryon, la peau apparaît avant tout autre système sensoriel. Cette caractéristique s'accorde à la loi biologique affirmant que plus une fonction est précoce, plus elle a de chance d'être fondamentale. De plus, la peau est en étroite connexion avec tous les autres organes des sens. Elle possède différentes fonctions dont celles de protection, de régulation thermique et métabolique, de respiration, perspiration, sécrétion, élimination, ou encore de reproduction…

La sensibilité complexe de l'épiderme est très développée et les sensations cutanées prennent naissance dans la peau. Elles comprennent les sensations tactiles comme le toucher, les pressions, les vibrations ou les picotements, les sensations thermiques, ainsi que les sensations douloureuses. Aussi à la suite d'une stimulation, les récepteurs sensoriels associés aux neurones sensitifs réagissent pour envoyer des influx nerveux au cortex cérébral afin que celui-ci apporte une réponse. **[15]**

Le sens du toucher est le seul des cinq sens à posséder une capacité réflexive. En effet, lorsque l'on touche une partie de son corps, on a un double sentiment : celui de toucher et d'être touché.

Parler de la peau et du toucher chez un nouveau-né, c'est aborder la question de la communication. La peau devient dès la naissance le récepteur privilégié des échanges avec l'entourage. Elle porte en elle tous les souvenirs de la vie aquatique et transmettra à la personne tout au long de son existence, l'histoire de sa relation à l'autre.

Ainsi, le toucher permet la rencontre du nouveau-né avec le monde extérieur et tout particulièrement avec son premier interlocuteur : sa mère. Une fois né, l'enfant posé sur le ventre de sa mère retrouve, à travers sa peau, une première sensation de *« déjà connu ».* A ce moment, il replonge dans son univers, le ventre maternel l'accueille et l'abrite le temps d'une caresse… **[16]**

II. Le peau à peau

2.1 Origines et définition

Le peau à peau est une pratique dérivée de la « Méthode Mère-Kangourou ». Celle-ci fut présentée pour la première fois par Rey et Martinez en 1978, en Colombie à Bogota, pour pallier à une insuffisance de moyens techniques. **[17]** En effet, les pédiatres ont proposé aux mères ayant des nouveau-nés prématurés ou de petit poids de naissance, de participer activement à leur prise en charge. Cette méthode est, à la base, une alternative au manque d'incubateurs pour les nouveau-nés prématurés ayant surmontés les problèmes initiaux. Les « Mères Kangourous » gardent contre elles leur nouveau-né tout comme les marsupiaux gardent leur petit dans leur poche ventrale jusqu'à ce qu'ils soient matures et autonomes. **[18]**

Cette méthode rencontra un fort succès et fut ainsi répandue à travers le monde. En effet, les expériences et les recherches réalisées au cours de ces dernières décennies ont montré les bénéfices apportés par les « soins Kangourous » dans de nombreux domaines. Un article de Barbara Morrison **[19]** fait état de l'évolution, sur ces 30 dernières années, des « soins Kangourous » chez l'enfant né à terme. Cette méthode favorise notamment les comportements d'attachement mère-enfant, l'adaptation métabolique du nouveau-né ainsi que l'initiation, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel. Ces améliorations se retrouvent quels que soient le milieu, les conditions cliniques, le poids ou l'âge gestationnel du nouveau-né. La méthode Mère-Kangourou est donc aujourd'hui utilisée dans les pays développés pour stimuler l'allaitement maternel et permettre l'instauration d'une relation mère-enfant de qualité. **[20]**

Inspiré de cette technique, la pratique du peau à peau en salle de naissance consiste en la mise en place d'un contact précoce et prolongé entre la mère et son enfant, dès la naissance de celui-ci. Idéalement, le nouveau-né est positionné, après séchage, nu contre le ventre maternel et son dos est couvert. **[21]**

Cette pratique peut être divisée en trois catégories **[22]** selon le moment où le contact peau à peau a lieu. On distingue :

- Le peau à peau à la naissance où le contact entre le nouveau-né et la mère est réalisé dans les premières minutes suivant la naissance.
- Le peau à peau très précoce concerne les nouveau-nés installés entre les 30 et 40 premières minutes de vie.
- Le peau à peau précoce se définit par une mise en contact peau à peau de la mère et de l'enfant entre la première heure de vie et les 24 heures suivant la naissance.

Lors de la pratique du peau à peau, l'installation du nouveau-né ainsi que les modalités de surveillance doivent être rigoureuses. L'environnement de la salle de naissance doit être adapté comprenant une température entre 22°C et 24°C et une luminosité suffisante pour pouvoir surveiller le nouveau-né. Cette pratique peut être réalisée par la mère ou le père. Ils seront installés en position demi-assise, la poitrine nue avec les dispositifs d'appel des professionnels à proximité. Le nouveau-né sera installé nu ou en couche sur la poitrine de la mère ou du père, en position ventrale, tête sur le côté couverte d'un bonnet. Le cou doit être non fléchi, le nez bien dégagé et le corps recouvert d'un lange. Le nouveau-né ne doit pas pouvoir glisser, les barrières du lit maternel peuvent être relevées pour éviter les chutes. Ce contact doit être prolongé, de 90 à 120 minutes pour que les effets de la pratique du peau à peau soient optimaux. **[23]**

Les effets du peau à peau entre la mère et son nouveau-né en bonne santé ont été étudiés depuis ces 25 dernières années. Les premières heures suivant l'accouchement sont un moment privilégié pour le développement du lien mère-enfant. Il a également été mis en évidence que la pratique du peau à peau juste après la naissance est la meilleure méthode de soins. **[24]**

« Cependant, le peau à peau en salle de naissance reste peu pratique et hétérogène dans les maternités, malgré l'évidence de ses effets bénéfiques qui sont nombreux et reconnus. » **[21]**

Mais alors, quels sont les bénéfices de la pratique du peau à peau ?

2.2 Bénéfices de cette pratique

A la naissance, le nouveau-né placé contre la peau de sa mère va pouvoir réaliser ses premières expériences. Son corps va se concentrer sur les multiples stimulations cutanées qu'il ressent. Ainsi le nouveau-né va par sa peau, établir son premier contact avec le monde extérieur…

2.2.1 Amélioration du bien-être de l'enfant

Adaptation à la vie extra-utérine :

Le passage de la vie intra à la vie extra-utérine est une étape difficile qui engendre un stress chez les nouveau-nés. Il pourrait être atténué par la pratique du peau à peau. Ces derniers placés en peau à peau ont moins d'épisodes de pleurs et ces épisodes sont de plus courte durée que chez les nouveau-nés placés en berceau. Ces pleurs s'apparentent au « cri de détresse » observé chez les mammifères lorsque la mère et l'enfant sont séparés et qu'ils s'apaisent dès que le contact corporel est rétabli. **[25]** La pratique précoce du peau à peau se révèle donc être une réponse au stress du nouveau-né et favorise ses comportements adaptés en termes de cris, grimaces et mouvements. **[21]**

Les études retrouvées dans la méta-analyse de la Cochrane révisée en 2012 confirment ces résultats. **[26]** Anderson **[27]**, en 1989, montre que la séparation mère-enfant est associée à des périodes excessives de pleurs et de cris du nourrisson pouvant être nocives. Chaque cycle de cri provoque l'arrivée d'un bolus de sang veineux désaturé dans la circulation systémique du nouveau-né au travers du foramen ovale créant ainsi une hypoxémie due à l'augmentation des pressions artérielles pulmonaires.

De plus, les nouveau-nés ayant bénéficié d'au moins une heure de peau à peau après la naissance présentent une meilleure organisation neurocomportementale. Dans son étude, Ferber **[28]** compara les comportements des nouveau-nés placés en peau à peau et de ceux installés en berceau juste après la naissance. A quatre heures de vie, les nouveau-nés ayant bénéficié d'un contact peau à peau dormaient davantage et étaient pour la plupart, dans un état de sommeil calme. Ils présentaient également plus de postures et de mouvements de flexions.

Effets analgésiques :

Longtemps sous estimée, la douleur du nouveau né est aujourd'hui réellement prise en compte. L'analyse des comportements douloureux du nouveau-né ont montré l'effet analgésique du peau à peau.

En effet, une étude réalisée par Gray **[29]** présente que cette méthode s'est montrée une intervention remarquablement efficace pour diminuer la douleur ressentie par les nouveau-nés lors d'un prélèvement sanguin réalisé au talon. Les pleurs et les grimaces ont été réduits de 82% à 65% chez les nouveau-nés ayant bénéficié du contact peau à peau. De plus, la fréquence cardiaque est également diminuée lorsque les bébés sont au contact de leur mère.

2.2.2 Stabilité des paramètres du nouveau-né

Stabilité thermique :

Le passage du milieu intra utérin au milieu extra utérin entraîne un retentissement sur la stabilité thermique du nouveau-né. Durant la grossesse, c'est la mère qui régule la température du fœtus. Celui-ci adopte la température maternelle in utéro et l'augmente du fait de son propre métabolisme. Le nouveau-né à terme naîtra avec une température physiologiquement supérieure à celle de sa mère de 0,3°C à 0,8°C. Or, à la naissance, le nouveau-né, mouillé, est accueilli dans un environnement relativement froid et sec puisque la température est diminuée de plus de 10°C par rapport à la température maternelle in utéro d'environ 38°C.

De plus, la régulation thermique est beaucoup moins efficace chez le nouveau-né que chez l'adulte et les pertes de chaleur se réalisent plus facilement en raison de l'absence de frisson et d'une réaction vasoconstrictrice moins intense chez le nourrisson. Ainsi, à la naissance, le nouveau-né va se refroidir par quatre mécanismes différents : par évaporation du liquide amniotique de son corps, par conduction lorsque l'enfant est en contact avec une surface plus froide que sa température corporelle, par convection lorsqu'il est exposé à l'air ambiant et par radiation lorsqu'il est placé à proximité d'objets froids, la chaleur se propageant alors de l'enfant vers les objets froids.
Sans protection thermique, le nouveau-né peut rapidement perdre sa chaleur, de 2°C à 4°C dans les vingt premières minutes de vie. La naissance s'accompagne donc d'un risque majeur d'hypothermie définie par une température rectale inférieure à 36°C ou axillaire inférieure à 35,5°C.

L'Organisation Mondiale de la Santé publie en 1997 un guide sur la protection thermique des nouveau-nés **[30]**. Elle préconise de réaliser à la naissance de l'enfant différentes mesures regroupées sous les termes de « chaîne du chaud ». Une de ces mesures consiste à placer le nouveau né en peau à peau, technique efficace pour lutter contre les pertes thermiques. En effet, le ventre et la poitrine maternelle sont idéals pour recevoir l'enfant et l'aider à maintenir sa température corporelle. L'OMS incite donc la mise en peau à peau des nouveau-nés pour lutter contre l'hypothermie, leur température corporelle restant ainsi stable pendant les deux heures suivant la naissance.

Différentes études ont été engagées pour souligner l'importance du contact peau à peau précoce après la naissance pour la régulation thermique de l'enfant. En 2005, Fransson **[31]** démontre que les pertes thermiques sont moindres lorsqu'il y a contact physique entre l'enfant et la mère. La température rectale ainsi que la température du pied de l'enfant sont beaucoup plus faibles lorsque les nouveau-nés sont installés en berceau. En 2010, une méta-analyse **[32]** montre également que la technique du peau à peau est plus efficace pour augmenter la température corporelle du nouveau-né avec une différence moyenne significative de 0,22°C par rapport à la réalisation de soins classiques en salle de naissance. En effet, installés en peau à peau avec leur mère, l'adaptation thermique des nouveau-nés est facilitée : ils présentent des températures axillaires et cutanées plus élevées que les nouveau-nés placés en berceau. **[33]**

Enfin, le peau à peau modifie la température maternelle. En effet, une étude de 2007 réalisée par Bergström **[34]** montre que la température de la poitrine maternelle augmente dès que l'enfant est placé sur le ventre maternel. Ce contact tactile provoque une rapide réponse thermique maternelle et améliore le réchauffement du nouveau-né. Dix minutes après l'arrêt du contact peau à peau, une baisse significative de la température de la poitrine maternelle est observée. Ce mécanisme mettrait en jeu le système nerveux autonome maternel entrainant la dilatation des vaisseaux de la peau.

Stabilité glucidique :

Pendant la grossesse, tous les besoins fœtaux en glucose sont apportés par la mère. La glycémie fœtale correspond à environ 70 à 80% de la glycémie maternelle. A la naissance, lorsque l'on coupe le cordon ombilical, l'apport glucidique s'interrompt. C'est alors au nouveau-né de réguler, seul, sa glycémie en produisant lui-même le glucose nécessaire. Pour se faire, il va puiser dans ses réserves de glycogène stocké au niveau de ses muscles et de son foie. Sa glycémie va donc physiologiquement diminuer durant les premières heures de vie, le temps que les mécanismes de la glycogénèse se mettent en place.

Notons que les stabilités thermique et glucidique sont liées. En effet, un enfant qui se refroidit augmente ses dépenses énergétiques pour pallier à la perte de chaleur. Il va puiser dans ses réserves de glucose au risque d'une hypoglycémie. Les études retrouvées dans la méta-analyse de la Cochrane **[26]** ont également montré que le taux glycémique sanguin était significativement plus élevé chez les enfants placés en peau à peau du fait de la moindre déperdition de chaleur. La température du nouveau-né est ainsi préservée, lui permettant de limiter la consommation de ses réserves en glucose.

Stabilité cardio-respiratoire :

En dehors d'une réponse rapide au stress du nouveau-né, la méta-analyse de la Cochrane **[26]** a également pointé une diminution de la fréquence cardiaque et de la fréquence respiratoire lorsque les enfants sont placés en peau à peau. Les résultats hétérogènes retrouvés dans plusieurs études montrent une faible diminution, ils ne sont pas significatifs. Mais cet état de bien être va créer un climat hormonal favorable à l'établissement de la lactation.

2.2.3 Colonisation bactérienne

Depuis longtemps, le fœtus est considéré comme parfaitement stérile au cours d'une grossesse physiologique. Or, de récentes études de 2013 **[35]** suggèrent que le fœtus se colonise par un certain nombre de micro-organismes, auxquels s'ajoutera une abondante colonisation microbienne lors de la naissance et de l'allaitement.

Ainsi, à la naissance, l'organisme du nouveau-né va être rapidement colonisé par la flore bactérienne d'origine maternelle et environnementale. Le développement de la flore microbienne du nouveau-né est très important car ses fonctions sont multiples. Son biotope joue un rôle majeur dans la lutte contre les infections digestives et influe considérablement sur la mise en place du système immunitaire du nouveau-né. Il constitue donc un élément de défense non négligeable chez le nouveau-né dont la maturation digestive est en cours.

La constitution de cette colonisation microbienne initiale va dépendre de différents facteurs dont notamment le mode d'accouchement, le mode d'alimentation du nouveau-né ou encore l'environnement de celui-ci. Par exemple, lors d'une césarienne, les nouveau-nés ne sont pas colonisés par la flore digestive et génitale de la mère, mais par une flore hospitalière pouvant être plus nocive. La nature des premiers contacts du nouveau-né va donc influencer la création de sa flore bactérienne. La pratique du peau à peau favorisant le contact précoce entre la mère et l'enfant, permet à celui-ci d'être initialement au contact de la flore microbienne la plus adaptée, celle de sa mère. **[37]**

2.2.4 Attachement au sein de la dyade mère-enfant

Dans la méta-analyse de la Cochrane **[26]**, la pratique du peau à peau précoce favorise l'attachement entre la mère et son nouveau-né. Jérome Pignoll **[21]** rappelle dans son article les comportements de la dyade mère-enfant juste après la naissance. Il décrit l'établissement d'une séquence innée et identique à tous les nouveau-nés si le processus n'est pas perturbé. Le peau à peau encouragerait donc les comportements d'affection, de lien et d'attachement de la mère.

De plus, l'augmentation progressive du taux d'ocytocine observée pendant l'accouchement et la période du post-partum immédiat joue un rôle dans l'établissement du

lien mère-enfant. Toutes les situations tels que l'accouchement, l'allaitement ou encore le peau à peau, engendrent la sécrétion d'ocytocine au niveau du cerveau. En effet, Matthiesen **[37]** a mis en évidence que le nouveau-né placé en peau à peau sur le ventre de sa mère va exercer avec ses mains des mouvements à type de « massages ». Ces mouvements sont corrélés à l'arrivée du pic d'ocytocine dans le sang maternel.
Selon Young et Alexander **[38]**, la stimulation des seins de la mère par le nouveau-né déclenche la libération de l'ocytocine. Cette hormone stimule à son tour les muscles dans les seins de la mère permettant l'expulsion du lait alors disponible pour l'enfant. De plus, la sécrétion d'ocytocine fait porter toute l'attention de la mère sur son enfant qui devient *« la chose la plus importante au monde »*. Cette hormone permet aux deux partenaires de vivre un moment de bien-être et motive la mère à continuer de pratiquer cette expérience et forger le lien mère-enfant. *« Ce lien n'est pas seulement le plus beau de tous les liens sociaux, il peut aussi être le plus durable, de la durée d'une vie. »*

La sécrétion d'ocytocine s'associe donc à de nombreux mécanismes physiologiques et comportementaux et facilite les processus d'attachement. Ainsi, il existe une période sensible pour l'attachement dans la première heure qui suit l'accouchement. **[39]** Le peau à peau accroit la production d'ocytocine qui joue un rôle primordial : cette hormone augmente la température de la poitrine maternelle. Grâce à cette différence de température, le nouveau-né peut également repérer plus facilement le sein et se réchauffer. La sécrétion d'ocytocine modifie également le comportement maternel. La mère est plus calme, moins anxieuse et interagit plus facilement avec son bébé. **[21]** En outre, la sécrétion d'ocytocine augmente les contractions utérines et ainsi, diminue les risques d'hémorragie du post-partum.

La naissance est donc une période sensible au cours de laquelle se scelle l'attachement entre le nourrisson et sa mère. Ce lien particulier passe par un contact corporel. Une perturbation de ce processus précoce peut entrainer des effets délétères sur l'équilibre physiologique et psychique de la dyade mère-enfant. **[5]**
Aussi, la pratique précoce du peau à peau impacte, dans le temps, sur les processus d'attachement. Une étude réalisée par Bystrova en 2009 **[40]**, explore les effets à long terme de cette pratique. Elle indique que la naissance est une période sensible au cours de laquelle un contact étroit entre la mère et le nourrisson induit des effets positifs, à long terme, sur leurs interactions. La pratique précoce du peau à peau engendre, un an après la naissance, des comportements étroits de réciprocité et de mutualité dans la dyade mère-enfant.

2.2.5 Allaitement maternel :

La pratique du peau à peau a également un effet positif sur l'allaitement maternel. Pour Pignoll **[21]**, la pratique du peau à peau modifie le comportement maternel : la mère a une conduite plus maternante avec son nouveau-né et elle l'accompagne plus facilement vers la première tétée. Une étude réalisée par Anderson et Moore **[41]** en 2007, a décrit les effets du peau à peau sur l'allaitement maternel. Les enfants ayant bénéficié du contact peau à peau ont une meilleure succion lors de la première tétée et arrivent plus rapidement à un allaitement efficace. En effet, après la naissance, les processus d'interactions entre la mère et l'enfant aboutissent à une tétée efficace dans les deux heures suivant la naissance. Pignoll **[21]** relate dans son article les observations de Winström : le reflexe de succion chez le nouveau-né est, en moyenne, optimal après 45 minutes de vie. Il va ensuite, décroissant et s'interrompt dans les deux heures suivantes.

De plus, l'OMS et l'UNICEF **[42]** font la promotion de l'allaitement maternel en éditant « les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » dont la quatrième stipule « aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance ». Le contact tactile précoce et prolongé détermine le succès de la première mise au sein et optimise le comportement d'allaitement du nouveau-né. Il augmente également la durée de l'allaitement ainsi que le taux d'allaitement maternel exclusif. On retrouve également, dans la méta-analyse de la Cochrane **[26]**, que la pratique du peau à peau a un effet positif significatif sur l'allaitement maternel exclusif au cours du premier au quatrième mois de vie de l'enfant ainsi que sur la durée de l'allaitement exclusif.

Ainsi, grâce au contact précoce et prolongé du peau à peau, le nouveau-né a l'occasion de réaliser sa première tétée au moment où il se sent prêt à le faire. C'est à ce moment que l'enfant sera le plus à même de mémoriser les principes de la tétée. De plus, le reflexe de fouissement et le bon positionnement de la langue du nouveau-né lors de la première tétée pourraient être perturbés, si celle-ci est réalisée trop tôt ou trop tard.

2.3 Risques de cette pratique

Toutes les études réalisées ne révèlent pas d'effets indésirables ni de complications liés à la pratique du peau à peau. Pourtant, des cas de malaises graves chez le nouveau-né ont été signalés dans la littérature dont la fréquence a été évaluée à 0,03 cas pour 1000 naissances vivantes. Ces cas de malaises sont donc rares et ne justifient pas de surmédicalisation des nouveau-nés. **[21]** Des malaises en salle de naissance ont été déclarés depuis les années 2000 avec la publication en 2007 de 10 cas dont 6 décès en 5 ans et demi. Les derniers cas de malaise ont été relevés en décembre 2012 (un décès de l'enfant), et en

janvier et avril 2013 (sans décès). Ces rares cas de malaises ne sont pas assez significatifs pour remettre en cause la pratique du peau à peau. **[43]**

En cas de malaise du nouveau-né au cours du contact peau à peau, le réseau sécurité naître ensemble propose un bilan à réaliser, composé d'un bilan biologique, infectieux et métabolique. Une échographie cardiaque, un électrocardiogramme, une échographie transfontanellaire et une radio pulmonaire seront à prévoir. **[44]**

2.4 Cadre législatif et recommandations

Suite à son développement dans les maternités françaises, la pratique du peau à peau a, petit à petit, été encadrée par divers organismes.

L'OMS **[30]** recommande la pratique du peau à peau y compris lors des soins de la mère et pendant les premières heures après la naissance. Elle préconise également de commencer l'allaitement dès que possible après l'accouchement et de préférence dans l'heure suivant la naissance. Ceci apportera à l'enfant une quantité précoce et suffisante de lait maternel lui permettant de réguler sa glycémie et sa température.

Selon l'International Liaison Committee On Resuscitation **[45]**, à la naissance de l'enfant, le professionnel de santé doit rapidement répondre aux quatre questions suivantes : L'enfant est-il né à terme ? Le liquide amniotique était-il clair, non teinté de méconium et non suspect d'infection ? Est-ce que l'enfant crie et respire ? L'enfant a-t-il un bon tonus musculaire ? Lorsque les quatre réponses sont positives, l'enfant est considéré comme bien portant et ne doit pas être séparé de sa mère.

Les préconisations de l'Initiative Hôpital Ami des Bébés **[46]** sont aussi explicites et insistent sur le maintien d'une proximité maximale entre la mère et l'enfant, quand leur état médical le permet. Elle recommande de placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins une heure. Les professionnels de santé doivent encourager la mère à reconnaître les signes montrant que le bébé est prêt à téter et l'aider si besoin.

Enfin, la Haute Autorité de Santé **[47]** préconise également un contact intime entre la mère et le nouveau-né immédiatement après la naissance.

La pratique du peau à peau est donc devenue un acte de soin médical à part entière. Cependant, il existe des contre-indications à la mise en peau à peau en salle de naissance qui sont principalement :

- le refus de la mère ou si celle-ci n'est pas en capacité de surveiller son nouveau-né sans aide extérieure,
- des conditions de surveillance en salle de naissance insuffisantes,

- un nouveau-né rencontrant des problèmes d'adaptation à la naissance (Apgar inférieur à sept à cinq minutes de vie, nouveau-né non vigoureux, détresse respiratoire…)

Le réseau Sécurité Naissance **[44]** recommande une surveillance régulière par le personnel mais n'a pas défini les modalités précises de cette surveillance. Le personnel doit néanmoins remplir une fiche de surveillance du peau à peau. La présence du père ou d'un accompagnant est souhaitable mais la surveillance ne repose pas sur l'entourage. La durée de la surveillance doit être de 2 heures. S'il est impossible pour les professionnels de réaliser une surveillance régulière, le nouveau-né doit être placé en peau à peau avec une surveillance de la saturation en oxygène. Dans ce cas, la limite basse de la saturation à 85% déclenchera une alarme centralisée, audible.
Le réseau précise que la prise en charge de l'enfant est la même pour une césarienne ou pour une voie basse. Le peau à peau peut être réalisé en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) et la surveillance de la mère et du nouveau-né est dévolue à l'équipe obstétricale.

Enfin, le code de la santé publique **[48]** énonce les compétences de la sage-femme qui est le professionnel de référence pour la prise en charge de la mère et de l'enfant. Ainsi c'est à elle qu'incombe le devoir de réaliser et de surveiller la pratique du peau à peau.

III. La césarienne : une naissance différente…

3.1 Historique et épidémiologie de la césarienne.

Historique :

C'est en 1737, en Grande Bretagne, à Edimbourg que Robert Smith réalisa la première césarienne. En France, François Rousset publiait dès 1581 le premier traité sur la césarienne intitulé « Traité nouveau de l'hystérotomie ou enfantement césarien ». Il est considéré comme le père de la césarienne classique.
Pendant plusieurs siècles, la mort maternelle suite à l'intervention d'une césarienne était inévitable. Mais à la fin du 19ème siècle, l'invention et le développement de l'anesthésie ainsi que le développement des techniques d'asepsie ont permis d'améliorer le pronostic vital de ces patientes. En 1950, la technique de la césarienne évolue également : l'incision segmentaire jadis utilisée est remplacée par une incision médiane sous ombilicale avec ouverture de l'utérus permettant une meilleure cicatrisation. **[49]**

Epidémiologie :

D'un pays à l'autre, les taux de césarienne varient considérablement. En France, le taux de césarienne a beaucoup augmenté depuis ces 30 dernières années. En effet, en 1991 il était de 14% contre 21% en 2010. Depuis une dizaine d'années, la tendance semble tendre vers une stabilisation de ce taux autour des 20%. Une naissance sur cinq et pour les primipares, presque une naissance sur quatre se réalise par césarienne. D'autre part, 10,9% des femmes ont eu une césarienne avant le début spontané de leur travail. Ainsi, pour 75000 césariennes de plus, 30 mères sont sauvées chaque année. Le taux de décès périnataux a quant à lui diminué de 13 à 5 pour 1000 naissances. **[50, 51, 52]**

En 1997, une publication conjointe de l'Unicef, de l'OMS et de l'UNFPA spécifie qu'un taux maximal de 15 % de césarienne devrait être respecté. Au-delà de 15 %, le recours à la césarienne est jugé comme abusif et aurait un impact négatif. Les experts s'accordent aujourd'hui à considérer des taux de césarienne supérieurs à 25 % comme anormaux. En 2000, le Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français conclut que l'accouchement par césarienne est associé à une mortalité et une morbidité plus élevées que lors d'un accouchement par voie basse. **[51]**

3.2 Pratiques et indications de la césarienne

La césarienne est une intervention chirurgicale qui permet l'accouchement par une incision de l'abdomen et de l'utérus lorsque les conditions, chez la mère ou l'enfant, ne sont pas favorables à un accouchement par les voies naturelles. On distingue deux types de césarienne, les césariennes en urgence et les césariennes programmées.

La césarienne réalisée en urgence (ou semi-urgence) peut être décidée au cours du travail lorsque l'accouchement par voie basse devient impossible, pour sauver la mère ou l'enfant. Dans plus de la moitié des cas, la césarienne est réalisée en urgence. Celle-ci est associée à un risque de mortalité et de morbidité maternelles significativement plus élevées que lorsqu'elle est programmée. **[53]**

La césarienne peut être programmée s'il existe des difficultés prévisibles dans le déroulement de la grossesse ou de l'accouchement susceptibles d'entraîner des complications pour la mère ou le bébé. Les principales indications d'une césarienne programmée sont liées à une pathologie maternelle, dont les plus fréquentes sont les anomalies utérines (malformation utérine, utérus multi-cicatriciel…), du périnée et du bassin ou les pathologies liées à la grossesse (toxémie, éclampsie…). Elles sont également liées à des pathologies fœtales qui concernent notamment les présentations dystociques et la macrosomie ainsi qu'à des pathologies des annexes. **[54]**

3.3 Les différences et impact d'une césarienne

Tout comme elle rêve son bébé pendant sa grossesse, la femme imagine son accouchement. Suite à ses contractions, la mère fournira des efforts pour faire naître son enfant. Ce scénario est ancré dans l'imaginaire collectif et la mère se prépare mentalement à suivre ce schéma… que vient perturber la césarienne.
En effet, la naissance par césarienne n'est pas une naissance comme les autres. Le mode d'accouchement influe sur différents facteurs concernant la mère et l'enfant…

Tout d'abord, une femme ayant subi une césarienne doit surmonter un acte majeur de chirurgie ainsi que les suites d'une anesthésie. L'acte de mise au monde de son enfant demande une adaptation physiologique et psychologique très importante.
Les premiers instants entre la mère et l'enfant construisent l'avenir de leur relation. Favoriser le lien mère-enfant est une priorité dans les soins post-nataux en maternité. L'attachement se créé par le contact physique dans un premier temps et le regard. L'heure qui suit la naissance est un temps particulièrement important, le lien entre les parents et l'enfant va être favorisé par un maximum d'interactions avec le bébé pendant cette période.

Or, lors d'une césarienne, les contacts de la dyade mère-enfant sont moindres : la mère est le plus souvent séparée de son bébé durant les deux heures réglementaires de surveillance qui suivent la césarienne. De plus, les échanges entre la mère et l'enfant risquent d'être affectés par différents facteurs, dont le stress subi par la mère du fait de l'acte chirurgical réalisé. Lorsque la césarienne est une urgence, certaines femmes n'ont parfois que quelques minutes pour se préparer mentalement au déroulement des évènements à venir. A l'annonce de la décision chirurgicale, la plupart des femmes éprouvent des sentiments de fatigue, de peur et de confusion mentale ou de détachement.

Une étude réalisée en 2001 par Hillan **[55]** compare 50 mères ayant donné naissance par césarienne en urgence et 50 mères ayant accouché par voie basse. Bien que 70 % des femmes aient vu leur bébé à la naissance, seulement 20 % d'entre elles ont pu vraiment le tenir dans leur bras au bloc obstétrical, pendant un temps très bref, avant qu'il ne soit emmené. « *A la lumière de ces observations, il n'est plus surprenant que les femmes de ce groupe aient mis davantage de temps à se sentir proches de leur enfant que pour les mères du groupe de contrôle*. » **[51]** Certaines mères expriment même le fait de ne pas reconnaître leur enfant lorsqu'il leur est présenté. Cette séparation entraîne des sentiments de frustration et de culpabilité.

De plus, dans cette même étude **[55]**, les femmes césarisées ont mis plus de temps à se sentir proches de leur enfant. Cette différence persiste plusieurs mois après la naissance. En effet, seulement 43 % des femmes césarisées se sentent immédiatement proches de leur

enfant contre 64 % chez les femmes ayant accouché par voie basse. Cette différence est encore significative à un mois de vie de l'enfant : 57 % des mères se sentent proches de leur enfant après la césarienne contre 86 % dans le groupe de contrôle.

Par ailleurs, après un accouchement par césarienne, l'allaitement maternel est plus long à se mettre en place. En effet, lorsque la césarienne ne se déroule pas à terme, le nouveau-né, n'a pas encore totalement acquis ou maturé son réflexe de succion. De plus, lorsque la césarienne est programmée, la mère est privée de la sécrétion naturelle des hormones de l'accouchement et de l'allaitement nécessaires à la bonne mise en place de la montée laiteuse. Celle-ci peut être retardée mais ce n'est pas systématique. Un contact précoce peau à peau majorera la sécrétion d'ocytocine favorisant donc la mise en place de l'allaitement. **[51]**

Il est également retrouvé des différences d'adaptation entre les nouveau-nés, nés par césarienne et nés par voie basse. En effet, il est aujourd'hui prouvé que les contractions et l'imprégnation hormonale du bébé produites durant un accouchement par voie basse jouent un rôle important. Elles permettent la maturation physique, pulmonaire, cardiaque et cérébrale du nouveau-né, ainsi que le développement de ses réflexes primaires dont le réflexe de succion. Lors d'une césarienne, notamment programmée, le bébé ne se confronte pas à ces processus physiologiques nécessaires à son adaptation. C'est pourquoi les bébés nés par césarienne sont plus enclins aux détresses respiratoires transitoires et nécessitent plus souvent des gestes de réanimation. **[56]**

De plus, les enfants nés par césarienne rencontrent majoritairement la flore bactérienne de leur environnement et non celle de leur mère. L'établissement de leur flore bactérienne est donc différente et le reste : une étude a pointé qu'à un mois de vie, il existe toujours un retard de colonisation de certaines bactéries. Le contact avec la flore bactérienne maternelle ainsi que la mise en route de l'allaitement maternel sont les deux facteurs primordiaux de la colonisation bactérienne du nouveau-né. Ces deux facteurs, retardés en cas de césarienne, modifient cette colonisation jouant un rôle dans l'établissement du futur système immunitaire de l'enfant. **[36]**

3.4 Et quel rôle pour le père… ?

Pendant de nombreuses années, la grossesse et l'accouchement étaient considérés comme une « affaire de femmes ». Jusque dans les années 1970, les pères étaient mis à l'écart lors de la naissance de leur enfant. Mais au fil de ses dernières années, la paternité et la place dévolue au père lors de l'accouchement ont considérablement évoluées. Il a tout d'abord pu assister aux naissances physiologiques par voies basses, et depuis quelques

années, sa présence est acceptée lors des césariennes programmées. Il n'est aujourd'hui plus à démontrer que sa présence du père lors de la naissance, relève d'une grande importance pour sa femme, son enfant et pour lui-même.

Lorsque la mère est césarisée, la présence du père est alors primordiale pour le nouveau-né. En effet, il est le trait d'union et peut « prendre le relai ». Une étude de Christensson **[57]** où le père effectue la technique du peau à peau avec son nouveau-né en bonne santé né à terme après une césarienne a montré que le père peut jouer le rôle de substitut. Par exemple, pour l'adaptation thermique de l'enfant.

S'inspirant de cette conclusion, Erlandsson **[58]** en 2007, va comparer 29 couples père-enfant dont l'enfant est né à terme par césarienne et en bonne santé. Quinze pères pratiqueront le peau à peau avec leur enfant, juste après la naissance et la réalisation des soins conventionnels. Durant le temps de l'intervention, soit le père reste assis à côté de son enfant placé dans son berceau, soit le père effectue un contact peau à peau sur sa poitrine confortablement installé dans un fauteuil. Les résultats montrent que les enfants ayant été placés en peau à peau crient moins, arrêtent de pleurer plus rapidement et sont plus calmes que les enfants en berceau. Sans compter qu'ils entrent plus rapidement en état de sommeil, leur permettant d'être plus énergique lors de la rencontre avec la mère et de trouver le sein plus facilement.

Finalement, le père devrait donc être considéré comme le premier soignant pour l'enfant durant la séparation mère-enfant. Lorsqu'il porte son nouveau-né en peau à peau, les bénéfices sont partagés. D'abord, l'enfant est plus calme, le stress de la naissance et de la séparation maternelle étant moindres. Ainsi, la pratique du peau à peau est une merveilleuse manière pour le père de rencontrer, pour la première fois, son enfant…

Pour conclure notre première partie, rappelons qu'à la naissance, le nouveau-né est doté de nombreuses compétences, s'exprimant déjà in-utéro. La peau, premier organe à se développer joue un rôle fondamental. Les premiers contacts peau à peau entre la mère et l'enfant vont atténuer la brutalité de la transition entre la vie pré et post natale. La pratique du peau à peau, de plus en plus encadrée par les organismes de santé, apporte de nombreux bénéfices. Or la césarienne induit la séparation de la mère et de l'enfant, au moment où l'éveil de celui-ci est le plus propice aux interactions.
La sage-femme joue donc un rôle fondamental pour la mise en place du peau à peau, sa surveillance et l'accompagnement des femmes césarisées dans cette rencontre si singulière avec leur nouveau-né…

Deuxième partie…

I. Présentation de l'enquête

1.1 Problématique

De nos jours, les études sur les bienfaits du peau à peau se multiplient et la pratique du peau à peau est de plus en plus encadrée et réalisée dans les maternités françaises. Par ailleurs, le taux global de césariennes est actuellement de 20% en France. Dans ce type de prise en charge, la séparation mère enfant est encore fréquente et celle-ci influe sur les parcours de ces deux protagonistes. La première rencontre de la mère et de l'enfant est souvent différée par rapport à une femme ayant accouché par voie basse.

Alors, en quoi la sage-femme peut-elle accompagner cette rencontre si particulière ? En quoi la pratique du peau à peau a-t-elle autant d'importance chez les femmes ayant subie une césarienne ?

1.2 Hypothèses

Les observations et entretiens menés vont ainsi nous permettre de vérifier ou d'infirmer les hypothèses suivantes :

→ La césarienne a un impact sur la prise en charge du post-partum immédiat de la femme.

→ La pratique du peau à peau est un acte de soin peu/sous utilisé à la suite d'une césarienne.

→ La pratique du peau à peau permet une rencontre particulière de la mère avec son bébé.

→ La pratique du peau à peau et ses bénéfices sont peu connus de la population générale.

1.3 Objectifs

Cette étude a pour premier objectif d'identifier la demande des femmes césarisées quant à la pratique du peau à peau. Elle va nous permettre également d'observer les connaissances des mères sur cette pratique ainsi que les bénéfices ou inconvénients qu'elles en retirent. Cela nous permettra donc d'apprécier leur satisfaction ou leur réticence quant à la pratique du peau à peau.

Cette étude a comme second objectif d'évaluer la prise en charge du post-partum immédiat de la femme césarisée et de son enfant par l'observation des professionnels de santé : à quel moment la pratique du peau à peau est-elle réalisée, dans quel cadre cette pratique est-elle proposée, comment se passe la rencontre entre la mère et l'enfant puisque celle-ci est différée…

II. Méthodologie

2.1 Nature de l'étude et outils utilisés

Pour répondre aux objectifs et vérifier les hypothèses formulées, nous mènerons une étude se déroulant en deux étapes :

→ Dans un premier temps, nous observerons la pratique des professionnels de santé et notamment de la sage-femme dans le post-partum immédiat de mères césarisées. Pour se faire, nous utiliserons une grille d'observation **[annexe I]** nous permettant de renseigner les informations concernant la mère et le nouveau-né, ainsi que les gestes réalisés par les différents acteurs du post-partum de la femme. L'observation a été réalisée à partir du commencement de la césarienne pour se terminer au départ de la patiente et de son enfant en service de maternité.

→ Dans un second temps, des entretiens semi-directifs **[annexe II]** auprès de ces mères ont été réalisés au troisième jour de leur post-partum. Ces entretiens nous renseignerons sur la connaissance qu'ont ces femmes de la pratique du peau à peau et si elles se sentaient prêtes à le pratiquer après leur césarienne. De plus, ils nous informeront sur les ressentis des femmes quant à cette pratique. Ces entretiens nous permettront également d'apprécier l'offre des services concernant la pratique du peau à peau : cet acte est-il proposé ou reproposé en service de maternité par les professionnels de santé ? Enfin, la pratique du peau à peau ayant de nombreux bénéfices, nous chercherons à savoir si les mères sont sensibles à ces bénéfices, notamment sur la mise en place de l'allaitement maternel.

2.2 Population étudiée

La population choisie, pour répondre à cette étude, regroupe des femmes ayant subies une césarienne programmée ou en urgence. L'échantillon choisi répond à des critères d'exclusion particuliers. Ont été exclues de l'étude, toutes les mères ayant accouché d'un nouveau-né nécessitant une surveillance particulière ou son transfert, la pratique du peau à peau ne pouvant être proposée dans ces cas particuliers.

2.3 Réalisation de l'étude

L'étude s'est déroulée sur la période du 16 décembre 2013 au 12 janvier 2014 à la maternité de l'Hôpital Femme Mère Enfant de Metz.
L'étude observationnelle s'est portée sur 13 couples sage-femme/patiente puis les entretiens semi-directifs ont été réalisés chez ces mêmes patientes.

La grille d'observation a été testée sur trois couples issus de la population étudiée afin d'évaluer la pertinence des observations et des critères répertoriés et d'améliorer l'efficacité et la rapidité de retranscription des informations reçues. De légers réajustements ont eu lieu sur la forme, nous nous apercevons que l'observation nécessite de l'entraînement.

2.4 Biais de l'étude et difficultés rencontrées

Parmi les biais de l'étude, nous pouvons tout d'abord citer les biais personnels. En premier lieu, ceux en lien avec les représentations, les pratiques et les croyances de chacun sur le peau à peau. Chaque individu a sa propre histoire personnelle. Et en deuxième lieu, l'absence d'expérience dans le domaine des sciences sociales et dans la conduite d'entretiens semi-directifs du chercheur.

Puis nous pouvons citer l'outil lui-même : une grille observationnelle ayant pour but de rendre lisible les pratiques des professionnels de terrain tout en démontrant des logiques d'organisation. Puis, associée aux entretiens, ces deux types d'enquêtes qualitatives demandent la présence d'un observateur, qui a lui seul, peut induire ou modifier des comportements et influer sur certains gestes ou dires. L'observation se veut en principe neutre et objective mais cependant, toute interaction est inévitable. La présence d'une tierce personne parasite les pratiques des professionnels et les réactions ou demandes des parents. Il est à noter que les professionnels et couples observés ne connaissaient pas la nature du sujet de l'observation.

De plus, un biais propre au calendrier de l'étude doit être énoncé. En effet, la période de Noël sur laquelle s'est déroulée l'étude est une période de vacances. L'observation qui demande une grande disponibilité de l'observateur, a nécessité sa mise en œuvre dans cet intervalle. Mais très peu d'interventions chirurgicales étaient programmées durant cette période. Ainsi, l'occupation de la Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI) était moindre. Cette dernière, souvent vide, a permis aux femmes césarisées d'être accompagnées de leur conjoint et de leur enfant pendant toute la surveillance du post-partum immédiat. Notons que dans ce service, lorsque l'activité chirurgicale est importante, un protocole a été rédigé pour permettre au conjoint de rejoindre la mère pendant une période maximum de 15 minutes.

Nous pouvons également considérer comme biais, l'unique centre dans lequel l'étude a été réalisée. Ce choix réfléchi a pour but d'évaluer une pratique sur un site connu par l'observateur, mais surtout d'observer une équipe de professionnels ayant une cohésion de prise en charge dans leurs pratiques professionnelles, pour assurer une continuité et une qualité des soins.

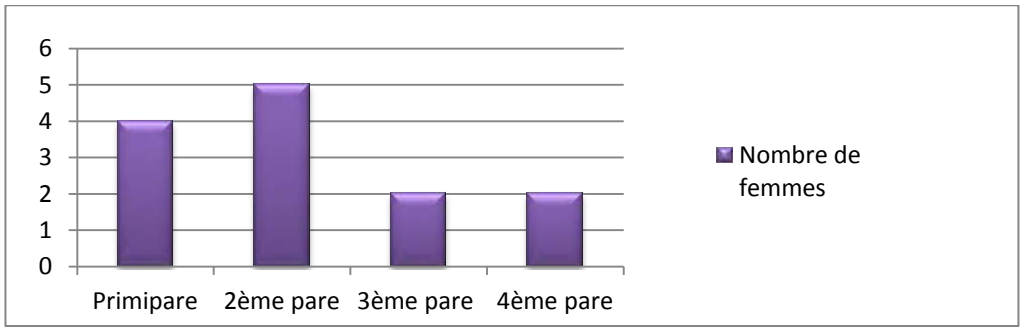
Enfin, les difficultés rencontrées durant cette étude sont liées à la présence d'une très forte activité en salle de naissance. Il faut savoir que pour la prise en charge des femmes lors de césariennes programmées, une sage-femme de salle de naissance est détachée du service pour réaliser le suivi en SSPI. Les professionnels de santé n'étaient donc pas toujours disponibles. De plus, ma présence en SSPI en tant qu'étudiante sage-femme n'était pas une place facile au milieu de cette activité importante. Certains professionnels avaient tendance à vouloir dévier le sens de ma présence en me sollicitant pour réaliser les surveillances et les soins des patientes et de leurs nouveau-nés en SSPI. Les principes de l'observation étant définis et en accord avec le couple et la sage-femme avant le commencement de l'investigation, j'ai refusé toute participation pour limiter la confusion et rester à ma place d'observateur.

La seconde difficulté rencontrée est le temps que représente une observation. Pour chacune, l'observateur devait compter environ quatre heures. Cela comprenant comme point de départ la rencontre avec la patiente ou le couple pour leur demander leur accord, prévenir et demander celui de la sage-femme, observer la césarienne et toute la prise en charge de la mère et de l'enfant jusqu'à leur départ en service de maternité.

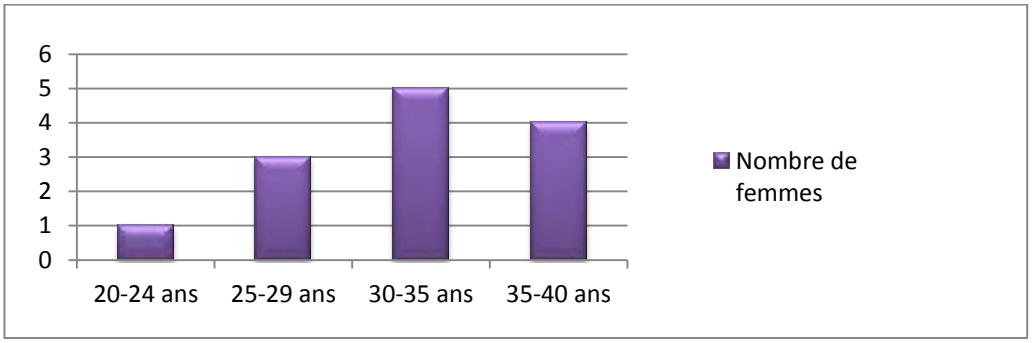
III. Présentation des résultats

3.1 Grille d'observation

- Caractéristiques de la population :

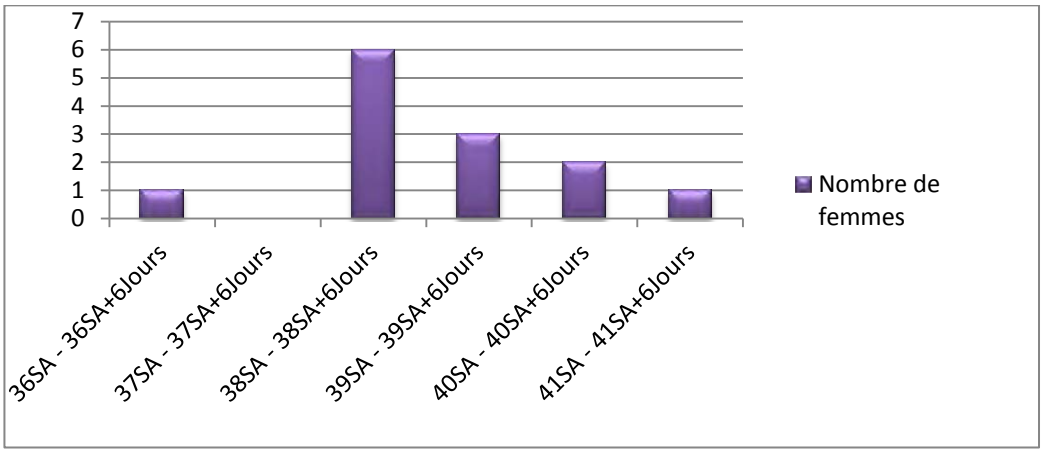


Graphique 1: nombre de femmes en fonction de leur parité

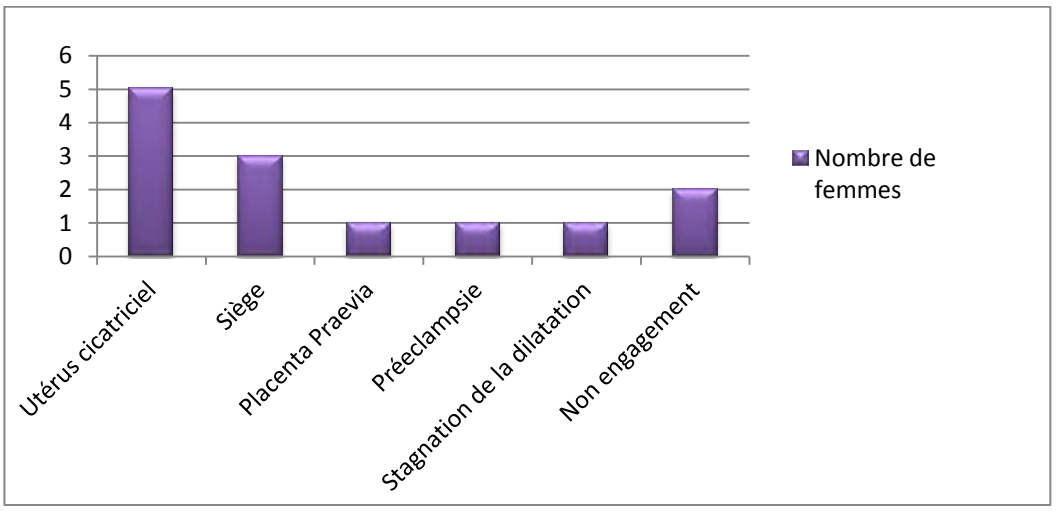


Graphique 2: nombre de femmes en fonction de leur parité

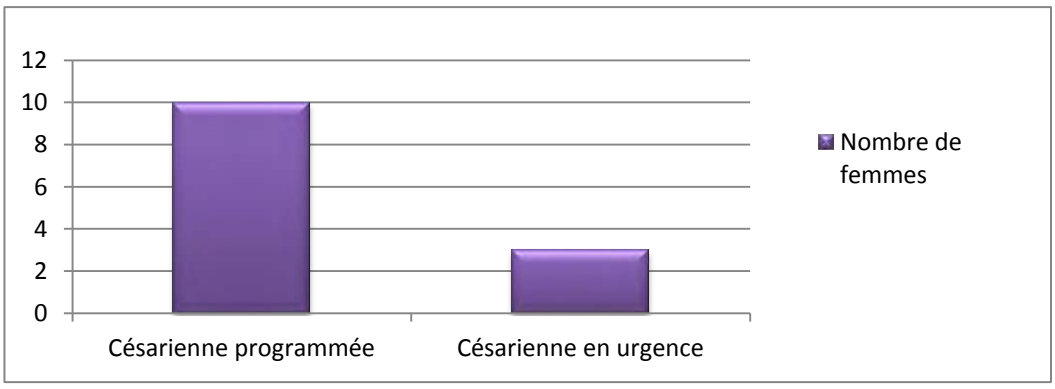
- Circonstances de la césarienne :



Graphique 3: nombre de femmes du terme de la césarienne



Graphique 4: nombre de femmes en fonction du motif de la césarienne



Graphique 5: nombre de femmes en fonction du type de césarienne

→ Type de grossesse :

- 12/13 grossesses sont mono-fœtales.
- 1/13 grossesse est bichoriale biamniotique.

→ Antécédents médicaux et chirurgicaux :

- 5/13 femmes présentent un antécédent de césarienne.
- 1/13 femme présente un antécédent de curetage après IVG.
- 7/13 femmes ne présentent pas d'antécédents chirurgicaux particuliers.

→ Pathologie particulière pendant la grossesse :

- 10/13 femmes ne présentent aucune pathologie au cours de leur grossesse.
- 2/13 femmes présentent un diabète gestationnel équilibré sous régime.
- 1/13 femme présente une pré éclampsie au cours de sa grossesse.

→ Type d'anesthésie réalisée :

La totalité des patientes ont eu une rachianesthésie.

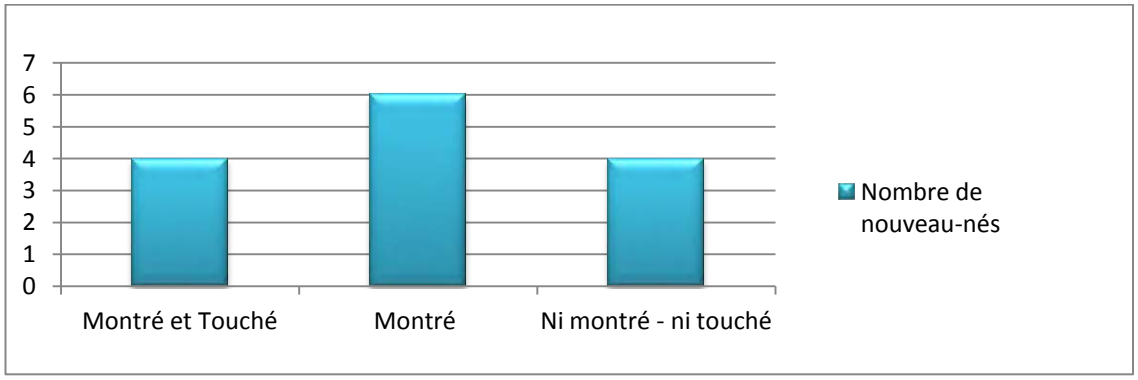
- Déroulement de la césarienne :

→ Présence du père en salle de césarienne :

- 6/13 pères étaient présents lors de la césarienne de leur femme.
- 7/13 pères étaient absents lors de la césarienne de leur femme dont :
    - 3 césariennes réalisées en urgence donc le père ne pouvait être présent.
    - 2 césariennes programmées ayant un risque pour l'enfant (un placenta prævia et une pré-éclampsie) donc le père ne pouvait être présent.
    - 1 père aurait aimé être présent mais le couple n'avait pas été informé des possibilités d'accompagnement de celui-ci.
    - 1 père absent pour impossibilité personnelle.

→ Contexte à la naissance :

14/14 nouveau-nés ont montré une bonne adaptation, ils sont donc tous inclus dans l'étude.



Graphique 6: nombre de nouveau-nés en fonction du type de contact réalisé à la naissance

Pour les mères ayant eu un premier contact (visuel et/ou tactile) avec leur enfant, la durée de ce contact est :

- en moyenne de : 34 secondes
- un minima de 8 secondes
- un maxima de 3 minutes.

Le temps nécessaire pour réaliser les premiers soins de l'enfant est :

- en moyenne de : 8 minutes 30 secondes.
- un minima de 5 minutes.
- un maxima de 10 minutes.

A la fin des soins, l'enfant est amené à la mère pour : 9/14 nouveau-nés. Ils sont tous les 9 montrés à la mère et celle-ci peut les toucher. La durée du contact n°2 est :

- en moyenne de : 4 minutes 40 secondes.
- un minima de 1 minute.
- un maxima de 13 minutes 20 secondes.

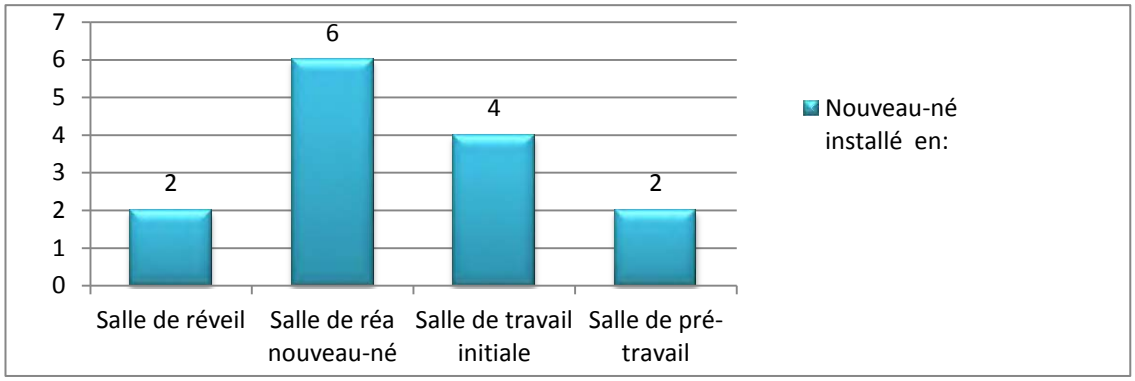
Pour 1 des nouveau-nés, c'est le père qui amène l'enfant à la mère et tous les trois sont installés avec une intimité préservée et un contact prolongé.
Pour les 8 autres nouveau-nés, c'est la sage-femme qui amène l'enfant à la mère, sans la présence du père.
Pour les 5/14 nouveau-nés non amenés, la mère est à chaque fois renseignée sur l'état de l'enfant et ses mensurations.

Lors de ce deuxième contact entre la mère et l'enfant :

- Pour 3/9 couples mère/enfant, l'intimité est préservée durant ce contact (recul des différents professionnels de santé, mains détachées de la mère pour permettre le contact tactile...)

- Pour 6/9 couples mère/enfant, l'environnement n'est pas totalement adapté à la rencontre dont trois mères n'auront pas les mains détachées pour pouvoir toucher leur enfant. Les conditions d'installation ne sont pas optimales pour les trois autres couples, l'intimité n'est pas préservée.

→ Installation du nouveau-né en attendant la fin de l'intervention maternelle :



Graphique 7: nombre de nouveau-nés en fonction du lieu d'installation

- Pour 1/14 nouveau-né, le père est installé seul dans le « sas accompagnant » et le nouveau-né est emmené en SSPI sous la surveillance des infirmiers-anesthésistes le temps de l'intervention, à la demande de la sage-femme.
- Pour 1/14 nouveau-né, le nouveau-né est installé seul dans la salle de réanimation nouveau-né, la sage-femme le surveillant fréquemment.
- Pour 12/14 nouveau-nés, le père reste avec son enfant tout le temps de l'intervention.

→ Installation du père (11 pères présents avec leur(s) enfant(s) pendant tout le temps de l'intervention):

- L'installation du père avec son nouveau-né était adaptée pour 5/11 pères : espace disponible, moyen de s'asseoir, intimité préservée et moyen d'appel à disposition.
- 5/11 pères n'avaient pas de mise à disposition de moyen d'appel (pas de moyen d'appel en salle de réanimation nouveau-né).
- 3/11 pères n'avaient pas moyen de s'asseoir.

→ Installation en incubateur :

La totalité des nouveau-nés ont été, juste après les soins, placés en incubateur. Cette installation a duré :

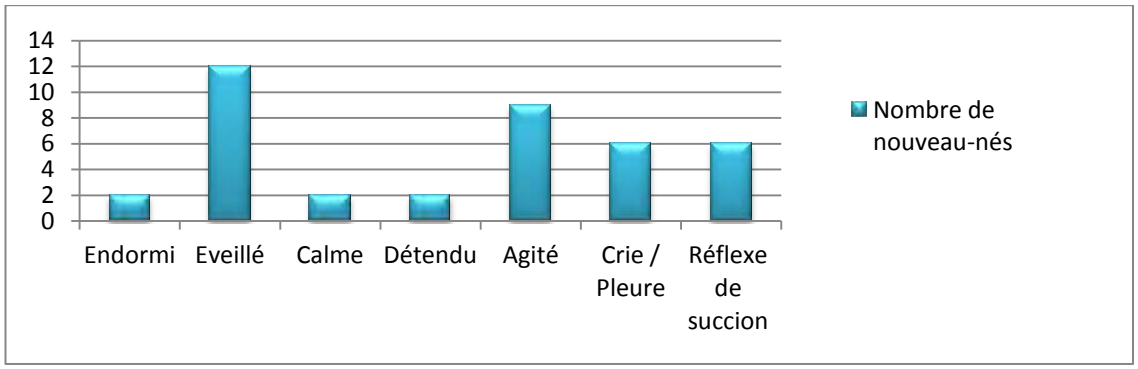
- en moyenne : 58 minutes.
- un minima de 31 minutes.
- un maxima de 1 heure et 48 minutes.

Pour 2/14 nouveau-nés la raison invoquée est l'absence du père.

Pour 7/14 nouveau-nés, la sage-femme informe le père que l'enfant doit se réchauffer.

Pour 5/14 nouveau-nés, aucune indication n'est donnée quant à la mise de l'enfant en incubateur.

→ Observation de l'enfant en incubateur :



Graphique 8: nombre de nouveau-nés en fonction de leur comportement en incubateur

→ Contact entre le père et l'enfant :

- Pour 4/11 pères, la sage-femme informe le père sur l'utilisation de l'incubateur et son mode d'ouverture.
- 3/11 pères souhaitent toucher leur enfant à travers l'incubateur et à leur demande, la sage-femme montre au père comment ouvrir les vitres de l'incubateur.
- 4/11 pères n'auront aucun contact physique avec leur enfant, le temps que celui-ci est en incubateur.

→ Pratique du peau à peau père-enfant (pour les 11 pères présents) :

Pour la totalité des pères, le peau à peau n'a pas été proposé. Aucun des pères n'a demandé à être installé en peau à peau avec son enfant.

→ Pratique du portage (pour les 11 pères présents) :

- Pour 8/11 pères, le portage de leur enfant n'est pas proposé. Aucun père ne demande à porter son enfant.
- Pour 3/11 pères, le portage est proposé dans le but de donner un biberon à l'enfant.
    - en moyenne de : 36 minutes.
    - un minima de 14 minutes.
    - un maxima de 55 minutes.

→ Surveillance de la sage-femme :

- 1/14 nouveau-nés est placé en SSPI sous la surveillance des infirmiers-anesthésistes à la demande de la sage-femme.
- Pour les 13/14 autres nouveau-nés, la sage-femme réalise une surveillance discontinue. Durant la fin de l'intervention maternelle, la fréquence de passage de la sage-femme pour la surveillance du nouveau-né et de 0 à 5 passages.
- Pour 1/14 nouveau-nés la sage-femme a demandé à une Aide-soignante de surveiller l'enfant.

→ Temps de séparation de la mère et de l'enfant ayant pu être installé en SSPI est :

- En moyenne de 1 heure et 05 minutes
- Un minima de 46 minutes
- Un maxima de 97 minutes.

A noter : 1 enfant n'a pu être installé en SSPI aux côtés de sa mère. Le temps de séparation entre la mère et son enfant est de 3 heures et 30 minutes. Cette valeur n'a pas été incluse dans la moyenne ci-dessus.

- En SSPI

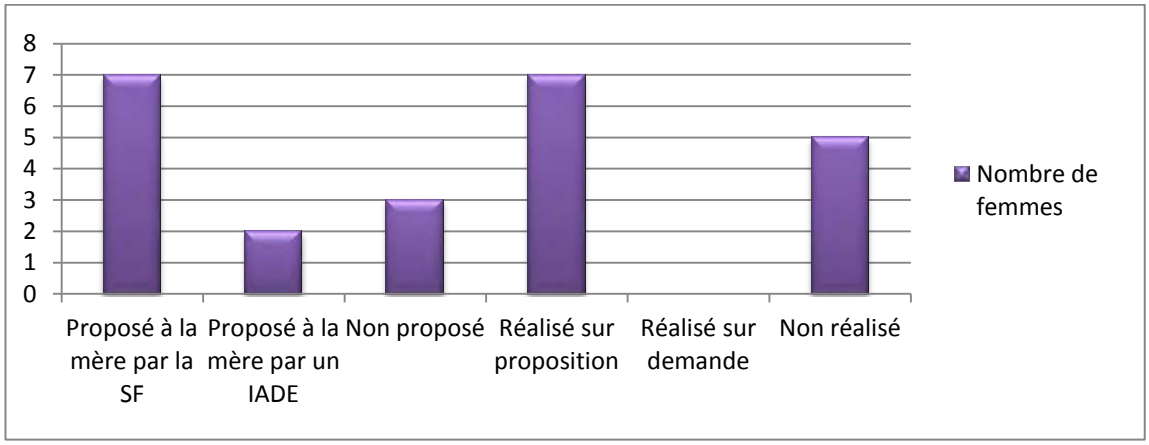
1 couple père-enfant n'est pas accepté en SSPI donc 13/14 nouveau-nés sont acceptés en SSPI.

3/13 pères ne sont pas acceptés en SSPI.

→ Accueil en SSPI (sur un effectif de 13 nouveau-nés) :

La totalité des nouveau-nés sont amenés en SSPI par la sage-femme en incubateur.

→ Pratique du peau à peau mère-enfant (sur un effectif de 12 mères) :



Graphique 9: nombre de femmes en fonction de la pratique du peau à peau

Pour les 5 mères n'ayant pas réalisé le peau à peau :

- La pratique du peau à peau n'a pas été proposée à 3/5 mères et elles n'ont pas été demandeuses quant à cette pratique.
- 2/5 mères ne pouvaient être installées en peau à peau avec leur enfant car dans un premier temps, à la suite de l'intervention, elles avaient des nausées et vertiges. La pratique du peau à peau ne leur a jamais été reproposée par la suite.

A noter la situation particulière des jumelles : la mère a été installée en peau à peau avec une des jumelles et le père a été installé en peau à peau avec l'autre jumelle, en SSPI. Ils ont pratiqué le peau à peau pendant 20 minutes avec chacune des jumelles qu'ils se sont échangés.

L'installation en peau à peau réalisée pour les 8 couples mère-enfant a duré :

- en moyenne 27 minutes.
- un minima de 16 minutes.
- un maxima de 38 minutes.

Condition d'installation :

- Aucune mère n'a reçu d'explication quant à la pratique du peau à peau.
- Pour 7/7 couples mère-enfant, l'environnement a été adapté et l'intimité préservée (notamment par l'installation d'un paravent).
- La durée moyenne d'installation du nouveau-né en peau à peau avec sa mère est de 3 minutes et 15 secondes avec un minima de 1 minute et un maxima de 5 minutes.
- 6/8 nouveau-nés ont été installés sur le côté.
- 2/8 nouveau-nés ont été installés sur le ventre.

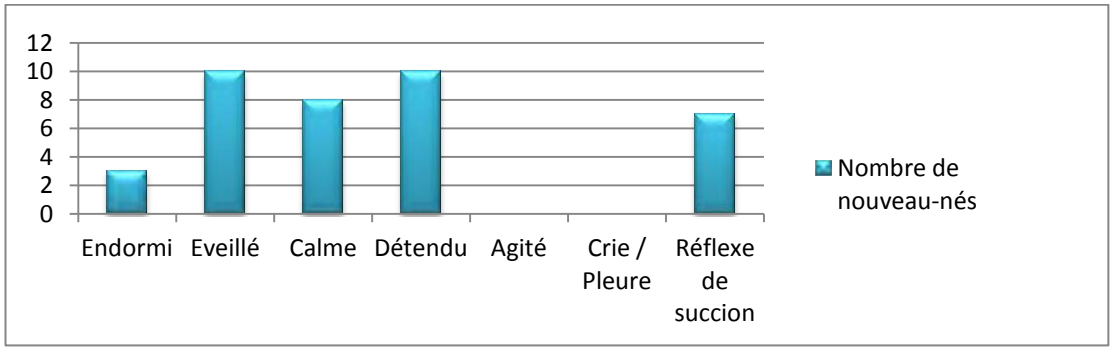
A noter qu'une sage-femme propose une mise en peau à peau de l'enfant, à sa patiente mais qu'elle installera l'enfant en portage : le nouveau-né est emballé dans 2 alléses puis posé sur la mère.

→ Pratique du portage mère-enfant → sur un effectif de 12 mères :

Pour les 3 mères dont le peau à peau n'a pas été proposé, le portage leur a été proposé.

- 2/3 mères vont réalisés le portage sur proposition de la sage-femme.
- 1/3 mère refusera le portage pour cause de tremblements dus à l'anesthésie.

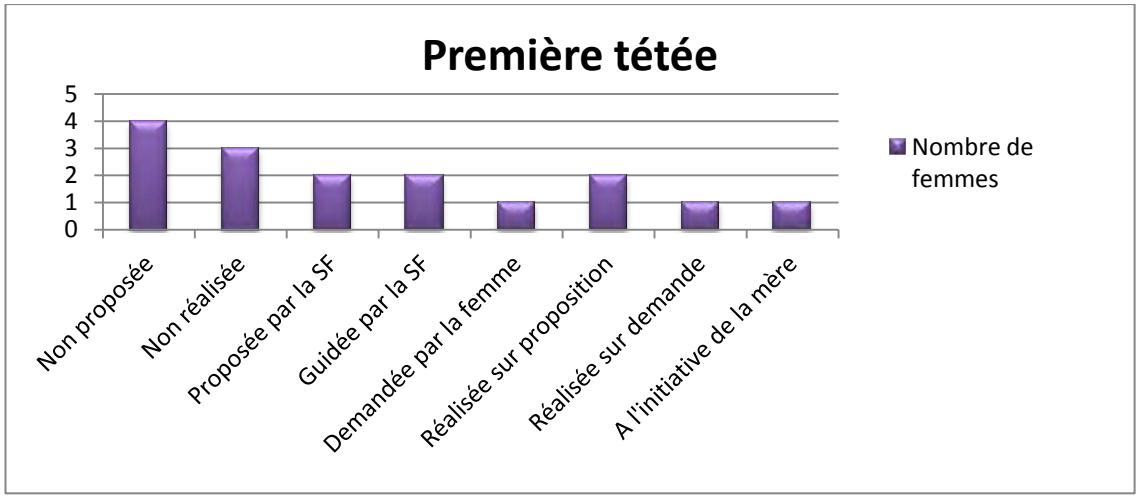
→ Observation des enfants placés en peau à peau ou en portage avec leur mère (un enfant est observé en incubateur puisqu'il ne réalisera aucune des deux pratiques) :



Graphique 10: nombre de nouveau-nés en fonction de leur comportement en peau à peau ou portage

→ Allaitement :

7/13 mères souhaitent allaiter et réaliser une tétée précoce.



Graphique 11: nombre de femmes en fonction de la réalisation de la première tétée

Pour les 3 mères souhaitant allaiter mais n'ayant pas réalisé de première tétée :

- Pour 1 mère, l'enfant n'était pas accepté en SSPI. A noter que cet enfant sera nourri par un biberon de lait artificiel.
- Pour 2 mères, la première mise au sein n'a pas été proposée à la mère et la femme n'a pas été demandeuse quant à cette pratique. A noter que pour une mère, un biberon de lait avait été préalablement donné à l'enfant par le père, avant que celle-ci ne rencontre son enfant. Pour l'autre mère, l'enfant ne sera ni allaité, ni alimenté par un biberon.

La pratique du peau à peau a déclenché ou accentué le réflexe de succion chez l'enfant pour 6/7 nouveau-nés ayant bénéficié de cette pratique.

Le portage a déclenché ou accentué le réflexe de succion chez les 2 nouveau-nés installés dans les bras de leur mère.

Pour les 6 mères ne souhaitant pas allaiter, leurs 7 bébés seront nourris par biberon, donné en SSPI par la mère ou le père.

→ Ressenti des mères :

- 12/13 mères regardent leur(s) enfant(s) et semblent souriantes.
- 8/13 mères verbalisent leur satisfaction.
- 1/13 mère verbalise sont impatience et son appréhension quant à ses retrouvailles avec son nouveau-né et son conjoint.

→ Surveillance par la sage-femme :

Pour la totalité des femmes, la surveillance est discontinue. La fréquence de passage de la sage-femme varie de 2 à 6 surveillances.

On note une différence de fréquence de surveillance selon le type de césarienne. Si celle-ci est programmée, la fréquence de surveillance par la sage-femme est de 2 à 3 fois en deux heures de post-partum. Si la césarienne est réalisée en urgence, elle est de 5 à 6 surveillances en deux heures de post-partum.

- L'enfant doit quitter la SSPI :

1/13 nouveau-né doit quitter assez rapidement la SSPI en raison de l'activité dans celle-ci.

Le père restera en permanence avec son enfant jusqu'au retour en service de maternité.

Le père et l'enfant seront installés à nouveau en salle de réanimation nouveau-né.

L'enfant quittera la SSPI en incubateur et restera en incubateur jusqu'à la fin de la surveillance. Il restera pendant 1 heure et 2 minutes en incubateur.

Ni le peau à peau ni le portage ne seront proposés au père pendant ce temps. Celui-ci n'en fera jamais la demande.

- Surveillance particulière :

Dans notre étude, deux patientes présentent un diabète gestationnel équilibré sous régime. Une glycémie capillaire sera donc réalisée une heure après l'alimentation de l'enfant par un prélèvement au talon. Pour les deux nouveau-nés nécessitant cette surveillance, le prélèvement a été réalisé au moment de l'habillage de l'enfant celui-ci étant installé en incubateur.

- Retour en service de maternité :

- La totalité des nouveau-nés partiront en service de maternité séparément de leur mère.

- La mère retourne en service de maternité au moyen d'un lit transport. Certaines mères resteront plus d'une heure à attendre après la fin de leur surveillance. L'enfant et le père retournent en général en service de maternité après les deux heures réglementaires de surveillance du post-partum immédiat.

- Transmissions écrites dans les dossiers de la mère et du nouveau-né :

→ Peau à peau :

Une remarque est réalisée concernant la pratique du peau à peau dans un dossier : « Ne souhaite pas de peau à peau ».

Pour 12/13 dossiers, la pratique ou non du peau à peau n'est pas indiquée.

→ Surveillance de l'enfant :

Dans un dossier, il est mentionné : « bébé rose et tonique »

Pour 12/13 dossiers, l'état du nouveau-né n'est à aucun moment indiqué.

→ Alimentation de l'enfant :

- Pour un dossier, il est mentionné : « tétée non réalisée »
- Pour 1/13 dossier nous ne retrouvons ni la tétée, ni de biberon donné.
- Pour 10/13 dossiers, nous retrouvons le type d'allaitement choisi par la mère.
- Nous retrouvons inscrit dans les dossiers 9 biberons donnés pour 7 allaitements artificiels et 2 allaitements maternels. Pour 3/9 biberons, la quantité de lait donnée n'est pas indiquée.

Pour 12/13 dossiers, nous retrouvons une trace écrite uniquement de la sage-femme.

Pour 1/13 dossier, aucune trace n'est retrouvée dans le dossier concernant le peau à peau, la surveillance de l'enfant ou l'alimentation de celui-ci.

3.2 Entretiens semi-directifs :

- Une rencontre…

- Pour **4/13** mères, la rencontre avec leur enfant s'est **bien passée** :

« La rencontre s'est super bien passée, j'étais pressée de la voir. »

« Bah j'ai été ravie, c'est ma quatrième césarienne et c'est la première fois qu'on m'amène le petit au bloc [...] C'était une belle rencontre ! »

- Pour **7/13** mères, cette rencontre est **bouleversante** :

« Euh… Bouleversante je vais dire. Au niveau des émotions, je ne peux pas vraiment décrire ce qui s'est passé mais en une fraction de seconde, voilà… (Regarde son bébé) *Il devient votre raison d'être et puis tout devient concret »*

« C'était un instant merveilleux parce qu'on les a attendues pendant 38 semaines et c'est vrai que ça a été vraiment quelque chose… d'indescriptible même. Ca a été vraiment beaucoup d'émotions, rien que de les entendre pleurer quand elles sont sorties de mon ventre ça m'a rassuré et j'étais très émue. »

« C'est magnifique, c'est magique… En plus c'est une petite fille donc (larmes…) l'émotion monte parce que ça (sanglots) ça a été vite. Et quand je l'ai vu… Elle était magnifique… »

« Super émouvant, ce moment est magique. »

- Pour **1/13** mère, cette rencontre a été **rassurante** :

« Je ne l'ai pas vu tout de suite au moment où il est né parce qu'ils l'ont emmené pour quelques vérifications mais après la sage-femme est venue pendant 5-10 minutes pour me le présenter. A ce moment là, c'était surtout l'inquiétude de savoir s'il allait bien, s'il avait tout ce qui fallait où il fallait… Donc la première rencontre m'a surtout rassurée. »

*- Pour **1/13** mère, cette rencontre était attendue avec **impatience** :*

« Bien, j'étais contente et très impatiente de rencontrer mon bébé. C'était long d'attendre après la césarienne. »

- Connaissance de la pratique du peau à peau

- 1/13 mère **ne connaissait pas** la pratique du peau à peau :

« Non, (explications) *... même pour mon aîné, je l'ai eu par césarienne aussi mais je n'avais pas eu ca, c'est il y a 9 ans en arrière. »*

- 12/13 mères **connaissaient** le principe du peau à peau :

« Oui, c'est mettre l'enfant sur la peau, qu'ils ressentent la chaleur. »

« Bah… C'est le contact… on va dire, de l'enfant nu contre la peau. Oui je connais le principe. »

→ Pour les mères connaissant la pratique du peau à peau :

- 1/12 mère l'avait pratiqué pour **un premier enfant** :

« Mon premier je l'avais eu en peau à peau. »

- 7/12 mères ont entendu parler de la pratique du peau à peau dans les **médias** ou dans les **magazines** :

« Je crois que c'était à la télé. J'avais vu un reportage et puis une fois, une sage femme avait mis le bébé d'une femme qui venait d'accoucher sur le torse de son papa en fait. C'est de là que j'ai connu ça mais moi je n'ai jamais fait de peau à peau avec mes premiers. »

« Par des reportages surtout à la télé. »

« Par les médias, les magazines, tout ça… »

- 2/12 mères connaissaient la pratique du peau à peau de par leur **métier** :

« Moi, je suis infirmière donc dans mes études j'ai eu un module de pédiatrie alors à ce moment là on en avait parlé. »

- 2/12 mères ont entendu parler de la pratique du peau à peau lors de leur participation aux **séances de préparations à la naissance** :

« Par les cours de préparation à la naissance que j'ai fait ici. »

« Il me semble que c'était pendant les cours de préparation à la naissance auxquels j'ai participé. »

- Les femmes se sentent-elles prêtes à pratiquer le peau à peau après une césarienne ?

- **12/13** mères se sentaient **prêtes** à pratiquer le peau à peau avec leur enfant juste après la césarienne :

« Mmh… Oui, parce que ça a été automatique, quand je l'ai vu euh… et que j'étais bien consciente de tout, c'est automatique, on a envie tout de suite de la prendre. »

« Oui, j'en avais envie en plus. »

« Oui, d'ailleurs j'ai pleuré (rires) *»*

- **1/13** mère **ne se sentait pas prête** à pratiquer le peau à peau avec son enfant juste après la césarienne :

« Non, de toute façon on était en SSPI alors non. Ca aurait été une voie basse, pourquoi pas ça aurait pu être faisable, mais pas là. Parce qu'en sale de réveil, c'est moins… c'est par pudeur. »

- Possibilités de réalisation du peau à peau et envies…

- Pour **8/13** mères, le peau à peau a été **réalisé en SSPI** :

« Oui, quand je suis sortie du bloc, ils me l'ont mis tout de suite sur moi. »

« Oui, on me l'a proposé. »

- Pour **5/13** mères, le peau à peau **n'a pas été réalisé** :

« Non. Bah déjà, on ne me l'a pas proposé et à ce moment la j'étais dans le gaz... »

« Non, on me l'a proposé mais par pudeur, je n'ai pas eu envie de le faire. On en montre assez comme ça (rires)*. »*

« Non, je n'ai pas fait de peau à peau. J'ai eu des petits soucis dus à l'anesthési,e c'est-à-dire qu'elle a provoqué chez moi des tremblements sur toutes les parties du corps qui n'étaient pas anesthésiées, donc tout le haut du corps, les bras, la tête donc c'était un peu compliqué… »

→ Pour les mères n'ayant pas pu pratiquer le peau à peau en SSPI :

- Pour **5/5** mères la pratique du peau à peau ne leur a **jamais été reproposé** en service de maternité :

« Non c'est vrai que personne ne m'en a reparlé. »

« Non je ne crois pas, on ne me l'a pas reproposé ! »

- 4/5 mères **auraient souhaité le pratiquer** en service de maternité à leur retour :

« Oui, j'avais entendu que c'était bien pour l'enfant alors j'aurais aimé qu'on me le propose. »

« Oh oui, parce que c'est quand même un moment de détente et de rencontre avec le nourrisson. »

« Oh oui, tout à fait, parce que c'est sympa d'avoir son enfant tout contre soi. C'est tout beau, c'est tout chaud… et puis c'est le début, les premières rencontres alors ça m'aurait plu. »

« Oui, j'aurais bien aimé. C'est vrai que pour moi la première rencontre s'est faite ici (service de maternité) *et j'aurais bien aimé rencontrer mon bébé comme les autres mamans qui accouchent. »*

- **1/5** mère n'ayant pu pratiquer le peau à peau en SSPI, **ne ressentait pas le besoin de le pratiquer** :

« Je ne sais pas, pas spécialement. Je le prends dans mes bras. Tant que j'avais mon bébé avec moi, c'était le plus important. »

- Ressentis des mères quant à la pratique du peau à peau…

- Pour **2/13** mères la pratique précoce du peau à peau a été un **moment intense** :

« Bah, par rapport à l'accouchement normal où tu peux avoir tout de suite le bébé dans les bras, ce que je n'ai pas eu la première fois, là c'est vraiment un moment intense quoi. J'ai vraiment bien apprécié ! »

« C'est une drôle de sensation, c'est à vivre une fois au moins ! C'est un moment très fort. »

- Pour **5/13** mères la pratique précoce du peau à peau est un **contact privilégié** entre la mère et son enfant :

« C'est vrai qu'il y a tout de suite ce contact humain, euh… La chair de sa chair, je ne sais pas. Et puis on a l'impression que pour lui c'est un besoin aussi. Même encore maintenant, on sent qu'il recherche beaucoup le contact. Même avec le papa, sur le tee-shirt, on sent, il monte jusqu'à sentir sa peau, c'est marrant ! »

« Peut être un contact plus fort, parce que sentir tout le corps de son bébé, comme quand il était dans le ventre… Ca fait quelque chose de différent. »

« Un contact qu'on ne peut pas avoir avant, voilà… un contact très important… Tout de suite on a une relation fusionnelle, qui continue hors du ventre, c'est une fusion avec le bébé à ce moment là. »

« C'est peut être pour la continuité, comme on l'a neuf mois à l'intérieur du ventre, on le sent différemment. Donc l'avoir contre soi pendant un certain temps, c'est pouvoir l'observer et ressentir un peu plus tout son corps. »

- **2/13** mères relatent que la pratique précoce du peau à peau **favorise le lien** entre la mère et l'enfant :

« Je pense que ça permet de s'attacher aux bébés tout de suite. De les sentir contre soi, ça renforce déjà les liens. »

« Il y a un lien qui se fait. On l'a déjà mais il est plus fort car on l'a dans les bras. »

- Pour **2/13** mères la pratique précoce du peau à peau les **a rassurées** :

« Ca m'a détendu et rassuré. On en oublie un peu notre douleur et les tracas par là où on est passé. »

« Ca m'a rassuré, essentiellement, de savoir qu'il allait bien et ça m'a fait retomber la pression, je pense. Parce que tout s'est précipité un peu ! Entre le moment où on se dit « il n'y a rien qui marche » et puis le moment où on va en césarienne, j'étais bien paniquée. De l'avoir sur moi et de le rencontrer, ça m'a bien fait retomber la pression. »

- Pour **1/13** mère, la rencontre en peau à peau avec son nouveau-né **aurait été *« plus agréable ».***

- Pour **1/13** mère la pratique précoce du peau à peau **n'apporte *« rien de plus ».***

- Le peau à peau, une expérience à renouveler ?

- **5/13** mères n'ont **pas pratiqué à nouveau le peau à peau :**

« Non, je n'en ressens pas le besoin. »

« Non, je le porte beaucoup contre moi mais nu, non pas encore. Je le ferai mais pour l'instant je ne suis pas encore très à l'aise avec mon corps, au niveau du ventre je ne suis pas encore très bien… »

« Pas en peau à peau vraiment mais sinon oui, je la prends contre moi bien sûr. Mais je n'ai pas refait de peau à peau encore parce que la césarienne me gêne encore un petit peu. Au début, j'avais la blouse, la perfusion, j'étais encombrée par tout ça et là c'est encore sensible au niveau de mon ventre. Mais je le referai plus volontiers à la maison. »

- 1 mère précise que **son conjoint**, lui, **pratique le peau à peau** :

« Non, je ne l'ai pas fait mais mon mari a pris le petit en peau à peau, contre lui. Si l'un l'a fait, on va dire… Après c'est vrai qu'à la maison, je suis souvent en petit débardeur donc je le ferai plus facilement chez moi. »

- 8/13 mères **ont à nouveau pratiqué le peau à peau** en service de maternité :
« Oui, je le fais encore, beaucoup. »
« Oui, quand ma mère l'a baigné hier, je lui ai demandé si elle pouvait me la donner après le bain pour que je fasse du peau à peau. »
« Oui, oui on l'a beaucoup refait. »

- Pour **13/13** mères, **aucune sollicitation** de la part du service n'a été réalisée quant à la pratique du peau à peau..
- 8/8 mères ont pratiqué à nouveau le peau à peau **spontanément**.

→ Pour les mères ayant à nouveau pratiqué le peau à peau en service de maternité :
- 3/8 mères **ont pratiqué le peau à peau à nouveau** pour calmer leur enfant :
« Je le fais spontanément pour le calmer un petit peu ou après la tétée, quand il est changé dès que tout est clean ou quand on voit qu'il est un petit peu ronchon, c'est une technique qui marche. »
« J'aime bien, ça les calme en général. »
« Je trouve que ça le calme souvent, après que je le change, quand je le mets à nu souvent je le prends un peu contre moi ou après le bain. »

- 1/8 mère a pratiqué le peau à peau à nouveau car elle **ressentait un manque** :
« Je l'ai fait spontanément parce qu'elle me manquait. »

- 4/8 mères ont pratiqué le peau à peau à nouveau pour être en **contact direct** avec leur enfant :
« J'avais envie de le sentir contre moi, comme avant. »
« Quand je suis redescendue dans ma chambre, le soir j'ai demandé à mon mari qu'il déshabille la petite pour que je la sente contre moi. L'accouchement c'est rapide et d'un coup le bébé est sorti et on ne le sent plus, ca fait bizarre … J'ai encore besoin de ce contact. »
« Et c'est moi qui l'ai mise contre moi parce que j'aime bien ce contact. C'est comme quand elle était dans mon ventre, je ressens un peu la même chose. »

- Ces moments marquants…

- Pour **2/13** mères, le moment le plus marquant est le **premier contact visuel** avec leur enfant :

« Le moment qui m'a le plus troublé c'est le premier regard, c'est cette image que je garde. »

- Pour **1/13** mère, le moment le plus marquant est le **premier contact auditif** avec leur enfant :

« Quand je l'ai entendu pleurer. Quand il est sorti du ventre, je ne voyais rien, et quand je l'ai entendu pleurer j'ai eu toute la pression qui est tombée, j'étais en larmes, enfin… la totale. »

- Pour **2/13** mères, le moment le plus marquant est le **premier bain** qu'elle a pu réaliser :

« Le bain de ce matin ! C'est moi qui lui ai donné et là, on a vu qu'il se plaisait dans l'eau. »

- Pour **2/13** mères, le moment le plus marquant est **l'allaitement maternel** :

« Je dirais… l'allaitement. J'avais peur de ne pas y arriver mais quand la sage femme l'a mis au sein, elle n'a pas cherché longtemps avant de trouver comment faire (rires). »

- Pour **6/13** mères, le moment le plus marquant est le **premier contact tactile** avec leur enfant :

« Le peau à peau, ouais ! Parce que… Je me suis même retrouvée tout de suite en pleurs tellement j'étais émue d'avoir mon bébé. D'ailleurs ça reste vraiment le seul moment que j'ai senti… c'est l'osmose à ce moment là. J'ai ressenti de l'émotion, tout passait quoi, la fin de la grossesse, le nouveau bébé, voilà quoi. »

« Difficile à dire car tout est merveilleux. Mais… ce qu'il me restera surtout c'est le moment où j'ai pris une de mes filles contre moi en peau à peau en salle de réveil, mon mari avait la deuxième aussi en peau à peau et après on les a échangées ! C'était magique. »

« C'est notre rencontre, quand je l'ai eu contre moi malgré les péripéties ambiantes, je sais que c'est ce moment que je retiendrai. »

- Et l'allaitement ?

- **7/13** mères **souhaitaient allaiter**.

- **4/7** mères ont pu **réaliser une tétée précocement**, en SSPI :

« J'ai pu réaliser la première tétée en salle de réveil. Sur le coup on ne se rend pas bien compte mais c'est vrai qu'ils ont le réflexe de se diriger sur le sein comme un automate. Sur le coup je n'ai pas ressenti, j'étais tellement… plus à l'observer. Le bébé s'est dirigé sur le sein mais même maintenant sur le papa, quand il le met au milieu, hop-là, il a tendance à chercher. (rires) *»*
« Oui et j'ai réalisé une tétée en salle de réveil et ça a été assez vite. Il a tout de suite trouvé le sein, j'ai eu cette chance là, ça s'est très bien passé tout de suite. Il a tout de suite su où il fallait aller et quoi faire ! »
« Oui, j'ai pu, et de la mettre tout de suite après c'est bien. On voyait qu'elle attendait que ça. »

Pour ces **quatre** mères, cette **expérience** a été **bénéfique** pour la suite de leur allaitement :
« Oui je pense parce qu'on m'a dit qu'il fallait tout de suite le mettre un maximum au sein pour qu'il y ait du colostrum qui se développe bien et qu'il y ait la montée de lait qui se fasse plus facilement. »
« Oui ça a été bénéfique parce que ça m'a montré qu'elle voulait téter. Donc forcément, ça m'a donné plus envie d'insister, de patienter, même si c'était dur de persévérer. »
« Ca a été bénéfique de pouvoir la mettre tout de suite, surtout pour que j'ai ma montée de lait. »

- 3/7 mères **n'ont pas** pu **réaliser de tétée précoce** :
« La première je l'ai faite ici (service de maternité) et elle s'est plutôt… bien passée. Elle a eu du mal a trouver le sein au début, elle a beaucoup cherché avant de prendre. Mais maintenant ça marche bien. »
« J'ai fait la première tétée après que je sois redescendue dans le service, ça a été un peu difficile les premières mises au sein. »

- **Au troisième jour** du post-partum, **6/7** mères continuent un **allaitement maternel exclusif**.
Et **1/7** mère **persévère** pour allaiter :
« On essaie de continuer car je n'ai pas encore eu ma montée de lait, donc le pauvre il suce pour rien, et il n'y a rien qui arrive. Du coup on lui donne des compléments depuis le début. »

→ Allaitement et peau à peau :

- **4/7** mères **ne savent pas** si la pratique du peau à peau a été bénéfique pour leur allaitement :

« Honnêtement je ne sais pas du tout… mais ça a été bénéfique dans tous les cas pour mon échange avec lui, pour le contact entre nous. »
« Je ne sais pas si ça peut aider pour l'allaitement mais en tout cas, ça permet un contact très fort entre nous. »

- **3/7** mères **pensent** que la pratique du peau à peau a été **bénéfique** pour leur allaitement :
« Oui, oui je suppose parce que de toute façon, on voit bien que c'est ce qu'il recherche. D'être directement collé contre moi, il a tout de suite cherché mon sein ! Et d'avoir ce rapport avec la mère, ça aide… Il se rappelle à mon avis d'un souvenir, l'odeur de la peau, il sait qui c'est et ça l'apaise. »
« Je pense oui, parce qu'elle a tout de suite eu le reflexe de téter quand je l'ai eu contre moi. Mais c'était surtout un moment magique, et ça créé des liens forts tout de suite, même avec le papa ! »

- Quelque chose à ajouter ?

- 12/13 mères n'ont pas réalisé de commentaire supplémentaire.
- **1/13** mère a tenu **à ajouter** :
« Le papa a un petit peu regretté qu'on ne lui ait pas proposé de pratiquer le peau à peau. On en avait entendu parler et on savait que c'était possible mais comme ils l'avaient mis dans la couveuse, il n'a pas osé demander. Après la césarienne, on ne sait pas pourquoi ils l'ont mise dedans, il s'est dit qu'elle en avait besoin alors il n'a pas demandé à pouvoir l'avoir. C'est dommage pour le premier contact… Il s'est bien rattrapé depuis. »

Troisième partie…

I. Réponses aux hypothèses posées.

Lors de césariennes programmées, l'intervention est un moment important pour la femme qui va mettre au monde son enfant. Ce jour, décidé à l'avance, est attendu depuis longtemps par le couple qui va enfin pouvoir faire la connaissance de son enfant.
Lors de césariennes en urgence, le bouleversement de la naissance est souvent générateur d'angoisses. La femme et le couple ne vivent pas l'accouchement qu'ils s'étaient imaginés tout au long de la grossesse. Pour la femme, la césarienne en urgence est souvent vécue comme un échec entrainant des sentiments de frustration et de culpabilité.
Le soutien et l'accompagnement de la sage-femme sont donc primordiaux lors de la prise en charge immédiate de ces femmes, de ces couples, de ces familles en devenir…

- *La césarienne a un impact sur la prise en charge du post-partum immédiat de la femme.*

Dans la société occidentale, on note une augmentation de la pratique des césariennes avec un taux stabilisé autour de 20% depuis 2010. Or, la césarienne n'est pas un acte anodin, elle entraîne la séparation de la mère et l'enfant. Les heures qui suivent la naissance de l'enfant sont un moment privilégié pour la rencontre de la mère et de l'enfant. Cette séparation n'est pas négligeable dans les processus d'adaptation de ce dernier à la vie extra-utérine et dans les processus d'attachement de la dyade mère-enfant.
Dans notre étude, si l'enfant peut entrer en SSPI pour rejoindre sa mère, le temps de séparation est en moyenne de 65 minutes. Si l'enfant ne le peut pas, le temps de séparation pour le seul cas observé fut de 3 heures et 30 minutes.
En première partie, nous avons distingué 3 types de peau à peau **[22]**. Il est préconisé un contact peau à peau à la naissance ou très précoce. Or, lors d'une césarienne, le temps de séparation moyen est tel que ces contacts ne peuvent être réalisés. Seuls des mises en peau à peau précoce (entre la première heure de vie et les 24 heures suivant la naissance) peuvent être réalisés. La césarienne influe donc sur cette prise en charge empêchant la pratique du peau à peau dès les premiers instants de vie de l'enfant.

Dans notre première partie, nous avons insisté sur l'importance des premières heures suivant la naissance. Les deux premières heures sont les plus propices à la rencontre mère-enfant. Elles favorisent les premières interactions comportementales, affectives et fantasmatiques des deux partenaires. Ainsi, ces premières interactions sont à l'origine du processus d'attachement entre la mère et l'enfant, qui se noue au moment de la naissance. La césarienne entraînant une séparation du couple mère-enfant va modifier ces premières

interactions. En effet, les premières interactions entre la mère et l'enfant ont lieu dans un contexte particulier. Le tout premier contact est majoritairement visuel, juste à la naissance de l'enfant et dure en moyenne 34 secondes puis l'enfant est emmené pour la réalisation de ses soins. La mère pourra ensuite bénéficier d'un second contact lorsque les soins seront terminés : celui-ci est en moyenne de 4 minutes et 40 secondes.

De plus, dans notre étude, nous observons que lors de ce second contact, pour 6/9 mères l'environnement n'est pas propice à la rencontre mère-enfant et la moitié de ces mères n'auront pas les mains détachées pour pouvoir entrer en contact direct avec leur enfant. Ainsi, après neuf mois de communion entre la mère et l'enfant, la pratique de la césarienne entrainera une rencontre furtive entre la mère et l'enfant avec des contacts restreints puis inévitablement, leur séparation.

Dans notre étude, le mode de césarienne influe sur la prise en charge des professionnels de santé. En effet, les professionnels de santé sont plus présents lorsque la césarienne a été réalisée en urgence. Nous notons une fréquence de surveillance, pendant les deux heures du post-partum immédiat, de 2 à 3 fois lorsque la césarienne est programmée contre 5 à 6 fois lorsque celle-ci est réalisée en urgence. Rappelons que la fréquence de surveillance s'effectue environ toutes les vingt minutes. Le mode d'accouchement ne devrait pas influer sur le rythme de prise en charge du post-partum immédiat.

Il est également important de prendre en compte le bouleversement que représente la césarienne pour les femmes. Elles doivent offrir leur confiance totale à l'équipe médicale et notamment à la sage-femme qui s'occupera de son enfant dès les premiers moments de vie. Aussi, les informations prodiguées par la sage-femme seront essentielles au bon déroulement et au vécu de l'acte chirurgical de la femme.

Soulignons également les difficultés liées à l'anesthésie. En effet, celle-ci peut entraîner différents troubles secondaires qui vont empêcher ou restreindre les contacts entre la mère et l'enfant. Ainsi dans notre étude 3/13 mères ont été gênées par notamment des tremblements et des nausées. Ces mères ne se sentent alors pas capable de tenir leur enfant. Il faut également préciser que, dans notre étude, la pratique du peau à peau est directement proposée aux femmes, dès que l'enfant est installé en SSPI. Même si les effets de l'anesthésie s'estompent au fur et à mesure du temps, la pratique du peau à peau ne sera jamais reproposée aux femmes par la suite.

Aussi, lors de césarienne, la mère et l'enfant retournent en service de maternité séparément. La mère y est amenée après appel d'un lit-transport. Celui-ci met parfois plus d'une heure avant de mener la mère dans son service, le nouveau-né étant déjà en service de

maternité. Ces problèmes de logistique accentuent encore la séparation entre la mère et l'enfant dans les tous premiers moments de vie de celui-ci.

Enfin, notons que les transmissions écrites des professionnels lors de césariennes sont peu fournies. En effet, très peu d'informations sont retrouvées dans les dossiers de la mère et de l'enfant, la majorité des surveillances étant retranscrites sur le côté de la feuille d'anesthésie.

Dans notre étude les dossiers mère et enfant ne sont pas suffisamment utilisés. En effet, seulement 1/13 dossier évoquera le peau à peau : « Ne souhaite pas de peau à peau ». Pour les autres patientes, le service de maternité prenant la suite de la prise en charge de la mère et de l'enfant n'aura aucune précision sur cette pratique. Les femmes ont-elles eu l'occasion de pratiquer le peau à peau ? Pendant combien de temps ont-elles pu être en contact avec leur enfant ? Ne souhaitaient-elles pas réaliser de peau à peau ? Toutes ces questions sont importantes pour la suite de la prise en charge du couple mère-enfant. De plus, seul un dossier, évoquera le comportement du nouveau-né : « bébé rose et tonique ». Dans les 12 autres dossiers, aucune trace écrite n'est retrouvée évoquant la surveillance de l'enfant.

De plus, nous constatons que les transmissions écrites des professionnels concernant l'alimentation de l'enfant ne sont pas assez détaillées. Certains dossiers ne préciseront pas le mode d'alimentation choisi par la mère. Pour 3/9 biberons, la quantité de lait donnée n'est pas indiquée. Notons également qu'aucune information n'est retrouvée concernant la première tétée : comment l'enfant a-t-il tété ? Son action était-elle efficace ?

Il est nécessaire d'inscrire dans les dossiers la prise en charge de la mère et de l'enfant. Ces informations sont médico-légales et permettent au service de maternité de connaître la prise en charge initiale de la mère et de l'enfant. La poursuite de la prise en charge pourra alors se faire dans les meilleures conditions possibles. Ainsi renseigné, le service peut être au courant du temps passé entre la mère et l'enfant. Si celle-ci n'a pas pu être réalisée, le service pourra être plus attentif et accompagner au mieux cette première rencontre. De plus, le service de maternité doit pouvoir retrouver toutes informations de surveillance au travers des transmissions écrites, permettant de réaliser la continuité de sa prise en charge. Rappelons que l'alimentation et la surveillance du nouveau-né font parties des compétences de la sage-femme.

Il s'agit, ici, d'un manque de retranscription de la surveillance de l'enfant par les professionnels de santé. Cet absence d'information est peut-être en lien avec la valeur accordée au peau à peau dans les soins post-nataux ? Est-ce simplement dû à un manque d'intérêt pour le peau à peau et l'alimentation de l'enfant qui semblent secondaires par rapport à d'autres éléments comme la surveillance de la femme (paramètres vitaux, tonicité

de l'utérus et pertes sanguines) ? Est-ce que les dossiers suscitent à renseigner cette pratique ?

Ainsi nous pouvons renseigner notre première hypothèse. La césarienne a bien un impact sur la prise en charge du post-partum de la femme. La séparation entre la mère et l'enfant est inévitable et se produit généralement dans la première heure de vie de l'enfant. Or, comme nous l'avons précédemment vu, c'est à ce moment précis que les sens du nouveau-né sont en éveil pour toute interaction. Il serait donc intéressant de minimiser cette séparation. Depuis l'augmentation du nombre de césariennes dans notre société, la prise en charge de la mère et du nouveau-né s'est modifiée. Mais alors, depuis que ce taux s'est stabilisé, qu'ont mis en place les organisations pour pallier à la séparation mère-enfant et permettre la rencontre de la mère et du nouveau-né dans les meilleures conditions ?

- *La pratique du peau à peau est un acte de soins sous utilisé à la suite d'une césarienne.*

Comme la pratique du peau à peau n'est pas compatible directement après la césarienne entre la mère et l'enfant, la présence du père au bloc opératoire entraîne de nombreux bénéfices. En effet, le père peut d'abord vivre la naissance de son enfant et partager ce moment avec sa conjointe. Cette naissance, vécue à deux, a une influence positive dans le processus de parentalité. De plus, la présence du conjoint rassure la femme et ensemble, ils abordent plus sereinement et acceptent plus facilement la césarienne. Le père permet le lien entre la mère et l'enfant lors de leur séparation. Il pourra par la suite rapporter, échanger avec la mère sur les soins prodigués à l'enfant et son parcours. Le père comble ici l'absence de la mère et sa présence lui permet de vivre et de s'impliquer dans la naissance de son enfant.
Ainsi, le père est le témoin des premiers soins procurés par la sage-femme, des premières minutes de vie de son enfant. Il reste ensuite avec son enfant, en attendant que la mère soit installée en SSPI. C'est à ce moment que se réalisent les premiers contacts physiques entre le père et l'enfant. En effet, après neuf mois, le père découvre enfin ce petit être tant attendu : cette rencontre est donc primordiale.

Le type de césarienne et son indication reste encore un frein à la présence systématique du père au bloc opératoire. En effet, la réalisation d'une césarienne en urgence ou programmée entraînant un risque pour le nouveau-né contre-indique la présence du père au bloc opératoire. De plus, certains couples ne sont pas clairement informés des possibilités d'accompagnement du conjoint lors de la césarienne.

Dans notre étude, 12/13 pères étaient présents au moment des premiers soins de leur enfant permettant ainsi leur première rencontre. 11/12 pères resteront en permanence avec leur enfant. Par ailleurs, un père est finalement isolé de la prise en charge de son enfant sans raison particulière. Dans ce cas, quel est l'intérêt de permettre au père sa venue jusqu'au bloc opératoire s'il lui est ensuite impossible d'être acteur dans la prise en charge de son enfant ?

Nous nous apercevons également, que l'installation est inadaptée pour 6 pères, dont 3 n'ayant même pas de moyens pour s'asseoir. Or, les enfants installés en incubateur ne sont pas placés à la même hauteur que le père, limitant leurs échanges. De plus, le fonctionnement de l'incubateur n'est pas expliqué systématiquement, notamment concernant l'ouverture des lucarnes de l'incubateur. 4/11 pères ne rentreront donc pas en contact physique avec leur enfant lors de cette première rencontre. L'incubateur ici représente une barrière entre le père et l'enfant. La sage-femme a donc un rôle essentiel à jouer pour l'information et l'accompagnement des pères ainsi que dans le soutien à la parentalité, la rencontre et les premiers contacts.

Ainsi, l'ensemble des nouveau-nés ont été installés en incubateur juste après leurs premiers soins. Les raison évoquées sont principalement en lien avec le risque d'hypothermie ou sans aucune indication énoncée. Nous pouvons donc en déduire que cette installation est réalisée de façon systématique, voire automatique. Cette prise en charge nous interpelle sur le manque d'interrogation de nos propres pratiques professionnelles au quotidien. Les causes évoquées sont-elles toujours recevables ? En effet nous avons énoncé que le peau à peau permet une bonne adaptation thermique de l'enfant. Aussi cette pratique n'apporterait-elle pas, en plus du maintien de la température corporelle, bien d'autres bénéfices ? Pourtant, le père devrait être considéré comme le premier soignant lors de la séparation entre la mère et l'enfant, lui conférant donc une place entière, lorsqu'il est présent.

Dans notre étude, pour 11/12 pères présents, la pratique du peau à peau n'a pas été proposé. Le couple ayant eu les jumelles a pu pratiquer le peau à peau en s'échangeant leurs enfants. Ce moment est décrit comme un moment intense marquant à tout jamais cette merveilleuse rencontre, élément déterminant dans leur parcours de vie : *« C'était magique ».*

Alors pourquoi ne pas utiliser davantage le peau à peau ? Cette pratique est un bénéfice considérable pour l'allaitement maternel et notamment lors de la première mise au sein. Les enfants sont reconnus plus calmes et donc plus énergiques lors de leur rencontre avec la mère, ils trouvent ainsi le sein plus facilement. Remarquons également que le portage n'est pas davantage proposé aux pères, hormis dans le but de donner un biberon.

Notons qu'aucun des pères n'a demandé à être installé en peau à peau avec son enfant. Est-ce dû à un manque d'information ? Les pères connaissent-ils leurs possibilités de prise en charge ? La proposition de l'installation du père en peau à peau n'est pas automatique. Est-ce en lien avec une méconnaissance théorique des professionnels de santé sur ce thème ? Un manque de disponibilité de la sage-femme dans l'installation et la surveillance de ce procédé ?
Il serait souhaitable que la pratique du peau à peau soit proposée à tous les pères lorsqu'ils sont présents. Ils devraient être préférés aux incubateurs. Les bénéfices sont notables tant dans l'établissement du lien père-enfant que dans les bénéfices d'adaptation de l'enfant à la vie extra-utérine.

Remarquons qu'une mère nous fait part du regret de son conjoint de ne pas avoir pu pratiquer le peau à peau après la naissance de son enfant. Ce père pratiquera spontanément le peau à peau en service de maternité, cela montre toute l'importance et les avantages de cette pratique pour certains couples. La raison de la mise en incubateur de l'enfant devrait également être expliquée aux pères, car celle-ci peut laisser supposer que l'enfant en a un réel besoin médical, sans autre alternative possible. Sans compter que le milieu hospitalier est un univers inconnu, même hostile pour toute personne extérieure.

Aussi, nous pouvons observer que les nouveau-nés placés en incubateur sont principalement actifs et recherche l'interaction. Ils sont pour la plupart éveillés et agités. Ces observations sont en concordances avec celles d'Anderson **[27]** montrant que la séparation mère-enfant est associée à des périodes excessives de pleurs et de cris.
De plus, dans notre étude, le réflexe de succion est fort prononcé notamment pendant la première heure de vie et l'installation en incubateur est en moyenne de 58 minutes. Or c'est précisément durant cette première heure de vie que tous les sens du nouveau-né sont en éveil pour favoriser la rencontre et les interactions de celui-ci avec son environnement. Cette observation rejoint celles de Winström **[21]** énonçant que le reflexe de succion chez le nouveau-né est, en moyenne, optimal après 45 minutes de vie.
L'optimisation de cet état d'éveil devrait être utilisée pour que le nouveau-né découvre ses parents, son environnement. La pratique du peau à peau est un moyen simple et efficace d'y contribuer, d'aiguiser l'instinct de survie et les réflexes archaïques du nouveau-né.

A la fin de la césarienne programmée ou réalisée en urgence, la mère est installée en SSPI. Les conditions ne permettent pas à tous les nouveau-nés et à tous les conjoints de rejoindre la mère. Ainsi 12/13 mères auront l'occasion d'avoir leur enfant en SSPI et pour certaines, leur conjoint sera également présent. C'est la première fois qu'ils sont tous les trois réunis et ils partagent leurs premiers moments d'intimité en famille.

Les premières interactions entre la mère et l'enfant sont donc primordiales pour favoriser la bonne adaptation de l'enfant à la vie extra-utérine et l'établissement du lien mère-enfant. La pratique du peau à peau a été proposée majoritairement par une sage-femme, et à deux reprises par un Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat. Notons que 3/12 mères n'ont pas bénéficié de cette opportunité. Cette pratique s'inscrit dans les compétences et responsabilités de la sage-femme, tant pour l'installation que pour la surveillance du nouveau-né. Quant aux autres professionnels non formés, ils n'ont pas nécessairement les connaissances et le savoir-faire optimum.

Lorsque la mise en peau à peau est réalisée, l'environnement est adapté à l'installation des couples mère-enfant. Un paravent est systématiquement disposé pour sauvegarder l'intimité de la famille. Par contre, l'installation du nouveau-né ne respecte pas les recommandations qui encadrent cette pratique : l'enfant n'est pas majoritairement placé en position ventrale sur la mère. Nous nous rendons compte que l'acte de soin n'est pas de qualité, ne respectant pas les principes de base qui ont peut-être été oubliés ? De plus, nous observons qu'il y a une légère confusion entre le peau à peau et le portage puisque dans un cas, les peaux de la mère et du nouveau-né ne rentraient pas en contact direct.

Soulignons l'importance d'un temps de contact prolongé en peau à peau : celui-ci doit être de 90 à 120 minutes pour être optimal **[23]**. Dans notre étude ce contact dure en moyenne 27 minutes. Parfois les conditions ne permettent pas à l'enfant et à la mère une aussi longue rencontre en SSPI. Notons qu'il sera toujours plus bénéfique au couple mère-enfant de réaliser un contact peau à peau de courte durée, que de ne pas en réaliser du tout. Les pratiques peuvent ici être améliorées par la réalisation de cette technique avec le père, celui-ci prenant le relai.

La sage-femme doit prendre le temps d'installer correctement l'enfant et d'informer les patientes sur la pratique du peau à peau. Dans notre étude, le temps moyen dédié à cette installation est de 3 minutes et 15 secondes. La totalité des mères ne recevront aucune information concernant la pratique du peau à peau. Or l'information préalable permettrait à la mère de comprendre les bénéfices de cette pratique. Ce manque d'information est il dû a une ignorance des professionnels de santé concernant cette pratique, dont les avantages sont de plus en plus reconnus chez le nouveau-né à terme, ou à un manque de disponibilité de leur part ?

Afin d'harmoniser les pratiques professionnelles et d'ancrer le peau à peau comme un soin à part entière, un protocole de prise en charge auprès des femmes césarisées pourrait être rédigé.

Le comportement du nouveau-né a été observé lors de la pratique du peau à peau ou du portage. Nous remarquons un changement radical des attitudes de l'enfant entre le moment où celui-ci est installé en incubateur et le moment où sa mère le porte. Les contacts entre la mère et l'enfant ont donc permis à celui-ci de se calmer et de se détendre. La mère étant également tranquillisée et rassurée par la présence de son enfant, un climat d'apaisement réciproque s'installe. Ces observations mettent en exergue celles retrouvées dans la méta-analyse de la Cochrane **[26]**. Nous observons également dans notre étude, que la pratique du peau à peau et du portage a déclenché ou accentué le réflexe de succion chez les nouveau-nés. Rappelons que les enfants ayant bénéficié du contact peau à peau ont une meilleure succion lors de la première tétée et arrivent plus rapidement à un allaitement efficace.

Concernant l'alimentation de l'enfant, nous constatons que certains facteurs empêchent les sages-femmes de répondre aux attentes des femmes. En effet, la prise en charge n'est pas toujours adaptée : est ce par facilité, par manque de temps ou par erreur que des biberons de lait sont donnés à des enfants dont la mère souhaite allaiter ? Il est important de rappeler que l'apprentissage de la tétée pour le nouveau-né s'opère lors des toutes premières mises au sein. Or, les techniques pour téter au sein et au biberon sont différentes. Il est donc primordial de ne pas tromper et déstabiliser l'enfant dans ses techniques d'apprentissage. Ainsi il est préférable d'éviter de donner des biberons aux enfants dont les mères souhaitent allaiter.
De plus, l'encadrement de l'allaitement maternel est une des missions de la sage-femme. Celle-ci doit être présente et guider la femme lors de sa première mise au sein. L'allaitement n'est pas chose facile, il est donc important d'être disponible pour aider et soutenir les femmes dans ce long parcours qu'est l'allaitement maternel.
Aussi, la pratique du peau à peau, permettant au nouveau-né de trouver le sein plus rapidement et d'effectuer une première tétée plus efficace, devrait être davantage encouragée pour ces femmes désirant allaiter.

Dans notre étude, deux nouveau-nés nécessitent une surveillance particulière dont précisément un prélèvement sanguin capillaire puisque deux patientes présentent un diabète gestationnel équilibré sous régime. Nous avons observé que ces prélèvements ont été réalisés au moment de l'habillage de l'enfant, celui-ci étant installé en incubateur. Or, nous avons souligné l'importance de la pratique du peau à peau comme effet analgésique et notamment lors de ce type de prélèvement par l'étude de Gray **[29]**.
Il serait donc astucieux de placer les nouveau-nés en peau à peau pour réaliser ces prélèvements. La mère n'étant pas forcément disponible à ce moment précis, le père

pourrait prendre le relai du peau à peau pour réaliser le prélèvement et ainsi diminuer la douleur et favoriser le sentiment de sécurité du nouveau-né.
Cependant, il est nécessaire de garder à l'esprit que le peau à peau ne doit pas systématiquement et uniquement être associée à des évènements désagréables pour l'enfant, au risque de provoquer l'effet inverse.

Donc, nous confirmons notre deuxième hypothèse car le peau à peau est un acte de soin sous utilisé voire même peu utilisé chez les femmes césarisées. Il est dommage de s'apercevoir que le père n'est pas davantage investi par les professionnels comme véritable partenaire de soin.

- *La pratique du peau à peau permet à la mère une rencontre particulière avec son bébé.*

La rencontre entre la mère et le nouveau-né est un moment primordial. C'est ici que la mère prend conscience de la présence de ce petit être et que débutent les mécanismes d'attachement et de reconnaissance entre ces deux partenaires.
Lors des césariennes, elle est souvent différée et réalisée dans des conditions particulières. Il ne faut donc pas négliger cet instant et permettre à la femme et à son nouveau-né de se retrouver dans les meilleures conditions possibles, en préservant au mieux leur intimité. C'est un moment dont les femmes se rappelleront toute leur vie, il en est donc du devoir de la sage-femme de répondre aux attentes de ces femmes et de leur enfant et d'accompagner ce moment si singulier.

Nous avons pu observer dans notre étude que la rencontre de l'enfant et de la mère atteint plusieurs cibles. Elle est vécue par les femmes comme bouleversante, rassurante. Il est donc primordial de soigner cette rencontre dont la mère mémorisera chaque détail.
Il est intéressant de souligner que même juste après l'acte chirurgical, les mères sont prêtes à accueillir leur enfant en peau à peau. La césarienne et l'anesthésie ne sont donc pas des facteurs limitant cette pratique dans un premier temps sauf lors de présence d'effets secondaires. Mais nous nous apercevons que seules 8/13 mères en ont bénéficié en SSPI. Il est important de sauvegarder l'intimité du couple mère-enfant car une mère n'était pas favorable à la pratique par pudeur.

Pour les cinq mères n'ayant pu réaliser de peau à peau en SSPI, aucune action n'a été proposée en ce sens en service de maternité. Or, quatre d'entre-elles auraient souhaité le pratiquer à leur arrivée en service de maternité. Une mère souligne la différence de prise en charge entre une femme césarisée et une femme qui accouche par voie basse : *« j'aurais*

bien aimé rencontrer mon bébé comme les autres mamans qui accouchent ». Les femmes césarisées peuvent donc se sentir différentes des autres mères. Leur permettre de rencontrer leur enfant par la méthode du peau à peau comme les femmes accouchant par voie basse, majorerait l'acceptation de l'acte chirurgical. Alors que ressentent ces femmes lors de la pratique du peau à peau et quelles croyances existent-ils ?

La pratique du peau à peau n'est pas un acte anodin puisqu'elle créée différentes émotions. Dans notre étude, nous avons observé que 2/13 mères vivent le peau à peau comme un moment intense, très fort. En effet, c'est pour la mère, le premier contact physique direct avec son enfant. Il ne faut pas oublier que la femme a porté pendant près de neuf mois son enfant, qu'elle attend avec impatience de pouvoir le prendre dans ses bras, contre elle, et de pouvoir le découvrir. Lors de la césarienne, la mère et l'enfant sont séparés dès la naissance. Ceci est difficile à vivre pour certaines mères qui peuvent éprouver le sentiment de passer à côté des premiers instants de vie de leur enfant. La rencontre symbolise leurs retrouvailles et le début de leur découverte. La pratique du peau à peau paraît donc être un merveilleux moyen de découvrir son enfant.
De plus, pour 5/13 mères la pratique précoce du peau à peau est un contact privilégié pour elles et leur enfant. Ainsi la mère peut découvrir à souhait ce petit être qui vient de naître. Ce contact peau à peau est également vécu comme une continuité : *« C'est comme quand elle était dans mon ventre, je ressens un peu la même chose »*. L'enfant porté dans le ventre maternel est, après sa naissance, installé sur le ventre maternel. Une mère évoquera également qu'elle a vécu la pratique du peau à peau comme une *« fusion »* avec son bébé.

Dans notre étude, 2/13 mères mentionnent le *« lien »* particulier qu'apporte la pratique du peau à peau. Cette dernière encourage les comportements d'affection, de lien et d'attachement de la mère.
Ainsi, le vécu de ces mères confortent les dires de Dageville **[5]** énonçant qu'un lien d'attachement se noue au moment de la naissance.

Aussi, il ne faut pas négliger l'impact de la césarienne. La pratique du peau à peau se veut également apaisante et un moment de détente, après les épreuves passées. Dans notre étude, deux mères évoquent son caractère rassurant dans ce contexte : *« On en oublie un peu notre douleur et les tracas par là où on est passé »* ou encore *« Tout s'est précipité un peu ! Entre le moment où on se dit « il n'y a rien qui marche » et puis le moment où on va en césarienne, j'étais bien paniquée. De l'avoir sur moi et de le rencontrer, ça m'a bien fait retomber la pression »*. La pratique du peau à peau chez ces mères amène un sentiment de sécurité après toutes ces épreuves.

De plus, dans notre étude 8/13 mères ont, à nouveau, pratiqué le peau à peau en service de maternité. Cette pratique spontanée est réalisée pour différentes raisons. Certaines mères ont pratiqué le peau à peau pour calmer leur enfant, appuyant le fait que cette pratique apaise le nouveau-né. D'autres ressentent un vide après la naissance pouvant être comblé par la pratique du peau à peau. Une mère évoque même *« un manque »* du fait de l'absence du bébé dans son ventre. Et quatre mères ont utilisé cette méthode pour être en contact direct avec leur enfant. Ce contact étant ainsi perçu comme un besoin vital : *« J'ai encore besoin de ce contact »* ou *« j'ai aussi besoin de la sentir contre moi ».*

Enfin, pour les mères n'ayant pas pratiqué à nouveau le peau à peau en service de maternité, une mentionne qu'elle ne l'a pas refait par pudeur mais que son mari prend le relai en attente de le mettre en pratique dès son retour au domicile. Deux autres évoquent encore une gêne au niveau du ventre, et une mère ne formule pas de raison précise.
Pour la dernière, la pratique du peau à peau n'était pas nécessaire. L'important était que son bébé soit à ses côtés, le peau à peau n'apportant *« rien de plus »*. Elle ne ressentait pas le besoin de cette pratique. Pour certaines femmes, la pratique du peau à peau n'est pas nécessaire, le simple fait d'avoir leur enfant près d'elle suffit à les rassurer.
Il est essentiel de respecter les choix des patientes, toutefois il est important de s'enquérir que ces choix sont éclairés. Il serait alors intéressant de sensibiliser les femmes et le personnel soignant à cette pratique. Remarquons que pour la totalité des mères, le personnel ne les a jamais sollicitées à pratiquer le peau à peau en service de maternité.

Au final, quelque soit le moment où a été réalisé le peau à peau, la moitié des mères considèrent ce contact tactile comme le plus marquant de leur séjour (étude réalisée au troisième jour du post-partum).

Au regard des résultats de notre étude et de la littérature, il serait intéressant d'utiliser la pratique du peau à peau en secteur de maternité, comme moyen de rencontre lorsque les femmes n'ont pu avoir la chance d'avoir leur enfant auprès d'elle en SSPI. Ceci étant attendu avec impatience par les mères. Il serait donc important de penser, en équipe, ce moment de rencontre entre la femme et l'enfant pour recentrer l'intérêt du peau à peau et uniformiser la pratique professionnelle. Quoi de plus naturel que de proposer une approche tactile entre ces deux partenaires ? De les laisser se découvrir et s'appréhender par cette pratique?
Cette rencontre réalisée en service de maternité demande une attention toute particulière puisqu'elle est différée. Dans notre étude, nous retrouvons une seule mère dans ce cas qui précise que la rencontre en peau à peau avec son nouveau-né aurait été *« plus agréable ».*

Ainsi, nous pouvons observer que pour certaines mères la pratique du peau à peau est importante et beaucoup utilisée, corroborant notre hypothèse. Cette pratique naturelle amène à de nombreux bénéfices, elle se doit donc d'être précisément encadré et surtout largement proposée aux mères. Il est nécessaire de ne pas délaisser le père de cette pratique comme en témoigne une mère précisant le désir de réaliser le peau à peau par son conjoint.

Cette pratique, en favorisant les liens mère-enfant et père-enfant, contribue à l'élaboration des relations psychoaffectives de cette nouvelle famille et optimise les débuts de la parentalité.

- *La pratique du peau à peau et ses bénéfices sont peu connus de la population générale.*

Dans notre étude, seulement une mère ne connaissait pas la pratique du peau à peau. Pour les 12 autres mères, cette pratique était connue : la plupart des mères ont entendu parler de la pratique du peau à peau dans les médias ou dans les magazines, une mère l'avait déjà expérimenté aves son premier enfant, et pour deux, lors de leur participation aux séances de préparation à la naissance. Ainsi, nous pouvons réfuter une partie de notre hypothèse évoquant que la pratique du peau à peau n'est pas connue de la population générale.

Les femmes ne relèvent toutefois que deux bénéfices à cette pratique qui sont l'apaisement du nouveau-né et la favorisation du lien d'attachement entre la mère et l'enfant. Pourtant, un des principaux avantages reste l'optimisation de l'allaitement maternel.

L'étude a questionné les 7 mères allaitantes sur l'existence potentielle du lien entre le peau à peau et la réussite de leur allaitement. La totalité des mères n'entrevoient pas de lien direct mais 3 d'entre elles pensent que cette pratique peut être bénéfique, leur nouveau-né ayant une aisance lors de la tétée. Les avantages concernant l'allaitement maternel sont, pour ces 3 femmes, supposés au regard du comportement de leur enfant mais non connus. Pourtant, de nos jours, la société prône les bienfaits de l'allaitement maternel. Alors, pourquoi ne pas plus encourager les techniques favorisant ce type d'allaitement comme la pratique du peau à peau ? Les autres bénéfices de cette pratique tels que les effets analgésiques ou la colonisation bactérienne ne sont jamais évoqués.

Ainsi, nous pouvons confirmer partiellement notre hypothèse car seule la pratique du peau à peau est familière de la population générale sans pour autant en énoncer tous ses bienfaits. Au vu de la politique actuelle souhaitant voir augmenter le taux d'allaitement maternel en France, il serait intéressant de réaliser un outil permettant aux femmes de mieux connaître la pratique, la méthode et les nombreux bénéfices qu'apporte le peau à peau…

II. Propositions d'action

D'après la littérature et les résultats de l'enquête réalisée, il serait judicieux de sensibiliser les futures mères à la pratique du peau à peau. C'est pourquoi nous pourrions proposer la création d'une plaquette informative qui aurait un double objectif. Le premier objectif serait d'informer le public concerné à la pratique du peau à peau. Le second objectif serait de sensibiliser à nouveau les professionnels de santé par l'utilisation de cet outil comme support aux échanges.

Là encore dans un but informatif, il serait intéressant de créer une affiche qui pourrait être installée dans certains lieux comme les cabinets de sages-femmes libérales, les bureaux de consultations de grossesse, la salle de naissance… Ainsi, cette affiche sous un format de « flyers » pourrait être à disposition en salle d'attente ou distribuée aux patientes lorsque la pratique du peau à peau serait abordée.

Sur ces supports, nous retrouverions tout d'abord une définition de la pratique du peau à peau et ses grands principes. Les bénéfices de cette pratique, ainsi que la méthode d'installation de l'enfant y seraient développés.
Ces supports permettront donc de sensibiliser les futurs parents à cette pratique, et de leur donner de plus amples informations sur les avantages et l'installation en peau à peau. Les mères ou les pères pourraient ainsi s'installer seuls et reproduire chez eux la pratique du peau à peau dans les meilleures conditions possibles de sécurité.

Aux moments les plus propices, lors des consultations de grossesse notamment, les professionnels de santé éclaireront les patientes dans leur dialogue et pourront offrir un support auquel celle-ci pourra se référer à la maison. Les affiches, explicites, permettraient d'optimiser et d'harmoniser les discours des professionnels de santé concernant ce sujet. Ces supports informatifs s'intégreraient ici, dans un véritable soutien à la parentalité.

De plus, il pourrait être proposé une sensibilisation de la pratique du peau à peau par la présentation de ce mémoire, lors d'une réunion des professionnels de santé, pour l'équipe obstétricale et notamment pour les sages-femmes. Cette proposition me semble propice à ma future prise de poste, dans le cas où la pratique professionnelle concernant le peau à peau pourrait être optimisée.
Une feuille spécifique **[annexe III]** à la sensibilisation et à l'évaluation de la pratique du peau à peau pourrait ensuite être intégrée dans le dossier médical du nouveau-né. Elle pourrait être complétée d'items concernant la surveillance de ce dernier et de son alimentation. Ainsi, ces pratiques pourraient être décrites plus précisément et les informations seraient uniformisées et plus lisibles pour les différents services. A court

terme, il pourrait déjà être ajouté un item sur les feuilles de surveillance de la mère et du nouveau-né concernant la réalisation du peau à et peau ainsi qu'un item spécifique à l'alimentation du nouveau-né et à sa surveillance.
Aussi, des formations sur la pratique du peau à peau et ses bénéfices pourraient être prodiguées aux équipes. Notons que la sage-femme peut également jouer un rôle dans la formation continue des équipes. Et pourquoi pas le peau à peau ?

Il pourrait être envisagé dans le cadre de la démarche de certification exigée par la HAS **[47]**, de réfléchir dès maintenant à la mise en œuvre d'une évaluation de pratiques professionnelles autour du peau à peau, dans le cadre d'une prise en charge spécifique. En effet, des réunions pluridisciplinaires, où chaque professionnel s'engagerait, pourrait aboutir à la rédaction d'une procédure. Ce chemin clinique, comparé à des écrits de pratiques attendues permettra de le faire converger au plus près des recommandations. Ceci améliorera la pertinence des soins, la sécurité et la qualité à toutes les étapes de la prise en charge.

La pratique du peau à peau est donc une méthode abordable et naturelle qui permet de nombreux bénéfices. Cette pratique devrait être utilisée de nos jours comme technique de soin. Elle devrait être proposée systématiquement aux mères et un temps suffisant devrait être respecté pour en objectiver les bienfaits.
De plus, les pères ne devraient pas être mis à l'écart de cette pratique. Le père doit être considéré comme le premier soignant lors de l'absence de la mère. Le peau à peau est une méthode qui permet notamment à l'enfant de ne pas se refroidir, cette pratique avec le père devrait être préférée à une mise en incubateur de l'enfant. Nous avons pu observer que la thermorégulation de l'enfant installé en peau à peau est même meilleure.
Par ailleurs, le peau à peau permet une merveilleuse rencontre entre le nouveau-né et ses parents. Cette pratique est une continuité de la naissance où s'instaure les premiers liens, probablement les plus fondamentaux. Aujourd'hui, le peau à peau est fortement développé pour les accouchements voie basse, cette pratique devrait donc être optimisée lors de césariennes.

Enfin, si la mère n'a pas eu l'occasion de rencontrer son enfant en SSPI, une rencontre en service de maternité pourrait être organisée et le peau à peau pourrait être pratiqué. Car priver une mère de ces instants est toujours vécu douloureusement, il faut s'efforcer de les sauvegarder. Une attention toute particulière leur serait accordée lors de ce moment si particulier, la sage-femme accompagnant la mère et l'enfant sur le long chemin de la parentalité.

III. L'accueil du nouveau-né : un état d'esprit…

Ainsi, la naissance amène à de nombreux bouleversements. Le nouveau-né change d'univers auquel il doit s'adapter. Il va ensuite créer des liens et entrer en interaction avec d'autres personnes précédemment perçues durant sa vie fœtale. Il est donc nécessaire de préserver la phase d'éveil calme du nouveau-né, les deux heures suivants la naissance de l'enfant. Cette courte période est propice à la rencontre de la mère et de son enfant, à leurs échanges. C'est aussi un moment favorable à l'apprentissage et à la mémorisation de ces échanges, tout particulièrement bénéfique à l'allaitement maternel. Le nouveau-né canalise toute son énergie pour écouter, regarder et sentir. Il est donc du devoir des professionnels de mettre à profit cette période pour faciliter l'arrivée du nouveau-né dans notre monde.

Le peau à peau mériterait donc d'être davantage ancré au cœur du métier de sage-femme. En favorisant l'adaptation métabolique du nouveau-né, les contacts précoces, l'attachement de la dyade mère-enfant ainsi que l'allaitement maternel, cette véritable pratique de soin se doit d'être systématiquement proposée. Rappelons que la sage-femme est le professionnel de santé de référence pour la prise en charge du couple mère-enfant. La pratique du peau à peau doit donc être encadrée par des recommandations précises, minutieusement respectées par les professionnels ayant les connaissances et les compétences pour la prise en charge de celle-ci.

La sage-femme est garante de la sécurité de la mère et de son nouveau-né. Le code de la santé publique **[48]** énonce clairement les compétences de la sage-femme qui se doit d'être attentive au bon état de santé du couple mère-enfant. C'est à la sage-femme de dépister les éventuelles difficultés dans l'établissement des premiers liens mère-enfant. La pratique du peau à peau et sa surveillance peut l'y aider. Aussi, par ses compétences, la sage-femme est le professionnel de référence pouvant s'enquérir des désirs et des souhaits de la femme et du couple, afin de cibler au plus juste leur accompagnement et d'adapter leur prise en charge, au regard des réels besoins.
De plus, la sage-femme se doit, comme tout professionnel de santé, de mettre à jour ses connaissances aux données scientifiques du moment. Elle rentre dans un parcours de formation continue devenu obligatoire. Selon l'article R.4127-325 du code de la santé publique **[48]** :

« Dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né »

La pratique du peau à peau n'a, aujourd'hui, plus a prouver ses bénéfices devant être connus de tous. Cette pratique se doit d'être encouragée lors de la naissance de chaque enfant. La sage-femme est le premier interlocuteur du couple et de la femme pendant sa grossesse. C'est à ce moment qu'elle peut agir, en informant les couples des bienfaits du peau à peau précoce et en diffusant cette pratique. C'est aussi la sage-femme qui effectuera cette technique ainsi que sa surveillance, au moment de la naissance de l'enfant. Le peau à peau, réalisé dans des conditions de sécurité optimum, permettra donc la découverte de l'enfant dans le plus favorable des climats. C'est la sage-femme qui est responsable de la qualité et de la sécurité des soins prodigués.

Rappelons que la pratique du peau à peau a toujours existé et est réalisée de manière instinctive à la naissance depuis des millénaires et dans toutes les civilisations. C'est notre prise en charge moderne qui a tendance à oublier les bienfaits de cette pratique et à accroître la séparation mère-enfant…

Pour pallier à cette séparation lors de césariennes, de récentes pratiques voient le jour : certains relèvent le défi d'implanter la pratique du peau à peau au bloc opératoire, en salle de césarienne. En effet, après la naissance de l'enfant, il est possible de reculer le champ stérile pour dégager la poitrine maternelle et y poser le nouveau-né. La pratique du peau à peau peut alors être réalisée et les premiers contacts favorisés. La césarienne devient alors tout naturellement un accouchement par voie haute. A quand le développement de cette pratique dans toutes nos maternités françaises ?

Conclusion

Dans ce mémoire, nous avons mis en évidence la dimension essentielle de la pratique du peau à peau et de ses bénéfices. Le peau à peau est un moyen simple et naturel de permettre la rencontre entre la mère et son enfant. Cette technique existe depuis la nuit des temps mais a été peu à peu oubliée et mise de côté par la modernisation de nos sociétés. Revenant aux sources, cette technique reprend un essor lors d'accouchements voie basse. Mais alors, qu'en est-il pour les accouchements par césarienne ? Que priorisons nous aujourd'hui ? La technicité de la césarienne ou l'authenticité de la naissance de l'enfant favorisé par le peau à peau ?

Ma démarche de recherche visait deux finalités, évaluer les pratiques actuelles des professionnels de santé concernant la pratique du peau à peau chez les femmes césarisées et cerner les connaissances de ces femmes quant à cette pratique.
Même dans les contextes de césariennes, l'attention prioritaire doit rester centrée sur les conséquences physiques et psychologiques de cet acte trop souvent banalisées. Nous avons, par ce travail, pu mettre en évidence que la pratique du peau à peau est peu utilisée chez les femmes césarisées dont l'état médical le permet, ou du moins pas à la hauteur des possibilités offertes par les fonctionnements des structures. Il semblerait que les pratiques professionnelles soient dépendantes de la sensibilisation de la sage-femme à ce sujet : la mise en œuvre du peau à peau reste inconstante. Or, cette approche relève pleinement du rôle et de l'autonomie de la sage-femme.

La pratique du peau à peau est donc un outil essentiel au soutien à la parentalité et s'intègre pleinement au cœur du métier de sage-femme. Le suivi du peau à peau est primordial, tout comme les transmissions écrites des professionnels pour permettre une prise en charge de qualité. Elles sont le facteur de cohérence et de cohésion d'une équipe.
La sensibilisation des sages-femmes est donc essentielle et peut revêtir différents aspects, comme une formation sur la pratique du peau à peau, la rédaction de protocoles ou de supports informatifs. Toutes ces actions permettront à la sage-femme de favoriser, par le peau à peau, la prise en charge mère-enfant et ainsi leur permettre de vivre pleinement la richesse d'une naissance.

Bibliographie

[1] DAFFOS F., DOLTO-TOLITCH C., LECANUET J.P. et al., *Que savent les fœtus ?*, Ed. Eres, Collection 1001 bébés, 2001, 104 p., p.17-34.

[2] POMERLEAU A., MALCUIT G., *L'enfant et son environnement, une étude fonctionnelle de la première enfance*, Presse de l'université du Québec, 1983, 394 p., p.17-41.

[3] CORRÊA DA NOBREGA QUEIROZ T., *Du sevrage au sujet,* Ed. L'Harmattan, Collection Psychanalyse et civilisations, 2007, 304 p., p.39-40.

[4] BEN SOUSSAN P., *Le nouveau-né distingue immédiatement les émotions dans la voix humaine*, Ed. Eres*,* Collection Spirale n°68, 2013, p.188-189.

[5] DAGEVILLE C., *Protéger la rencontre entre la mère et son nouveau-né*, Ed. Eres, Collection Spirale n°59, 2011, p.99-115.

[6] MONTAGNER H., *L'attachement, les débuts de la tendresse,* Ed. Odile Jacob, 1988, 331 p., p.29-50.

[7] LEBOVICI S., MAZET Ph., VISIER J.P., *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires,* Ed. Eshel, Médecine et hygiène, 1989, 472 p.

[8] AUZIAS M., *Julian de Ajuriaguerra, disciple et continuateur d'Henri Wallon,* Enfance, 46 (1), 1993, p.93-99.

[9] WINICOTT D.W., *De la pédiatrie à la psychanalyse,* Ed. Paris : Payot, Collection Science de l'homme, 1989, 464 p.

[10] WIART Y., *John Bowlby : La théorie de l'attachement*, Les Grands Dossiers des Sciences humaines n°32, 2013, p.32-37.

[11] STERN D., *Le monde interpersonnel du nourrisson,* Ed. PUF, Collection Le fil rouge, 47ème édition, 2003, 381 p.

[12] STERN D.N., BRUSCHWEILER-STERN N., FREELAND A., *La naissance d'une mère,* Ed. Odile Jacob, 1998, 240 p., p.49, 67-69, 190-191.

[13] BYDLOWSKI M., *De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation,* Ed. Cazaubon, Le Carnet PSY n°63, 2001.

[14] COCHEREAU A., *Premiers regards et attachement précoce du nouveau-né,* Ed. Elsevier Masson, 31 (257), 2010, 47 p., p.8.

[15] OUSS E., GOLSE B., *La relation cutanée précoce,* Journal de pédiatrie et de puériculture n°3, 1991, p.168-173.

[16] GOLDER E.M., *Le toucher*, Cahiers de la puéricultrice n°2, 1986, p.91-94.

[17] CHARPAK N., *Bébés kangourous Materner autrement,* Ed. Odile Jacob, 2005, 192 p., p.17.

[18] FRANCOUAL C., BOUILLIE J., PARAT-LESBROS S., *Pédiatrie en maternité 3ème édition,* Médecine-Sciences Flammarion, 2008, 688 p., p.554.

[19] MORRISON B., *Kangaroo Care for Fullterm Infants: State of the Science,* International Network of Kangaroo Mother Care, Biennial Workshop, 2006.

[20] OMS, *La méthode Mère Kangourou Guide pratique*, Département Santé et recherche génésiques, 2004, 60 p., p.8.

[21] PIGNOLL J., LOCHELONGUE V., FLECHELLES O., *Des bébés bien portés,* Ed. Eres, Collection Spirale n°46, 2008, 148 p., p.59-69.

[22] PUIG G., SGUASSERO Y., *Contact peau à peau précoce des mères et de leur nouveau-né en bonne santé,* Commentaire de la BSG, dernière révision : 9 novembre 2007, Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS.

[23] http://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/zb/8xvxtqj46v4ddpwtyidq5jfhj a3644 -org.pdf
Site consulté le 10 décembre 2013.

[24] ERLANDSSON K., DSILNA A., CHRISTENSSON K. et al., *Skin-to-Skin Care with the Father after Cesarean Birth and Its Effect on Newborn Crying and Prefeeding Behavior*, Birth, 34 (2), 2007, p.105-114.

[25] MICHELSON K., CHRISTENSSON K., ROTHGANGER H. et al., *Crying in separated and non-separated newborns: sound spectrographic analysis,* Acta Paediatrica, 85, 1996, p.471-475.

[26] MOORE E.R., ANDERSON G.C., BERGMAN N., DOWSWELL T., *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants,* Cochrane Database of Systematic Reviews, 5, 2012.

[27] ANDERSON G.C., *Risk in mother-infant separation postbirth,* Image, 21, 1989, p.196-199. (in Cochrane Database of Systematic Reviews, 5, 2012.)

[28] FERBER S.G., MAKHOUL I.R., *The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial*, Pediatrics, 113 (4), 2004, p858-865.

[29] GRAY L., WATT L., BLASS E.M., *Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns,* Pediatrics, 105 (1), 2000.

[30] OMS, *La protection thermique du nouveau-né : guide pratique,* Format électronique, 1997, 70 p.

[31] FRANSSON A.L., KARLSSON H., NILSSON K., *Temperature variation in newborn babies: importance of physical contact with the mother*, Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed., 90 (6), 2005, p.500-504.

[32] MORI R., KHANNA R., PLEDGE D. et al., *Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for newborns and mothers,* Pediatrics International, 52 (2), 2010, p.161-170. (in Cochrane Database of Systematic Reviews, 5, 2012.)

[33] BYSTROVA K., WIDSTROM A.M., MATTHIESEN A.S. et al., *Skin to skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St Petersburg,* Acta Paediatrica, 92 (3), 2003, p.320-326. (in Cochrane Database of Systematic Reviews, 5, 2012.)

[34] BERGSTRÖM A., OKONG P., RANSJÖ-AVIDSON A.B., *Immediate maternal thermal response to skin-to-skin care of newborn,* Acta Paediatrica, 96, 2007, p.655-658.

[35] FUNKHOUSER L.J., BORDENSTEIN S.R., *Mom Knows Best: The Universality of Maternal Microbial Transmission,* PLoS Biology 11, 2013.

[36] http://www.em-consulte.com/en/article/130208
Site consulté le 22 janvier 2014.

[37] MATTHIESEN A.S., RANSJO-ARVIDSON A.B., NISSEN E. et al., *Postpartum maternel oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking,* Birth, 28, 2001, p.13-19.

[38] YOUNG L., ALEXANDER B., *The Chemistry Between Us: Love, Sex, and the Science of Attraction,* Current Trade, 2012, 320 p.

[39] UVNÄS-MOBERG K., *Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions,* Psychoneuroendocrinology, 23, 1999, p.819-835.

[40] BYSTROVA K., MATTHIESEN A.S., WIDSTRÖM A.M. et al*., Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later,* Birth, 36 (2), 2009, p.97-109. (in Cochrane Database of Systematic Reviews, 5, 2012.)

[41] MOORE E., ANDERSON G.C*., Randomized controlled trial of very early mother infant skin-to-skin contact and breastfeeding status,* Health, 52 (2), 2007, p.116-124. (in Cochrane Database of Systematic Reviews, 5, 2012.)

[42] OMS, UNICEF, *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel - Le rôle spécial des services liés à la maternité*, Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, OMS, Genève, 1989.

[43] http://amis-des-bebes.fr/pdf_news/2013/Qualite-securite-peau-peau-IHAB-JANVIER-2013.pdf
Site consulté le 03 janvier 2014.

[44] BRANGER B. et al., *Indications et surveillance du nouveau-né à terme en peau-à-peau en salle de naissance,* Réseau sécurité naître ensemble, 2013.

[45] ILCOR, *The International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) consensus on science with treatment recommendations for pediatric and neonatal patients: pediatric basic and advanced life support,* Pediatrics, 117 (5), 2006.

[46] http://amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php
Site consulté le 15 janvier 2014.

[47] http://www.has-sante.fr/
Site consulté le 05 février.

[48] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, *Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie*, Ed. novembre 2012.

[49] RACINET C., FAVIER M., MEDDOUN M., *La césarienne,* Paris, Ed. Sauramps Médical, 2002, 479 p.

[50] http://www.cesarine.org/avant/etat_des_lieux.php
Site consulté le 20 janvier 2014.

[51] http://www.cesarine.org/avant/Deux_fois_plus_de_cesariennes_en_20_ans.pdf
Site consulté le 20 janvier 2014.

[52] http://www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-nationale-perinatale,7214.html
Site consulté le 20 janvier 2014.

[53] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/brochure_patient_cesarienne_mel_2013-07-02_11-25-35_632.pdf
Site consulté le 21 janvier 2014.

[54] Haute Autorité de Santé, *Indications de la césarienne programmée à terme – Méthode Recommandations pour la pratique clinique,* Service des bonnes pratiques professionnelles, 2012.

[55] HILLAN E., *The aftermath of cesarean delivery,* MIDIRS, 10 (1), 2000, p.70-72.

[56] http://www.gyneco-online.com/obst%C3%A9trique/c%C3%A9sariennes-vs-accouchement-voie-basse-r%C3%B4le-de-la-colonisation-digestive-bact%C3%A9rienne-et
Site consulté le 25 janvier 2014.

[57] CHRISTENSSON K.*, Fathers can effectively achieve heat conservation in healthy newborn infants,* Acta Paediatrica, 85 (11), 1996, p.1354–1360.

[58] ERLANDSSON K., FAGERBERG I., CHRISTENSSON K. et al., *Skin-to-Skin Care with the Father after Cesarean Birth and Its Effect on Newborn Crying and Prefeeding Behavior,* Birth, 34 (2), 2007, p.105-114. (in Cochrane Database of Systematic Reviews, 5, 2012.)

Annexes…

- Annexe I : Grille d'observation.
- Annexe II : Entretiens auprès des mères au troisième jour du post-partum.
- Annexe III : Proposition d'une fiche de surveillance pour le nouveau-né.

Annexe I : Grille d'observation

Renseignements généraux :
Gestité : Parité :
Age :
Antécédents particuliers :

Déroulement de la grossesse :
Terme Prévu :
Terme de la grossesse au moment de la césarienne :
Pathologie particulière pendant la grossesse :
Césarienne : **o** programmée **o** en urgence
Motif :
Type d'anesthésie :

	Oui	**Non**	**NO**	**Commentaires :**
A la naissance				
1. Présence du père en salle de césarienne :				
2. Heure de naissance :				
3. Contexte à la naissance : - manœuvre particulière nécessaire à l'extraction (précisez) : - bonne adaptation :				
4. L'enfant est : - montré : - touché : - autre :				
5. Durée du contact entre la mère et l'enfant ? **[contact n°1]**				
6. Caractéristiques de l'enfant : - Apgar : - Poids :				
7. Temps nécessaire pour réaliser les soins :				
8. A la fin des soins, l'enfant est il ramené à la mère ? **[contact n°2]**				
9. Si oui, l'enfant : - est montré à la mère : - est touché par la mère : - autre : Durée du contact entre la mère et l'enfant :				
10. L'organisation environnementale est elle propice à la rencontre mère-enfant ?				
11. Si non, la mère est elle informée : - de l'état de l'enfant :				

- des mensurations de l'enfant : - de sa prise en charge actuelle :				
12. Où le père et l'enfant sont-ils installés ? - En salle de réanimation NN : - Dans une salle de travail : - En salle de césarienne : - En SSPI : - Autre :				
13. L'installation du père est-elle favorable au contact avec son enfant ? - Espace disponible - Intimité préservée - Chaise proposée au père - Sonnette à proximité **[contact n°3]**				
14. L'enfant est il placé en incubateur ? - Durée : - Motif :				
15. Peau à peau : - proposé au père ? Par qui ? - réalisé sur proposition ? - réalisé sur demande ? - Non réalisé ? Pourquoi ? L'enfant est vêtu de : Le père est-il dévêtu du haut du corps : Position : Durée : - Heure de début : - Heure de fin :				
16. Portage : - proposé au père ? Par qui ? - réalisé sur proposition ? - réalisé sur demande ? - Non réalisé ? pourquoi ? Position : Durée : - Heure de début : - Heure de fin :				
17. L'enfant semble : - calme - détendu - endormi - éveillé - agité - crie / pleure - réflexe de succion - autre :				
18. Surveillance de la sage-femme : - continue : - laisse seuls le père et l'enfant :				

- fréquence = préciser heure de chaque passage de la sage-femme :				
19. Surveillance par un autre professionnel de santé ? Lequel ? Sur demande de la sage femme :				
20. Transmissions écrites dans le dossier ? - peau à peau réalisé par le père - portage réalisé par le père Surveillance de l'enfant lors du peau à peau : - position de l'enfant : - teint : - respiration : - tonus : - réactivité : - thermorégulation : - autre : Qualification des professionnels ayant retranscrit leur surveillance :				
En SSPI				
21. Heure d'arrivée de la mère :				
❖ **L'enfant est accepté en SSPI :**				
22. Arrivée de l'enfant en SSPI : - heure : - par quel professionnel de santé : - en incubateur : - père présent, si non pourquoi : **[contact n°4]**				
23. Peau à peau : - proposé à la mère ? Par qui ? - réalisé sur proposition ? - réalisé sur demande ? - Non réalisé ? Pourquoi ? L'enfant est vêtu de : Durée : - Heure de début : - Heure de fin :				
24. Les conditions sont elles favorables à la pratique du peau à peau : - état de la mère le permet - explications sur la pratique du peau à peau données - adaptation de l'environnement - intimité sauvegardée				

- installation propice de la mère - Aide - Durée du temps dédié à cette installation				
25. Installation de l'enfant lors du peau à peau: - coté : - dos : - ventre : Zone d'installation sur la mère : Changements éventuels :				
26. L'enfant semble : - calme - détendu - endormi - éveillé - agité - crie / pleure - réflexe de succion - autre :				
27. Surveillance de la sage-femme : - continue : - laisse seuls la mère et l'enfant : - fréquence = préciser heure de chaque passage :				
28. La sage femme confie-t-elle la surveillance de l'enfant à un autre professionnel de santé ? Lequel ? A quel moment ?				
29. Le portage est : - proposé à la mère ? Par qui ? - réalisé sur proposition ? - réalisé sur demande ? - non réalisé ? Pourquoi ? Position : Durée : - Heure de début : - Heure de fin :				
30. La mère souhaite-t-elle allaiter ? La mère souhaite-t-elle réaliser une mise au sein précoce ?				
31. Première mise au sein : - proposée à la mère ? Par qui ? - réalisée sur proposition ? - réalisée sur demande ? - réalisée à l'initiative de la mère ? - guidée ? Par qui ? - non réalisée ? Pourquoi ?				
32. Alimentation : - La pratique du peau à peau a déclenché le reflexe de succion chez l'enfant ? - Le portage a déclenché le reflexe de succion				

chez l'enfant ? - Sein proposé à l'enfant ? - Biberon proposé à l'enfant ?				
33. La mère semble : - souriante - regarde son bébé - verbalise sa satisfaction - détachée - mal à l'aise - autre				
34. Transmissions écrites dans le dossier ? - peau à peau réalisé par la mère : - durée du peau à peau : - portage réalisé par la mère : - première mise au sein réalisée : - alimentation : Surveillance de l'enfant lors du peau à peau: - position de l'enfant : - teint : - respiration : - tonus : - réactivité : - thermorégulation : - autre : Qualification des professionnels ayant retranscrits leur surveillance :				
❖ **L'enfant doit quitter la SSPI :** ❖ **L'enfant n'est pas accepté en SSPI :**				
35. Où le père et l'enfant sont ils installés ? - En salle de réanimation NN : - Dans une salle de travail/pré-travail : - Autre :				
36. L'installation du père est-elle favorable au contact avec son enfant ? - Espace disponible - Intimité préservée - Chaise proposée au père - Sonnette à proximité **[contact n°5]**				
37. L'enfant reste-t-il en permanence avec le père ?				
38. L'enfant est il placé en incubateur ? - Durée : - Motif :				

39. Peau à peau : - proposé au père ? Par qui ? - réalisé sur proposition ? - réalisé sur demande ? - Non réalisé ? Pourquoi ? L'enfant est vêtu de : Le père est-il dévêtu du haut du corps : Position : Durée : - Heure de début : - Heure de fin :				
40. Portage : - proposé au père ? Par qui ? - réalisé sur proposition ? - réalisé sur demande ? - Non réalisé ? pourquoi ? Position : Durée : - Heure de début : - Heure de fin :				
41. L'enfant semble : - calme - détendu - endormi - éveillé - agité - crie / pleure - reflexe de succion - autre :				
42. Alimentation : - Mère souhaite allaiter - Biberon proposé à l'enfant - Biberon donné par le père - Précoce prescrite - Pas d'alimentation précoce				
43. Surveillance de la sage-femme : - continue : - laisse seuls le père et l'enfant : - fréquence = préciser heure de chaque passage :				
44. Quels éléments surveille la sage-femme ? - position : - teint : - respiration : - tonus :				

- réactivité : - thermorégulation : - autre :				
45. Surveillance par un autre professionnel de santé ? Lequel ? Sur demande de la sage femme ?				
46. La mère est elle informée : - de l'état de l'enfant : - de la prise en charge actuelle de l'enfant : - du lieu où l'enfant se trouve :				
47. A quelle heure l'enfant est-il habillé ?				
48. Retour en chambre : - L'enfant et le père retournent en service de suite de couche pour y attendre la mère - L'enfant retourne en service de suite de couche dans les bras de sa mère				
49. Transmissions écrites dans le dossier ? - peau à peau réalisé par le père - portage réalisé par le père - si biberon, donné par le père Surveillance de l'enfant lors du peau à peau : - position de l'enfant - teint - respiration - tonus - réactivité - thermorégulation - autre Qualification des professionnels ayant retranscrit leur surveillance :				

Annexe II : Entretiens auprès des mères au troisième jour du post-partum.

1/ Comment s'est passé la rencontre avec votre bébé ?

2/ Connaissez-vous la pratique du peau à peau ? (explication si besoin : le peau à peau consiste à placer l'enfant nu contre la peau de sa mère)

3/ Si oui, par quel(s) moyen(s) en avez-vous entendu parler ?

4/ Vous sentiez vous prête à pratiquer le peau à peau juste après votre césarienne ?

5/ Avez-vous pu pratiquer le peau à peau en salle de réveil ? Si non, pourquoi ?

6/ Vous a-t-on proposé de pratiquer le peau à peau dans les 24 heures suivant votre retour en service de suites de couche ?

7/ Si non, auriez-vous souhaité pratiquer le peau à peau ? Pourquoi ?

8/ Qu'est ce que la pratique précoce du peau à peau vous a apporté/aurait pu vous apporter ?

9/ Avez-vous pratiqué plus tard le peau à peau avec votre bébé ? A quel moment ?
- spontanément ? Pourquoi ?
- sur sollicitations ? Par qui ? Pourquoi ?

10/ Depuis votre accouchement, quel est le moment qui vous a le plus marqué avec votre bébé?

11/ Aviez-vous le souhait d'allaiter votre enfant ?
Avez-vous pu réaliser une première tétée précocement ? Comment s'est elle passée?
Cette expérience a-t-elle été bénéfique pour la suite de votre allaitement ?
A ce jour allaitez-vous votre bébé ? Si non, quelles en sont les raisons ?

12/ Pensez vous que le peau à peau a été un élément supplémentaire ou déclencheur pour la mise en place de votre allaitement maternel ?

13/ Avez-vous des commentaires à ajouter ?

Annexe III : Proposition d'une fiche de surveillance pour le nouveau-né :

Identité nouveau-né

Date :

	Heure de vie	00h20	00h40	01h00	01h20	01h40	02h00
	Heure						
Peau à peau	Installation sécurisée :						
	Incubateur (I) / Berceau (B) :						
	Impossibilité car :	☐ Difficultés d'adaptation		☐Refus de la mère		☐ Surcharge de travail	
	Séparation mère/enfant : Durée : Motif :	☐ Oui		☐ Non			
Surveillance de l'enfant	Eveil :						
	Teint :						
	Respiration :						
	Comportement :						
	Tonus/Réactivité :						
	Thermorégulation :						
	Autre (Saturation, glycémie…):						
	Urine/Méconium :						
Alimentation	Type :	☐ Maternel				☐ Artificiel	
	Première Tétée : Guidée (G) / Spontanée (S) : Efficacité : Difficulté : Position :						
	Lait artificiel : Mode (Biberon, seringue…): Quantité :						
	Signature						

Résumé

Valoriser la première rencontre entre l'enfant et ses parents est un défi que toute sage-femme considère comme prioritaire. Mais les circonstances de l'accouchement ne sont pas toujours propices à permettre cet évènement tant attendu et imaginé par le couple.

Aussi, lors de césariennes, programmées ou en urgence, la rencontre entre la mère et son nouveau-né est souvent différée. La pratique du peau à peau peut donc se révéler être un acte de soin essentiel, pour l'optimisation des premières interactions entre eux, tout en apportant de nombreux autres bénéfices. Cette pratique s'adresse également au père, pouvant être considéré comme le premier acteur de soin lors de la séparation mère-enfant.

Afin d'élaborer une réflexion autour de cette prise en charge, j'ai porté mon étude sur la place réservée au peau à peau auprès des femmes césarisées. Pour ce faire, j'ai évalué les pratiques professionnelles concernant le peau à peau lors d'observations d'accouchements par césarienne. Puis j'ai réalisé des entretiens auprès de ces mères afin d'identifier leurs connaissances sur ce sujet.