

Université d'Angers,  
Ecole de Sage-femme René Rouchy

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

### **Soutien du lien mère-enfant à la naissance : différences selon le mode d'accouchement**

Etude prospective menée en Suites de Couches  
au C.H.U d'Angers du 31 octobre au 14  
novembre 2010

Présenté par : FRESNAIS Camille  
Sous la direction de Madame GOICHON Brigitte

Mars 2011

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont apporté leur aide dans « l'accouchement » de ce mémoire :

Madame Brigitte Goichon, enseignante de l'école de sage-femme, pour sa grande disponibilité et pour m'avoir orientée tout au long de la construction de ce travail.

Toute l'équipe enseignante de l'école de sage-femme René Rouchy ainsi que Madame Sadi.

Madame Frisque et Madame Rodier, cadres sages-femmes des suites de couches du C.H.U d'Angers, pour la validation de mon questionnaire.

Toute l'équipe de la maternité du CHU d'Angers présente en suites de couches durant la période de mon étude pour leur aide dans la réalisation de celle-ci.

Toutes les patientes ayant participé à l'étude sans qui ce mémoire n'aurait pu exister.

Mes parents et mes sœurs, Raphaële et Marie, qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de ces études.

Pauline Remeau, Hélène Doucin et Daphné Honniball pour leur soutien, leur compréhension et surtout leur humour durant nos études communes.

## SOMMAIRE

1. INTRODUCTION .....	p.5
2. METHODOLOGIE .....	p.7
3. RESULTATS .....	p.9
3.1 Généralités.....	p.9
3.2 Accouchement par césarienne .....	p.14
3.3 Accouchement par voie basse .....	p.15
3.4 Gestion de la douleur.....	p.17
3.5 Soins post-nataux .....	p.27
3.6 Choix de l'allaitement .....	p.38
4. DISCUSSION .....	p.43
4.1 Généralités.....	p.44
4.2 Naissance par césarienne.....	p.46
4.3 Naissance par voie basse .....	p.46
4.4 Soutien maternel au cours du travail et de l'accouchement .....	p.46
4.5 Accueil du nouveau-né.....	p.50
4.6 Allaitement et mode d'accouchement .....	p.54
4.7 Le rôle du père lors d'une naissance par césarienne .....	p.56
4.8 Propositions de pratiques autour de la naissance par césarienne .	p.57
5. CONCLUSION.....	p.59
6. BIBLIOGRAPHIE.....	p.60
7. ANNEXES .....	p.63

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Camille Fresnais, déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

## 1. INTRODUCTION

Lors d'un accouchement nous assistons à deux naissances : celle d'une mère et celle de son enfant. Celles-ci sont le fruit d'un processus long, complexe qui prend tout son sens le jour de l'accouchement. De multiples révolutions obstétricales ont permis de le rendre actuellement fortement sécurisant. Le rôle de la sage-femme, dans ce contexte rassurant, est alors de transformer la salle d'accouchement en véritable salle de naissance.

Ce mémoire a été fait dans cette perspective. Bien sûr l'accouchement est loin d'être seul responsable dans la construction du lien qui existe entre l'enfant et sa mère. Cependant il reste un facteur prépondérant dans son élaboration. Et en partant du fait qu'il existe trois façons différentes de donner naissance (la voie basse spontanée, la voie basse avec extraction instrumentale et la césarienne) nous nous sommes interrogée sur les conséquences éventuelles de celles-ci sur l'établissement de l'attachement mère-enfant. Sur le plan médical il y a une prise en charge spécifique pour chaque. Dans cette logique, y-a-t-il des pratiques spécifiques à proposer, en tenant compte de ces impératifs médicaux ? Plus spécifiquement la césarienne paraît être une situation plus fragilisante pour la continuité du lien entre une mère et son enfant par rapport à un accouchement par voie basse. Cette étude explore cette hypothèse.

En général, que peut offrir une sage-femme à une femme venant donner naissance ? L'accouchement est au cœur du métier de sage-femme. Il reste sa première fonction dans l'Histoire. Et la rencontre tangible de la mère avec son enfant est la finalité de celui-ci. Le devoir de la sage-femme est de tout mettre en œuvre pour qu'elle se passe au mieux pour la mère et pour l'enfant, que ces deux êtres en devenir se sentent en sécurité.

Ainsi, l'enquête menée apporte une vision globale de l'accompagnement proposé actuellement lors de ce jour si particulier. Elle amène également une réflexion sur les points qui semblent se dégager en vue d'une amélioration de notre pratique.

De plus, l'intérêt porté aux conditions optimales de la naissance est une des premières actions en santé publique. Car prévenir les troubles du lien dans la mesure du possible

permet par la suite de développer le bien-être de la mère, de l'enfant à venir et ainsi de la famille.

Nous avons donc traité ce sujet en commençant par une présentation générale des femmes ayant participé à l'étude puis par une introduction plus fine distinguant les accouchements voie basse des césariennes. Dans un second temps nous nous sommes interrogée sur la prise en charge de la douleur des patientes au cours du travail et de l'accouchement. L'accueil du nouveau-né est ensuite exposé notamment les différences observées selon le type d'accouchement. Puis l'allaitement et le soutien de celui-ci seront traités. Une partie est ensuite consacrée à la place du père dans l'établissement du lien mère-enfant et notamment l'importance qu'il peut avoir lors d'une césarienne. Et enfin des propositions d'accompagnement particulièrement à la suite d'une césarienne seront développées.

## 2. METHODOLOGIE

**I**l s'agit d'une étude prospective descriptive mono centrique menée dans le service de suites de couches de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers. Elle s'est déroulée pendant quinze jours en continue par questionnaire.

Les critères d'inclusion étaient les femmes ayant accouché entre 37 semaines d'aménorrhées (SA) et 41 SA, à bas risque obstétrical initial (âge  $\geq$  18 ans et  $\leq$  34ans, sans antécédents médicaux ni gynécologiques, et sans antécédents de prématurité, de mort-né ou de mort néonatale) et à bas risque gravidique (sans aucune pathologie de grossesse).

Les critères d'exclusion étaient toute pathologie de grossesse (grossesse multiple, menace d'accouchement prématuré, hypertension ou pré-éclampsie, diabète, cholestase, anomalie de liquide amniotique, anomalie échographique, anomalie de la croissance utérine) et les accouchements prématurés.

Les variables étudiées concernant la situation générale des patientes étaient l'âge, la situation professionnelle, la situation familiale, l'origine géographique, la gestité et parité, le désir de grossesse, le caractère spontané de la grossesse et le suivi de grossesse.

Ont été étudiés également le mode d'accouchement, la gestion de la douleur pendant le travail et lors de la naissance, les complications éventuelles, la réalisation d'épisiotomie ou de déchirure, la satisfaction des patientes de l'expérience de l'accouchement.

Le déroulement du post-partum immédiat a été étudié par les variables suivantes : le poids, le sexe de l'enfant, le souhait du sexe de l'enfant en début de grossesse, le moment, la qualité et la satisfaction de la patiente pour le premier contact avec le bébé, et le lieu d'hospitalisation du bébé pendant ses vingt-quatre premières heures de vie.

Nous avons recherché le niveau de satisfaction des patientes sur la durée totale de séjour en maternité et sur l'ensemble des informations fournies par les soignants pendant la grossesse jusqu'au post-partum immédiat.

Le mode d'allaitement a également été étudié (choix avant et après l'accouchement), le moment de la première tétée, l'aide éventuelle apportée par les soignants et l'utilisation d'une tétine pendant l'hospitalisation.

Un recueil de données a été effectué à partir du dossier de soin sur l'état de l'enfant à la naissance évalué par le score d'Apgar et le besoin éventuel d'une réanimation ont été rapportés.

Un questionnaire a été distribué aux femmes deux jours après un accouchement voie basse ou quatre jours après une césarienne.

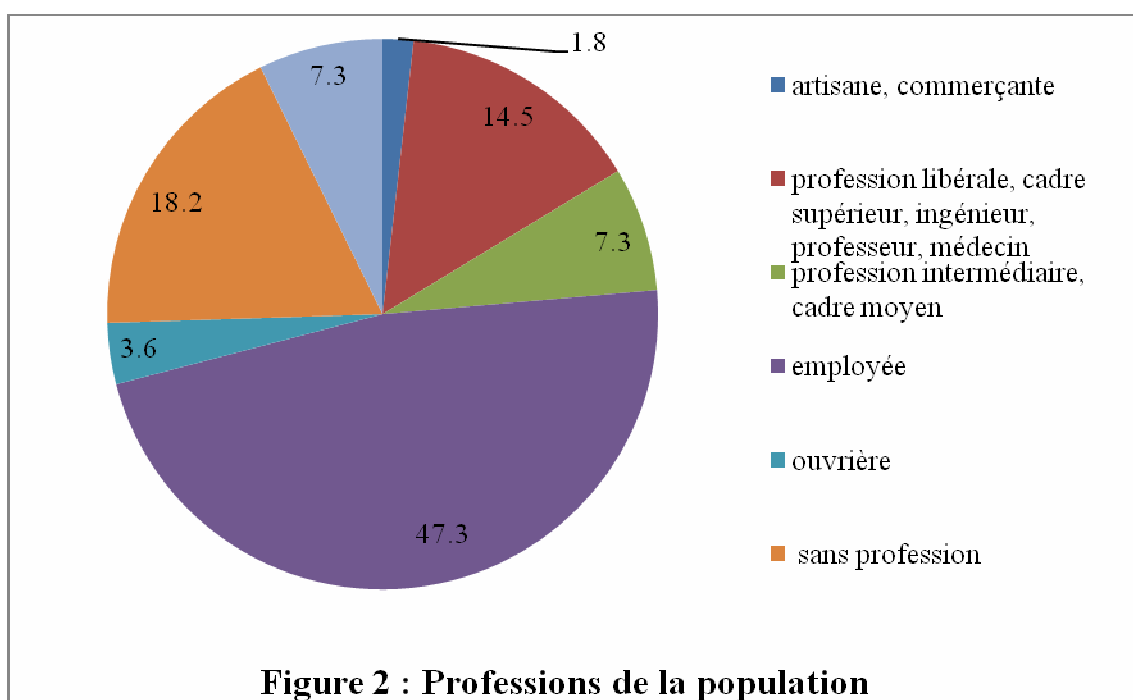
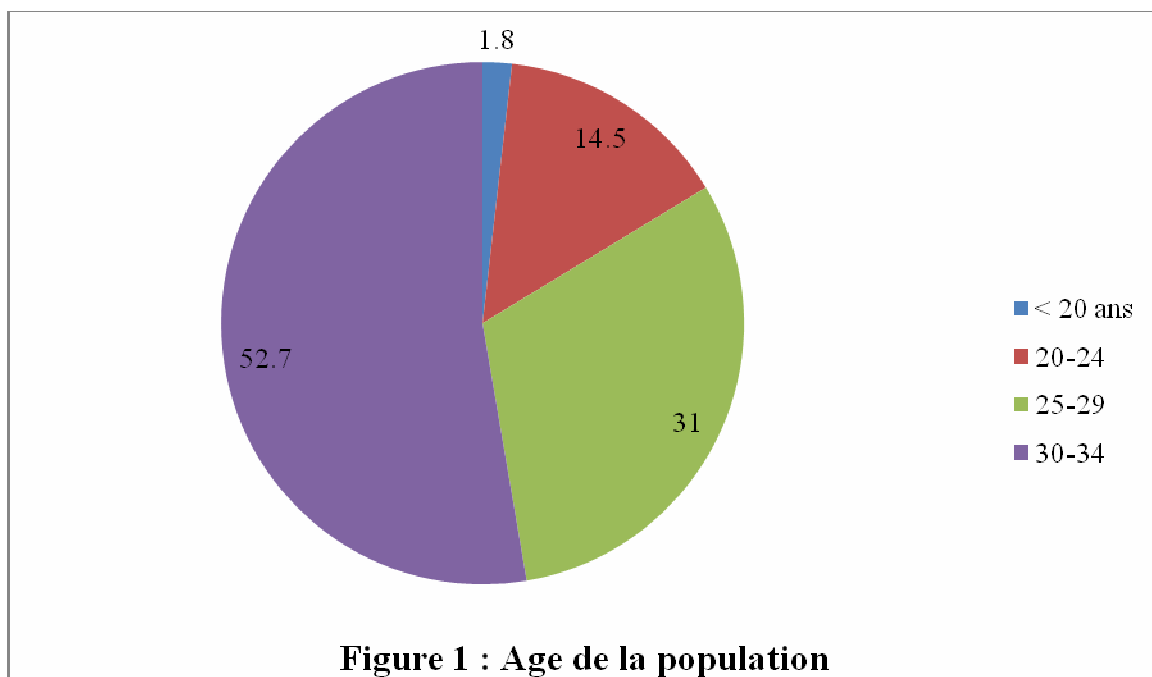
Pour l'analyse des données nous avons réalisé un masque de saisies et la saisie informatique à l'aide du logiciel de bureautique Microsoft Office Excel 2007.

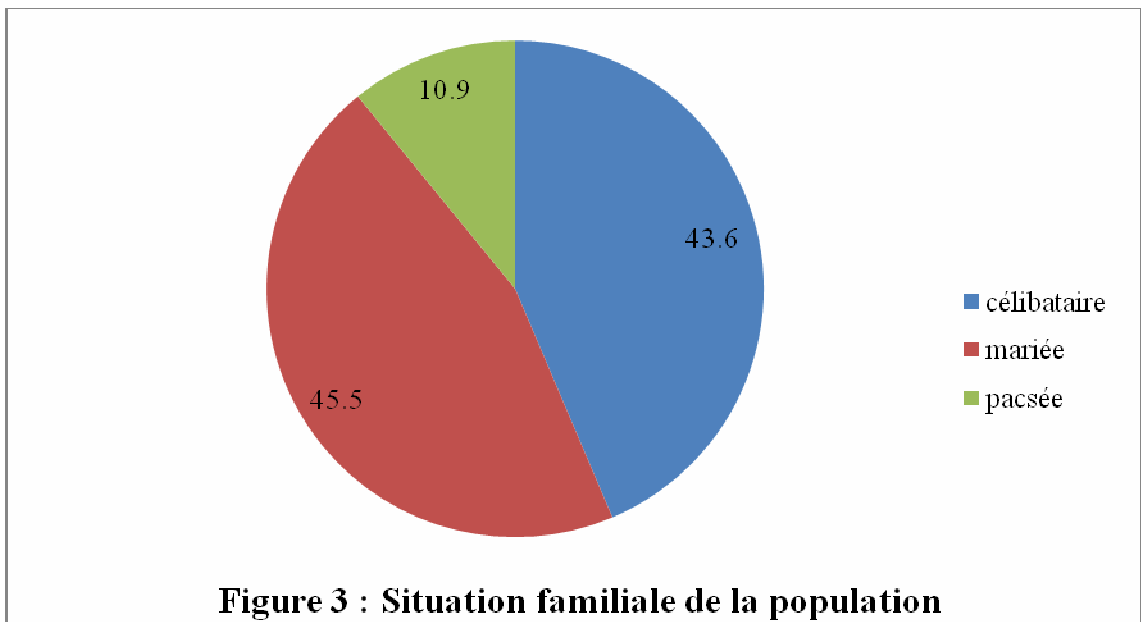
L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Epi-info en utilisant le test de khi 2 non corrigé, le corrigé de Yates et le test exact de Fisher lorsqu'une valeur attendue était inférieure à 5. Nous avons considéré une différence statistique lorsque la valeur de p était strictement inférieure à 0.05.

### 3. RESULTATS

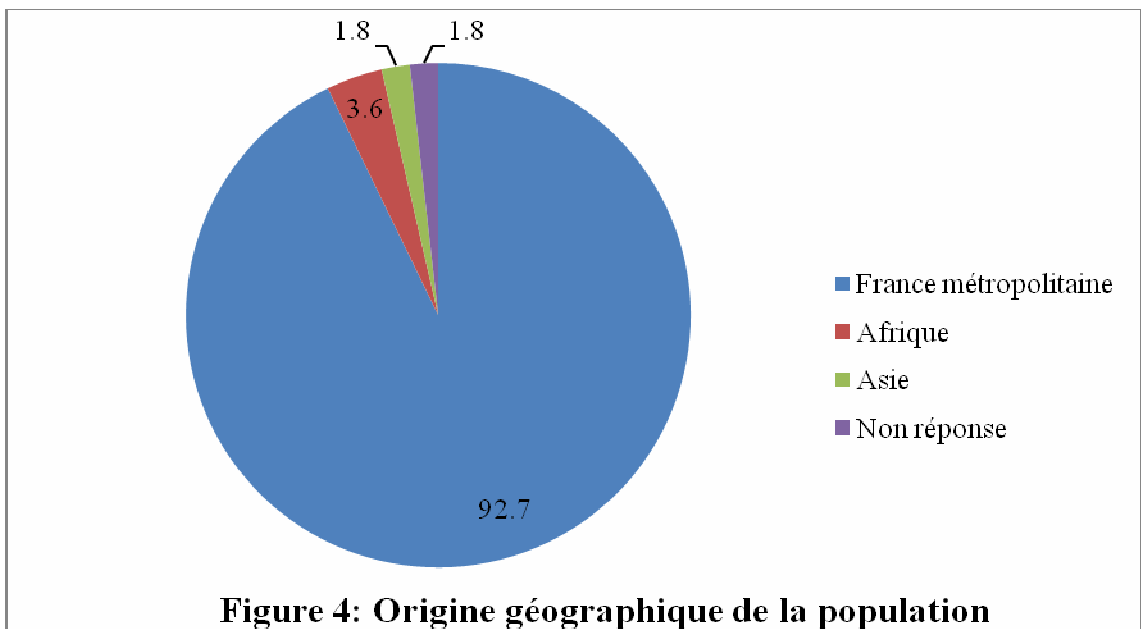
#### 3.1. Généralités

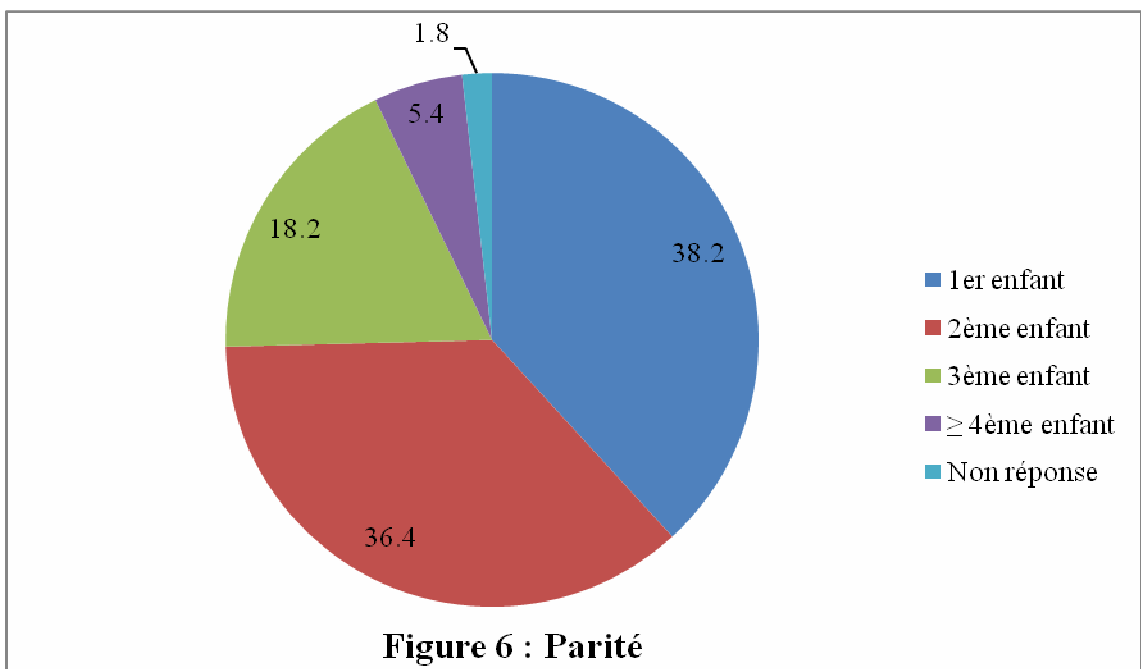
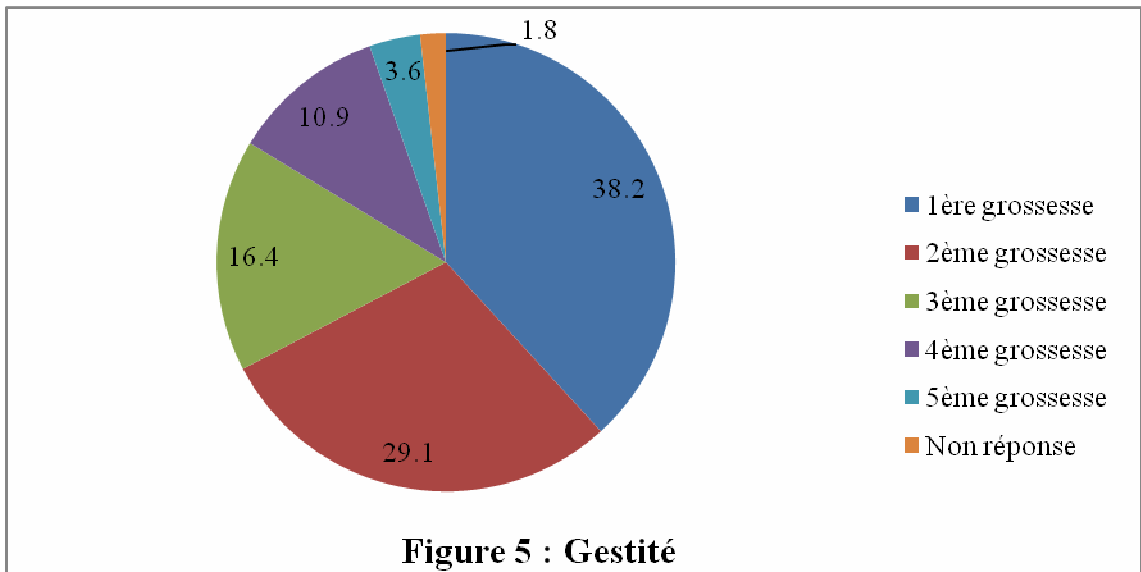
**L'**âge moyen de la population d'étude est de 29 ans et 6 mois ( $\pm 4,1$ ) avec des extrêmes qui vont de 18 à 34 ans.





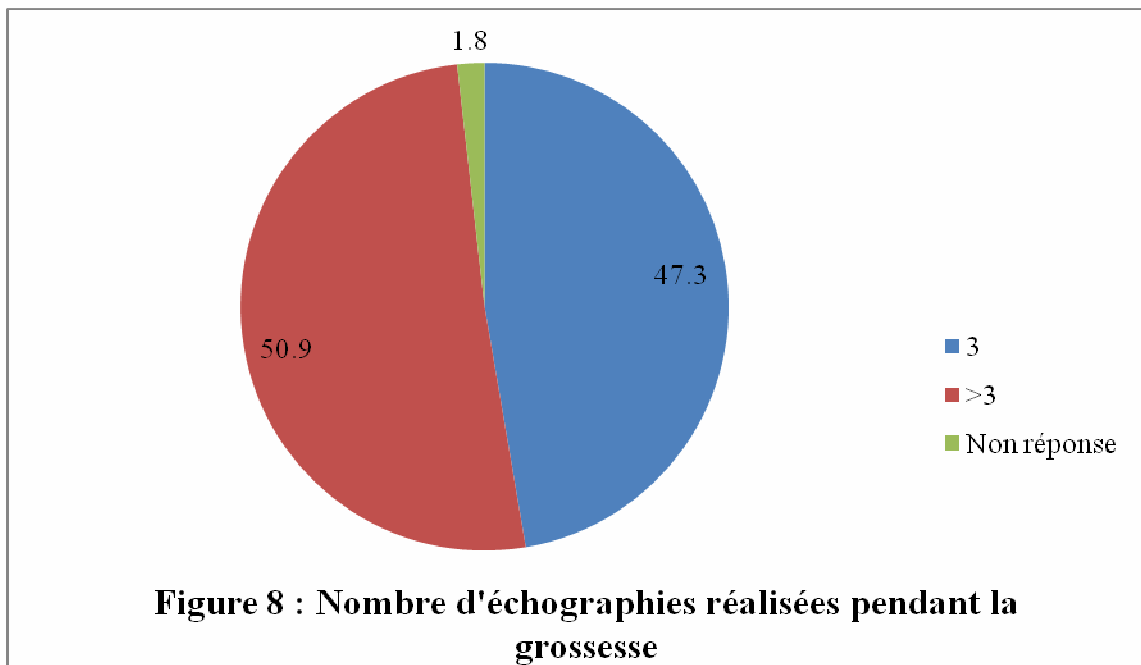
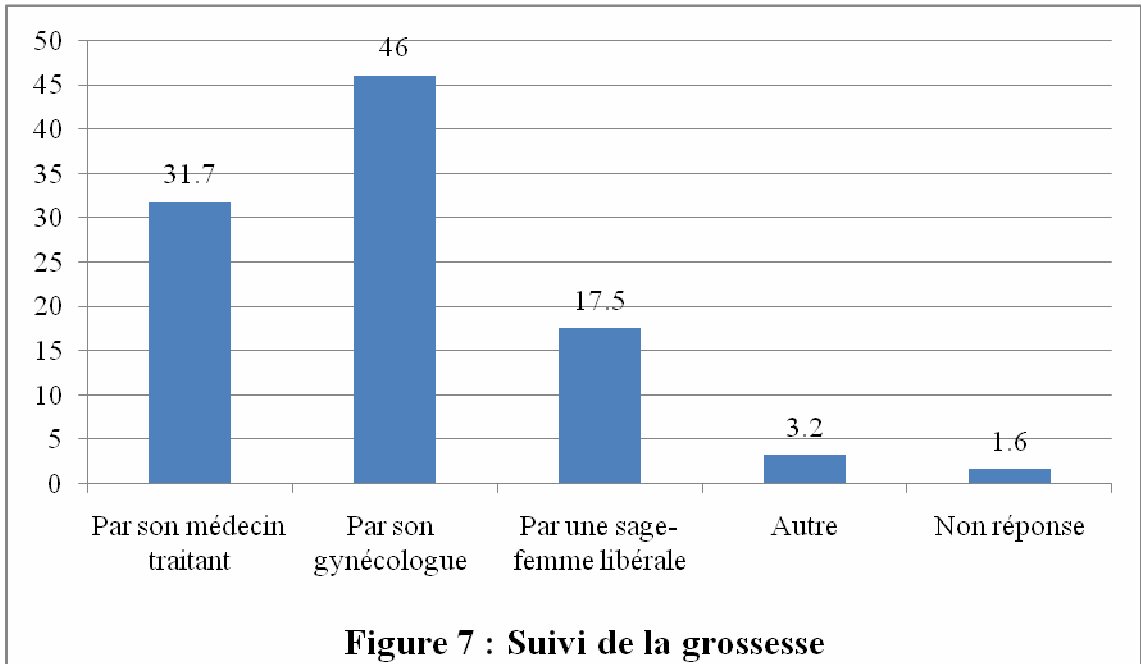
Dans cette population, 98.2 % des patientes vivent en couple.



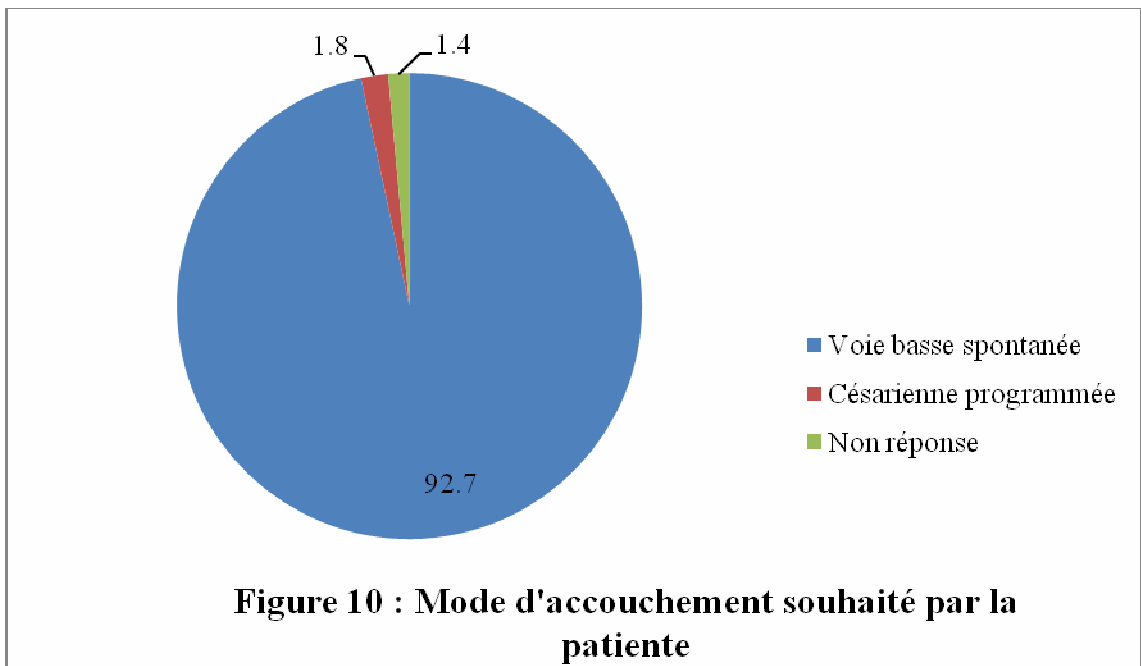
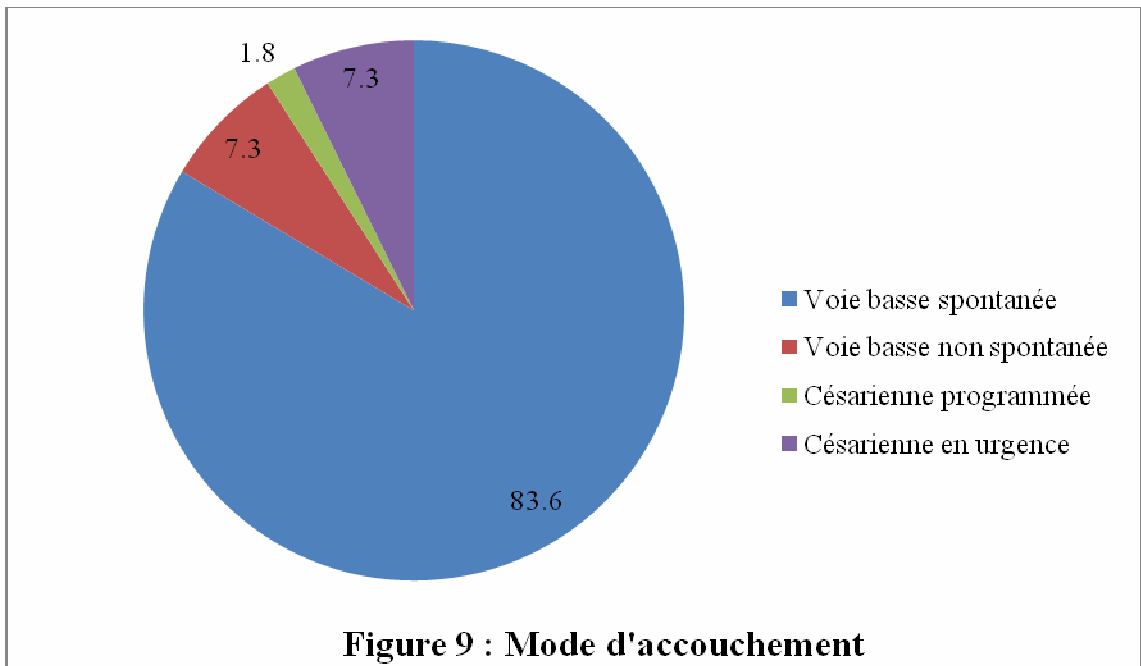


Pour 96.4% des patientes il s'agissait d'une grossesse désirée.

Pour 67.3% des patientes il s'agissait d'une grossesse spontanée.



Cinquante-six pourcents (56.4%) des patientes ont suivi une préparation à la naissance.

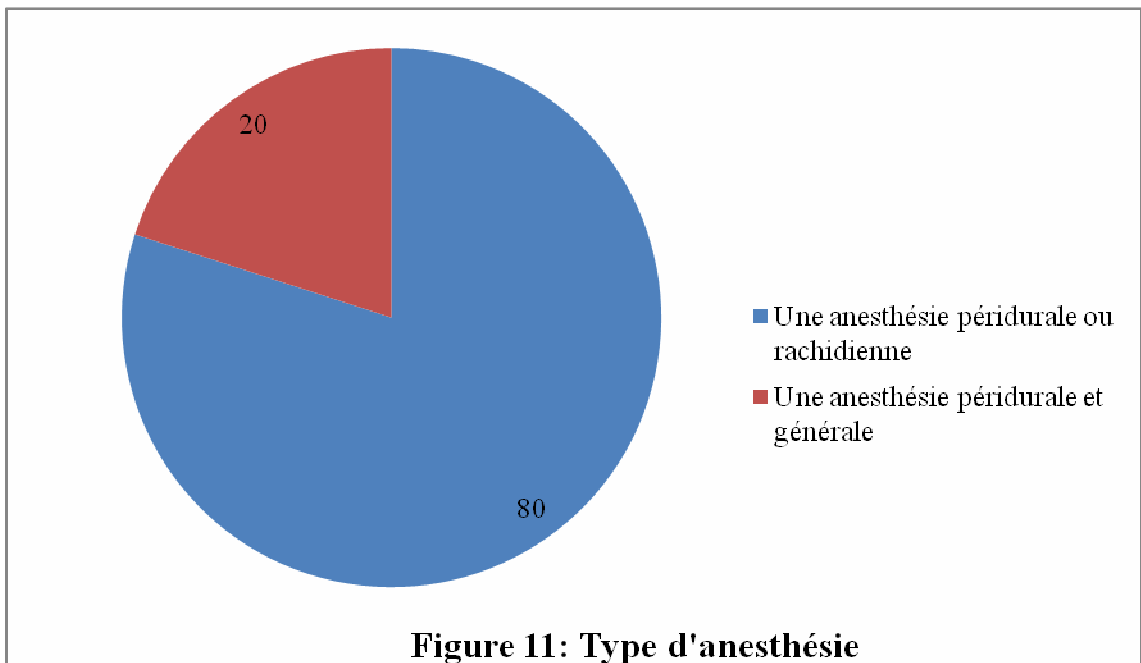


### 3.2. Accouchement par césarienne

Concernant uniquement l'effectif de patientes ayant eu une césarienne.

Parmi les quatre césariennes réalisées au cours du travail, deux ont été réalisées pour anomalies du rythme cardiaque fœtal dont une pour non engagement à dilation complète. Une autre pour présentation du front et la quatrième césarienne pour stagnation de la dilation à cinq centimètres.

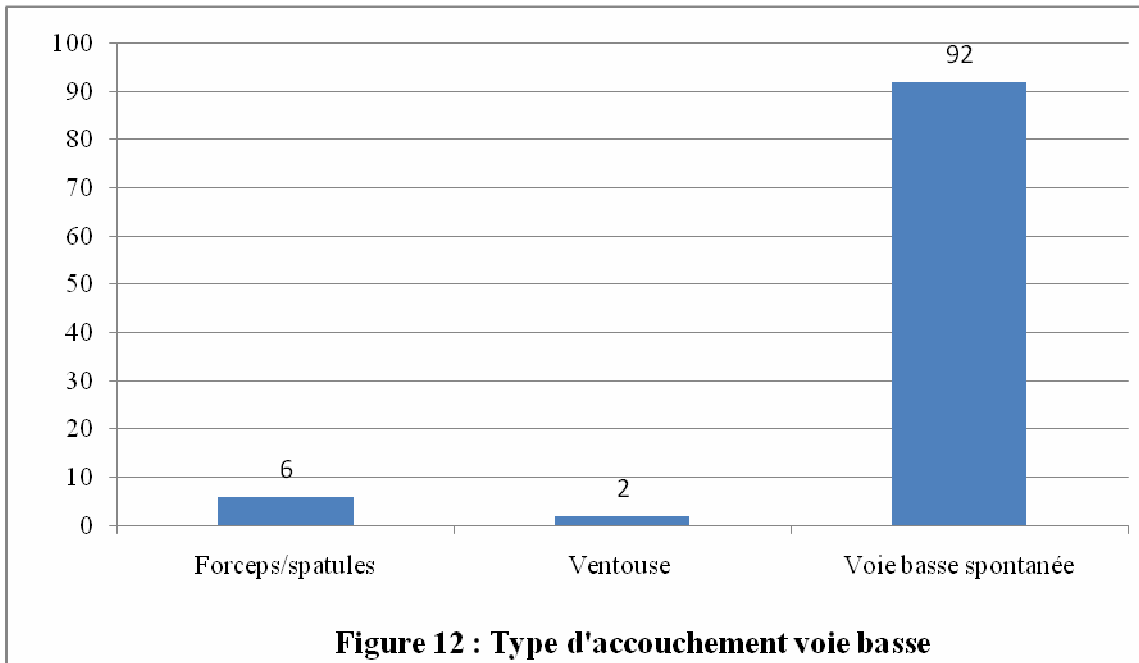
La césarienne programmée a été réalisée pour présentation podalique et refus de la patiente d'accoucher par voie basse.



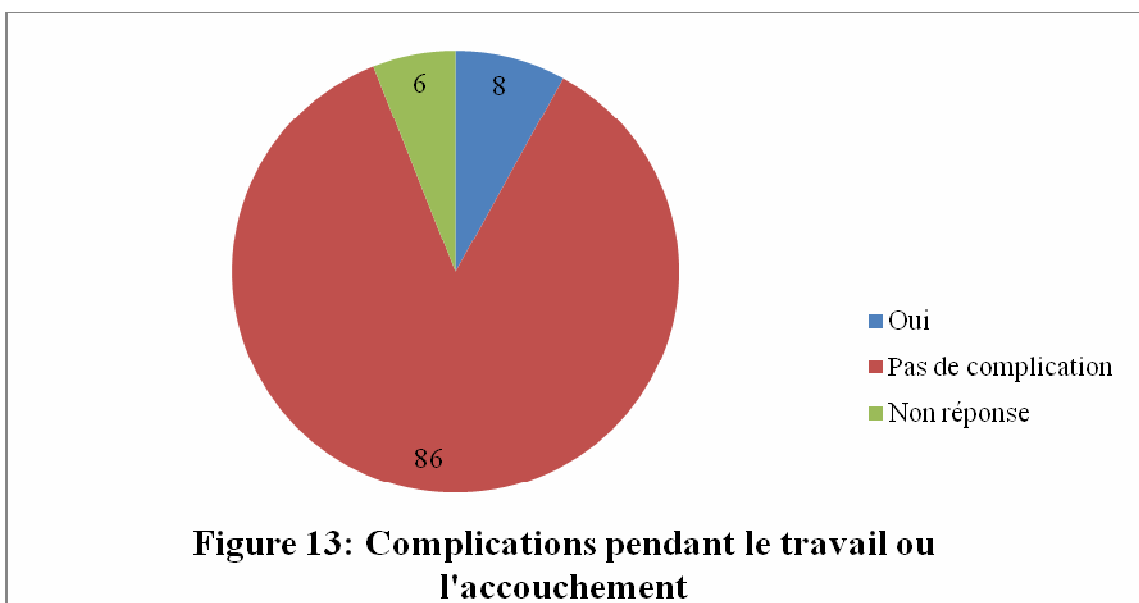
Pendant l'accouchement, 20 % des patientes ayant eu une césarienne ont eu des complications. Cela correspond à une patiente, qui a ressenti de la douleur lors de sa césarienne.

### 3.3. Accouchement par voie basse

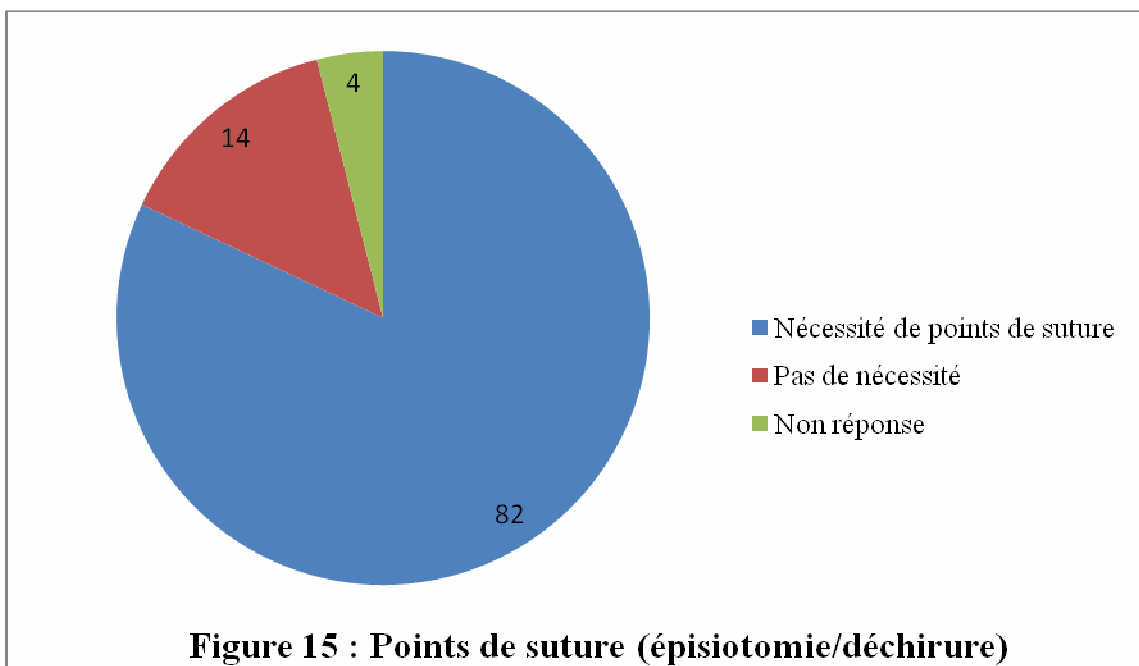
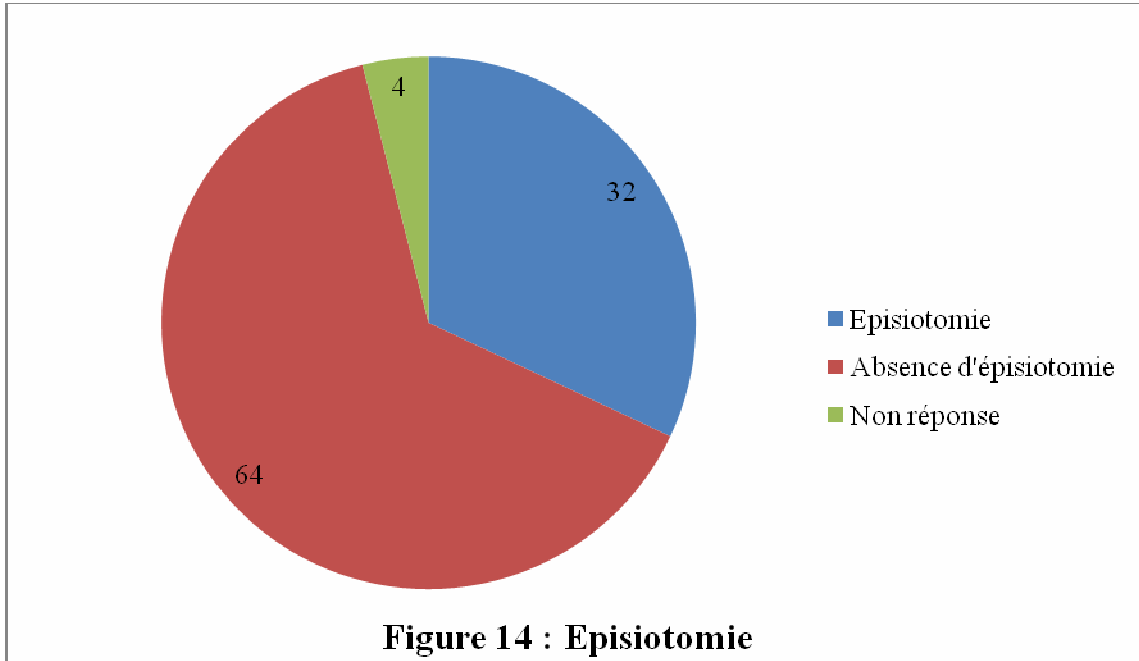
Résultats calculés uniquement en fonction des patientes ayant accouché par voie basse.



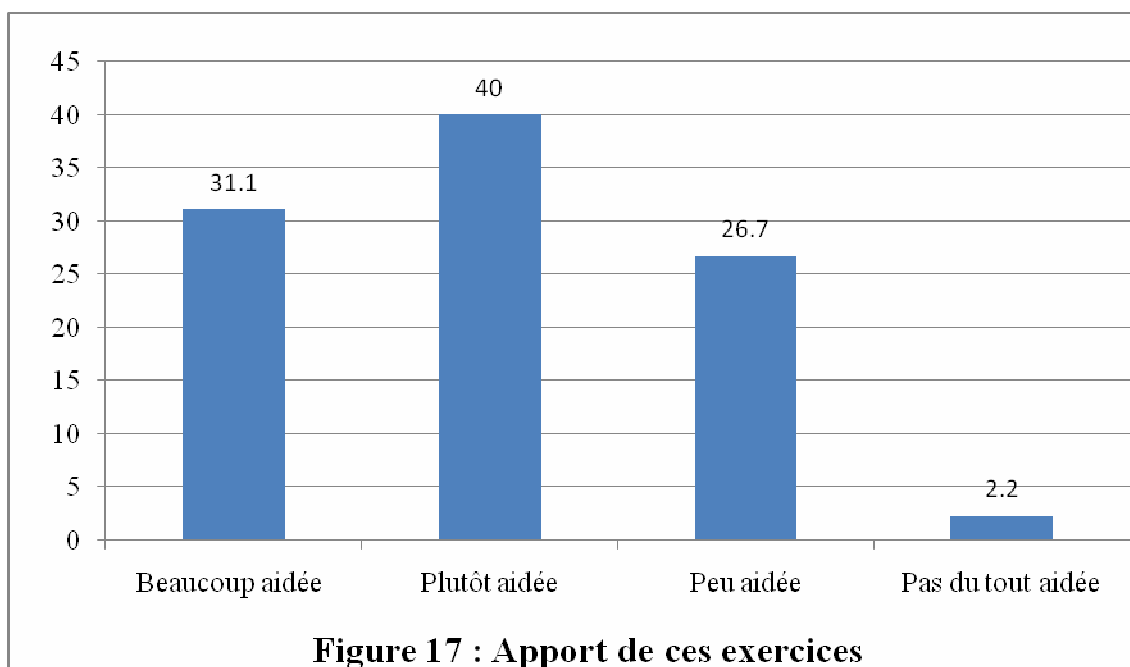
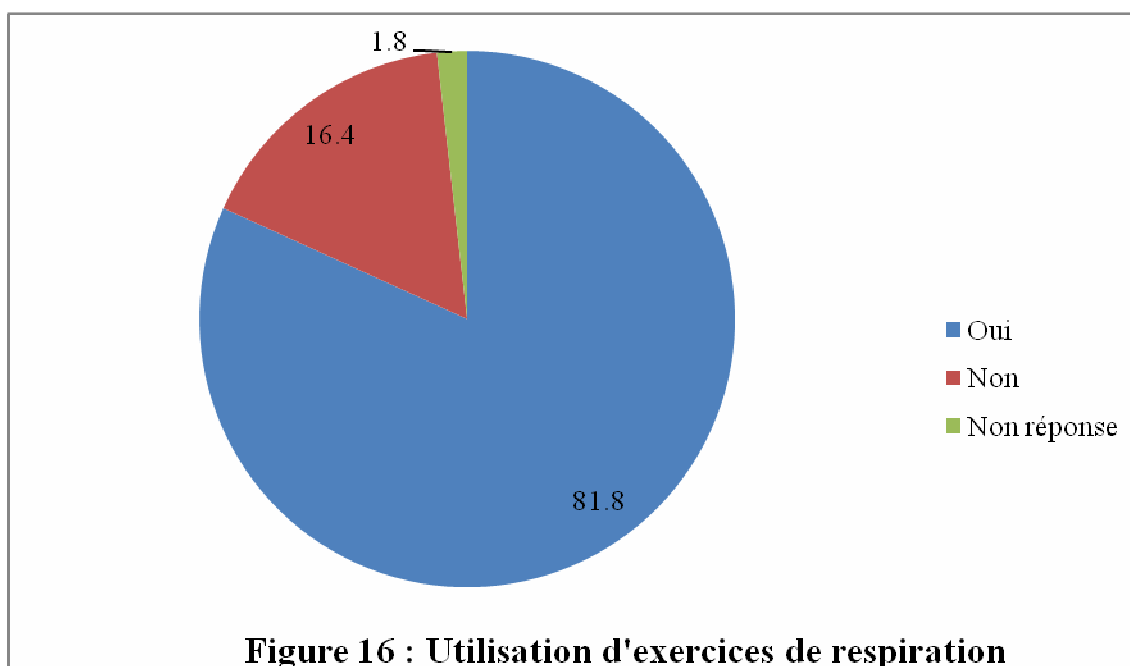
Pour les accouchements nécessitant des forceps/spatules (6% c'est-à-dire 3 patientes), une extraction était pour anomalie du rythme cardiaque fœtale lors de l'expulsion, une était pour dystocie mécanique et la troisième cause n'a pas été retrouvée. Pour l'accouchement ayant nécessité une ventouse (2% soit une patiente) la raison était un défaut d'efforts expulsifs.

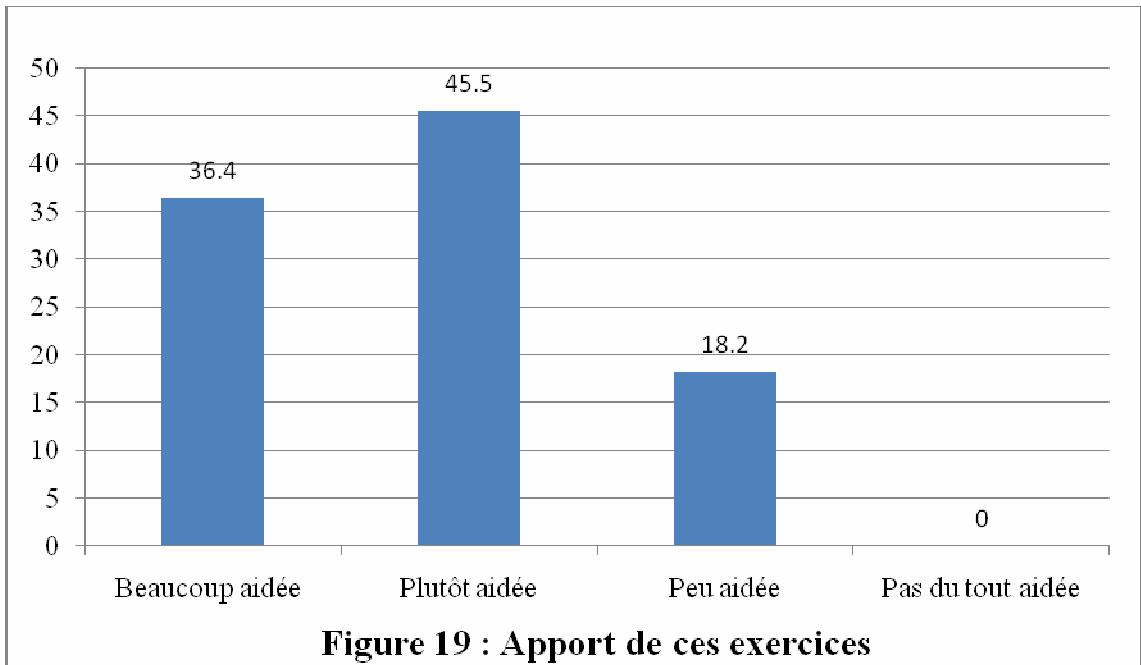
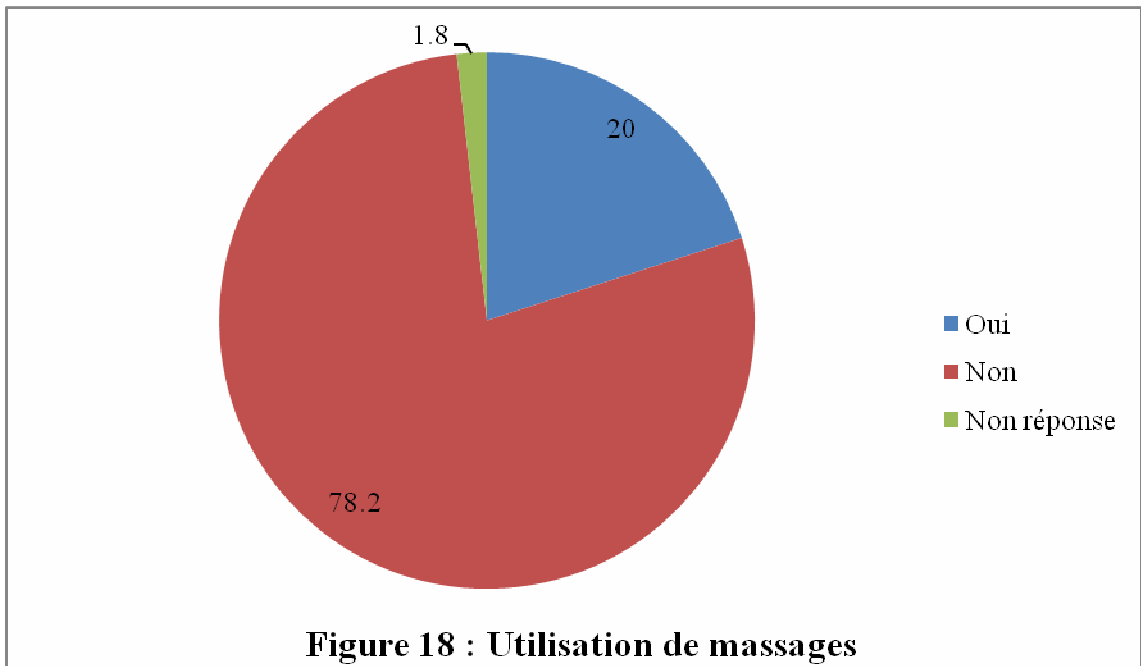


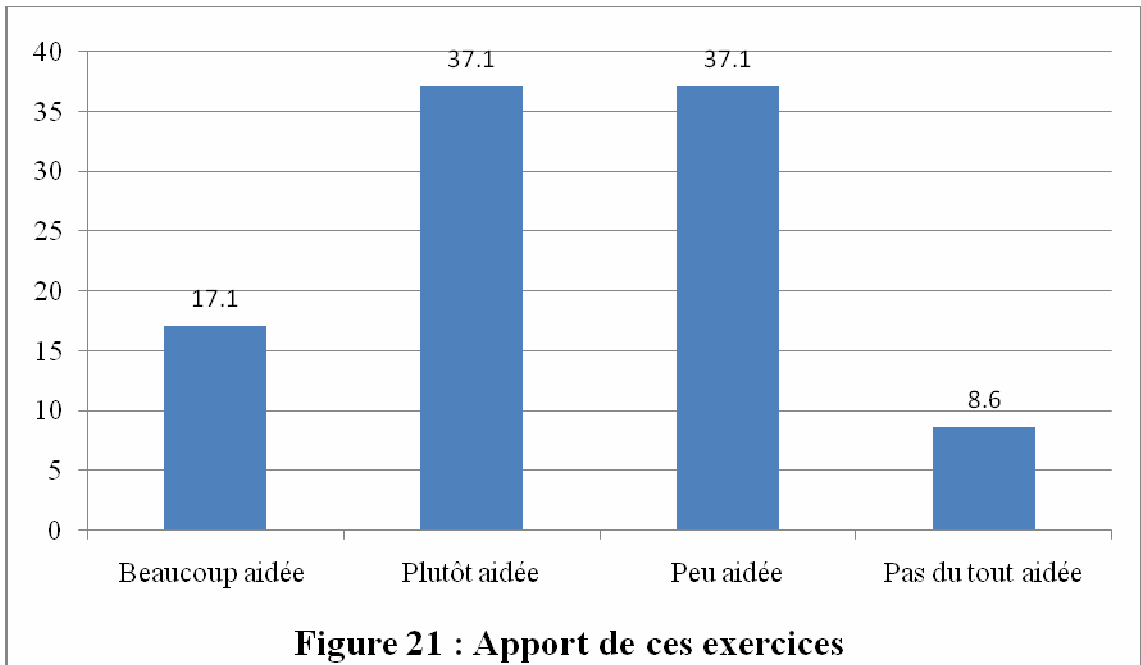
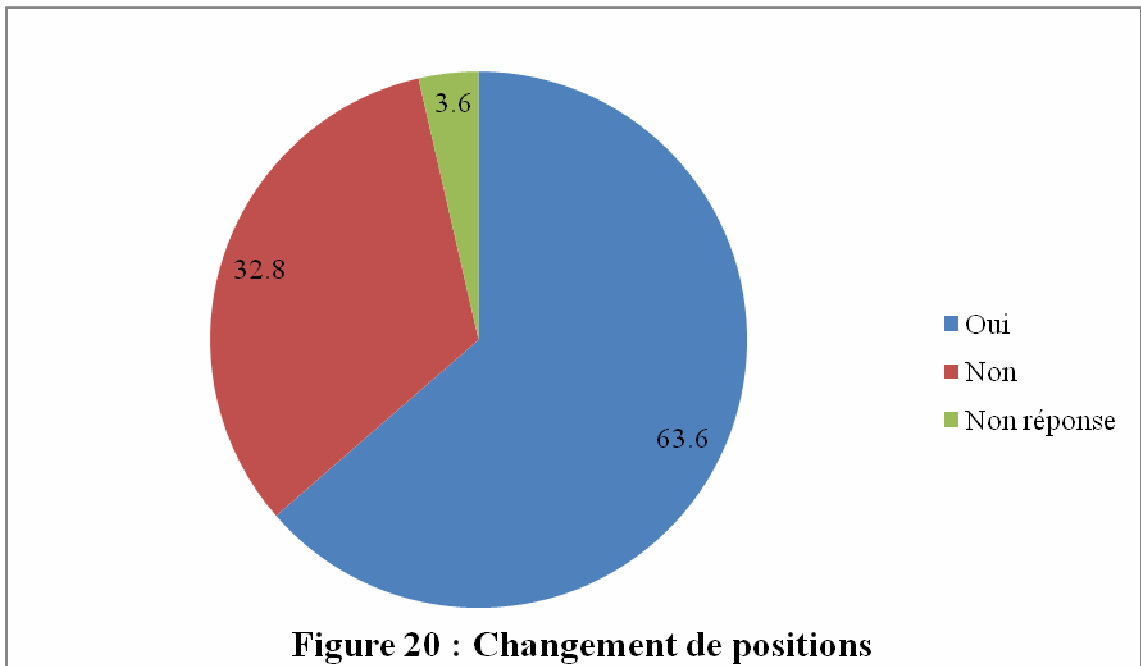
Les complications retrouvées (8% soit quatre patientes) sont: une pose de péridurale ayant échoué après sept tentatives, deux hémorragies, une patiente ayant présenté une hypertension dans le post-partum immédiat.

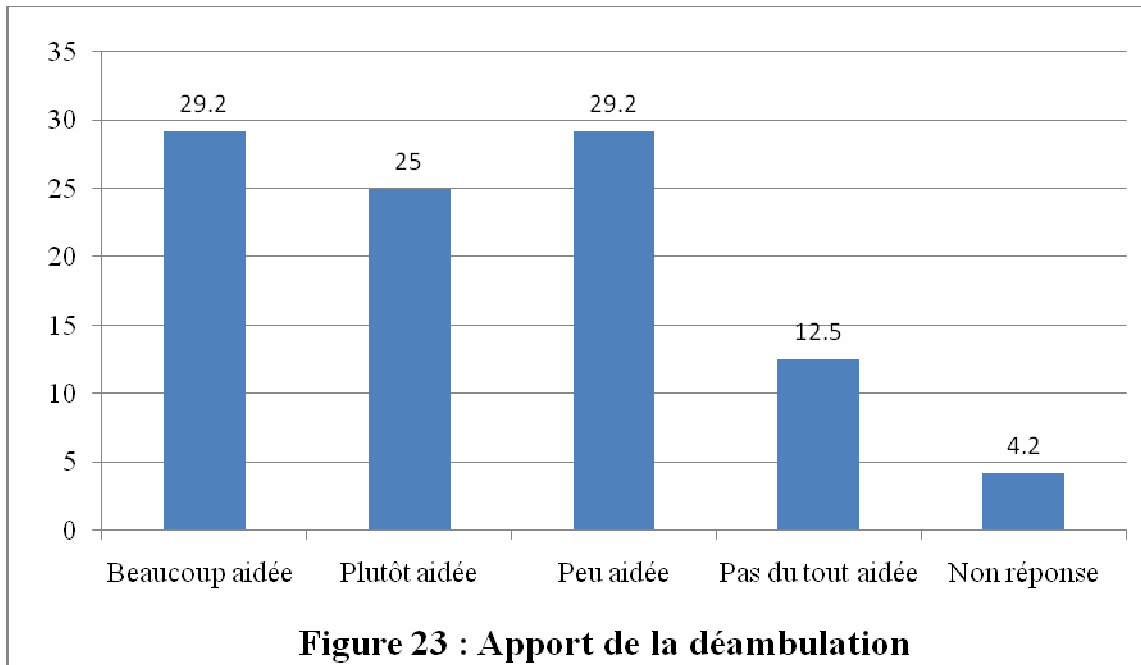
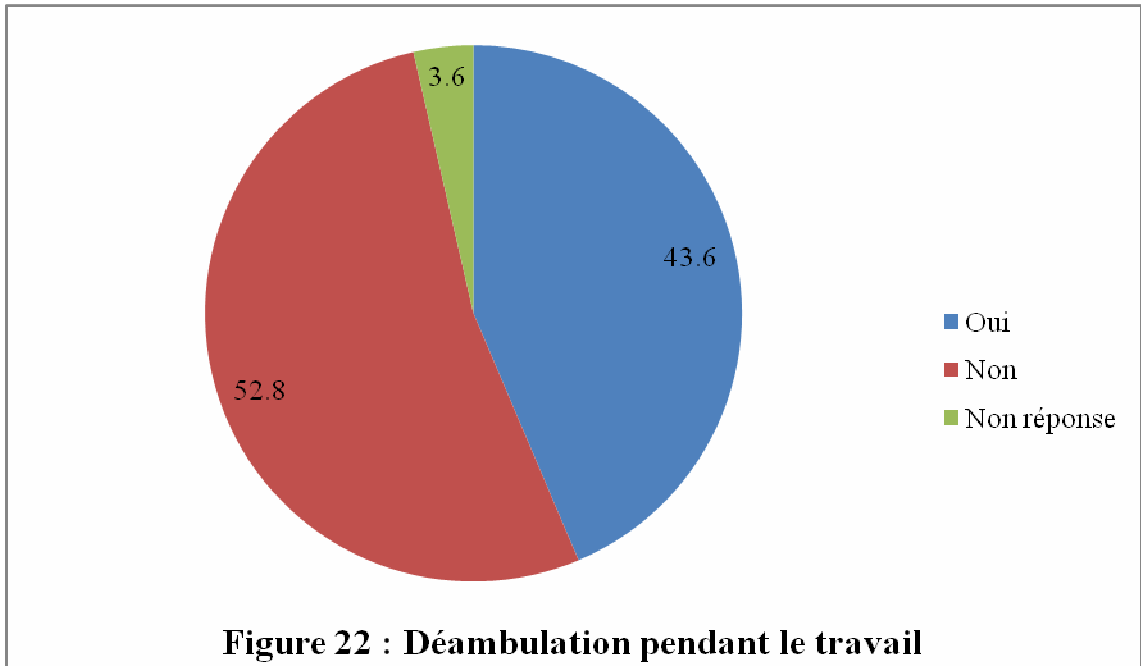


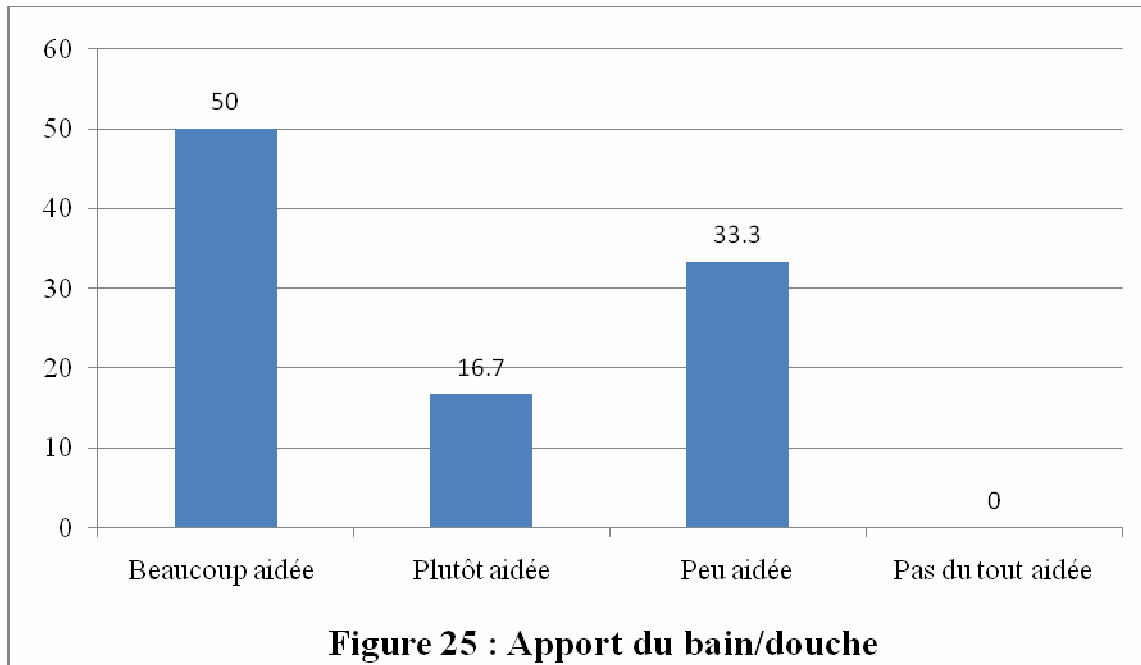
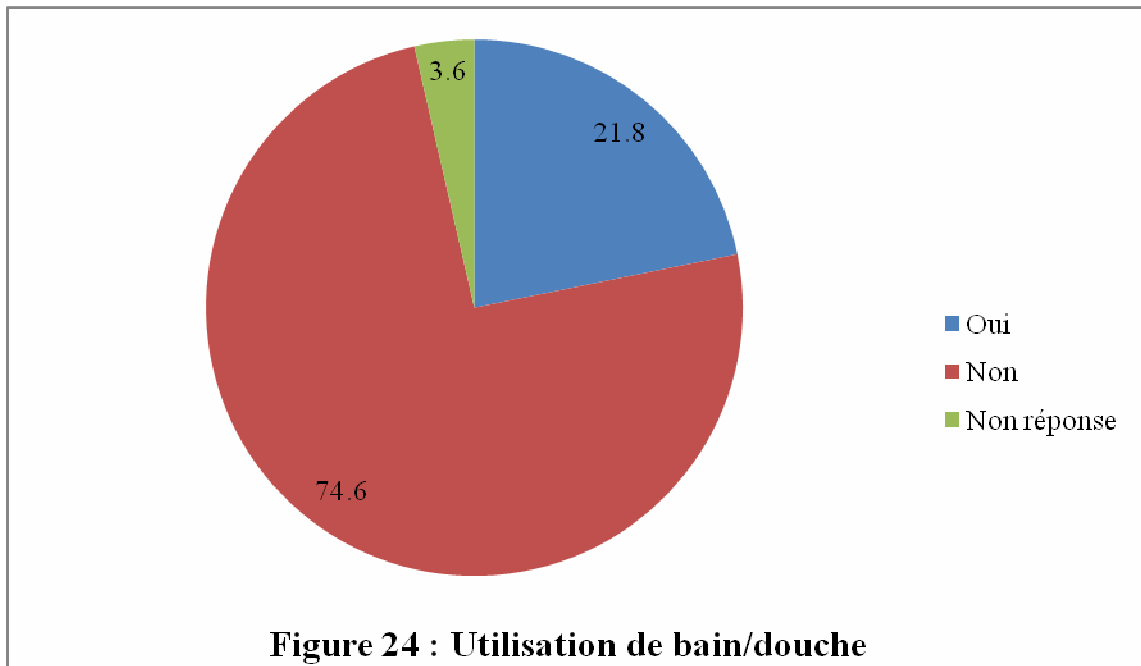
### 3.4. Gestion de la douleur

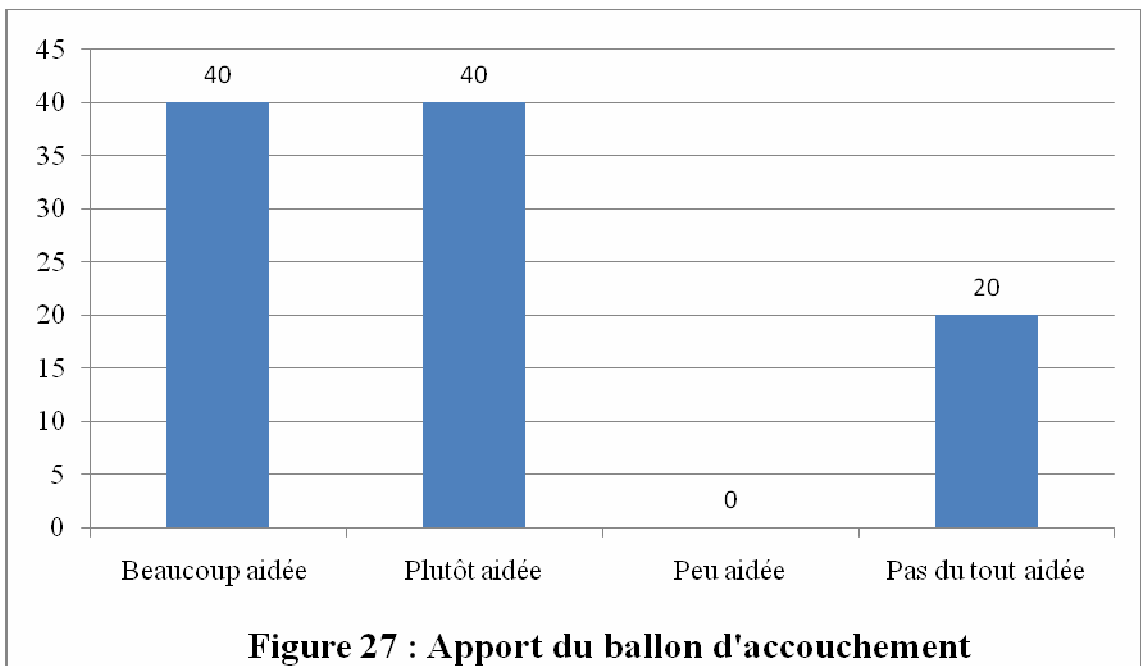
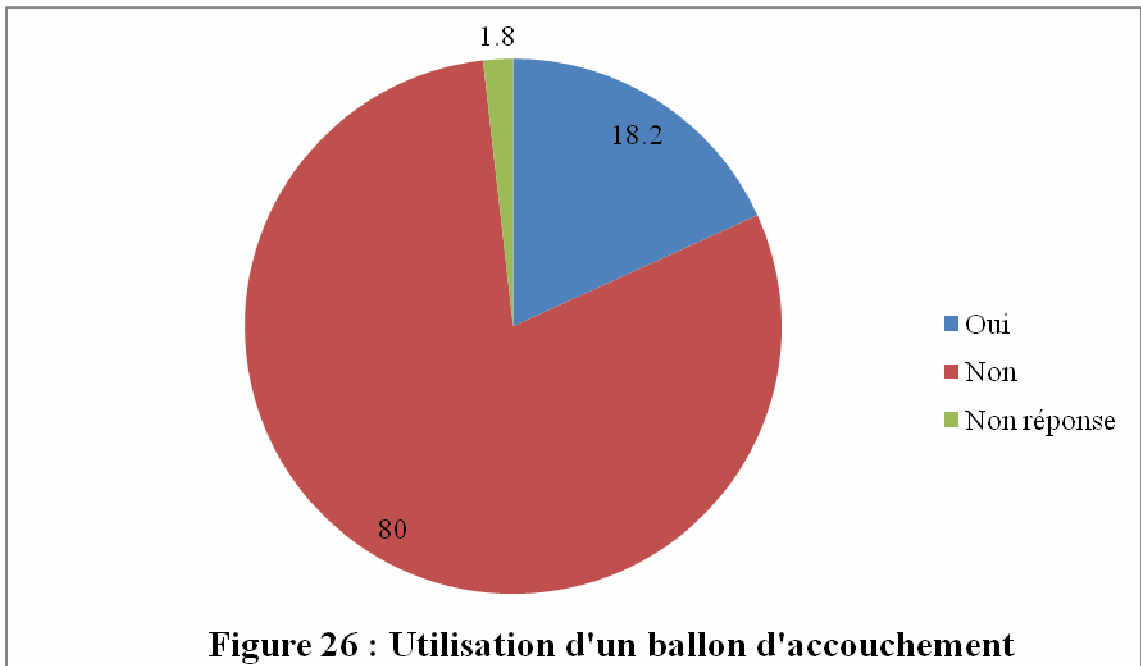


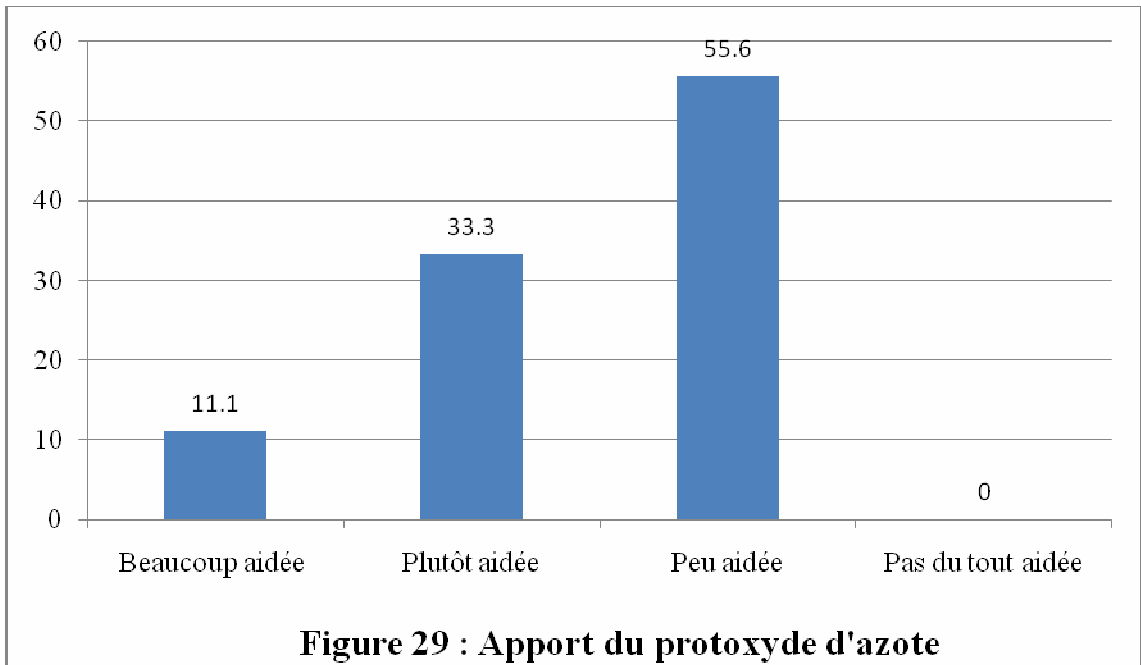
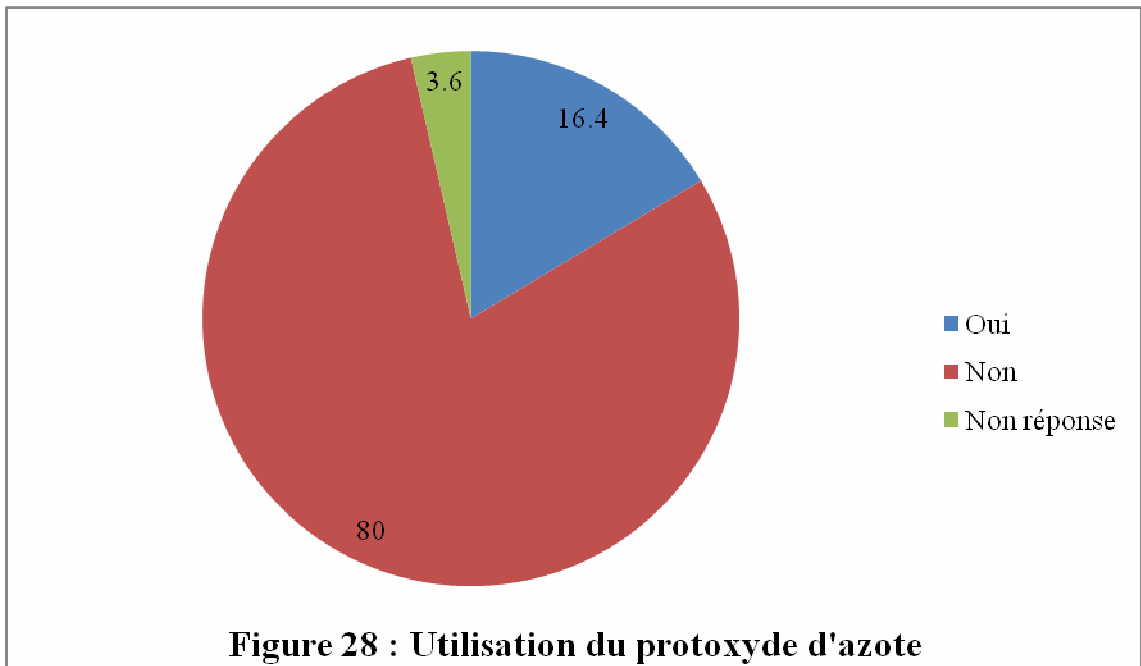


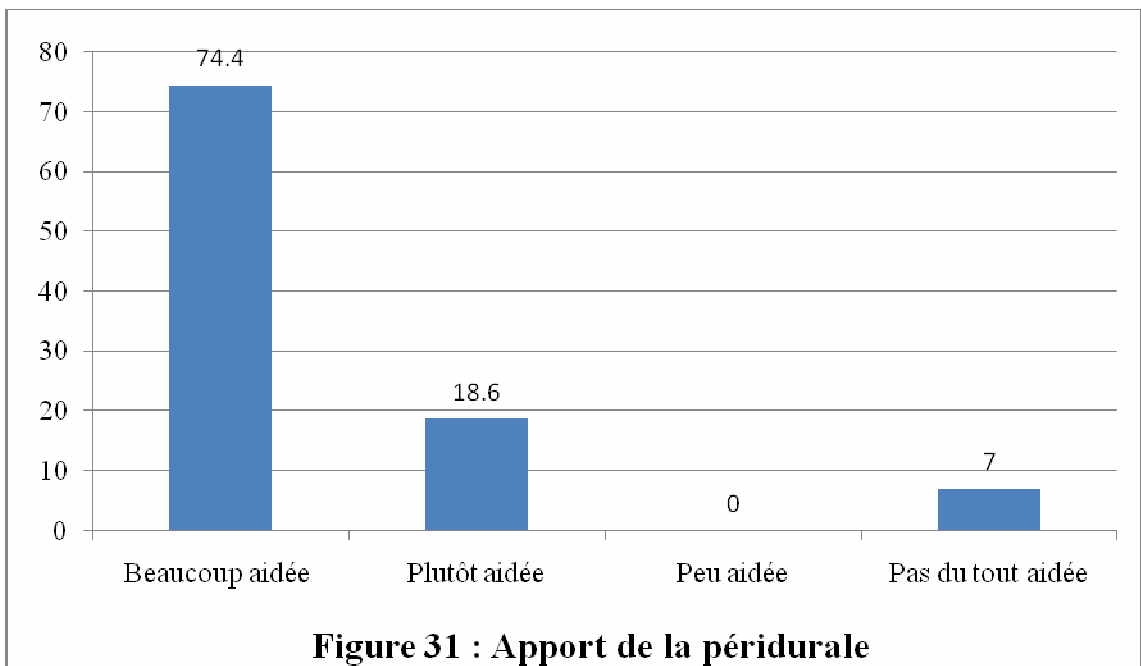
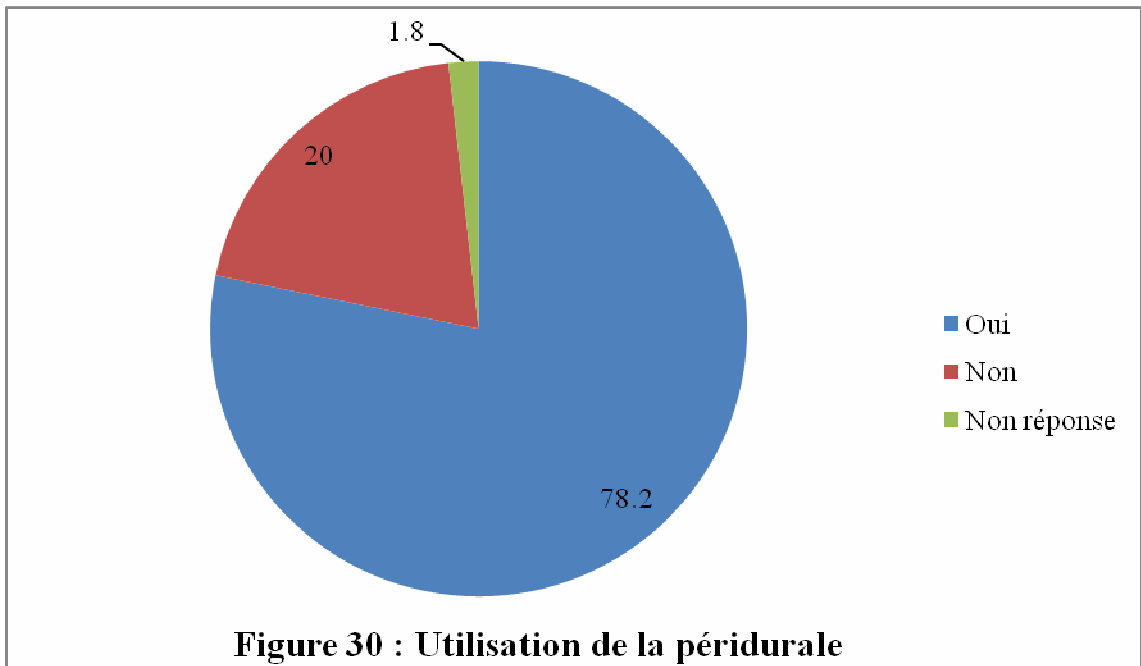


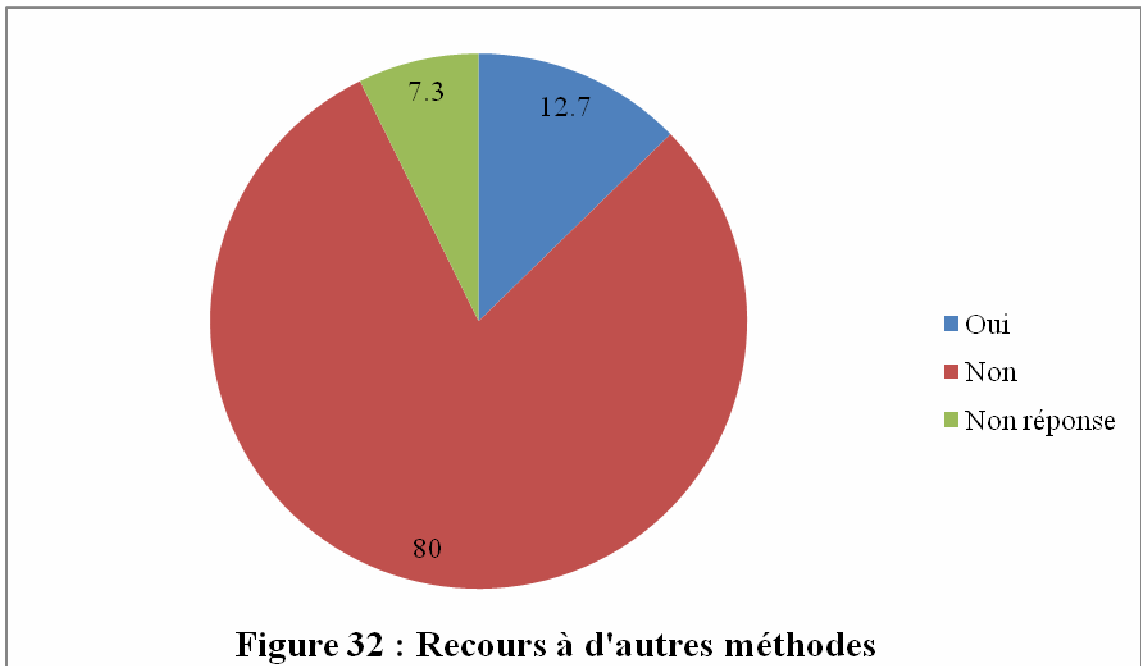




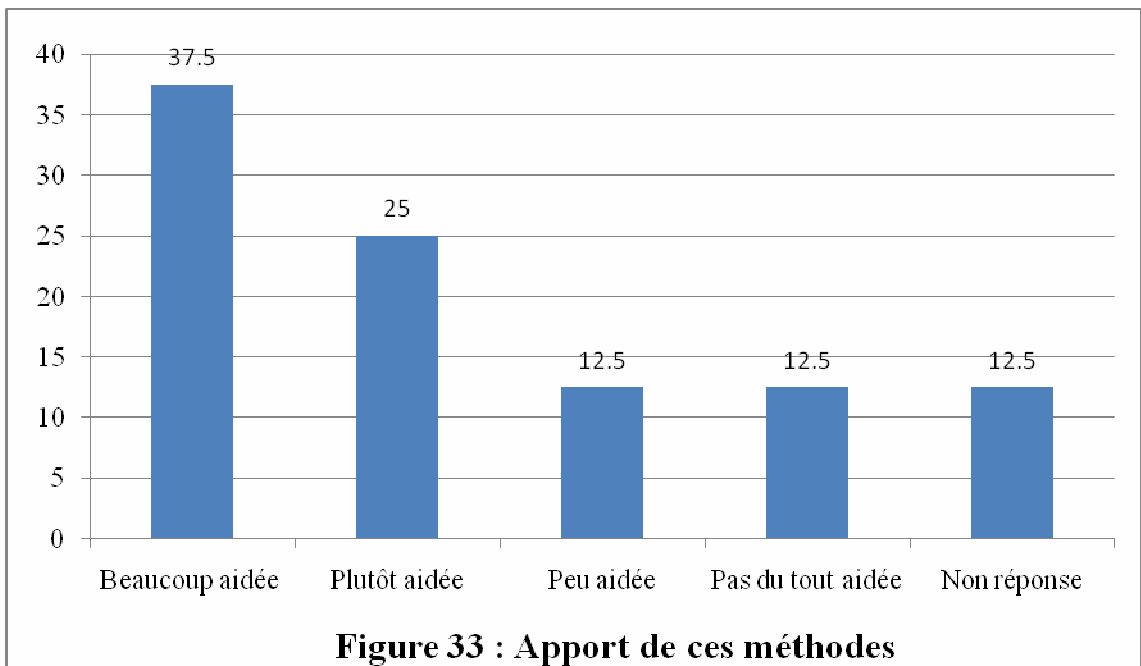


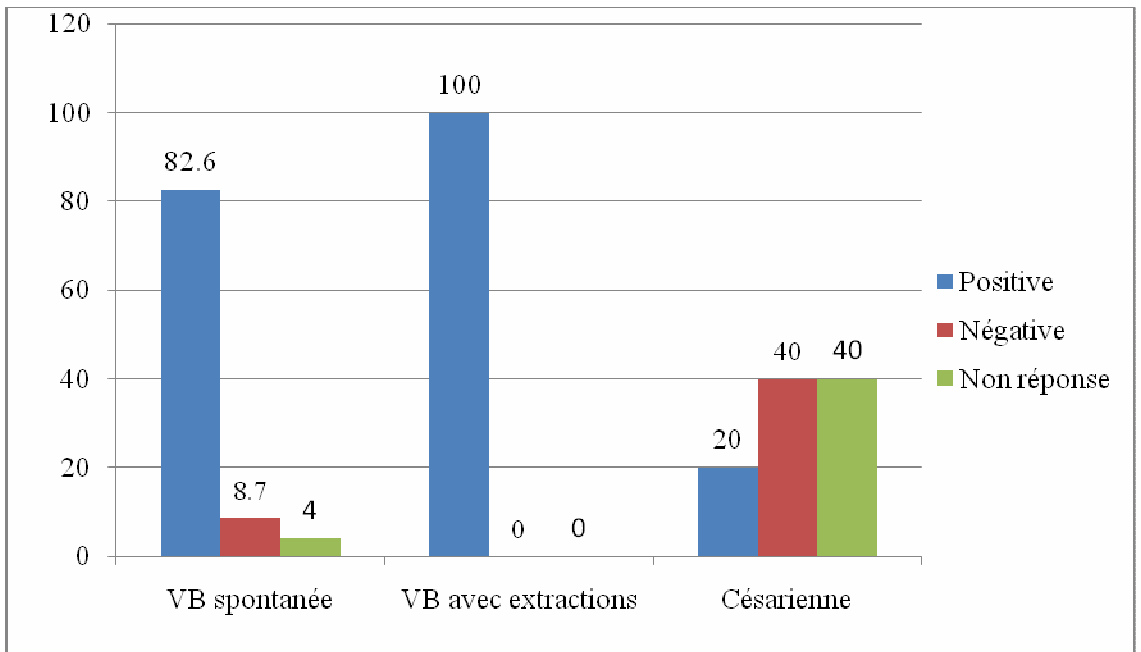
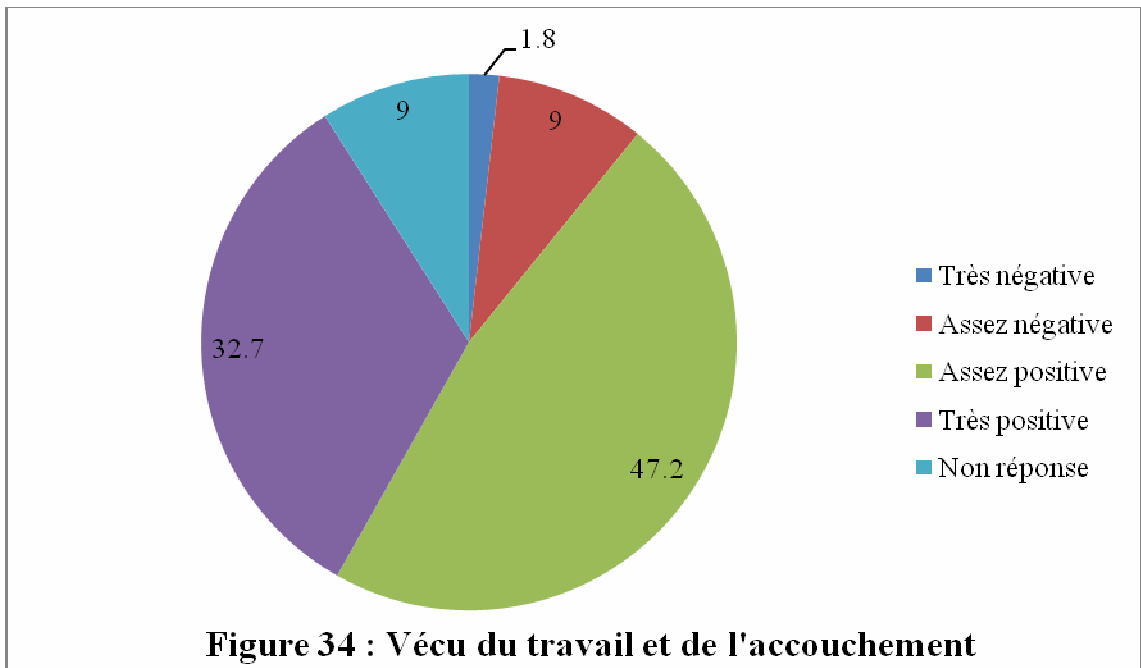




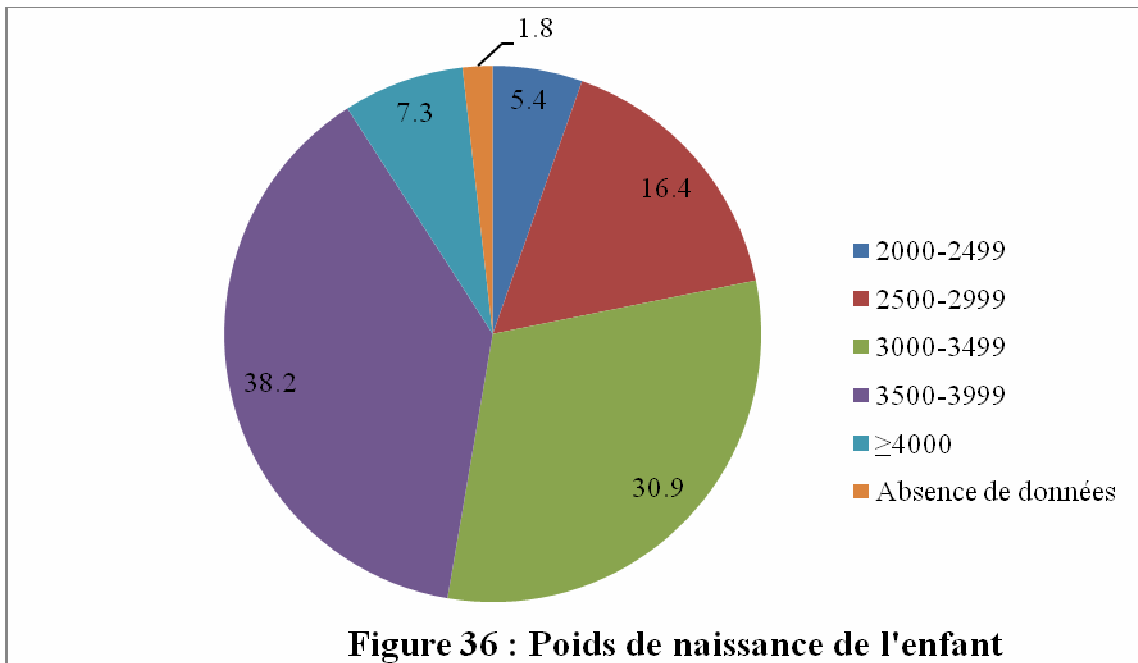


Les méthodes utilisées étaient: trois patientes ont utilisé de l'homéopathie, une autre faisait appel à des images positives (les premiers pas de son fils), une autre a eu recours à une injection de Nubain en pré-travail, une autre « s'occupait à autre chose » et la dernière battait la mesure avec sa main tout en tenant la main de son mari.





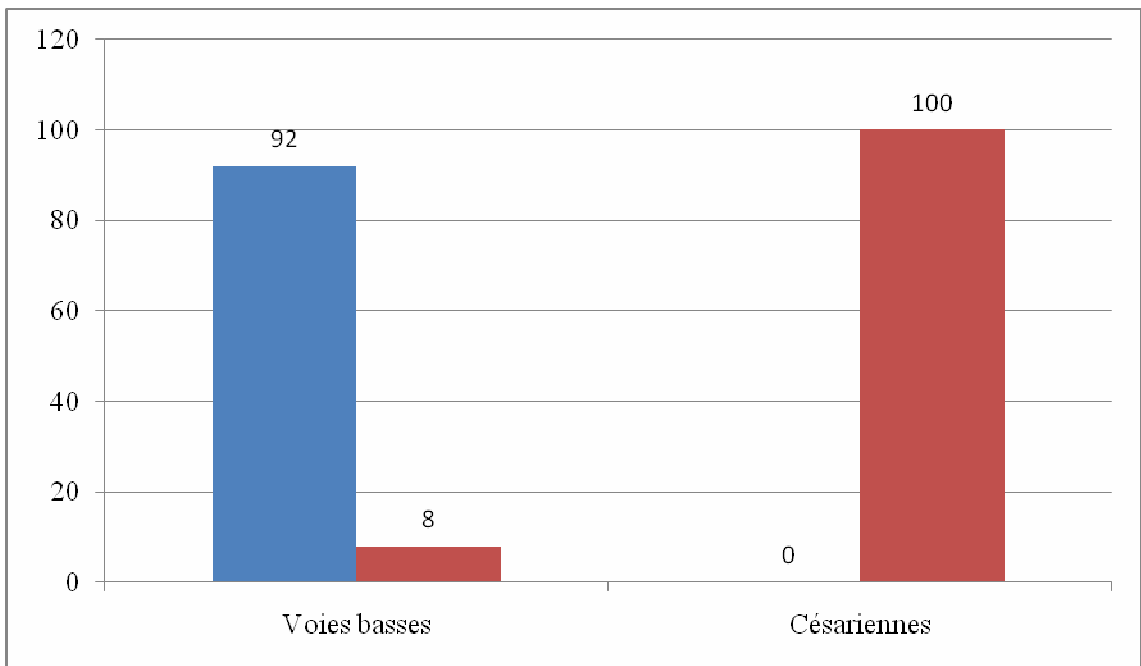
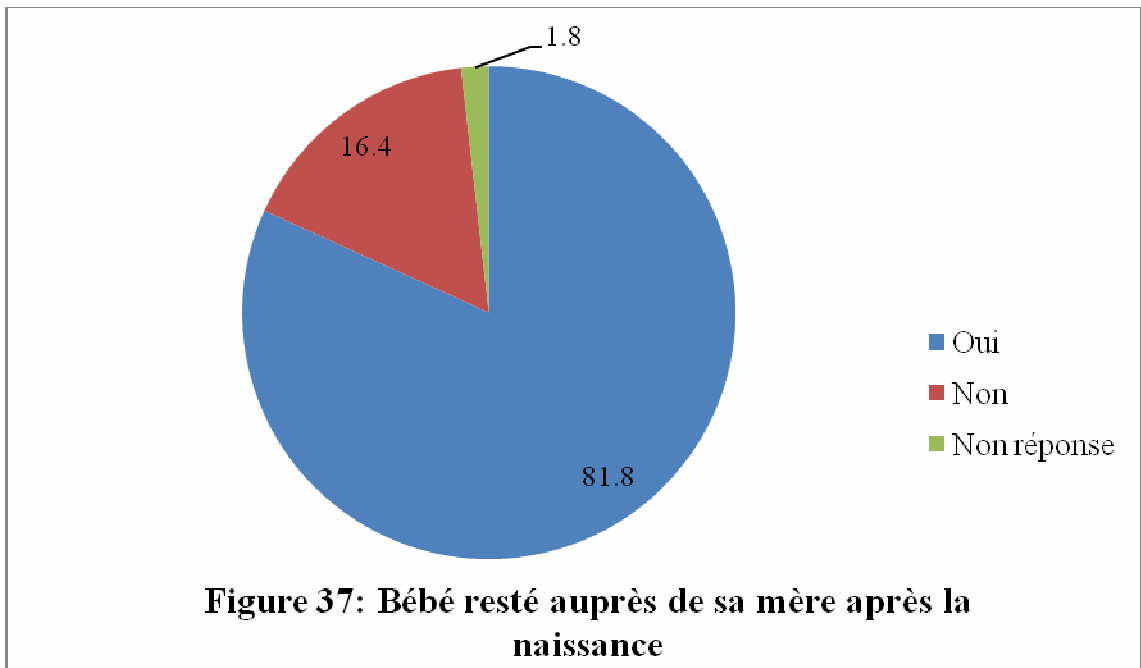
### 3.5. Soins post-nataux



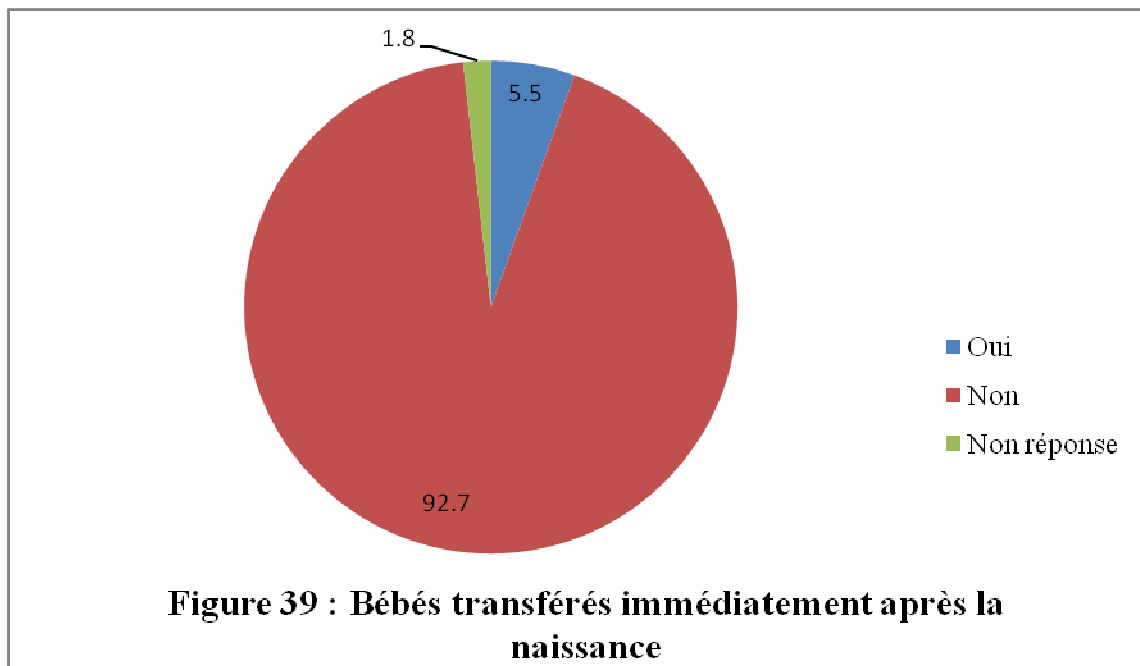
Le poids de naissance moyen des nouveaux nés de l'étude est de 3348.3 grammes ( $\pm$  449.3 grammes) avec des extrêmes qui vont de 2360 à 4150 grammes.

Pendant la période de l'étude une majorité de garçon est née (58.2%). La majorité (43.6%) de femmes exprimait ne pas avoir eu de préférence pour le sexe de leur enfant en début de grossesse. Venait ensuite un souhait majoritaire de filles (32.7%) contre 14.5% de garçons. Dans 9.1% des cas aucune réponse n'a été donnée.

S'agissant de l'état des enfants à la naissance, 7,3% de nouveau-nés ont eu une réanimation à la naissance. L'Apgar moyen à une minute de vie est de 9,3 ( $\pm$ 1,8) avec des extrêmes de 1 à 10. L'Apgar moyen à cinq minutes de vie était de 9,9 ( $\pm$ 0,2) avec des extrêmes de 9 à 10.

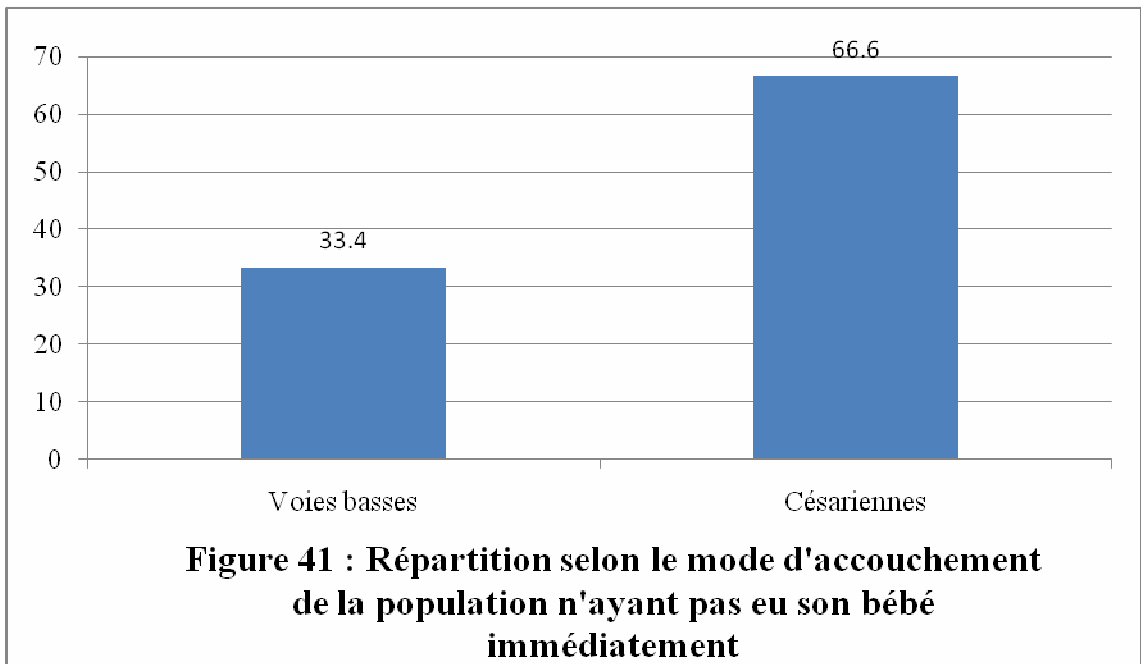
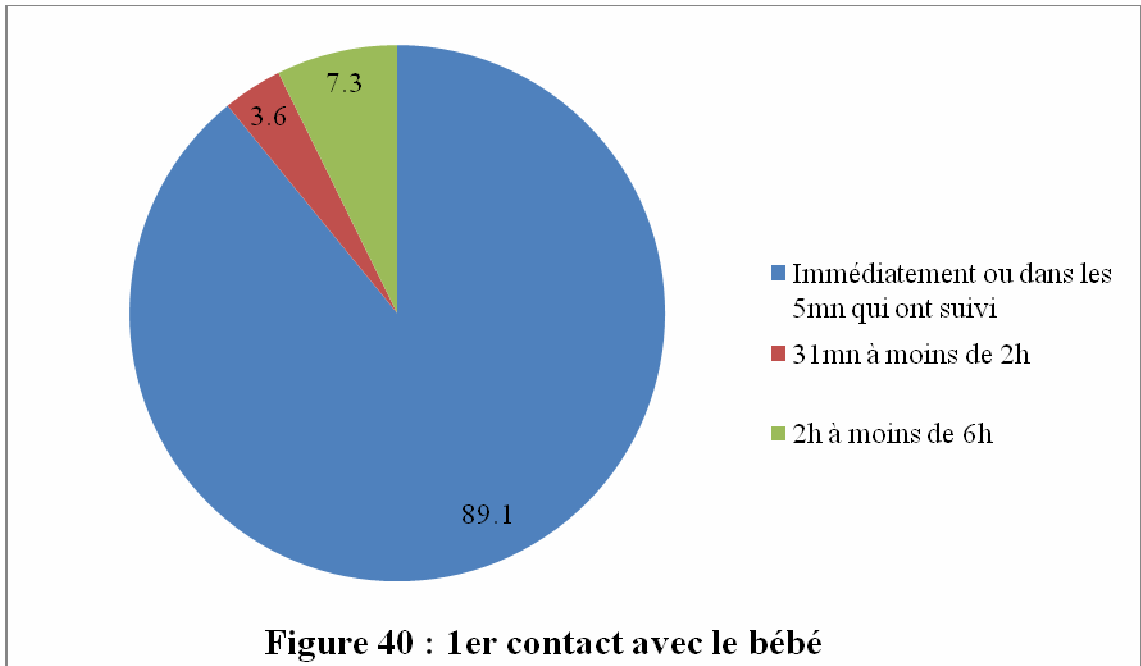


**Figure 38 : Bébés restés auprès de leur mère après la naissance, selon le mode d'accouchement.**



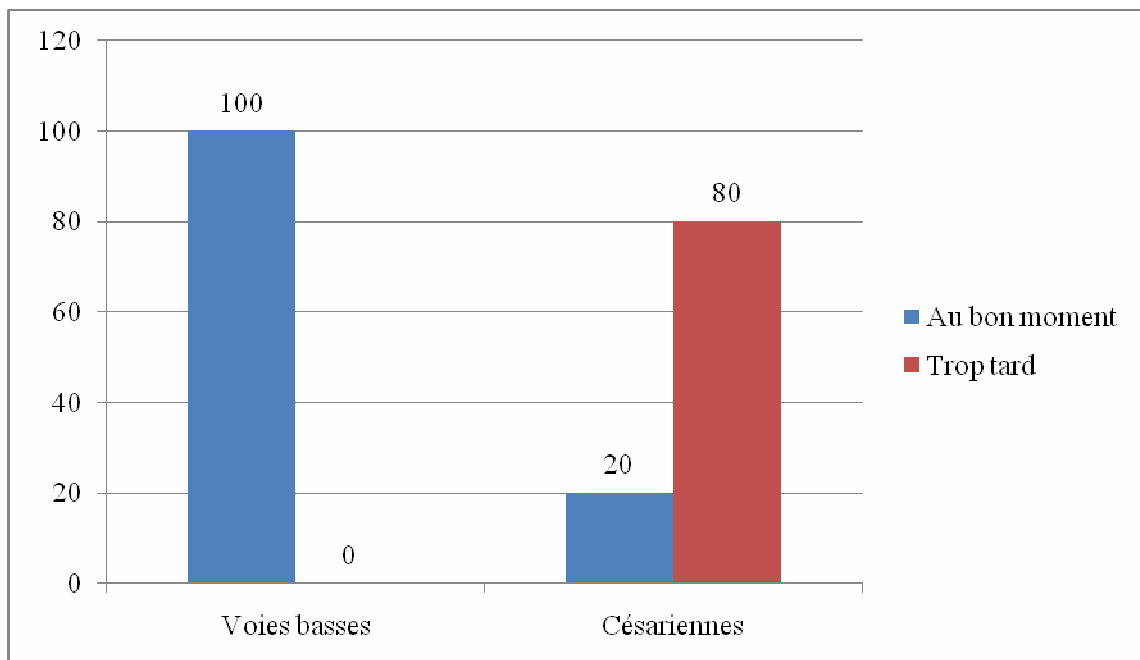
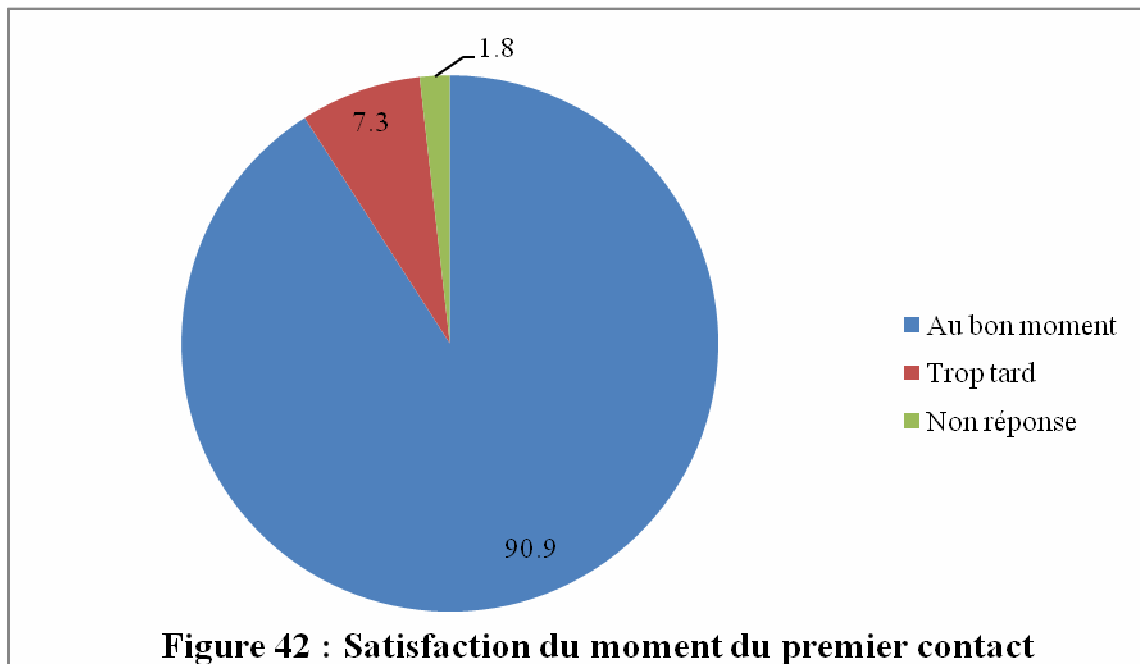
Parmi tous les nouveau-nés de l'étude, 5.5 % ont été transférés dans une unité de soins spéciaux ce qui correspond à trois bébés, tous nés par voie basse. Nous avons demandé aux mères de ces enfants si elles avaient été informées de la durée minimum nécessaire à l'hospitalisation de leur enfant. Une des mères avait répondu positivement. Les deux autres mères n'ont pas répondu à la question.

Parmi ces enfants, 66.7 % (deux bébés) sont restés hospitalisés moins de douze heures. Pour le troisième la mère n'a pas répondu à cette question.



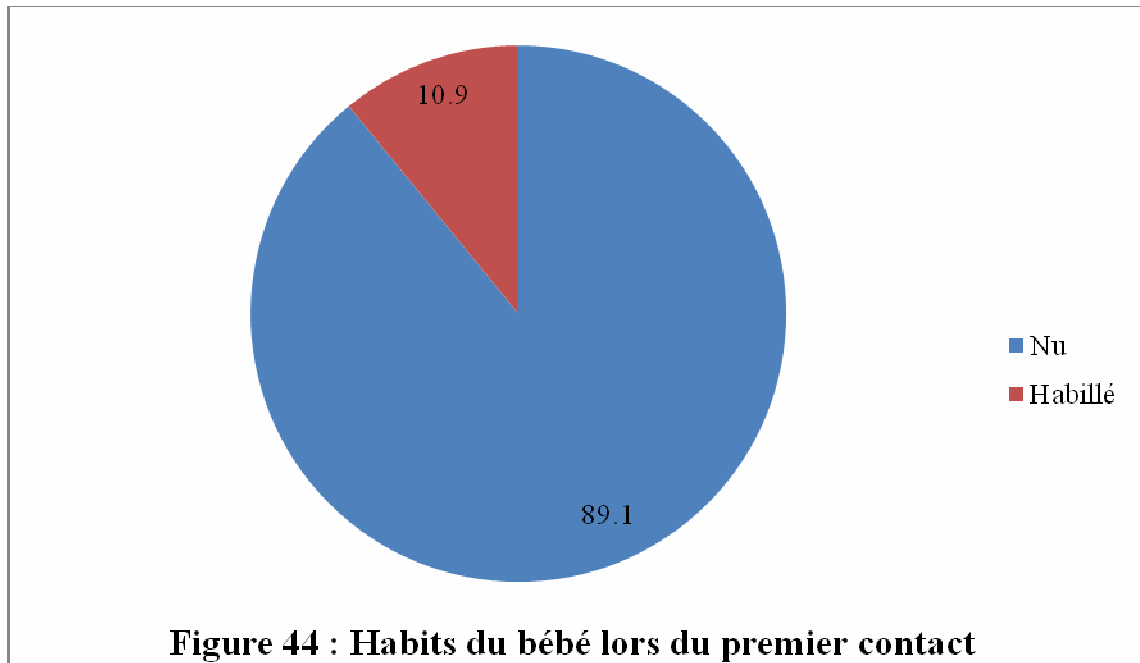
Parmi les séparations immédiates après une voie basse, la moitié était pour une nécessité de réanimation pour l'enfant et la moitié n'a pas eu d'étiologie retrouvée. Toutes concernaient un accouchement spontané. Pour les césariennes, un seul enfant a nécessité une réanimation (Apgar 1 à 1mn). Il a ensuite été transféré en néonatalogie pour une surveillance de moins de 12h. On note une différence statistiquement

significative entre l'accouchement voie basse et la césarienne dans le retard du premier contact entre la mère et son enfant,  $p=0.00004$ .

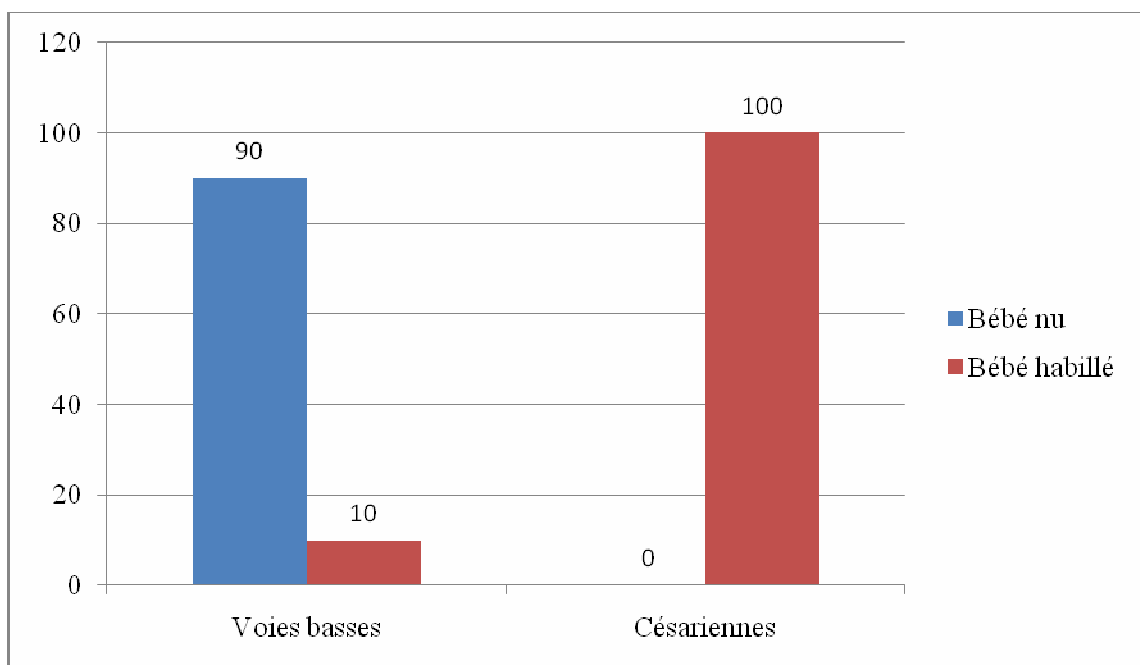


**Figure 43 : Satisfaction du moment du premier contact selon le mode d'accouchement**

Parmi les cinq patientes ayant eu une césarienne, une seule a eu son enfant sur elle dès la naissance. Les quatre autres ont eu leur enfant trente minutes à deux heures après, ce qui correspond à toutes les femmes ayant estimé avoir eu leur enfant trop tard avec une différence significative par rapport aux voies basses,  $p=0.00001$ .



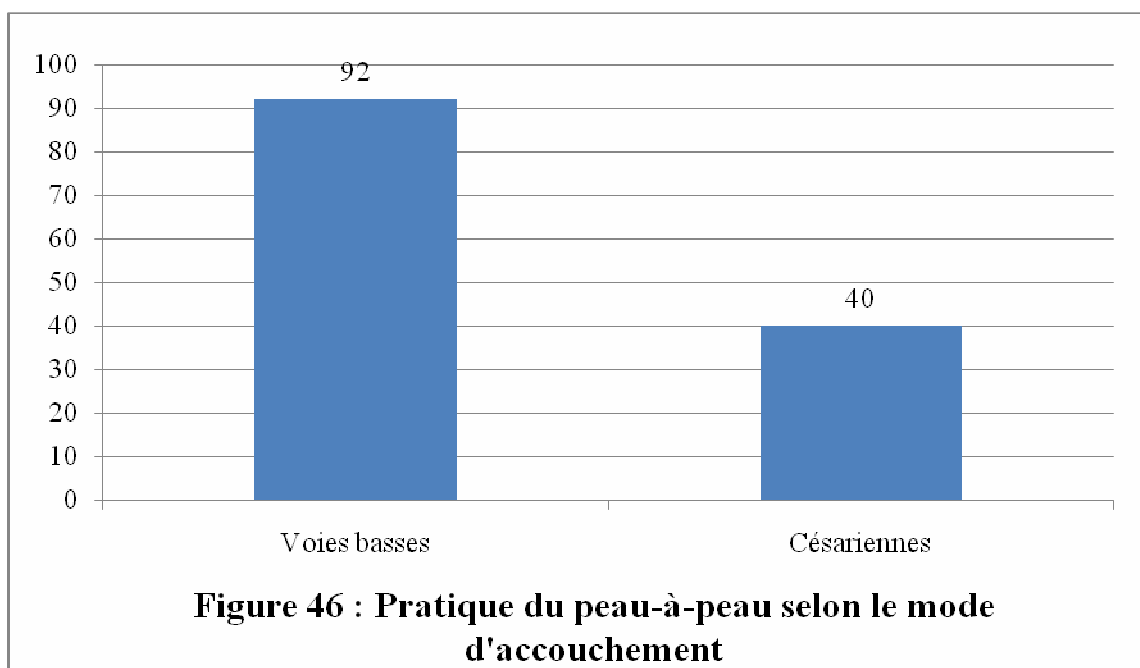
**Figure 44 : Habits du bébé lors du premier contact**



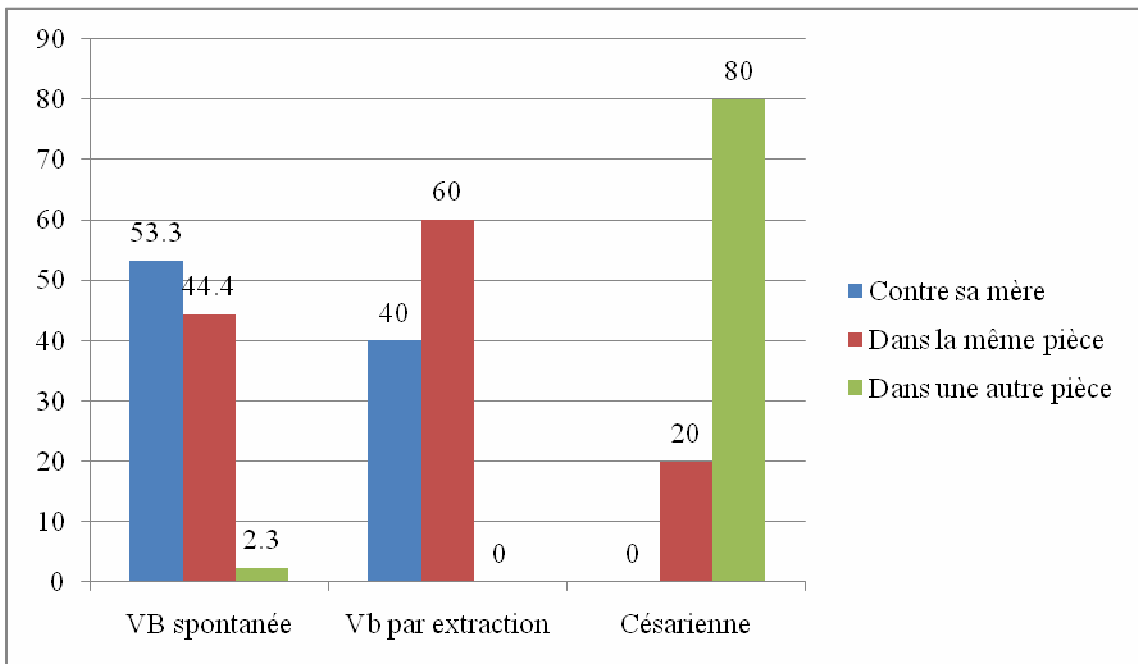
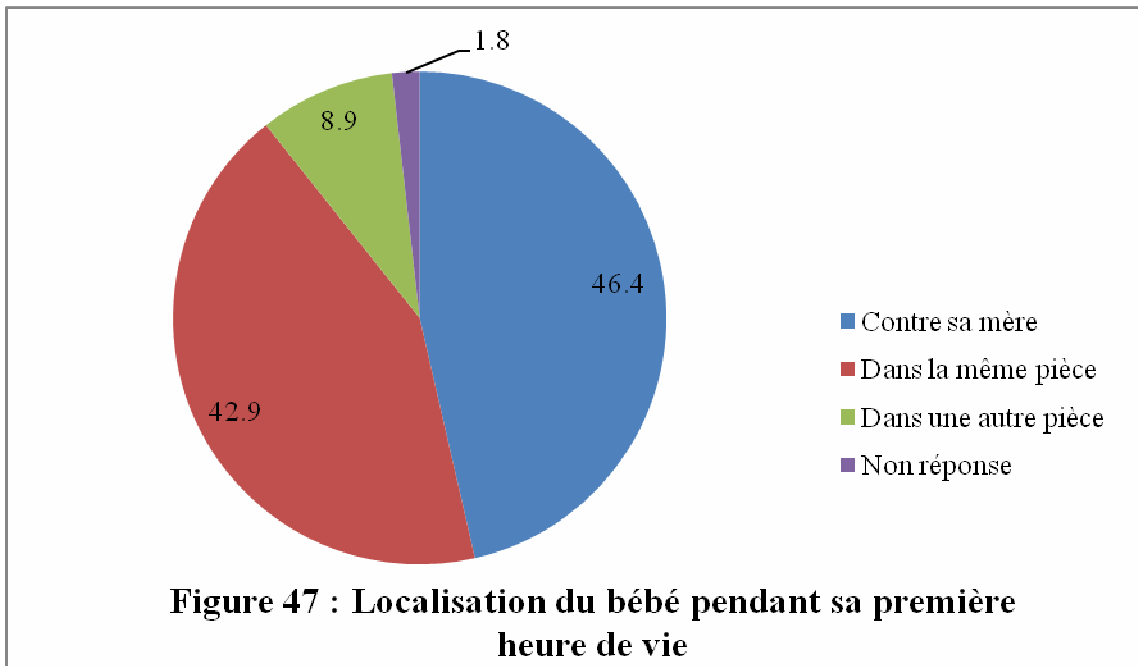
**Figure 45 : Habits du bébé lors du premier contact selon le mode d'accouchement.**

Pour les voies basses seulement 10% des bébés étaient habillés lors du premier contact avec leur mère versus 100% d'enfants nés par césarienne avec une différence statistique significative,  $p=0.00007$ .

Dans toute la population d'étude, 87.3% ont fait du peau-à-peau lors du premier contact. Les 12.7% n'en ayant pas fait correspondent à trois patientes ayant eu une césarienne, à un cas où « l'équipe n'a pas eu le temps » selon la patiente, et trois cas où aucune raison particulière n'a été retrouvée.



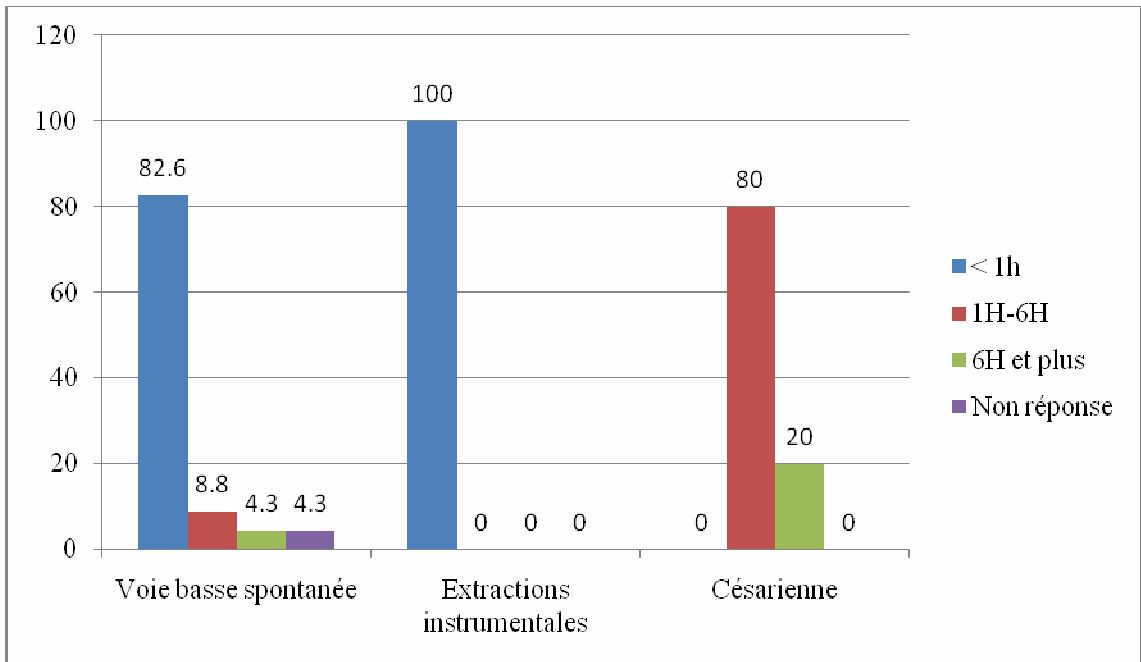
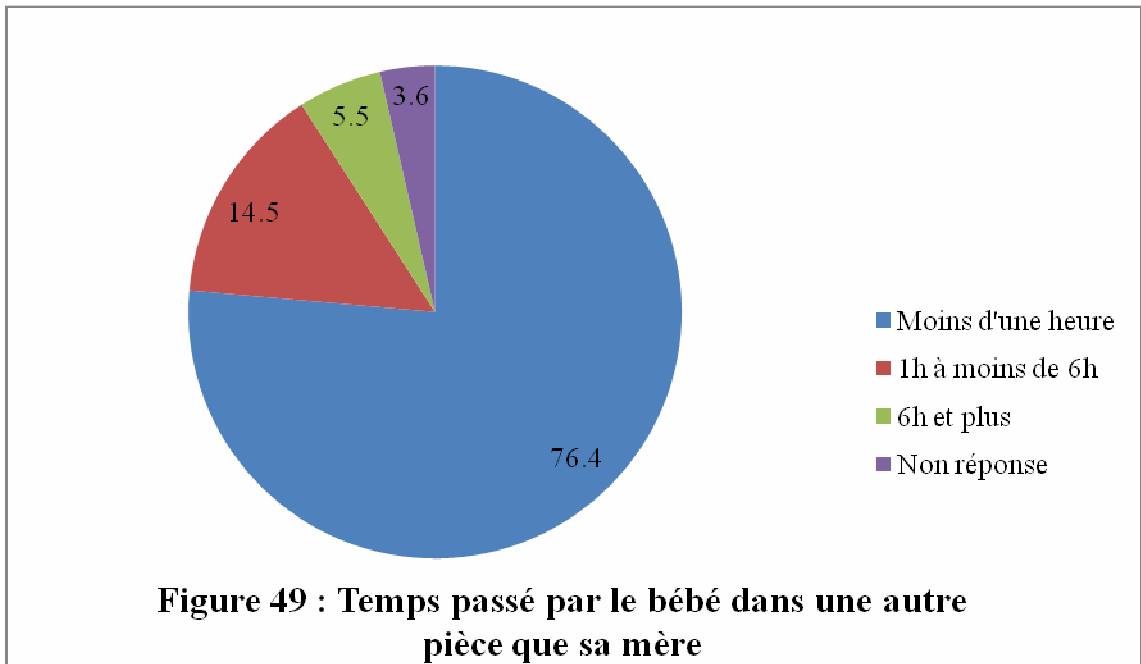
Il existe une différence significative entre la pratique du peau-à-peau après une voie basse (92%) versus une césarienne (40%,  $p=0.01$ ).

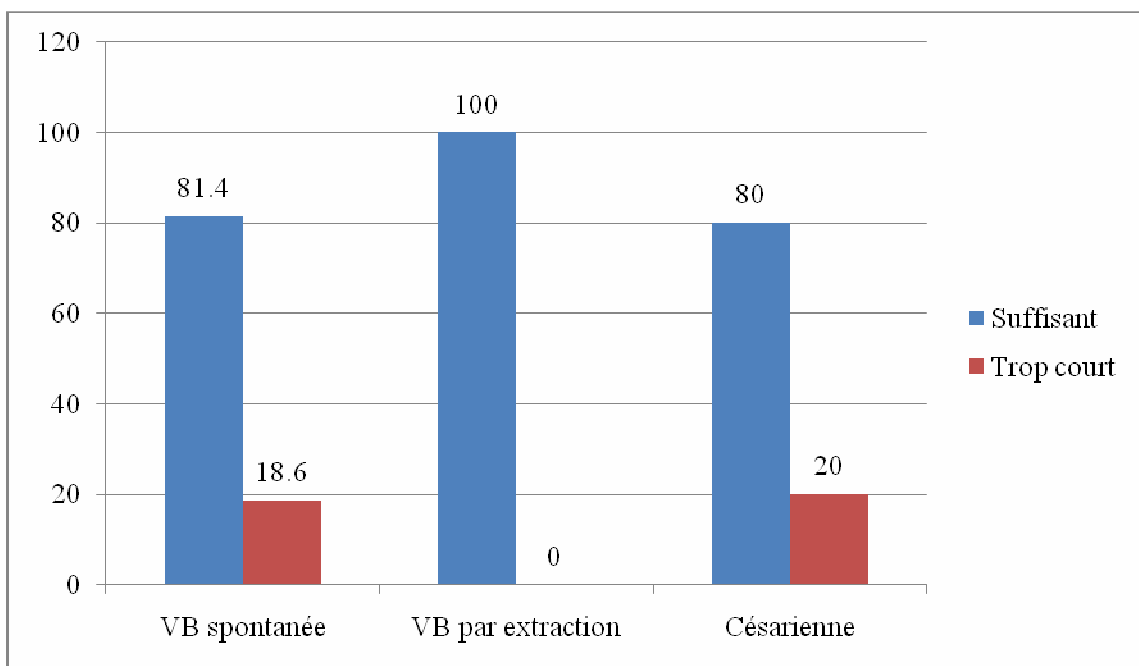
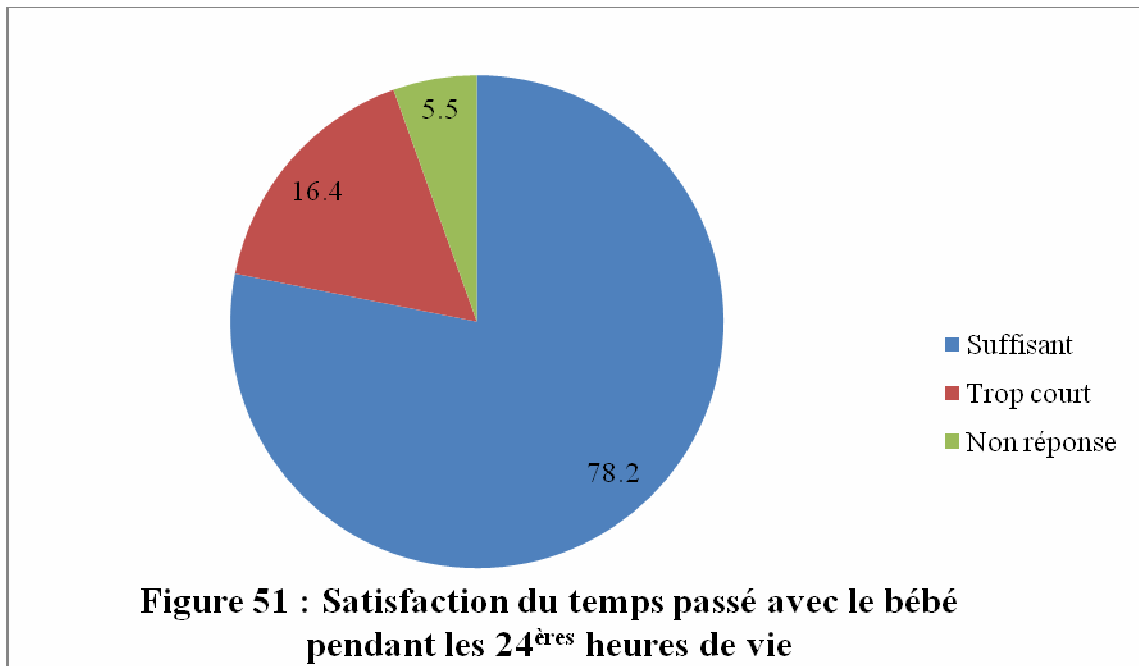


**Figure 48 : Localisation du bébé pendant sa première heure de vie selon le mode d'accouchement**

Pendant la première heure de vie, 53.3% des enfants nés par voie basse spontanée étaient contre leur mère vs 40% pour les extractions instrumentales (NS). Nous observons une différence à la limite de la significativité pour les enfants nés par césarienne (0%,  $p=0.05$ ). Deux pourcents (2.3%) des enfants nés par voie basse

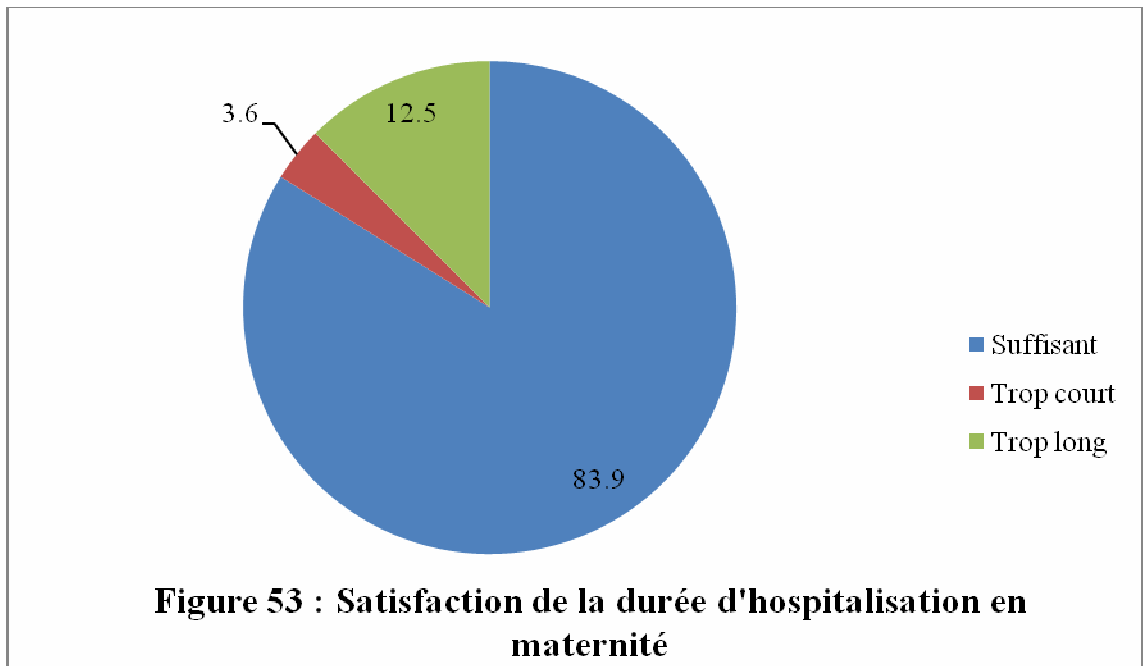
spontanée étaient dans une pièce différente de leur mère vs 0% des extractions (NS) et 80% d'enfants nés par césarienne (p=0.00009).



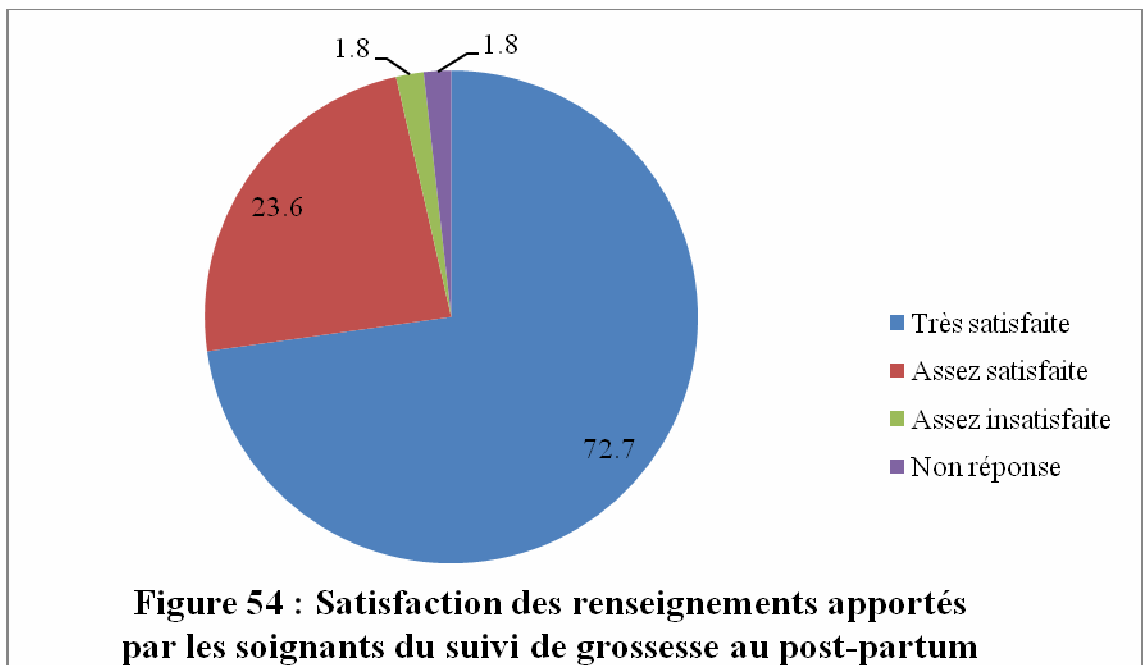


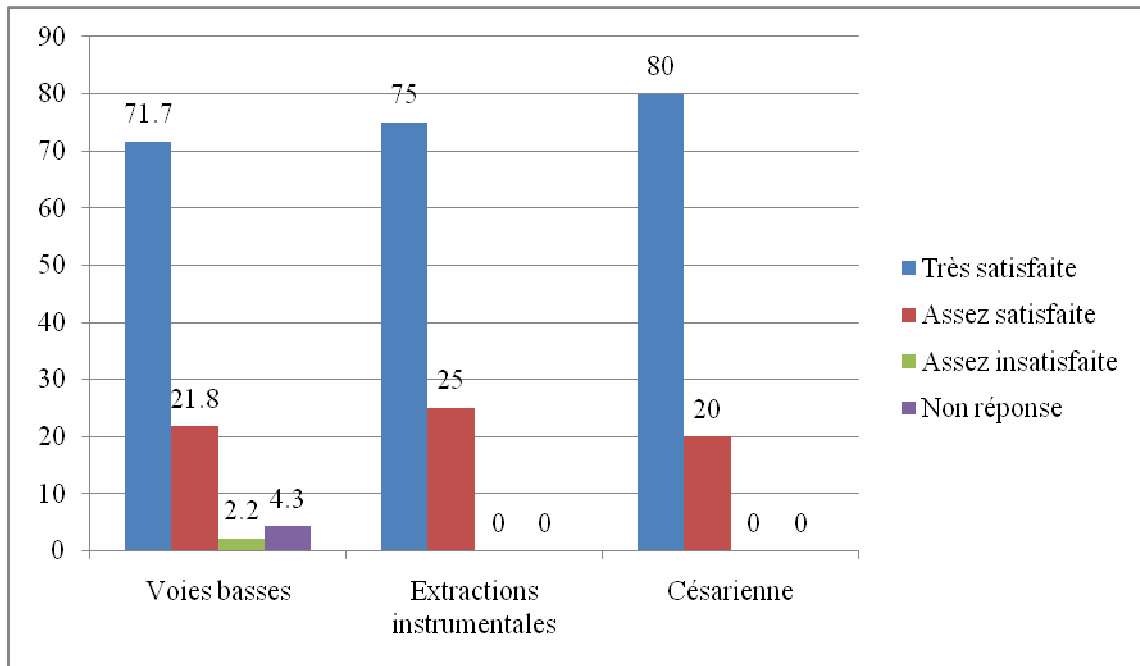
**Figure 52 : Satisfaction du temps passé avec le bébé pendant les 24<sup>èmes</sup> heures de vie selon le mode d'accouchement**

La majorité des mères (78.2%) ont trouvé suffisant le temps passé avec leur enfant dans les premières 24 heures de vie, sans différence significative entre les différents modes d'accouchements.



Les femmes ayant estimé le séjour en maternité trop long correspondaient toutes à des multipares.

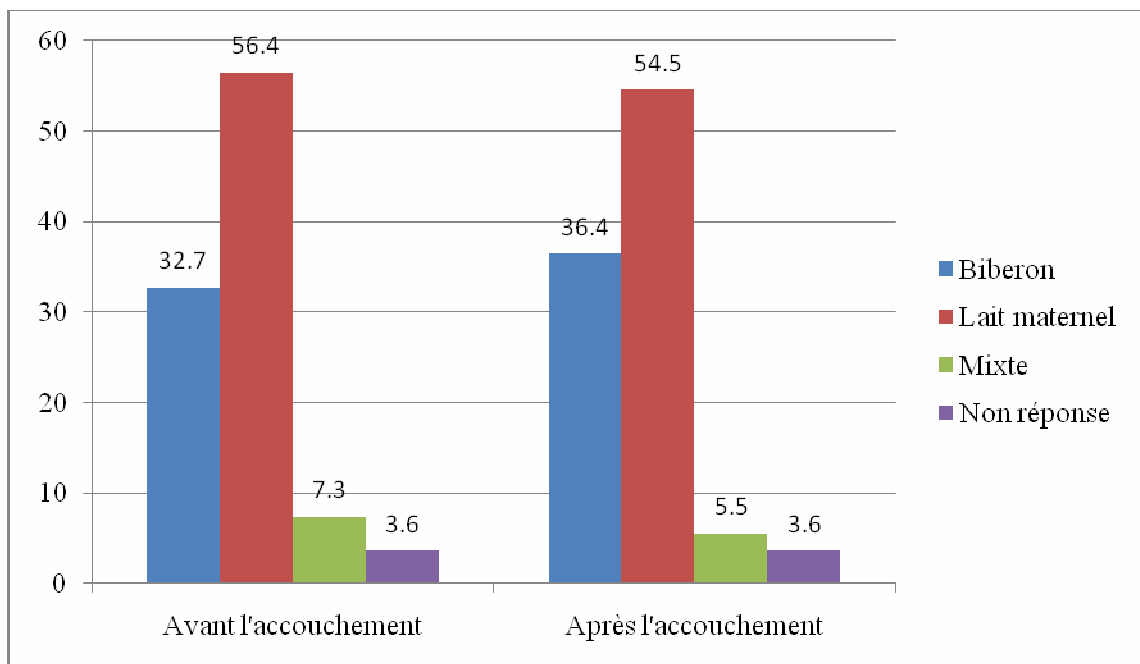




**Figure 55 : Satisfaction des renseignements apportés par les soignants du suivi de grossesse au post-partum selon le mode d'accouchement**

Aucune différence statistiquement significative n'apparaît entre les différents modes d'accouchement quant à la satisfaction des informations reçues par les patientes.

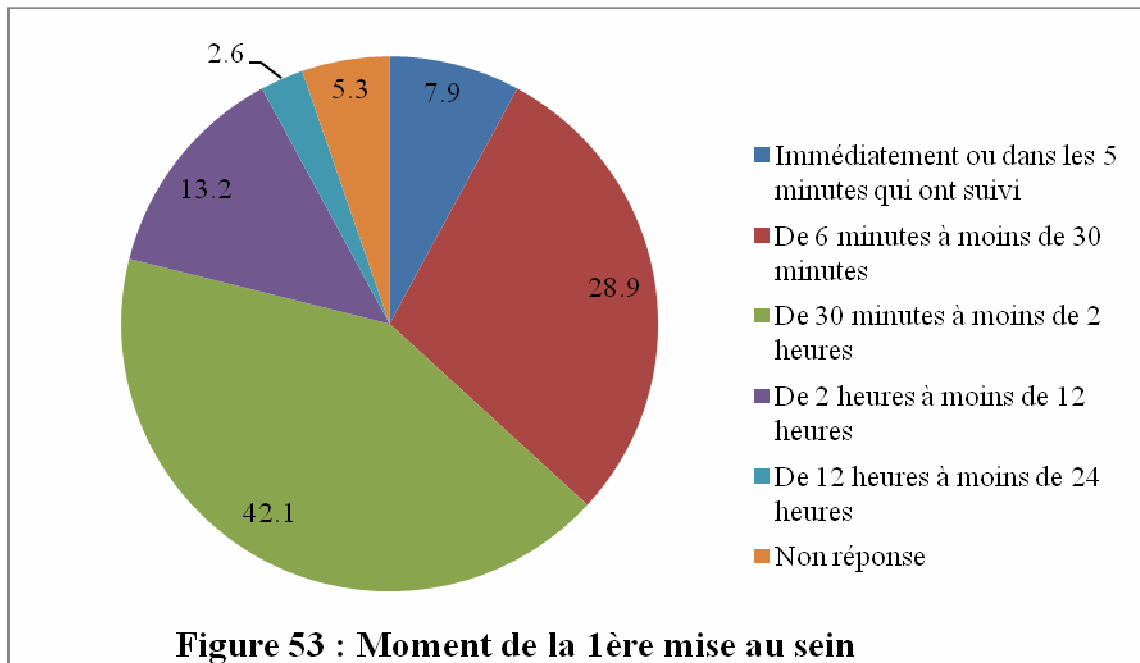
### 3.6. Choix de l'allaitement:



**Figure 52 : Choix de l'allaitement avant et après l'accouchement**

Aucune des femmes ayant eu une césarienne n'ont changé leur souhait pour un type d'allaitement. Les changements correspondent aux accouchements par voie basse.

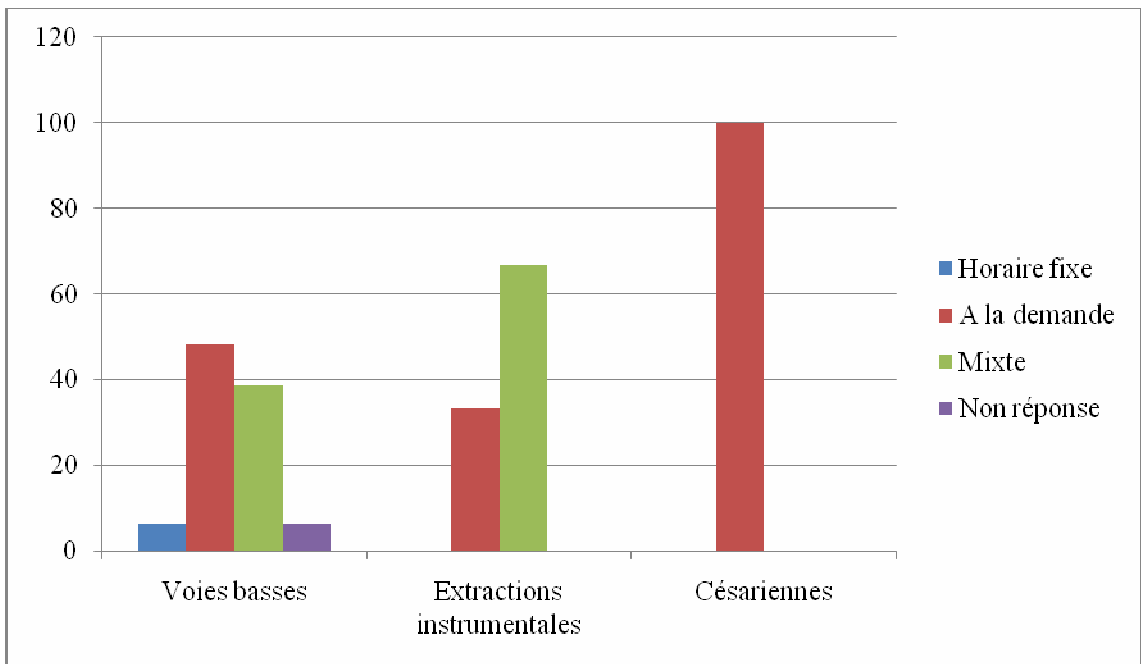
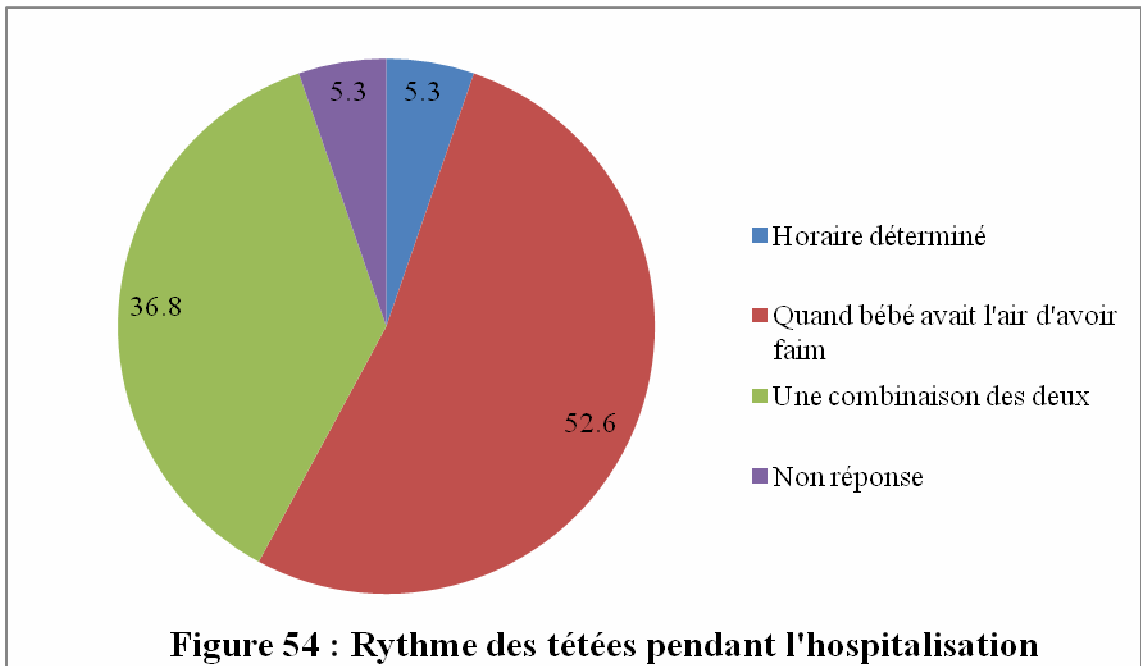
Il y a eu 69.1% d'allaitement maternel immédiat à la naissance comprenant la tétée d'accueil pour les femmes souhaitant donner le biberon.



Cette figure concerne les 69.1% qui ont donné le sein après la naissance.

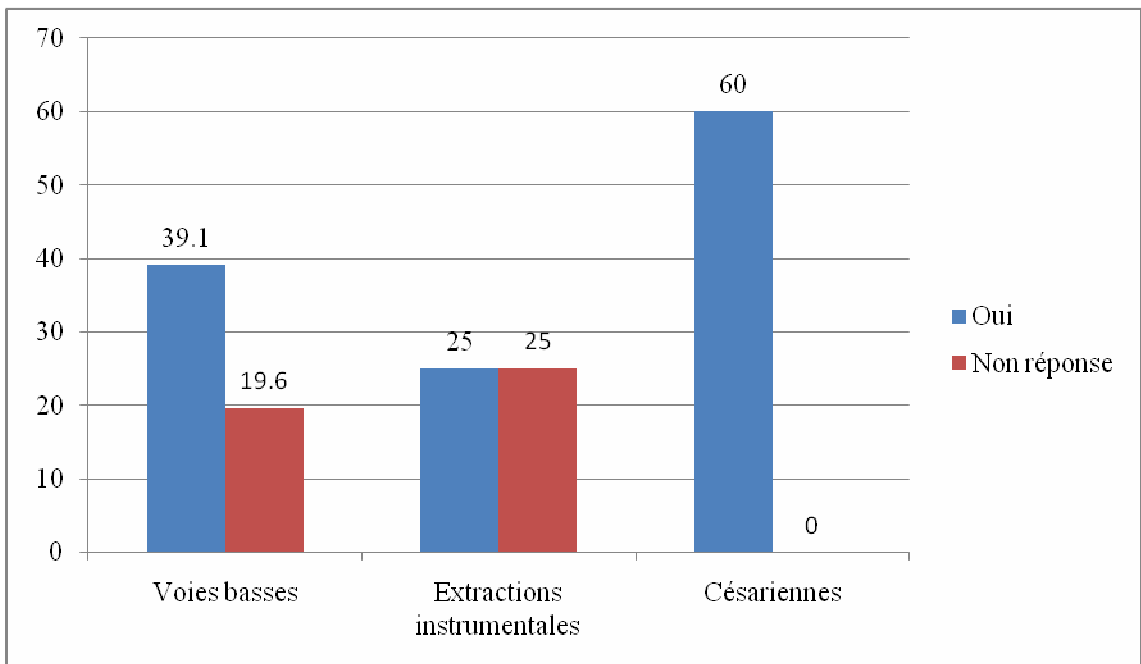
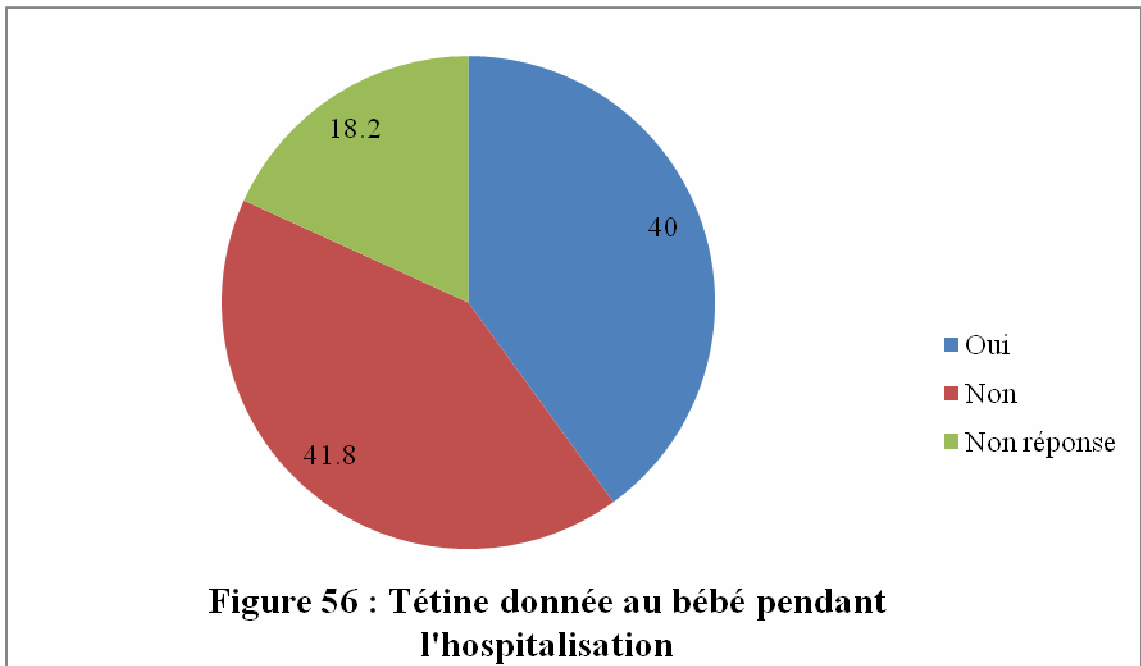
La totalité des femmes ayant accouché par césarienne et allaitant ont mis leur enfant au sein pour la première fois après au minimum 2 heures après. Ce qui ne concerne que 10% des femmes ayant accouché par voie basse.

Quatre-vingts douze pourcents des ces femmes ont bénéficié de l'aide de soignants pour le début de l'allaitement et 84.2% ont eu des informations supplémentaires sur l'allaitement (les différentes positions, comment tirer son lait...). Les femmes n'ayant pas eu d'aide étaient toutes des multipares ayant déjà une expérience. Aucune différence significative n'apparaît entre les différents modes d'accouchement pour notre étude.



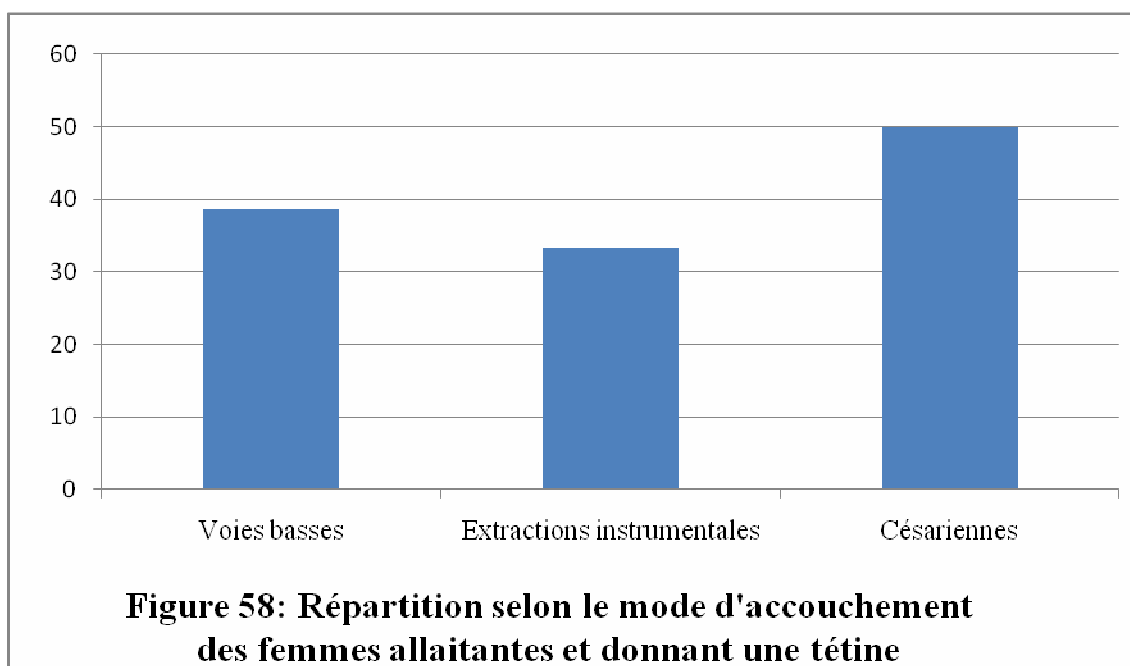
**Figure 55 : Rythme des tétées selon le mode d'accouchement**

Aucune différence statistique significative n'a été retrouvée entre les voies basses, les extractions instrumentales et les césariennes, concernant le rythme des tétées.



**Figure 57 : Tétine donnée au bébé pendant l'hospitalisation selon le mode d'accouchement**

Il n'y a aucune différence significative entre les différents modes d'accouchement concernant les femmes donnant une tétine à leur bébé.



On ne note aucune différence significative entre les différents modes d'accouchements concernant la répartition des femmes allaitantes et donnant la tétine.

#### 4. DISCUSSION

L'enquête menée a été réalisée en vue d'observer si une différence existe dans les moyens mis en place pour favoriser le lien mère-enfant selon un accouchement voie basse spontanée, un accouchement voie basse avec extraction instrumentale et un accouchement par césarienne.

Le caractère prospectif est un élément de qualité d'une étude car il permet de définir avant le début de celle-ci la population étudiée avec les critères d'inclusion et d'exclusion limitant ainsi les biais notamment de sélection. Sélectionnant les femmes à bas risque obstétrical, nous avons ainsi limité les biais liés par exemple au vécu d'une grossesse pathologique ou encore d'une prématurité, qui pourrait venir influencer sur le vécu de la naissance. Le caractère prospectif permet également de définir les paramètres étudiés avant la mise en place de l'enquête.

Le mode d'administration du questionnaire limite l'absence de réponses aux indicateurs étudiés ; parmi 57 questionnaires distribués, 55 ont été complétés et recueillis ce qui correspond à un taux de réponse très satisfaisant de 96.5%.

Cependant l'inconvénient principal a été l'aménagement du temps pour la réalisation même de l'étude. Un temps réduit induit obligatoirement un échantillon restreint. Sur cette période nous avons comptabilisé au total 151 accouchements dont 6% d'extractions instrumentales, 19% de césariennes et 75% de voies basses spontanées.

Nous nous sommes ensuite intéressée à la comparaison entre les résultats de cette enquête au CHU d'Angers avec ceux de l'Enquête Nationale Périnatale de 2003 (1) concernant le profil des patientes. Nous avons également analysé nos données avec celles de « *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité* », une enquête consécutive de 2010 menée par l'Agence de la Santé Publique du Canada (2,24) concernant la prise en charge des patientes autour de la maternité. Cette dernière est le résultat d'un questionnaire envoyé à un échantillon aléatoire stratifié de 8244 femmes parmi lesquelles, 6421 ont répondu.

#### 4.1. Généralités

La population étudiée était principalement âgée de 30 à 34 ans (52.7%) alors que dans l'Enquête Nationale Périnatale elle est de 33% avec une différence significative avec un  $p$  à 0.001. Cette différence est en lien avec nos critères de sélection du bas risque obstétrical.

Les patientes correspondantes à notre enquête sont principalement des employées (47.3%) reflétant les résultats de l'ENP (47.6%). Elles vivent pour la majorité en couple à 98.2% sans différence notable avec l'ENP et la plupart sont mariée ou pacsées (56.4% vs 43.6% célibataires).

Elles sont originaires à 92.7% de France (vs 3.6% d'origines africaines et 1.8% d'autres). Pour l'ENP les résultats sont identiques avec 88.4% d'origine française.

La majorité était multigeste (60% vs 38.2% de primigeste) et multipares (60% vs 38.2% de primipares).

Le suivi de grossesse avait été réalisé principalement par un gynécologue (46% vs 31.7% par le médecin traitant vs 17.5% par une sage-femme). Il serait intéressant de connaître selon quel(s) critère(s) les femmes choisissent le professionnel de santé pour leur suivi de grossesse. Pour l'ENP il y a eu distinction entre le professionnel ayant établi la déclaration de grossesse et celui (ou ceux) ayant procédé au suivi du reste de la grossesse.

Quatre-vingts dix-huit pourcent (98.2%) de ces femmes ont eu au minimum les trois échographies recommandées (dont 47.3% ont eu strictement trois échographies comme dans l'ENP) ce qui reflète le suivi de ces grossesses. Au Canada seulement 23.4% ont eu trois échographies ( $p=0.00003$ ). 47.1% des femmes canadiennes avaient eu moins de trois échographies pendant leur grossesse ce qui correspond à la ligne directrice canadienne du suivi canadien et aux recommandations de l'OMS qui sont de ne proposer qu'une échographie (entre 18 et 19 semaines) pour les grossesses physiologiques (3).

Une préparation à la naissance a été majoritairement suivie (56.4% vs 32.7% au Canada,  $p=0.0002$ ). Dans notre population 95.7% des primipares (vs 66.6% pour l'ENP et 65.6% au Canada) et 30% des multipares (vs 24.9% pour l'ENP et 6% au Canada) ont suivi ces cours. La préparation à la naissance peut favoriser l'investissement de la grossesse chez certaines femmes et par conséquent favoriser le lien.

Pour 96.4% des femmes la grossesse était désirée versus 49.5% dans l'enquête canadienne. Ces résultats sont difficilement comparables car dans l'étude canadienne la question était formulée différemment de la manière suivante : *Lorsque vous repensez à la période qui a précédé votre grossesse, diriez-vous que vous vouliez devenir enceinte...? avec quatre réponses possibles (Plus tôt ; Plus tard ; À ce moment précis ; Ni à ce moment là ni à aucun autre).*

Pour seulement 67.3% la grossesse aurait été spontanée ce qui laisse supposer que 32.7% ait eu recours à l'Assistance Médicale à la Procréation. Ce chiffre élevé pourrait s'expliquer par une mauvaise compréhension du terme de grossesse « spontanée » (par exemple une grossesse ayant tardé à venir à l'arrêt de la contraception aurait été considérée comme une grossesse non spontanée).

Le mode d'accouchement était principalement la voie basse spontanée à 83.6% (vs 68.7%,  $p=0.02$  pour l'ENP et 61.1% au Canada,  $p=0.0008$ ). En seconde position était la césarienne (programmée ou en urgence confondue) à 9.1% (vs 20.2% pour l'ENP,  $p=0.04$  et 26.3% au Canada,  $p=0.003$ ). La voie basse avec extraction restait minoritaire à 7.3% sans différence statistique avec les deux autres études (vs 11.1% pour l'ENP et 11.9% pour le Canada). Ces résultats sont à mettre en relation avec nos critères de sélection du bas risque obstétrical.

Nous avons également interrogé les patientes sur le mode d'accouchement qu'elles auraient souhaité et pour 92.7% c'était une voie basse (vs 1.8% de césarienne et 5.5% de non réponse). Au Canada 91.9% souhaitaient une voie basse versus 8.1% souhaitant une césarienne programmée. Cette différence s'explique par une pratique plus fréquente de la césarienne de convenance au Canada.

#### 4.2. Naissance par césarienne

L'anesthésie prodiguée était dans 80% des cas la péridurale ou la rachianesthésie et dans 20% il y a eu combinaison avec une anesthésie générale.

Il y a eu 20% de complications mais qui correspondent en réalité à une seule femme, qui a ressenti de la douleur pendant sa césarienne.

#### 4.3. Naissance par voie basse

Dans 8% des cas il y eu des complications durant le travail ou l'accouchement vs 20% pour les césariennes mais sans différence statistique significative.

Concernant la pratique de l'épisiotomie, nous avons observé 32% de femmes (vs 20.7% au Canada sans différence significative) ayant eu une épisiotomie au cours de l'accouchement. Ce taux se rapproche de la recommandation du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France d'obtenir un taux d'épisiotomie inférieur à 30% en France (4).

Nous avons également observé un taux important de femmes ayant eu des points de suture au niveau de la région périnéale (82% vs 64.1% au Canada sans différence significative). Rappelons que l'OMS recommande de ne pas suturer les déchirures mineures (3), ce qui aurait sûrement diminuer ce taux. Les déchirures périnéales et l'épisiotomie sont des causes d'inconfort voire de douleur maternelle dans le post-partum. La prévention, la limitation et le soin de ces pratiques reste donc un facteur de réussite de la prise en charge des parturientes et contribue au bien-être maternel.

#### 4.4. Soutien maternel au cours du travail et de l'accouchement

Devenir mère est un processus qui comporte de nombreuses étapes regroupées sous le terme de maternalité. Ce terme a été introduit au 20ème siècle par le psychanalyste français Paul Racamier (5). Il le définit comme l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développe et s'intègre chez la femme lors de sa maternité.

La finalité de cette révolution psychique maternelle se traduit par la création du lien avec son enfant à venir, l'attachement mère-enfant.

Ce terme d'attachement a été forgé, également au 20<sup>ème</sup> siècle, par le psychiatre et psychanalyste anglais John Bowlby (6). Ce terme désigne « *un lien d'affection spécifique d'un individu à un autre* ». Plus spécifiquement « *l'attachement mère-enfant se définit comme un processus interactif débutant précocement, se nourrissant de présence et d'échange et il est susceptible de perturbation si il se trouve bousculé dans son développement normal* ». Il permettra à l'enfant de se sentir sécurisé. Il est donc primordial que son évolution puisse se faire normalement.

Devenir mère ne se résume donc pas au jour unique de l'accouchement. Ce phénomène se nourrit de l'histoire de la mère, du couple, de l'influence sociale et culturelle, de la grossesse, de l'accouchement et ensuite de l'histoire de l'enfant avec ses parents. L'accompagnement des mères naissantes aide au bon déroulement de cette rencontre.

Nous nous sommes justement intéressée, dans ce mémoire, à ce jour unique qui est l'accouchement, la rencontre tangible de la mère avec son enfant. Nous nous sommes interrogée sur l'accompagnement que nous pouvons offrir à ces femmes en travail, à ces femmes qui accouchent. Nous avons donc questionné ces femmes, tout d'abord, sur le soutien qu'elles avaient reçu pendant le travail et à l'accouchement et sur leur satisfaction de celui-ci.

Nous avons également comparé nos résultats avec l'enquête « *Ce que disent les mères* » afin de pouvoir les étendre à une population plus générale. La méthode Bonapace, fortement développée au Canada, propose notamment des techniques pour moduler la perception de la douleur (7). Nous avons, pour cette partie des résultats, confondus les femmes ayant accouché par voie basse spontanée, instrumentales et césarienne en urgence (la mère ayant eu une césarienne programmée n'a pas répondu à cette phase). Nous avons en effet admis que pour toutes ces femmes, l'issue de l'accouchement n'étant pas connue au cours du travail, elle n'a pas influencé son vécu.

Ainsi, 81.8% ont utilisé des exercices de respiration sans différence significative avec l'enquête canadienne (vs 74.1%) avec une majorité de femmes satisfaites, à 71.1% (vs 80.4%).

Seulement 20% ont bénéficié de massages (vs 33%) avec pourtant 81.9% de femmes qui ont été satisfaites de l'aide apportée par cette pratique (vs 84.5%). L'utilisation de massages serait donc peut-être intéressante à développer dans nos pratiques quotidiennes.

Soixante-trois pourcents (63.6%) ont également changé de position durant le travail (vs 69.5%) permettant d'adopter des positions antalgiques et de favoriser la descente du fœtus. Ainsi cela a aidé 54.2% des femmes à gérer leur douleur (vs 76.7%).

Ont pu également déambuler pendant le travail, 43.6% de femmes (vs 52%) dont la majorité a été satisfaite 54.2 % (vs 72.1%).

Seulement 21.8% de femmes ont pris une douche ou un bain pendant le travail (vs 32.5% au Canada) dont 66.7% ont été globalement aidé (vs 84.3%) et 33.3% peu aidé (vs 15.7% pas du tout aidé au Canada).

En ce qui concerne l'utilisation d'un ballon d'accouchement, seulement 18.2% (vs 18.1%) l'ont utilisé avec pourtant 80% (vs 72.1%) de femmes satisfaites. Nous pouvons également penser que cette technique aurait un intérêt à se voir utiliser plus souvent. Elle rentre également dans le cadre des changements de positions.

Le protoxyde d'azote a été utilisé dans 16.4% (vs 22%) des cas uniquement mais avec une majorité de femmes non satisfaites à 55.6% (vs 40.4%). Au Canada les femmes restait majoritairement satisfaites de cette technique avec 22% d'utilisation et 59.5% de femmes aidées.

Quant au recours à la péridurale, il est majoritaire avec un taux de 78.2% (vs 57.3%) ainsi que la satisfaction de celle-ci à 93% (vs 92.5%). Notre taux de péridurale est important du fait du niveau III de la maternité et de la présence permanente d'un anesthésiste.

Nous avons également observé l'utilisation d'autres méthodes antalgiques à 12,7% (non demandé au Canada) qui a été satisfaisantes à 62.5%. Celles-ci restent cependant

minoritaires et trop variées pour pouvoir être analysées et étendues à une population plus large.

Nous avons ensuite demandé aux femmes comment globalement elles avaient ressenti l'expérience du travail et de l'accouchement. Ces deux temps de l'accouchement étant cependant différents nous aurions dû y consacrer deux questions distinctes. Néanmoins la majorité de ces femmes ont vécu leur accouchement comme un évènement positif à 79.9% (pour 80% au Canada). Nous avons souhaité savoir si ce pourcentage variait en fonction de l'issue de l'accouchement. Nous avons alors 82.6% des femmes ayant accouché par voie basse spontanée qui l'ont vécu comme positif (vs 100%,  $p > 0.05$  pour les extractions et vs 20%,  $p = 0.007$  pour les césariennes). L'étude canadienne montre également une différence significative entre la voie basse (81.5%) et la naissance par césarienne (76.0%,  $p < 0.0001$ ).

Ainsi la césarienne apparaît comme un facteur venant perturber le vécu de l'accouchement. En effet un des facteurs de perturbation de la rencontre de la mère avec son enfant est un accouchement vécu comme négatif par la mère (césarienne en urgence, extraction instrumentale, absence d'intimité...) (8). Dans notre enquête, une naissance par voie basse avec extraction n'apparaît pas comme un facteur de vécu négatif du travail et de l'accouchement.

La définition sur le versant psychologique du traumatisme se résume à « *l'ensemble des perturbations résultant d'un violent choc émotionnel* » et sur le versant psychanalytique à « *l'évènement déclenchant chez un sujet un afflux d'excitations dépassant le seuil de tolérance de son appareil psychique* » (9). On comprend alors comment un accouchement, une naissance, peuvent être violents d'autant plus si les conditions sont difficiles (10). Un accouchement traumatique aura des conséquences sur la santé psychique de la mère et sur sa disponibilité pour son entourage notamment pour son enfant. Or nous l'avons vu, « *l'attachement mère-enfant se définit comme un processus interactif [...] se nourrissant de présence et d'échange* » (6)

En dehors du traumatisme, un accouchement difficile engendrera plus de fatigue physique et psychique maternelle, d'autant plus si il y a eu atteinte périnéale voire une cicatrice de césarienne impliquant souvent des douleurs.

Nous observons même parfois, suite à un accouchement difficile ou une césarienne en urgence, un état de sidération des patientes. Le rôle des soignants apparaît alors comme de rassurer les femmes et les aider à comprendre ce qui leur est arrivé à elle et à leur enfant, à donner du sens. Daniel Stern écrit « *Que l'accouchement se soit bien ou mal passé, ou moyennement, le souvenir en reste très vif [...] cela reste un événement majeur dans l'élaboration de l'identité maternelle* » (11).

Lors de l'accouchement l'équipe de soignants se doit alors de maintenir le lien qui a commencé à se créer pendant les neuf mois de grossesse entre la mère et son bébé, de préserver l'intimité de cette rencontre.

C'est pourquoi nous nous sommes interrogées sur le soin apporté à l'accueil du bébé.

#### 4.5. Accueil du nouveau-né

Le poids de naissance moyen des nouveaux nés est de 3348.3grammes ( $\pm$  449.3 grammes) avec des extrêmes qui vont de 2360 à 4150 grammes. Une majorité de garçons (58.2%) est né sur la période de l'étude. Nous avons interrogé les femmes sur le souhait du sexe de leur enfant en début de grossesse. La majorité n'exprimait pas de préférence (43.6%). Venait ensuite un souhait majoritaire de filles (32.7%) contre 14.5% de garçons.

La plupart des enfants sont restés auprès de leur mère après la naissance (81.8%). Ceci était un résultat attendu en raison du type de population sélectionnée. Dix-huit pourcents (18.2%) d'enfants ont été séparés de leur mère à la naissance alors que seulement 5.5% des enfants nécessitaient un transfert en unité de soins spécifiques.

Nous avons également questionné les mères sur le moment de leur premier contact avec leur enfant. Pour la plupart c'était immédiatement ou dans les cinq premières minutes (89.1% vs 3.6% de 31 minutes à 2 heures vs 7.3% après plus de 2 heures) ; nous retrouvons les même résultats pour l'étude canadienne (71.9% dans les cinq première minutes). Notre population étant en bas risque obstétrical il n'y à priori pas de

raison que la mère ne puisse recevoir son enfant immédiatement. Les raisons de ce retard étaient en premier lieu une césarienne (66.6%), puis un état de santé de l'enfant nécessitant des soins immédiats (16.7%) puis l'absence de raison évidente (16.7%). L'obligation de soins en urgence est un critère non discutable. Les deux autres raisons le sont plus. Si l'enfant et la mère se portent bien, il n'y a pas de motif de les séparer immédiatement. Dans le cas d'une césarienne les conditions du bloc opératoire sont différentes d'une salle d'accouchement. Cependant si le déroulement de la césarienne est bon, si l'état de l'enfant et celui de la mère le permettent, pourquoi leur refuser ce moment ? Une des femmes interrogées rapporte effectivement qu'elle a pu lors de la naissance de son bébé par césarienne (pour stagnation de la dilatation) l'avoir dans ses bras un instant, ce qu'elle a beaucoup apprécié.

L'étude canadienne rapporte que pour les femmes ayant accouché par voie basse, 85.7% ont pu avoir leur enfant dans les cinq premières minutes versus seulement 29% des femmes ayant eu une césarienne,  $p=0.0001$ .

A propos de la satisfaction des mères sur le temps de cette première rencontre, pour la majorité c'était le bon moment (90.9%) ; de même dans l'étude canadienne à 86.2%. Les femmes ayant trouvé que c'était trop tard correspondent toutes à une césarienne. La totalité des femmes ayant accouché par voie basse ont trouvé que c'était le bon moment vs 20% pour les césariennes,  $p = 0.00001$ .

Au Canada, les femmes qui avaient accouché par voie basse étaient plus susceptibles d'estimer que le premier contact avec leur bébé avait eu lieu au bon moment (91,0 %) comparativement aux femmes ayant accouché par césarienne (71.3%,  $p=0.0001$ ).

Ce qui confirme l'importance de prendre en compte qu'une naissance par césarienne est un autre vécu de la naissance de son enfant et de pouvoir au maximum instaurer un temps de contact précoce.

De plus, selon Delassus (12), le premier regard si intense du nouveau-né qu'il appelle proto-regard, dirigé vers les parents est un facteur fondamental pour l'amorce de la parentalisation. Il va jusqu'à dire que la favorisation du proto-regard prévient une grande part des risques de difficultés maternelles voire réduire les éventuelles situations de maltraitances futures. Ce que nous en retiendrons c'est le dynamisme parental induit

par ce regard et donc l'importance du respect de la mise en œuvre de celui-ci. D'autant plus quand l'arrivée de cet enfant se fait dans des conditions difficiles.

Nous nous sommes interrogée également sur les conditions de ce premier contact. Dans 89.1% les enfants étaient nus mais pas leur mère et 87.3% ont fait du peau-à-peau avec leur mère. Tous les enfants étant habillés correspondaient à la totalité des enfants nés par césarienne et à un cas où aucune raison n'a été donnée. Quatre-vingts dix pourcents (90%) des voies basses retrouvaient un enfant nu versus un résultat nul pour les césariennes ( $p=0.00007$ ). De plus on observe une grande différence selon la voie d'accouchement sur la pratique même du peau-à-peau. En effet 92% des voies basses ont eu du peau-à-peau contre seulement 40% pour les césariennes,  $p=0.01$ .

Au Canada, moins du tiers (31,1%) des femmes ont indiqué que la première fois qu'elles avaient tenu leur bébé en peau-à-peau. De plus les femmes ayant accouché par césarienne étaient moins susceptibles d'avoir eu un contact peau contre peau avec leur bébé (27.4 %) que les femmes ayant accouché par voie vaginale (50.2 % ;  $p=0.0001$ )

L'importance d'un contact physique précoce entre la mère et son enfant a été explicité par Klaus et Kennel (13,14) en 1976. Ce rapprochement permettrait l'établissement du « Bonding » (15), cascade d'interactions induisant l'établissement d'un attachement puissant entre la mère et son nouveau-né. L'absence de celui-ci pourrait être la cause de troubles ultérieurs chez l'enfant, d'ordre psychomoteur par exemple. Ce qui se rattache à l'importance d'un moment privilégié entre la mère et son enfant. Moment qui selon notre étude et celle de « *Ce que disent les mères* » apparaît comme moins souvent respecté à la suite d'une césarienne qu'à la suite d'un accouchement par voie basse. Nous rappellerons les effets indiscutables de la méthode « Kangourou » chez les prématurés ce qui, par extension, montre les conséquences bénéfiques du peau-à-peau pour tout nouveau-né. (16)

Dans la même logique nous avons demandé aux femmes où se trouvait leur bébé pendant sa première heure de vie. La grande majorité était dans la même pièce (89.3%) dont la moitié était directement contre leur mère (46.4%). Nous avons ensuite intégré les différents modes d'accouchement. Apparaît alors que pour les enfants étant nés pas

voie basse spontanée, 53.3% étaient contre leur mère versus 40% pour les extractions instrumentales sans différence significative. Nous observons une différence à la limite de la significativité pour les enfants nés par césarienne (0%,  $p=0.05$ ). Au Canada, les résultats vont dans le même sens (52.5% pour les voies basses versus 22.6% pour les césariennes,  $p=0.0001$ )

Pour les enfants nés pas voie basse, seulement 2.3% étaient dans une pièce différente de leur mère vs 0% des extractions (NS) et 80% d'enfants nés par césarienne ( $p=0.00009$ ). Au Canada, là aussi les enfants nés par césarienne étaient moins susceptibles d'avoir été auprès de leur mère (22,6 %) que ceux nés par voie basse (52,5 %,  $p=0.0001$ ).

Cependant les obligations liées à la chirurgie de la césarienne elle-même ne sont pas discutables. Il reste à prendre en compte que l'accueil de cette dyade mère-enfant est différent, qu'il ne se fait pas dans les mêmes conditions et amène à une réflexion autour de celui-ci qui sera développée ultérieurement.

Pendant les premières 24 heures de vie la majorité des enfants (76.4%) avaient cependant passé moins d'une heure dans une autre pièce que leur mère et la majorité des mères (78.2%) ont trouvé suffisant ce temps passé avec leur enfant sans différence significative entre les différents modes d'accouchements. Ceci rejoint l'étape 7 « *Pratiquer la cohabitation : laisser l'enfant avec la mère 24 heures par jour* » de l'Initiative pour des Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB), programme qui sera exposé ultérieurement (17).

Nous avons ensuite demandé aux femmes si elles étaient satisfaites de la durée d'hospitalisation en maternité qui est en moyenne de 3 jours pour un accouchement par voie basse et de 6 jours pour une césarienne au C.H.U d'Angers. La grande majorité (83.9%) trouve cela suffisant voire trop long (12.5%) pour certaines multipares.

La grande majorité (96.3%) était également satisfaite des renseignements apportés par les différents soignants tout le long de leur grossesse jusqu'au post-partum ce qui un facteur très positif sur le bon déroulement du parcours de la maternité.

#### 4.6. Allaitement

Sur le choix de l'allaitement avant l'accouchement, 32.7% avaient une volonté de donner le biberon, 56.4% de donner le sein et 7.3% de mixte. Au Canada on observe une grande volonté d'allaitement maternel à 90%. Il semblerait que la politique d'allaitement maternel soit plus importante au Canada qu'en France. En effet le Comité Canadien pour l'allaitement est l'organisme national à l'origine de l'IHAB (18).

Après l'accouchement on observe une légère hausse du choix pour le biberon. Aucune des femmes ayant eu une césarienne n'ont changé leur souhait pour un type d'allaitement. Les changements correspondent aux accouchements par voie basse.

Il y a eu 54.5% d'initiation d'allaitement maternel global (vs 90.3% au Canada) après l'accouchement ; taux qui augmente à 69.1% en incluant les « tétées d'accueil ».

Au Canada, par rapport au taux d'allaitement maternel nous observons une différence entre les voies basses (76.5%) et les césariennes. (72.3 %,  $p=0.001$ ).

L'Initiative Hôpitaux amis des bébés est un programme mondial de promotion de l'allaitement élaboré et mis en œuvre par l'OMS et l'UNICEF (3,17). Son but est de promouvoir l'allaitement maternel et de potentialiser sa mise en place par « 10 étapes », nécessaires à l'obtention par les établissements du Label « Ami des bébés ». (Annexe 2). Elle figure également dans les recommandations de l'HAS (19, annexe 3). Deux autres étapes ont été développées qui sont : la condition 11 pour le respect du « *Code International de commercialisation des substituts du lait maternel* » et la condition 12 concernant l'accompagnement des mères pendant le travail et l'accouchement. Cette dernière nourrit actuellement une réflexion active en France (20). Le suivi de ces recommandations mondiales est un axe d'action concernant le soutien du lien mère-enfant.

Par rapport à l'étape 4 « *Aider les mères à commencer l'allaitement au sein dans la demi-heure suivant la naissance* » ; nous nous sommes interrogée sur le moment de la première mise au sein. Au final 36.8% de femmes ont mis leur enfant au sein dans la demi-heure suivant la naissance. Pour la majorité c'était dans les 30 minutes à 2 heures (42.1% vs 48.1% au Canada). La totalité des femmes ayant accouché par césarienne et allaitant ont mis leur enfant au sein pour la première fois au minimum 2 heures après la

naissance, contrairement aux accouchements voie basse (10%,  $p=0.003$ ). L'étude canadienne montre également une mise au sein plus tardive, après 2 heures, concernant les césariennes (40.8% vs 14.8% pour les voies basses,  $p=0.0001$ ). Les mesures préconisées pour initier l'allaitement reste plus difficile à mettre en place en cas de césarienne.

Concernant l'étape 5 « *Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et entretenir la lactation, même si elles sont séparées de leur nourrisson.* » les soignants (sages-femmes et auxiliaires de puériculture) ont aidé les femmes à 92% (80.7% au Canada) pour le début de l'allaitement. Les femmes n'ayant pas eu d'aide étaient toutes des multipares ayant déjà une expérience. Aucune différence n'apparaît entre les différents modes d'accouchement pour notre étude. Au Canada, lorsque les césariennes allaitent celles-ci bénéficient de davantage d'aide de la part des professionnels (83.6% vs 79.7% pour les voies basses,  $p=0.001$ ).

Une récente étude italienne, réalisée en 2007, montre que l'allaitement peut être plus difficile après une césarienne (21). Leurs résultats montrent une tétée plus tardive après une césarienne programmée qu'après une voie basse ( $H10 \pm 9$  versus  $H3 \pm 6$ ,  $p<0.05$ ) et encore plus après une césarienne en urgence ( $H13 \pm 13$ ,  $p<0.05$ ). La durée d'allaitement était également plus courte. A six mois le taux d'allaitement était de 47% pour une césarienne programmée et 43% pour une urgence versus 59% après une voie basse. Les conclusions de cette étude sont que ces désavantages peuvent être contrés « *par un soutien accru des mères pendant les premières heures suivant l'intervention et par la prise en charge de leurs douleurs post-opératoires* ».

Quatre-vingts quatre pourcents (84.2%) ont bénéficié d'information sur l'allaitement et sur les ressources disponibles type position d'allaitement, coussin d'allaitement... ce qui est en accord avec l'étape 3 de l'IHAB « *Informer toutes les femmes enceintes des avantages et de la gestion de l'allaitement maternel.* » (Annexe 2).

Par ailleurs, une majorité de femmes (52.6%) donnaient le sein avec un rythme calé sur la demande de l'enfant, conformément à l'étape 8 de l'IHAB, sans différence statistique significative entre les différents modes d'accouchements. Au Canada, les mères ayant eu une césarienne étaient moins susceptibles d'allaiter leur enfant à la demande (44.2%) que les femmes ayant accouché par voie basse (51.8%,  $p=0.0001$ ).

Par ailleurs, concernant l'étape 9 « *Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ni sucette.* » aucune différence significative n'apparaît dans notre étude entre la voie basse spontanée, la voie basse avec extraction et la césarienne.

Les avantages de l'allaitement maternel ne sont plus à démontrer notamment l'intérêt qu'il apporte en théorie dans la création ou la consolidation du lien mère-enfant. Mais en pratique, le meilleur choix d'allaitement n'est-il pas celui dans lequel la mère se sent le plus à l'aise ? Celui qui correspond le plus à son projet à elle et au projet du couple ? Ce qui amène à la place du père, au rôle que celui-ci joue dans l'attachement.

#### 4.7. Le rôle du père lors d'une naissance par césarienne

Qui peut mieux faire le lien, entre une mère et son enfant, que le père ?

Les situations d'urgences écartent les pères notamment lors des césariennes réalisées au cours du travail. Les parents, prêt à recevoir ensemble leur enfant, sont séparés. Ceci se fait en plus dans une situation de stress, imprévue. Ecarter rapidement le père de la salle d'accouchement serait égal à le « *désinvestir de son rôle de « compagnon » auprès de sa femme [...] mais également de son rôle de père pour son enfant à naître* ». (22)

Pourtant dans certains centres, le père est admis au bloc opératoire dans certaines situations d'urgences relatives (par exemple une stagnation de la dilatation). Cela permet de conserver la continuité et de rassurer la mère, de lui donner un repère dans une situation qu'elle ne contrôle plus. Ainsi ils assistent à deux à la naissance de leur enfant. Puis le père accompagne l'enfant pour les soins, sans rupture de lien pour lui. Souvent, il prend des photographies permettant d'avoir des traces des tous premiers instants de vie de l'enfant. De plus il peut prendre le relai de la mère qui peut être un peu sidérée, fatiguée, pour les premiers soins. Pour le bébé il existe une continuité et pour le père cela lui permet de mieux comprendre ce qui arrive à sa compagne. L'apport de la présence des pères dans les situations d'urgences mériterait une réflexion plus approfondie.

#### 4.8. Propositions de pratiques autour de la naissance par césarienne

Un attachement solide entre une mère et son enfant, et plus largement entre un enfant et ses parents est, nous l'avons vu, indispensable à son développement futur, facilitant notamment sa construction psychique. Pour Winnicott, pédiatre psychanalyste britannique, « *un bébé en lui-même n'existe pas, il y a un bébé et quelqu'un avec lui* ». La mère doit se sentir en sécurité, dans un environnement contenant, pour pouvoir elle-même apporter les soins adaptés à son enfant. (23). Suite à notre travail nous proposons donc des actions à promouvoir pour le bien-être des mères et des enfants.

- En appliquant les recommandations de la Haute Autorité de Santé afin de préparer au mieux à la naissance et à la parentalité (17, annexe 2).
- Favoriser la préparation à l'accouchement, adaptée à la patiente, en abordant les différents modes d'accouchements. Dans notre étude, il s'agit de patientes à bas risque obstétrical ayant donc un faible risque de césarienne. C'est justement peut-être une population plus à risque de face à une extraction instrumentale ou une césarienne en urgence n'y étant absolument pas préparée.
- Proposer un accompagnement optimisé de la douleur avec développement des techniques antalgiques en dehors de la péridurale. Soit pour les femmes ne souhaitant pas de péridurale soit pour avoir une action apaisante jusqu'à la mise en place de celle-ci. Les techniques ressortant de ce mémoire sont : les exercices de respiration, les massages, la mobilisation, la possibilité d'un bain ou d'une douche et l'utilisation d'un ballon. Elles ne sont donc pas à négliger au profit unique de la péridurale mais au contraire à combiner.
- Porter, dans le cas des extractions instrumentales, une attention à la douleur du nouveau-né est également importante afin que lui aussi soit disponible pour sa mère.

Concernant le jour de l'accouchement même, pour une naissance par césarienne :

- Faire bénéficier les femmes d'un maximum d'explications, sur le moment ou juste après la césarienne : sur ce qui va se passer pour elle, pour son enfant et pourquoi. Surtout quand l'accouchement ne se déroule pas comme prévu.

D'où l'intérêt de la préparation à la naissance, permettant aux femmes d'avoir des éléments de compréhension.

- Privilégier la présence du père au maximum avec un accompagnement au bloc opératoire dans la mesure du possible et une participation active aux soins précoces de l'enfant quand son état de santé le permet.
- Favoriser le contact précoce entre la mère et son enfant en présentant l'enfant à sa mère, en respectant le proto-regard, avec une possibilité pour la mère de toucher son enfant si elle le souhaite. Le tout n'étant pas d'imposer des pratiques qui nous semblent optimales mais de pouvoir en proposer.
- Instaurer un temps de peau-à-peau au bloc opératoire quand la mère et l'enfant se portent bien. Dans les cas où c'est impossible, nous proposons d'instaurer un temps de peau-à-peau décalé dès la salle de réveil. Dans notre étude et l'étude canadienne, la majorité des femmes ayant eu une césarienne avaient estimé avoir eu leur enfant trop tard et une minorité avaient réellement fait du peau-à-peau avec leur enfant.
- Proposer un temps pour réunir la mère, l'enfant et le père le plus rapidement possible et leur offrir un temps pour se « retrouver » au calme après l'agitation de la naissance.
- Opter pour un soutien accru de l'allaitement. Celui-ci passe par un intérêt porté à la possibilité d'un contact précoce et de qualité. Se référer pour cela à l'IHAB fournissant des recommandations mondiales.
- Favoriser une prise en charge adaptée des douleurs post-opératoires de la mère afin qu'elle soit plus disponible pour son enfant.
- Consacrer un temps, dans le post-partum, pour que les femmes puissent évoquer ce qui leur est arrivé. Le recours à un psychologue est indiqué si elles le souhaitent.
- Proposer un temps de paroles hebdomadaire autour de la naissance, dans le service de suite de couche, pouvant être animé par des sages-femmes et des psychologues conjointement.

- Proposer la visite post-natale avec l'obstétricien ayant réalisé la césarienne. Il pourra alors lui apporter les éléments médicaux permettant de comprendre pourquoi il y a eu réalisation de ce geste.

## **5. CONCLUSION :**

Le soutien du lien-mère-enfant est une des premières actions en santé publique. Les professionnels de la périnatalité sont investis d'une mission primordiale en terme de prévention. Il est donc important de connaître le bon déroulement de l'accès à la parentalité et d'identifier les situations à risque. Certaines sont actuellement plutôt bien identifiées : antécédents psychiatriques de la mère, isolement social, mère en rupture avec le père de l'enfant... Elles sont en rapport direct avec la situation personnelle de la mère. Certaines sont plus discrètes et concernent directement les pratiques médicales. En effet ce mémoire met en lumière comment une césarienne (notamment faite en urgence) peut venir court-circuiter des pratiques référentes dans le soutien de la relation mère-enfant. Les résultats obtenus sont parlants et impliquent une nécessaire prise de conscience du besoin de rendre systématiques des actions encore trop peu répandues. Certaines maternités commencent à mettre en place la présence du père lors de la césarienne, le peau-à-peau précoce au bloc opératoire, une prise en charge adaptée des douleurs post-opératoires... Ce mémoire pourrait ainsi constituer une base dans l'élaboration d'un référentiel de pratiques concernant l'accompagnement des naissances par césarienne.

## 6. BIBLIOGRAPHIE

1. BLONDEL B, SUPERNANT K, DU MAZAUBRUN C, BREART G. Enquête Nationale Périnatale. 2003 [En ligne]. Disponible à partir de : URL : [http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/plan/enquete\\_nationale/enquete\\_perinatale\\_2003.pdf](http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/plan/enquete_nationale/enquete_perinatale_2003.pdf)
2. BARTHOLOMEW S, BOSCOE M, CHALMERS B, DZAKPASU S, FELL D, HEAMAN M ET AL. Agence de la Santé Publique du Canada, « Ce que disent les mères » : l'Enquête Canadienne sur l'expérience de la maternité. 2010 [En ligne] Disponible à partir de : URL : <http://www.santepublique.gc.ca/eem>.
3. CHALMERS B, MANGIATERRA V, PORTER R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*.2001; 28(3):202-7.
4. DE TAYRAC R, FARUEL FOSSE H, LANGER B, RIETHMULLER D, VENDITTELLI F, VERSPYCK E. Recommandations pour la pratique clinique : L'épisiotomie, 2005, [En ligne]. Disponible à partir de : URL : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_14.HTM#intro](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM#intro)
5. RACAMIER P-C. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *L'évolution psychiatrique*, 1979, vol.26, 525-70.
6. BOWLBY J. Attachement et perte : l'attachement. PUF, 1994, vol.1
7. BONAPACE J. Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace, L'homme Eds De, 2009.
8. DELASSUS J-M. L'instauration du lien mère-enfant : les situations à risques. *Revue internationale de pédiatrie*. 1999, 297.
9. REY A. Le Grand Robert de la langue française, version électronique.2<sup>nd</sup> ed. 2005
10. GOUTALAND A. Les relations précoces mère-enfant. *Les dossiers de l'obstétrique*, 1996, 239, 33-46.

11. STERN D, BRUSCHWEILER-STERN N. La Naissance d'une mère, Odile Jacob, 1998
12. BERGET J, SOULE M, GOLSE B, DAFFOS F, DELASSUS J-M, HOUSER M ET AL. Anthropologie du fœtus, Dunod, 2006.
13. KLAUS M, KENNEL J. Maternal Infant Bonding, 1976
14. METAIS A. Troubles du lien mère-enfant : rôles et place des sages-femmes. Mémoire : Maïeutique : Université d'Angers. 2010
15. KLAUS M. Human maternal behavior at the first contact with her young. Pediatrics. 1970, 46, pp. 187-92.
16. PIGNOL J. Le peau à peau : un contact crucial pour le nouveau-né. Spirale. 2008, 46, pp.59-69.
17. THE UNITED NATIONS OF INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND. L'initiative Hôpitaux Amis des Bébé[s] [En ligne]. Disponible à partir de : URL : [http://www.unicef.org/french/nutrition/index\\_24806.html](http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24806.html)
18. COMITE CANADIEN POUR L'ALLAITEMENT. Disponible à partir de : URL : <http://www.breastfeedingcanada.ca/html/sommaire.html>
19. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Recommandations professionnelles pour la préparation à la naissance et à la parentalité [En ligne] Disponible à partir de : URL : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)
20. COORDINATION FRANÇAISE POUR L'ALLAITEMENT MATERNEL. Initiative Hôpital Ami des Bébé[s] [En ligne] Disponible à partir de : URL : [http://coordinationallaitement.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25&Itemid=8](http://coordinationallaitement.org/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=8)
21. ZANARDO V. ET AL, Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding? Vocation Sage-femme, n°88, Janvier-Février 2011, p.5

22. TEISSIERE E. ET SUAREZ B., Naître, de l'idéal de l'accouchement à la réalité de la naissance, Sauramps médical, 2008, p.91
23. WINNICOTT D. La première année de la vie. De la pédiatrie à la psychanalyse, op. cit, p. 310
24. CHALMERS B, KACZOROWSKI J, DARLING E, HEAMAN M, DESHAYNE B, O'BRIEN B ET AL. Cesarean and vaginal birth in Canadian women : A comparison of experiences. Birth. 2010, 37(1) : p.44-9

## **7. ANNEXES :**

Annexe 1 : Questionnaire sur le soutien du lien de mère-enfant selon le mode d'accouchement.

Annexe 2 : Les 10 étapes de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (17)

Annexe 3 : Synthèse des recommandations de l'HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité.

Annexe 4 : Klimt G. La Mère et l'Enfant, détail de Les Trois Âges de la Femme, 1905  
[En ligne] Disponible à partir de : URL : <http://www.postercartel.com/fr/1700-2776.aspx?t=48>

**ANNEXE 1: Questionnaire sur le soutien du lien de mère-enfant selon le mode d'accouchement.**



Service des Suites de Couches à Angers

Année 2010-2011

Madame,

Étudiante sage-femme, je souhaite réaliser, pour mon mémoire de fin d'études, une enquête sur la mise en place du lien entre une mère et son enfant après la naissance en comparant les expériences des femmes.

C'est pourquoi j'ai réalisé ce questionnaire qui vous est destiné.

Je vous remercie d'avance de votre témoignage et du temps que vous voudrez bien consacrer pour répondre à mes questions, votre collaboration étant essentielle à l'amélioration des services hospitaliers. Ce questionnaire reste anonyme, dans le respect de la confidentialité du recueil de données.

Camille Fresnais

**QUESTIONNAIRE DE SUITES DE COUCHES**

(À destination des patientes accueillies au sein de cette unité du CHU d'Angers.)

**QUELQUES PRÉCISIONS SUR VOTRE SITUATION :**

**Votre âge :** .....

**Votre profession :**

1. agricultrice
2. artisane, commerçante
3. profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin
4. profession intermédiaire, cadre moyen
5. employée
6. ouvrière
7. sans profession
8. autres  précisez : .....

**Votre situation de famille :**

1. célibataire
2. mariée
3. divorcée
4. veuve

**Origine géographique :**

1. France métropolitaine
2. Europe du Nord
3. Europe du Sud

- 4. Afrique du Nord
- 5. Afrique
- 6. DOM-TOM
- 7. Asie
- 8. Asie mineure
- 9. Autre

**Votre mode de vie :**

- 1. vit seule
- 2. vit en couple
- 3. autres  précisez : .....

Nombre de grossesses y compris celle-ci : .....

Nombre d'enfants vivants : .....

**Grossesse désirée:**

- 1 Oui
- 2 Non

**Grossesse spontanée :**

- 1 Oui
- 2 Non

**Par qui a été suivie votre grossesse?**

- 1. Votre médecin traitant
- 2. Votre gynécologue
- 3. Une sage-femme libérale
- 4. autre  précisez : .....

**Nombre d'échographie(s) réalisée(s) pendant votre grossesse: .....**

**Préparation à la naissance :**

- 1 Oui
- 2 Non

**Type d'accouchement :**

- 1. Voie basse spontanée
- 2. Voie basse non spontanée (forceps, ventouse)
- 3. Césarienne programmée
- 4. Césarienne en urgence

**Quel type d'accouchement auriez-vous souhaité ?**

- 1. Voie basse spontanée
- 3. Césarienne programmée

**Section : Césarienne**

**Avez-vous tenté d'accoucher par voie vaginale ?**

- 1. Oui
- 2. Non

**Motif de la césarienne:**

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

**Quel type d'anesthésie avez-vous reçu pour la césarienne? Vous a-t-on donné...?**

- 1. Une anesthésie péridurale ou rachidienne
- 2. Une anesthésie générale
- 3. Les deux

**Pendant le travail ou l'accouchement, avez-vous eu des complications ou des problèmes de santé qui ont nécessité des soins spéciaux, des tests supplémentaires ou un séjour à l'hôpital plus long?**

- 1. Oui
- 2. Non

**Précisez:** .....  
.....

### **Section : Naissance par voie vaginale**

**Est-ce que des forceps ont été utilisés?**

- 1. Oui
- 2. Non

**Motif:**

.....  
.....

**Est-ce qu'une ventouse obstétricale a été utilisée?**

- 1. Oui
- 2. Non

**Motif:**

.....  
.....

**Pendant le travail ou l'accouchement, avez-vous eu des complications ou des problèmes de santé qui ont nécessité des soins spéciaux, des tests supplémentaires ou un séjour à l'hôpital plus long?**

- 1. Oui
- 2. Non

**Précisez:** .....  
.....

**Juste avant la naissance, a-t-on pratiqué une épisiotomie ?**

- 1. Oui
- 2. Non

**Après la naissance, aviez-vous des points de suture dans la région avoisinante du vagin pour réparer une déchirure ou une coupure?**

- 1. Oui
- 2. Non

## **Section : Gestion de la douleur**

**Quels types de techniques sans médicament avez-vous utilisés pour calmer la douleur pendant le travail ou l'accouchement ?**

**Avez-vous fait des exercices de respiration?**

1. Oui                       2. Non

**Si oui, à quel point les exercices de respiration vous ont-ils aidée à calmer la douleur?**

1. Beaucoup aidée   
2. Plutôt aidée   
3 Peu aidée   
4. Pas du tout aidée

**Avez-vous utilisé des massages?**

1. Oui                       2. Non

**Si oui, à quel point les massages vous ont-ils aidée à calmer la douleur?**

1. Beaucoup aidée   
2. Plutôt aidée   
3 Peu aidée   
4. Pas du tout aidée

**Avez-vous changé de positions?**

1. Oui                       2. Non

**Si oui, à quel point les changements de positions vous ont-ils aidée à calmer la douleur?**

1. Beaucoup aidée   
2. Plutôt aidée   
3 Peu aidée   
4. Pas du tout aidée

**Avez-vous marché?**

1. Oui                       2. Non

**Si oui, à quel point se promener vous a-t-il aidée à calmer la douleur?**

1. Beaucoup aidée   
2. Plutôt aidée   
3 Peu aidée   
4. Pas du tout aidée

**Avez-vous pris un bain ou une douche?**

1. Oui                       2. Non

**Si oui, à quel point prendre un bain ou une douche vous a-t-il aidée à calmer la douleur?**

1. Beaucoup aidée   
2. Plutôt aidée   
3 Peu aidée   
4. Pas du tout aidée

**Avez-vous utilisé un ballon d'accouchement?**

1. Oui                       2. Non

**Si oui, à quel point le ballon d'accouchement vous a-t-il aidée à calmer la douleur?**

- 1. Beaucoup aidée
- 2. Plutôt aidée
- 3 Peu aidée
- 4. Pas du tout aidée

**Avez-vous utilisé du gaz tel que le protoxyde d'azote, respiré par un masque?**

- 1. Oui
- 2. Non

**Si oui, à quel point le gaz vous a-t-il aidée pour calmer la douleur?**

- 1. Beaucoup aidée
- 2. Plutôt aidée
- 3 Peu aidée
- 4. Pas du tout aidée

**Avez-vous utilisé la péridurale ?**

- 1. Oui
- 2. Non

**Si oui, à quel point la péridurale vous a-t-elle aidée pour calmer la douleur ?**

- 1. Beaucoup aidée
- 2. Plutôt aidée
- 3 Peu aidée
- 4. Pas du tout aidée

**Avez eu recours à d'autres méthodes en vue d'aider à calmer la douleur ?**

- 1. Oui
- 2. Non

**Précisez:** .....

**Si oui, à quel point cette (ces) méthode(s) vous a (ont)-t-elle(s) aidée(s) pour calmer la douleur ?**

- 1. Beaucoup aidée
- 2. Plutôt aidée
- 3 Peu aidée
- 4. Pas du tout aidée

**Dans l'ensemble, décrivez-vous le travail et l'accouchement comme une expérience...?**

- 1. Très négative
- 2. Assez négative
- 4. Assez positive
- 5. Très positive

**Pourquoi?** .....

## **Section : Soins postnataux**

Inscrivez le poids à la naissance en grammes: .....

**Son sexe :** 1. Féminin  2 Masculin

**Votre souhait en début de grossesse :** 1. Féminin  2 Masculin  3. Ne savait pas

**Immédiatement après sa naissance, est-ce que votre bébé est resté avec vous?**

1. Oui  2. Non

**Immédiatement après sa naissance, est-ce que votre bébé a été admis à une unité de soins intensifs ou de soins spéciaux?**

1. Oui  2. Non

**Si oui, vous a-t-on informé de la durée d'hospitalisation minimum nécessaire à votre bébé?**

1. Oui  2. Non

**Si oui, combien de temps votre bébé aura-t-il passé dans une unité de soins intensifs ou de soins spéciaux?**

1. Moins de 12 heures   
2. 12 heures à moins de 24 heures   
3. 1 jour à moins de 4 jours   
4. 4 jours à moins de 7 jours   
5. 7 jours et plus

**Quand avez-vous tenu votre bébé pour la première fois après la naissance?**

1. Immédiatement ou dans les 5 minutes qui ont suivi   
2. 6 minutes à moins de 31 minutes   
3. 31 minutes à moins de 2 heures   
4. 2 heures à moins de 6 heures   
5. 6 heures à moins de 12 heures   
6. 12 heures à moins de 24 heures   
7. 24 heures et plus

**Pourquoi vous n'avez pas tenu votre bébé plus tôt?**

1. Il y avait des soucis à propos de la santé du bébé   
2. Vous aviez eu une césarienne   
3. Vous n'alliez pas bien pour une autre raison   
4. Il n'y avait pas de soucis concernant le bébé ou vous-même, mais on ne vous a pas donné le bébé pour le prendre plus tôt   
5. autre  .....

**Selon vous, avez-vous pris votre bébé dans vos bras...?**

- 1. Au bon moment
- 2. Trop tôt
- 3. Trop tard

**La première fois que vous avez tenue votre bébé dans vos bras, était-il (elle) nu(e)?**

- 1. Nu(e)
- 2. Habillé(e)
- 3. Vêtu(e) d'une couche

**La première fois que vous avez tenu votre bébé dans vos bras, était-il (elle) contre votre peau?**

- 1. Oui
- 2. Non

**Où se trouvait votre bébé durant la première heure qui a suivi sa naissance?**

- 1. Contre vous
- 2. Dans la même pièce, mais pas contre vous
- 3. Dans une autre pièce que vous

**Pendant les premières 24 heures qui ont suivi la naissance, combien d'heures au total votre bébé a-t-il passé dans une autre pièce?**

- 1. Moins d'une heure
- 2. 1 heure à moins de 6 heures
- 3. 6 heures et plus

**Pendant les premières 24 heures qui ont suivi la naissance, est-ce que le temps que vous avez passé avec votre bébé vous a semblé...?**

- 1. Suffisant
- 2. Trop court
- 3. Trop long

**Selon vous, est-ce que la durée du séjour à l'hôpital est...?**

- 1. Suffisant
- 2. Trop court
- 3. Trop long

**Repensez à votre expérience de la grossesse, du travail et de l'accouchement et du post-partum immédiat. Dans l'ensemble, concernant les renseignements que vous ont donnés les soignants, diriez-vous que vous êtes :**

- 1. Très satisfaite
- 2. Assez satisfaite
- 3. Assez insatisfaite
- 4. Très insatisfaite

**Pourquoi?** .....  
.....  
.....

## **Section : Choix de l'allaitement**

**Avant l'accouchement, aviez-vous l'intention de donner uniquement le biberon à votre bébé, de l'allaiter seulement ou une combinaison des deux?**

1. Biberon seulement
2. Lait maternel seulement (incluant le lait maternel tiré)
3. Une combinaison du biberon et de lait maternel

**A l'accouchement, quel type d'allaitement avez-vous choisi ?**

1. Biberon seulement
2. Lait maternel seulement (incluant le lait maternel tiré)
3. Une combinaison du biberon et de lait maternel

**Avez-vous allaité ou tenté d'allaiter votre bébé ne serait-ce que pour peu de temps?**

1. Oui
2. Non

**Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes, s'il-vous plait :**

**Combien de temps après la naissance de votre bébé a-t-il (elle) été mis(e) au sein?**

1. Jamais (nourri bébé avec le lait maternel qui a été tiré)
2. Immédiatement ou dans les 5 minutes qui ont suivi
3. De 6 minutes à moins de 30 minutes
4. De 30 minutes à moins de 2 heures
5. De 2 heures à moins de 12 heures
6. De 12 heures à moins de 24 heures
7. 24 heures et plus

**Est-ce que les soignants vous ont proposé de l'aide ou vous ont aidé à commencer à allaiter?**

1. Oui
2. Non

**Est-ce que les soignants vous ont parlé des ressources disponibles pour vous aider pour l'allaitement**

**(Les différentes positions, les bouts de seins, comment tirer son lait...)?**

1. Oui
2. Non

**Au cours de l'hospitalisation, avez-vous donné une tétine à votre bébé?**

1. Oui
2. Non

**Au cours de l'hospitalisation, avez-vous allaité votre bébé selon un horaire déterminé, par exemple toutes les trois heures, ou quand votre bébé avait l'air d'avoir faim, ou une combinaison des deux?**

1. Horaire déterminé
2. Quand bébé avait l'air d'avoir faim
3. Une combinaison des deux

## Annexe 2 : Les 10 étapes de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (17)

Étape 1 : Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit, communiquée de façon systématique à tous les professionnels de la santé.

Étape 2 : Donner à tous les membres du personnel professionnel de la santé les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

Étape 3 : Informer toutes les femmes enceintes des avantages et de la gestion de l'allaitement maternel.

Étape 4 : Aider les mères à commencer l'allaitement au sein dans la demi-heure suivant la naissance.

Étape 5 : Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et entretenir la lactation, même si elles sont séparées de leur nourrisson.

Étape 6 : Ne donner aux nouveau-nés ni aliment, ni boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.

Étape 7 : Pratiquer la cohabitation : laisser l'enfant avec la mère 24 heures par jour.

Étape 8 : Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.

Étape 9 : Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ni sucette.

Étape 10 : Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et aiguiller les mères vers ces associations dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.



RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

# Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

FICHE DE SYNTHÈSE

Novembre 2005

Service des Recommandations professionnelles

## Des outils pour les professionnels

Un guide pour l'entretien du 1<sup>er</sup> trimestre

ET Une liste de facteurs de vulnérabilité

Preciser :  
 Qui est la femme enceinte, le couple  
 Ce que la femme vit et a vécu  
 Ce qu'elle ressent  
 Ce qu'elle fait  
 Ce qu'elle sait  
 Ce qu'elle croit  
 Se sent-elle menacée et par quoi  
 Ce dont elle a envie  
 Ce qu'elle veut connaître et apprendre  
 Ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire

Problèmes de type relationnel  
 Antécédents obstétricaux mal vécus  
 Violence domestique  
 Stress, anxiété, troubles du sommeil  
 Épisode dépressif  
 Addictions  
 Précarité, risque social (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale)  
 Naissance à haut risque psycho-affectif (maladie, malformation ou handicap)

### Des objectifs spécifiques et un contenu pour les séances prénatales individualisées, sans obligation de tout aborder

- la compréhension et l'utilisation des informations : élaboration du projet de naissance, repères sur la construction des liens familiaux et les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir
- l'apprentissage des techniques de travail corporel : exercices pour mieux connaître son corps, accompagner les changements physiques liés à la grossesse et être en forme, techniques de détente et de respiration, apprentissage de postures pour faciliter la naissance, positions de protection du dos
- le développement de compétences parentales comme : nourrir l'enfant, réaliser les gestes d'hygiène de base, protéger l'enfant, veiller à son bon développement psychomoteur, s'adapter à un contexte différent de celui de l'apprentissage, en particulier le transfert du savoir-faire au domicile
- le développement de ressources personnelles utiles dans la vie quotidienne comme : faire face aux exigences d'un jeune enfant, prendre des décisions et résoudre des problèmes, avoir une réflexion critique, être en capacité de maîtriser son stress, savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher de l'information utile, connaître les associations d'usagers.

### Quelques liens utiles

Réseaux d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents : ministère délégué à la Famille et à l'Enfance ([www.familles.org](http://www.familles.org))  
 Violence domestique : ministère des Affaires sociales ([www.sante.gouv.fr/html/actu/violence/](http://www.sante.gouv.fr/html/actu/violence/))  
 Tabac, alcool, cannabis et autres substances toxiques : numéro vert de Drogues Alcool Tabac Info Service (0 800 23 13 13) ou mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie ([www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)).

# HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

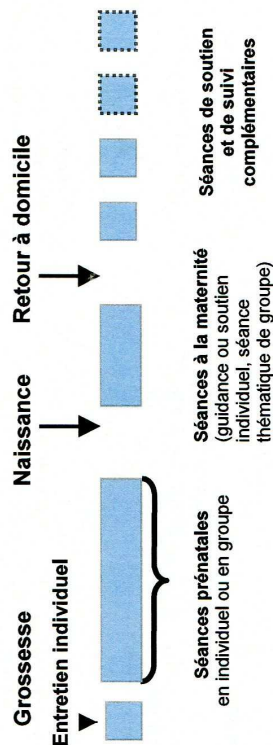
## Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

Ces recommandations préconisent une approche plus précoce de la PNP et une démarche élargie à l'amélioration des compétences des femmes et des couples en matière de santé et au soutien à la parentalité.

**Objectif :** Proposer aux professionnels de santé une démarche qui vise à :

- préparer les couples à la naissance et à l'accueil de leur enfant au moyen de séances éducatives adaptées aux besoins et aux attentes des futurs parents
- accompagner les couples, en particulier ceux en situation de vulnérabilité, pour prévenir les troubles de la relation parents-enfant
- soutenir la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux et sur les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir
- favoriser une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte, de l'anténatal au postnatal

### Planification de la PNP



Évaluation régulière et adaptation du suivi selon les besoins

Coordination et transmission des informations dès l'entretien individuel

## La mise en œuvre de la PNP

### Un entretien précoce, individuel ou en couple

- proposé systématiquement au moment de la confirmation de la grossesse
- réalisé durant le 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse par une sage-femme ou un médecin
- ne doit pas se substituer à la première consultation médicale de suivi de la grossesse
- est une aide pour le professionnel, qui assure le suivi médical de la grossesse, qui pourra ajuster sa vigilance grâce aux transmissions

Les conditions de dialogue et l'utilisation des techniques de communication appropriées permettent d'accéder au ressenti des femmes et des couples et de consolider leur confiance en eux et dans le système de santé.

**Identifier les besoins d'information**  
Définir les compétences parentales à développer

**Apprécier la santé globale de la femme enceinte**  
Faire le point sur le suivi médical et le projet de naissance

**Repérer les situations de vulnérabilité chez la mère et le père**

**Orienter vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement si nécessaire**  
Transmettre des informations aux professionnels susceptibles d'apporter une aide

**Donner des informations**

- Offre de soins de proximité
- Missions et fonctionnement du réseau
- Rôle des professionnels
- Alternatives locales de séances de PNP
- Ressources et services

**Consolider le projet de naissance**

**Rédiger une synthèse et coordonner le suivi**

### Une coordination dès l'entretien individuel ou en couple

- Un travail en réseau quels que soient la discipline et le mode d'exercice
- Une fonction de coordination pour assurer la cohérence du suivi
- Un partage et des modalités de transmission de l'information
- Une évaluation à tous les stades pour adapter le suivi en fonction des besoins

### Les séances prénatales

- Un programme structuré proposé en individuel ou en groupe
- Un contenu adapté aux stades de la grossesse et sélectionné selon les besoins individuels : information, repères, apprentissage, confiance en soi
- Des techniques éducatives favorisant la participation et l'interactivité

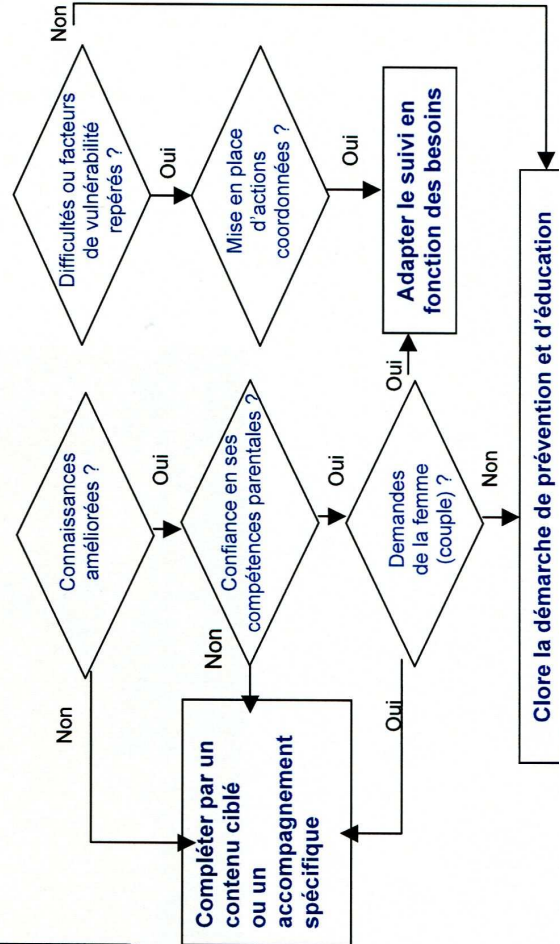
### Les séances durant le séjour à la maternité

- Une guidance et un soutien individuel, des séances collectives thématiques
- Une évaluation individuelle avant la sortie identifiant les besoins de séances complémentaires au domicile

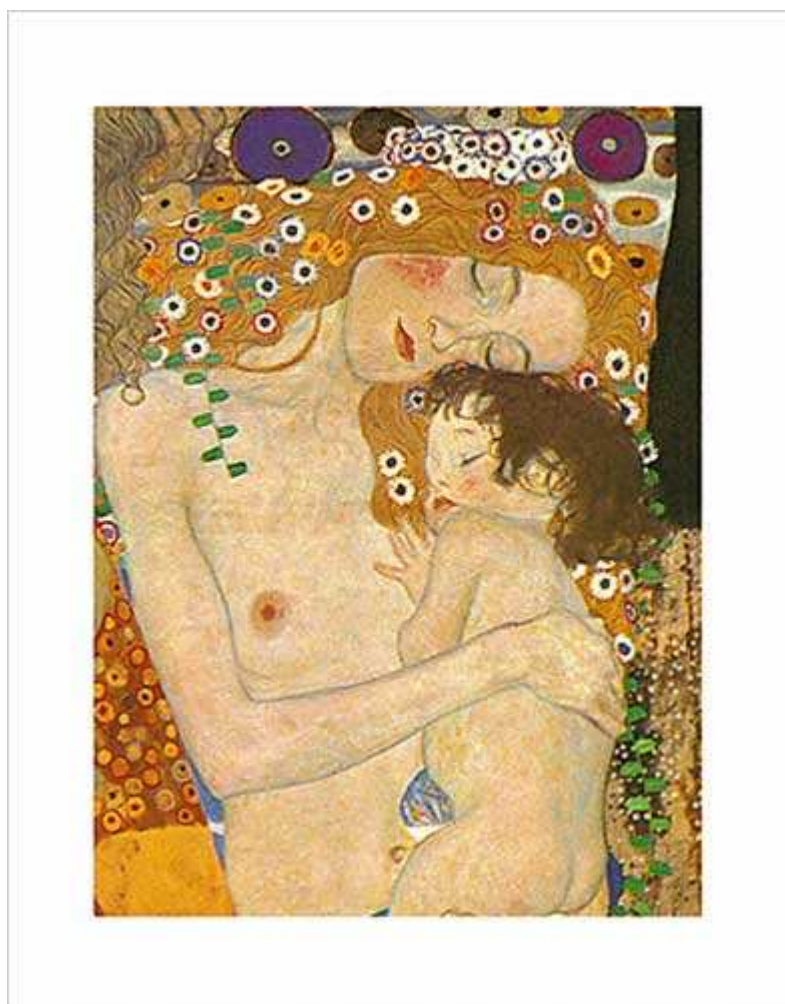
### Les séances postnatales en cas de sortie précoce, de besoins particuliers décelés pendant la grossesse ou reconnus après la naissance ou en réponse à des demandes des parents

- Un accompagnement des soins au nouveau-né, un soutien à l'allaitement
- Une vérification du bon développement psychomoteur de l'enfant
- Un soutien à la parentalité et à la confiance en soi
- Une recherche des signes de dépression du *post-partum*
- Une adaptation du suivi en fonction des besoins

### Une évaluation individuelle de la PNP



Annexe 4 : Image d'illustration de la page de couverture



La Mère et l'Enfant, détail de Les Trois Âges de la Femme, 1905

Par Klimt Gustav

[En ligne] Disponible à partir de : URL :

<http://www.postercartel.com/fr/1700-2776.aspx?t=48>

## **Résumé :**

**Objectifs :** Evaluer les pratiques optimales pour le soutien du lien-mère autour de la naissance par césarienne.

Matériel et méthodes : il s'agit d'une étude prospective descriptive menée dans le service de suites de couches de la maternité du C.H.U. d'Angers.

**Résultats :** Des femmes ayant accouché spontanément, 82.6% ont eu un vécu positif du travail et de l'accouchement vs 20% pour les césariennes,  $p=0.007$ .

Toutes les femmes ayant accouché par voie basse ont trouvé que le premier contact avec leur bébé était au bon moment vs 20% pour les césariennes,  $p=0.00001$ . La majorité (92%) des voies basses ont fait du peau-à-peau vs 40% pour les césarienne,  $p=0.01$ . La totalité des femmes ayant accouché par césarienne et allaitant ont mis leur enfant au sein pour la première fois minimum 2 heures après contrairement au accouchement voie basse (10%,  $p=0.003$ )/

**Conclusions :** Ce mémoire met en lumière comment une césarienne peut venir court-circuiter des pratiques référentes dans le soutien de la relation mère-enfant. Les résultats obtenus sont parlants et impliquent la nécessité de mise en place de préconisations en ante, per et post-partum lors d'une césarienne, accouchement.

**Mots clés :** attachement mère-enfant, césarienne, accouchement.

## **Abstract :**

**Objectives :** It is an evaluation about optimal practices giving support to the link mother-infant around birth.

Material and methods : There is a descriptives forecast conducted in post-partum unit of the CHU of Angers.

**Results :** Women who delivered spontaneously, 82.6% had experienced positive labor and delivery versus 20% for C-section,  $p=0.0007$ . All women who delivered vaginally have found that the first contact with their baby was at the right time vs. 20% for CS,  $p=0.00001$ . The majority (92%) of vaginally did a skin-to-skin versus 40% for CS,  $p=0.01$ . All women who gave birth by CS and breastfeeding put their child within the first 2 hours minimum, unlike vaginal briths (10%,  $p=0.003$ ).

**Conclusion :** This brief highlights how a caesarean may come short of pratical references in support of the mother-child relationship. The result speak for themselves and involve the necessity of implementing recommendations in pre, per and post-partum in a C-Section.

**Keywords :** mother-child relationship, C-section, delivery