



HAL
open science

Lever précoce après césarienne sous anesthésie loco régionale et interactions mère-enfant en maternité

Marie Piaï

► **To cite this version:**

Marie Piaï. Lever précoce après césarienne sous anesthésie loco régionale et interactions mère-enfant en maternité. Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01882162

HAL Id: hal-01882162

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01882162v1>

Submitted on 26 Sep 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.



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-theses-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 Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

Lever précoce après césarienne sous anesthésie
loco régionale et interactions mère-enfant en
maternité.

Mémoire présenté et soutenu par

Marie PIAI

Née le 10 Décembre 1987

Promotion 2007-2011

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

**Lever précoce après césarienne sous
anesthésie loco régionale et interactions
mère-enfant en maternité.**

Mémoire présenté et soutenu par

Marie PIAI

Née le 10 Décembre 1987

Promotion 2007-2011

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur.

A ma famille qui m'a toujours soutenue durant ces cinq années d'études,

A mes amis qui m'ont aidée, à Metz comme à Toulouse, à trouver le courage dans les moments de doutes,

A mes camarades de promotion qui se reconnaîtront, avec qui les coudes sont restés plus que serrés,

A Alice qui n'a jamais été en retard pour le thé... Et qui a su trouver sa voie,

A ma directrice de mémoire, Madame Hélène Derhan, pour ses conseils, son soutien et son investissement,

A Nadine Demogeot, pour ses investigations et sa disponibilité,

A Madame le Docteur Aubert, pour ses informations nécessaires à l'élaboration de ce travail de recherche,

Aux sages-femmes formatrices qui m'ont fait part de leurs remarques pertinentes, pour leur écoute et leur soutien,

A toutes les personnes que je n'ai pas citées qui se sont investies d'une manière ou d'une autre pour l'élaboration de ce mémoire,

Un grand merci !

Sommaire

INTRODUCTION	4
--------------	---

PREMIÈRE PARTIE : CESARIENNE PROGRAMMEE ET CONSEQUENCES POUR LES INTERACTIONS PRECOCES ENTRE LA MERE ET SON NOUVEAU-NE EN MATERNITE.	6
--	---

1. LA CESARIENNE	7
1.1 Historique	7
1.2 Définition	7
1.3 Fréquence	8
1.4 Risques de l'intervention	9
1.5 Conséquences psychologiques	10
2. PRISE EN CHARGE DES PATIENTES AYANT UNE CÉSARIENNE PROGRAMMEE	13
2.1 Information des patientes	13
2.2 De l'admission en maternité à la sortie de salle de réveil	14
2.3 Soins postopératoires en maternité avant mobilisation	17
2.4 Le premier lever précoce	18
3. LES INTERACTIONS MÈRE-ENFANT PRÉCOCES EN CAS DE CÉSARIENNE	21
3.1 Avant la naissance	21
3.2 Après la naissance	23

DEUXIEME PARTIE : A PROPOS DE 20 FEMMES AYANT EU UNE CESARIENNE PROGRAMMEE	28
--	----

1. METHODOLOGIE DE RECHERCHE	29
1.1 Problématique	29
1.2 Objectifs	29
1.3 Hypothèses	29
1.4 Modalités de l'étude	30
2. PRESENTATION DES RESULTATS	32
2.1 Caractéristiques de la population	32
2.2 Caractéristiques notables des grossesses de la population	33
2.3 Suivi postopératoire des patientes	34
2.4 Interactions mère-enfant précoces et vécu de la mère	35
2.5 Comparaison des interactions chez les femmes ayant un antécédent de césarienne	41

TROISIEME PARTIE: ANALYSE DES RESULTATS	42
1. INTERACTIONS MERE-ENFANT PRECOCES ET VECU DE LA MERE	43
1.1 Au bloc opératoire et en salle de réveil	43
1.2 En maternité	46
1.3 La reprise d'autonomie par les mères	53
1.4 Comparaison du vécu des interactions mères-enfants chez les femmes ayant un antécédent de césarienne	54
2. PROPOSITIONS DE SOLUTIONS FACILITANT LES INTERACTIONS PRECOCES	55
CONCLUSION	59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	60
ANNEXES	63

Introduction

La naissance par césarienne est de plus en plus banalisée dans notre société. En effet, en France, son taux avoisine actuellement les 20%.

Cette intervention n'est pas sans laisser de séquelles aux femmes césarisées et à leurs enfants. En effet, la morbidité maternelle et néonatale est plus importante après une naissance par voie haute que pour une naissance par voie basse. De plus, sa pratique peut avoir des conséquences psychologiques liées au regret d'un accouchement physiologique. Cette observation est d'autant plus observable que le désir des parents en faveur de naissances moins médicalisées est grandissant.

Du fait de la césarienne, le lien mère-enfant semble plus difficile à mettre en place, cela pourrait être en liaison avec les conséquences postopératoires immédiates de l'intervention.

Durant mes années d'études à l'école de sage-femme de Metz, j'ai pu observer la mise en place d'une nouvelle pratique le jour de l'intervention des femmes césarisées sous anesthésie loco régionale : le premier lever précoce.

Cette prévention mécanique, en association à d'autres moyens, participe à la prévention des risques thromboemboliques liés au post-partum et à la chirurgie du petit bassin. Il permet aux femmes d'être mobilisées le jour même de l'intervention et entraîne une reprise plus rapide du transit intestinal en association avec une réalimentation précoce.

Si le lever précoce est une pratique intéressante d'un point de vue médical qu'en est-il sur le plan relationnel entre la patiente et son nouveau-né ? Nous allons nous pencher sur cette question en étudiant la mise en place des interactions mère-enfant par rapport à la mobilité maternelle précoce.

Pour cela, une enquête a été nécessaire afin de pouvoir apprécier la réalisation des soins par la mère à son nouveau-né et de prendre en compte le vécu des femmes césarisées concernant leur relation précoce avec leur enfant en maternité.

Dans un premier temps, il paraît nécessaire de s'intéresser à la pratique de la césarienne, aux conséquences qui en découlent, ainsi qu'aux interactions précoces mère-enfant.

Dans un second temps, les résultats de l'enquête seront présentés puis analysés afin de pouvoir ensuite proposer des solutions qui pourraient permettre de pallier aux difficultés d'interactions immédiates entre la femme ayant été césarisée et son nouveau-né.

PREMIÈRE PARTIE :

**Césarienne programmée et conséquences
pour les interactions précoces entre la mère
et son nouveau-né en maternité.**

1. LA CESARIENNE

1.1 Historique

Le mot césarienne provient du verbe latin *caedere* qui signifie « couper ».

L'origine de ce terme a été controversée. En effet, selon la légende, il serait lié à la naissance de Jules César (en 100 av. J-C). A cette époque, l'opération ne s'effectuait qu'en post-mortem. Or, sa mère survécut après l'intervention chirurgicale, ce qui rend cette hypothèse impossible.

Ce n'est qu'à partir de 1500 qu'ont commencé à être pratiquées des césariennes sur femmes vivantes. Toutefois, le taux de survie des femmes césarisées était très faible jusqu'à l'avènement de l'asepsie chirurgicale au XIX^{ème} siècle.

Le taux de césariennes a considérablement augmenté depuis la découverte d'antibiotiques, les progrès effectués en matière d'anesthésie-réanimation, l'utilisation d'ocytociques et d'instruments permettant d'apprécier le bien-être fœtal [11 ; 17 ; 29 ; 36].

1.2 Définition

La césarienne est l'opération chirurgicale permettant la naissance par voie haute d'un nouveau-né après incision de la paroi abdominale et hystérotomie de la patiente.

L'objectif de l'équipe obstétricale est de faire courir le moins possible de risques à la mère et de faire naître l'enfant dans le meilleur état de santé possible. Les indications de la césarienne peuvent donc être maternelles et/ou fœtales (Annexe I). Elles doivent être réfléchies de manière à ce que le geste soit nécessaire et ne remplace pas un accouchement par voie basse qui aurait pu être envisageable [14 ; 17].

La technique la plus utilisée est celle par **hystérotomie segmentaire** inférieure, par incision transversale du segment inférieur de l'utérus.

Une **césarienne corporéale** peut également être effectuée. Dans ce cas, l'hystérotomie est effectuée verticalement sur le corps de l'utérus. Cette technique est moins utilisée, car elle a des conséquences sur le(s) pronostic(s) d'accouchement(s) ultérieur(s) qui se feront obligatoirement par voie haute. En effet, le risque de rupture utérine est alors majoré pour un accouchement par voie basse.

La **césarienne vaginale** peut être effectuée afin d'éviter une cicatrice abdominale chez une patiente portant un fœtus mort de moins de 2500g devant être extrait chirurgicalement[11 ;14].

On distingue la césarienne programmée de celle effectuée en urgence.

La **césarienne programmée** est réalisée avant le travail. Elle est décidée, en accord avec la patiente, lorsque certains facteurs maternels et/ou fœtaux sont défavorables à un accouchement par voie basse. Lorsque l'utérus est cicatriciel, il s'agit d'une **césarienne itérative**.

La césarienne effectuée durant le travail, ou **césarienne en urgence**, est décidée lorsque l'on juge nécessaire pour la mère et l'enfant que la naissance soit immédiate [14 ;17].

La **césarienne pour convenance personnelle** n'est souvent demandée qu'en cas de peur de l'accouchement par voie basse des patientes. Cependant elle ne doit pas être réalisée de façon irrationnelle. Il est possible pour un gynécologue-obstétricien d'établir une « clause de conscience » et d'orienter la patiente vers un de ses confrères [33].

1.3 Fréquence

Selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé de 1985, le taux de césariennes ne devrait pas dépasser 10 à 15%. Or, on a pu constater une croissance du nombre d'interventions ces dernières années [14 ; 17 ; 22].

Tableau I : Variation du taux de césarienne dans différents pays [14]

Pays	1979-1981	1984-1986	1989-1990	1995	2004	Mortalité prénatale 2004
Suède	11 %	11,5 %	10,7 %	12,2	16	5,2 ‰
Écosse	11,7 %	13 %	14,2 %		24,2	8 ‰
Norvège	8,4 %	11,6 %	12,8 %		16	5 ‰
France	11 %	12,7 %	14,2 %	15,9	19	6,5 ‰
États-Unis	16,9 %	22,7 %	23,6 %	22,8	29	7,6 ‰

Ce phénomène s'explique par le fait que l'objectif primordial est de diminuer la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale. De ce fait, on évalue le rapport bénéfice(s)/risque(s) de l'intervention en association avec l'état de santé de la mère et du fœtus. Ici, les progrès concernant l'instrumentalisation de l'appréciation du bien-être fœtal jouent un rôle clé aussi bien avant que pendant le travail (monitorage fœtal, échographie/doppler, pH-métrie de sang fœtal en cours de travail...).

La décision d'effectuer une naissance par voie haute est dans 75% des cas multifactorielle et repose sur plusieurs indications maternelles et/ou fœtales [11 ; 14 ; 17 ; 22].

La césarienne joue aussi un rôle économique. En effet, les actes médicaux effectués chez les patientes césarisées coûtent le double de ceux pratiqués lors d'un

accouchement physiologique. Il a ainsi été observé une augmentation du taux de césariennes chez des patientes assurées privées [19].

1.4 Risques de l'intervention

1.4.1 Pour la mère

Une étude britannique effectuée entre 1997 et 1999 a mis en évidence le fait que la mortalité maternelle est identique en cas de césarienne électorive et d'accouchement par voie basse. Cependant, les interventions effectuées en cours de travail représentent plus de risques de décès maternels.

Nous pouvons constater que la morbidité maternelle est plus élevée en cas de césarienne (qu'elle soit programmée ou en urgence) qu'en cas d'accouchement par voie basse [14 ; 22 ; 23].

Les complications per opératoires sont anesthésiques, hémorragiques (10%), en rapport avec une possible transfusion, et liées à des plaies vésicales (1,4%) ou digestives (exceptionnelles). On notera que les déperditions sanguines normales pour une césarienne sont de 500 à 1000ml.

Les complications les plus fréquentes pouvant avoir lieu durant le post-partum sont : l'anémie postopératoire, l'endométrite (6,6%), les mauvaises cicatrisations, les infections urinaires (3,3%), les abcès de paroi (1,6%) et les phlébites (0,5%).

Les progrès effectués dans le domaine de la médecine ont permis à ces risques d'être diminués grâce à l'évolution des techniques opératoires. La pratique d'antibioprophylaxie après clampage du cordon, d'anesthésie loco régionale et la prévention des risques thromboemboliques ont également permis des avancées dans ce domaine [2 ; 11 ; 14 ; 17].

La césarienne comporte des risques pour les pronostics d'accouchements des grossesses suivantes. En effet, les femmes présentant un utérus cicatriciel ont davantage de difficultés à mener une grossesse à terme.

De plus, le risque de placenta praevia est multiplié par deux et augmente avec le nombre de césariennes effectuées chez une patiente. Cette anomalie d'insertion placentaire est un facteur de risque de placenta accreta. Après trois césariennes, la fréquence du placenta praevia est de 3% et celle du placenta accreta est de 1%.

En outre, le risque d'hématome rétroplacentaire est triplé en cas d'antécédent de césarienne. Enfin, la rupture utérine est plus fréquente en cas d'accouchement normal sur utérus cicatriciel [14 ; 17 ; 23].

1.4.2 Pour le nouveau-né

La naissance par césarienne favorise la survenue de détresses respiratoires néonatales avant 40 SA. En effet, le risque relatif est de 14,3 à 37 SA ; 8,2 à 38 SA et 3,5 à 39 SA.

Les plaies fœtales lors de l'hystérotomie sont exceptionnelles et le plus souvent minimales. Elles sont plus fréquentes en cas de présentation podalique [14 ; 22 ; 23 ; 26].

1.5 Conséquences psychologiques

Les patientes reconnaissent en général que la césarienne permet de prévenir les conséquences néfastes que pourrait engendrer dans leur cas un accouchement normal.

Cependant, cette intervention implique l'impossibilité pour la mère d'accoucher naturellement. Certaines femmes se sentent alors **coupables** de ne pas pouvoir accomplir pleinement leur rôle de mère. Elles se sentent **dévalorisées** et **inactives** pour la naissance du nouveau-né et peuvent avoir un sentiment de **perte de contrôle de leur corps et du déroulement de l'accouchement**. Cette sensation est d'autant plus renforcée lorsqu'elles n'ont pas ressenti de contraction de travail au préalable.

L'annonce de la nécessité d'une césarienne entraîne un processus de **deuil de l'accouchement normal**. En effet, l'acceptation de la césarienne par les femmes espérant accoucher physiologiquement est source de difficultés et d'angoisse. Elles ont parfois une réaction de défense en remettant en question la décision de l'intervention.

Les réactions après une césarienne varient d'une femme à l'autre et dépendent de la vision que chacune a de la naissance.

Les femmes césarisées sont souvent **frustrées par l'absence de premier contact** avec leur nouveau-né notamment en cas d'anesthésie générale. En ce qui concerne l'anesthésie loco régionale, la sage-femme présente l'enfant à sa mère dès la naissance avant d'aller pratiquer les premiers soins hors de portée de vue des patientes césarisées. Cette première rencontre est bouleversante, mais aussi très précieuse pour la mère.

La **césarienne en urgence** est source d'angoisse pour la femme. En effet, celle-ci est davantage inquiète pour l'état de santé de son enfant et pour le sien. Cette césarienne qui interrompt le travail a un effet perturbateur. L'attachement à l'enfant demande ainsi plus de temps que pour une césarienne programmée, ceci est dû à la décision inattendue et immédiate de modifier les modalités d'accouchement.

Dans le post-partum, **les patientes peuvent vivre la douleur de l'intervention comme une injustice**, celle d'avoir davantage mal qu'une femme ayant accouché par voie basse. Elles réalisent alors que cette douleur engendre des difficultés quant à leur autonomie pour apporter les soins nécessaires à leur enfant. Elles auraient souhaité se consacrer pleinement au nouveau-né, mais elles se rendent compte que leur état de santé ne le leur permet pas dans les suites immédiates de l'intervention [12 ; 26 ; 30].

Une étude a montré que les patientes césarisées sont davantage sujettes à des **dépressions du post-partum** que celles ayant accouché par voie basse [27].

L'**aspect culturel** est un facteur non négligeable en ce qui concerne le vécu des femmes césarisées. En effet, dans certains pays comme au Brésil, le taux de naissances par césarienne dépasse les 50%. Les Brésiliens considèrent le ressenti de la douleur des contractions utérines comme inacceptable. Cette intervention devient d'une inquiétante banalité. Dans certaines cliniques du pays, la césarienne est effectuée d'emblée sauf si la patiente manifeste le désir d'accoucher normalement.

En revanche, en Afrique, la césarienne est généralement vécue comme un échec de la maternité et de la féminité et l'accouchement ne doit se faire que par voie basse.

La **cicatrice** de la césarienne peut représenter un souci d'esthétique pour la patiente césarisée qui portera à vie les « stigmates » du regret possible d'une naissance par voie basse [19 ; 30].

La **réaction des proches** de la patiente césarisée diffère si son enfant est né par césarienne. En effet, ils ont davantage tendance à féliciter une femme ayant accouché par voie basse, considérant l'accouchement normal comme plus gratifiant et courageux que la naissance par voie haute.

La césarienne représente souvent un **souvenir douloureux** pour les patientes qui considèrent l'intervention comme l'échec d'un accouchement physiologique [12 ; 26].

Il est donc important que la sage-femme les épaulé durant la grossesse : par le biais des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ; par l'accueil et l'écoute lors des soins ; en répondant aux questions des gestantes en péripératoire de même que durant les suites de couches.

Lors d'une naissance par césarienne, le **père** est davantage mis à contribution pour les soins au nouveau-né que pour un accouchement par voie basse. Ceci est dû à l'alitement et au manque de mobilité de la mère lié à la césarienne. Il peut alors se sentir actif et utile.

Les pères d'enfants nés par césarienne s'impliquent davantage dans l'éducation de leurs enfants. Ils ont une estime plus positive de leur bébé et une relation privilégiée avec lui se caractérisant pas davantage de contacts.

Les femmes ayant donné naissance par césarienne ont **moins de désir immédiat d'enfant** que celles ayant accouché par voie basse (le taux de grossesse durant les 5 années suivant l'intervention est de 11% inférieur).

D'après Jane English, physicienne américaine, l'intervention aurait un **impact sur la personnalité des enfants** nés par césarienne avant travail. Ils auraient toujours l'impression d'être en avance sur l'heure, auraient des difficultés pour reconnaître leurs propres limites et celles du monde qui les entoure, leurs relations à autrui se résumeraient à la loi du « tout ou rien » [12 ; 26].

2. PRISE EN CHARGE DES PATIENTES AYANT UNE CESARIENNE PROGRAMMEE

2.1 Information des patientes

Selon l'article L.1111-2 du Code de la Santé publique [38], « **Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé.** Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus (...) **Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables** (...) Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. »

Les professionnels de santé ont donc le devoir d'informer les patientes et leurs conjoints afin d'obtenir un consentement éclairé de leur part.

Durant cette consultation prénatale, le couple devra être informé sur les indications, le déroulement et les risques de l'anesthésie et de l'intervention pour la mère et l'enfant. La fiche d'informations « césarienne programmée » (Annexe II), réalisée par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) devra être remise à la patiente [14 ; 34]. Elle constituera un appui lors de l'entretien d'informations, et permettra à la patiente d'avoir une information claire dont elle pourra reprendre connaissance après la consultation.

Il est possible d'envisager un entretien entre le praticien et le couple afin de répondre aux questions du père qui ne doit pas être tenu à l'écart. Ceci pourrait être source de frustration pour les futurs parents.

Une information précoce et claire est nécessaire afin d'optimiser le vécu de la césarienne et d'effectuer correctement le deuil de l'accouchement par voie basse.

Cependant, l'information ne s'arrête pas à cette seule consultation. En effet, la sage-femme qui accueille la patiente en maternité avant l'intervention joue un rôle primordial. Elle devra s'assurer que la patiente a bien reçu toutes les informations nécessaires au préalable et répondre à ses questions afin d'apaiser ses doutes et ses appréhensions [4 ; 14].

2.2 De l'admission en maternité à la sortie de salle de réveil

2.2.1 Prise en charge préopératoire

La patiente est le plus souvent hospitalisée la veille de l'intervention.

La sage-femme de maternité l'accueille et effectue les examens cliniques et paracliniques, ainsi que les soins nécessaires avant l'opération. Elle devra s'assurer que son dossier obstétrical soit bien complet.

La patiente devra être vue par l'anesthésiste le soir avant l'intervention.

Celle-ci sera être rasée au niveau de la région abdomino-pubienne. Elle effectuera également une douche chirurgicale avec un savon antiseptique la veille au soir et le jour même de l'intervention.

Elle restera à jeun à partir de minuit la veille au soir de la césarienne, et se verra administrer une prémédication avant le passage au bloc opératoire (antiacide +/- patch anesthésiant si anesthésie loco régionale). Des bas de contention devront être mis en place pour la prévention des risques thromboemboliques que représente une chirurgie du petit bassin [1 ; 2 ; 5].

2.2.2 Prise en charge au bloc opératoire

Une voie veineuse périphérique de calibre suffisant (16G) est mise en place chez la patiente. Ses constantes (rythme cardiaque, saturation en oxygène et tension artérielle) doivent être constamment appréciables à l'aide d'un monitoring continu depuis l'entrée en salle d'opération et ce, jusqu'à la sortie de salle de réveil. La patiente doit être installée sur la table d'opération inclinée de 15-20° à gauche afin d'éviter tout syndrome cave [5 ; 14].

• L'anesthésie

La **rachianesthésie** est la méthode actuellement recommandée pour les césariennes programmées. Un remplissage vasculaire préventif devra être fait (1000mL de Ringer Lactate) afin de prévenir l'hypotension qui est le principal risque de ce type d'anesthésie.

Cette anesthésie loco-régionale (ALR) consiste en une ponction de l'espace sous arachnoïdien et une injection d'un anesthésique local (le plus utilisé est la Marcaine hyperbare 0,5%) et d'un opiacé liposoluble (Sufentanil). L'ajout de morphine dépend de l'anesthésiste.

Elle engendre une anesthésie de la partie inférieure du corps et un bloc moteur. C'est la méthode de première intention pour une césarienne. En effet, elle permet une

récupération plus rapide du transit intestinal et de la mobilité. Elle permet à la patiente d'être consciente durant la naissance et favorise ainsi le lien mère-enfant.

La **péridurale** n'est pas un type d'anesthésie loco régionale pratiqué en cas de césarienne électorive, puisqu'elle est réalisée pour les césariennes en urgence. L'anesthésiste effectuera ainsi une réinjection d'anesthésiques locaux dans le cathéter de péridurale déjà mis en place. La conversion en rachianesthésie est possible en cas d'anesthésie insuffisante.

Les contre-indications des l'ALR sont : le refus de la patiente, les troubles de l'hémostase, les pathologies neurologiques, l'état infectieux de la patiente et/ou du point de ponction et la nécessité d'extraction fœtale imminente hors contexte d'analgésie péridurale.

Ce type d'anesthésie est le plus indiqué en cas de césarienne car il permet une reprise du transit intestinal et de la mobilisation plus rapide qu'en cas d'anesthésie générale. De plus, il permet une récupération plus rapide de la mère qui est moins fatiguée durant le post-partum immédiat.

L'**anesthésie générale** n'est pas une technique de choix en cas de césarienne programmée.

Dans ce cas, la patiente n'est pas consciente et l'induction se fait par injection en intraveineux de thiopental et de suxaméthonium. Des opiacés pourront être injectés après clampage du cordon. L'intubation sera effectuée parallèlement à l'exécution d'une manœuvre de Sellick (prévention de l'inhalation bronchique).

Ce type d'anesthésie comporte les risques d'une l'intubation difficile et d'une altération des scores neurocomportementaux de la mère et du nouveau-né. De plus, la reprise du transit se fait plus lentement et les risques de survenue d'accidents thromboemboliques sont supérieurs à ceux de l'anesthésie loco régionale.

Elle est effectuée en cas de contre-indication à l'anesthésie loco régionale. Une anesthésie générale est également indiquée lors d'une césarienne en urgence associée à une absence ou un dysfonctionnement d'ALR préalablement mise en place [1 ; 2 ; 5 ; 9 ; 14 ; 17 ; 22].

Nous nous intéresserons aux césariennes électorives effectuées uniquement sous ALR pour la suite du travail de recherche.

- **L'intervention chirurgicale**

Après installation de la patiente, anesthésie et sonde urinaire à demeure mises en place, les champs opératoires peuvent être posés et la première incision sera possible.

Une fois l'hystérotomie faite, l'extraction fœtale pourra être effectuée à l'aide d'une pression sur le fond utérin.

Une délivrance dirigée est effectuée après la naissance du nouveau-né et le clampage du cordon. Une antibioprofylaxie devra être effectuée chez la patiente et les sutures de l'hystérotomie et des tissus pelviens pourront avoir lieu [5].

- **Prise en charge immédiate du nouveau-né**

Dès sa naissance, il sera pris en charge par une sage-femme qui se sera assurée au préalable de l'intégrité et du bon fonctionnement du matériel de réanimation néonatale. Elle effectuera les premiers soins du nouveau-né avec l'aide possible d'un pédiatre, assurera les conditions nécessaires pour son adaptation à la vie aérienne, et réalisera son premier examen clinique (évaluation du score d'Apgar, examen neurologique et morphologique) conformément aux articles du Code de la Santé publique ci-dessous:

L.4151-1 : « *L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique (...) des **soins postnataux** en ce qui concerne la **mère et l'enfant** ».*

R.4127-318 : « *Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues (...), la sage-femme est autorisée à pratiquer notamment (...) la **réanimation du nouveau-né en l'attente du médecin** (...) le **dépistage des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né** ».*

La sage-femme devra effectuer une surveillance rapprochée de l'état clinique de l'enfant durant les deux heures suivant la naissance [7 ; 8].

- **Prise en charge de la mère en salle de réveil**

La patiente devra être surveillée en salle de réveil au moins 2 heures avant de retourner en chambre. La sage-femme effectuera ainsi son suivi régulier en contrôlant ses constantes : rythme cardiaque, tension artérielle, saturation en O₂, température, diurèse. L'examen obstétrical devra être réalisé toutes les 15 à 20 minutes : appréciation de l'involution utérine, de la quantité des lochies après expression utérine de l'évolution d'éventuelles taches de sang au niveau du pansement, de la surveillance d'un drain (dans le cas où il y en aurait un) [5 ; 14 ; 17].

Une évaluation de la douleur postopératoire de la patiente à l'aide de l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) devra être régulièrement réalisée afin de pouvoir mettre en

place de manière efficace le programme antalgique prescrit par le médecin anesthésiste réanimateur pour les premiers jours du post-partum. Certaines équipes prescrivent également des dérivés morphiniques pour le traitement de la douleur postopératoire [2].

Un cathéter sous-aponévrotique peut être mis en place au moment de la suture de la paroi abdominale. Il permet une infiltration continue d'anesthésiques locaux de longue durée d'action. Il engendre ainsi une meilleure analgésie postopératoire et une diminution de consommation d'opiacés par la patiente en maternité [32].

Certaines structures permettent aux parents et à leur nouveau-né de rester ensemble en salle de réveil. Cependant l'organisation des services et les locaux représentent souvent un frein à cette rencontre. En effet, il est possible que la patiente soit à proximité d'autres femmes ayant eu des interventions différentes. Il est donc délicat de laisser côte à côte une patiente césarisée, ou un couple, venant de vivre un heureux évènement et d'autres patientes.

2.3 Soins postopératoires en maternité avant mobilisation

La femme césarisée pourra être installée dans sa chambre après la sortie de salle de réveil si les examens cliniques généraux et obstétricaux sont normaux. Ils seront réitérés une fois par heure les 6 heures qui suivront. Ensuite, le suivi sera plus espacé jusqu'à l'ablation de la voie veineuse périphérique, le lendemain en général. Puis il sera effectué une fois par jour (davantage si pathologie).

Le traitement antalgique sera administré par voie intraveineuse jusqu'à ce que la perfusion soit retirée. Puis un relais per os sera effectué et réadapté en fonction des EVA de la femme césarisée [2 ; 5].

Dès la 6^{ème} heure, une réalimentation précoce légère, protéique et sans résidu améliore la reprise du transit gazeux et solide. Cependant, la reprise d'une alimentation normale ayant lieu au même moment n'engendre pas davantage de complications [20].

La sonde urinaire doit être retirée le plus tôt possible en coordination avec la mobilisation de la patiente afin d'éviter la survenue d'une infection urinaire.

Un bilan sanguin Numération Formule Plaquettes est effectué au premier jour du post-partum afin de dépister une anémie liée à la césarienne.

Le pansement de propreté est régulièrement refait afin d'assurer l'asepsie de la plaie chirurgicale et de surveiller son évolution. En général, l'ablation des agrafes se fait au 7^{ème} jour [5 ; 14 ; 17].

2.4 Le premier lever précoce

Le post-partum et le postopératoire représentent un risque de survenue d'accidents thromboemboliques dû à l'hypercoagulabilité sanguine de la patiente et à l'effet thrombogène d'une chirurgie du petit bassin [17].

La césarienne multiplie de 2 à 5 fois le risque de survenue d'une maladie thromboembolique par rapport à un accouchement normal. Cependant, une césarienne programmée engendre un risque moins important qu'une césarienne en urgence.

Il existe des types de **préventions mécaniques et médicamenteux** concernant ce risque.

Des injections **d'Héparines de Bas Poids Moléculaire** (HBPM) peuvent être prescrites par l'anesthésiste en cas de facteur(s) de risque(s) thromboembolique(s) modéré(s) à élevé(s) chez une patiente.

Cette prévention médicamenteuse est débutée entre la 8^{ème} et la 12^{ème} heure du post-partum. Une injection quotidienne est effectuée jusqu'à 3 à 8 semaines après l'intervention. Cette durée variable dépend des risques propres à la patiente qui sont évalués par l'anesthésiste. La numération plaquettaire doit être contrôlée deux fois par semaine durant le traitement.

La prévention mécanique consiste à éviter une stase veineuse en effectuant une fonction de pompe du mollet et de la voûte plantaire qui favorise le retour veineux des membres inférieurs qui est diminué en cas d'alitement en postopératoire.

Le **port de bas de contention** est de rigueur. Cette contention élastique permet une diminution des risques de thromboses veineuses périphériques de 68%. Ils sont généralement prescrits depuis le matin même avant l'intervention jusqu'à la fin de la troisième semaine du post-partum. Ils peuvent être prescrits par la sage-femme, le médecin anesthésiste ou le gynécologue-obstétricien.

Un kinésithérapeute peut également intervenir en effectuant une **mobilisation active et passive des membres inférieurs**.

Une **surélévation des membres inférieurs de 10 à 15°** prévient aussi la survenue de pathologies thromboemboliques.

Enfin, le **lever précoce** est également nécessaire pour la stratégie de prévention mécanique des maladies thromboemboliques selon les recommandations pour la

pratique clinique de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). Nous allons plus particulièrement nous pencher sur cette pratique [41].

2.4.1 Définition

Le premier lever est dit « précoce » lorsqu'il est effectué dans les 24 heures qui suivent la césarienne.

L'intérêt de l'anesthésie loco régionale est de pouvoir effectuer un premier lever davantage précoce des patientes césarisées, notamment à partir de la 6^{ème} heure après la sortie de salle de réveil.

Une information doit être donnée à la patiente afin qu'elle comprenne l'intérêt de cet acte.

La tension de la patiente doit être contrôlée en position couchée et assise avant le lever. Celui-ci doit être progressif afin d'éviter tout malaise : la sage-femme de maternité demande d'abord à la patiente de s'asseoir au bord du lit en regardant droit devant elle ; elle lui propose ensuite de remuer ses jambes, puis de se lever en effectuant quelques pas dans la chambre. L'étape suivante ne devra pas être envisagée si la patiente ne s'en sent pas capable (malaise, douleurs intenses). Dans ce cas, un nouvel essai sera effectué quelques heures plus tard.

La patiente peut profiter de ce moment pour s'asseoir face au lavabo afin de faire une toilette rapide pour se rafraîchir, tandis que ce temps peut être mis à profit pour refaire son lit.

Si le premier lever s'est bien passé, la patiente pourra se relever seule par la suite.

Le personnel soignant doit encourager la femme à se mobiliser de plus en plus fréquemment au cours du séjour en maternité afin d'acquérir davantage d'autonomie et de prévenir plus efficacement les risques thromboemboliques [24].

2.4.2 Intérêts

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'intérêt premier du lever précoce postopératoire concerne la prévention des maladies thromboemboliques en limitant la stase veineuse au niveau des membres inférieurs.

C'est aux alentours de la 6^{ème} heure postopératoire que les produits anesthésiants font le plus d'effets. C'est pour cela que le moment du premier lever est

particulièrement indiqué durant cette période car les douleurs postopératoires sont moins intenses.

Un des intérêts de la mobilisation précoce est de faciliter la reprise du transit intestinal en postopératoire. De ce fait, les patientes ressentent moins de douleur grâce à la précocité de la reprise du péristaltisme intestinal. Il est intéressant de souligner le fait que ces douleurs intestinales sont plus intenses que celles liées à la cicatrice de césarienne.

Le lever précoce favorise également les fonctions vésicales et permet une sollicitation de la tonicité pariétale et de l'involution utérine [17 ; 24 ; 41].

Ce lever précoce a donc des effets bénéfiques d'un point de vue médical. Mais permet-il également la précocité de la mise en place des interactions mère-enfant ? Nous allons tenter de répondre à cette question en nous appuyant sur les résultats de l'enquête effectuée par nos soins. Cependant, il est nécessaire au préalable d'effectuer des recherches concernant les interactions mère-enfant précoces en cas de naissance par césarienne.

3. LES INTERACTIONS MERE-ENFANT PRECOCES EN CAS DE CESARIENNE

3.1 Avant la naissance

L'annonce de la grossesse engendre une relation avec un être en devenir, c'est à cet instant là que la femme se rend compte qu'elle va donner la vie. L'expression « attendre un enfant » signifie le porter et l'accompagner lors de son développement intra utérin. Mais c'est aussi le fait de lui préparer une place dans sa vie, dans le monde extérieur, et avant tout, à l'intérieur de soi.

Cela est en lien direct avec le désir d'enfant et la préparation physique et psychologique de la grossesse par le couple. De ce fait, cela produit une incitation à une attitude préventive par rapport à la santé de la future mère. Le couple concentrera ses efforts pour que le déroulement de la grossesse ait lieu dans des conditions optimales [12 ; 21].

3.1.1 Les apports biologiques et affectifs de la mère à l'enfant

La mère apporte à l'embryon (ou fœtus) les nutriments nécessaires à son développement par l'intermédiaire du placenta.

Elle lui transmet également des émotions par des sécrétions hormonales qui modifient le milieu biologique auquel il est confronté. En effet, notamment en cas de stress, la libération de catécholamines par la femme enceinte a des conséquences physiologiques et psychologiques sur le fœtus (mouvements intensifiés, accélération du rythme cardiaque). Le fœtus est sensible à l'état psychologique de la mère et cela peut avoir des conséquences sur son développement [21].

3.1.2 Les interactions perçues par la mère

Dès l'annonce de la grossesse, la gestante peut effectuer des liens entre les symptômes qu'elle pourrait avoir et l'embryon. Ainsi, elle se rend compte des sensations nouvelles liées à son état (nausées, fatigue...).

Pour la femme, la prise de conscience concrète de la grossesse a lieu lors de la première échographie, à la vue et à l'écoute des battements du cœur. Elle peut ainsi mettre des images sur le fœtus qu'elle considérait jusqu'alors comme imaginaire, fantasmatique.

Les premiers mouvements du fœtus perçus par la femme enceinte (à 22 semaines d'aménorrhées) sont extrêmement importants. En effet, signes de vitalité, c'est

grâce à cela qu'elle peut établir un lien réel avec son bébé, le sentir en elle et réaliser son individualité.

Elle peut visualiser la position du fœtus dans l'utérus en fonction de la forme de sa paroi abdominale. Il est possible qu'elle perçoive des petits reliefs faisant paraître les pieds ou les mains du fœtus [12].

3.1.3 Le développement des capacités sensorielles du fœtus

Le fœtus est sensible aux stimulations externes dès la fin de la période embryonnaire. Il peut alors percevoir des bruits, des sensations tactiles et des mouvements provenant du corps de la mère comme de son environnement. Il sera également sensible aux odeurs et aux goûts. Ces stimuli sont nécessaires à son évolution et à son développement cérébral. Cependant, une surstimulation peut lui être néfaste et engendrer des troubles de perceptions, des agitations trop intenses, voire un ralentissement de sa croissance.

En effet, il a été démontré que, par exemple, en cas de bruits trop intenses souvent répétés au cours de la grossesse, les risques de déficits auditifs et de troubles du rythme cardiaque étaient majorés.

Le sens du **toucher** de l'embryon débute au cours du deuxième mois de grossesse. Les récepteurs sensoriels sont efficaces tout d'abord en péri-buccal (7^{ème} semaine), puis au niveau de la main (10^{ème} semaine), du visage et des membres (11^{ème} semaine).

A partir du 3^{ème} trimestre de la grossesse, le fœtus a le réflexe de repousser ce qui peut faire pression sur l'utérus de la mère (une main, les capteurs du monitoring fœtal...). Cela représente les débuts d'une concrétisation de communication bidirectionnelle.

La mise en place du système vestibulaire au niveau de l'oreille interne (8^{ème} semaine) préside l'**équilibre**. L'embryon est alors sensible aux mouvements de sa mère. Lors de la marche, il perçoit des sensations de caresse et des modifications de sa position dans l'espace.

Le fœtus est également doué d'une sensibilité chimique : il perçoit les **goûts** (dès la 12^{ème} semaine) et les **odeurs** (à partir de la 9^{ème} semaine) par l'intermédiaire du liquide amniotique. Ces perceptions sont en relation étroite avec la nourriture et l'odeur de la mère. Elles permettent au nouveau-né d'avoir des repères sensoriels dès la naissance. En effet, il est capable de reconnaître sa mère grâce à son sens de l'odorat. Cela est rassurant pour lui.

Le sens de l'**audition** apparaît dès la 26^{ème} semaine de gestation. En effet, on peut constater des mouvements fœtaux (sursauts, clignements des paupières) et une accélération du rythme cardiaque en coordination avec un stimulus sonore. Le fœtus est sensible à la voix de sa mère in-utero, c'est en partie grâce à cela qu'il la reconnaîtra dès la naissance.

Les réponses aux stimulations **visuelles** ne sont importantes qu'après la naissance en raison de l'aspect sombre du milieu intra-utérin. Cependant, lorsque la paroi abdominale est soumise à une forte lumière (soleil), le fœtus peut percevoir davantage de clarté.

Le fœtus est doué de compétences sensorielles, cognitives et relationnelles. De ce fait, il perçoit des stimuli auxquels il répond. Cela constitue le début des interactions mère-enfant. La mère peut se rendre compte que le fœtus réagit à son environnement de par ses mouvements. Il participe donc activement aux liens de sensibilité qui les unit [10 ; 12 ; 21].

3.2 Après la naissance

La première rencontre entre la femme césarisée et son nouveau-né se fait au bloc opératoire si les conditions le permettent.

La mère sous anesthésie loco régionale entend d'abord son enfant crier, puis la sage-femme vient le lui présenter. Ce moment est très important pour la mise en place précoce des interactions mère-enfant. Il y a alors confrontation entre le nouveau-né que la mère s'était imaginé tout au long de la grossesse et l'enfant réel. L'enfant fantasmatique est celui intégré dans une dynamique inconsciente de son conflit œdipien antérieur [10 ; 26].

3.2.1 Communication induite par le nouveau-né

• Les compétences du nouveau-né

A la naissance, le nouveau-né est capable de suivre une lumière des yeux. Il est **sensible à des stimuli visuels** qu'il recherche afin de favoriser son développement perceptif.

Pour Alexandre Minkowski, le **proto-regard** du nouveau-né joue un rôle très important pour la mise en place précoce de la relation mère-enfant. Il est effectué durant la première heure suivant la naissance et est dirigé directement vers les yeux de la mère. Le nouveau-né semble ainsi absorbé par cette nouvelle rencontre et la femme prend alors conscience de la concrétisation de son rôle de mère [18].

En cas de césarienne sous ALR, lorsqu'elle présente le nouveau-né à sa mère au bloc opératoire, il est important que la sage-femme prenne en compte ce critère pour favoriser la parentalité et la relation mère-enfant.

Le nouveau-né a une vision limitée dans l'espace. Il observe son environnement jusqu'à 20 à 30 cm de lui. C'est la distance suffisante pour qu'il voie le visage de sa mère lors de l'allaitement.

Grâce à son sens de l'**audition** développé, il est capable de tourner les yeux en direction d'une voix humaine, son stimulus sonore préféré. Il peut alors reconnaître la voix de ses parents. Un véritable « cordon ombilical acoustique » est mis en place.

D'après les études de De Casper et Fifer en 1980, on a pu apprendre que le nouveau-né était capable de reconnaître la voix de sa mère parmi celles d'autres femmes [16].

A la naissance, ses sens de l'**olfaction** et de la **gustation** sont également présents. Nous savons qu'il reconnaît l'odeur de sa mère et que cela a un caractère rassurant pour lui. En ce qui concerne le goût, il manifeste une préférence pour le sucré dès les premiers jours de vie.

Il est **sensible aux caresses et à la chaleur**. Les stimulations tactiles sont nécessaires à son développement. Il a pu être observé une avance posturale dans la petite enfance pour les enfants stimulés ainsi dès la naissance.

Il est important que les parents connaissent les compétences de leur nouveau-né, car cela influe sur la qualité des interactions. Ils ont alors un regard gratifiant et valorisant vis-à-vis de leur enfant.

Les réflexes du nouveau-né peuvent avoir des conséquences positives pour les parents. Ils interprètent ainsi ses gestes en fonction des caractères symboliques de la communication : le réflexe d'agrippement (grasping) permet au nouveau-né de serrer le doigt d'un adulte dans sa main [10 ; 12 ; 21 ; 28].

- **La dépendance du nouveau-né**

Sans présence d'un adulte, plus précisément de sa mère, le nouveau-né ne pourrait pas survivre. En effet, il a des besoins qu'il n'est pas capable de combler seul.

Il manifeste alors le manque par le premier langage dont il dispose : les pleurs. C'est ainsi que l'adulte comprend ses besoins et essaie de ménager des soins adaptés à ses possibilités.

Les cris de faim sont très impressionnants et mettent en avant le besoin imminent de nourriture. Pour Freud, cette pulsion de vie tend à la suppression de tensions en faisant appel à l'adulte, à la mère [10 ; 12].

Selon la perspective de Wallon, cette dépendance induit une sociabilité du nouveau-né : « *l'individu est essentiellement social... non par la suite de contingences externes, mais par nécessité intime : il l'est génétiquement* » [15].

3.2.2 Communication induite par la mère

Selon Winnicott (1969), la femme traverse une phase commençant à la fin de sa grossesse et se finissant quelque mois après l'accouchement, il s'agit de « **la préoccupation maternelle primaire** ». Elle a alors pour seul but de donner les soins nécessaires à son enfant auquel elle s'identifie. Au tout début de l'existence, Winnicott souligne l'importance de la relation mère-enfant à travers deux aspects fondamentaux : le *holding* et le *handling*. Le *holding* désigne la manière dont l'enfant est porté tandis que le *handling* renvoie à la manière avec laquelle l'enfant est traité, manié par la mère. Si ces critères sont « suffisamment bons », l'enfant pourra alors commencer à se considérer très tôt comme un individu à part entière.

Le **maternage** est la conséquence directe de cette théorie. C'est par ce processus que la mère répond aux besoins physiques et physiologiques de son enfant comme l'allaitement, les soins de propreté, les contacts physiques et les paroles. C'est par ses capacités d'empathie que la mère est capable de percevoir l'état affectif du nouveau-né [31].

Le **contact peau à peau** précoce favorise la mise en place de la communication mère-enfant selon une étude effectuée par Renfrew, Lang et Woolridge (2001). Il est donc important que le premier contact physique et prolongé ait lieu le plus vite possible après la naissance. Il favorise également l'adaptation thermique du nouveau-né et

améliore son bien-être (diminution des pleurs). Le nouveau-né est ainsi rassuré par les bruits des battements du cœur de la mère qu'il percevait déjà in-utero.

Il peut être observé que, grâce à ce contact, le nouveau-né est capable de se déplacer lentement en rampant vers le mamelon de sa mère. Il localise le sein grâce à ses capacités olfactives. Ses réflexes nutritionnels peuvent l'amener à le prendre seul, de sa propre initiative. Le « peau à peau » est donc un facteur favorisant d'une part la mise en place des interactions mère-enfant et d'autre part, celle de l'allaitement maternel, s'il est souhaité.

Le contact peau à peau engendre la production d'ocytocine chez le nouveau-né et la mère. Cette hormone a un effet sur le système de récompense et favorise l'engagement et la qualité des soins parentaux. Les études menées par Carter et Leckman en 2005 ont pu mettre en évidence le fait que les expériences précoces influencent les capacités du système nerveux à produire l'ocytocine. Ce phénomène peut en partie expliquer la transmission de l'attachement. C'est pour cela que l'ocytocine peut être appelée « *hormone de l'attachement* » ou « hormone de l'amour ».

Si le contact peau à peau est important dès la naissance, lorsque la femme césarisée est en salle de réveil, le nouveau-né peut ne pas être présent à ses côtés. Comme on a pu l'évoquer précédemment, les conditions de service ne sont pas toujours favorables à ce que le nouveau-né soit présent en salle de réveil avec sa mère. Le « peau à peau » peut alors être effectué en maternité, dès le retour en chambre [10 ; 12 ; 13 ; 37].

La mère peut également communiquer avec son nouveau-né par la **parole**. Ses intonations sont importantes parce qu'elles tendent à apaiser son enfant. On peut mettre en évidence une musicalité particulière des paroles d'une mère à son bébé du fait du rythme régulier et de longues pauses [10].

Ce processus est perturbé en cas de césarienne. Les suites immédiates de l'intervention sont difficiles à vivre pour la jeune mère. La douleur et la fatigue représentent un handicap pour la femme qui aurait souhaité pouvoir s'occuper pleinement de son enfant.

Elle doit alors faire appel à un intermédiaire pour l'aider lors des soins : la sage-femme entourée du personnel soignant joue ici un rôle clé. Ils vont favoriser les interactions précoces mère-enfant en se rendant disponibles pour la mère et en l'encourageant à acquérir l'autonomie nécessaire à la prise en charge de son enfant. Ils

pourront également encourager le père pour qu'il fasse lui-même les soins que la patiente est dans l'incapacité de procurer à son enfant.

3.3 L'attachement, un phénomène bidirectionnel

D'après Bowlby (1969), le comportement d'attachement du nouveau-né à sa mère tend à établir un lien de proximité physique et psychologique avec elle. Grâce aux appels de son nouveau-né, elle va tenter d'arrêter ses pleurs.

Ce psychiatre a également mis en évidence le *caregiving* qui désigne l'ensemble des comportements parentaux comprenant les soins physiques et affectifs à l'enfant. Cet élément serait programmé à la manière du comportement d'attachement. Ainsi, les mères expriment un sentiment de plaisir et de satisfaction lorsqu'elles peuvent protéger leur enfant.

Cela nous amène à affirmer qu'il peut exister une altération de l'attachement de la mère à l'enfant et réciproquement en cas de séparation lors d'une césarienne [3 ; 31].

DEUXIEME PARTIE :

**A propos de 20 femmes ayant eu une
césarienne programmée**

1. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

1.1 Problématique

Nous avons pu mettre en évidence dans la première partie de ce travail de recherche que la césarienne représente un frein à la mobilité autonome des mères.

Le premier lever est le moment de début de reprise de cette autonomie, bien qu'altérée par la douleur et la fatigue. Lorsqu'il est précoce, il représente un avantage certain du point de vue médical. Mais pouvons nous établir un lien entre celui-ci et les interactions mère-enfant ?

La problématique choisie est la suivante :

Le lever précoce après césarienne sous anesthésie loco régionale est-il un facteur favorisant pour la mise en place des interactions mère-enfant en maternité ?

1.2 Objectifs

L'enquête conduite auprès de 20 femmes a pour objectif d'explorer les aspects suivants :

- Montrer que la mobilité autonome est essentielle pour la relation mère-enfant en maternité,
- Mettre en évidence l'influence de la césarienne sur la mobilité autonome,
- Etudier l'influence du manque de mobilité de la mère sur la relation précoce mère-enfant,
- Etudier l'impact du lever précoce sur les interactions mère-enfant.

1.3 Hypothèses

Dans le cadre de notre étude, nous avons dégagé trois hypothèses principales :

- L'autonomie serait essentielle pour se sentir responsable en tant que mère,
- La position allongée imposée suite à la césarienne restreindrait la mobilité autonome et altérerait la mise en place de la relation mère-enfant,
- Le lever précoce après césarienne sous anesthésie loco régionale favoriserait les interactions mère-enfant précoces.

1.4 Modalités de l'étude

L'enquête a été effectuée dans le cadre d'une étude prospective.

1.4.1 Critères de la population étudiée

Nous avons effectué l'enquête auprès de 20 patientes qui ont accordé leur consentement et dont les caractéristiques sont les suivantes :

- Elles ont présenté une grossesse singleton ;
- Elles ont eu une césarienne programmée sous anesthésie loco régionale ;
- Elles étaient hospitalisées en maternité avec leur nouveau-né depuis sa naissance.

1.4.2 Lieu de l'enquête

Elle s'est déroulée du 15 Décembre 2010 au 31 Janvier 2011 à l'Hôpital Maternité de Metz dans les services de suites de couches (Maternité 1 et Maternité 2). C'est une maternité de niveau IIb dont le nombre de naissances annuel est d'environ 2500. Le taux de césariennes annuel est estimé à 19,91% (mars 2009).

Un protocole concernant le lever précoce après césarienne sous anesthésie loco régionale y a été établi dans le cadre de la prévention des risques thromboemboliques. Il préconise, entre autre un premier lever des patientes 6 heures après la sortie de la salle de réveil, donc à H8 au plus tôt.

Une réalimentation précoce et progressive y est également réalisée :

- les liquides sont permis à partir de H6,
- un potage ou une collation est donnée à H8,
- à partir de H16 sera instauré un régime léger,
- ensuite, une alimentation normale sera rétablie.

1.4.3 Outils utilisés

Deux outils qui figurent en Annexe III du présent travail ont été utiles à l'élaboration de l'étude.

Nous avons tout d'abord rempli une grille d'observations pour chaque patiente en nous appuyant sur les informations présentes dans les dossiers de la mère et du nouveau-né.

Cette grille est divisée en 4 parties : informations sur la patiente (anonyme), grossesse, suivi postopératoire, interactions mère-enfant précoces. La 4^{ème} partie concerne les soins effectués aux nouveau-nés.

Un entretien semi-directif a été effectué pour chaque patiente à partir du 3^{ème} jour du post-partum. Il a pour but de s'intéresser au vécu des interactions mère-enfant au bloc opératoire, en salle de réveil et en chambre (avant et après le premier lever). Il vise également à donner la parole aux femmes en ce qui concerne leur satisfaction par rapport à la relation précoce avec leur nouveau-né.

2. PRESENTATION DES RESULTATS

2.1 Caractéristiques de la population

Figure 1 : Parité de la population

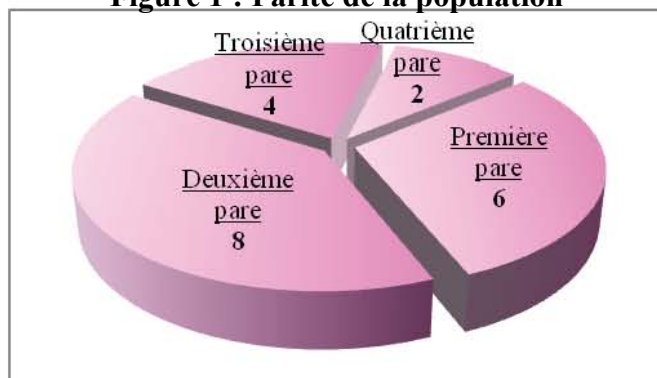


Figure 2 : Âge de la population

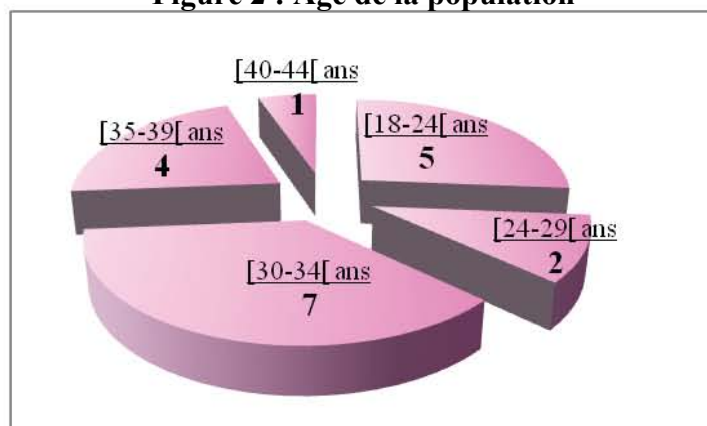


Figure 3 : Catégories socioprofessionnelles

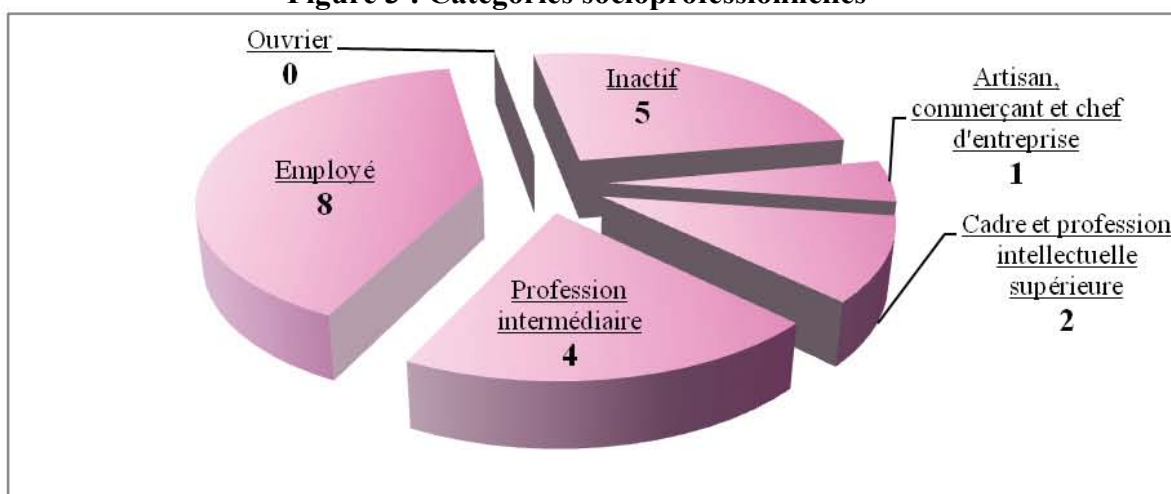
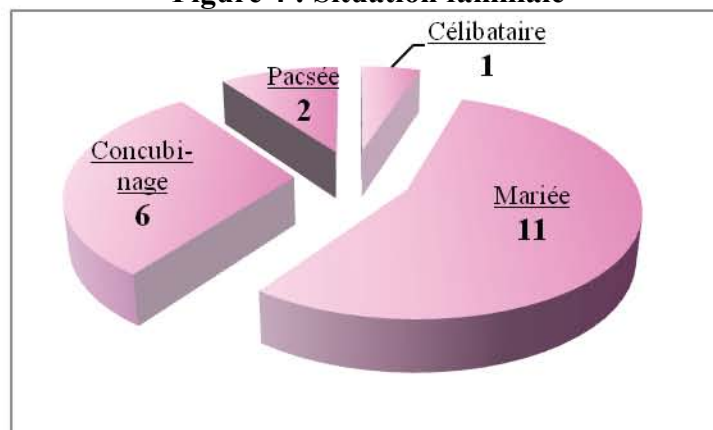


Figure 4 : Situation familiale



Quatre femmes sont fumeuses. Parmi elles, 3 consomment moins de 10 cigarettes par jour et une patiente en consomme davantage.

Aucune femme ne présente d'antécédent médical notable par rapport à sa mobilité.

En ce qui concerne les antécédents obstétricaux (plusieurs d'entre elles ont cumulé différents antécédents):

- **Douze** femmes présentaient un utérus cicatriciel,
- **Cinq** ont été sujettes à une séparation mère-enfant à la naissance,
- **Une** patiente a un antécédent d'accouchement prématuré.

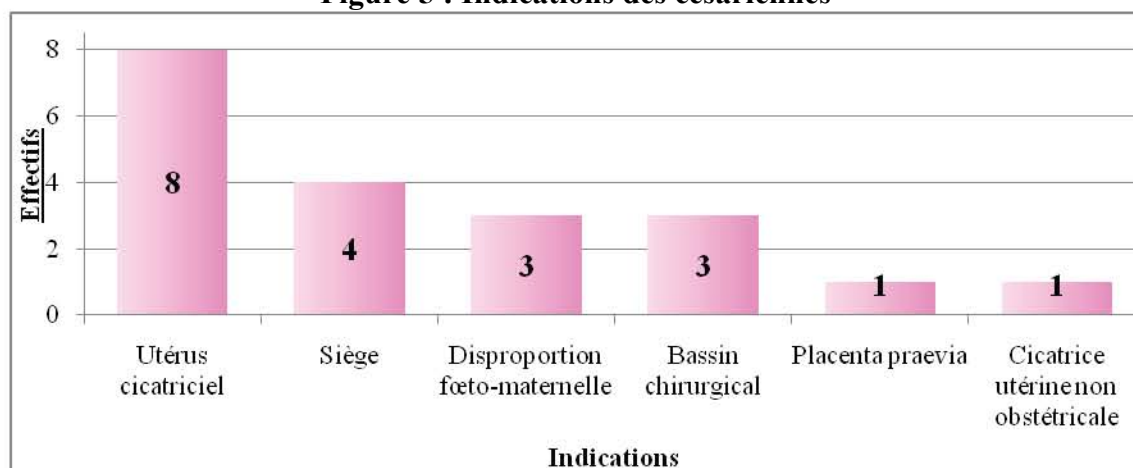
Sept femmes n'avaient aucun antécédent obstétrical notable.

2.2 Caractéristiques notables des grossesses de la population

La grossesse de **3** patientes a été suivie par une sage-femme, **15** par un gynécologue obstétricien et **2** par un médecin généraliste.

Huit patientes ont participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. **Cinq** d'entre elles ont suivi une préparation classique, **2** l'ont effectuée en piscine, et **une** femme a choisi l'haptonomie.

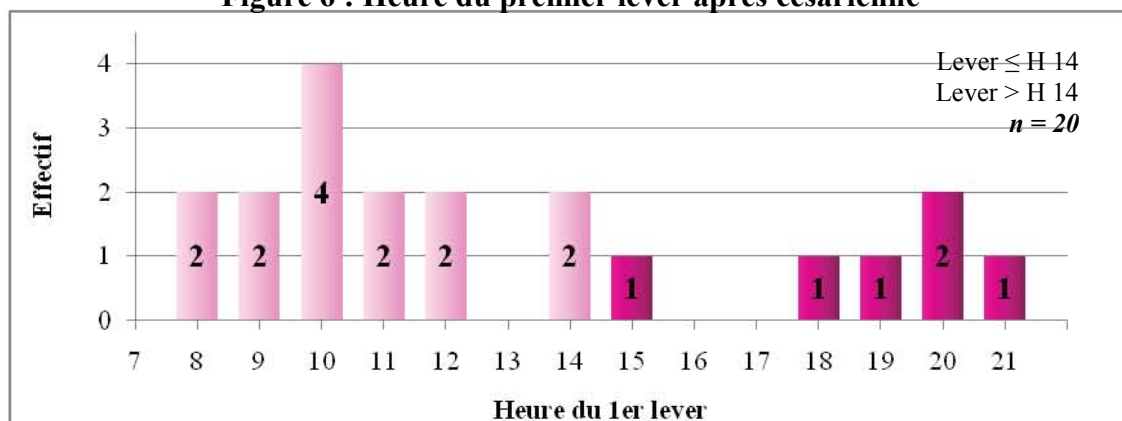
Figure 5 : Indications des césariennes



2.3 Suivi postopératoire des patientes

Parmi les 20 femmes, 9 d'entre elles sont sorties de salle de réveil 2 heures après l'intervention, 10 autres 3 heures plus tard, et une 4 heures après la césarienne.

Figure 6 : Heure du premier lever après césarienne



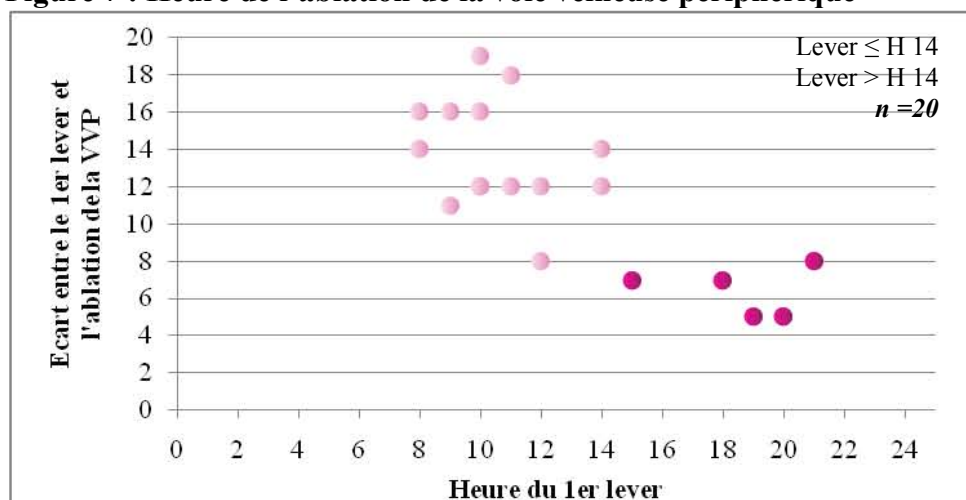
Remarque : La figure 6 a été créée en fonction du premier lever sans particularité. Donc pour les femmes ayant eu un malaise, nous avons pris en compte l'heure du 2^{ème} lever.

Quatre femmes ont eu un malaise lors du premier lever : **Trois** causés par une hypotension et **une** par des douleurs.

Pour **3** d'entre elles, la deuxième tentative fut effectuée 4 heures après. La quatrième quant à elle s'est levée 11 heures plus tard.

Toutes étaient concernées par une première tentative moins de 14 heures après l'intervention.

Figure 7 : Heure de l'ablation de la voie veineuse périphérique



2.4 Interactions mère-enfant précoces et vécu de la mère

2.4.1 Au bloc opératoire

Dix-huit femmes ont vu et touché leur nouveau-né en salle d'intervention.

Deux femmes l'ont seulement vu. Une de ces patientes a affirmé que ce critère avait altéré la mise en place de la relation avec son nouveau-né.

Aucun père n'était présent en salle d'opération.

La question « **Comment avez-vous vécu le moment passé au bloc opératoire avec votre bébé ?** » a suscité différentes catégories de réponses :

- **Treize** femmes ont considéré la rencontre comme trop brève : « *le contact était trop court mais la sage-femme devait lui faire les premiers soins* » ;
- **Cinq** femmes étaient heureuses de l'avoir vu et touché : elles ont qualifié ce moment de « *magique* » et « *émouvant* ». L'une d'entre elles, impatiente s'est exclamée « *j'ai pu enfin l'embrasser!* » ;
- **Quatre** femmes ayant un antécédent de césarienne étaient sereines : « *je savais à quoi m'attendre* » ;
- **Deux** primipares étaient angoissées : « *j'avais peur pour mon bébé et pour moi* » ;
- **Une** femme a exprimé sa déception par rapport au fait que son conjoint ne pouvait pas être présent au moment de l'intervention.
- **Une** femme a été déçue de son accueil au bloc opératoire par l'équipe obstétricale. Elle ne s'est pas sentie attendue car le matériel n'était pas prêt.

2.4.2 En salle de réveil

Douze femmes étaient en salle de réveil avec leur nouveau-né. **Toutes** étaient en contact peau à peau avec lui.

Huit couples mère-enfant étaient séparés lorsque la patiente était en salle de réveil. **Six** femmes séparées ont eu des nouvelles de leur enfant. **Deux** patientes n'en ont pas reçu.

Les pères de **6** de ces nouveau-nés étaient présents à leur côté durant la séparation mère-enfant.

2.4.3 En chambre

Interactions liées aux soins concernant l'affectif avant le premier lever :

- **Tous** les nouveau-nés ont été à proximité de leur mère.
- **Seize** nouveau-nés étaient toujours à portée de vue de leur mère.
- **Dix-neuf** femmes ont eu leur nouveau-né dans leurs bras au moins une fois durant cette période.
- **Une** femme fut en contact peau à peau avec son nouveau-né pour une durée inférieure à 30 minutes.
- **Toutes** les femmes ont parlé à leur enfant.

Voici les différents types de réponses à la question « **Quel est votre vécu s'agissant de la relation entre vous et votre enfant en chambre avant votre premier lever ?** » :

Quinze patientes ont évoqué leur vécu difficile du fait de leur manque d'autonomie et leur dépendance de l'équipe soignante : « *J'aurais aimé pouvoir être autonome dès sa naissance* », « *je ne pouvais pas m'occuper de lui comme je l'aurais souhaité* ». L'une d'entre elles a eu la sensation de « *relation discontinue* » avec son nouveau-né.

Deux femmes ont souligné leur sensation de manque d'intimité dû à la présence du personnel soignant.

Deux femmes ont évoqué leur gêne de « *déranger* » le personnel soignant.

Cependant, la satisfaction quant à la disponibilité du personnel soignant est régulièrement revenue au cours des entretiens : « *Les soignantes sont disponibles et déculpabilisantes* ». Une femme a exprimé son émotion positive lorsqu'une soignante qui changeait son nouveau-né lui a dit « *tu vois maman ne peut pas le faire, mais elle te voit* ».

Huit femmes ont souligné un sentiment de frustration par rapport au besoin d'une personne intermédiaire pour s'occuper des soins à l'enfant et la nécessité de « *prendre sur soi* ».

Trois femmes ont évoqué leur fatigue et leurs douleurs handicapantes pour l'instauration de la relation mère-enfant précoce.

Deux femmes n'ont pas souffert du manque de mobilité car elles étaient heureuses de pouvoir voir et toucher leur enfant.

Seize pères étaient présents dans la chambre avant la première mobilisation.

Interactions liées aux soins concernant l'affectif après le premier lever :

En ce qui concerne le portage :

- **Dix-huit** femmes portent leurs nouveau-nés lorsqu'il pleure,
- **Dix-neuf** femmes les portent lors des besoins de proximité,
- **Toutes** les femmes les portent lors des tétées et des soins.

Toutes les femmes portent leur nouveau-né lorsqu'il est en phase d'éveil. **Cinq** d'entre elles le prennent également dans leurs bras lorsqu'il dort.

Le portage s'effectue en position (plusieurs possibles pour chaque femme) :

- Allongée pour **4** femmes,
- Assise pour **7** femmes,
- Semi-assise pour **8** femmes,
- Debout pour **4** femmes.

Toutes les femmes échangent des regards avec leur enfant lors des portages.

Deux femmes étaient en contact peau à peau avec leur nouveau-né après le premier lever. L'une le pratiquait plus d'une fois par jour, et l'autre moins d'une fois par jour.

Voici les différentes catégories de réponses à la question « **Comment caractériseriez-vous la relation avec votre bébé après vous être levée ?** » :

- **Dix** femmes se sentaient plus autonomes pour les soins à leur enfant : *« je peux faire les choses seule », « c'est moi qui m'occupe d'elle ».*
- **Quatre** femmes se sentaient davantage utiles : *« j'ai pu accomplir pleinement mon rôle de mère ».* Elles étaient alors gratifiées, malgré leurs activités limitées en position allongée.
- **Quatre** femmes avaient des appréhensions, peur de *« faire mal »* au nouveau-né ou de *« mal faire »* les soins : *« je le sens si fragile ».*
- **Cinq** femmes ont fait part des interactions qui sont devenues plus prononcées : *« je pouvais enfin le sentir vraiment contre moi », « le fait de le porter c'était déjà beaucoup », « je peux lui parler en le touchant autrement », « notre relation est devenue plus tactile ».*

Suite au premier lever, **toutes** les patientes se sentaient plus responsables en tant que mère. Et ce, malgré la douleur postopératoire et la persistance du besoin d'aide par le personnel pour leurs propres gestes quotidiens (habillage, toilette) et d'assistance pour les soins au nouveau-né.

Les femmes ont évoqué différentes catégories de réponses à la question « **A partir de quand vous-êtes vous sentie autonome s'agissant des soins et de l'attention à apporter à votre bébé ?** » :

- **Douze** femmes ont évoqué le facteur douleur. Elles se sont senties autonomes à partir du moment où celle-ci s'est atténuée (2 femmes à J1, 4 à J2, 6 à J3) : « *La douleur, il n'y a que ça qui bloque* »,
- Pour **2** patientes, l'autonomie a de suite découlée du premier lever,
- **Une** patiente s'est sentie autonome à partir du retrait de la sonde urinaire. Elle était alors davantage libre de ses mouvements,
- **Trois** femmes ont évoqué le thème des soins au nouveau-né : 2 d'entre elles se considéraient autonomes dès qu'elles n'ont plus eu besoin de l'aide du personnel soignant pour l'allaitement maternel ; et une femme a complètement acquis son autonomie dès le premier bain au nouveau-né effectué.
- **Deux** femmes ne se sentaient pas encore autonomes à J3. Elles n'étaient pas sûres de leurs gestes et se considéraient comme étant « *maladroites* ».

Interactions liées aux soins matériels :

- **Allaitement**

Onze femmes allaitaient leur nouveau-né au sein et **9** au biberon.

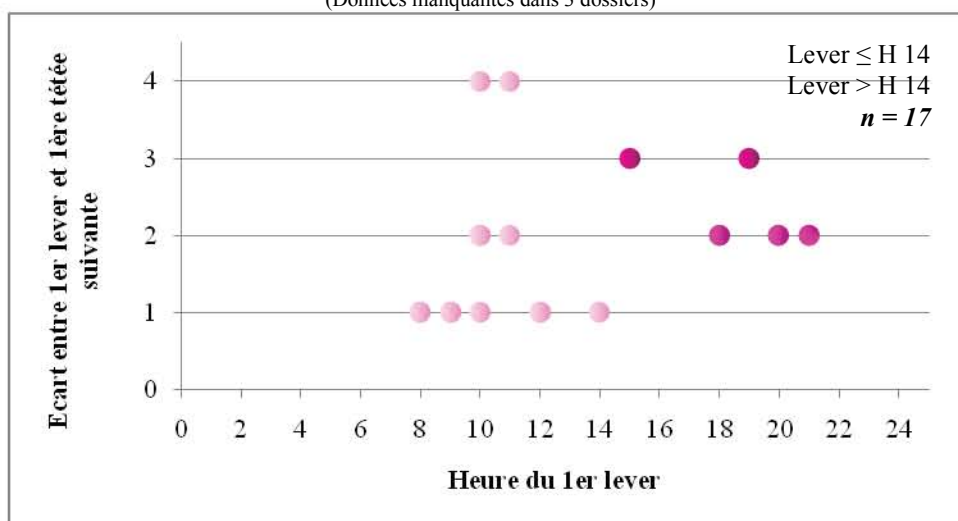
Sept femmes ont effectué une tétée de bienvenue en salle de réveil. **Toutes** allaitaient leur enfant au sein.

Toutes les femmes ont donné le sein ou le biberon à leur enfant avant le premier lever :

- **8** femmes l'ont effectué à H3,
- **5** femmes à H4,
- **2** femmes à H5,
- **4** à H6,
- **une** à H9.

Figure 8 : Temps écoulé entre le premier lever et la tétée suivante

(Données manquantes dans 3 dossiers)



Quatorze femmes ont eu besoin de l'aide du personnel soignant pour la première tétée suivant le premier lever :

- **Neuf** effectuaient un allaitement maternel,
- **Cinq** effectuaient un allaitement artificiel.

Pour **13** d'entre elles, la demande était motivée par la douleur postopératoire (étant entendu que plusieurs d'entre elles cumulaient différentes difficultés) :

- **Trois** femmes avaient des difficultés à se mouvoir,
- **Huit** présentaient des difficultés pour prendre le nouveau-né dans les bras,
- **Sept** avaient des difficultés de positionnement.

Huit de ces treize femmes présentaient le besoin de poser des questions pratiques sur l'allaitement au personnel soignant.

Une femme eut besoin d'aide seulement liée à ses questions pratiques à propos de l'allaitement.

Tableau II : Heure de la première tétée après le premier lever sans sollicitation du personnel soignant (n=15)

(Données manquantes dans 5 dossiers)

Tranches horaires postopératoires	Nombre de patientes s'étant levées avant H14	Nombre de patientes s'étant levées après H14
[6-10]	1	0
]10-14]	4	0
]14-18]	2	1
]18-22]	1	0
]22-26]	3	0
]26-30]	0	2
]30-34]	1	0

Une patiente a choisi d'interrompre l'allaitement maternel en suites de couches à cause de complications liées à l'allaitement (crevasses). Son premier lever a été effectué à H14.

- **Les changes**

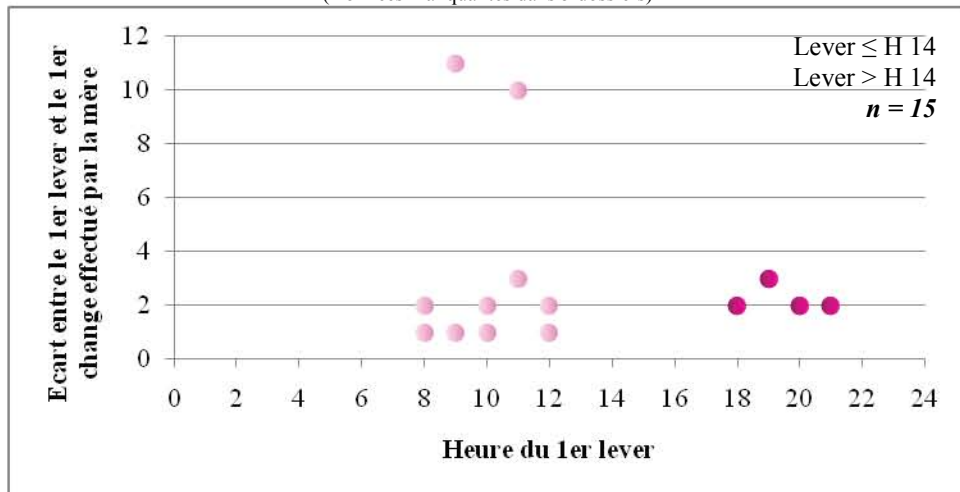
Le premier change en chambre a été réalisé par :

- **La mère** pour **un** nouveau-né,
- **Le père** pour **5** nouveau-nés,
- **Un soignant** pour **14** nouveau-nés.
-

Dix patientes voyaient leur nouveau-né lors du premier change effectué en chambre.

Figure 9 : Temps écoulé entre le premier lever et le premier change effectué par la mère

(Données manquantes dans 5 dossiers)



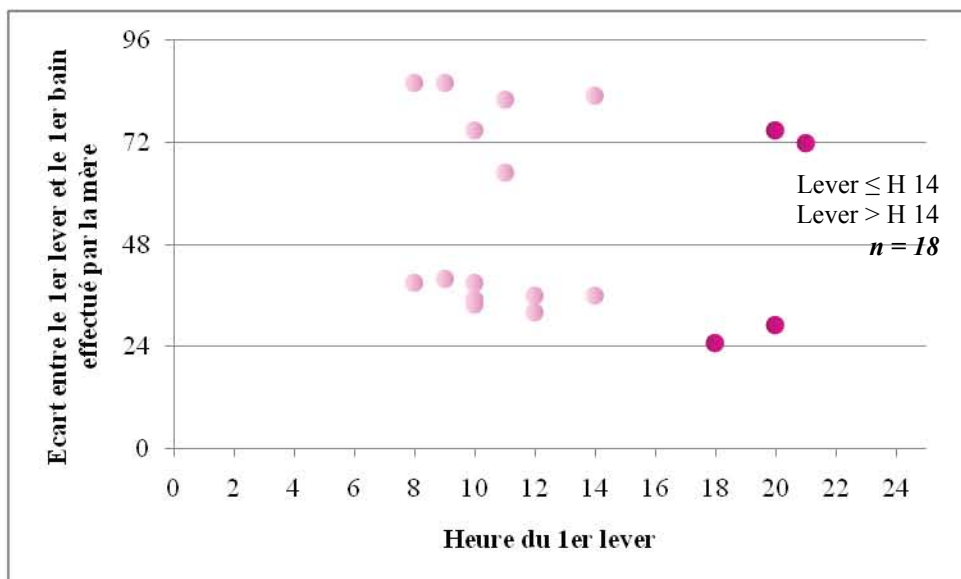
- **Les bains**

Tous les nouveau-nés ont été baignés pour la première fois au deuxième jour de vie.

Le premier bain a été réalisé par :

- La mère pour **10** nouveau-nés,
- Le père pour **2** nouveau-nés,
- Le personnel soignant pour **8** nouveau-nés.

Figure 10 : Temps écoulé entre le premier lever et le premier bain effectué par la mère



Deux patientes multipares ont choisi de réaliser le premier bain seules à domicile après la sortie de maternité. Le premier bain à leurs nouveau-nés avait été effectué par un soignant au deuxième jour de vie.

2.5 Comparaison des interactions chez les femmes ayant un antécédent de césarienne

A la question « **Comment avez-vous vécu la/les césarienne(s) précédente(s) par rapport à celle-ci ?** », voici les réponses :

- **Sept** patientes ont fait part de leur antécédent de césarienne en urgence. Elles considèrent alors qu'elles étaient davantage préparées « *psychologiquement* » que pour la/les césariennes antérieures : « *je me suis sentie moins prise au dépourvu, donc j'étais moins anxieuse* ».
- **Trois** femmes n'ayant vécu que des naissances par césariennes électives n'ont pas ressenti de différences : « *Je savais depuis le début de la grossesse que j'allais avoir une césarienne* », « *je savais déjà ce que c'était de vivre une césarienne programmée* ».
- **Deux** femmes ont un vécu plus positif de cette césarienne élective car elles ont ressenti des douleurs postopératoires moins importantes que pour la/les césarienne(s) précédente(s).

Sur les **12** femmes ayant déjà vécu une ou plusieurs naissances par voie haute, **11** se sont levées plus précocement par rapport à leur(s) césarienne(s) passée(s).

A la question « **Avez-vous ressenti des différences par rapport au vécu des interactions avec votre enfant ?** », **8** femmes ont répondu positivement.

Elles ont évoqué une meilleure habileté de leur part pour les soins au nouveau-né : « *je me suis sentie plus utile car ce n'était pas mon premier enfant* ». Elles étaient alors moins anxieuses.

Deux femmes ont évoqué un sentiment de frustration moins important que pour leur(s) intervention(s) précédente(s) car les douleurs postopératoires étaient moins intenses.

Une femme a affirmé avoir eu plus de facilité pour les tétées grâce au lever précoce.

TROISIEME PARTIE:

Analyse des résultats

1. INTERACTIONS MERE-ENFANT PRECOCES ET VECU DE LA MERE

1.1 Au bloc opératoire et en salle de réveil

1.1.1 Le vécu de l'intervention en elle-même

Deux patientes primipares étaient angoissées à l'approche de la césarienne. Cette modalité de naissance est source de regret d'un accouchement par voie basse doublé bien souvent de l'appréhension d'une intervention chirurgicale.

En revanche, quatre des patientes présentant un utérus cicatriciel affirmaient qu'elles étaient sereines au bloc opératoire.

Ce sentiment exprimé par les femmes n'ayant pas d'antécédent de césarienne s'explique par la peur de l'inconnu et la culpabilité de ne pas pouvoir accoucher naturellement. C'est pour cela qu'une information précoce et complète est indispensable au meilleur vécu possible de l'intervention.

Le ressenti de la mère est en lien direct avec l'organisation de l'équipe obstétricale. En effet, la femme présente des craintes pour sa santé et celle de son enfant. Elle a donc besoin de se sentir accueillie et soutenue en salle d'opération et ce, tout au long de l'acte chirurgical étant donné qu'elle est consciente sous anesthésie loco régionale.

Ceci peut expliquer le vécu négatif d'une patiente pour qui le matériel n'était pas prêt lors de son arrivée au bloc opératoire.

1.1.2 La rencontre

La quasi totalité des femmes (18/20) ont vu et touché leur nouveau-né en salle d'intervention.

Parmi les patientes rencontrées, certaines (5/20) ont manifesté leur **joie** et leur **émotion** liées aux premières interactions avec leur enfant qui étaient indirectes jusque là. En effet, la fin de la grossesse est souvent vécue comme trop longue, les femmes sont impatientes de pouvoir enfin voir et toucher leur enfant qu'elles imaginent par l'intermédiaire des échographies obstétricales. Elles ont également besoin de *maternage* et d'accomplissement, au sens winnicottien, de la *préoccupation maternelle primaire*. Cela peut être illustré par les paroles d'une patiente : « *J'ai pu enfin l'embrasser !* ».

Les interactions précoces entre la mère et l'enfant représentent donc la véritable naissance et la concrétisation de leur relation. Il y a non seulement naissance d'un enfant, mais aussi d'une mère qui se reconnaît comme telle.

Deux patientes ont vu leur enfant en salle d'intervention sans pouvoir avoir de contact tactile avec celui-ci. Une femme ne l'ayant pas touché a affirmé que la mise en place de la relation avec son nouveau-né a été difficile à cause de cet élément.

La diversité des premières interactions mère-enfant par le regard, la voix et le toucher est donc fondamentale pour le lien qui en découlera.

1.1.3 La notion de temps

La majorité des femmes faisant partie de l'étude (13/20) a considéré le temps passé avec leur nouveau-né comme étant trop bref en salle d'intervention.

En effet, les sages-femmes ont dû séparer les couples mère-enfant afin d'effectuer le premier examen clinique et les premiers soins de chaque nouveau-né.

Ces deux observations sont tout-à-fait recevables car la mère aurait aimé passer plus de temps avec son enfant alors que la sage-femme, elle, est responsable de l'accueil de celui-ci dans des conditions optimales et précoces.

La courte durée de la première rencontre engendre une frustration chez la femme qui aurait souhaité vivre les premiers instants de vie de son nouveau-né le plus intensément possible afin de pouvoir « sentir » cette naissance malgré le contexte de césarienne.

Même si les premières interactions ont généralement été très précoces pour l'étude réalisée, la dimension temporelle et notamment le temps trop bref passé ensemble pour le couple mère-enfant semble être un élément peu favorable à un vécu positif d'attachement. En effet, la mère est frustrée bien qu'heureuse et émue et le nouveau-né n'a pas assez de temps pour la reconnaître par l'intermédiaire du proto-regard.

1.1.4 Le contact peau à peau précoce

Plus de la moitié (12/20) des femmes qui ont fait partie de l'étude étaient présentes avec leurs nouveau-nés en salle de réveil. Elles étaient toutes en contact peau à peau avec leur enfant.

De ce fait, les interactions précoces ont pu être établies après le délai de sutures utérines et abdominales du gynécologue obstétricien pratiquant la césarienne. Cette surveillance postopératoire a permis à la mère et à l'enfant de se retrouver. Ils sont alors tous deux apaisés : la mère n'a plus de doute quant à l'adaptation immédiate de son nouveau-né à la vie aérienne suite à l'examen de la sage-femme ; l'enfant est apaisé et réchauffé contre le ventre maternel.

Ce « peau à peau » différé rappelle celui effectué en salle de naissance juste après l'expulsion. C'est à partir de ce moment que les couples mères-enfants concernés ont pu se

reconnaître, partager leurs premiers moments d'intimité et créer leurs premiers liens d'attachement.

Sept de ces femmes qui allaitaient leur nouveau-né au sein ont effectué une tétée précoce en salle de réveil. Pour chacune de ces femmes, la mise en place de l'allaitement maternel a donc été favorisée. Cela est gratifiant pour la mère qui s'occupe de son enfant durant la période postopératoire immédiate.

La séparation des femmes et de leur enfant en salle de réveil (8/20) est certainement liée à l'organisation du bloc opératoire elle-même. Ceci est en lien avec la disposition et la superficie du service, ainsi qu'avec la prévention des infections nosocomiales néonatales. Le but est de confronter le moins possible les nouveau-nés à de potentiels germes pathogènes provenant d'autres patientes. Pour ces femmes, le temps d'absence d'interaction avec leur nouveau-né est variable car elles sont sorties de salle de réveil entre 2 et 4 heures après l'intervention.

1.1.5 L'absence du père

Aucun père n'était présent aux côtés de la mère, ni en salle d'intervention, ni en salle de réveil. Cela peut être source de déception pour les parents qui ont « attendu » ensemble l'enfant bien que la mère soit la seule à le porter physiquement.

La mise en place des interactions père-enfant a été différée au retour en maternité du nouveau-né. La rencontre s'est effectuée deux heures plus tard en cas de présence de la femme césarisée et de leur enfant en salle de réveil.

Nous pouvons constater ici différentes catégories de frustrations :

- Celle du père qui était absent lors de la naissance,
- Celle de la mère qui a le sentiment de vivre seule la naissance et ses suites immédiates,
- Celle du père qui attend avec impatience le retour de sa conjointe et la première rencontre avec son enfant,
- Celle du père qui vit les deux premières heures de vie seul avec le nouveau-né en cas de séparation mère-enfant en salle de réveil.

En cas de séparation de la femme et son nouveau-né en salle de réveil (8/20), la plupart (6/8) des pères étaient présents aux côtés de leur enfant en maternité. On suppose alors qu'ils ont pu le toucher et lui parler. Ceci est rassurant pour le nouveau-né qui est capable de reconnaître la voix de son père s'il l'a régulièrement entendue tout au long de la grossesse. Le fait de le toucher engendre également un bien-être chez l'enfant qui perçoit la chaleur par

l'intermédiaire d'une main par exemple. Le portage permet au nouveau-né de se sentir moins dispersé et d'être contenu, tout comme dans l'utérus.

La parentalité est le processus par lequel la femme et l'homme deviennent et se comportent en tant que mère et père. Elle se met en place tout au long de la grossesse de par les comportements préventifs nécessaires au bon déroulement de celle-ci et se concrétise, au mieux, en couple dès la naissance.

Dans cette perspective, est-il possible d'accompagner davantage les couples confrontés à une naissance par césarienne ?

1.2 En maternité

1.2.1 Avant le premier lever

Les interactions précoces ont généralement été favorisées pour toutes les femmes faisant partie de l'étude. Tous les nouveau-nés étaient à proximité de leur mère, ce qui favorise les interactions. Les femmes césarisées avaient ainsi la possibilité de leur parler et de pouvoir apprécier les regards de leur enfant dans leur direction lors des moments d'éveil.

La quasi totalité des femmes (19/20) n'a pas été en contact peau à peau avec leur nouveau-né durant ce laps de temps. Cela laisse alors supposer que certaines de ces patientes ne l'ont jamais pratiqué et que la relation précoce mère-enfant n'a pas été favorisée.

Les femmes n'avaient pas toutes leur enfant à portée de vue au cours du temps écoulé entre le retour en maternité et le premier lever. Ceci est dû au fait que certains soins aux nouveau-nés ont été effectués en pouponnière. De plus, les femmes ayant été césarisées dans l'après-midi n'ont pas forcément voulu passer la nuit avec lui car elles voulaient se reposer.

Pratiquement toutes les patientes (19/20) ont porté leur enfant dans leurs bras avant de se lever. Le *holding* et le *handling* étaient alors mis en place et permettaient à la mère de s'occuper de son nouveau-né malgré l'immobilité induite par la position allongée.

Pratiquement toutes les femmes (18/20) ont imputé la difficulté de mise en place de la relation avec leur nouveau-né au manque d'autonomie et au besoin d'un intermédiaire pour les soins à apporter aux nouveau-nés. Elles éprouvent alors une frustration, celle de ne pas pouvoir assouvir leur désir de maternage. Les soins qu'elles auraient aimés assurer dès la naissance ont été effectués par d'autres personnes. De ce fait, l'une d'entre elles a qualifié la relation avec son enfant comme étant « *discontinue* » durant cette période.

Elles ont pu exprimer leur gêne par rapport à leur dépendance du personnel soignant qu'elles craignaient de « *déranger* » (2/20). Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'une femme ayant accouché par voie basse (80% des naissances) n'a pas besoin d'être assistée pour des gestes de la vie quotidienne, comme pour prendre le nouveau-né dans ses bras. Le regret de l'accouchement physiologique reste persistant après la naissance.

Le personnel soignant doit être et paraître disponible afin de favoriser et d'encourager les interactions mère-enfant précoces. Une femme a bien illustré ce besoin en exprimant sa satisfaction par rapport aux paroles d'une soignante venant changer son enfant et parlant à celui-ci: « *tu vois, maman ne peut pas le faire, mais elle te voit* ».

Les suites liées directement à la césarienne représentent un frein à la mise en place précoce des interactions mère-enfant. En effet, l'asthénie, les douleurs postopératoires et la présence d'une voie veineuse périphérique empêchent les femmes césarisées d'être actives.

Une minorité de femmes (2/20) a estimé que la position allongée n'a pas altéré le vécu des interactions avec leur nouveau-né. Elles étaient heureuses de pouvoir le voir et le toucher.

La plupart des pères (16/20) étaient présents en chambre avant le premier lever. Cinq d'entre eux ont effectué le premier change de leur enfant durant cette période. Cela montre que le personnel soignant ne représente pas le seul et unique intermédiaire entre la mère et l'enfant. Les pères ont ainsi pu être mis à contribution et s'occuper de leur nouveau-né. Cela est rassurant pour la mère qui ne peut pas faire elle-même.

Toutes les patientes ont donné le sein ou le biberon à leur nouveau-né avant le premier lever avec l'aide d'un membre du personnel soignant. La plupart des premières tétées en service (13/20) ont eu lieu entre H3 et H4. Les 6 tétées effectuées entre H5 et H6 peuvent être expliquées par les tétées de bienvenue réalisées en salle de réveil.

Une femme a donné le biberon pour la première fois à H9 à son enfant. En effet, elle a été séparée de celui-ci la nuit qui a suivi la césarienne effectuée en fin d'après-midi. Ce sont alors les membres du personnel soignant qui se sont occupés de donner le premier biberon. Cette séparation et ce soin donné par une autre personne que la mère représentent un frein à la précocité de la mise en place des interactions mère-enfant.

Nous pouvons en déduire que, le fait qu'une césarienne programmée ne soit pas réalisée dans la matinée, altère la mise en place des interactions précoces. En effet, les mères peuvent alors être davantage fatiguées à cause de l'heure tardive de retour en service. Elles émettent parfois le souhait précoce d'être séparées de leur nouveau-né la nuit suivante.

Suite à ces constats, nous pouvons confirmer l'hypothèse selon laquelle **la position allongée imposée suite à la césarienne restreint la mobilité autonome et altère la mise en place de la relation mère-enfant** de par la nécessité d'une personne intermédiaire pour assurer les soins au nouveau-né.

1.2.2 Pratique du premier lever

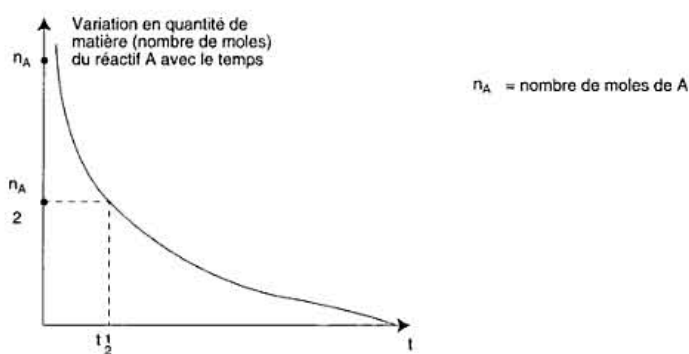
Nous avons divisé la population en deux sous-groupes pour les figures 6 à 10. Voici les critères de différenciation :

Les anesthésiants administrés à chaque patiente dans le cadre de la rachianesthésie sont la marcaine hyperbare 0.5% (anesthésique local) et le sufentanil (opiacé liposoluble). Nous nous sommes basés sur la pharmacocinétique de ces médicaments afin de définir un temps à partir duquel ils ne sont plus efficaces.

Pour cela il est nécessaire de rappeler ce qu'est le temps de demi-vie (ou $T_{1/2}$) d'un médicament : Il correspond au délai nécessaire pour que celui-ci passe d'une concentration X à une concentration $X/2$ dans un compartiment défini [6].

Cette concentration est directement liée à la quantité de matière du médicament en question présente dans l'organisme. Nous pouvons voir d'après la courbe ci-dessous (figure 11) qu'elle décroît de façon exponentielle en fonction du temps.

Figure 11 : Quantité de matière d'un médicament présent dans l'organisme en fonction du temps [6]



Les temps de demi-vie de la marcaine hyperbare 0.5% et du sufentanil sont respectivement 3h30 et 1h [1 ; 25].

Ainsi, nous pouvons en déduire que la marcaine hyperbare agit plus longtemps que le sufentanil.

Nous nous sommes basés sur cette déduction pour diviser la population en deux sous-groupes en nous servant uniquement du $T_{1/2}$ de la marcaine hyperbare pour délimiter le temps à partir duquel l'effet des produits anesthésiants n'est plus observable.

Tableau III : Evolution de la quantité de matière en fonction du temps

	$T_{1/2}$	2 $T_{1/2}$	3 $T_{1/2}$	4 $T_{1/2}$	5 $T_{1/2}$	6 $T_{1/2}$
Pourcentage restant	50 %	25%	12,5%	6,25%	3,13%	1,56%

Il est remarquable que le pourcentage résiduel de quantité de matière soit très faible au-delà de 4 $T_{1/2}$, ce qui représente 14 heures pour la marcaine hyperbare 0,5% [. Nous avons donc décidé de séparer les deux sous-groupes d'après ce critère.

Nous nous baserons donc sur les effets anesthésiants postopératoires des produits utilisés pour la rachianesthésie.

Nous n'avons pas tenu compte de l'utilisation de morphine qui dépend de la pratique de chaque anesthésiste.

Nous ne pouvons pas prendre en compte les programmes antalgiques administrés par voie veineuse périphérique (paracétamol et Anti-inflammatoires non stéroïdiens) comme critère de division de la population. En effet, le début de leur administration est différent d'une patiente à l'autre car il est en lien direct avec l'EVA, élément subjectif car dépendant du seuil de douleur de chacun.

Nous pouvons mettre en évidence l'étalement dans le temps (de H8 à H21) des premiers levers postopératoires sans particularité par l'intermédiaire de la figure 6.

Ces critères montrent que le caractère de précocité des recommandations de la Société Française des Anesthésistes Réanimateurs est respecté. En effet, toutes ces mobilisations ont eu lieu avant la 24^{ème} heure postopératoire.

Cependant, nous pouvons mettre en évidence le fait que le protocole du service ne soit généralement pas respecté en ce qui concerne les heures des premiers levers. Toutefois, il est remarquable que la majorité des patientes (14/20) se sont levées avant H14.

1.2.3 Après le premier lever

- **Appréciation de la relation mère-enfant par les mères**

La moitié des femmes faisant partie de l'étude a évoqué le thème de l'autonomie quant à la relation qu'elles partageaient avec leur nouveau-né à partir du premier lever. Elles étaient alors capables d'être actives pour les soins à leur enfant.

Par leurs actes elles peuvent se sentir davantage utiles (4/20) pour la prise en charge de leur enfant. C'est un élément important qui permettra à la mère de mater indépendamment de toute personne interposée. Cela peut s'illustrer par cette phrase recueillie auprès d'une patiente « *j'ai pu accomplir pleinement mon rôle de mère* ».

Cependant, ces nouveaux gestes à effectuer peuvent être source de difficultés (4/20) pour les mères qui peuvent présenter des appréhensions quant aux soins à réaliser. Elles ont peur qu'ils soient mauvais. Cette anxiété est d'autant plus renforcée que les suites de la césarienne sont handicapantes à cause des douleurs postopératoires.

Des femmes (5/20) évoquent également la qualité des interactions après la première mobilisation. Elles se sentent alors plus proches de leurs nouveau-nés : « *je pouvais enfin le sentir vraiment contre moi* ». Le toucher est devenu davantage prononcé par le fait qu'elles portaient leur enfant sans personne intermédiaire : « *notre relation est devenue plus tactile* ». La mobilité favorise également la multiplicité des interactions : « *je peux lui parler en le touchant autrement* ».

- **Interactions liées aux soins concernant l'affectif**

Le portage est un soin affectif autonome après le premier lever. En effet, les mères n'ont alors plus à demander de l'aide pour prendre le nouveau-né dans leur berceau. Elles peuvent donc décider librement du moment durant lequel elles prendront elles-mêmes leur enfant dans leurs bras et ce, quelle que soit la raison.

Toutes les femmes portent leur nouveau-né au moment des tétées et des soins. Le portage est majoritairement effectué lors des pleurs (18/20) afin d'apaiser le nouveau-né. Les mères le portent également pour leur bien-être respectif lors des besoins de proximité (19/20).

Toutes les femmes portent leur enfant lorsqu'il est éveillé. Elles profitent alors de ces moments pour vivre le maximum d'interactions possibles avec lui. Elles témoignent toutes des échanges de regards avec leur enfant durant ces moments de proximité.

Certaines femmes (5/20) les portent aussi en phase de sommeil. Cela témoigne du besoin de proximité et de contact sans pour autant qu'il y ait une communication mère-enfant active et réciproque.

Elles seront également aptes à le porter dans d'autres positions que celle allongée, imposée avant le premier lever. Une minorité de femmes (4/20) continuera tout de même à porter, entre autre, leur enfant couchée.

Cependant, elles sont plus nombreuses à être assises (7/20) ou semi-assises (8/20) pour le portage. Ces positions favorisent l'autonomie. En effet, les femmes peuvent alors avoir plus facilement accès aux choses qui les entourent. Elles ont également une position propice aux dialogues avec autrui.

Parmi les patientes faisant partie de l'étude, 4/20 d'entre elles affirmaient porter leur nouveau-né debout. Ceci témoigne de l'activité de la mère qui devient indépendante.

On peut remarquer le manque de pratique du contact peau à peau en maternité. En effet très peu de femmes (2/20) ont affirmé l'avoir effectué après leur premier lever. Or, il serait intéressant de le réaliser après le début d'une reprise d'autonomie pour permettre d'établir une réparation du sentiment de frustration de la position allongée.

- **Interactions liées aux soins matériels**

En ce qui concerne **l'allaitement**, nous pouvons remarquer que, d'après la figure 8, les femmes se mobilisant pour la première fois avant H14 (12/17) effectuent plus précocement la tétée suivant le premier lever. Nous pouvons donc en déduire que plus le lever est précoce plus il favorise la mise en place de l'allaitement, tant maternel qu'artificiel.

La plupart des femmes (14/20) ont eu besoin de l'aide du personnel soignant pour cette première tétée après le premier lever. Pour la quasi-totalité de ces patientes (13/20), la demande était motivée par la douleur. En effet, les suites postopératoires ont engendré des difficultés pour prendre le nouveau-né dans les bras (8/13), le positionner pour l'allaitement (7/13), et pour se mouvoir (3/13).

Cette demande d'aide n'était pas seulement d'ordre pratique. En effet, elle était également souvent motivée (8/13) par la nécessité d'information sur l'allaitement.

Le premier lever engendre donc une autonomie restreinte pour l'allaitement. Ceci est lié à la douleur et au besoin de renseignements. En ce qui concerne ce dernier critère, nous ne pouvons affirmer qu'il soit directement en lien avec la césarienne. En effet, les patientes ayant accouché par voie basse présentent également le besoin d'être assistées par un soignant du fait du manque de savoir et de pratique.

Le Tableau II concernant l'heure de la première tétée sans sollicitation du personnel soignant n'est pas interprétable car les données manquantes sont conséquentes (5/20). De plus, ce temps nécessaire aux mères pour allaiter seules leur enfant est multifactoriel : il dépend de la parité, du type d'allaitement, des complications possibles liées à la césarienne, de l'anxiété maternelle et de la qualité de succion et de digestion des nouveau-nés.

La donnée concernant l'arrêt de l'allaitement maternel d'une patiente n'est pas exploitable.

En ce qui concerne **les changes** des nouveau-nés, seulement 10/19 femmes ont vu le premier change. Cela représente un caractère frustrant pour la mère qui ne peut s'occuper de ce soin en étant allongée. Elle laisse une autre personne s'en occuper alors que son plus grand souhait est d'être autonome afin de pouvoir prendre seule soin de son enfant.

On peut voir d'après la figure 9 que l'heure du premier lever précoce n'a pas d'effet notable sur le temps pris par la mère pour réaliser le premier change à son nouveau-né.

L'heure du premier **bain** est en lien direct avec la parité de la patiente. En effet, les multipares ont effectué plus rapidement le bain à leur nouveau-né qu'une primipare. Nous pouvons ainsi expliquer le fait que la moitié des mères aient réalisé le premier bain de leur enfant.

Une grande proportion de nouveau-nés (8/20) a été lavée pour la première fois par un soignant. Les mères ont éprouvé le besoin de revoir les gestes (pour les multipares), ou de les apprendre (pour les primipares).

Des pères (2/20) ont aussi participé au premier bain de leur enfant. Ceci est positif pour eux qui ne sont pas constamment présents pour tous les soins réalisés en maternité.

On peut voir d'après la figure 10 que l'heure du premier lever n'a pas d'impact sur le temps mis par la mère pour effectuer le premier bain. Mais ceci peut dépendre de la parité et de l'expérience des patientes.

Nous pouvons affirmer le fait que **le lever précoce après césarienne sous anesthésie loco régionale favorise les interactions mère-enfant précoces** malgré la douleur et le besoin d'aide persistant lors des soins. La présence du personnel soignant demeure prononcée mais les mères sont davantage actives, donc gratifiées.

1.3 La reprise d'autonomie par les mères

La douleur postopératoire représente un frein à l'autonomie des mères (12/20) : « *la douleur, il n'y a que ça qui bloque* ». En effet, malgré leur mobilité, elles ne se sentent pas sûres de leurs appuis et de leurs gestes. Elles ont alors besoin d'aide pour leur propre quotidien (habillage, toilette) et d'être assistées pour les soins au nouveau-né qu'elles ne maîtrisent pas encore à cause de la douleur entre autre. En effet, l'autonomie peut aussi dépendre de la pratique des soins matériels aux nouveau-nés (3/20).

Certaines femmes ont davantage besoin d'entraînement que d'autres pour acquérir leur autonomie lors des soins. Certaines (2/20) n'ont alors pas estimé être aptes à effectuer seules les soins à leur nouveau-né le jour des entretiens semi-directifs (J3).

Cependant, l'évaluation de l'intensité de la douleur varie pour chaque personne. Cela peut expliquer le fait que des patientes (2/20) aient affirmé avoir acquis leur autonomie par rapport à leur nouveau-né juste après s'être levées pour la première fois.

L'autonomie peut dépendre également du manque de mobilité liée au matériel médical nécessaire lors des suites d'une intervention chirurgicale, comme la sonde urinaire (1/20) ou la voie veineuse périphérique. Les patientes peuvent alors être davantage libres de leurs mouvements à la suppression de ces éléments.

Nous noterons cependant que la voie veineuse périphérique est essentielle à l'administration efficace et précoce d'antalgiques. Elle favorise alors la mobilité des femmes césariées du fait de la douleur postopératoire amoindrie, mais elle les gêne en ce qui concerne leurs gestes quotidiens. L'intérêt prédominant de la perfusion est le traitement des douleurs postopératoires. Donc l'heure du premier lever n'a pas d'impact sur le temps écoulé entre sa mise en place et son retrait (figure 7). Elle est généralement retirée 24 heures après la césarienne.

Nous avons cité les éléments qui engendrent des difficultés d'acquisition d'autonomie pour les femmes. Cependant, toutes celles qui ont fait partie de cette étude ont affirmé se sentir davantage responsable en tant que mère depuis leur premier lever.

Nous pouvons en conclure que l'autonomie est essentielle pour se sentir responsable en tant que mère.

1.4 Comparaison du vécu des interactions mères-enfants chez les femmes ayant un antécédent de césarienne

L'antécédent de césarienne en urgence représente un élément majeur en ce qui concerne le vécu des césariennes électives suivantes. En effet, les femmes (7/12) sont moins anxieuses car davantage préparées psychologiquement et physiquement que pour les interventions antérieures dont les prises de décisions ont été brutales.

Les femmes ayant un antécédent de césarienne élective vivent davantage positivement les interventions suivantes. Le fait d'avoir déjà vécu l'expérience est alors moins anxiogène.

La douleur est un facteur à prendre en compte pour le vécu des césariennes. Les femmes la vivent comme une injustice. Il peut également y avoir des effets psychosomatiques qui font que les premières césariennes sont peut-être moins bien acceptées à cause du deuil récent de l'accouchement par voie basse.

De ce fait, les femmes se sentent coupables et blessées dans leur féminité. Elles peuvent douter de leurs capacités à remplir leur rôle de mère. Cette souffrance psychologique peut avoir des répercussions sur l'intensité des douleurs physiques. Peut-être est-ce pour cela que certaines patientes (2/20) ont eu moins mal que pour leur(s) césarienne(s) précédente(s). Cela peut aussi être lié à une différence possible des anesthésiants administrés.

Le premier lever fut davantage précoce chez presque toutes les femmes (11/12) lors des césariennes faisant partie de notre étude. Toutes les femmes ayant ressenti des différences par rapport au vécu des interactions ont évoqué des éléments plus positifs.

La parité de la patiente a un impact sur son vécu. Les multipares avaient déjà pratiqué les soins à leur(s) enfant(s) auparavant et se sentent de ce fait plus habiles.

Le thème de la douleur amoindrie a aussi été abordé (2/8) en lien avec le lever précoce. Nous pourrions alors nous demander si cela est dû à la rapidité de reprise du transit intestinal. Cependant nous ne pouvons pas approfondir ce critère à cause de la petitesse de l'échantillon ayant évoqué le facteur douleur.

Nous avons déjà vu précédemment que le premier lever précoce favorise la rapidité de la mise en place de l'allaitement. Cela peut s'illustrer par le fait qu'une (1/11) patiente ait affirmé avoir eu davantage de facilité pour les tétées grâce au lever précoce.

2. PROPOSITIONS DE SOLUTIONS FACILITANT LES INTERACTIONS PRECOCES

Nous allons à présent effectuer des propositions qui pourraient permettre de pallier aux difficultés d'interactions rencontrées par la mère son nouveau-né lors d'une césarienne.

Tout d'abord, pour que la femme vive au mieux sa césarienne, elle doit y être préparée et être le plus précocement possible au courant du déroulement des événements.

C'est pour cela que les sages-femmes animant des séances de préparation à la naissance et à la parentalité pourraient davantage évoquer les modalités de prise en charge d'une patiente césarisée après avoir expliquer le déroulement de l'accouchement par voie basse. Bien sûr, afin de dédramatiser la chose, elles souligneraient tout de même le fait que 80% des naissances se passent par voie basse en France.

Cela permettrait aux patientes d'avoir un temps d'écoute et d'information. Le fait de disposer d'un temps consacré à l'expression de leurs appréhensions pourrait faire en sorte qu'elles soient mieux préparées psychologiquement à l'intervention.

Les femmes césarisées pourraient ainsi faire plus rapidement le deuil de l'accouchement par voie basse et être moins anxieuses pour l'intervention. Le vécu de la césarienne se ferait plus sereinement.

Ensuite, pour essayer de diminuer un maximum la frustration des parents quant à l'absence du père en salle d'opération, celui-ci pourrait être présents au bloc opératoire pour la naissance du nouveau-né.

Il est évident que des précautions doivent être prises afin que sa présence ne nuise en rien au bon déroulement de l'intervention. Il pourrait être installé à la tête de la mère et à l'abri de toute vision du geste chirurgical afin d'éviter un traumatisme psychologique.

Il pourrait alors rencontrer son nouveau-né pour la première fois en même temps que la mère. Ceci constituerait le premier moment privilégié de cette famille naissante.

Afin de favoriser les interactions précoces mère-enfant, la sage-femme pourrait, après ce temps de rencontre, aller réaliser le premier examen clinique du nouveau-né et revenir aussitôt représenter l'enfant aux parents.

En 2010, la maternité Brome Missiquoi Perkins (Québec) a instauré un protocole permettant de favoriser les interactions et la mise au sein précoce lors d'une césarienne. En effet, après avoir été examinés, les nouveau-nés sont placés en peau à peau avec leur mère jusqu'à la fin de la chirurgie.

Une tétée de bienvenue peut alors être proposée. En cas de refus, les bénéfices du contact peau à peau peuvent tout de même être mis à profit. Le nouveau-né et la mère sont recouverts d'une couverture chauffante par souci d'adaptation thermique de l'enfant compte tenu de la fraîcheur des salles d'opération.

La mère peut alors avoir un vécu positif d'attachement au bloc opératoire, peut materner précocement en donnant le sein à son nouveau-né, et a davantage de chance de vivre pleinement l'expérience du proto-regard.

Ceci nécessite au préalable la mise en place d'une organisation spécifique liée à la disposition et à la superficie des salles d'intervention. L'accord de chaque membre de l'équipe obstétricale est bien sûr indispensable.

Le nouveau-né pourrait rester en contact peau à peau avec sa mère durant les transports de la salle d'intervention en salle de réveil et de la salle de réveil jusqu'en maternité.

Cette pratique est intéressante et permet à la mère d'accueillir son nouveau-né précocement et de façon prolongée.

La présence de la sage-femme au bloc opératoire permettrait d'assurer la surveillance clinique du nouveau-né jusqu'à la fin de l'intervention et du suivi postopératoire immédiat en salle de réveil.

Ce contact peau à peau pourrait être réitéré tout au long du séjour en maternité.

La mise en place des interactions précoces parents-enfant pourrait être favorisée par une autre disposition des locaux du bloc obstétrical. Il serait profitable aux parents et aux nouveau-nés de pouvoir rester ensemble lors de la surveillance immédiate en salle de réveil.

La solution serait de séparer la salle de réveil en 2 pièces distinctes et d'en réserver une aux patientes césarisées. Ceci pourrait être envisageable lors de la construction de la nouvelle maternité publique de Metz qui devrait ouvrir ses portes fin 2012 à Mercy.

En cas de séparation mère-enfant lors de la surveillance postopératoire immédiate en salle de réveil, le nouveau-né est dirigé en maternité. Il est alors impératif que la mère ait de ses nouvelles afin de maintenir un lien avec son enfant.

Si le père est présent en service de maternité, il pourrait effectuer un contact peau à peau avec son nouveau-né. Cela leur permettrait d'avoir leur premier moment d'intimité tout en favorisant l'adaptation thermique de ce dernier. Il serait alors rassuré par la perception des bruits

du cœur du père qui lui rappelleraient le milieu intra-utérin. Il pourrait aussi reconnaître la voix paternelle qu'il aurait entendue lors de la grossesse.

En cas d'absence du père en maternité, différentes pratiques peuvent être effectuées pour que le nouveau-né se sente sécurisé et contenu. S'ils sont disponibles, les membres du personnel soignant peuvent eux-mêmes le porter. Sinon, il existe différents moyens de le rassurer en le contenant durant l'absence de sa mère :

- L'utilisation de matelas « cocoon » épousant les contours du corps du nouveau-né (Annexe IV A),
- L'emmaillotage dans une couverture lui permet de se sentir contenu,
- Un petit coussin cylindrique peut aussi être placé dans son lit juste en dessous de ses fesses et remonter de chaque côté de son tronc (Annexe IV B). Cette technique peut également être effectuée à l'aide d'une serviette de toilette enroulée sur elle-même.

Les soins réalisés au nouveau-né avant le premier lever doivent être le plus souvent à portée de vue de la mère afin qu'elle soit incluse dans leur réalisation.

Il est important que le personnel soignant se montre disponible dès le retour en maternité comme nous avons pu le mettre en évidence lors de l'analyse des données de l'étude. Cela entraîne une gêne moins importante de la femme qui a besoin d'être assistée les jours qui suivent la césarienne. Les sages-femmes doivent se comporter de manière à faire comprendre aux parents que le soutien qu'elles leur fournissent fait partie de leur travail car elles se doivent de les accompagner afin de favoriser le processus de parentalité.

Afin que la mère se sente davantage autonome, la mise en place de berceaux « cododo » en maternité serait intéressante (Annexe V). Cela lui permettrait de prendre son enfant dans ses bras lorsqu'elle le souhaite tout en restant en position allongée. Cette proximité engendrerait ainsi un sentiment de responsabilité de la mère vis à vis de son enfant avant son premier lever. Elle n'aurait plus à demander d'aide lors du portage.

Les couples mères-enfants doivent être séparés le moins possible durant le séjour en maternité afin de permettre des interactions régulières. Cela favorise la mise en place de leur relation et de leur adaptation l'un à l'autre.

Cependant le souhait de la mère doit être respecté en cas de désir de séparation au cours de la nuit. En effet, la fatigue engendrée par les suites postopératoires peut entraîner le besoin de repos absolu durant une nuit afin qu'elle puisse être apte à s'occuper de manière efficace de son nouveau-né ultérieurement.

Cela paraît essentiel, suite à notre enquête, que le premier lever ait lieu le plus précocement possible afin de favoriser l'autonomie et le sentiment de responsabilité de la mère vis-à-vis de son enfant.

Il est important que le personnel soignant mette en avant, pour toute nouvelle mère, les interactions entre celle-ci et son nouveau-né. Il peut alors interpréter les comportements de celui-ci en mettant en avant le fait qu'il la regarde, qu'il paraît paisible dans ses bras ou qu'il ne veuille pas qu'elle retire son doigt de sa main (grasping) par exemple.

Une formation du personnel de maternité sur le massage des nouveau-nés peut être intéressante. Car celui-ci pourrait transmettre cette pratique aux femmes césarisées qui éprouveraient le besoin de communiquer tactilement avec leur nouveau-né après la période de dépendance entière aux soignants. Cela leur permettrait de varier les circonstances de toucher à leur enfant.

Encourager l'autonomie des femmes césarisées est essentiel afin qu'elles reprennent pleinement possession de leur corps. En effet, l'équipe obstétricale ayant décidé des modalités d'accouchement avec son accord, la femme a pu se sentir blessée dans sa féminité et douter de ses capacités à assurer son rôle de mère. La patiente s'est trouvée dépendante du personnel soignant et doit commencer à s'affirmer en tant mère.

Conclusion

La naissance par césarienne engendre une prise en charge nécessaire et spécifique afin de pouvoir minimiser et prévenir au mieux les risques liés à l'intervention.

Cependant, il existe des difficultés flagrantes quant aux interactions mère-enfant précoces. Ceci est lié à une possible séparation temporaire dans les suites immédiates de la naissance, ainsi qu'à l'alitement et au manque d'autonomie des femmes césarisées.

L'étude réalisée a pu mettre en évidence le fait que le lever précoce entraîne une autonomie plus ou moins rapide de la mère par rapport à son nouveau-né. Ceci est dépendant de l'intensité des douleurs postopératoires, de l'expérience, de l'anxiété et de l'habileté des mères.

Cette pratique engendre une meilleure qualité des interactions mère-enfant qui se diversifient plus rapidement.

Ainsi, nous pouvons affirmer que le lever précoce représente un élément permettant de favoriser la mise en place de la relation mère-enfant.

Les interactions entre les patientes césarisées alitées et leur nouveau-né sont souvent dépendantes du personnel soignant et de l'organisation des services, tout comme au bloc opératoire.

Ceci est source de frustration pour les parents qui n'estiment pas accomplir pleinement leur rôle. Des moyens peuvent être mis en place afin de favoriser ces interactions et d'entraîner une autonomie de la mère qui lui permettrait d'être gratifiée. Cependant, cela nécessite de repenser l'organisation de la prise en charge de la patiente et de modifier nos pratiques actuelles en adaptant les locaux pour une rencontre plus précoce et prolongée des parents et de leur nouveau-né.

Il est important de souligner le fait que la disponibilité du personnel soignant est primordiale au bien-être du couple mère-enfant.

Aucune patiente faisant partie de la population étudiée n'avait d'antécédent médical notable concernant la mobilité. Il serait intéressant d'effectuer un autre travail de recherche concernant la mise en place des interactions précoces mère-enfant en cas de déficit moteur de la mère.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] ALBRECHT, Manuel pratique d'anesthésie,
Edition Elsevier Masson, année 2009, 723 pages.
- [2] AUBERT, Anesthésie au cours de l'accouchement,
Cours de l'école de sage-femme de Metz, 2009.
- [3] BOWLBY, Attachement et perte - 1 L'attachement,
Edition Le Fil Rouge, année 1978, 539 pages.
- [4] BUCHLER, Préparation et accompagnement d'une césarienne programmée, Mémoire sage-femme, année 2007, Ecole de sage-femme de Metz.
- [5] CABROL, GOFFINET, Protocoles cliniques en obstétrique, 3ème édition
Edition Masson, année 2009, 189 pages, pp.163-165.
- [6] CHARPENTIER, Guide du préparateur en pharmacie,
Edition Elsevier Masson, année 2008, 1361 pages, p.25.
- [7] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie, Mars 2007
Les compétences générales des sages-femmes, article L.4151-1 du Code de la Santé Publique.
- [8] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie, Mars 2007
Les compétences générales des sages-femmes, article R.4127-318 du Code de la Santé Publique.
- [9] DAILLANT, Anesthésie obstétricale,
Edition Arnette, année 2003, 211 pages, pp.1-5.
- [10] ENGELS, Le bébé avant la naissance, la naissance, le nourrisson,
Cours de l'école de sage-femme de Metz, 2008.
- [11] GALLON, La césarienne, cours de l'école de sage-femme de Metz, 2009.
- [12] GOUTALAND, Les relations précoces mère-enfant
Les dossiers de l'obstétrique, n°239, mai 1996, pp.33-48.
- [13] GUENARD, Physiologie humaine, 3ème édition
Edition Pradel, année 2001, 607 pages.
- [14] LANSAC, MARRET, OURLY, Pratique de l'accouchement,
Edition Elsevier Masson SAS, année 2006, 555 pages, pp.449-466.
- [15] LECUYER, PECHEUX, STRERI, Le développement cognitif du nourrisson,
Edition Nathan, année 1994, 256 pages.
- [16] MARTINO, Le bébé est une personne,
Edition Balland, année 1985, 249 pages.

- [17] MERGER, LEVY, MELCHIOR, Précis d'obstétrique, 6^{ème} édition
Edition Masson, année 2001, 597 pages, pp. 533-543 et p.162.
- [18] MINKOWSKI, La maternité,
Edition Fayard, année 1983, 277 pages.
- [19] ODOT, Césarienne : questions, effets, enjeux alerte face à la banalisation
Edition Le Souffle d'Or, année 2005, 183 pages.
- [20] PALOT, Césarienne : techniques d'anesthésie et soins postopératoires,
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, novembre 2000, pp.96-107.
- [21] RELIER, L'aimer avant qu'il naisse,
Editions Robert Laffont, année 1993, 206 pages.
- [22] ROZENBERG, L'élévation du taux de césarienne : un progrès nécessaire de l'obstétrique moderne,
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, n°4, volume 33, juin 2004, pp.279-289.
- [23] SAMAIN, DIEMUNSCH, Anesthésie-réanimation obstétricale
Edition Elsevier Masson SAS, année 2009, 270 pages, pp.91-92.
- [24] SANOUSSY DIALLO, Guide pratique de surveillance pré et postopératoire en gynécologie obstétrique,
Edition L'Harmattan, année 2008, 106 pages, pp.94-95.
- [25] SAUVAGEON, Les produits de l'anesthésie, 3^{ème} édition,
Edition Arnette, année 2007, 199 pages, p.138.
- [26] STEFFEN, La césarienne et ses conséquences pour la mère et pour l'enfant,
Les dossiers de l'obstétrique, n°293, mai 2001, pp.3-11.
- [27] THALASSINOS, ZITTOUN, ENGELMANN, Etude des troubles anxieux et dépressifs di post-partum chez les femmes enceintes,
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, n°1, volume 22, année 1993, pp.101-106.
- [28] THIRION, Les compétences du nouveau-né,
Edition Albin Michel, année 2002, 248 pages.
- [29] THIS, La requête des enfants à naître,
Edition du Seuil, Novembre 1982, 257 pages, pp. 142-144.
- [30] WALLET, CAMILLERI, Des sociétés, des enfants : le regard sur l'enfant dans diverses cultures,
Edition Licorne, année 1996, 351 pages.
- [31] WINNICOTT, Le bébé et sa mère,
Edition Payot, année 2003, 150 pages.

Sites internet :

[32] AYA, GHU Caremeau Nîmes, Analgésie après césarienne : les infiltrations, Diaporama en ligne
http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:MMSZuKYEi1gJ:www.alrf.asso.fr/site/obstetrique/2008/analg_post-cesar.pdf+cath%C3%A9ter+sous+aponevrotique+c%C3%A9sarienne&hl=fr&gl=fr&pid=bl&srcid=ADGEESiw_ruO7GnEQG8a3EN_zxh1KRBFqNV0-9mmFOhVjy29OZmUht8OxjJTWLXlMQwI8V0t1ELU8zytHp4mEjxGMYTfDNaKkCzMAjEckfQqddxeQ0JtNbh5xlWqQm02CQ9ac9piE-_4&sig=AHIEtbTvM_1m5fBpsdWJ07gvTDf4Y3jLRQ
(consulté le 10/01/2010).

[33] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Césarienne : conséquences et indications,
http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_08.HTM (consulté le 01/10/10).

[34] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Fiche d'information des patientes, Césarienne programmée,
http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PUFIC_06.HTM (consulté le 01/10/2010).

[35] Famili.fr, un cocon pour les bébés,
<http://redaction.blogs.famili.fr/archive/2008/02/05/le-cocoonababy-pour-le-confort-des-nouveaux-nes.html> (consulté le 10/02/2011).

[36] Geneva Fondation for Medical Education Research, Historique de la césarienne,
http://www.gfmer.ch/Endo/Reprod_health/Tunisia/cesarienne/HISTORIQUE.html (consulté le 12/11/2010).

[37] Haute Autorité de Santé, Allaitement maternel – mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant,
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272220/allaitement-maternel-mise-en-oeuvre-et-poursuite-dans-les-6-premiers-mois-de-vie-de-lenfant (consulté le 05/10/2010).

[38] Legifrance, Code de la Santé publique, article L.1111-2,
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=285268E437C3100ABA12799E1504223D.tpdjo05v_1?idArticle=LEGIARTI000006685760&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20050422 (consulté le 02/09/2010).

[39] Psynem, Dispositifs de maintien de posture,
<http://www.psynem.org/PsychologieDeveloppementale/Dossiers/Coconou/4/index.htm>
(consulté le 20/02/2011).

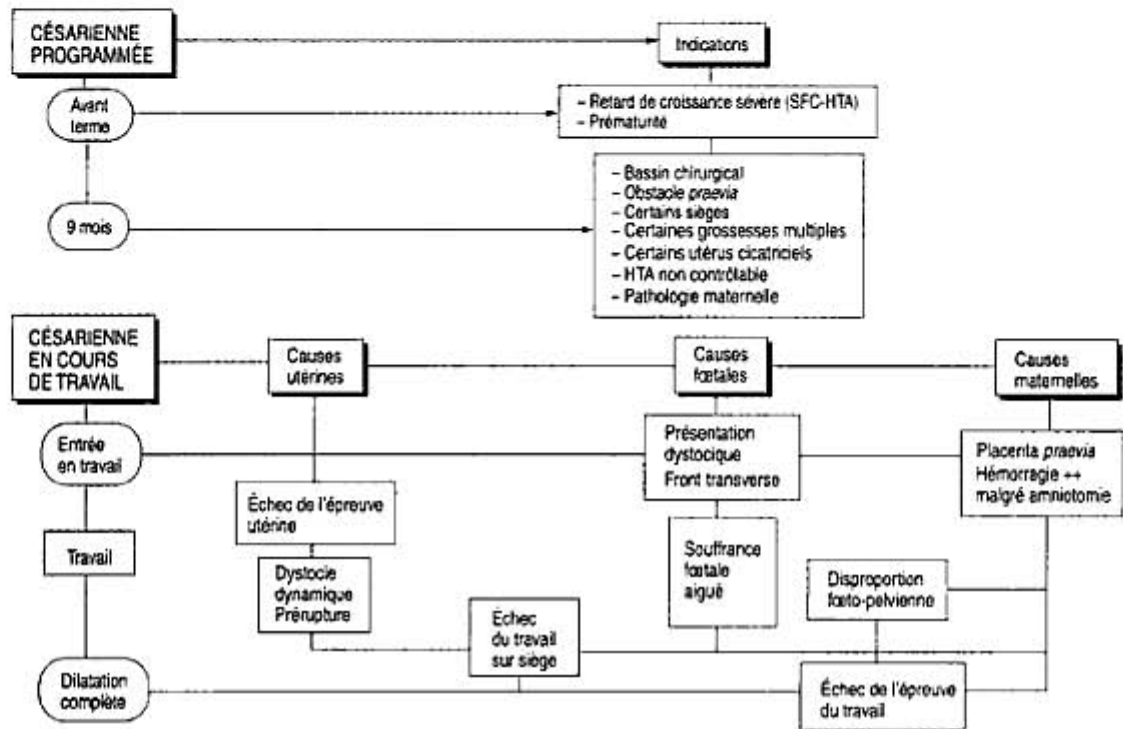
[40] Naturelle Mman, berceau cododo en maternité,
<http://naturellemman.forumfamille.com/t513-berceau-de-cododo-en-maternite> (consulté le 01/03/2011).

[41] Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, Prévention de la maladie thromboembolique veineuse périopératoire et obstétricale (recommandation pour la pratique clinique 2005)
<http://www.sfar.org/article/209/prevention-de-la-maladie-thromboembolique-veineuse-perioperatoire-et-obstetricale-rpc-2005> (consulté le 02/08/2010).

Annexes

ANNEXE I : INDICATIONS D'UNE CÉSARIENNE

[14].



ANNEXE II : Fiche d'informations des patientes effectuée par le CNGOF [34].

CÉSARIENNE PROGRAMMÉE

Rédaction : 1999 - Révision : 2009

MADAME

Votre médecin vous a proposé une **césarienne**. La présente feuille a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de l'opération qu'il vous a conseillée.

1. QU'EST-CE QU'UNE CÉSARIENNE

La césarienne permet l'accouchement par une incision de l'abdomen et de l'utérus, lorsque les conditions, chez la mère ou chez l'enfant, ne sont pas favorables à un accouchement par les voies naturelles.

2. COMMENT SE PASSE L'OPÉRATION ?

L'intervention est réalisée le plus souvent sous anesthésie loco-régionale (péridurale ou rachi-anesthésie), cependant, une anesthésie générale est parfois nécessaire, selon votre cas et les décisions du chirurgien et de l'anesthésiste.

L'ouverture de l'abdomen se fait par une incision horizontale le plus souvent. Parfois, une incision verticale est préférable du fait des antécédents ou de circonstances particulières. L'ouverture de l'utérus permet d'extraire l'enfant qui est confié à la sage-femme ou au pédiatre. Les parois de l'utérus et de l'abdomen sont ensuite suturées.

3. QUE SE PASSE-T-IL APRÈS UNE CÉSARIENNE ?

Les suites d'une césarienne et la durée d'hospitalisation sont un peu plus longues que celles d'un accouchement par les voies naturelles. Par contre, vous pourrez allaiter et vous occuper de votre bébé comme après un accouchement normal.

La césarienne n'empêche pas d'avoir d'autres grossesses ultérieurement. Il est cependant prudent d'attendre un an avant de débiter une nouvelle grossesse. En dehors

de certains cas, un accouchement par les voies naturelles peut le plus souvent être envisagé pour les grossesses suivantes.

4. EXISTE-T-IL DES INCONVÉNIENTS OU DES RISQUES ?

La césarienne est une intervention courante dont le déroulement est simple dans la majorité des cas.

En cours d'opération, des lésions d'organes de voisinage de l'utérus peuvent se produire de manière exceptionnelle : blessure de la vessie, des voies urinaires, de l'intestin ou des vaisseaux sanguins, nécessitant une prise en charge chirurgicale spécifique. Dans le cas exceptionnel d'hémorragie provenant de l'utérus pouvant menacer la vie de la patiente, une transfusion sanguine ou de produits dérivés du sang peut être rendue nécessaire. Dans cette situation, si les traitements médicaux et chirurgicaux spécifiques mis en œuvre pour traiter l'hémorragie sont inefficaces, il peut s'avérer nécessaire très exceptionnellement de réaliser une hystérectomie (ablation de l'utérus pour arrêter le saignement).

Dans les suites de l'intervention, les premières 24 heures sont souvent douloureuses et nécessitent des traitements antalgiques. Parfois, un hématome ou une infection (abcès) de la cicatrice peuvent survenir, nécessitant le plus souvent de simples soins locaux. Il n'est pas rare qu'une infection urinaire survienne, généralement sans gravité, après une césarienne. Sauf cas particulier, un traitement anticoagulant est prescrit pendant la période de l'hospitalisation afin de réduire le risque de phlébite (formation d'un caillot dans une veine des jambes) ou d'une embolie pulmonaire. Il sera éventuellement poursuivi pendant un certain temps. Exceptionnellement, une hémorragie ou une infection sévère peuvent survenir dans les jours suivant l'opération et nécessiter des traitements spécifiques, voire une réintervention. Comme toute chirurgie, la césarienne peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.

Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement pris avant l'opération. Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents (personnels et familiaux) et de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez.

5. EN PRATIQUE

- ***Avant l'opération***

- Une consultation pré-anesthésique doit être réalisée systématiquement avant toute intervention.
- Le plus souvent, vous serez hospitalisée la veille de la césarienne.
- Après une prémédication éventuelle, vous serez conduite au bloc opératoire.
- Une perfusion sera mise en place puis l'anesthésie sera réalisée. En cas d'anesthésie générale, celle-ci sera débutée au dernier moment après les préparatifs de la césarienne.

- ***Après l'opération***

- Vous serez surveillée quelques heures en salle de réveil ou en salle d'accouchement avant de retourner dans votre chambre.
- Une sonde urinaire, de même que la perfusion intraveineuse, sont généralement laissées en place pendant les 24 premières heures post-opératoires et dans de rares cas pour une durée supérieure.
- Un petit drain (tuyau) est parfois mis en place pour quelques jours sous la paroi de l'abdomen.
- Un traitement anticoagulant peut être instauré dans les suites.
- La sortie a généralement lieu entre le 4^e et le 7^e jour post-opératoire.

- ***Après le retour***

- Un saignement vaginal modéré est banal au cours de la période post-opératoire et peut durer jusqu'à 3 semaines.
- Il est recommandé d'attendre la fin des saignements pour reprendre une activité sexuelle.
- Des douches sont possibles quelques jours après l'opération mais il est recommandé d'attendre trois semaines avant de prendre un bain.
- Après votre retour à domicile, si des douleurs, des saignements, des vomissements, de la fièvre, une douleur dans les mollets ou toute autre anomalie apparaissent, il est indispensable d'en informer votre médecin.

Motif de la césarienne : utérus cicatriciel
 présentation fœtale placenta praevia
 autre.....

• **Suivi post-opératoire :**

Jour et heure de la naissance (H0):.....

Heure de sortie de salle de réveil : H.....

Heure du 1^{er} lever : H.....

Malaise ? oui non
Si oui : - Cause ? douleur hypotension autre :.....
 - Heure du lever suivant : H.....

Heure de l'ablation de la VVP : H.....

• **Interactions mère enfant précoces :**

Allaitement maternel artificiel

Tétée de bienvenue en salle de réveil : oui non

Heure de la première tétée en service : H.....

Heure de la première tétée après le premier lever : H.....

Aide du personnel soignant oui non

Si oui, pourquoi ?

- Douleur liée à la césarienne ? oui non

Si oui, caractérisée par : difficulté à se mouvoir

difficulté pour prendre le nouveau-né dans les bras

difficulté de positionnement

autre :.....

- Questions pratiques sur l'allaitement ? oui non

-

Autre :.....

..

Heure de la première tétée sans sollicitation du personnel soignant : H.....

Arrêt de l'allaitement maternel en suite de couche : oui non

Si oui, quelles étaient les difficultés ?

- Douleur liée à la césarienne ? difficulté à se mouvoir
les bras difficulté pour prendre le nouveau-né dans
 difficulté de positionnement

autre :.....

- Complications liées à l'allaitement maternel (crevasses...)

Autre :.....
.....

Changes

Heure du premier change en chambre : H.....

Réalisé par la mère ? oui non

Si non - Par qui ? père personnel soignant
 autre.....

- La mère était-elle présente ? oui non

Heure du premier change effectué par la mère : H.....

Bains

Heure du premier bain : H.....

Réalisé par la mère ? oui non

Si non - Par qui ? père personnel soignant
 autre.....

- La mère était-elle présente ? oui non

Heure du premier bain effectué par la mère : H.....

ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF (à partir de J3) n°.... :

- **Comment avez-vous vécu le moment passé au bloc opératoire avec votre bébé ?**

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

L'avez-vous - Vu oui non
- Touché oui non

Avez-vous été en contact peau à peau avec lui ? oui non
Si oui, était-ce en salle d'opération en salle de réveil
 autre :

Le père était-il présent en salle d'opération ? oui non

Votre enfant était-il présent avec vous en salle de réveil ? oui non

En cas de séparation :

Avez-vous eu des informations à son sujet à partir du moment où vous avez été séparés ? oui non

Le père était-il présent à ses côtés avant votre retour en chambre ?
 oui non

- **Quel est votre vécu s'agissant de la relation entre vous et votre enfant en chambre avant votre premier lever?**

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

- Etait-il près de vous ? oui non

- Lui avez-vous donné le sein/biberon ? oui non

- Avez-vous été en contact peau à peau avec lui ? oui non

Si oui, combien de temps ?

moins de 30 minutes entre 30 minutes et 1 h
 entre 1h et 2h plus de 2 heures

- L'avez-vous pris dans vos bras ? oui non

- Etait-il assez proche de vous pour pouvoir le toucher ? oui non

- L'aviez-vous toujours à portée de vue ? oui non

- Lui parliez-vous ? oui non

- Le père était-il présent à ce moment ? oui non

- Votre enfant a-t-il reçu un/des soins durant ce laps de temps? oui
non

Si oui, pouviez-vous le(s) voir ? oui
non

Par qui ont-ils été effectués ? le père personnel soignant
 autre.....

• **Comment caractériseriez-vous la relation avec votre bébé après vous être levée ?**

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

Vous sentiez-vous plus responsable en tant que mère ? oui
non

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

- A quelles occasions portez-vous votre bébé?
 lorsqu'il pleure lors des tétées lors des soins
 besoin de proximité autre :.....

Est-ce pendant les phases d'éveil de sommeil

En position allongée assise semi-assise
 autre :.....

Pendant ces moments, échangez-vous des regards avec lui ?
 oui non

- Avez-vous été en contact peau à peau avec votre bébé depuis votre premier
lever ? oui non

Si oui, combien de fois ? moins d'une fois par jour une fois par
jour
 plus d'une fois par jour

- **A partir de quand vous êtes-vous sentie autonome s'agissant des soins et de l'attention à apporter à votre bébé?**

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

- **Seulement pour les patientes présentant un utérus cicatriciel :**

Comment avez-vous vécu la/les césariennes précédentes par rapport à celle-ci ?

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

Vous étiez-vous levée plus tôt plus tard

Avez-vous ressenti des différences par rapport au vécu des interactions avec votre enfant ?

oui non

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

ANNEXE IV : PRATIQUES PERMETTANT AUX NOUVEAU-NES DE SE SENTIR CONTENU.

A. Matelas cocoon [35]



B. Dispositif de maintien de posture d'un nouveau-né [39]



**ANNEXE V : BERCEAU « CODODO » EN
MATERNITE [40].**



L'altération du lien mère-enfant précoce paraît évidente en cas de naissance par césarienne. Ceci est dû aux conséquences engendrées par les suites immédiates de la période postopératoire qui altèrent la mobilité des femmes césarisées.

Le lever précoce après césarienne est recommandé depuis 2005 par la Société Française des Anesthésistes Réanimateurs (SFAR) en prévention des risques thromboemboliques. Cela a-t-il un impact sur la précocité et la qualité des interactions mère-enfant ?

Pour répondre à cette question, une enquête a été effectuée afin de pouvoir apprécier la réalisation des soins par la mère à son nouveau-né en maternité. Le témoignage des femmes concernant le vécu de la relation mère-enfant précoce a également été nécessaire.

Il peut être mis en évidence que le lever précoce favorise les interactions mère-enfant en maternité malgré le caractère multifactoriel de l'autonomie pour les soins à l'enfant. La disponibilité du personnel soignant reste essentielle à la mise en place des interactions et à la concrétisation de la relation mère-enfant.