

« Peut-on recommander systématiquement le « peau à peau » en salle d'opération lors d'une césarienne pour un nouveau-né à terme et sans facteurs de risques ? »

**Mémoire de fin d'étude
Travail de Bachelor**

Longhi Camilla

Matricule : 15494776

Martin Tamara

Matricule : 12326021

Directrice de mémoire : Roy Malis Françoise - Chargée de cours HES

Experte de terrain : Folger Tiphaine - Sage-femme

Experte enseignante : Nunno Catia - Chargée de cours HES

Haute école de santé de Genève Août 2018



La déclaration sur l'honneur

« Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteur-e-s et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor. Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques. »

Août 2018

Longhi Camilla et Martin Tamara

Le résumé et les mots-clés

Cadre de référence : La césarienne est un acte médical de plus en plus pratiqué dans les pays développés. Elle est réalisée notamment dans le but de diminuer la mortalité néonatale et maternelle. C'est pour cela qu'il est essentiel que les procédures liées à cette pratique tendent vers des issues maternelles et néonatales les plus favorables possibles. Qui plus est, un intérêt nouveau est porté au vécu des parents lors de l'accouchement. Dans cette perspective, la césarienne avec contact « peau à peau » pourrait être une alternative intéressante. En effet, des bénéfices physiques et psychiques liés au contact « peau à peau » lors d'un accouchement par voie basse ont déjà pu être démontrés et il est intéressant de voir si cette pratique, lorsqu'elle est réalisable, des bénéfices aussi lors d'un accouchement par césarienne.

Objectif : Le but de ce travail est d'effectuer une revue de la littérature afin d'explorer les bénéfices et les risques potentiels d'une césarienne avec contact « peau à peau ».

Méthode : Via la recherche dans différentes bases de données scientifiques d'articles récents (<10 ans), cinq articles ont été sélectionnés. Il s'agit des articles les plus pertinents en lien avec la question de recherche. Ils sont décrits, analysés et discutés.

Résultats : Les résultats englobent aussi bien les issues physiques maternelles et néonatales, que le vécu des parents lors de la césarienne. Il en ressort des bénéfices au niveau de la réduction du stress maternel, d'un meilleur taux d'allaitement maternel, de l'expérience positive du « peau à peau » lors de césariennes et du taux d'admission des nouveau-nés dans le service de néonatalogie. Certaines études ne révèlent pas de différences significatives concernant les différentes issues physiques néonatales et maternelles entre la césarienne « conventionnelle » et celle « peau à peau ». Cependant, aucun risque supplémentaire n'est démontré lors de la réalisation de cette pratique en confrontation avec une césarienne « conventionnelle ».

Conclusion : La mise en place de la césarienne « peau à peau » semble être une alternative intéressante. Les résultats issus de cette revue de littérature sont encourageants. Vu le peu d'études existantes sur ce sujet, il serait souhaitable que d'autres études soient réalisées afin de consolider ces résultats. Toutefois, puisque les études déjà réalisées ne n'ont pas recensé de risques supplémentaires avec l'introduction du « peau à peau », la mise en place de cette pratique lors des césariennes pourrait d'ores et déjà être envisagée.

Mots-clés : césarienne, peau à peau, risques, bénéfices

Les remerciements

Nous tenons à remercier les personnes qui ont été d'un grand soutien lors de la réalisation de ce travail de Bachelor.

Françoise Roy-Malis, directrice de mémoire : Pour votre soutien, vos précieux conseils, votre disponibilité et votre engagement tout au long de ce travail.

Tiphaine Folger, experte de terrain : Pour votre engagement, la relecture et les conseils apportés.

Catia Nunno, experte enseignante : Pour votre participation à l'évaluation de notre travail.

Les bibliothécaires de la Haute École de Santé de Genève : Pour l'aide apportée dans la recherche et l'obtention de certains articles.

Anaïs Coudray, Mélanie Estevez Martinez, Marie Guerin, Sandy Mianne, Cyrielle Schimizzi, nos familles et amis pour leurs précieux conseils et leur soutien lors de la réalisation de ce travail.

Et merci à **mon binôme** pour cette belle collaboration.

La table des Matières

La déclaration sur l'honneur	2
Le résumé et les mots-clés	3
Les remerciements	4
La table des Matières	5
I. Le questionnement professionnel	7
II. Le cadre de référence théorique	9
1. Le concept « Peau à Peau »	9
2. Les effets du « peau à peau » sur l'adaptation extra-utérine	11
2.1. Le système cardio-respiratoire	11
2.2. La thermorégulation	13
2.3. Le stress du nouveau-né	14
2.4. La régulation glycémique	14
3. L'allaitement maternel	15
4. La parentalité	16
5. L'attachement	17
5.1. Le concept de l'attachement	17
5.2. Les facteurs influençant l'attachement	19
6. Le sentiment de compétence maternelle	20
6.1. Le concept de compétence maternelle	20
6.2. La césarienne et le sentiment de compétence maternelle	20
7. La césarienne	21
8. La problématique	22
III. La dimension éthique	23
IV. La méthodologie de sélection des articles	24
1. Les mots-clés	24
2. Les critères de sélection des articles	25
2.1. Les critères d'inclusion	25
2.2. Les critères d'exclusion	25
3. Les bases de données	25
3.1. La recherche sur Pubmed (Tableau 1)	26
3.2. La recherche sur Cinhal (Tableau 2)	27
3.3. La recherche sur Embase (Tableau 3)	27
3.4. La recherche sur Midiris (Tableau 4)	28
4. La sélection des articles	28
V. Les tableaux descriptifs des articles	28
VI. L'analyse critique des articles	34

1.	La méthodologie	34
1.1.	Le design	34
1.2.	Les journaux et la légitimité des auteurs	35
1.3.	Le recrutement, l'échantillon et la population	35
1.4.	Les outils	36
1.5.	L'éthique	38
2.	L'étude transversale des résultats	38
2.1.	Les issues maternelles	38
2.2.	Les issues néonatales	40
2.3.	L'allaitement	41
2.4.	Le ressenti et vécu de l'expérience de la césarienne « peau à peau »	43
VII.	La discussion	46
1.	L'introduction	46
2.	Les résultats	46
2.1.	Les issues maternelles	46
2.2.	Les issues néonatales	48
2.3.	L'allaitement	50
2.4.	Le ressenti et vécu de l'expérience de la césarienne « peau à peau »	51
VIII.	Le retour à la pratique	54
1.	Le point de vue des professionnels	54
2.	La proposition de prise en charge	55
3.	L'information et formation des professionnels et des parents	56
4.	Les bénéfices du point de vue des coûts de la santé	56
5.	La perspective de recherche et hypothèse de suite	57
IX.	Les forces et limites de la revue de littérature	57
1.	Les forces	57
2.	Les limites	58
X.	La conclusion	58
XI.	La bibliographie	60
	L'annexe	72

I. Le questionnement professionnel

La césarienne est régulièrement pratiquée dans les pays industrialisés : le taux s'élève à 33.2% en Suisse en 2015 (OFS, 2017). La pratique du « peau à peau » immédiatement après la césarienne n'est que très peu observée, alors que plusieurs études démontrent de nombreux bénéfices pour le nouveau-né et sa mère avec l'introduction de cette pratique lors d'un accouchement par voie basse. Ces études ont en effet démontré les bénéfices de cette proximité précoce mère-bébé. Les nouveau-nés qui jouissent d'un contact « peau à peau » directement après une naissance par voie basse ont plus de chance d'avoir une meilleure préhension du mamelon, et un meilleur allaitement sur le long terme (Righard et Alade, 1990 ; Righard et Alade, 1992 ; Widstrom et Thingstrom-paulson, 1993 ; Moore, Bergman, Anderson et Medley, 2016). Il a été démontré que la température du nouveau-né est plus élevée lorsqu'il est placé nu sur la poitrine nue de sa mère que lorsqu'il est laissé habillé dans un berceau (Bystrova et al., 2003). Il a été également observé que les nouveau-nés qui ont bénéficié du « peau à peau » ont une meilleure adaptation à la vie extra-utérine durant les 6h Post-Partum (Bergman, 2004 ; Luong, 2015). En lien avec cela, un impact positif est constaté sur l'adaptation métabolique du nouveau-né qui se traduit par une glycémie plus élevée (Christensson et al., 1992 ; Christensson, Cabrera, Christensson, Uvnas-Moberg et Winberg, 1995 ; Michelsson, Christensson, Rothganger et Winberg, 1996). De plus, la présence sécrétion d'ocytocine par la mère, l'hormone de l'attachement, rend ce contact bénéfique pour le lien mère-enfant (Matthiensen, Ransjo-Arvidson, Nissen et Uvnas-Moberg, 2001 ; Nissen, Lilja, Widstrom et Uvnas-Moberg, 1995 ; Kennel et Klaus, 1998 ; Nelson et Panksepp, 1998). La fréquence cardiaque du nouveau-né, les pleurs et les grimaces ont été étudiés. Il a été observé que ces derniers sont moins fréquents lors du contact « peau à peau » (pleurs < 82% et grimace < 65%), ce qui pourrait démontrer une potentielle diminution de la douleur chez le nouveau-né (Gray, Watt et Blass, 2000). En tenant compte de toutes ces données, il peut être supposé que, si le nouveau-né a une bonne adaptation à la vie extra-utérine, les soins de routine comme la prise de température, la prise de poids et les soins du cordon peuvent être reportés (Jansson, Mustafa, Khan, Lindblad et Windstrom, 1995 ; Renfrew, Woolridge et Mc. Gill, 2000). Enfin, il est rappelé qu'en comparaison avec l'accouchement par voie basse, la césarienne entraîne une moindre participation des parents (Clerget et Paccoud, 1997).

Il y a diverses raisons pour lesquelles il a été jugé intéressant d'étudier la pratique du « peau à peau » lors d'une césarienne dans des conditions de mère et de nouveau-né sains et sans facteurs de risques particuliers. En premier lieu, cette pratique permettrait de replacer le couple mère/père dans un positionnement plus présent, c'est-à-dire que les parents assisteraient à la naissance de leur enfant et adopteraient leur rôle parental immédiatement. Le processus d'attachement pourrait, de ce fait, continuer à se développer dans les circonstances les plus favorables, soit sans interruption du contact physique entre la mère et le nouveau-né. De plus, la première tétée survenant dans l'heure suivant la naissance pose les bases de la relation mère-enfant et permet de démarrer cette relation de la meilleure façon possible (Le Roy, 2016).

En tant que-sage-femme, la qualité du vécu des parents lors de la naissance de leur enfant est importante. Les parents auraient-ils un meilleur vécu de la naissance avec un « peau à peau » précoce lors d'une césarienne ?

Plusieurs questions ont émergé :

Serait-il possible de différer les soins du nouveau-né en retardant certains soins comme lors d'un accouchement par voie basse ?

Remettre à plus tard ces soins permettrait de placer directement le nouveau-né sur la poitrine de sa mère.

Être aussitôt en contact physique « peau à peau » ne permettrait-il pas d'apaiser d'une part le nouveau-né et d'autre part la mère elle-même ? Et ainsi d'augmenter leur bien-être ?

Les inquiétudes face à cette pratique sont : l'impact de la faible température du bloc d'opération sur le nouveau-né qui pourrait engendrer une hypothermie potentielle, la capacité d'adaptation à la vie extra-utérine et le choix du professionnel responsable de l'observation du nouveau-né.

Il serait également important de connaître tous les changements directs et indirects qui devraient être mis en place dans le protocole et l'institution afin de pouvoir proposer de façon sécurisée cette pratique du « peau à peau » immédiatement après une naissance par césarienne.

Après les questionnements mentionnés ci-dessus, il serait intéressant de cibler les recherches sur la possibilité de mise en place du « peau à peau » directement en salle d'opération lors d'une césarienne et de sa faisabilité. De plus en plus d'hôpitaux deviennent « hôpitaux amis-des-bébés », se basant sur les recommandations de

l'OMS et de l'UNICEF, qui prônent la mise en place du « peau à peau » directement après l'accouchement. Par exemple, en Suisse, des institutions tessinoises adhèrent aux recommandations des « hôpitaux amis-des-bébés » et réalisent déjà le « peau à peau » après une césarienne. Ne serait-ce pas réalisable à l'échelle nationale ?

En résumé, ce travail aura pour but d'explorer la littérature existante sur le sujet pour évaluer si une recommandation systématique sur le « peau à peau » en césarienne pourrait être envisageable.

II. Le cadre de référence théorique

1. Le concept « Peau à Peau »

De tout temps et dans de nombreuses cultures de nos jours, les nouveau-nés sont placés en « peau à peau » juste après l'accouchement pour permettre à la mère de lui prodiguer des soins directement (allaitement et réchauffement), et de créer une relation d'attachement (Pignol, Lochelongue et Fléchelles, 2008). Le « peau à peau » est devenu aujourd'hui un concept dont l'une des formes est le *Kangaroo Care* (KC), apparu à la fin des années 1970 en Colombie. Son objectif premier était de placer le nouveau-né contre la poitrine de sa mère pour pallier au manque d'incubateurs. Il est également utilisé dans le service de néonatalogie pour les prématurés, qui sont sortis de leur incubateur pour profiter de ce moment relationnel privilégié ainsi que de tous les bénéfices liés à cette pratique. Son nom provient de la manière dont les marsupiaux portent leur petit (Elsaharty et McConachie, 2017; Barlow, 2016).

Selon Moore, Bergman, Anderson et Medley (2016), Il faut différencier le « peau à peau » immédiat qui est réalisé dans les 10 premières minutes du « peau à peau » précoce qui est réalisé de 10 minutes à 24 heures après la naissance.

Lors de la naissance, le nouveau-né va devoir passer du monde intra-utérin au monde extra-utérin et le contact « peau à peau » l'aide à faire cette transition dans de meilleures conditions. Il a été remarqué que dans toutes les espèces animales, la mère garde son petit auprès d'elle dans le but de le protéger des agressions extérieures, mais aussi très vraisemblablement de le rassurer. Le fait de se retrouver rapidement en « peau à peau » contre sa mère va aider le nouveau-né humain à réaliser le pont entre son passé intra-utérin et sa nouvelle vie extra-utérine. Des scientifiques ont démontré que les stimuli intra-utérins tels que la voix, la chaleur, l'odeur et le goût de

la mère sont reconnaissables par le nouveau-né à sa naissance. Le fait de retrouver des repères qu'il connaît va l'aider à diminuer le stress de la naissance (Charest et Perreault, 2011; Gremmo-Ferger, Laparra, Collet et Sizun, 2005-2006)

Le sens primordial du nouveau-né est le toucher, puisque c'est le premier des sens à atteindre sa maturité intra-utérine. Et il va utiliser tous les autres sens pour créer le contact avec son entourage, dès lors qu'il sera dans un environnement adéquat. Le « peau à peau » est ce lieu privilégié, puisque « l'habitat naturel du nouveau-né humain est le corps de sa mère » (Gremmo-Ferger, Laparra, Collet et Sizun, 2005-2006; Van Den Peereboom, 2009).

La pratique du « peau à peau » est différente dans chaque centre hospitalier. En générale, il s'agit de placer le nouveau-né séché, nu ou muni d'une couche, à plat ventre en position de grenouille sur la poitrine de sa mère. Il est recouvert d'un linge chaud et parfois d'un bonnet. Il faut bien faire attention à la position de sa tête pour éviter tout risque d'apnée, car ce risque bien que faible n'est pas inexistant (Elsaharty et McConachie, 2017; Claus, 2012-2013; Barlow, 2016).

L'OMS et l'UNICEF (2016) ont créé 12 recommandations que doivent suivre les hôpitaux pour avoir le label « hôpital amis des bébés ». Pour ce qui concerne la sécurité de cette pratique, l'IHAB (2013) a instauré les recommandations suivantes soutenues par l'UNICEF :

- Le bébé et la maman sont installés correctement.
- La mère est légèrement redressée (pas à plat).
- Le bébé est à plat ventre contre sa mère.
- La tête du bébé est tournée sur le côté.
- Son visage est bien visible et non enfoui.
- Le nez et la bouche du bébé sont bien dégagés, non recouverts.
- Son cou est non fléchi.
- Le bébé porte une couverture sur le dos.
- La couleur et le comportement du bébé sont surveillés régulièrement.
- Ne pas laisser le bébé et sa maman seuls si elle s'endort ou si elle risque de s'endormir.
- Si personnes ne peut rester avec la maman et son bébé, les professionnels doivent surveiller la fréquence cardiaque et la saturation du bébé.

(Girard, 2015).

Moore et al. (2007) n'ont pas observé d'effets néfastes liés à cette pratique. De plus, selon Moore, Bergman, Anderson et Medley (2016) les études n'ont pas démontré non plus d'effets néfastes pour les enfants nés par césarienne de plus de 35 semaines d'aménorrhées.

Le nouveau-né mis en « peau à peau » va pouvoir adopter les comportements spécifiques déjà en place qui aboutiront au réflexe de succion du sein de sa mère peu de temps après sa venue au monde. Ces comportements sont classés dans la littérature sous forme de différentes étapes qui peuvent varier d'une source à l'autre. La première étape est le premier cri/pleurs en lien à la première respiration, cette étape est présente pour toute naissance, même en dehors du contact « peau à peau ». La deuxième étape est la récupération/relaxation, pendant laquelle le nouveau-né est en état d'éveil calme contre sa mère. La troisième étape est la phase d'éveil. La quatrième étape est la phase d'activation/activité où le nouveau-né commence le fouissement. Les deux étapes suivantes décrites sont la détente durant laquelle le bébé montre les signes de faim et l'action de ramper vers le sein pour téter. L'étape 7 est la découverte du sein suivie par la phase 8, qui est la succion du sein. Enfin après ces efforts, le nouveau-né passe à la phase 9 qui est l'endormissement (Girard, 2015; Charest et Perreault, 2011).

2. Les effets du « peau à peau » sur l'adaptation extra-utérine

A la naissance, le nouveau-né subit des modifications biologiques afin de s'adapter à la vie extra-utérine et vivre en autonomie. Ces modifications touchent divers systèmes : respiratoire, circulatoire, thermorégulation, régulation du milieu intérieur, défenses immunitaires, système digestif et vision (Gold, 2009).

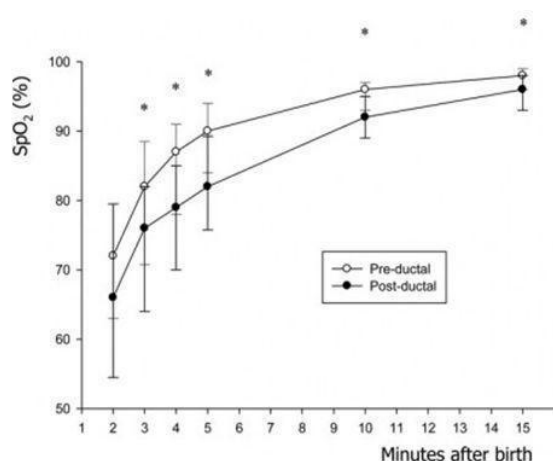
2.1. Le système cardio-respiratoire

Le lien avec le placenta est coupé, et grâce aux premiers cris ainsi qu'au clampage du cordon ombilical, le système respiratoire se met à fonctionner ainsi que la circulation pulmonaire. La circulation foetale se transforme et évolue en circulation néonatale (Cantin, 2014; Gold, 2009).

Le « peau à peau » joue un rôle essentiel dans la stabilité du système cardiaque et respiratoire. Il a pu être démontré que les nouveau-nés qui étaient placés en « peau à peau » directement après la naissance avaient une meilleure stabilité cardiaque et respiratoire que les nouveau-nés ne bénéficiant pas de ce contact (Pignol,

Lochelongue et Fléchelles, 2008; Charest et Perreault, 2011). Une diminution du taux de bradycardies a été recensée ainsi qu'une diminution des apnées. Enfin, une meilleure saturation en oxygène et une meilleure capnie ont aussi été enregistrées. Grâce à la pratique du « peau à peau », ces paramètres vont ainsi rester plus stables sur une durée dépassant les deux heures après l'accouchement.

Le nouveau-né va coordonner son rythme respiratoire et cardiaque à celui de sa mère et inversement. Ces paramètres vont alors s'autoréguler en dyade et rester plus stables sur la durée. Ceci peut même être réalisé en cas d'hypercapnie, puisque le « peau à peau », et donc la régulation de la fréquence respiratoire du nouveau-né par celle de sa mère, va résoudre l'hypercapnie sans besoin d'intervention médicale. La pratique du score d'Apgar permet de surveiller le nouveau-né à la naissance, ce qui permet de laisser le temps au nouveau-né et à ses systèmes de s'adapter seuls après la naissance. L'augmentation de la concentration d'oxygène du nouveau-né prend quelques minutes puisque sa saturation est de 60% à 2 minutes de vie et s'élève à 90% à 10 minutes de vie selon les normes de réanimation néonatale. Il est physiologique que ce système mette quelques minutes à s'adapter. De plus, les études ne montrent aucune différence significative de score d'Apgar avec la pratique du « peau à peau » (Dekker et Bertone, 2017; Gold, 2009; Elsharty et McConachie, 2017; Girard, 2015; Claus, 2012-2013; Pignol, Lochelongue et Fléchelles, 2008; Charest et Perreault, 2011; Barlow, 2016; Cochereau, 2009; Cantin, 2014; Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011). Lors d'une césarienne, une anesthésie est utilisée: la péridurale. Elle ne semble pas affecter le fœtus puisqu'il n'est pas retrouvé de différences significatives, avec ou sans anesthésie, chez les nouveau-nés nés par voie basse concernant le score d'Apgar, la qualité d'allaitement, l'intensité des pleurs et la réactivité (Gizzo et al., 2012).



(Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011).

2.2. La thermorégulation

A la naissance, le nouveau-né se retrouve confronté à un environnement dans lequel il doit produire de la chaleur afin de stabiliser sa température (Gold, 2009).

Le principal mécanisme qu'utilise le nouveau-né pour produire de la chaleur est la thermogénèse sans frissons. Il utilise alors la graisse brune, qui est un tissu adipeux réparti dans des zones superficielles et profondes de différentes parties du corps. Les cellules brunes utilisent des triglycérides (certains fabriqués dans le foie à partir du glucose) et des phospholipides (Gold, 2009). Ce mécanisme n'est pas le seul à entrer en compétition pour la stabilité de la température du nouveau-né, puisque quatre types d'échange lui font perdre de la chaleur. Il s'agit de la conduction, la convection, la radiation et l'évaporation.

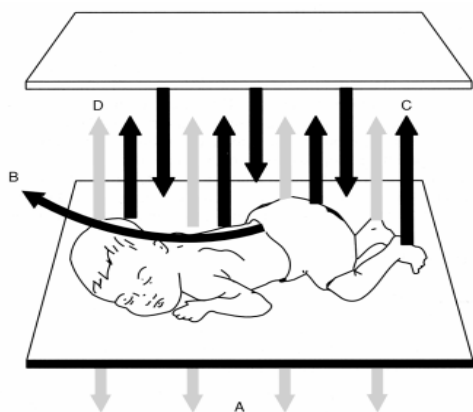


Fig. 1.2. Les quatre mécanismes habituels de la thermolyse : A : conduction, B : convection, C : radiation, D : évaporation.

(Gold, 2009)

Par ces mécanismes, le nouveau-né va perdre de la chaleur dès sa naissance. Sa température peut baisser de 2 à 4°C si ce dernier n'est pas couvert par une bonne protection thermique. Dans le cas où cette perte de chaleur continue à progresser, le nouveau-né pourrait se retrouver en hypothermie. Comme prévention de la perte de chaleur à la naissance, l'OMS (1997 et 2010) recommande de bien sécher le nouveau-né, de le recouvrir, et surtout de le mettre en « peau à peau » et au sein. Le « peau à peau » permet de réduire les pertes de chaleur. En premier lieu, plusieurs études ont relaté des températures cutanées et axillaires plus élevées chez les enfants mis en « peau à peau », et ce, pendant plus de deux heures après la naissance (Gremmo-Feger, Laparra, Collet et Sizun, 2005-2006; Pignol, Lochelongue et Fléchelles, 2008; Girard, 2015). Le « peau à peau » joue plusieurs rôles. D'une part, il permet de stopper l'un des quatre types d'échanges thermiques qui font baisser sa température. Cet échange est la conduction (transmission de chaleur à une surface plus froide lors d'un contact), car la température de la poitrine maternelle est un site idéal pour accueillir le

nouveau-né (Gold, 2009). D'autre part, ce maintien de la température serait aussi dû à une variation de la température de la mère visant à réguler celle de son nouveau-né placé en contact « peau à peau ». De ce fait, la peau de la mère joue le rôle de régulation, comme le nouveau-né en avait l'habitude in-utéro. La mère et son enfant se retrouvent donc en synchronie. De plus, le besoin de régulation de la température diminue, ce qui va réduire ses dépenses énergétiques, ce qui diminue le risque d'hypoglycémie (Girard, 2015; Claus, 2012-2013).

2.3. Le stress du nouveau-né

La naissance entraîne aussi une importante décharge de catécholamine (Barlow, 2016; Riviere, McKinlay et Bloomfield, 2017). Cette décharge cause ensuite une vasoconstriction qui va se maintenir plus longtemps chez les nouveau-nés qui ne bénéficient pas du contact « peau à peau ». De plus, la séparation avec sa mère entraîne un état de stress supplémentaire chez le nouveau-né. Il va alors augmenter ses pleurs pour tenter de retrouver le lien avec sa mère, ce qui va augmenter ses dépenses énergétiques. Dans le règne animal les pleurs du nourrisson peuvent être caractérisés comme un cri de détresse (Christensson et al., 1992). Il est démontré que les nouveau-nés qui n'ont pas bénéficié du « peau à peau » ont des hormones de stress qui restent élevées (Charest et Perreault, 2011). Les nouveau-nés placés en contact « peau à peau » vont moins pleurer que ceux qui ne le sont pas. Il est démontré lors du « peau à peau » une diminution plus rapide des effets néfastes du stress de la naissance (Elsaharty et McConachie, 2017; Pignol, Lochelongue et Fléchelles, 2008; Gremmo-Feger, Laparra, Collet et Sizun, 2005-2006).

2.4. La régulation glycémique

Lorsque le fœtus se trouve en milieu intra-utérin, le glucose est transporté de la mère au fœtus à travers le placenta (Gold, 2009).

On retrouve avec cette pratique une glycémie plus élevée que celle des nouveau-nés qui n'ont pas bénéficié du contact « peau à peau » à 75 et 90 minutes après l'accouchement (Gold, 2009; Elsaharty et McConachie, 2017; Moore, Bergman, Anderson et Medley, 2016; Pignol, Lochelongue et Fléchelles, 2008; Gremmo-Feger, Laparra, Collet et Sizun, 2005-2006; Charest et Perreault, 2011; Barlow, 2016). A la naissance, le nouveau-né n'est plus relié au placenta, il doit donc mobiliser ses propres ressources. Lors de la première heure de vie, sa glycémie diminue pour atteindre sa

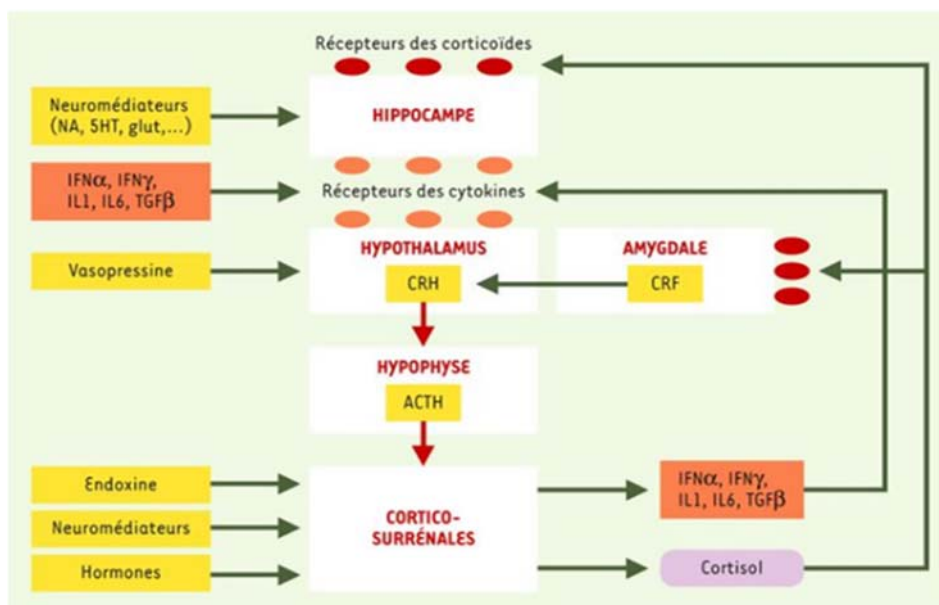
valeur minimale. Or, l'action de mettre le nouveau-né en « peau à peau » a pour conséquence une moindre diminution de cette valeur et une meilleure stabilité. En effet, une meilleure stabilité thermique accompagnée d'une diminution des pleurs du nouveau-né conduit à prévenir une hypoglycémie grâce à une diminution des pertes énergétiques. Cette réduction des pleurs pourrait être expliquée par le côté rassurant de la proximité mère-bébé, ainsi que par la disponibilité immédiate du sein pour l'enfant (Christensson et al., 1992 ; Christensson, Cabrera, Christensson, Uvnas-Moberg et Winberg, 1995 ; Michelsson, Christensson, Rothganger et Winberg, 1996).

3. L'allaitement maternel

La première tétée nutritive améliore l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né grâce au colostrum qui maintient un taux de glycémie dans les normes. On y trouve également une concentration élevée d'immunoglobulines, ce qui favorise un bon développement du système immunitaire de l'enfant. Cette tétée précoce permet aussi de garder une hydratation adéquate grâce à l'équilibre des minéraux. Il aurait été également prouvé que les nouveau-nés mis au sein dès la naissance seraient allaités plus longtemps (Camus, 2017). De plus, il est prouvé qu'une mise au sein précoce augmente l'activité utérine après la naissance, quel que soit son mode d'accouchement, et que de ce fait, une diminution du risque d'hémorragie post-partum y soit associée (Chua et al., 1996). Pour finir, il ne faut pas oublier que ce moment de la première tétée favorise le « peau à peau » et tous les avantages qui en découlent (G. Camus, 2017). La relation mère/enfant est susceptible d'être favorisée durant les premiers jours post-partum dans le cas où il y aurait eu une mise au sein dans les 30 premières minutes de vie (Widström et al., 1993). De ce fait, il serait important d'établir un premier contact avec le sein le plus tôt possible et ensuite d'allaiter à la demande (Beaudry, Chiasson et Lauzière, 2006).

Il existe plusieurs pratiques qui influencent l'établissement de l'allaitement maternel. Parmi celles-ci, la première tétée et la fréquence des tétées durant les deux premiers jours post-partum semblent avoir un effet positif sur la quantité de lait qui est produite le cinquième jour postnatal. De ce fait, cette corrélation suggère qu'une extraction précoce du lait maternel peut en augmenter l'efficacité. En effet, d'après les observations de Widström, le réflexe de succion du nouveau-né est optimal durant les 45 premières minutes qui suivent la naissance et décroît progressivement jusqu'à s'interrompre au bout d'environ 2 heures (Widström et al., 1993). Cependant, le stress

est un facteur qui peut intervenir négativement sur la mise en place de l'allaitement. En effet, le stress, a la capacité de diminuer la sécrétion de l'ocytocine qui est l'hormone responsable de l'éjection de lait. Celle-ci est stimulée lors de la succion du nouveau-né et contribue à la mise en place de l'allaitement. L'ocytocine diminue la sécrétion d'ACTH et donc de cortisol qui est l'une des hormones du stress (Boutet et al., 2008; Pignol, Lochelongue et Fléchelles, 2008 ; Lau et al., 2007).



(Jacque, Thurin, Bergeron, Dufour, Friedlander et Bichet, 2002).

Lors d'une naissance par césarienne, la mise en route de l'allaitement peut être retardée. Parfois, pour des raisons de santé maternelle ou néonatale, ce délai est inévitable, mais ce n'est pas pour autant qu'il devrait être rendu systématique.

Dans le cas d'une césarienne faite sous anesthésie loco régional (péridural et rachipéridural), l'allaitement pourrait être initié immédiatement (Gonzales, 1990 ; CHUV, 2018). Ainsi, à moins qu'il y ait une raison médicale justifiée, une séparation de la mère et de son enfant pourrait être évitée. Dans les meilleures conditions, l'enfant devrait être placé rapidement en contact « peau à peau » afin qu'il puisse décider de manière autonome quand il voudra prendre le sein et téter.

4. La parentalité

La période périnatale est une période vulnérable qui demande de grandes adaptations et une malléabilité psychique pour la mère et le couple. La parentalité est un processus psychique qui amène chaque parent à s'occuper de l'enfant et à s'y attacher. Dans la

notion de parentalité, est impliqué le système de *caregiving*¹ parental qui est un système additionnel au système d'attachement du bébé. Le but étant, comme pour le comportement d'attachement, d'assurer la survie du nourrisson et ainsi la reproduction de l'espèce. Grâce à une proximité psychique et physique avec l'enfant, le parent peut répondre à ses besoins lorsque ce dernier envoie des signaux de vulnérabilité, d'immaturité ou de danger. Le système de *caregiving* permet de rétablir cette proximité après une séparation avec le bébé en le consolant, le berçant, le contenant, etc... Dès lors que cette proximité est rétablie et que l'enfant semble rassuré, le système de *caregiving* se désactive. Ceci suppose de la responsabilité en termes de protection et d'engagement envers l'enfant prit en soins ? (Ferrere, 2016).

Le père vit une relation différente avec son futur enfant. Il n'est pas acteur dans le développement du fœtus, contrairement à la mère. Son premier contact physique avec l'enfant aura lieu au moment de la naissance, lors de la première fois qu'il le prendra dans les bras (Clerget, Paccoud, 1997). Dans le cas de l'impossibilité pour la mère de prendre son enfant en « peau à peau », ceci peut être réalisé par le père et amener des bénéfices pour le nouveau-né (Girard, 2015).

5. L'attachement

5.1. Le concept de l'attachement

La définition de l'attachement du Petit Robert de la langue française : « sentiment qui unit une personne aux personnes aux choses qu'elle affectionne ».

L'attachement est un concept qui a été beaucoup étudié en psychologie. De nombreux psychologues et psychiatres se sont penchés sur la « théorie de l'attachement ». John Bowlby (1907-1990) fut l'un des acteurs principaux dans ces recherches.

Pour commencer, John Bowlby décrit l'attachement comme étant un comportement de survie face aux dangers potentiels. Ce comportement bilatéral entre une mère et son enfant permet à ce dernier d'acquérir des compétences de survie (Bowlby, 2006). Le comportement d'attachement renvoie à la notion de base de sécurité, ainsi qu'à celle d'individuation/séparation. La première équivaut à la confiance envers la figure

¹ Il représente la capacité à donner des soins, à s'occuper d'un plus jeune que soi que ce soit au niveau physique ou affectif. Il représente la complémentarité du système de comportements des parents et de l'enfant, il s'agit d'un « équilibre dynamique » (Bowlby, 1978).

d'attachement, soit la mère, le père ou une autre personne ayant le rôle de *caregiver*². Cette confiance se base sur la disponibilité de la figure d'attachement à soutenir, protéger et être accessible en cas de besoins, peu importe l'âge. Une base sécurisée permettra à l'enfant d'explorer le monde en sachant que celle-ci existe et qu'il peut y retourner. La notion d'individuation/séparation, quant à elle, consiste dans le développement progressif de la conscience de soi, le sentiment d'exister comme individu. Elle est en lien étroit avec la qualité du lien d'attachement établi. Il est essentiel « de bien s'attacher » pour pouvoir ensuite « bien se détacher » (Ferrere, 2016). Le comportement d'attachement est socialement estimé comme tout autant important que le comportement d'accouplement et celui parental (Bowlby, 2006). Ce comportement est composé de cinq schèmes :

- La succion, l'agrippement, le comportement de survie, les pleurs et le sourire.

Ces différents schèmes évoluent au fur et à mesure de l'âge de l'enfant et s'intriquent peu à peu dans des systèmes bien plus perfectionnés. Ils gardent cependant comme finalité de lier la mère ou la figure maternelle à l'enfant et vice-versa (Bowlby, 2006). À sa naissance, un nouveau-né a besoin de stimuli pour activer et faire évoluer ses systèmes comportementaux comprenant les cinq schèmes. De plus, le nouveau-né possède, dès sa naissance, des compétences sensorielles ainsi que sociales impliquées dans l'interaction. Il s'agit de compétences auditives, tactiles, visuelles, olfactives, gustatives, motrices et sociales (Ferrere, 2016). Son esprit n'est pas vierge à la naissance, il ne se construit pas que par l'expérience seule (Bowlby, 2006).

Selon Cosnier, « insister sur le fait que le nouveau-né est compétent, ne veut pas dire que le milieu est sans importance pour lui, mais au contraire cela souligne qu'il lui est sensible dès sa naissance et qu'il est donc prêt, très précocement, à établir avec lui des relations transactionnelles. » (Ferrere, 2016). Plusieurs auteurs relatent que le « peau à peau » améliore les interactions et donc le lien entre la mère et son nouveau-né (Girard, 2015; Claus, 2012-2013). L'interaction avec la mère et l'environnement permet aux systèmes comportementaux de se construire et d'évoluer (Bowlby, 2006). Lorsque le nouveau-né vient au monde, son système nerveux est encore en plein développement. De ce fait il peut être marqué positivement, grâce aux contacts avec

² Quelqu'un qui prend soin d'une autre personne nécessitant des soins. Le *caregiver* (soignant) répond à des besoins physiques et affectifs, mais également de sécurité et de protection permettant la survie.

sa mère, à son odeur, à sa chaleur. Ou être marqué négativement, à cause du stress et des agressions (Cochereau, 2009).

5.2. Les facteurs influençant l'attachement

Le moment du contact « peau à peau » joue un rôle déterminant, puisque plus ce contact est effectué rapidement, plus le lien mère/enfant va être solide et durable (Rosenblatt, 1979).

Le « peau à peau » favorise la sécrétion d'ocytocine chez la mère et son enfant, tout comme le fait, l'accouchement et l'allaitement. Ceci favorise le calme chez le nouveau-né qui sera plus relaxé et avec un bien être augmenté (Handlin et al., 2009). Cette hormone influe sur le *caregiving* et le lien mère/bébé (Ferrere, 2016). L'ocytocine, qui est une hormone qui interfère avec le système plaisir/récompense, renforce de manière positive le *caregiving*. En effet, lorsque celle-ci est sécrétée, le *bonding*³ est favorisé. Le *bonding* équivaut aux émotions positives de la mère après la naissance (Ferrere, 2016). L'ocytocine est aussi l'hormone de l'attachement : plus il y a d'ocytocine sécrétée, plus l'attachement sera fort (Gremmo-Feger, Laparra, Collet et Sizun, 2005-2006). Cependant, comme dit plus haut, le stress et la séparation peuvent interagir négativement sur la sécrétion d'ocytocine et, de ce fait, sur le lien mère-enfant (Boutet et al., 2006; Pignol, Lochelongue et Fléchelles, 2008 ; Lau et al., 2007). Cette séparation est une épreuve qui peut être vécue comme une perte (Clerget, Paccoud, 1997).

De plus, l'allaitement joue aussi un rôle dans cet attachement. John Bowlby cite dans l'un de ses ouvrages une réflexion de Klein. Cette dernière introduit l'idée que l'intimité physique et psychique avec le sein dit gratifiant, permet de réinstaurer l'unité prénatale mère/enfant, accompagnée d'un sentiment de sécurité (Bowlby, 2006). Cette tétée permet un contact intime mère/enfant en « peau à peau » durant lequel tous deux pourront se reposer après l'effort fourni pour la naissance. Cette période de plénitude est très propice pour que le nouveau-né et sa mère puissent se découvrir. En effet, les regards du nouveau-né sont ressentis comme gratifiants et valorisants pour la mère qui va alors percevoir des sentiments d'amour (Ferrere, 2016). Le contact « peau à peau » fait partie intégrante des interactions comportementales. Les caresses, les baisers, le contact poussent la mère à être à l'écoute de son bébé, à analyser les

³ Processus par lequel une relation émotionnelle étroite se développe entre le parent et l'enfant. Il est utilisé pour désigner le processus d'attachement. Ce terme provient de "to bond", en anglais, qui signifie "se rapprocher".

réponses du nouveau-né, à ajuster son comportement et à rassurer ainsi le nouveau-né (Ferrere, 2016). En effet, la première heure de vie est le moment idéal pour que les mères et leur nouveau-né puissent mettre en place un comportement positif réciproque (Cantrill, Creedy, Cooke et Dykes, 2014; Moore, Bergman, Anderson et Medley, 2016). C'est pourquoi, ce premier contact mère/enfant est une priorité incontournable (G. Camus, 2017).

6. Le sentiment de compétence maternelle

6.1. Le concept de compétence maternelle

Le sentiment de compétence maternelle est un large concept. Il était dénommé au départ sentiment d'auto-efficacité (Bandura, 1977). Il s'agit de la perception d'un individu (ici la mère) quant à ses capacités à faire face à un événement précis (ici le rôle parental). Cette perception est subjective et réalisée par la mère elle-même (Simon et Tardif, 2006; Sellenet, 2007; Coleman et Karraker, 1997). Or ce sentiment de compétence maternelle est important puisqu'il entretient un lien étroit avec la confiance que la mère aura dans sa capacité à assurer son rôle parental en post-partum, voire plus longtemps après (Williams et al., 1987; DeMontigny et Lacharité, 2002 ; Reece et Harkless, 1998). Une attention particulière doit être portée à cela.

6.2. La césarienne et le sentiment de compétence maternelle

Lors d'une césarienne la réussite de la mise en place rapide de l'allaitement permet à la mère de reprendre confiance en elle (Camus, 2017). Cependant, un événement que les mères ne peuvent contrôler, comme par exemple un changement dans le projet de naissance, risque d'entraîner une baisse du sentiment de compétence. De plus, le stress va aussi avoir un rôle négatif sur le ressenti des parents et plus globalement sur la dimension affective en lien avec le rôle parental (Trudelle et Montambault, 1994). Lors d'une césarienne, la femme n'est pas actrice de son accouchement puisque c'est uniquement l'obstétricien qui le réalise. Cela peut amener à la mère un sentiment de frustration et de déception qui remettrait en cause sa perception quant à ses capacités maternelles (Clerget et Paccoud, 1997). En effet, une césarienne peut être vécue comme un événement culpabilisant pour la mère. Durant la césarienne, lors de la

séparation, le fait d'entendre les cris et pleurs du bébé déclenche chez la mère ce comportement de *caregiving* dans le but de rassurer son bébé. Dans l'impossibilité de le faire, cela peut créer un sentiment d'incompétence maternelle (G. Camus, 2017). Lorsque celui-ci est diminué, il y a un risque d'entraîner une dépression maternelle et des troubles des relations familiales (conjugale et mère/enfant) (Cutrona et Troutman, 1986 ; Halpern et McLean, 1997 ; Howell et al., 2006 ; O'Neil et al., 2009 ; Gross et al., 1994; Razurel, Desmet et Sellenet, 2011; Olioiff et Aboud, 1991; Teti et Gelfand, 1991). Au contraire, un sentiment de compétence maternelle élevé est un facteur protecteur de la dépression du post-partum (Keeton et al., 2008 ; Olioiff et Aboud, 1991).

7. La césarienne

Il est constaté une augmentation des césariennes ces dernières décennies, ce qui préoccupe les gouvernements et les cliniciens (OMS, 2014).

Il existe de nombreuses indications à la césarienne que nous allons mentionner brièvement ici, sans les détailler.

- Pathologies maternelles ou fœtales, hypertension/ prééclampsie, infections (ex : VIH, herpès...), macrosomie, siège, mauvaise présentation fœtale, grossesse multiple, obstacle anatomique (placenta prævia, fibrome, kyste...), pathologie liée au cordon ombilical, souffrance fœtale (selon CTG, ph au scalp...), antécédent de césarienne, stagnation de la dilatation, non progression de la présentation, désir maternel (Meneux, 2002; Güttinger et al., 2014).

Certaines indications mentionnées ci-dessus sont qualifiées comme « relatives » ou « absolues », selon la situation et l'institution (Güttinger et al., 2014).

Dans ce travail, l'intérêt est porté sur les césariennes électives lors de grossesses physiologiques et sans facteurs de risque. La majorité de ces indications de césariennes ne rentrent donc pas en matière dans notre travail, c'est-à-dire hormis celles n'ayant pas d'influence sur le bien-être materno-fœtal à la naissance.

Lors de toute césarienne, une anesthésie est préalablement mise en place. Il y'a trois types d'anesthésies possibles, soit : la rachidienne et la péridurale qui sont toutes deux locorégionales, ou l'anesthésie générale qui se pratique uniquement en cas d'extrême urgence.

Avant l'opération, un drap stérile est placé comme un écran au niveau de la poitrine de la femme créant ainsi une barrière physique et visuelle entre la mère et les chirurgiens.

Une tierce personne, par exemple le père, peut être présent auprès de la patiente au niveau de sa tête afin de partager ce moment avec elle.

Il se passe en moyenne 5 à 10 minutes entre le début de la césarienne et la naissance du bébé. La césarienne dure environ 30 à 45 minutes. En tenant compte de la mise en place du matériel et la préparation des opérateurs, ce temps peut être augmenté.

Dans la plupart des maternités suisses, y compris le centre universitaire de Genève, le nouveau-né est rapidement, après la naissance, emmené par la sage-femme pour être examiné et recevoir les premiers soins. Une fois ceux-ci terminés, le nouveau-né est remis au père/accompagnant le plus rapidement possible (Güttinger et al., 2014). Mais selon Barlow (2016), un nouveau-né sain né par césarienne ne nécessite pas de recevoir plus de gestes invasifs que les nouveau-nés nés par voie basse. La pratique du « peau à peau » peut donc tout à fait être réalisée lors d'une naissance par césarienne, tant qu'il ne s'agit pas d'une césarienne sous anesthésie générale ou d'une grossesse multiple. Dans certains centres, par exemple dans un autre canton suisse, au Tessin, la césarienne avec contact « peau à peau » est pratiquée.

8. La problématique

La césarienne est une intervention médicale de plus en plus pratiquée dans le monde. Elle est nécessaire dans de nombreuses situations, et continuera à être effectuée. C'est pourquoi il est intéressant de se pencher sur les pratiques qui pourraient améliorer l'accompagnement des couples et la rencontre avec leur enfant dans cette intervention. Comme vu dans le cadre théorique, le « peau à peau » est réalisé systématiquement en salle de naissance lors d'un accouchement par voie basse, et il présente beaucoup de bénéfices démontrés. Notamment, en ce qui concerne l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né, l'allaitement maternel et le lien mère-enfant ainsi que le sentiment de compétence maternelle. Le « peau à peau » pourrait, de ce fait, être réalisé à chaque fois que cela est possible. Il est souvent pratiqué dans des situations pathologiques en néonatalogie, où son efficacité est prouvée. Il serait intéressant de l'appliquer plus régulièrement dans des situations avec des nouveau-nés sains. De plus, il permettrait aux parents de devenir acteurs de la venue au monde de leur nouveau-né.

Concernant l'implantation de cette pratique dans la salle d'opération, la plupart des professionnels restent sceptiques quant à sa faisabilité et aux conséquences potentiellement néfastes pour le nouveau-né. Cette pratique est peu retrouvée dans la plupart des hôpitaux en Suisse. Cependant, ce sujet est d'actualité et le « peau à peau » est également pratiqué, par exemple, dans certains centres hospitaliers régionaux au Tessin.

Une question de recherche pertinente pour le rôle sage-femme découle de ces réflexions :

« Peut-on recommander systématiquement le « peau à peau » en salle d'opération lors d'une césarienne pour un nouveau-né à terme et sans facteurs de risques ? ».

III. La dimension éthique

L'éthique est ainsi définie : « Partie de la philosophie qui envisage les fondements de la morale ; Ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un » (Larousse, 2017). Les quatre principes sur lesquelles la dimension éthique repose sont (Université d'Ottawa, 2017).

- Autonomie (La personne peut faire un choix éclairé librement à l'aide des informations fournies par les professionnels).
- Bienfaisance (Les actes réalisés et les informations données visent le bien des patients).
- Non-malfaisance (C'est un concept qui vise à ne pas nuire autrui).
- Justice (La personne est en droit d'être traitée de manière équitable).

Ce qui est visé dans ce travail est le respect de ces principes de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice envers les patients. Mais également d'aboutir à un choix éclairé face à cette pratique pour les femmes/couples, ainsi que pour les professionnels dans une possible mise en place d'un nouveau protocole. Dans cette revue de la littérature nous nous engageons à respecter les principes éthiques en explorant la littérature existante sur le web relative à notre question de recherche, et ce, malgré la difficulté liée au faible nombre d'investigations effectuées sur notre sujet qui reste un champ d'étude très récent. Malgré une volonté de notre part de rester impartiales, il est possible que notre opinion intuitivement en faveur de cette pratique puisse constituer un biais. Nous avons, cependant, été attentives à inclure dans nos recherches tous les résultats, qu'ils soient en faveur de cette pratique ou en sa

défaveur. Nous avons aussi interprété les résultats des différentes études avec prudence afin d'éviter de généraliser. Nous avons porté notre attention également sur le fait que les articles choisis aient été approuvés par un comité d'éthique et nous avons analysé les principes éthiques énoncés, et ce, pour chaque article. La propriété intellectuelle des auteurs a été respectée de par une indication correcte de la source. Dans ce travail, nous avons respecté la limite de notre champ de compétence en nous intéressant aux aspects liés au rôle professionnel sage-femme et à l'interdisciplinarité possible.

IV. La méthodologie de sélection des articles

1. Les mots-clés

Afin de réaliser cette revue de la littérature, nous avons défini nos mots-clés en utilisant la méthode PICO. Notre question de recherche est : « Peut-on recommander systématiquement le « peau à peau » en salle d'opération lors d'une césarienne pour un nouveau-né à terme et sans facteurs de risques ? ».

- Population étudiée : nouveau-né et femme sans facteur de risque lors d'un accouchement par césarienne.
- Intervention : nouveau-né mis en « peau à peau » dans la salle d'opération.
- Comparaison : nouveau-né non mis en « peau à peau » dans la salle d'opération.
- Issues : bénéfices/risques du « peau à peau » immédiatement après la césarienne.

Les mots-clés utilisés sont notés dans les tableaux de recherches ci-dessous. Nous avons utilisé un dictionnaire français/anglais ainsi que HETop pour les traduire. Ces mots-clés ont été utilisés dans toutes les formes d'orthographe possible au singulier et au pluriel. Nous avons utilisé les bases de données scientifiques médicales et paramédicales internationales : CINHALL / PUBMED / EMBASE / MIDIRIS.

2. Les critères de sélection des articles

2.1. Les critères d'inclusion

Nouveau-né à terme sans facteurs de risques, anesthésie péridurale, césarienne électorive et urgence sans pathologie maternelle ni foétale, grossesse sans particularité, nouveau-né avec une bonne adaptation néonatale.

Nous avons gardé les articles publiés en anglais, comprenant différents types d'études : qualitatives, quantitatives randomisée, de cohorte et de cas témoins. Un autre critère de sélection a été la précision des données disponibles quant au nombre de patientes qui ont participé à l'étude, la présence d'un échantillon de patientes suffisant, ainsi que l'actualité des articles, à savoir des publications datant de moins de 10 ans pour disposer de données relativement récentes et correspondant à la pratique actuelle.

2.2. Les critères d'exclusion

Pathologie de la grossesse, prématurité, admission en néonatalogie après la naissance, anesthésie générale.

Nous avons été confrontées à beaucoup de textes qui se sont révélés n'être que des abstracts de posters, des revues de la littérature ou des pages relatant uniquement quelques informations sur ce sujet. Tous ceux-ci ont été exclus. Pour ce qui concerne les études qualitatives, nous avons écarté les études pilotes ne comprenant que très peu de patientes et celles ne parlant pas du ressenti des mères.

Nous avons choisi nos 5 articles en utilisant tous ces critères d'inclusion et d'exclusion lors du tri des articles.

3. Les bases de données

Nous avons mis ces mots-clés dans les thésaurus des différentes bases de données. Les recherches ont été effectuées sous « title/abstract ».

3.1. La recherche sur Pubmed (Tableau 1)

Combinaison de mots-clés	Nombres d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus
skin to skin OR skin-to-skin OR skin to skin contact OR skin-to-skin contact OR Bonding. → Search 1	6941	0
Cesarean section OR Skin to skin cesarean section OR Skin-to-skin cesarean section OR Cesarean delivery OR Operating room OR Natural cesarean section. →Search 2	17400	0
risk OR risks OR benefit OR benefits OR advantage OR advantages OR outcome OR outcomes OR Maternal and neonatal outcome OR Maternal and neonatal outcomes OR Neonatal outcome OR Neonatal outcomes OR Maternal outcome OR Maternal outcomes OR Stress →Search 3	1283619	0
Search 1 AND Search 2 AND Search 3	22	4

Les articles retenus:

“Risks and benefits of the skin-to-skin cesarean section – retrospective cohort study” de S. Posthuma, F.J. Korteweg, J. Marinus Van Der Ploeg, D.P. Van Der Ham, H. Donald De Boer et H.D. Buiters.

“The charity cesarean birth : a family orientated approach of cesarean section” de R. Armbrust, L. Hinkson, K. Von Weizsäcker et W. Henrich.

« Exploring the skin-to-skin contact experience during cesarean section » de A.C. Frederick, N.H. Busen, J.C. Engebretson, N.M. Hurst et K.M. Schneider.

“Immediate breastfeeding and skin-to-skin contact during cesarean section decreases maternal oxidative stress, a prospective randomized case-controlled study” de B. Yuksel, I. Ital, O. Balaban, E. Kocak, A. Seven, S. Kabil Kucur, M. Bakirci et N. Keskin.

3.2. La recherche sur Cinhal (Tableau 2)

Combinaison de mots clés	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus
skin to skin OR Skin-to-skin OR skin to skin contact OR skin-to-skin contact OR bonding. → Search 1	45540	0
Cesarean section OR Skin to skin cesarean section OR Skin-to-skin cesarean section OR Cesarean delivery OR operating room OR Operating rooms OR Natural cesarean section. → Search 2	11784	0
Risk OR risks OR benefit OR benefits OR advantage OR advantages OR outcome OR outcomes OR outcomes health care OR Maternal and neonatal outcome OR Maternal and neonatal outcomes OR Neonatal outcome OR Neonatal outcomes OR Maternal outcome OR Maternal outcomes. → Search 3	866773	0
Search 1 AND Search 2 AND Search 3	190	5 (Dont 4 déjà sélectionnés sur Pubmed)

L'article supplémentaire retenu:

“Skin-to-skin contact after elective cesarean section: investigating the effect on breastfeeding rates” de S. Gregson, J. Meadows, P. Teakle et J. Blacker.

3.3. La recherche sur Embase (Tableau 3)

Combinaison des mots clés	Nombres d'articles trouvés	Nombres d'articles retenus
skin to skin OR Skin-to-skin OR skin to skin contact OR skin-to-skin contact OR bondin → Search 1	1400	0
Cesarean section OR Skin to skin cesarean section OR Skin-to-skin cesarean section OR Cesarean delivery OR Operating room OR Natural cesarean section → Search 2	68919	0
risk OR risks OR benefit OR benefits OR advantage OR advantages OR outcome OR outcomes OR Maternal and neonatal outcome OR Maternal and neonatal outcomes OR Neonatal outcome OR Neonatal outcomes OR Maternal outcome OR Maternal outcomes OR Stress. → Search 3	4122906	0
Search 1 AND Search 2 AND Search 3	29	3 (Déjà sélectionnés sur Pubmed)

3.4. La recherche sur Midiris (Tableau 4)

Combinaison des mots clés	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus
skin to skin OR Skin-to-skin OR skin to skin contact OR skin-to-skin contact OR bonding → Search 1	105717	0
Cesarean section OR Skin to skin cesarean section OR Skin-to-skin cesarean section OR Cesarean delivery OR Operating room OR Operating rooms OR Natural cesarean section → Search 2	74389	0
risk OR risks OR benefit OR benefits OR advantage OR advantages OR outcome OR outcomes OR Maternal and neonatal outcome OR Maternal and neonatal outcomes OR Neonatal outcome OR Neonatal outcomes OR Maternal outcome OR Maternal outcomes → Search 2	7633698	0
Search 1 AND Search 2 AND Search 3	114	4 (Déjà sélectionnés sur Pubmed)

4. La sélection des articles

La recherche d'articles en lien avec le « peau à peau » pratiqué en salle de césarienne et des bénéfices ou éventuelles conséquences négatives sur le nouveau-né et sa mère n'as pas été simple. En effet l'intérêt pour ce sujet est récent et peu d'étude existent spécifiquement sur ce sujet. Le lien avec la thématique d'intérêt est souvent trop distendu, par exemple avec un « peau à peau » ne se faisant qu'une fois que la mère est en salle de réveil.

Notre recherche de la littérature s'est déroulée dans le centre de documentation de la HEdS de Genève et s'est arrêtée fin 2017.

Les cinq articles que nous avons sélectionnés représentent les seuls retrouvés sur les bases de données énoncées ci-dessus, qui traitent spécifiquement de la mise en place de cette pratique dans la salle de césarienne et non ultérieurement. Quasiment tous les aspects de cette pratique actuellement disponibles ont ainsi pu être abordés.

V. Les tableaux descriptifs des articles

<p>Titre :</p> <p>« Risks and benefits of the skin-to-skin cesarean section – retrospective cohort study »</p> <p>Auteurs :</p> <p>S. Posthuma, F.J. Korteweg, J. Marinus Van Der Ploeg, D.P. Van Der Ham, H. Donald De Boer, H.D. Buiters</p> <p>Journal :</p> <p>The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, March 2016.</p>				
Objectifs	Méthodes	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Comparer les issues maternelles et néonatales entre les césariennes « conventionnelles » et celles « peau à peau ».</p>	<p><u>Design :</u></p> <p>Étude de cohorte rétrospective.</p> <p><u>Population :</u></p> <p>Toute femme enceinte nécessitant une césarienne.</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u></p> <p>Pas mentionnés (uniquement critères d'exclusions)</p> <p><u>Critères d'exclusion :</u></p> <p>-Âge gestationnel de <37 SA. -Présence d'une détresse fœtale. -Présence d'anesthésie générale.</p> <p><u>Outils statistiques :</u></p> <p>Student's t-test. Non.parametric Mann-Withney U test. Chi-square test. Logiciel SPSS 20.</p> <p><u>Variables :</u></p> <p>Adaptation néonatale, admission dans les différents services (mère et enfant), complications maternelles.</p>	<p><u>1^{ère} étape :</u></p> <p>Recrutement groupe césarienne « conventionnelle » de août 2011 à août 2012 (365 couples mère-enfant).</p> <p>Nouveaux-né vu par pédiatre à la naissance et remis à sa mère à la sortie du bloc opératoire.</p> <p><u>2^{ème} étape :</u></p> <p>Recrutement groupe césarienne « peau à peau » de janvier 2013 à décembre 2013 (285 couples mère-enfant).</p> <p>Champs stérile abaissé à la naissance et nouveau-né mis en peau à peau directement sur la mère.</p> <p><u>Lieu :</u></p> <p>Hôpital Martini à Groningen aux Pays-Bas.</p> <p><u>Ethique :</u></p> <p>Pas de consentement car analyse des dossiers de manière rétrospective et anonyme. Approuvé par le Comité d'Ethique Médicale de l'Hôpital Martini.</p>	<p><u>Pas de différence significative :</u></p> <p><u>Mères :</u></p> <p>Taux d'infection durant les 6 premières semaines post-partum (P=0.374). Pertes de sang : HB post opératoire et transfusion sanguine (P=0.188 et P=0.087).</p> <p><u>Nouveaux-nés :</u></p> <p>Poids (P=0.248) APGAR<7 à 5 minutes (P=0.477). PH artériel <7 (P=0.247). Hyperbilirubinémie (P=0.790). Hypoglycémie (P=0.521). Hypothermie (P=0.592). Sepsis (P=0.259) / Mort (N/A). Transfert en NCIU (P=0.123).</p> <p><u>Différence significative en faveur groupe d'étude :</u></p> <p><u>Mères :</u></p> <p>Temps d'admission à l'hôpital >4 jours (P=<0.001). Temps d'hospitalisation plus court (P<0.001).</p> <p><u>Nouveaux-nés :</u></p> <p>Suspicion d'infection (P=0.002). Admission en néonatalogie (P=0.000).</p>	<p><u>Forces :</u></p> <p>Desing, grande taille de l'échantillon et étude unicentrique permettent d'éliminer les biais dus aux différences de procédure.</p> <p><u>Limites :</u></p> <p>Périodes de recrutement différentes pour les deux groupes.</p> <p>Utilisation de dossiers papiers et électroniques = infos limitées.</p> <p>Classement des issues suivant la clinique génère une sur/sous-estimation des résultats.</p> <p>Nouveau protocole « peau à peau » peut amener à un investissement plus important de la part des soignants.</p> <p>Biais lié au résultat concernant l'infection maternelle (patientes vues par leur médecin généraliste après l'hospitalisation).</p>

<p>Titre : « Skin-to-skin contact after elective cesarean section : investigating the effect on breastfeeding rates ».</p> <p>Auteurs : S. Gregson, J. Meadows, P. Teakle, J. Blaker</p> <p>Journal : British Journal Of Midwifery, January 2016.</p>				
Objectifs	Méthodes	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
Investiguer les effets du contact peau à peau dans la salle d'opération immédiatement après la césarienne sur les taux d'allaitement maternel à 48h.	<p><u>Design</u> : Essai contrôlé randomisé.</p> <p><u>Population</u> : Toute femme ayant une césarienne élektive.</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> : - Grossesse unique entre 37-42 SA. - Femmes désirant allaiter.</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : - Les femmes désirant donner du lait artificiel à leur enfant. - Les femmes instables cliniquement. - Les nouveau-nés souffrant de malformations congénitales.</p> <p><u>Outils statistiques</u> : Logiciel SPSS de Windows. (Non)-parametric statistical test. Fisher's test (préféré au Chi-square).</p> <p><u>Outils</u> : Likert scale satisfaction</p> <p><u>Variables</u> : Taux d'allaitement, temps de « peau à peau » et la méthode d'alimentation.</p>	<p><u>1^{ère} étape</u> : Recrutement du 25.02.2013 au 21.10 2014. Infos concernant l'étude données une semaine avant la césarienne et si-gnature du consentement. <u>2 groupes</u> : 1.« Peau à peau » en salle de césarienne. 2.« Peau à peau » à la sortie du bloc opératoire (nullipares et multipares bien réparties). Enveloppe ouverte juste avant la césarienne.</p> <p><u>2^{ème} étape</u> : <u>Groupe 1</u> (182) : Bandeau donné aux femmes. Nouveau-nés placés en « peau à peau » dès la naissance dans la salle d'opération. Sage-femme responsable du nouveau-né. <u>Groupe 2</u> (187) : Nouveau-nés placés dans les bras du père/mère après l'opération.</p> <p><u>3^{ème} étape</u> : Taux d'allaitement maternel à 48h. Taux d'admission en néonatalogie. Durée du premier « peau à peau » et durant les 24 premières heures. Questionnaire à 10 jours et 6 semaines sur la méthode d'allaitement et l'expérience des femmes. Corrélation entre la durée du « peau à peau » et méthode d'allaitement à 48h, 10jours et 6 semaines.</p> <p><u>Lieu</u> : .Hôpital dans le Sud-Est de l'Angleterre.</p> <p><u>Ethique</u> : Approuvé par le Comité d'Ethique.</p>	<p><u>Pas de différence significative</u> : Taux d'allaitement à 48h (P=0.25). Allaitement maternel à 10jours et à 6 semaines (P=0.74 et P=0.44). Admission en néonatalogie (P=0.22). Temps de peau à peau durant le premier épisode et les 24 premières heures pour les deux groupes réunis (P=0.12 et P=0.34). Expérience des participants à travers le questionnaire à 10 jours, concernant les items difficulté à l'allaitement post césarienne, l'appréciation du contact peau à peau, rétablissement post-opératoire, l'appréciation d'être parents (P=0.08, P=0.28, P=0.50 et P=0.10).</p> <p><u>Différence significative</u> : Corrélation entre le temps de « peau à peau » et le type d'alimentation (allaitement vs lait artificiel) à 48 h et 6 semaines de vie (P=0.04 et P=0.003) (Les résultats des deux groupes ont été réunis pour en ressortir d'autres concernant le temps total de « peau à peau » et non pas le temps entre la naissance et le « peau à peau ». Expérience à travers le questionnaire à 10 jours sur la perception d'un bébé plus calme lors du peu à peau immédiatement après la césarienne (P=0.009).</p>	<p><u>Forces</u> : Cette étude a poussé les femmes n'étant pas sélectionnées dans le groupe « peau à peau » à augmenter le « peau à peau » par la suite car elles ont été déçues de ne pas avoir fait partie du premier groupe. Cela montre le réel intérêt des parents à une telle pratique après avoir été sensibilisés par les informations reçues.</p> <p><u>Limites</u> : « Peau à peau » dans le groupe contrôle a été plus long que prévu ce qui réduit les différences observées entre les deux groupes.</p>

<p>Titre : « Immediate breastfeeding and skin-t-skin contact during cesarean section decreases maternal oxidative stress, a prospective randomized case-controlled study »</p> <p>Auteurs : B. Yuksel, I. Ital, O. Balaban, E. Kocak, A. Seven, S. Kabil Kucur, M. Bakirci, N. Keskin.</p> <p>Journal : The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 2016.</p>				
Objectifs	Méthodes	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
Évaluer l'effet du contact peau à peau immédiat et de l'allaitement précoce en salle de césarienne sur le stress oxydatif maternel et la douleur post-opératoire.	<p>Design : Étude prospective randomisée cas-témoins.</p> <p>Population : Femmes 18-35 ans nécessitant une césarienne élective.</p> <p>Critères d'inclusion : -Césarienne élective, -Anesthésie locorégionale.</p> <p>Critères d'exclusion : -Problèmes de coagulation, -Prééclampsie et éclampsie, -Maladie systémique, -Détresse aigu-chronique fœtale, -Grossesse multiple, -Prématurité.</p> <p>Outils statistiques : GraphPad Prism version 6.05, Kolmogorov-Smirnov test, Mann-Whitney U-test, t-test, Fisher's test, Spearman's/Pearson's</p> <p>Variables : Oxydative stress index (OSI), TAS (taux sérique total d'antioxydant), TOS (taux total d'oxydant), OSI (marqueur de stress oxydatif maternel), Corrélation entre niveau d'ocytocine et TAS/TOS/OSI. Relation avec la douleur post-opératoire (échelle EVA).</p>	<p>1^{ère} étape : Recrutement de juin et juillet 2015. Distribution dans les deux groupes aléatoirement.</p> <p>Groupe 1 (n=45) : ISSC (contact « peau à peau », allaitement immédiat pendant au moins 10 minutes).</p> <p>Groupe 2 (n=45) : Contact « peau à peau » et allaitement 1h post césarienne.</p> <p>2^{ème} étape : Même type d'anesthésie pour les deux groupes (même protocole). Mères au courant de leur groupe. Prise de sang avant anesthésie et 15' après l'opération (échantillon centrifugé dans l'heure qui suit le prélèvement, à l'aveugle)</p> <p>3^{ème} étape : Évaluation de la douleur à 48h (EVA) et évaluation de la consommation de Tramadol.</p> <p>Lieu : Dumlupinar University Faculty of Medicine Turkey (Turquie).</p> <p>Ethique : Validée et approuvée par le Comité d'Ethique de la recherche sur les humains.</p> <p>Consentement éclairé des patientes.</p>	<p>Pas de différence significative : Temps de l'administration du 1^{er} opioïde post-opératoire (tendance plus tardive pour le Groupe 1). Dose totale d'opioïde (tendance dose plus faible pour le Groupe 1). Taux de TAS, TOS et OSI préopératoire.</p> <p>Différence significative : Taux post-opératoire de TAS plus haut dans le Groupe 1 (P<0.001). Taux post-opératoire de TOS plus bas dans le Groupe 1 (P<0.001). Taux post-opératoire de OSI plus bas dans le Groupe 1 (P<0.001). Taux nets arithmétiques TAS (P=0.004), TOS (P=0.004) et OSI (P<0.001) (préopératoire – post-opératoire) en faveur du Groupe 1 Taux post-opératoire Ocytocine plus haut dans le Groupe 1 (P=0.003). Corrélation positive entre taux ocytocine et taux de TAS post-opératoire (P<0.001). Corrélation négative entre taux ocytocine et taux de TOS et OSI post-opératoire (P<0.001, P<0.001).</p>	<p>Forces : Aucune force énoncée par les auteurs.</p> <p>Limites : Résultat valable uniquement à court terme. Besoin d'études supplémentaires pour identifier les effets à long terme.</p>

<p>Titre : « The charité cesarean birth: a family orientated approach of cesarean section ».</p> <p>Auteurs : R. Armbrust, L. Hinkson, K. Von Weizsäcker, W. Henrich.</p> <p>Journal : The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medecine, January 2015.</p>				
Objectifs	Méthodes	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Évaluer la sécurité et l'expérience de l'accouchement par césarienne suivant le nouveau protocole « Charité Cesarean Birth » (visualisation directe de la naissance, couper le cordon et « peau à peau »).</p>	<p><u>Design</u> : Essai contrôlé randomisé.</p> <p><u>Population</u> : Femmes avec indication pour une 1ère césarienne élective.</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> : -1ère césarienne >37 SA.</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : -Antécédents de saignements ou de trouble hémorragique, Autres pathologies maternelles, -Anomalie fœtale connue, -Changement de consentement.</p> <p><u>Outils statistiques</u> : Logiciel statistique SPSS 12. ANOVA test.</p> <p><u>Outils</u> : Likert scale (1 à 6). Questionnaire standardisé divisé en trois parties (données démographiques, expériences de la naissance, données obstétricales).</p> <p><u>Variables</u> : Temps opératoire, pertes sanguines, signes vitaux, mobilisation des patientes post-opératoire, score d'Apgar, valeur du Ph.</p>	<p><u>1ère étape</u> : Recrutement de janvier à juillet 2014, 205 femmes informées.</p> <p><u>Deux groupes</u> : 1.Césarienne « modifiée/Charité » (n=92). 2.Césarienne « classique » (n=93). Enveloppe scellée, ouverte le jour de la césarienne</p> <p><u>2ème étape</u> : <u>Groupe 1</u> : Salle d'opération est réchauffée et la lumière est tamisée. Poussées actives possibles. Champ stérile abaissé au moment de la naissance si pas de complications. Père coupe le cordon. Si le nouveau-né va bien, mise en « peau à peau ». Surveillance sage-femme. <u>Groupe 2</u> : Nouveau-né est vu par le pédiatre et/ou sage-femme, pas mis en « peau à peau avec la mère.</p> <p><u>Lieu</u> : .Hôpital universitaire Charité à Berlin en Allemagne.</p> <p><u>Ethique</u> : Approuvé en septembre 2013 par l'Institutional Review Board (N°EA2/112/13)</p>	<p><u>Pas de différence significative</u> : Expérience de la naissance a satisfait les attentes des patientes (P=0.05). Temps opératoire pour les deux groupes (moyenne 35 minutes). Pertes sanguine (moyenne 520 ml). Signes vitaux pre-opératoire (24 heures). Score Apgar à 1, 5 et 10 minutes (moyenne 9/10/10). Valeur du PH (Moyenne 7.28 Groupe CS et 7.27 Groupe « peau à peau »).</p> <p><u>Différence significative en faveur du groupe d'étude</u> : L'expérience du vécu de la naissance Mère/Père (P=0.001 x 2). Impression d'une opération de courte durée (P=0.001). Sentiment d'accompagnement adéquat et positif (P=0.03). Satisfaction de l'accouchement par rapport à la précédente césarienne (P=0.02). Diminution de problèmes liés à l'allaitement (P=0.004).</p>	<p><u>Forces</u> : Premier essai contrôlé randomisé étudiant ce sujet</p> <p><u>Limites</u> : Légères différences dans les paramètres sociodémographiques entre les deux groupes (pas de différences quant à l'indication de la césarienne). Les Likert-Scales n'étaient pas totalement standardisées. Questionnaires sur l'allaitement pas mis en annexe.</p>

<p>Titre : « Exploring the skin-to-skin in contact expérience during cesarean section ».</p> <p>Auteurs : A.C. Frederick, N.H. Busen, J.C. Engebretson, N.M. Hurst, K.M. Schneider.</p> <p>Journal : Journal Of The American Association Of Nurse Practitioners, January 2016.</p>				
Objectifs	Méthodes	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Explorer et décrire l'expérience de la mère lors d'un contact « peau à peau » immédiatement après l'accouchement par césarienne au bloc opératoire..</p>	<p><u>Design</u> : Étude qualitative.</p> <p><u>Population</u> : .Femmes de 23-38 ans, entre 391/7-402/7 SA. 2 Afro-américaines, 4 Caucasiennes et 5 Hispaniques. (césariennes itératives, 2 primipares dû à des problèmes médicaux et 1 multipare dû à présentation en siège.</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> : Grossesse unique physiologique sans antécédents particuliers (39-42 SA). Anesthésie locorégionale. Anglophones. APGAR>7 à 1' et >8.à 5'.</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : Admission en néonatalogie. Complica-tions maternelles avec l'opération.</p> <p><u>Outils</u> : -Entretiens : guide d'entrevue recommandations de Spradley, 1979. -Manuel de codage pour étude qualitative de J.Saldana, 2009). -Guide d'observation des participants (Dewalt & Dewalt, 2002). -Méthode de description interprétative (Thome, Kirkham, O'Flinn-Magee, 2004)</p> <p><u>Explorations</u> : Intéraction mère-nouveau-né, Observation personne de soutien (influence du père), Soins prodigués par le personnel soignant, Environnement de la césarienne, Vécu et attentes de l'expérience.</p>	<p><u>1^{ère} étape</u> : Recrutement de toutes les femmes ayant une césarienne élektive (période non énoncée). Échantillonnage sélectif amenant au recrutement de 14 femmes (afin d'avoir des caractéristiques différentes : ethnies et variétés d'expériences de naissance(s) antérieure(s)). Échantillonnage arrêté au moment de saturation des données et de redondance. 11 femmes gardées.</p> <p><u>2^{ème} étape</u> : Mise en « peau à peau » entre 5 à 18min après la naissance d'une durée de 12 à 62min (pour 3 patientes il a continué après la période d'observation).</p> <p><u>3^{ème} étape</u> : Collection de données de manière réursive et itérative (observations, notes de terrain classées et codées, entretiens individuels enregistrés et retranscrits entre 24-48h post césarienne).</p> <p><u>Lieu</u> : .Texas Medical Center (USA)</p> <p><u>Ethique</u> : Approbation obtenue par deux institutions indépendantes. Consentement éclairé et écrit.</p>	<p>Les trois thèmes décrits sont les soins mutuels, la présence du père et l'environnement de la salle d'opération.</p> <p>Il est ressorti que l'autonomie des mères face à ce « peau à peau » a renforcé leur confiance.</p> <p>Les mères avaient la capacité de calmer facilement le nouveau-né avec leur voix et leur toucher.</p> <p>Un succès rapide de l'allaitement est observé en post-partum, dans la salle de réveil.</p> <p>La présence du père rassure les mères et crée un tampon à l'environnement de la césarienne.</p> <p>Le « peau à peau » a permis de réduire le stress des mères et de leur nouveau-né face à cet environnement stressant.</p> <p>Succès rapide de l'allaitement (2 à 7min) dans la salle de réveil.</p>	<p><u>Forces</u> : Les résultats obtenus confortent des résultats précédemment obtenus dans d'autres études ultérieures..</p> <p><u>Limites</u> : Pas de limites énoncées par les auteurs.</p>

VI. L'analyse critique des articles

1. La méthodologie

1.1. Le design

Dans les cinq études sélectionnées, plusieurs designs différents ont été utilisés par les chercheurs, afin d'avoir une plus grande diversité d'approche. L'une est qualitative (Frederick, Busen, Engebretson, Hurst et Schneider, 2016) et est de style ethnographique, un style tout à fait cohérent avec ce sujet. Il s'agit d'une étude qualitative qui permet au chercheur de replacer le phénomène étudié, comme par exemple ici la pratique du « peau à peau », dans le contexte social et culturel des patientes. Pour cette étude, qui aborde un aspect d'ordre psychique via le ressenti et le vécu des couples, le choix de l'approche qualitative a été pertinent car elle permet de comprendre l'opinion et la pensée des personnes grâce à une analyse sociologique. Ici, l'analyse porte sur l'interprétation que les couples font de leur expérience au sein de la maternité. L'étude qualitative a une dimension prospective, c'est-à-dire qu'elle a une portée non seulement sur le présent mais aussi sur le futur. Elle apporte une vision plus proche des représentations et aide à déterminer la réalité d'une pratique et les vrais besoins des individus, permettant ainsi d'être plus performants dans la mise en place d'un futur projet. Une autre des quatre études quantitatives analysées est de type cohorte rétrospective (Posthuma, Korteweg, Marinus Van Der Ploeg, Van Der Ham, Donald De Boer et Buiters, 2016). Ce type de design ne possède pas le plus haut niveau de preuve, mais ce dernier reste acceptable et sa fiabilité élevée. Il en va de même pour l'étude quantitative prospective randomisée cas-témoin (Yuksel, Ital, Balaban, Kocak, Seven, Kabil Kucur, Bakirci et Keskin, 2016). Pour ce qui concerne cette dernière, on ne se trouve pas non plus face à un type d'étude avec le plus haut niveau de preuves. Enfin, les deux dernières études sélectionnées sont des études quantitatives d'essais contrôlés randomisés (Gregson, Meadows, Teakle et Blacker, 2016) et (Armbrust, Hinkson, Von Weizsäcker et Henrich, 2015). C'est le style d'étude offrant le plus haut niveau de preuves de cette revue de la littérature. Dans l'étude d'Armbrust et al. (2015), la méthodologie est détaillée de façon à ce que cette étude soit reproductible facilement. Dans l'étude de Gregson et al. (2016), la méthodologie est également bien décrite avec cependant un questionnement possible concernant la taille de l'échantillon. En effet, elle est basée sur une étude effectuée dans ce même hôpital quelques années auparavant, et le calcul de l'échantillonnage n'est pas décrit.

C'est la diversité de type d'étude rend cette revue de la littérature plus riche et intéressante.

1.2. Les journaux et la légitimité des auteurs

En ce qui concerne les journaux de publications, trois de nos articles sont tirés du même journal médical, « The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine », un article est tiré du journal infirmier « Journal Of The American Association Of Nurse Practitioners », et enfin, la dernière étude est tirée du journal sage-femme « British Journal Of Midwifery ». La diversité des types de journaux de publication couvre un plus large panel de points de vue relatifs aux différentes professions en lien avec ce sujet. Quant aux auteurs, plusieurs d'entre eux sont obstétriciens, assistants de recherche dans les domaines de la gynécologie obstétrique, anesthésie et réanimation, biochimie et pédiatrie néonatalogie. On recense également une infirmière du département de santé familiale, une sage-femme, un statisticien, une conseillère en lactation, des docteurs en santé publique et en médecine dans les services de gynécologie obstétrique, anesthésie et réanimation et à l'université dans la branche des sciences. Ce large panel de professions offre lui aussi un regard de tous les professionnels en lien avec ce sujet.

1.3. Le recrutement, l'échantillon et la population

Aucun biais dans le recrutement n'est remarqué, et ce dans toutes les études décrites dans ce travail, à l'exception peut-être d'un biais potentiel dans l'étude de Posthuma et al. (2016), pour laquelle on constate que la période de recrutement des deux groupes s'est faite à deux périodes différentes. De plus, dans tous les articles, les critères d'exclusions et inclusions sont clairement décrits.

Du point de vue de la sélection des patientes, deux de nos études, celle de Gregson et al. (2016), et celle d'Armbrust et al. (2015) détaillent le calcul préalable de l'échantillon nécessaire pour obtenir des résultats significatifs, et l'échantillonnage est supérieur à celui établi comme indispensable pour être significatif. Les résultats de l'étude de Yuksel et al. (2016) sont désigné comme étant significatifs, mais les auteurs ne mentionnent pas l'échantillon nécessaire pour atteindre ce résultat. Il en va de même pour l'étude qualitative de Frederick et al. (2016), pour laquelle l'échantillon s'est déterminé au fur et à mesure du recrutement. L'échantillonnage a été réalisé jusqu'à l'obtention d'une saturation des données et d'une redondance. Malheureusement, aucun détail n'est donné quant au nombre de patientes requises pour chaque

caractéristique prise en compte, mais les résultats ainsi obtenus restent statistiquement valables. Lors d'une démarche qualitative, un échantillon de taille réduite suffit pour aboutir à un résultat, ce qui facilite la mise en place d'une étude du point de vue du recrutement et de la durée de celle-ci.

Concernant la population, c'est-à-dire les caractéristiques des patientes concernées par les différentes études, nous pouvons constater qu'elles sont semblables concernant le nombre de grossesse et l'âge maternel, avec des patientes légèrement plus jeunes dans l'étude de Yuksel et al (2015). Ce qui n'empêche pas la comparaison des résultats entre les études. En ce qui concerne les autres caractéristiques de la population étudiée, elles ne sont pas mentionnées dans toutes les études. En effet le BMI est présenté dans seulement deux études et est plus élevé dans l'étude de Posthuma et al. (2016) avec des femmes en surpoids, alors que dans l'étude de Gregson et al. (2016) toutes les femmes ont un BMI dans les normes. De plus, il est retrouvé dans les études de Gregson et al. (2016) et Frederick et al. (2015), un pourcentage de naissance de garçon plus élevé par rapport à celui de filles, et un poids de naissance moyen comparable, ce qui permet de pouvoir comparer les résultats. Quatre des cinq études se sont déroulées dans des pays avec un style de vie comparable à celui de la Suisse. En effet, les études de Posthuma et al. (2016), de Gregson et al. (2016), d'Armbrust et al. (2015) et celle de Frederick et al. (2016) se déroulent respectivement aux Pays-Bas, en Angleterre, en Allemagne et aux Etats-Unis. Avec pour cette dernière un large panel d'ethnies différentes, ce qui apporte une dimension multiculturelle dans cette étude. L'étude de Yuksel et al. (2016), se déroule en Turquie, où on peut supposer une différence culturelle par rapport à la Suisse. L'applicabilité de ces résultats peut nous interpeller vu le manque d'informations sur les habitudes hospitalières, la relation à la maternité ainsi que quant à l'allaitement. Cependant, l'exclusion de ces résultats ne serait pas pertinente car la réponse hormonale au stress est universelle. De plus, en Suisse et particulièrement à Genève, la population est composée de cultures et d'origines diverses, elle est particulièrement multiculturelle, et c'est pourquoi le choix de ces cinq articles est congruent et permet ainsi d'en transposer les résultats à la population genevoise.

1.4. Les outils

Concernant les différents outils utilisés, certains sont présents dans plusieurs études. En effet, des échelles de Likert différentes sont présentes dans deux études, celle de Gregson et al. (2016), et celle d'Armbrust et al. (2015). Les auteurs ne mentionnent

pas la validité et la référence de leurs échelles, mais l'échelle de Likert est un outil adéquat et valide pour mesurer différentes variables, et est pertinente dans ces deux études. Elle n'est pas utilisée au même moment puisque dans la première étude, il est demandé aux parents de remplir le questionnaire à 10 jours et 6 semaines Post-Partum et dans la deuxième étude, entre le deuxième et le quatrième jour post-partum. Or, cette différence de distance temporelle par rapport à l'accouchement peut créer un biais dans la comparaison des résultats. De plus, dans l'étude d'Armbrust et al. (2015), l'échelle de Likert est dite modifiée, sans que d'avantages explications ne soient données à ce sujet. Cela peut interpeller quant à sa correcte utilisation et quant à la possibilité de comparaison entre ces résultats et ceux de l'autre étude. En effet, concernant les difficultés d'allaitement, qui est la seule question en commun entre les deux questionnaires (basés sur leurs échelles de Likert), le résultat est significatif dans l'étude d'Armbrust et al. (2015), et non significatif dans l'étude de Gregson et al. (2016). On peut se demander si l'utilisation d'une échelle sans modification aurait abouti à des résultats plus similaires.

Dans l'étude de Frederick et al. (2016), les interviews ont été dirigées par le biais de questions ouvertes, une modalité qui permet aux personnes interrogées de s'exprimer librement. Un guide d'entrevue (Spradley, 1979) a été utilisé afin de stimuler les discussions, ainsi qu'un guide d'observation des participantes (Dewalt et Dewalt, 2002) et une méthode de description interprétative (Thorne, Kirkham et O'Flynn-Magee, 2004). Grâce à son design ethnographique, des observations complétées par les notes de terrain ont également aidé à faire des liens entre les différentes réponses obtenues et d'en tirer des conclusions qui ont ensuite été validées ou clarifiées lors d'interviews ultérieures. Des intervenants qualifiés ont par la suite revu ces analyses afin de s'assurer que les résultats énoncés étaient congruents avec les données. L'un des avantages d'une étude qualitative est que normalement elles impliquent moins de biais relatifs aux représentations sociales (réponses stéréotypées). Les longs interrogatoires poussent à des réflexions, donc à des réponses plus approfondies et ainsi plus claires et « réelles », contrairement aux sondages à *réponses courtes* ou à *choix* utilisées lors d'études quantitatives. Cependant, ici aussi de nombreux biais peuvent interférer les résultats. Dans l'étude de Frederick et al. (2016), aucun détail concernant la durée des entretiens n'a été énoncé, ce qui pourrait constituer un potentiel biais. Il existe aussi des biais potentiels liés aux enquêteurs eux-mêmes, dans leur conception de l'étude et au contact qu'ils établissent avec les personnes interrogées. Par exemple, le biais de désirabilité sociale qui pousse la personne

interrogée à donner des réponses qui correspondent aux normes socialement acceptables (Butori et Barguel, 2012), voire aux attentes qu'elles attribuent aux personnes qui l'interroge. Il n'est pas spécifié non plus le nombre d'enquêteurs et d'intervenants ni si le rôle de chacun d'entre eux est demeuré le même tout au long de l'étude.

1.5. L'éthique

Toutes les études respectent les principes éthiques dans le sens qu'elles ont été approuvées par un comité d'éthique.

Il est possible, cependant, de s'interroger à propos du choix des groupes contrôle et groupes témoin des différentes études et donc du respect du principe de l'égalité de traitement des patientes. Dans quatre études (Armbrust et al., 2015; Frederick et al., 2016; Yuksel et al., 2016; Gregson et al., 2016) la mise en place de l'étude ainsi que son analyse se sont faites au même moment, ce qui implique un traitement différent des groupes de patientes sur une même période. En revanche, dans l'étude de Posthuma et al. (2016), il n'y a pas, dans une même période, des couples bénéficiant de l'étude et d'autres n'en pouvant pas en bénéficier.

2. L'étude transversale des résultats

2.1. Les issues maternelles

Dans ce chapitre, l'analyse est portée sur les études qui se sont intéressées aux impacts physiques maternels avec ou sans « peau à peau » directement après la naissance.

Quatre études se sont penchées sur ce sujet. Concernant les issues obstétricales, nous pouvons observer que dans l'étude de Posthuma, et al (2016), aucune différence significative n'est démontrée en ce qui concerne les pertes de sang ($P=0.188$), de même dans l'étude d'Armbrust et al (2015) avec des pertes de sang moyennes de 520 ml pour les deux groupes.

La pratique « peau à peau » ne semble pas porter atteinte à la santé physique de la mère, puisque lors de la césarienne, aucune différence significative n'est objectivée concernant les signes vitaux peropératoires (SpO_2 , TA, nécessité de médicaments stabilisateurs de la circulation), et post opératoires (Armbrust et al., 2015). Aucune différence significative n'est pas non plus retrouvée dans l'étude de Posthuma, et al

(2016) concernant le taux d'infections ($P=0.374$). Pour finir, aucune différence significative n'est retrouvée en ce qui concerne la douleur perçue, avec une mobilisation physique post opératoire des patientes d'une moyenne de 24 heures (Armbrust et al., 2015) et un résultat à l'échelle de la douleur équivalent dans les deux groupes (Yuksel et al., 2016). Cependant, dans le groupe « peau à peau » une tendance vers une diminution de la prise d'opioïde est retrouvée dans l'étude de Yuksel et al (2016). L'échelle de la douleur est, quant à elle, réalisée seulement à 48H post opératoire. Pour une meilleure comparaison de cette donnée, plusieurs valeurs seraient nécessaires pour en observer l'évolution. De plus, comme chaque personne réagit différemment face à la douleur, selon son vécu ou son seuil de tolérance, on ne compare pas des résultats objectifs mais subjectifs. Cette perception subjective pourrait aussi être influencée par le désir des auteurs de prouver le bénéfice de cette pratique et expliquer ainsi en partie la tendance mesurée ($P=0.333$).

Si nous nous intéressons maintenant au facteur temps, dans l'étude d'Armbrust, et al (2015), aucune différence significative n'est démontrée concernant la durée de l'opération (35 minutes). Posthuma et al. (2016) ont mis en évidence un séjour d'hospitalisation réduit pour le groupe « peau à peau » ($P<0.001$). Certes la différence n'est que d'une demi-journée, mais le point primordial de ce résultat est qu'il n'y a pas de rallongement constaté de la durée du séjour, donc pas à priori d'impact négatif sur la santé des femmes.

Concernant le stress engendré par l'opération, il est démontré dans l'étude de Frederick et al. (2016) que l'environnement propre à la salle d'opération et à la césarienne provoque de l'anxiété. En effet, être entourées de puissantes lumières, de matériel chirurgical, de nombreux personnels de la santé, ainsi que la sensation liée à la rachianesthésie/ péridurale est quelque chose d'assez inhabituel. Ce sentiment d'« impuissance » et le côté « impersonnel » d'une telle expérience a pu être atténué, selon le groupe d'intervention, grâce à la pratique du « peau à peau » immédiat. Cette pratique a permis de calmer la mère et l'enfant mis face à cette situation angoissante. Cette diminution de l'anxiété est confirmée par une diminution significative des taux d'indicateurs de stress dans l'étude de Yuksel et al (2016). En effet, les taux sériques d'oxydants, TOS, sont significativement plus bas dans le groupe bénéficiant de la mise en place du contact « peau à peau » directement après la naissance ($P<0.001$). De plus, les taux sériques de marqueurs de stress oxydatif, OSI, sont eux aussi significativement plus bas dans ce groupe ($P<0.001$). Enfin, le taux TAS, antioxydant

donc protecteur du stress, est significativement plus élevé dans ce même groupe ($P < 0.001$). Une visualisation des baisses de TAS entre les deux groupes dues à la césarienne a également été constatée. Les résultats sont statistiquement positifs pour le groupe bénéficiant du contact « peau à peau » immédiatement après la naissance avec une baisse moins importante ($P = 0.004$). De même pour les TOS et OSI qui présentent un taux qui a significativement moins augmenté dans le groupe d'intervention ($P = 0.004$) ($P < 0.001$). Comme vu auparavant cette pratique agit en même temps sur un autre facteur, l'ocytocine. Selon Frederick et al. (2016), la dyade formée par la mère et son nouveau-né lorsqu'ils sont placés en contact « peau à peau » directement après la naissance procure un sentiment de calme et de réconfort réciproque. Ce que confirme les résultats de Yuksel et al (2016), avec une augmentation significative du taux d'ocytocine ($P = 0.003$) dans le cadre du « peau à peau ». Enfin, une corrélation négative est retrouvée dans l'étude de Yuksel et al (2016) entre les niveaux d'ocytocine et les niveaux de TOS et d'OSI postopératoires ($r = -0,986$, $p < 0,001$; $r = -0,970$, $p < 0,001$, respectivement). Et une corrélation positive entre les taux d'ocytocine et les niveaux de TAS postopératoires ($r = 0,899$, $p < 0,001$).

Il est donc démontré dans ces quatre études que le contact « peau à peau » ne provoque pas de conséquences néfastes au niveau de la santé de la mère. De plus, cette pratique ne prolonge pas le temps opératoire et contribuerait même à réduire le temps d'hospitalisation. Grâce à elle, une réduction du stress maternel et une augmentation de la sécrétion d'ocytocine seraient trouvées. Cette pratique ne devrait pas impacter négativement le vécu des parents par rapport à l'état de santé de la mère, bien au contraire. Reste à voir s'il en va de même pour les issues néonatales.

2.2. Les issues néonatales

Cette partie s'intéresse aux articles qui étudient les impacts physiques néonataux. L'étude de Gregson et al. (2016), ne montre pas de différences significatives concernant le taux d'admission en néonatalogie ($P = 0,22$) entre les deux groupes. L'étude de Posthuma et al. (2016), conforte ces résultats. En effet, aucune différence significative n'est observée concernant les admissions dans le service de soins intensifs néonataux ($P = 0,123$). De plus, l'admission en service de néonatalogie est significativement plus basse dans le groupe « peau à peau » ($P = 0.000$) (Posthuma et al., 2016).

En ce qui concerne le score d'Apgar et le PH, les deux études nous démontrent qu'il n'y a pas de différences significatives entre les deux groupes pour ces deux

paramètres cités. En effet, dans l'étude d'Armbrust et al. (2015), les scores d'APGAR à 1 minutes, 5 minutes et 10 minutes de vie ne sont pas différents (9/10/10), de même pour les valeurs de PH (7,28 dans le groupe témoin CS et 7,27 dans le groupe « peau à peau ». L'étude de Posthuma et al. (2016), confirme ces résultats avec aucune différence significative retrouvée pour le score d'Apgar ($P=0,477$) et la valeur du PH ($P=0,247$). En revanche, en ce qui concerne le stress ressenti par le nouveau-né, des résultats significativement plus bas sont retrouvés dans l'étude de Gregson et al. (2016), avec des réponses aux questionnaires en faveur d'un nouveau-né plus calme chez le groupe « peau à peau » ($P=0.009$).

Dans l'étude de Posthuma et al. (2016), nous avons pu constater des différences non significatives entre les deux groupes concernant le poids du nouveau-né à la naissance ($P=0.248$), l'hyperbilirubinémie ($P=0.790$), l'hypoglycémie ($P=0.521$) et l'hypothermie ($P=0.592$). En ce qui concerne le taux d'infection, la suspicion d'infection est significativement positive dans le groupe contrôle, c'est-à-dire avec la césarienne conventionnelle ($P=0.002$) (27 pour le groupe contrôle et 6 pour le groupe d'intervention). Le taux de sepsis quant à lui ne donne pas de résultat significatif ($P=0.259$). Aucun décès n'est à déplorer dans ces trois études. Via ces trois études (Armbrust et al., 2015; Posthuma et al., 2016; Gregson et al., 2016), nous pouvons constater que la mise en place du contact « peau à peau » n'induit pas d'effets négatifs sur le nouveau-né puisque pour la plupart des variables, aucune différence significative en ce sens n'est retrouvée. En ce qui concerne les résultats significatifs, ils confortent l'utilité de cette approche en appuyant le fait qu'il y a moins de nouveau-nés ayant des problèmes suspicion d'infection ou transfert en néonatalogie lors de l'approche « peau à peau ». Concernant les issues néonatales, celles-ci ne semblent pas influencer négativement le vécu de cette pratique avec des résultats qui tendent plutôt à montrer un bénéfice pour le nouveau-né. Le ressenti des parents apparaît dans un prochain chapitre.

2.3. L'allaitement

Ce chapitre vise à analyser les articles s'intéressant spécifiquement aux résultats sur l'allaitement maternel.

Deux des études s'intéressent à l'allaitement maternel et leurs résultats se complètent. Dans l'étude d'Armbrust, et al (2015), les résultats démontrent un taux d'allaitement maternel augmenté (69% vs 81%), ainsi qu'une diminution des problèmes liés à l'allaitement ($P=0.04$) grâce à la mise en place du « peau à peau » directement en

salle de césarienne. Toutefois, ces-dits problèmes ne sont ni expliqués ni détaillés, alors que ces problèmes peuvent être d'ordre biomédical ou psychosocial et, de ce fait, plus difficiles à généraliser à la population. Les observations ont pu mettre en évidence des signes de recherche du sein de la part du nouveau-né (repos, salivation, léchage, claquement des lèvres, pétrissage avec les mains et mouvement de la tête en direction du mamelon). Certaines mères ont ainsi tenté une première mise au sein pendant la procédure en salle de césarienne, mais aucune d'entre elles n'a réussi à maintenir leur enfant sur le mamelon. Il en résulte cependant un succès rapide de l'allaitement maternel en salle de réveil (2 à 7 minutes). Dans l'étude Gregson et al. (2015), aucune différence significative n'est démontrée concernant les taux d'allaitement à 48h, 10 jours et 6 semaines post-partum entre le groupe « peau à peau » et le groupe témoin. Cependant, une tendance favorable est ressortie pour le groupe « peau à peau ». Cette étude met en lumière le fait qu'il y a un impact positif significatif sur la corrélation entre la durée du « peau à peau » et le taux d'allaitement ($P=0.04$ à 48 heures, et $P=0.003$ à 6 semaines post-partum). De plus, l'un des points du questionnaire destiné aux parents montre une tendance de réponses plus favorables pour le groupe « peau à peau » quant à la facilité de l'allaitement post césarienne ($P=0.08$).

Cependant, la « contamination » mentionnée par les auteurs nous pousse à réfléchir sur la validité de ces résultats. Il se pourrait qu'un éventuel regret de ne pas être dans le groupe « peau à peau » aurait entraîné les parents à augmenter la durée du contact « peau à peau » en comparaison avec la durée constatée habituellement lors d'une césarienne traditionnelle. En effet, aucun détail n'est donné quant aux informations fournies aux patientes sur les avantages de cette pratique lors de la mise en place de l'étude et lors de la pratique habituelle. Augmenter la quantité d'informations données concernant cette pratique pourrait, par elle seule, accroître l'intérêt des patientes/couples pour cette pratique.

Il ressort de deux études (Armbrust et al., 2015 ; Gregson et al., 2016) que malgré les critiques apportées, les bénéfices du « peau à peau » en salle d'opération sur l'allaitement maternel peuvent être pris en compte.

L'allaitement peut, par ailleurs, impacter le vécu d'un accouchement de la même manière que les impacts physiques maternels/néonataux peuvent l'influencer de manière positive ou négative.

2.4. Le ressenti et vécu de l'expérience de la césarienne « peau à peau »

Lors de la mise en place d'un contact « peau à peau » immédiatement après la césarienne, les issues néonatales et maternelles revêtent une grande importance et doivent être contrôlés de manière rigoureuse pour la sécurité de la mère et de son enfant. Cependant, l'aspect psychique joue un rôle essentiel et doit également être évalué afin de comprendre si cette procédure pertinente et intéressante.

Trois études sur les cinq choisies s'intéressent au vécu des parents pendant une telle expérience (Gregson, Meadows, Teakle et Blacker, 2016; Armbrust, Hinkson, Von Weizsäcker et Henrich, 2015; Frederick, Busen, Engebretson, Hurst et Schneider, 2016). Deux d'entre elles ont une démarche quantitative de type essais contrôlé randomisé et la dernière a une approche qualitative. Concernant les deux études quantitatives, l'une d'elle se focalise plus particulièrement sur les effets de l'allaitement mais a pu faire ressortir quelques informations sur le vécu des parents via un questionnaire à 10 jours postpartum (Gregson et al., 2016). La seconde a pour objectif d'évaluer la sécurité ainsi que l'expérience d'une césarienne « peau à peau » et fournit alors plus de réponses sur ce sujet par le biais de questionnaires (Armbrust et al., 2015). L'étude qualitative, quant à elle, se concentre uniquement sur l'exploration de l'expérience vécue à l'aide d'observation, de notes de terrain suivies d'entretiens maternels entre 24 et 48h post césarienne (Frederick et al., 2016).

Il est intéressant de noter que ces études ont été effectuées en Angleterre (Gregson et al., 2016), en Allemagne (Armbrust et al., 2015) et aux USA pour la qualitative (Frederick et al., 2016). Toutes se sont déroulées dans des sociétés de type occidentales et malgré les différences spécifiques entre ces pays, leurs cultures restent plus ou moins proches, ce qui permet de pouvoir transposer les résultats d'une population à l'autre sans que cela pose de problèmes. La Suisse, faisant partie du monde occidental, peut donc aussi se référer à leurs résultats.

Les données recueillies et analysées montrent des résultats en faveur de la mise en place du « peau à peau » en salle de césarienne. En effet, plusieurs éléments positifs ressortent de ces trois études. Trois axes transversaux sont mis en évidence par la recherche qualitative (Frederick et al., 2016). Le premier axe est le partage du *mutual caregiving*⁴ entre la mère et son enfant, le second axe s'intéresse à l'influence des pères et le dernier axe traite de l'environnement de la césarienne. Les résultats trouvés

⁴ Soins mutuels par contact

dans les deux autres études quantitatives complètent ou renforcent ceux de ces trois axes transversaux et complémentaires (Armbrust et al., 2015 ; Gregson et al., 2016). Les données recueillies dans l'étude de Frederick et al. (2016) montrent que la mise en place d'un contact direct et précoce entre la mère et son enfant en salle de césarienne est une expérience décrite comme puissante du point de vue des parents. Cette dernière permet de créer rapidement un lien avec l'enfant. La possibilité d'interagir verbalement avec son enfant a été mise en avant de manière positive par de nombreuses mères. En effet, selon elles, leur voix connue par leur nouveau-né, ainsi que la chaleur fournie lors de ce contact « peau à peau » a permis d'apaiser leur enfant. L'étude d'Armbrust et al. (2015) va dans ce sens en appuyant le fait qu'un contact physique et visuel constant permet de faire ressentir un sentiment de sécurité. Il ressort de cette étude une augmentation du score de la satisfaction des parents dans 92% des cas lorsque le drap stérile a été levé afin de pouvoir observer la naissance de leur enfant. Dans l'étude de Frederick et al. (2016) il n'y pas d'indication quant au déroulement de la césarienne. Il faut noter que la procédure dans ces deux études n'est pas exactement la même. En effet, le « peau à peau » a été initié immédiatement dans l'étude d'Armbrust et al. (2015) sans que sa durée totale soit indiquée. Dans l'étude de Frederick et al. (2016), celui-ci ne débute qu'entre 5 à 18 minutes après la naissance et dure entre 12 à 63 minutes. Ces différences peuvent rendre la comparaison de ces deux études un peu difficile. Dans l'étude d'Armbrust et al. (2015), le père a également pu participer activement à la naissance du nouveau-né comme lors d'un accouchement par voie basse avec la possibilité, s'il le désirait de pouvoir couper le cordon. Cette intégration active au processus de naissance a été particulièrement appréciée et jugée importante par les parents (en particulier par le partenaire). Il y a cependant des suivis de pères qui ont été interrompu en raison de questionnaires non remplis, mais selon les auteurs ce n'était pas biaisant, bien que le manque de plusieurs questionnaires pourrait nous interpeller quant à la réelle validité des résultats obtenus. Il faudrait pouvoir vérifier que les raisons qui ont fait que les questionnaires n'ont pas été remplis n'étaient pas en lien avec une éventuelle insatisfaction de la part des parents. Une intégration du père a également été retrouvée dans l'étude de Frederick et al. (2016). Il possédait un rôle important de soutien auprès de la mère et du nouveau-né qui a été jugé comme important par les mères qui ont vécu ce moment d'unité familiale. Certains pères se distanciaient de l'opération mais la majorité étaient assis auprès de la mère, repositionnaient le nouveau-né ou demandaient de l'aide si besoin. Leur participation a été décrite comme faisant office

de tampon à l'environnement de la césarienne. Là aussi, la comparaison entre les deux études nous interroge car les pères n'ont pas eu les mêmes rôles. Concernant le vécu de l'opération, les deux études trouvent des résultats un peu différents. En effet, dans l'étude de Frederick et al. (2016), les parents mentionnent que la réalité de la césarienne les rattrapait par moment (prises régulières de la tension artérielle, positionnements fréquents de la mère et du nouveau-né par le personnel soignant). Il a aussi été reporté par les mères que les moments de lien avec leur enfant ont été constamment interrompus par la procédure même de la césarienne, l'équipement, la position allongée et le personnel soignant. Certaines mères ont également rapporté qu'elles avaient l'impression que leur enfant pouvait gêner le bon déroulement de l'opération. Tout ceci a amené quatre patientes du groupe d'étude à raccourcir ou retarder le moment du contact « peau à peau » (anxiété, peur pour leur enfant, positionnement, douleur). Contrairement à cela, dans l'étude d'Armbrust et al. (2015), il en résulte pour le groupe « peau à peau », de manière significative, un sentiment d'accompagnement adéquat et positif de la part du personnel soignant ($P=0.03$). De plus, il en résulte aussi une impression que la durée de l'opération a été courte ($P=0.001$). Il faut cependant tenir compte que dans cette dernière étude, il y a une différence significative quant au niveau d'éducation ($P=0.02$) entre le groupe témoin (40%) et le groupe d'étude (69%) relatif au niveau d'éducation élevée. Ceci pourrait avoir une influence sur les réponses en raison de potentielles différences de représentations ou de niveau de connaissances. En revanche, deux études se rejoignent concernant la satisfaction. En effet, dans l'étude d'Armbrust et al. (2015), les couples du groupe d'étude ayant un antécédent de césarienne traditionnelle ont fait ressortir une satisfaction significativement plus élevée de cet accouchement par rapport au précédent ($P=0.02$). A noter que cette satisfaction plus élevée est retrouvée pour tous les couples du groupe « peau à peau » ($P=0.001$ pour les mères et $P=0.001$ pour les pères). Enfin, la satisfaction des attentes des parents relatives à la naissance montre une tendance favorable pour le groupe « peau à peau » ($P=0.05$). Les résultats sont retrouvés non significatifs dans l'étude de Gregson et al. (2016). En effet, les résultats du questionnaire effectué à 10 jours postpartum montrent une expérience agréable pour la majorité des participants (groupe d'intervention et groupe témoin). Cependant, une tendance de réponses favorables est retrouvée pour le groupe ayant bénéficié d'une césarienne avec contact « peau à peau » immédiatement (facilité de la mise au sein post césarienne $P=0.08$, confiance et joie du « peau à peau » avec son enfant $P=0.28$, bon rétablissement de l'opération $P=0.50$ et bonheur d'être parent

P=0.10). Enfin, dans l'étude d'Armbrust et al. (2015), 95% des femmes du groupe « peau à peau » déclarent qu'elles feraient de nouveau une césarienne « peau à peau » si une indication de césarienne était posée lors d'une future grossesse. Dans cette même étude, il apparaît également que le sentiment d'avoir manqué quelque chose en comparaison à un accouchement par voie basse est plus élevé dans le groupe qui a eu une césarienne de type traditionnelle.

À la suite de toutes ces observations et déclarations provenant des trois études citées, les résultats de ces expériences se montrent plutôt positifs et parlent en faveur de cette procédure de césarienne « peau à peau ».

VII. La discussion

1. L'introduction

Il est important tout d'abord de rappeler que les conclusions relatives aux résultats des études analysés dans ce travail sont à prendre avec prudence car ce travail ne comporte que cinq études. Ce nombre ne peut en aucune façon permettre d'appliquer ces résultats à la population générale sans plus d'études ou de recherches. Ce travail de bachelor s'est surtout intéressé aux risques et bénéfices de cette pratique nécessaires pour étudier les conditions de la mise en place de cette pratique dans un grand centre hospitalier. Chaque catégorie va être détaillée et débattue par la suite.

2. Les résultats

2.1. Les issues maternelles

Dans l'étude de Posthuma, et al (2016), aucune différence significative n'est démontrée en ce qui concerne les pertes de sang, de même pour l'étude d'Armbrust et al (2015). De plus, la question se pose quant à la diminution des pertes de sang dues à une mise au sein précoce qui augmente l'activité utérine après la naissance et diminue de ce fait le risque d'hémorragie post-partum (Des signes vitaux stables et non péjorés dans le cadre du « peau à peau » amènent à se demander s'il serait possible de détacher un bras de la patiente du lit durant la fin de l'opération afin qu'elle puisse tenir son enfant. Cette possibilité n'est pas mentionnée dans les articles retenus, mais c'est une approche qui a pu être vue en pratique dans un hôpital suisse. Il y avait la possibilité de détacher du lit un bras de la patiente, en rappelant à celle-ci qu'elle ne doit pas oublier de tendre son bras lors de la prise de tension (tensiomètre

maintenu en place tout au long de l'intervention). Au niveau du risque infectieux, aucune différence significative n'est retrouvée dans l'étude de Posthuma, et al (2016) concernant cette pratique. Du point de vue de la douleur, dans l'étude de Yuksel et al (2016), une tendance vers une diminution de prise d'opioïde est observée. Ce qui est confirmé par l'étude qualitative de Sundin et al. (2015) avec une perception moins grande de la douleur de la part des femmes pratiquant le « peau à peau ». En effet, leur attention serait détournée par la présence de leur nouveau-né. La Cochrane de Moore et al. (2016) et la revue de littérature de Stevens et al. (2014) restent plus mitigés sur ce sujet avec aucune différence significative démontrée. Il serait intéressant de se pencher sur ce sujet de manière approfondie, car une réduction de la douleur pourrait entraîner une prise d'opioïdes plus faible, et, de ce fait, outre les bienfaits pour la mère, à plus grande échelle un coût réduit pour le système de santé. De plus, un nouveau-né moins endormi favorise l'allaitement et diminuerait, ainsi, les interventions de professionnels pour des difficultés liées à l'allaitement maternel.

En ce qui concerne le temps opératoire, il a pu être constaté que cette pratique n'allonge aucunement la durée de l'opération, avec des différences non significatives dans l'étude d'Armbrust, et al (2015). De plus, l'hospitalisation des patientes du groupe « peau à peau » serait plus courte. Effectivement, un résultat significatif de cette donnée est retrouvé dans l'étude de Posthuma et al (2016). Ce bénéfice trouvé sur la durée de l'hospitalisation devrait lui aussi être plus approfondi avec également une démarche en lien avec le coût de la santé.

En se penchant sur le stress, les études de Frederick et al. (2016) et de Yuksel et al (2016) montrent une diminution du stress chez les mères ayant reçu le contact « peau à peau » dans la salle d'opération. Cependant, concernant le niveau d'anxiété, la Cochrane de Moore et al. (2016) reste plus en retrait sur ce sujet avec aucune différence significative démontrée. Ayant uniquement à disposition une seule étude qui a traité de ce sujet, les résultats sont à prendre avec précaution. Une augmentation de la production d'ocytocine est aussi retrouvée dans ces deux études. Or, le stress et l'ocytocine sont liés du fait de l'action de cette dernière sur la diminution de production des hormones du stress (Boutet et al, 2006; Pignol, Lochelongue et Fléchelles, 2008). Il est également intéressant de rajouter l'impact de la sécrétion d'ocytocine qui rend bénéfique la mise en place du lien mère-enfant (Matthienser, Ransjo-Arvidson, Nisser et Uvras-Maberg, 2001 ; Nissen, Lilja, Widstrom et Uvnas-Moberg, 1995 ; Kennel et Klaus, 1998 ; Nelson et Panksepp, 1998).

Comme retrouvé dans la revue de littérature de Stevens et al. (2014) un bien-être émotionnel des mères est démontré grâce à la pratique du « peau à peau ». De ce fait, nous avons pu grâce à ce travail, répondre à notre questionnement concernant l'apaisement de la mère lors de cette pratique.

2.2. Les issues néonatales

Dans cette revue de la littérature, les articles n'ont pas démontré de risque pour cette pratique. En revanche, quelques bénéfices ont été évoqués. Tout d'abord les études de Gregson et al. (2016) et de Posthuma et al. (2016) se rejoignent avec des résultats sans différences significatives concernant l'admission dans le service de la néonatalogie de soins intensifs (Posthuma et al., 2016) et de néonatalogie (Gregson et al., 2016). De plus, il ressort un résultat significatif quant à une diminution l'admission dans le service de néonatalogie (soins non intensifs) dans l'étude de Posthuma et al. (2016). Il serait intéressant d'intensifier les recherches sur la diminution potentielle d'admission en néonatalogie, car outre les effets bénéfiques pour les nouveau-nés et leurs parents, ceci pourrait avoir un impact positif aussi au niveau des coûts de la santé. Ensuite, aucune différence significative n'est retrouvée en ce qui concerne le score d'Apgar et le PH dans les études d'Armbrust et al. (2015) et de Posthuma et al. (2016). Mais dans la Cochrane de Moore et al. (2016), une meilleure adaptation du système cardiovasculaire est retrouvée dans le cadre d'une césarienne « peau à peau », ce qui concorderait avec les résultats déjà retrouvés dans le cadre du « peau à peau » lors d'un accouchement voie basse (Bergman, 2004 ; Luong, 2015). Cependant ce résultat est à prendre avec précaution : il y avait peu de nourrissons considérés et les études n'étaient pas de haute qualité. Il serait intéressant d'approfondir ces recherches par de nouvelles études.

Concernant l'hypothermie, qui correspond au frein principal perçu pour la mise en application de cette pratique, aucune différence significative n'est retrouvée dans l'étude de Posthuma et al. (2016) entre les valeurs de température en cas de césarienne traditionnelle et de « peau à peau ». Résultat confirmé par la revue de littérature de Stevens et al. (2014). De même que pour la Cochrane de Moore et al. (2016), avec, cependant des résultats provenant ici encore d'études qui ne sont pas de haut niveau de preuve. Les éléments avancés par Bystrova et al., (2003) et d'autres auteurs (Gremmo-Feger et al. 2005-2006; Pignol, Lochelongue et Fléchelles, 2008; Girard, 2015) soutiennent que la température du nouveau-né est plus élevée en « peau à peau » que lorsque le nouveau-né est habillé et placé dans son berceau. L'OMS

(1997 et 2000) recommande par ailleurs, quant à elle, le « peau à peau » comme prévention de l'hypothermie. Enfin, dans une étude contrôlée randomisée de Horn et al. (2014), la température des nouveau-nés en « peau à peau » est retrouvée plus élevée si ces derniers étaient, outre cette pratique, réchauffés avec de l'air chaud. Ces résultats sont encore trop peu nombreux pour certifier d'un réel bénéfice ou tout au moins d'un non risque. En effet, d'autres études sont nécessaires pour clarifier l'impact de l'approche « peau à peau » en salle de césarienne quant au risque d'hypothermie.

Un risque d'hypoglycémie peut être lié à la présence d'une hypothermie. Aucune différence significative n'est retrouvée dans l'étude de Posthuma et al. (2016) concernant ces deux facteurs. En revanche, dans la Cochrane de Moore et al. (2016), la glycémie est retrouvée plus élevée lors de « peau à peau », ce qui confirmerait les informations avancées par certains auteurs. Cependant, comme dit plus haut, les résultats de cette Cochrane sont à prendre avec précaution (Christensson et al., 1992 ; Christensson, Cabrera, Uvnas-Moberg et Winberg, 1995 ; Michelsson, Christensson, Rothganger et Winberg, 1996).

En ce qui concerne les signes de douleurs et de stress du nouveau-né, aucune des études ne s'est penchée explicitement sur le sujet. Si nous nous basons sur les informations données dans le cadre théorique, le « peau à peau » diminuerait les signes de douleur (Gray, Watt et Blass, 2000), et les signes de stress (Charest et Perreault, 2011; Gremmo-Ferger, Laparra, Collet et Sizun, 2005-2006). En effet, la séparation à la naissance pourrait provoquer une augmentation du stress de l'enfant. (Modi ,1998). A l'inverse, il est démontré lors du contact « peau à peau » une diminution plus rapide des effets néfastes dus au stress de la naissance (Gremmo-Feger, Laparra, Collet et Sizun, 2005-2006). Cette diminution du stress lors de cette pratique serait due à une sécrétion augmentée d'ocytocine (Handlin, et al., 2009). La revue de littérature de Stevens et al. (2014) confirme toutes ces informations, mais le nombre suffisant de travaux sur ce sujet nous amène à penser que d'autres études seraient nécessaires pour confirmer ou infirmer ces résultats de manière relative.

Il était intéressant de savoir si les premiers soins peuvent être retardés chez le nouveau-né sain né par césarienne comme lors d'un accouchement par voie basse. Malheureusement il n'y a pas encore de réponse définitive à cette question. Même s'il a été démontré est que le « peau à peau » n'était pas délétère pour le nouveau-né et qu'il pouvait, de ce fait, être mis en place, avec potentiellement des effets bénéfiques.

Reste cependant à réaliser un complément d'études spécifiques relatives à un potentiel report de soins.

En résumé, pour l'heure, la pratique du « peau à peau » ne représente pas de risque pour la santé de la mère comme pour son nouveau-né et que celle-ci peut même apporter des bénéfices aux deux. Cette pratique devrait être encouragée. Aucune information qui pourrait remettre en cause la mise en place du « peau à peau » en salle de césarienne n'a été trouvée. Une recommandation systématique de cette pratique sous certaines conditions (facteurs d'exclusions et inclusions) serait donc envisageable.

2.3. L'allaitement

Il apparaît dans plusieurs études de cette revue de la littérature que le « peau à peau » précoce apporte des bénéfices en ce qui concerne l'allaitement. Concernant l'étude d'Armbrust, et al (2015), un taux d'allaitement maternel est retrouvé augmenté. Dans l'étude de Gregson et al. (2015), aucune différence significative n'est démontrée concernant les taux d'allaitement, avec cependant une tendance positive pour le groupe « peau à peau ». De plus, dans une nouvelle étude de cohorte de Guala et al. (2017), un impact positif significatif du « peau à peau » est retrouvé sur les taux d'allaitement exclusifs à la sortie de la maternité et à 3 mois de vie. Ceci confirme les résultats trouvés lors d'un accouchement voie basse avec contact « peau à peau ». Une meilleure préhension du mamelon et un meilleur allaitement sur le long terme sont favorisés par le climat de cette pratique (Righard et Alade, 1990 ; Righard et Alade, 1992 ; Widstrom et Thingstrom-Paulson, 1993 ; Moore, Bergman, Anderson et Medley 2016; Camus, 2017).

Le contact rapide du nouveau-né avec le sein semble avoir un effet positif sur la quantité de lait produite ultérieurement, et sur la durée de l'allaitement (Beaudry, Chiasson, Lauzière, 2006; Camus, 2017). Ceci est cohérent avec les résultats retrouvés dans l'étude d'Armbrust, et al (2015), qui montrent une diminution des problèmes liés à l'allaitement et un succès augmenté de l'allaitement en salle de réveil. Résultats confirmés par l'étude de Gregson et al. (2015), avec des réponses aux questionnaires tendant vers une facilité à l'allaitement dans le groupe « peau à peau ». Des résultats similaires sont décrits dans un rapport de table ronde sur ce sujet (Barbero et al. 2013). Ces derniers indiquent une diminution des difficultés liées à l'allaitement. Ces résultats peuvent être dus au réflexe de succion du nouveau-né qui

se trouve être optimal dans les 45 minutes après la naissance pour ensuite diminuer jusqu'à s'interrompre après deux heures (Widström et al., 1993).

Dans la Cochrane de Moore et al. (2016), les résultats exposés confortent ceux décrits dans ce travail. Cependant, les résultats doivent être considérés avec prudence en raison des biais évoqués et des petits échantillons présents dans les études.

Enfin, si nous considérons la corrélation entre la durée du « peau à peau » et le taux d'allaitement, nous pouvons constater que dans l'étude de Gregson et al. (2015), les résultats montrent un impact positif sur la durée de celui-ci. L'OMS et UNICEF recommandent quant à eux d'avoir une durée de « peau à peau » d'au moins une heure.

L'allaitement n'était pas le sujet principal de notre recherche. Cependant, au vu des éléments trouvés lors de cette revue de la littérature, il nous a semblé judicieux et intéressant de l'incorporer dans notre travail. En outre, plusieurs questionnements nous sont apparus. Il a été énoncé dans le cadre théorique que la réussite de l'allaitement permettrait aux mères de reprendre confiance en leurs capacités après que, dans certains cas, celles-ci furent diminuées suite à une césarienne vécue comme culpabilisante (Camus, 2017). De plus, comme énoncé précédemment, le « peau à peau » apporte une satisfaction maternelle élevée. Il serait donc intéressant de réaliser d'autres études ou revues de la littérature sur ce sujet en consultant les bases de données utilisées dans ce travail. Car il s'agit des bases de données spécifiques aux recherches médicales et paramédicales. L'objectif de recherche serait de voir si le sentiment de compétence maternel est augmenté grâce à la mise en place d'un allaitement précoce et qui fonctionne correctement. Il faudrait rechercher si ce sentiment de compétence augmenté est en lien avec le « peau à peau » en lui-même ou/et grâce à l'allaitement précoce. Enfin, comme retrouvé dans l'étude de Brady et al. (2014), l'éducation des patientes et des professionnels de la santé sur cette pratique permettrait un meilleur partenariat dans la prise en soins. S'intéresser plus en détails sur ce point permettrait une pratique des soins avec un patient acteur de sa santé et de son bien-être.

2.4. Le ressenti et vécu de l'expérience de la césarienne « peau à peau »

Cette revue de la littérature montre que le ressenti et le vécu de la césarienne « peau à peau » apporte aux parents une satisfaction supérieure lors de la naissance de leur enfant. Il est mis en évidence dans l'étude de Frederick et al. (2016) que cette

approche permet d'instaurer rapidement un lien entre les parents et l'enfant. En effet, ce moment privilégié de premier contact « peau à peau » est une priorité, en particulier pour la mère et l'enfant, qui leur permet de se découvrir mutuellement (Camus, 2017). Dans ce même sens, le fait de pouvoir, grâce à ce contact précoce, établir des interactions sensorielles (visuelles, tactiles, olfactives) et verbales aide à faire ressortir chez la mère un sentiment de sécurité et de valorisation, ainsi qu'une forme d'apaisement chez le nouveau-né (Armbrust et al., 2015 ; Frederick et al., 2016 ; Hung et al., 2011). Ferrere (2016) appuie ce discours en démontrant que ces interactions permettent à la mère de percevoir des sentiments d'amour et d'analyser les réponses de son enfant pour ensuite pouvoir ajuster son comportement dans le but de rassurer son nouveau-né. En revanche, lors d'une césarienne traditionnelle, la mère peut devoir faire face à un sentiment de frustration et de déception, qui pourrait remettre en cause sa représentation de sa capacité maternelle (Clerget et Paccoud, 1997). Ceci est dû au fait que c'est l'obstétricien qui se trouve acteur de la naissance et non elle. Ces mêmes auteurs expliquent que la séparation engendrée par l'examen du nouveau-né par le pédiatre peut être vécue comme une perte (Clerget et Paccoud, 1997). En effet, le contact entre la mère et l'enfant disparaît et les interactions diminuent (Pignol, Lochelongue et Fléchelles, 2008). De plus, il a été démontré dans l'étude d'Armbrust et al. (2015), que lors d'une césarienne traditionnelle, il y a un sentiment plus important de manquer quelque chose en comparaison avec un accouchement par voie basse que lors d'une césarienne pratiquant le « peau à peau ». La pratique du « peau à peau » permet, en effet, aux parents de devenir les acteurs de l'histoire de leur enfant (Pignol, Lochelongue et Fléchelles, 2008). Les pères/partenaires, inclus également dans la naissance du nouveau-né, apprécient et jugent même important l'intégration active à la naissance à laquelle ils ont pu prendre part (Armbrust et al., 2015). Dans l'étude de Frederick et al. (2016), l'avis des mères concernant la place du père/accompagnant est également décrite comme étant importante et très soutenance par sa présence et ses actes. Le père permettait d'ailleurs, de faire tampon à l'environnement de la césarienne. Les couples ayant déjà vécu une césarienne traditionnelle précédemment ont d'ailleurs été encore plus satisfait de cette nouvelle approche (Armbrust et al., 2015). Dans l'étude de Gregson et al. (2016) un résultat avec une tendance de réponses favorables est démontré dans le groupe « peau à peau » concernant le fait d'être heureux d'être parents et satisfaits du contact « peau à peau » avec leur enfant. L'étude de Hung et al. (2011) conforte ce ressenti avec des commentaires positifs concernant l'expérience des mères lors d'un

contact « peau à peau » en césarienne et un sentiment d'être heureuse. Il ressort que la satisfaction des parents lors d'une césarienne « peau à peau » se trouve augmentée et que leur expérience est meilleure (Armbrust et al., 2015 ; Sundin et al., 2015). Et ce, encore plus lorsque les parents peuvent assister à la naissance de leur enfant en abaissant le draps stérile (Armbrust et al., 2015). La Cochrane de Moore et al. (2016) démontre même une augmentation de la confiance des parents et, de ce fait, de leurs capacités parentales lors d'un contact « peau à peau ». En effet, Il a été démontré qu'une césarienne traditionnelle peut être vécue comme culpabilisante pour la mère et lui faire ressentir un sentiment d'incompétence maternelle et par la suite entraîner un sentiment de détachement (Camus, 2017, p.204). En plus d'éviter cela, le contact « peau à peau » permet également d'établir une mise au sein directe (Armbrust et al., 2015 ; Gregson et al., 2016). Cet allaitement mis en place directement après la césarienne aide à la mère de reprendre confiance en elle et à démarrer la relation mère-enfant de la meilleure façon possible (Camus, 2017; Le Roy, 2016; Barbero et al., 2013). En revanche, dans l'étude de Frederick et al. (2016), certains aspects négatifs de cette approche en salle de césarienne sont ressortis via certaines mères pour lesquelles, quatre d'entre elles, ont préféré retarder le moment du contact « peau à peau ». Ces mères ont expliqué que parfois la réalité de l'opération les rattrapait et les dérangeait dans ce moment (prise de tension, repositionnement, équipement, impression de gêner l'opération, professionnels, anxiété, peur). Au contraire, dans l'étude d'Armbrust et al. (2015) il est plutôt ressorti un sentiment d'accompagnement positif et de l'impression que la durée de l'opération avait été plus courte. Il résulte également que les parents souhaiteraient bénéficier de nouveau d'une césarienne « peau à peau » si cela devait être nécessaire (Armbrust et al., 2015; Hung et al., 2011).

Toutes ces informations corroborent les questionnements de départ relatifs au bien-être de l'enfant et de la mère si le contact entre les deux pouvait être précoce.

Il serait intéressant d'élaborer davantage d'études qualitatives et quantitatives concernant le ressenti et le vécu des couples lors d'une césarienne « peau à peau » en les comparant à des études faites sur le même sujet mais lors de césariennes traditionnelles.

VIII. Le retour à la pratique

Ce travail de revue de la littérature nous a permis de mettre en lumière les informations actuellement disponibles concernant la pratique du « peau à peau » en salle de césarienne. Ce sujet a commencé à susciter l'intérêt des chercheurs il n'y a pas longtemps, et les études menées sont encore trop peu nombreuses pour pouvoir en tirer des conclusions fortes. Si dans les études mentionnées dans ce travail, il a pu être démontré que la pratique du « peau à peau » n'augmente pas les risques, il ne faut pas oublier que d'autres études seraient nécessaires pour confirmer les résultats qui indiquent des bénéfices. Il serait aussi intéressant de voir la manière dont cette pratique pourrait être implantée dans la pratique professionnelle.

1. Le point de vue des professionnels

Cet aspect n'a pas été étudié dans cette revue de la littérature, mais il nous semble important puisque c'est par les professionnels de santé que cette pratique pourrait être implantée. Dans le cadre théorique quelques témoignages de professionnels ont pu être mentionnés. Ces derniers font ressortir le côté positif de cette nouvelle pratique (Charest et Perreault, 2011). Ce qui ressort de l'étude de Hung et al. (2011), c'est le besoin d'information chez les professionnels pour dépasser leurs craintes et réticences. Ces derniers ressentent aussi le besoin de connaître leur rôle quant à la surveillance du nouveau-né et celle de la maman. Pour pallier la nécessité d'information à ce sujet, il est ressorti lors d'une table ronde l'utilité de la mise en place d'un protocole spécifique qui définit les tâches de chacun et de clarifier la situation pour diminuer le stress potentiel de l'équipe. Il en est ressorti de la part des professionnels de cet hôpital un dépassement de la peur de l'inconnu, ainsi qu'un engouement des professionnels qui n'étaient pas acteurs à l'essai de ce protocole (Barbero et al. 2013). Pour résumer, il résulte alors une méconnaissance des professionnels face à cette pratique. Beaucoup de peur et d'appréhension sont retrouvées, dû à la médicalisation régnant autour de la pratique d'une césarienne (température de la salle, environnement stérile, etc). Enfin, l'étude montre que une fois formés et encadrés, les professionnels de santé se disent satisfaits de cette prise en charge, et que les peurs/doutes ont disparus.

2. La proposition de prise en charge

En regroupant les méthodologies des différentes études portant sur ce sujet et le protocole mis en place dans un hôpital régional du Tessin pratiquant la césarienne « peau à peau », nous pouvons proposer une base de protocole pour cette pratique (Armbrust et al., 2015 ; Posthuma et al., 2016 ; Gregson et al., 2016 ; Frederick et al., 2016 ; Yuksel et al., 2016).

Les professionnels concernés par cette mise en place sont les gynécologues, les anesthésistes et infirmières anesthésistes, les pédiatres et les sages-femmes. Les critères d'inclusions que nous avons retenus au vu des articles lus sont une grossesse physiologique, à terme et sans facteurs de risque. Tout d'abord, il serait intéressant de notre point de vue de réaliser un rendez-vous avec les couples/femmes avant la césarienne dans le but de leur expliquer en quoi consiste cette pratique et d'informer sur les bénéfices du « peau à peau » précoce (qu'il faudrait déjà aborder durant la grossesse), si c'est leur désir de la recevoir, et, possiblement, de signer le consentement préalable. Le jour de l'opération, la patiente arriverait, un bandeau⁵ qui servira à contenir le nouveau-né contre elle, lui serait donné et la procédure est réexpliquée. Ensuite une anesthésie péridurale serait posée comme pour toute césarienne traditionnelle et les capteurs pour l'ECG seraient placés dans le dos de la patiente afin de laisser la poitrine libre pour le contact « peau à peau ». La température de la salle serait surveillée pour rester dans les normes d'une salle d'opération tout en ne dépassant pas un certain seuil. Lors de l'utérotomie, le champ opératoire serait abaissé pour laisser aux parents la possibilité de voir la naissance de leur enfant. Dans les cas où un problème durant l'opération apparaîtrait, telle qu'une hémorragie ou une difficulté dans l'extraction du nouveau-né, le champ ne serait pas abaissé. Dans les cas où la situation resterait physiologique pour la mère et l'enfant, on pourrait envisager la possibilité pour le père de pouvoir couper le cordon ombilical. Cependant à discuter vu le besoin de stérilité lors de l'opération. Le pédiatre se tiendrait prêt pour chaque opération dans la salle de réanimation, et si le nouveau-né s'adapte bien à la naissance, il le verrait uniquement pour faire les premiers contrôles pour ensuite laisser la possibilité de mettre en place ce contact « peau à peau » le plus rapidement possible. Suite à la naissance du nouveau-né, le champ opératoire serait remonté pour la suite de l'opération qui se déroulera du point de vue du gynécologue exactement comme une césarienne conventionnelle. Le nouveau-né quant à lui serait placé sur la

⁵ Bandeau de tissu élastique entourant la poitrine de la mère qui permet de maintenir le nouveau-né contre sa mère sans avoir besoin d'être maintenu avec les bras.

poitrine de sa mère, peau contre peau, à plat ventre contenu dans le bandeau. Un bonnet serait placé et une couverture chaude serait posée au-dessus de lui afin de prévenir l'hypothermie. Une surveillance du score d'Apgar et de sa température de la part de la sage-femme et/ou anesthésiste serait réalisée pour surveiller le bien-être néonatal. Une attention particulière serait apportée à la position de ce nouveau-né, qui serait placé perpendiculairement sur la poitrine de sa mère, pour qu'il ne gêne pas l'obstétricien, et qu'il ait ses voies respiratoires dégagées.

3. L'information et formation des professionnels et des parents

Pour une meilleure connaissance de cette pratique, et des bénéfices apportés, il faudrait mettre l'accent sur l'information d'une part des professionnels, puis d'autre part des couples. Comme vu dans une de nos études (Gregson et al. 2015), l'information des patientes joue un rôle important dans le choix éclairé d'une pratique déterminée.

4. Les bénéfices du point de vue des coûts de la santé

Concernant le coût de cette pratique, celui-ci ne serait pas augmenté en comparaison avec une césarienne traditionnelle. En effet, ce serait la sage-femme et/ou l'anesthésiste présent dans la salle d'opération qui surveillerait le nouveau-né, ce qui ne représenterait pas de personnel supplémentaire. Concernant le matériel, il s'agirait de comptabiliser le coût des bandeaux servant à maintenir le nouveau-né en « peau à peau ». L'utilisation du reste du matériel ne différerait pas d'une césarienne traditionnelle. Concernant la durée du séjour, il se peut que cette pratique la diminuerait, comme retrouvé dans l'étude de Posthuma et al. (2016). D'autres études seraient à réaliser pour préciser si cela est un des bénéfices que on peut escompter. Le prix d'une journée d'hospitalisation à Lausanne étant de 200 francs, ce bénéfice potentiel ne serait pas négligeable à large échelle. De plus, concernant la douleur, il y a une tendance en faveur d'une diminution de la quantité de prise d'opioïdes dans l'étude de Yuksel et al (2016). Une boîte de 20 comprimés d'irfen 600 mg coûte 8.60 fr, et une boîte de 40 cp de dafalgan pell coûte 15.60 fr. A large échelle, cela représenterait un bénéfice non négligeable. Enfin, concernant l'admission des nouveau-nés en néonatalogie, les études de Posthuma et al. (2016) et Gregson et al. (2016) ne démontrent pas de différences significatives mais une tendance vers une diminution de cette admission. Or Cette diminution d'admission pourrait aussi induire un bénéfice non négligeable au niveau des coûts de la santé.

5. La perspective de recherche et hypothèse de suite

Tout d'abord, cette pratique ne demande pas de changements en termes structurels, mais plutôt en termes de pratique, avec l'écriture d'un protocole basé sur l'évidence, l'information et la formation des professionnels. Ensuite, concernant les perspectives de recherche, comme dit dans la discussion, beaucoup de thèmes sont encore à explorer. Par ailleurs, le nombre réduit d'études ayant été réalisées sur ce sujet rendent les résultats fragiles et donc à prendre avec précaution.

De ce fait, il serait intéressant de mener une étude de cohorte prospective ou rétrospective en se basant, par exemple, sur la proposition de prise en charge illustrée plus haut, afin d'approfondir les recherches sur les différentes issues néonatales et maternelles. Il serait aussi profitable, durant une période d'essais, de faire parvenir aux parents ainsi qu'aux professionnels un questionnaire de satisfaction afin d'évaluer leur ressenti face à cette approche (pendant et après la césarienne).

La difficulté serait de convaincre unanimement les différents professionnels de la santé à établir un nouveau protocole et à l'instaurer, ce qui impliquerait des changements dans leurs habitudes et, parfois, dans leurs représentations personnelles de cette pratique. Il faudrait, de plus, informer plus amplement ces derniers sur ce sujet.

IX. Les forces et limites de la revue de littérature

1. Les forces

- Les résultats des cinq études analysées se rejoignent.
- La pratique du « peau à peau » en salle de césarienne est un sujet nouveau et intéressant pour l'évolution de notre pratique dans l'optique de mettre la femme enceinte, le nouveau-né et la physiologie de la grossesse au centre de notre prise en charge.
- Ce sujet récent offre plusieurs pistes de recherche et de mise en pratique différentes.
- Les études sélectionnées sont récentes (2015-2016).
- Nos études venant de pays et de cultures différentes démontrent un intérêt international pour cette nouvelle pratique.
- L'une de nous a pu vivre de manière très positive l'expérience de cette pratique dans un hôpital régional suisse.

- Certains hôpitaux travaillent pour améliorer la pratique de la césarienne (par exemple aux HUG).
- Outre les bénéfices pour les mères, les nouveau-nés et même les pères, une possible diminution des coûts de la santé serait présente dans le cas où il serait démontré une réduction du temps d'hospitalisation, une réduction de la prise d'opioïde et une diminution du nombre de nouveau-nés nécessitant un transfert dans le service de néonatalogie.
- Effectuer cette revue de littérature nous a apporté un regard critique sur la manière d'analyser des articles scientifiques et nous a apporté des informations complémentaires sur notre sujet de recherche.

2. Les limites

- Peu d'études ont été réalisées sur ce sujet, de ce fait il faudrait pouvoir disposer d'études supplémentaires pour confirmer les résultats trouvés.
- Cette revue de la littérature est la première que nous réalisons, il se peut que des biais soient dus à notre manque d'expérience dans cette pratique.
- Cette revue de la littérature ne prend en compte que 5 articles, les résultats sont à prendre avec précaution.
- Les articles étant tous publiés en anglais, nous avons eu quelques difficultés pour la compréhension de certains passages.

X. La conclusion

Ce travail a eu pour but de rechercher les bénéfices et risques de la pratique du « peau à peau » en salle de césarienne afin de définir si cette démarche pourrait être recommandée systématiquement en respectant tous les principes éthiques et de sécurité. Bien que ce sujet soit récent et qu'il nécessite un plus grand nombre d'études pour approfondir et valider les problématiques qu'il soulève, les résultats de ce travail sont encourageants pour l'implantation de cette pratique.

Les bénéfices de cette pratique ont déjà été largement démontrés lors d'un accouchement par voie basse. Des résultats favorables sont ressortis quant au nouveau-né concernant la température, la glycémie, l'adaptation à la vie extra-utérine et sur le lien d'attachement entre la mère et son enfant. Cependant, il faudrait approfondir les recherches dans le cadre spécifique d'une césarienne et tout ce que ça englobe afin de rendre cette pratique au plus proche de celle appliquée d'un

accouchement physiologique par voie basse, avec tous les bénéfices prouvés qui en découlent.

De plus, le rôle de la sage-femme étant de travailler dans la physiologie et de faire au mieux afin de promouvoir la santé de la mère, de son enfant et du lien qui les unit, ce sujet est d'autant plus intéressant et pertinent dans notre domaine. En effet, son rôle n'est pas centré sur la maladie comme l'est celui des médecins, mais consiste à aborder une approche salutogénique⁶. La sage-femme respecte aussi une approche humaniste avec une démarche centrée sur la personne⁷ et se basent également sur les concepts d'éthique susmentionnés.

A notre connaissance, en Suisse, peu de maternités appliquent cette pratique, et celles-ci sont uniquement des maternités régionales.

Les résultats de cette étude ne montrent pas de risques accrus pour la mère et l'enfant, mais au contraire, quelques bénéfices en ressortent. Cependant, les résultats démontrés restent fragiles dû faible nombre d'études existantes sur ce sujet.

Le sujet reste malgré tout très récent et les maternités commencent juste à réfléchir à l'implantation du « peau à peau ». De la même manière, les sages-femmes/obstétriciens et couples informés sont de plus en plus attirés par cette pratique de césarienne « peau à peau ». C'est pourquoi, de nouvelles recherches sur ce sujet d'actualité sont indispensables afin de pouvoir affirmer avec suffisamment de preuves ses avantages.

⁶ Désigne une approche prônant le bien-être et la santé physique et mentale, contrairement à la pathogénèse qui étudie les maladies. C'est un concept qui a été développé par un sociologue médical, Aaron Antonovsky.

⁷ Fondée par le sociologue Carl Rogers.

XI. La bibliographie

Bailey, S. (2012). Kangaroo mother care. *British Journal of Hospital Medicine*, 73(5), 278–281.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Barbero, P., Madamangalam, A.S., Shields, A. (2013). Skin to Skin after Cesarean Birth, RoundTable Discussion. *Journal of Human Lactation* 29(4) 446–448. DOI: 10.1177/0890334413501287

Barlow, P. (2016). *Guide du post-partum*. Louvain-la-Neuve : De Boeck.

Beaudry, M., Chiasson, S., & Lauzière, J. (2006). *Biologie de l'allaitement : Le sein, le lait, le geste*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Bergman, N. J., Linley, L. L., & Fawcus, S. R. (2004). Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 93(6), 779-785.

Bigelow, A. E., Littlejohn, M., Bergman, N., & McDonald, C. (2010). The relation between early mother–infant skin-to-skin contact and later maternal sensitivity in South African mothers of low birth weight infants. *Infant Mental Health Journal*, 31(3), 358-377. Accès <https://doi.org/10.1002/imhj.20260>

Boutet, C., Vercueil, L., Schelstraete, C., Buffin, A., & Legros, J. J. (2008). Ocytocine et stress de la mère au cours de la lactation en post-partum. Accès <http://www.em-consulte.com/en/article/76807>

Bowlby, J., & Kalmanovitch, J. (2006). *L'attachement* (5e éd.], 2ème tirage. ed., Le fil rouge. 2, Psychanalyse et psychiatrie de l'enfant). Paris : Presses Université de France.

Bowlby, J., (1978). *Attachement et perte*. Paris: Presses université de France.

Butori, R., Parguel, B. (2010). Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. *HAL*

Bystrova, K., Widström, A.-M., Matthiesen, A.-S., Ransjö-Arvidson, A.-B., Welles-Nyström, B., Wassberg, C., ... Uvnäs-Moberg, K. (2003). Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Pædiatrica*, 92(3), 320-326. Accès <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2003.tb00553.x>

Camus, G. (2017). *L'allaitement maternel : Guide à l'usage des professionnels* (Bébé & petite enfance). Louvain-la-Neuve : De Boeck.

Cantin, C. (2014). *L'examen clinique du nouveau-né*. Montréal : Ed. du CHU Sainte-Justine.

Cantrill, R. M., Creedy, D. K., Cooke, M., & Dykes, F. (2014). Effective suckling in relation to naked maternal-infant body contact in the first hour of life: an observation study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 20. Accès <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-20>

Charest C., Perreault S. (2011). Contact peau à peau [Présentation Powerpoint]. Accès <http://www.aqsmn.org/files/documents/4c/f6/christianne-charest.pdf>

Christensson, K., Cabrera, T., Christensson, E., Uvnäs-Moberg, K., & Winberg, J. (1995). Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 84(5), 468-473.

Christensson, K., Siles, C., Moreno, L., Belaustequi, A., De La Fuente, P., Lagercrantz, H., ... Winberg, J. (1992). Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Pædiatrica*, 81(6-7), 488-493. Accès <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1992.tb12280.x>

Chua S., Razvi K., Arulkumaran S., Ratnam S.S (1996). A comparison between visual estimation and laboratory determination of blood loss during the third stage of labour. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* ; 36 : 152-154.

Claus, L. (2012-2013). *Impact du peau-à-peau précoce sur le devenir neuro-développemental à court, moyen et long terme du nouveau-né prématuré de moins de 33 semaines d'aménorrhées*. [Mémoire d'état de sage-femme]. Strasbourg : Ecole de sages-femmes de Strasbourg.

Clerget, J. (1997). *Naissance et séparation* (Spirale. Erès 1997,3). Ramonville : Erès.

Cochereau, A. (2009). Naître et sourire. *Soins Pédiatrie/ Puériculture*, 30(249), 8. Accès <http://www.em-consulte.com/en/article/221776>

Coleman, P., & Karraker, K. (1998). Self-Efficacy and Parenting Quality: Findings and Future Applications. *Developmental Review*, 18, 47–85. Accès <https://doi.org/10.1006/drev.1997.0448>

Collège national des gynécologues et obstétriciens français. (2010). *Gynécologie, obstétrique* (2e éd. mise à jour. ed., Abrégés connaissances et pratique). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Cutrona, C.E., Troutman, B.R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy : A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57, 1507-1518.

Dal Busco, C. (2016). *Sentiment d'efficacité parentale : Quels liens avec les caractéristiques de l'enfant, les pratiques parentales et la satisfaction parentale ?* (Travail de master. Faculté des sciences sociales et politiques Institut de psychologie.) Accès : https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_S_000000023018.P001/REF.pdf

De Montigny, F., Lacharité, C.(2002). Perceptions des pères et des mères primipares à l'égard des moments critiques des 72 premières heures postnatales. *Revue Québécoise de Psychologie*, 23, 3, 57-78.

Dekker, R. (2017). Evidence based birth. Accès <https://evidencebasedbirth.com/the-evidence-for-skin-to-skin-care-after-a-cesarean/>

Dewey, K. G. (2001). Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *The Journal of Nutrition*, 131(11), 3012S–5S. Accès <https://doi.org/10.1093/jn/131.11.3012S>

Elsaharty, A., McConachie, I. (2017). Peau à peau : Une approche moderne de l'accouchement par césarienne. *Journal of Obstetric Anaesthesia and Critical Care*, 7, 13-9.

Ferrere R. (2016). Le développement de la personne et de la personnalité [Présentation Powerpoint]. Accès : <http://aesim972.e-monsite.com/medias/files/le-dc3a9veloppement-de-la-personne-et-de-la-personnalitc3a9-ifs-2016.pptx>.

Galinowski, A., Lôo, H. (2003). Biologie du stress. *Annales Médico Psychologiques*, 161(10), 797–803.

Gardès-Albert, M., Bonnefont-Rousselot, D., Abedinzadeh, Z., Jore, D. (2003). Espèces réactives de l'oxygène : Comment l'oxygène peut-il devenir toxique ? *l'actualité chimique*, 11-12(270), 91-96. Accès : <https://www.lactualitechimique.org/Especies-reactives-de-l-oxygene-comment-l-oxygene-peut-il-devenir-toxique>

Gathwala, G., Singh, B., & Singh, J. (2010). Effect of Kangaroo Mother Care on physical growth, breastfeeding and its acceptability. *Tropical Doctor*, 40(4), 199–202. Accès <https://doi.org/10.1258/td.2010.090513>

Girard, L. (2015). Mettre en oeuvre le peau à peau en sécurité. *Les dossiers de l'obstétrique*, 446, 8-13.

Gizzo, S., Di Gangi, S., Saccardi, C., Patrelli, T. S., Paccagnella, G., Sansone, L., ... Nardelli, G. B. (2012). Epidural analgesia during labor: impact on delivery outcome,

neonatal well-being, and early breastfeeding. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 7, 262–268. Accès <https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0099>

Gold, F., Blond, M.-H., Lionnet, C., & De Montgolfier, I. (2009). 1 - Adaptation à la Vie Extra-Utérine, L'épreuve de la Naissance. In F. Gold, M.-H. Blond, C. Lionnet, & I. De Montgolfier (Eds.), *Pédiatrie en maternité (Troisième Édition)* (pp. 1–12). Paris: Elsevier Masson. Accès <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-08476-8.50001-4>

Gonzales, R.B. (1990) A large scale rooming-in program in a developing country: the Dr. Jose Fabella Memorial Hospital experience. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31(1), 31-34.

Gray, L., Watt, L., & Blass, E. M. (2000). Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics*, 105(1), 14.

Gremmo-Feger, G., Laparra, V., Collet, M., Sizun, J. (Avril 2005 à Juin 2006). *De quoi le nouveau-né bien portant a-t-il besoin en salle de naissance?* Communication présentée à la journée régional allaitement maternel. Aquitaine, Pays de la Loire, Ile de France, Alsace et Normandie, France.

Gross, D., Conrad, B., Fogg, L., Wothke, W. (1994) A longitudinal model of maternal self-efficacy, depression and difficult temperament during toddlerhood. *Research in Nursing and Health*, 17, 207-215.

Guala, A., Boscardini, L., Visentin, R., Angellotti, P., Grugni, L., Barbaglia, M., ... Finale, E. (2017). Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study. *TheScientificWorldJournal*, 2017, 1940756. Accès <https://doi.org/10.1155/2017/1940756>

Güttinger, Kind, Maury Pasquier, Pfister, Stocker Kalberer Barbara, & Kasser. (2014). *Césarienne : Dossier d'information des sages-femmes, pédiatres et anesthésistes*. Berne : Fédération suisse des sages-femmes FSSF.

Gynécologie et obstétrique : Principaux processus : Connaissances indispensables, fiches repères de soins, calculs de doses (UE2 en pratique). (2010). Paris : Estem.

Haleng, J., Pincemail, J., Defraigne, J.-O., Charlier, C., & Chapelle, J.-P. (2007). Le stress oxydant. *Revue Médicale de Liège*, 62(10). Accès <https://orbi.uliege.be/handle/2268/8914>

Halpern, L.F., McLean, W.E. (1997). Hey mom, look at me ! *Infant Behavior and Development*, 20, 515-529.

Handlin, L., Jonas, W., Petersson, M., Ejdebäck, M., Ransjö-Arvidson, A.-B., Nissen, E., & Uvnäs-Moberg, K. (2009). Effects of sucking and skin-to-skin contact on maternal ACTH and cortisol levels during the second day postpartum-influence of epidural analgesia and oxytocin in the perinatal period. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 4(4), 207–220. Accès <https://doi.org/10.1089/bfm.2009.0001>

Hohlfeld, P. (2012). *Obstétrique* (4e éd. ed., Le livre de l'interne). Paris : Lavoisier médecine sciences.

Horn, E.-P., Bein, B., Steinfath, M., Ramaker, K., Buchloh, B., & Höcker, J. (2014). The incidence and prevention of hypothermia in newborn bonding after cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Anesthesia and Analgesia*, 118(5), 997–1002. Accès <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000160>

Howell, E. A., Mora, P., Leventhal, H. (2006). Correlates of early postpartum depressive symptoms. *Matern Child Health Journal*, 10(2), 149-157.

Hung, K. J., & Berg, O. (2011). Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 36(5), 318-324; quiz 325-326. Accès <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e3182266314>

Jansson, U. M., Mustafa, T., Khan, M. A., Lindblad, B. S., & Widström, A. M. (1995). The effects of medically-orientated labour ward routines on prefeeding behaviour and body temperature in newborn infants. *Journal of Tropical Pediatrics*, 41(6), 360-363.

Jacque, C., Thurin, J., Bergeron, M., Dufour, J., Friedlander, G., & Bichet, D. (2002). Stress, immunité et physiologie du système nerveux. *M/S : Médecine Sciences*, 18(11), 1160-1166.

Keeton, C.P., Perry-Jenkins, M., Sayer, A.G. (2008). Sense of control predicts depressive and anxious symptoms across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 22(2), 212-221.

Kennell, J. H., & Klaus, M. H. (1998). Bonding: recent observations that alter perinatal care. *Pediatrics in Review*, 19(1), 4-12.

L'université d'Ottawa (S.d.). Les principes éthiques fondamentaux. Accès https://www.med.uottawa.ca/sim/data/Ethics_f.htm

Langhendries, J. P., Paquay, T., Hannon, M., & Darimont, J. (s. d.). Acquisition de la flore intestinale néonatale: rôle sur la morbidité et perspectives thérapeutiques. *Archives de Pédiatrie*, 5, 644-653.

Lau, C., Hurst, N. M., Smith, E. O., & Schanler, R. J. (2007). Ethnic/racial diversity, maternal stress, lactation and very low birthweight infants. *Journal of Perinatology: Official Journal of the California Perinatal Association*, 27(7), 399–408. Accès <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211770>

Lau, Y., Tha, P. H., Ho-Lim, S. S. T., Wong, L. Y., Lim, P. I., Citra Nurfarah, B. Z. M., & Shorey, S. (2018). An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation. *Maternal & Child Nutrition*, 14(1). Accès <https://doi.org/10.1111/mcn.12492>

Le petit Larousse de la médecine : 5000 articles (Petit Larousse de). (2017). Paris : Larousse.

Le Roy, J. (2016). Allaitement maternel et lien d'attachement. *Information pour l'allaitement*. Accès <https://info-allaitement.org/ressources-en-ligne/642/>

Luong KC, Nguyen TL, Thi DHH, Carrara HPO, Bergman NJ.(2015). Newly born low birthweight infants stabilise better in skin-to-skin contact than when separated from their mothers: a randomised controlled trial. *Acta Paediatrica*.

Matthiesen, A. S., Ransjö-Arvidson, A. B., Nissen, E., & Uvnäs-Moberg, K. (2001). Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 28(1), 13-19.

Meneux, E. (2002). *L'accouchement par césarienne* (Expliquez-moi, docteur..). Paris : Masson.

Michelsson, K., Christensson, K., Rothgänger, H., & Winberg, J. (1996). Crying in separated and non-separated newborns: sound spectrographic analysis. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 85(4), 471-475.

Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), CD003519. Accès <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3>

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. Accès <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V., Gøtzsche, P. C., Devereaux, P. J., ... Altman, D. G. (2010). CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(8), e1–e37. Accès <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.03.004>

Nelson, E. E., & Panksepp, J. (1998). Brain substrates of infant-mother attachment: contributions of opioids, oxytocin, and norepinephrine. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 22(3), 437-452.

Nissen, E., Lilja, G., Widström, A. M., & Uvnäs-Moberg, K. (1995). Elevation of oxytocin levels early post partum in women. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 74(7), 530-533.

O'Neil, J., Wilson, M.N., Shaw, D.S., Dishion, T.J. (2009). The relationship between parental efficacy and depressive symptoms in a diverse sample of low income mothers. *Journal of Child and Family Study*, 18(6), 643-652.

Office fédéral de la statistique. (2018). *Santé : statistique de poche 2017* (Publication no 1541-1600). Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante.assetdetail.1380306.html>

Oloff, M., Aboud, F.E. (1991). Predicting postpartum dysphoria in primiparous mothers : roles of perceived parenting self-efficacy and self-esteem. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 3-14.

Pignol, J., Lochelongue, V., & Fléchelles, O. (2008). Peau à peau : un contact crucial pour le nouveau-né. *Spirale*, (46), 59–69. Accès <https://doi.org/10.3917/spi.046.0059>

Pottier, O., Deman, P., Richart, P., Quintin, C., Vallet, B., Ducloy-Bouthors, A.S. (2011). Anesthésie pour césarienne. Communication présentée au 53 congrès national d'anesthésie et de réanimation, Lille, France.

Racinet, C. (2013). *La césarienne : Une approche fondée sur les faits* (2e éd. entièrement actualisée. ed.). Montpellier : Sauramps médical.

Razurel, C., Desmet, H., Sellenet, C. (2011). Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ? *Recherche en soins infirmiers*, 3(106), 47-58. doi : 10.3917/rsi.106.0047

Reece, S., Harkless, G. (1998). Self-efficacy, stress and parental adaptation : Applications to the care of childbearing families. *Journal of Family Nursing*, 4(2), 198-215.

Renfrew, M., Woolridge, M. W., & McGill, H. R. (2000). *Enabling Women to Breastfeed: A Review of Practices which Promote Or Inhibit Breastfeeding - with Evidence-based Guidance for Practice*. Stationery Office.

Righard, L., & Alade, M. O. (1990). Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *The Lancet*, 336(8723), 1105-1107. Accès [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(90\)92579-7](https://doi.org/10.1016/0140-6736(90)92579-7)

Righard, L., & Alade, M. O. (1992). Sucking Technique and Its Effect on Success of Breastfeeding. *Birth*, 19(4), 185-189. Accès <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1992.tb00399.x>

Rosenblatt J.S., Hinde R.A., Berr C., Busnel M (Eds) : *Advances in the study of behavior*, Academic Press, New york, 1979.

Riviere, D., McKinlay, C.J.D., Bloomfield, F.H. (2017). Adaptation for life after birth: a review of neonatal physiology. *Anesthesia and Intensive Care Medicine*, 18(2), 59-67. Accès <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2016.11.008>

Saive, A.-L., & Guédeney, N. (2010). Le rôle de l'ocytocine dans les comportements maternels de caregiving auprès de très jeunes enfants, Summary. *Devenir*, 22(4), 321–338. Accès <https://doi.org/10.3917/dev.104.0321>

Sellenet, C. (2007) *La parentalité décryptée : pertinence d'un concept*. Paris, L'Harmattan.

Simon, L., Tardif, N. (2006) le sentiment d'efficacité personnelle à la base du développement des compétences. *Le point en administration scolaire*, 9(1).

Smith, J., Plaat, F., & Fisk, N. (2008). The natural caesarean: a woman-centred technique. *Bjog*, 115(8), 1037–1042. Accès <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01777.x>

Stevens, J., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. (2014). Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Maternal & Child Nutrition*, 10(4), 456–473. Accès <https://doi.org/10.1111/mcn.12128>

Sundin, C. S., & Mazac, L. B. (2015). Implementing Skin-to-Skin Care in the Operating Room After Cesarean Birth. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 40(4), 249–255. Accès <https://doi.org/10.1097/NMC.000000000000142>

Teti, D.M., Gelfand, D.M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year : The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918-929.

Trudelle D., Montambault E. (1994). Le sentiment de compétence parentale chez des parents d'enfants d'âge préscolaire. *Service social*, 43(2), 47-62. <https://doi.org/10.7202/706656ar>

Université Médicale Virtuelle Francophone. (2011-2012). - Le nouveau-né. [Présentation PowerPoint]. Accès http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/examen_nne/site/html/cours.pdf

Université Médicale Virtuelle Francophone. (2011). *Réanimation du nouveau-né en salle de naissance*. [Support de Cours (Version PDF)]. Accès http://campus.cerimes.fr/maieutique/UEpuericulture/reanimation_nne/site/html/cours.pdf

Van den Peereboom, I. (2009). *Peau à peau : Technique et pratique du portage*(Nouv. éd. rev. et actualisée. ed., Trois fontaines). Saint Julien en Genevois ; Genève-Bernex : Jouvence.

Wainsten, J. (2009). *Le Larousse médical* (Nouv. éd.. ed.). Paris : Larousse.

Widström, A. M., & Thingström-Paulsson, J. (1993). The position of the tongue during rooting reflexes elicited in newborn infants before the first suckle. *Acta Paediatrica* (Oslo, Norway: 1992), 82(3), 281-283.

Williams, T.M., Joy, L.A., Travis, L., Gotowiec, A., Blum-Steel, M., Aiken, L.S., Painter, S.L., Davidson, S.M. (1987). Transition to motherhood : a longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, 8, 251-65.

L'annexe



amis-des-bebes.fr



IHAB
INSTITUT HÔPITAL AMI DES BÉBÉS - FRANCE

LES 12 RECOMMANDATIONS

Juin 2016

1. Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille, formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique, qu'elles soient suivies ou non dans l'établissement.

Informers les femmes enceintes hospitalisées à risque d'accouchement prématuré ou de naissance d'un enfant malade des bénéfices de l'allaitement et de la conduite de la lactation et de l'allaitement.

4. Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.

Pour le nouveau-né né avant 37 SA, il s'agit de maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet.

5. Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment mettre en route et entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur nouveau-né ou s'il ne peut pas téter.

Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur nouveau-né.

6. Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.



Privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire.

7. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24 heures sur 24. Favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.

8. Encourager l'alimentation « à la demande » de l'enfant.




Observer le comportement de l'enfant prématuré et/ou malade pour déterminer sa capacité à téter. Proposer des stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome.

9. Pour les bébés allaités, réserver l'usage des biberons et des sucettes aux situations particulières.

10. Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement. Travailler en réseau.

11. Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

12. Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.

Les critères relatifs aux nouveau-nés prématurés et/ou malades sont applicables aux services de maternité et de néonatalogie. L'icône  ne concerne que la néonatalogie.