

Quel est l'impact de la césarienne sur le lien d'attachement mère à enfant ?

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

BOSSHART Tania

Matricule : 91329367

PUGIN Julie

Matricule : 11309457

Directrice de mémoire :

Caroline Chautems, PhD en anthropologie de la naissance, UNIL, Lausanne

Experte Enseignante :

Dany Aubert-Burri, sage-femme et maître d'enseignement à la HEdS, Genève

Experte de terrain :

Rosmary Huget, sage-femme et praticienne formatrice, HUG, Genève

Haute école de santé de Genève
Août 2021



Déclaration sur l'honneur

« Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures 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 2021

Tania Bosshart et Julie Pugin

Remerciements

Nous souhaitons remercier chaleureusement toutes les personnes qui nous ont orientées et accompagnées durant la rédaction de notre travail de mémoire.

Caroline Chautems, notre directrice de mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils avisés et son soutien qui ont été une aide précieuse tout au long de notre travail.

Rosemary Huget, notre experte de terrain, pour avoir répondu rapidement présente, malgré un calendrier chargé, et pour le partage enrichissant de son expérience.

Laurent Gaucher, sage-femme et adjoint scientifique à la HEdS, pour son aide à l'analyse statistique de nos articles et ses suggestions pertinentes.

Dany Aubert-Burri, notre experte enseignante, pour la lecture et l'évaluation de notre travail de bachelor.

Nous tenons à remercier nos familles ainsi que nos ami-e-s qui nous ont soutenues et motivées tout au long de nos études. Nous les remercions également du temps pris pour la relecture et la correction de notre travail de mémoire.

Liste des abréviations

| | | | |
|---------------|--|---------------|---|
| AR | Colère et rejet (anger and reject) | OFS | Office fédéral de la statistique |
| AVB | Accouchement par voie basse | OMS | Organisation mondiale de la santé (ou WHO pour World Health Organisation) |
| BFHI | Baby Friendly Hospital Initiative | PBQ | Post-partum Bonding Questionnaire |
| CS | Césarienne | PDS | Post-traumatic Diagnostic Scale |
| CSE | Césarienne électorive | PNP | Préparation à la naissance et à la parentalité |
| CSU | Césarienne en urgence | PP | Post-partum |
| DBCS | Difficulty in Baby-Care Activities Scale | QEVA | Questionnaire d'Évaluation du Vécu de l'Accouchement |
| EPDS | Edinburgh Postpartum Depression Scale | SA | Semaines d'aménorrhée |
| EPE | Entretien psycho-éducatif périnatal | SOC | Sense of coherence |
| FSSF | Fédération suisse des sages-femmes | SSGO | Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique |
| FTFQ | First Time Father Questionnaire | SSPT | Syndrome de stress post-traumatique |
| LA | Manque d'affection (lack of affection) | SSQ | Social support questionnaire |
| MAI | Mother-infant Attachment Inventory | T0/1/2 | Temps 0/1/2 |
| MIBS | Mother-to-infant bonding scale | VAS | Visual Analogue Scale (pour la fatigue) |
| MIBS-J | Mother-to-infant bonding scale Japanese | VD | Variable dépendante |
| N | Nombre | VI | Variable indépendante |

Résumé

Introduction : La césarienne est à la fois banalisée et dépréciée, par le personnel soignant et par les patientes : plus facile, moins douloureuse que l'accouchement par voie basse, ou alors traumatisante. La césarienne représente 32.3% des accouchements en Suisse, en 2017, malgré des risques physiques et psychiques. D'autre part, le lien d'attachement mère à enfant est un processus complexe. De nouvelles études sur l'attachement maternel montrent qu'il est multifactoriel et ne suit pas de loi absolue.

Objectifs : Le but de ce travail est de déterminer si la césarienne élective ou en urgence a un impact négatif sur le lien d'attachement entre la mère et son enfant, en comparaison avec l'accouchement par voie basse.

Méthode : La revue de littérature a été réalisée sur les moteurs de recherche Pubmed, CINHAL, APA PsyINFO et Google Scholar. 5 articles, tous publiés après 2013, ont été sélectionnés pour leur pertinence. 4 articles sont quantitatifs et 1 est qualitatif. Les études ont ensuite été analysées et critiquées.

Résultats : 4 sur 5 études ne montrent pas de résultats significatifs de l'impact de la césarienne sur le lien d'attachement, et 1 seule montre que la césarienne en urgence aurait une influence sur l'attachement et le vécu de l'accouchement. Mais si le lien peut être fragilisé, après la césarienne en urgence, il se rétablit dans les premières heures, semaines ou mois post-partum. Pour le lien d'attachement, la primiparité pourrait avoir un impact négatif, de même qu'il est corrélé avec un mauvais score à l'EPDS ; un score élevé pourrait indiquer un lien différé ou altéré. La fatigue au post-partum n'est pas corrélée avec un attachement moindre. Le sens de cohérence est un facteur de protection à 6 semaines post-partum, mais pas à 12 semaines, et un soutien social faible a un impact négatif sur le lien mère-enfant.

Conclusion : Les articles étudiés sont très hétérogènes. Nous n'avons pas de réponse claire à notre questionnement de départ. Pourtant, ce travail montre l'intérêt de redéfinir et de mettre à jour le concept du lien d'attachement, de même que la nécessité de recherches supplémentaires sur les méthodes de prévention d'un lien d'attachement altéré et d'un mauvais vécu de l'accouchement, l'autonomisation des femmes par rapport à leur santé et les représentations des soignant-e-s.

Mots-clés : césarienne, césarienne élective, césarienne en urgence, mode d'accouchement, lien d'attachement, attachement maternel, lien mère-enfant, relation mère-enfant, impact, vécu.

Summary

Introduction : Caesarean section is both trivialized and depreciated, by healthcare staff and by patients: easier, less painful than vaginal delivery, or traumatic. Caesarean section accounts for 32.3% of births in Switzerland in 2017, despite increased physical and psychological risks. On the other hand, the mother-to-child bond is a complex process. New studies on maternal attachment show that it is multifactorial and does not follow an absolute pattern.

Objectives: The purpose of this work is to determine whether elective or emergency caesarean section has a negative impact on bonding between the mother and her child, in comparison with vaginal birth.

Method: The literature review was performed on the databases Pubmed, CINHALL, APA PsycINFO and Google Scholar. 5 articles, all published after 2013, were selected according to their relevance. 4 articles are quantitative and 1 is qualitative. The studies were then analyzed and criticized.

Results : 4 out of 5 studies do not show significant results of the impact of caesarean section on bonding, and only 1 shows that emergency caesarean section would have an influence on attachment and experience of childbirth. But even if the bond can be weakened after an emergency caesarean delivery, it is restored in the first hours, weeks or months postpartum. Furthermore, primiparity could have a negative impact on bonding, and a correlation with the EPDS has been suggested; a high score could indicate a delayed or altered bonding. Postpartum fatigue is not correlated with poorer attachment. The sense of coherence is a protective factor at 6 weeks postpartum, but not at 12 weeks, and weak social support has a negative impact on the mother-child bond.

Conclusion : The articles studied are very heterogeneous. We do not have a clear answer to our initial question. Yet, this work shows the value of redefining and updating the concept of bonding, as well as the need for further research on prevention methods for weak bonding, women's empowerment on their health and representations of caregivers.

Key words : caesarean, cesarean, c-section, caesarean section, planned caesarean, emergency caesarean, delivery type, attachment, bonding, impact, experience of childbirth.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| 1. Questionnement professionnel | 8 |
| 2. Cadre théorique | 10 |
| 2.1 Le lien d'attachement mère-enfant | 11 |
| 2.1.1 La théorie de l'attachement | 11 |
| 2.1.2 Le système du caregiving | 12 |
| 2.1.3 La théorie du bonding | 13 |
| 2.2 Les voies d'accouchement | 14 |
| 2.2.1 Définitions | 14 |
| 2.2.2 Epidémiologie | 14 |
| 2.2.3 Complications de l'accouchement par voie basse | 16 |
| 2.2.4 Complications de la césarienne | 17 |
| 2.3 Facteurs de risque sur le lien d'attachement | 18 |
| 2.3.1 Vécu de l'accouchement | 18 |
| 2.3.2 Dépression périnatale | 18 |
| 2.3.3 Douleur chronique | 19 |
| 3. Problématique | 20 |
| 4. Méthodologie de recherche | 21 |
| 4.1 Bases de données | 21 |
| 4.2 Détermination des mots-clés et modèle PICO | 21 |
| 4.3 Recherche d'articles | 23 |
| 4.4 Critères de sélection | 25 |
| 4.5 Limites et contraintes | 25 |
| 4.6 Sélection des articles | 26 |
| 4.7 Littérature du cadre de référence | 27 |
| 5. Présentation des résultats | 28 |
| 5.1 Tableaux descriptifs des articles | 28 |
| 5.2 Analyse critique des articles | 33 |
| 5.2.1 Auteur-e-s et publication | 33 |
| 5.2.2 Ethique | 34 |
| 5.2.3 Lieu de déroulement | 34 |
| 5.2.4 Question de recherche | 35 |
| 5.2.5 Design | 36 |
| 5.2.6 Sélection des participantes et des nouveau-nés | 36 |
| 5.2.7 Taille de l'échantillon | 37 |
| 5.2.8 Procédure | 38 |
| 5.2.9 Choix des outils | 39 |
| 5.3 Articulation des résultats | 41 |
| | 6 |

| | |
|--|-----------|
| 5.3.1 Impact de la césarienne électorve et en urgence sur le lien d'attachement | 41 |
| 5.3.2 Impact des caractéristiques socio-démographiques et cliniques des participants sur le lien d'attachement | 42 |
| 5.3.3 Sens de cohérence et soutien social comme facteurs protecteurs | 43 |
| 5.3.4 Impact de la césarienne sur le vécu de l'accouchement et la dépression post-partum | 44 |
| 5.3.5 Lien d'attachement prénatal | 45 |
| 5.3.6 Rétablissement du lien d'attachement | 45 |
| 5.3.7 Impact de la fatigue et de la douleur de la césarienne dans la prise en soins du bébé | 45 |
| 6. Discussion | 46 |
| 6.1 Impact de la césarienne électorve et en urgence sur le lien d'attachement | 46 |
| 6.2 Impact des caractéristiques socio-démographiques et biomédicales sur le lien d'attachement | 49 |
| 6.3 Lien d'attachement prénatal | 51 |
| 6.4 Sens de cohérence et soutien social comme facteurs protecteurs | 51 |
| 6.5 Impact de la césarienne sur le vécu de l'accouchement | 53 |
| 6.6 Rétablissement du lien d'attachement | 55 |
| 6.7 Le rooming-in et son impact sur le post-partum | 57 |
| 6.8 Points forts et limites | 59 |
| 7. Retour dans la pratique | 60 |
| 7.1 Quelle prévention au lien d'attachement altéré et au mauvais vécu de l'accouchement ? | 60 |
| 7.1.1 Prévention primaire | 60 |
| 7.1.2 Prévention secondaire | 62 |
| 7.2 La césarienne douce | 65 |
| 8. Conclusion | 66 |
| 9. Références | 68 |
| 10. Annexes | 77 |

1. Questionnement professionnel

La césarienne, une des chirurgies majeures les plus pratiquées dans le monde, est devenue en quelques années un mode d'accouchement habituel dans les maternités des pays industrialisés. En Suisse, un enfant sur 3 naît par césarienne en 2017, avec un taux de 32,3% qui a doublé en 30 ans (Office Fédéral de la Statistique (OFS), 2019). Les progrès médicaux ont contribué à l'élargissement de ses indications, à tel point que la césarienne tend à être banalisée par les professionnel-le-s et par les usagères (Sabatino, 2019). Ce phénomène s'observe également au niveau mondial, avec des variations importantes du taux de césarienne: en 2015, 44,3% en Amérique latine et Caraïbes, dont 55,6% au Brésil, contre 4,1% en Afrique centrale, (Boerma et al., 2018). En Suisse, en 2009, la Conseillère aux Etats Liliane Maury Pasquier alerte le Conseil fédéral sur l'augmentation du nombre de césariennes, ses effets néfastes pour les mères et les enfants, mais aussi l'élévation des coûts de la santé (Assemblée fédérale, 2009). Face à ce problème de santé publique, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande un taux optimal de césarienne entre 10 à 15 %. Au-delà, le taux de mortalité maternelle et néonatale ne serait pas diminué, ni les risques de morbidité à court et long terme (WHO, 2015).

Durant nos différents stages, du prénatal au post-partum, nous avons été surprises des représentations liées à la césarienne, passant quelquefois de la banalisation à la dépréciation. Plusieurs femmes nous ont parlé d'une césarienne plus facile, moins douloureuse, voire plus sécurisante, que l'accouchement par voie basse. La peur de l'accouchement, des contractions douloureuses ou encore la volonté de préserver leur corps des déchirures pour continuer une vie sexuelle y prédominent (RTS, 2018). Au contraire, pour des femmes souhaitant un accouchement naturel, la césarienne semble effrayante, parfois contre-nature. Ainsi, après une césarienne en urgence, certaines femmes se perçoivent négativement, reportant leurs émotions sur leur enfant (Sabatino, 2019). Elles peuvent se sentir dévalorisées dans leur rôle de mère, voire incompetentes, avec l'impression de n'avoir pas été capables d'accoucher (CGNOF, 2014). D'autres encore témoignent de la difficulté à accepter leur corps « tranché », à redevenir des femmes ou à prendre soin de leur enfant de manière autonome (RTS, 2018).

En 2018, l'émission Temps présent diffuse un documentaire « Césariennes, une épidémie contre nature » pour présenter ce sujet d'actualité. Lors d'indications médicales, telles qu'une hémorragie ante-partum, une détresse fœtale, une présentation fœtale dystocique ou encore une pathologie hypertensive, la césarienne est une intervention vitale (Boerma et al., 2018). Or, depuis plusieurs années, l'accroissement des facteurs de risques (âge maternel, obésité, procréation médicalement assistée, etc.) et un changement d'attitude

obstétricale ont augmenté sa pratique. En Suisse, 70 à 90% des césariennes électives sont réalisées lors d'un faible risque obstétrical maternel, sur une indication relative ou de convenance (Société Suisse de Gynécologie et obstétrique (SSGO), 2015). Pourtant, les risques associés, physiques et psychiques, restent nombreux : syndrome de détresse respiratoire chez les nouveau-nés, puis, asthme et obésité ; complications per- ou post-opératoires (hémorragie, infections, thrombose, douleurs, etc.) chez les mères, et lors d'une prochaine grossesse, augmentation du risque de grossesse extra-utérine, placentation anormale, rupture utérine ou encore accouchement prématuré (Keag et al., 2018 ; Sandall et al., 2018). A cela, peut s'ajouter un risque accru de mauvais vécu de la césarienne, de dépression du post-partum, voire de syndrome de stress post-traumatique, avec comme conséquence possible, une relation mère-enfant affectée (Sabatino 2019).

D'après la littérature, la séparation précoce entre parents et enfants, comme vécue lors d'une césarienne, pourrait influencer négativement sur le développement physique, intellectuel, émotionnel et social de l'enfant, avec des difficultés de socialisation (Mistycki, Guedeney, 2015). Bowlby élabore la théorie de l'attachement dans un contexte d'après Seconde Guerre mondiale. Il observe les effets des carences affectives sur les jeunes orphelin-e-s, de potentiel-le-s futur-e-s délinquant-e-s. Dans sa théorie, il s'inspire de l'éthologie pour décrire l'attachement motivé par un besoin primaire de sécurité. Dès sa naissance, le nouveau-né s'attache à sa mère, considérée à l'époque comme la figure d'attachement principale, pour se protéger. La satisfaction répétée de ce besoin renforce son sentiment de sécurité, lui permettant d'acquérir la confiance nécessaire pour explorer le monde environnant. Selon Bowlby, la notion de caregiving correspond au système motivationnel des parents qui ont la capacité de prodiguer des soins au nouveau-né, de répondre à ses besoins physiologiques et affectifs, en le protégeant. Le terme de bonding a ensuite été développé par Kennell et Klaus (1972). Il représente le processus d'attachement de la mère à l'enfant, comprenant les émotions et les sentiments que les mères ressentent pour leur enfant. Ce lien, s'élaborant à priori déjà pendant la grossesse, est favorisé dès la naissance par le contact physique entre les mères et leur nouveau-né, jusqu'aux premiers mois du post-partum (Chabbert & Wenland, 2016).

Plusieurs auteurs ont investigué l'influence du mode d'accouchement (voie basse, césarienne élective ou césarienne en urgence) sur le lien d'attachement mère à enfant. L'étude de Hillan et al. (2001), une des premières études quantitatives sur l'attachement précoce mère-enfant, relève une différence significative selon le mode d'accouchement. Les mères césarisées en urgence se sentiraient moins rapidement proches de leur enfant, par rapport à celles qui ont eu une voie basse, d'autant plus si elles n'ont pas eu de contact

immédiat avec lui. Ce lien plus faible serait non seulement expliqué par le stress vécu par les mères à l'annonce de la césarienne en urgence, mais aussi par la séparation après la naissance (Hillan et al., 2001). Or, selon Neczypor & Holley (2017), la première heure suivant la naissance, surnommée la « golden hour », serait déterminante pour tisser un lien d'attachement entre mères et nouveau-nés. Le contact peau à peau immédiat et une mise au sein précoce, entre autres, réguleraient l'hypothermie du nouveau-né, réduiraient le stress de la dyade, mais aussi renforceraient leur attachement. Toutefois, de nombreux facteurs pourraient perturber ce lien, tels que la prématurité ou une pathologie néonatale. Du côté maternel, la survenue d'une pathologie somatique ou psychologique, un vécu traumatique lors d'un accouchement par voie basse ou par césarienne, pourraient induire des relations de moindre qualité, avec une perception plus faible du sentiment de contrôle (Chabbert & Wedland, 2016).

Afin de réaliser notre travail de bachelor, nous nous sommes tout d'abord interrogées sur les répercussions physiques et psychiques de la césarienne, qui nécessite une récupération plus lente. Ensuite, nous nous sommes demandé si ces répercussions pouvaient influencer sur la relation mère-enfant, notamment sur la création du lien d'attachement mère-enfant, mais aussi comment se crée ce lien et quels en sont les facteurs d'influence. Ensuite nous nous sommes interrogées sur la différence de lien d'attachement entre accouchement par voie basse et accouchement par césarienne. Enfin, nous avons cherché comment, en tant que sages-femmes, informer les femmes enceintes à l'éventualité d'une césarienne sans les effrayer, mais aussi comment accompagner les femmes césarisées, qui ont eu un vécu traumatisant, à créer un lien d'attachement plus harmonieux.

2. Cadre théorique

Dans un premier temps, il s'agira de définir et expliciter les différentes théories sur le lien d'attachement mère-enfant. Ce concept a été créé dès les années 1960 et a été exploré sous différents angles par plusieurs théoriciens. Il y a ainsi la théorie de l'attachement, le système du caregiving et la théorie du bonding. Dans un deuxième temps, après avoir défini l'accouchement par voie basse et la césarienne, nous essayerons de mettre en évidence comment la voie d'accouchement et d'autres facteurs périnataux psychosociaux peuvent avoir un rôle dans l'altération de ce lien. Nous aborderons donc le vécu de l'accouchement, la dépression périnatale et la douleur chronique.

2.1 Le lien d'attachement mère-enfant

2.1.1 La théorie de l'attachement

Dans les années 1960, John Bowlby, un psychanalyste anglais, fonde la « théorie de l'attachement » en s'inspirant de l'éthologie et de la perspective darwiniste (Barbey-Mintz et al., 2017). Il étudie, après la Seconde Guerre mondiale, les conséquences des carences affectives sur la santé mentale des enfants privés de soins maternels (Mottaz & Pyz 2012). Selon lui, le nouveau-né « s'attache » dès sa naissance à un ou une adulte, souvent la mère, qui reste dans notre contexte socioculturel le premier pourvoyeur de soins (modèle de la famille nucléaire), dans un instinct de survie et de protection. Le nouveau-né agit de manière innée, recherchant sa proximité pour répondre à un besoin primaire de sécurité. Le lien d'attachement du nourrisson à sa mère se construit progressivement durant les premiers mois. Cette dernière deviendra la figure d'attachement principale (Barbey-Mintz et al., 2017).

Bowlby explique l'attachement par un ensemble de systèmes motivationnels biologiques, où les comportements de l'enfant sont activés ou désactivés par des signaux internes ou environnementaux. En effet, le système d'attachement est activé lorsque l'enfant a besoin de réconfort, stimulé par un signal externe (stress, danger) ou interne (douleur ou fatigue) (Guédeney & Guédeney, 2016). L'enfant recherche le contact de l'adulte et suscite son attention par des comportements d'attachement instinctifs tels que des pleurs ou des cris, un agrippement, un sourire ou le regard (Mottaz & Pyz, 2012). A l'inverse, le système d'exploration est activé quand il se sent en sécurité. L'enfant est libre d'explorer son environnement, motivé par la curiosité. En grandissant, l'enfant développe un sentiment de sécurité par la répétition des soins de réconfort prodigués par la figure d'attachement. S'ensuit l'élaboration d'un « modèle interne opérant » qui permettra à l'enfant d'élaborer des représentations de lui et des autres jusqu'à l'âge adulte. La qualité des liens affectifs influe sur sa capacité à créer des liens affectifs. Les enfants en carence de soins maternels pourraient avoir des répercussions dans leur développement physique, intellectuel, émotionnel ou social (Guédeney & Guédeney, 2016).

Mary Ainsworth, une psychologue canadienne, complète la théorie de l'attachement de Bowlby par une empreinte expérimentale. Elle met en scène une « situation étrange », avec séparation de l'enfant de sa mère et réunion dans un schéma standardisé (Guédeney & Guédeney, 2016). De ses observations sur les interactions précoces mère-enfant, elle identifie trois principaux styles d'attachement : l'attachement sécurisé, l'attachement insécurité évitant et l'attachement insécurité ambivalent. Les réactions de l'enfant reflètent la qualité de sa sécurité, qui dépendent de la cohérence des réponses de l'adulte (Barbey-Mintz et al., 2017).

Dès sa publication, la théorie évolutionniste de l'attachement suscite de nombreuses controverses. La communauté psychanalytique réfute son éloignement de la théorie freudienne des pulsions. Quant aux mouvements féministes, ils voient, dans la description des carences affectives maternelles, un moyen de pression pour empêcher les femmes de travailler (Pierrehumbert, 2007). Cependant, Ainsworth, ainsi que d'autres auteur-e-s poursuivent les travaux de Bowlby. Ils lui apportent une reconnaissance scientifique en ajoutant de nouvelles dimensions aux concepts de base. La théorie de l'attachement va peu à peu se détacher de l'éthologie, pour s'inspirer, entre autres, des sciences cognitives et de la théorie de l'information (Guédeney & Guédeney, 2016).

Mottaz et Pyz (2012) précisent que, depuis quelques années, les chercheuses et chercheurs et les professionnel-le-s de l'enfance réinvestissent la théorie de l'attachement. Cette approche a permis l'élaboration de grilles, aidant à affiner l'observation des comportements de l'enfant. Les études actuelles continuent d'analyser les dyades mère-enfant, mais essaient également d'évaluer l'influence environnementale de la famille et de son entourage.

2.1.2 Le système du caregiving

Selon Bowlby, le « caregiving » est une partie du lien parental qui relie l'adulte à l'enfant. En d'autres termes, le système du caregiving est le versant du système d'attachement de l'enfant. Lorsque l'adulte perçoit un signal de détresse ou de vulnérabilité de son enfant, il ou elle cherche à établir une proximité avec l'enfant afin de lui garantir une base de sécurité. Le « caregiver » désigne l'adulte qui prend soin de l'enfant, dans un but adaptatif identique à celui de l'attachement, c'est-à-dire la protection et le réconfort de l'enfant (Guédeney & Guédeney, 2016). Barbey-Mintz et al. (2017) précisent que le caregiver a la capacité de répondre aux besoins tant physiques qu'affectifs d'un plus jeune que lui et de lui prodiguer des soins, afin qu'il soit plus à même d'explorer et de se développer.

Dès les premiers jours de vie, le système du caregiving est motivé par l'engagement et par le sens de responsabilité de l'adulte, souvent la mère, afin de construire une relation durable. La mère tend à se préoccuper des besoins de l'enfant, avant les siens. Lorsque ce système est activé, la mère manifeste des comportements de proximité : elle se rapproche de l'enfant, l'interpelle, le serre dans ses bras, le console ou le berce. Le système caregiving est mis en veille lorsqu'elle détecte des signaux d'apaisement et de réconfort. Des émotions spécifiques peuvent être associées chez la mère : le plaisir, la satisfaction et le soulagement s'expriment quand elle a pu y répondre ; la colère, la tristesse et l'anxiété, dans le cas contraire (Guédeney & Guédeney, 2016).

Dans le caregiving, Bowlby présuppose plusieurs acquis chez la mère : sa capacité à interpréter les signaux, son envie de répondre aux demandes de l'enfant et l'efficacité de ses réponses. Ainsworth introduit une nuance avec la notion de « sensibilité aux signaux », basée sur ses observations des relations précoces mère-enfant. La sensibilité maternelle, la coopération, la disponibilité et l'acceptation sont quatre aspects du comportement maternel qui pourraient induire les différents types d'attachement de l'enfant. Plus ces aspects sont présents dans la réponse du caregiver, plus l'enfant développera un attachement sécurisé (Guédeney & Guédeney, 2016).

2.1.3 La théorie du bonding

La « théorie du bonding », comme le système du caregiving, s'intéresse à la relation de la mère à l'enfant. Elle a été créée en 1972 par deux pédiatres américains : Klaus et Kennel (Klaus *et al.*, 1972). Il s'agit d'une approche empirique basée sur leurs propres observations des comportements maternels dans le post-partum. Klaus et Kennel décrivent un *pattern* dans les gestes de la mère, qui apparaît dès la naissance : comme l'exploration physique du nouveau-né à partir des extrémités jusqu'au centre du corps (Dayan, 2015). Il est donc statué que les premières interactions entre la mère et son enfant, notamment dans les premières heures post-partum, surtout la première, la « golden hour », sont cruciales pour l'établissement d'un « lien » (Crouch & Manderson, 1995).

La théorie est apparue dans une période de militantisme féministe, notamment sur l'accouchement naturel, que les femmes se réapproprieraient face au corps médical. Elle a ainsi pour effet de prolonger le contact entre la mère et son enfant (Crouch & Manderson, 1995).

Cependant, cette théorie a ses limites. Elle suppose qu'il n'y a pas de réparation possible du lien entre la mère et l'enfant, dès le moment où il a été endommagé, par une séparation trop longue, un mauvais vécu de l'accouchement ou une dépression. Pourtant, il n'a pas été démontré, plus tard, que ces premières heures constituent une période déterminante (Dayan, 2015 ; Goldberg, 1983). Une des critiques avancées est le fait que la théorie du bonding promeut l'instinct maternel, créant un modèle de normalité imposé (Crouch & Manderson, 1995).

Sans renier entièrement la démarche d'évaluer spécifiquement le lien mère à enfant, Crouch et Manderson (1995, p.842) proposent « de favoriser les recherches sur des aspects spécifiques de la relation parent-enfant [...] en particulier, concernant les circonstances

sociales et économiques de la maternité/parentalité »¹. Ainsi, au lieu d'adhérer à un modèle unique, il faudrait envisager le processus de parentalité dans toute sa complexité biomédicale, socio-économique et culturelle.

2.2 Les voies d'accouchement

2.2.1 Définitions

D'après Merger et al. (2001, p.233), l'accouchement se définit par l' « ensemble des phénomènes ayant pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles », dès 22 semaines d'aménorrhée (SA). Il est dit « à terme lorsque la naissance a lieu entre 37 et 42 SA. Avant 37 SA, l'accouchement est considéré comme prématuré. S'il y a une indication médicale, l'accouchement peut être provoqué pour éviter des complications materno-fœtales.

L'accouchement par voie basse, ou accouchement par voie vaginale, se distingue de l'accouchement par voie haute qui résulte d'un acte chirurgical, la césarienne. Cette dernière peut être élective (ou programmée) quand elle est pratiquée avant le début du travail pour des indications étrangères à ce dernier. En dehors de cette définition, on parle de césarienne en urgence (Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, 2020).

En cas de présentation dystocique, une intervention manuelle ou instrumentale à l'aide de ventouse ou de forceps est nécessaire pour extraire le fœtus (Merger et al., 2001). L'accouchement spontané signifie une naissance par voie basse sans adjonction médicamenteuse, ni interventions médicales. Il est synonyme d'accouchement naturel, physiologique ou eutocique (Merger et al., 2001).

La dystocie se définit comme « une anomalie dans la progression du travail » qui allonge excessivement sa durée (Lansac et al., 2017, p.175). Les étiologies se répartissent en deux catégories, les dystocies mécaniques et les dystocies dynamiques : la disproportion foeto-pelvienne, les anomalies de la présentation, les obstacles praevia et les anomalies de la dynamique utérine (hypocinésies, hypercinésies) (Schaal et al., 2012 ; Lansac et al., 2017).

2.2.2 Epidémiologie

D'après l'OFS (2019), 85'990 accouchements ont été recensés en 2017, dans les centres hospitaliers (98,3%) ou les maisons de naissance (1,7%) suisses. Les accouchements

¹ Traduction littérale par les auteures de ce travail de bachelor

à domicile ne sont pas répertoriés par l'OFS. En 2019, sur 5241 naissances accompagnées par les sages-femmes indépendant-e-s, 886, soit 16,9%, ont été à domicile (Fédération suisse des sages-femmes (FSSF), 2019). Cela représente environ 1%. La répartition selon les différents types d'accouchement représentait : 56,5% par voie basse non instrumentés, 11,1% par voie basse instrumentés et 32,3% par césarienne, dont 51,1% sont électives. Le ratio a peu évolué depuis 2012 (OFS, 2019). Au vu de ces statistiques, la Suisse est un des pays européens avec un très haut taux de césarienne.

Depuis les années 1990, le taux de césarienne a globalement considérablement augmenté. Racinet et Vendittelli (2013) expliquent cette augmentation par plusieurs facteurs en accroissement en Europe:

- l'âge de la grossesse après 35 ans
- l'obésité, avec un BMI >30
- la politique d'accouchement des sièges : le taux global est passé de 60% en 1994-6 à 80% en 2003-5
- les grossesses multiples, dues aux procréations médicalement assistées (PMA) et à l'âge maternel
- les utérus cicatriciels (AVAC bi-cicatriciel = 3%)
- la macrosomie
- les infections
- la césarienne sur demande

Selon la Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique (2015), une indication absolue à la césarienne diminue de manière évidente la morbi-mortalité infantile et/ou maternelle. Elle représente 10-30% de toutes les césariennes en Suisse. Cependant, environ 70-90% des césariennes sont réalisées lors d'un faible risque obstétrical pour la femme, sur une indication relative. La prise de décision se base sur l'évaluation des risques d'un accouchement vaginal par rapport à une césarienne (SSGO, 2015). Selon la SSGO (2015, p.3), « L'accouchement prolongé ou la souffrance fœtale sont à l'origine de 50% des césariennes » et pour Racinet et Vendittelli (2013, p.21), « les dystocies au cours du travail, l'utérus cicatriciel, les présentations non céphaliques, la pré-éclampsie, les grossesses multiples, l'asphyxie fœtale arrivent en tête des facteurs de risque de césarienne. »

Parmi les indications relatives de la césarienne programmée, il y a la présentation du siège qui est la première indication de césarienne élective. Cependant, il n'a pas été démontré qu'elle diminuait la morbi-mortalité néonatale pour un nouveau-né à terme (Racinet & Vendittelli, 2013). De la même manière, il n'y a pas de recommandations claires selon les études en cas de prématurité, de petit poids de naissance et de grossesse gémellaire (sauf si

J1 est en présentation podalique). Concernant la disproportion foeto-pelvienne, la seule radiopelvimétrie n'est pas une indication qui permet d'améliorer le devenir néonatal (sauf s'il y a un antécédent de fracture du bassin). Il en va de même en cas de suspicion de macrosomie (>P95) (Racinet & Vendittelli, 2013). En cas d'utérus cicatriciel, une recommandation de césarienne programmée sera proposée pour éviter des risques de morbi-mortalité maternelle et fœtale, ainsi que des risques de complications pour les grossesses ultérieures. Notamment pour les utérus bi-cicatriciel, les antécédents de rupture utérine et un poids fœtal > 4500g (Racinet & Vendittelli, 2013). Les indications absolues sont les anomalies de l'insertion placentaire (placenta praevia < 2cm de l'orifice interne, accreta ou vasa praevia), la primo-infection à l'Herpès au 3ème trimestre, le VIH en l'absence de thérapie antirétrovirale ou en présence d'une charge virale importante et/ou concomitance avec une hépatite C (Racinet & Vendittelli, 2013). Enfin, une césarienne électorale peut se faire sur demande maternelle, en cas notamment de peur de l'accouchement vaginal après information et en l'absence de toute indication maternelle ou fœtale.

2.2.3 Complications de l'accouchement par voie basse

Après la naissance du nouveau-né par voie basse, certaines complications peuvent générer des douleurs ou des gênes fonctionnelles chez la mère. Une partie des complications se retrouvent également dans les suites de couches des césariennes, à une intensité plus grande. D'autres sont spécifiquement liées au mode d'accouchement (Schall et al., 2012). Selon Marpeau et al. (2013), les principales complications sont l'hémorragie, les maladies thromboemboliques, la rétention urinaire, l'infection urinaire, l'incontinence urinaire ou anale, les douleurs périnéales, les hémorroïdes et les dyspareunies.

En 2017, la majorité des accouchements par voie basse était non instrumentée (83,4%). La ventouse a été le moyen le plus utilisé (> 90%), les forceps étant le moins utilisé (8,3%) (OFS, 2019). L'utilisation de la ventouse affecte peu le périnée de la femme. En revanche, les complications néonatales sont plus fréquentes : bosse séro-sanguine, céphalématome, hématome du pli cutané. Quant aux forceps, ils peuvent provoquer des plaies vaginales, source d'hémorragies, et des déchirures complètes du périnée, liées à une incontinence anale. Les complications chez le nouveau-né vont de légères à traumatiques : éraillures, ecchymoses, arrachement, voire énucléation (Schaal, 2012).

Souvent associée à l'instrumentation, l'épisiotomie concernait 49,6% des accouchements vaginaux instrumentés en 2017 (OFS, 2019). Les recherches actuelles réfutent l'utilisation systématique de l'épisiotomie pour préserver du risque de déchirures périnéales, sauf lors de périnée court. Chez la mère, l'épisiotomie est un risque de pertes

sanguines importantes et de dyspareunies. Le fœtus est en général préservé de l'épisiotomie (Marpeau, 2010).

54,7% des femmes ayant accouché par voie basse ont été touchées par une déchirure périnéale en 2017 (OFS, 2019). Peu de recherches actuelles renseignent sur les facteurs favorisant les plaies vaginales ou périnéales. Les infections vaginales pourraient affecter la mauvaise qualité des tissus (Marpeau, 2010). Le taux de déchirures périnéales superficielles du 1^{er} degré et les déchirures du 2^{ème} degré sont en augmentation. Tandis que les déchirures plus graves, 3^{ème} et 4^{ème} degré sont en légère diminution (OFS, 2019).

2.2.4 Complications de la césarienne

La césarienne est par définition une opération. Elle implique donc un certain nombre de complications maternelles. Globalement, il y a un risque plus élevé de morbidité et de décès maternel (Bodner et al., 2011; Racinet & Vendittelli, 2013). On observe une augmentation du risque d'infection, dont les infections de la plaie et des endométrites. Les pertes de sang sont plus importantes que lors d'un AVB, impliquant un risque ajouté d'hystérectomie. Enfin, lié au caractère opératoire d'une césarienne, il y a plus de risque de maladies thromboemboliques veineuses, d'adhérences intra-péritonéales et de douleur chroniques abdomino-pelvienne (Bodner et al., 2011; Racinet & Vendittelli, 2013). Il est à noter que ces incidences sont encore plus importantes dans les césariennes en urgence en comparaison aux césariennes électives (Bodner et al., 2011).

Pour les grossesses suivantes, plusieurs articles (Racinet & Vendittelli, 2013 ; Keag et al., 2018) évoquent une majoration du risque de mort fœtale in utero et grossesse ectopique au niveau de la cicatrice. Le risque d'anomalies d'insertion placentaire (placenta praevia et accreta) est plus important. Enfin, ils décrivent un lien avec de potentiels problèmes de fertilité. En contrepartie, le risque d'incontinence urinaire et de prolapsus est diminué (Keag et al., 2018).

Les complications néonatales sont plus controversées. De manière générale, les issues respiratoires sont les plus étudiées, notamment le risque de syndrome de détresse respiratoire qui est augmenté, comme le risque d'hypothermie et d'hypoglycémie (Racinet & Vendittelli, 2013). D'un autre côté, le taux d'infection néonatale, un APGAR et un pH au cordon différent de l'AVB n'est pas significatif (Bodner et al., 2011). Les issues néonatales seraient potentiellement surtout liées au contexte de l'accouchement ; l'incidence serait plus basse lors d'antécédent de césarienne, mais 3 fois plus élevée sans indication médicale à pratiquer une césarienne.

L'allaitement post-césarienne a également été étudié et des études montrent que la mise en route de l'allaitement maternel est 2 fois moins probable après une césarienne, mais qu'il n'y a pas d'incidence à 6 mois post-partum si l'allaitement a été initié (Racinet & Vendittelli, 2013).

2.3 Facteurs de risque sur le lien d'attachement

2.3.1 Vécu de l'accouchement

Selon Chabbert & Wendland (2016), 33% des femmes vivaient une expérience traumatique lors d'un accouchement et 1,3 à 6 % présentent un syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Le SSPT est une « réaction psychologique survenant de quelques jours à quelques mois après une agression physique ou psychologique très violente (guerre, attentat, catastrophe naturelle) » (Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, 2020). Cependant, il est important de nuancer cette définition. En effet, le vécu d'un accouchement, même sans complication médicale, peut être un événement traumatisant. La douleur, un faible contrôle lors de l'accouchement, et peu de soutien social perçu influenceraient la perception négative de la naissance. D'un autre côté, les premiers moments avec le nouveau-né sont également présentés comme un élément important, qui peut être le siège de frustration si la rencontre avec l'enfant est retardée (Guittier et al., 2014).

Le mode d'accouchement, notamment une césarienne d'urgence, un accouchement vaginal instrumenté et un travail prolongé, pourrait également avoir un impact négatif sur le vécu de l'accouchement. Cependant, Guittier et al. (2014) nuancent cette dichotomie entre AVB et césarienne, qui proviendrait en grande partie de représentation des soignant-e-s et des patientes. Pourtant, Chabbert & Wendland (2016) et Guittier et al. (2014) s'accordent sur le fait que les femmes avec un vécu positif ont majoritairement accouché par voie basse et, au contraire, celles avec un vécu négatif ont plus souvent eu des césariennes en urgence.

Le vécu négatif de l'accouchement peut avoir un impact dans le post-partum, notamment s'il est aggravé par un SSPT. Il constitue un risque pour la dépression post-partum, mais peut aussi avoir des conséquences sur le lien mère-enfant à plus ou moins long terme (Chabbert & Wendland, 2016 ; Stuijzand et al., 2020).

2.3.2 Dépression périnatale

La dépression périnatale est la survenue d'épisodes dépressifs plus ou moins graves pendant la grossesse et/ou dans les 12 mois suivant la naissance. Elle concerne 6,5 à 12 %

des femmes pendant la période post-partum avec un pic vers 2 mois et demi ou 3 mois (Gavin et al., 2005). Selon Dayan (2015), la prévalence est entre 10 et 18 %.

Les facteurs de risques sont les suivants (Dayan, 2015):

- dépression pendant la grossesse
- anxiété anténatale
- événements de vie (pertes, deuil,...)
- manque de soutien social
- antécédents de dépression
- difficultés dans les relations de couple
- statut socio-économique
- facteurs obstétricaux (modalité d'accouchement, complications, ...)

« Quand la perception est négative, le risque de dépression post-partum est accru »² (Guittier et al., 2014, p.7). Les femmes enceintes et accouchées sont donc très à risque de développer une dépression périnatale, notamment selon le vécu de leur accouchement.

La dépression périnatale a de lourdes conséquences sur la femme, le couple et l'enfant. Il y a moins d'interactions entre la mère et l'enfant. Concernant la relation mère-enfant, on peut également observer des sentiments et des discours négatifs envers l'enfant, l'impression d'avoir un enfant peu gratifiant, de l'incompréhension et un manque de plaisir envers son bébé (Gavin et al., 2005).

2.3.3 Douleur chronique

Les douleurs chroniques concernent autant les accouchements par voie basse que les césariennes. Dans le post-partum immédiat, les douleurs peuvent déjà gêner la reprise des activités quotidiennes. Elles ont ainsi un impact sur la qualité du sommeil, la marche et la concentration (Rigouzzo, 2015).

Plus tard, environ 15 % des femmes avec une lésion périnéale décrivent un symptôme douloureux persistant. Et selon les études, 9 à 18 % des femmes césarisées ont des douleurs chroniques ou des douleurs sévères (EVA >5) (Rigouzzo, 2015 ; Morau et al., 2012 ; Sabatino, 2019). Sabatino (2019) évoque également des dyspareunies profondes présentes après une césarienne. Dans l'article de Nardi et al. (2013, p.776), « un pourcentage important de patientes avec des douleurs persistantes, même si elles ne sont pas sévères, considèrent que leur qualité de vie est altérée. » Ces chiffres démontrent l'importance d'apporter plusieurs

² Traduction littérale par les auteures de ce travail de bachelor

types d'antalgiques en simultané dans le post-partum précoce. Les douleurs mal soignées risquent de devenir chroniques et d'impacter plus durablement la qualité de vie des patientes.

De plus, plusieurs études (Morau et al., 2012 ; Rigouzzo, 2015) font un parallèle avec l'allaitement et le lien mère-enfant. Dans 30% des cas, la douleur chronique limitait sérieusement leur capacité à allaiter leur bébé et un contrôle de la douleur efficace limiterait ces incidences en facilitant l'allaitement et le lien mère-enfant (Rigouzzo, 2015).

3. Problématique

En 2017, la césarienne représentait 32,3% des accouchements en Suisse. Ce chiffre a suscité des interrogations au niveau public, politique et scientifique, avec notamment le postulat de la Conseillère aux Etats Liliane Maury Pasquier, la réévaluation de l'OMS du taux de césarienne recommandé à 10% et le reportage de la RTS (2018). En effet, la césarienne augmente le risque de morbidité et de mortalité materno-infantiles et a un impact sur le vécu de l'accouchement, surtout quand il s'agit d'une césarienne en urgence. Ensuite, nous avons pu observer que dans l'opinion publique, mais également dans les représentations sage-femme, la césarienne oscille entre banalisation et dépréciation.

D'un autre côté, les théories de l'attachement, datant des années 1960, sont remises en cause et questionnées sur leur place dans notre pratique professionnelle. Cela fait partie d'un questionnement plus vaste sur l'amélioration de la prise en soins des femmes et des nouveau-nés. En effet, de nombreux articles émergent sur le vécu de l'accouchement ou les violences obstétricales, et d'autres commencent à s'interroger sur les facteurs influençant le lien d'attachement. Nous avons pu voir qu'ils sont nombreux : mauvais vécu, dépression du post-partum, SSPT, douleurs, etc.

Notre travail de recherche s'inscrit donc dans cette volonté de redéfinir des concepts comme le lien d'attachement et de les comprendre, tout en les intégrant dans notre pratique de sage-femme, face à une césarienne qui a encore du mal à trouver sa place dans les représentations de l'accouchement. Nous nous sommes donc interrogées sur l'impact de la césarienne sur le lien d'attachement.

Quel est l'impact de la césarienne sur le lien d'attachement mère à enfant?

4. Méthodologie de recherche

4.1 Bases de données

Dans la recherche de littérature, plusieurs bases de données ont été utilisées afin d'explorer de manière exhaustive les articles scientifiques disponibles sur la question de recherche. Les bases de données Medline® via Pubmed®, CINHAL® complete (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), APA PsycINFO via Ovid® (Tableau 1) et le moteur de recherche Google Scholar ont été utilisés.

Tableau 1: présentation des bases de données (HEdS, 2021)

| Bases de données | Champ d'application |
|---|---|
| Medline® via Pubmed® | Base de données documentaires (articles) incluant les domaines de la médecine, la santé, la biologie, la biochimie, la pharmacologie, la toxicologie et les sciences infirmières |
| CINHAL® Complete (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) | Base de données documentaires (articles, livres, chapitres de livres, thèses, comptes rendus de conférences) incluant les domaines des sciences infirmières, des sciences de la santé et des sciences paramédicales |
| APA PsycINFO via Ovid® | Base de données documentaires (articles, chapitres d'ouvrages, rapports techniques, thèses) incluant les domaines de la psychologie, des soins infirmiers, de la médecine et de la sociologie |

4.2 Détermination des mots-clés et modèle PICO

Le modèle PICO (Tableau 2) a été utilisé pour définir les concepts-clés de la recherche de littérature selon la question de recherche. Ces concepts ont été résumés en mots-clés et synonymes. Ensuite, le portail HeTOP®, qui regroupe les principales terminologies et ontologies de santé, a été utilisé pour traduire ces mots-clés et obtenir des termes du Thésaurus MeSH en anglais et français. Des mots-clés libres ont également été ajoutés lorsque le MeSH term n'existait pas. Enfin, la base de données CINHAL propose des terminologies (Headings) référencées dans le Tableau 2.

Tableau 2: modèle PICO

| | Concepts/ Thèmes | HeTOP Français (MeSH term) | HeTOP Anglais (MeSH term) | CINAHL Headings | Mots-clés libres en anglais |
|--|--------------------------------|--|--|--|--|
| | mère et nouveau-né | mère nouveau-né nourrisson jusqu'à 1 mois bébé | mother child, infant neonate newborn newborn infant | mothers/ mother/ motherhood/ maternal newborn/ neonate/ infant /baby | |
| | césarienne | accouchement par césarienne/ c- section/ opération césarienne mode d'accouchement | cesarean/ abdominal deliveries/ abdominal delivery/ c section (ob)/ c-section (ob)/ c-sections (ob)/ caesarean section/ caesarean sections/ cesarean sections/ deliveries, abdominal/delivery, abdominal | cesarean section / caesarean section/ c- section/ section/ | delivery type/ delivery mode |
| | accouchement par voie basse | accouchement naturel | childbirth, natural | vaginal delivery or vaginal birth or natural birth or natural delivery/ | |
| | lien d'attache- ment | création de liens d'attachement/ formation de liens affectifs/ formation de liens d'attache- ment/ relation d'objet/ relation objectale/ liens émotionnels | bonding / attachment, object/ attachments, object/ bonding (psychology)/ bonding, psychological/ bondings (psychology)/ object attachments/ object relationship/ object relationships / psychological bonding/ relationship, object/ relationships, object/ Object Relation/ object relations/ Relation, Object/ Relations, Object/relation, mother child/ | bonding/ attachment/ relationship/ interaction/ bonding and attachment with baby or infant or child | relations / attachment |

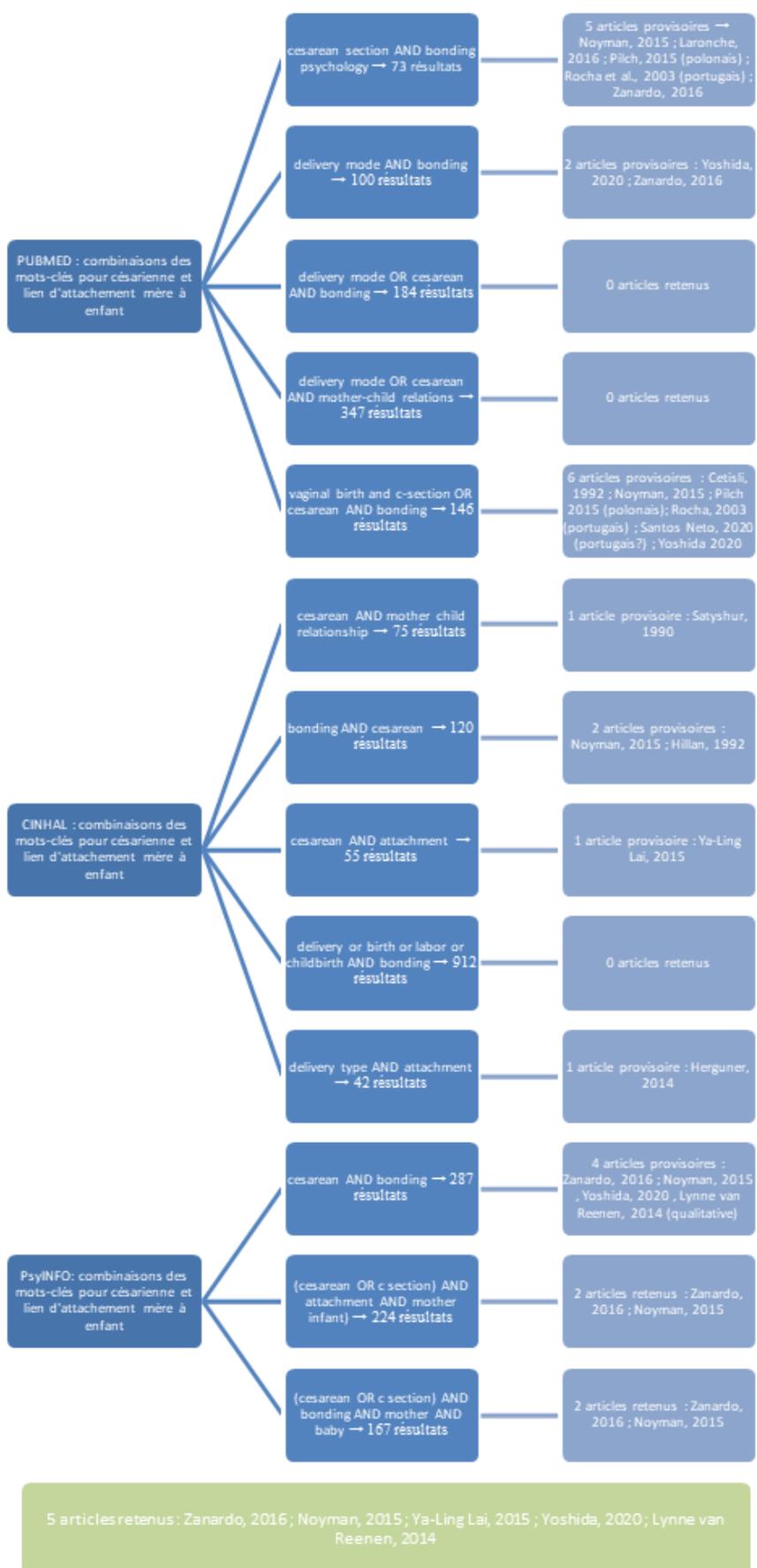
4.3 Recherche d'articles

Les termes et mots-clés du modèle PICO ont été rentrés dans les différentes bases de données. Afin d'affiner la recherche, une différenciation entre les « Mesh terms » et « All Fields » a été faite. De plus, les opérateurs Booléens « AND » et « OR » ont permis de combiner les mots-clés plus précisément et d'avoir une revue de littérature la plus exhaustive possible. Une fois les articles sélectionnés, nous avons également vérifié les bibliographies des études pertinentes afin de ne pas en omettre.

Les résultats de notre recherche ont été synthétisés sous la forme d'un diagramme récapitulatif (Figure 1). Nous avons utilisé trois concepts principaux, le mode d'accouchement ou la césarienne et le lien d'attachement, en variant les « Mesh terms » ou les « All fields » et les opérateurs booléens. De nouveaux mots-clés ont été affinés en fonction des articles découverts. Dans la base de données PubMed®, nous avons trouvé 9 articles pouvant répondre à notre question de recherche. Dans CINAHL®, les mêmes articles sont réapparus. Nous avons complété notre recherche avec 3 nouveaux articles. PsycINFO nous a permis d'ajouter un article à notre sélection. Enfin, Google Scholar a été utilisé pour résumer la recherche de littérature afin de voir si des articles avaient été laissés de côté. Aucun article n'a été retenu par ce biais.

Aucun article correspondant à notre recherche n'est ressorti dans la Cochrane Library et nous n'avons pas eu accès à la base de données MIDIRS.

Figure 1: diagramme représentant la stratégie de recherche



4.4 Critères de sélection

Des critères d'inclusion et d'exclusion (Tableau 3) ont été définis afin de sélectionner les 5 articles utilisés pour notre question de recherche.

Tableau 3 : critères d'inclusion et d'exclusion

| Critères d'inclusion | Critères d'exclusion |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Parution entre 2010 et 2020- Pertinence du sujet de l'article par rapport à la question de recherche- Études publiées dans des journaux scientifiques et peer reviewed- Études en anglais ou en français- Études quantitatives- Études qualitatives- Études comprenant des grossesses uniques, une bonne adaptation néonatale (APGAR), un nouveau-né sans pathologie | <ul style="list-style-type: none">- Parution antérieure à 2010- Études se limitant à l'impact de la césarienne sur la dépression du post-partum- Études étudiant le seul bénéfice du peau à peau après la césarienne sur le lien d'attachement |

Les critères d'inclusion, dont la date de parution, le design, la pertinence des articles, la qualité et la langue de publication ont été déterminés avant notre recherche dans les bases de données. Nous avons ajouté les critères d'exclusion et ajusté le dernier critère d'inclusion (singleton, bonne adaptation et sans pathologies néonatales) en fonction des articles sélectionnés. D'autres précisions, telles que l'alphabétisation des participantes, ainsi que l'absence de maladies aiguës ou chroniques et de pathologies mentales ont été supprimées.

4.5 Limites et contraintes

Nous avons rapidement été limitées à une petite sélection d'articles afin de répondre au mieux à notre thématique et à nos critères de recherche. Plusieurs études récentes ont été menées sur la dépression du post-partum, le peau à peau ou encore l'allaitement, mais ne comparent pas l'influence du mode d'accouchement sur les liens d'attachement. D'autres articles plus anciens, tels que Satyshur et al. (1990) ou encore Hillan et al. (1992), n'ont pas été retenus en raison de leur date de publication. De nombreuses évolutions dans les prises en soins du post-partum, notamment le rooming-in ou le peau à peau et l'amélioration des

techniques de césarienne, ont justifié cette décision. Deux autres articles souvent cités dans les bibliographies, Rocha et al. (2003) et Pilch et al. (2015) étaient respectivement écrits en portugais et polonais (des langues que nous ne maîtrisons pas).

4.6 Sélection des articles

Après lecture des titres, des résumés et des articles pertinents, nous avons retenu 5 études quantitatives: Herguner et al. (2014), Noyman-Veksler et al. (2015), Ya-Ling Lai et al. (2015), Yoshida et al. (2020) et Zanardo et al. (2016). L'article de Herguner et al. (2014), le moins pertinent, a été remplacé par une étude qualitative, celle de van Reenen & van Rensburg (2013), bien que cette dernière se focalise uniquement sur les césariennes en urgence. En effet, il semblait important, au vu de la question de recherche, de présenter une étude qualitative avec des entretiens plus poussés et pas uniquement des questionnaires d'auto-évaluation à remplir.

Les 5 articles choisis répondent à la plus grande partie de nos critères (Tableau 4). Il s'agit d'études récentes, datant de moins de dix ans, publiées en anglais dans des revues scientifiques reconnues. L'échantillonnage est de petite taille pour 4 études, sauf pour l'étude de cohorte japonaise, Yoshida et al. (2020), et adapté au design. En revanche, les études ont été réalisées dans des pays différents : Afrique du Sud, Israël, Italie, Japon et Taïwan. Les différences socio-culturelles, les ressources dans les hôpitaux et la formation du personnel soignant dans la prise en soins du post-partum peuvent être une difficulté supplémentaire pour la comparaison des données. Les études de Yoshida et al. (2020) et van Reenen & van Rensburg (2013) ne répondent pas au critère d'inclusion concernant la bonne adaptation et l'absence de pathologies néonatales. Nous les avons cependant conservées car la première est une étude rigoureusement menée avec un grand échantillonnage et les deux sont pertinentes pour l'analyse de notre thématique, l'impact de la césarienne sur le lien d'attachement mère-enfant.

Tableau 4 : liste des références bibliographiques des articles retenus

| |
|--|
| Noyman-Veksler, G., Herishanu-Gilutz, S., Kofman, O., Holchberg, G., & Shahar, G. (2015). Postnatal psychopathology and bonding with the infant among first-time mothers undergoing a caesarian section and vaginal delivery : Sense of coherence and social support as moderators. <i>Psychology & Health, 30</i> (4), 441-455. https://doi.org/10.1080/08870446.2014.977281 |
| Van Reenen, S. L. & van Rensburg, E. (2013). The Influence of an Unplanned Caesarean Section on Initial Mother-Infant Bonding: Mothers' Subjective Experiences. <i>Journal of Psychology in Africa, 23</i> :2, 269-274. https://doi.org/10.1080/14330237.2013.10820623 |
| Ya-Ling Lai, Chich-Hsiu Hung, Stocker, J., Te-Fu Chan, & Yi Liu. (2015). Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal-infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in. <i>Applied Nursing Research, 28</i> (2), 116-120. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.08.002 |
| Yoshida, T., Matsumura, K., Tsuchida, A., Hamazaki, K., & Inadera, H. (2020). Influence of parity and mode of delivery on mother–infant bonding : The Japan Environment and Children’s Study. <i>Journal of Affective Disorders, 263</i> , 516-520. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.005 |
| Zanardo, V., Soldera, G., Volpe, F., Giliberti, L., Parotto, M., Giustardi, A., & Straface, G. (2016). Influence of elective and emergency cesarean delivery on mother emotions and bonding. <i>Early Human Development, 99</i> , 17-20. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.05.006 |

4.7 Littérature du cadre de référence

Pour la construction du cadre de référence de notre travail de bachelor, nous avons d’abord recherché de la littérature sur les thématiques liées à notre question de recherche: la césarienne et le lien d’attachement. Nous avons également approfondi d’autres thématiques qui pourraient influencer le lien d’attachement, afin de faire un possible lien avec la césarienne, tels que la dépression du post-partum et le vécu de l’accouchement. Le syndrome de stress post-traumatique a été ajouté en lisant d’autres études pour compléter notre question de recherche. La théorie relative à ces sujets a été recherchée en utilisant le moteur de recherche Rero, Google Scholar et les bases de données PubMed® et CINHALL®. La littérature grise, c’est-à-dire les articles scientifiques trouvés sur Google Scholar ou les thèses de master, a permis de compléter la recherche et n’a été utilisée, dans la rédaction de ce travail de bachelor, que pour la rédaction de notre questionnaire professionnel et du retour dans la pratique.

5. Présentation des résultats

5.1 Tableaux descriptifs des articles

Etude 1 : description de l'article de van Reenen & van Rensburg (2013)

| <p>Titre : The Influence of an Unplanned Caesarean Section on Initial Mother-Infant Bonding: Mothers' Subjective Experiences Auteurs : van Reenen, S.L. & van Rensburg, E. (2013) Journal : Journal of Psychology in Africa</p> | | | |
|---|---|--|---|
| <p>Objectifs : comprendre comment l'expérience d'une césarienne en urgence pourrait influencer les représentations de l'attachement maternel et la relation entre la mère et l'enfant</p> | | | |
| Méthode | Procédure | Résultats principaux | Forces et limites |
| <p>Design : étude qualitative exploratoire (phénoménologique³)</p> <p>Participantes : N = 10 femmes</p> <p>VI : césarienne en urgence</p> <p>VD: représentations de l'attachement maternel et attachement maternel</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Césarienne en urgence - Mariée - 25-30 ans - 1er bébé - Pas d'antécédent de fausse-couche - 2-4 ans après la naissance <p>Critères d'exclusion : non mentionnés</p> <p>Mesures : interviews phénoménologiques</p> | <p>Ethique : Mention de l'approbation du protocole de l'étude par un comité d'éthique, sans autres précisions</p> <p>Recrutement : Recrutement en utilisant la méthode du « snowballing sample »</p> <p>Phase : T1 : Des consentements oral et écrit donnés à signer, confidentialité assurée, pas de temps limité, débriefing par des psychologues après l'interview</p> <p>Période et lieu de l'étude : Période n'apparaît pas dans l'étude Lieu : Afrique du Sud</p> | <p>Résultats :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Relation prénatale</u> : mères décrivent développer un attachement durant la grossesse, représenté comme un lien unique entre elles et leur bébé. 2. <u>Sensation de détachement</u> : césarienne perçue comme étant impersonnelle, décrivent un sentiment de détachement et de perte d'intimité 3. <u>Anticipation</u> : mères continuent à attendre leur bébé avec impatience 4. <u>Premier contact différé</u> : décrivent un sentiment de déconnexion de leur bébé 5. <u>Reconstruction de l'attachement</u> : la réaction émotionnelle envers leur bébé était positive et ont développé des représentations positives de l'attachement avec leur enfant 6. <u>Capacité de prendre en soins diminuée</u> : période PP frustrante, récupération lente et douloureuse, impact négatif sur l'allaitement, sentiment de vide à ne pas pouvoir s'occuper de leur bébé 7. <u>Inconfort émotionnel</u> : pour certaines la transition à la maternité compliquée par des réponses de stress post-traumatique et connexion à l'enfant compliquée par leur détresse émotionnelle au PP 8. <u>Engagement progressif</u> : pour les femmes avec un stress post-traumatique, malgré le traumatisme, décrivent une association de leurs sentiments avec la césarienne plutôt qu'avec leur bébé. | <p>Forces : Pas nommées dans l'étude</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Petit échantillon - Pas de comparaison entre césarienne électorale et en urgence (possibles conséquences sur représentations de l'attachement maternel prénatal + préparation) - Style d'attachement de la mère pas exploré - Que des femmes blanches dans l'étude |

³ qui se concentre sur l'étude des expériences vécues par un individu

Étude 2 : description de l'article de Noyman-Veksler et al. (2015)

| <p align="center">Titre : Post-natal psychopathology and bonding with the infant among first-time mothers undergoing a caesarian section and vaginal delivery : Sense of coherence and social support as moderators</p> <p align="center">Auteur-e-s : Noyman-Veksler, G., Herishanu-Gilutz, S., Kofman, O., Holchberg, G., & Shahar, G. (2015)</p> <p align="center">Journal : Psychology & Health</p> | | | |
|---|--|--|---|
| <p>Objectifs : investiguer le rôle protecteur du sens de cohérence et du soutien social perçu dans les effets de la césarienne sur l'état psychologique de la mère et le lien d'attachement mère-enfant</p> | | | |
| Méthode | Procédure | Résultats principaux | Forces et limites |
| <p>Design : étude quantitative longitudinale</p> <p>Participant-es :</p> <ul style="list-style-type: none"> - T0 : N = 142 femmes - T1 N = 96 femmes (37 césariennes en urgence, 21 césariennes électives, 38 accouchements par voie basse) - T2 : N = 92 femmes <p>VI : sens de cohérence, soutien social, césarienne et accouchement par voie basse</p> <p>VD: dépression du post partum , syndrome de stress post-traumatique, attachement maternel</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parle hébreu - Mariée ou vivant avec partenaire - Enfant à terme, sain (APGAR 9/10) sans besoin spécifique à la naissance <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condition psychiatrique ou neurologique - Traumatisme crânien, <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> - PBQ <i>Post-partum bonding questionnaire</i> (Bockington et al., 2001) - PDS <i>Post-traumatique diagnostic scale</i> (Foa et al., 1997) - EPDS <i>Edinburgh Postpartum Depression Scale</i> (version en Hébreu : Glaser & Barel, 1999) - SOC <i>Sens of cohérence</i> (SOC-13 ; Antonovsky, 1979) - SSQ <i>Social support questionnaire 6</i> (Sarason et al., 1987) | <p>Ethique : Pas de mention de l'approbation du protocole de l'étude.</p> <p>Recrutement : fait au dernier jour d'hospitalisation, soit de J2 à J4. Pas de mention de consentement éclairé. Un questionnaire est donné qui récolte les antécédents personnels.</p> <p>Phases :</p> <p>Phase 1 (T1) : 6 semaines post-partum Questionnaires remplis : PBQ, EPDS, PDS, SOC, SSQ</p> <p>Phase 2 (T2) : 12 semaines post-partum Questionnaires remplis : PBQ, PDS, EPDS</p> <p>Période et lieu de l'étude : Période n'apparaît pas dans l'étude Lieu : Soroka Medical Center, Israel</p> | <p>Corrélations entre les variables de protection et les variables dépendantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. T1 : Le sens de cohérence est un facteur protecteur avec une corrélation négative sur le questionnaire post-partum bonding ($r = -0.22, p < 0.05$), ainsi que pour les autres mesures [PDS ($r = -0.33, p < 0.01$), EPDS ($r = -0.29, p < 0.01$)] 2. T2 : le sens de cohérence n'est pas un facteur protecteur significatif pour le questionnaire post-partum bonding ($r = 0.20, p = ns$), mais il est significatif pour les autres mesures et reste un facteur protecteur [PDS ($r = -0.44, p < 0.001$), EPDS ($r = -0.43, p < 0.001$)]. 3. Pas de corrélation significative entre le Social support questionnaire et les autres variables [T1 : PBQ ($r = -0.16, p = ns$), T2 : PBQ ($r = 0.05, p = ns$)] <p>Post-partum bonding questionnaire : césarienne vs accouchement par voie basse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de différence significative entre la césarienne élective et l'accouchement par voie basse - Pas de différence significative entre la césarienne en urgence et l'accouchement par voie basse <p>Chiffres non interprétables</p> | <p>Forces : Une des rares études avec design longitudinal à comparer la psychopathologie postnatale et les troubles du lien d'attachement en fonction des trois modes d'accouchement : voie basse, césarienne élective et en urgence</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relativement petit échantillon qui dissimule les interactions significativement intéressantes - Manque de données prénatales - Subjectivité des questionnaires d'auto-évaluation - Seulement 2 phases d'évaluation |

Étude 3 : description de l'article de Ya-ling Lai et al. (2015)

| <p align="center">Titre : Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal-infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in Auteur-e-s : Ya-Ling Lai, Chich-Hsiu Hung, Stocker, J., Te-Fu Chan, & Yi Liu. (2015) Journal : Applied Nursing Research</p> | | | |
|---|---|---|--|
| <p>Objectifs : comparer la fatigue des femmes, les soins au bébé et l'attachement mère-enfant lors du post-partum, en rooming-in, suite à une naissance par voie vaginale et à une césarienne</p> | | | |
| Méthode | Procédure | Résultats principaux | Forces et limites |
| <p>Design : étude quantitative transversale Participant-es : N = 120 femmes (60 accouchement voie basse, 60 césariennes) VI : accouchement voie basse, césarienne VD: fatigue lors du post-partum, soins du nouveau-né, attachement mère-enfant Critères d'inclusion:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mariée - Taïwanaise - Parlant et lisant le chinois - Nouveau-né sain, à terme, bonne adaptation néonatale (APGAR > 7 à 1 et 5 min) - Mère sans troubles mentaux et sans maladie aiguë ou chronique <p>Critères d'exclusion : Troubles mentaux et maladies chroniques Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> - VAS Visual Analogue Scale (fatigue) - Difficulty in Baby-Care Activities Scale (créé par les auteur-e-s de l'étude) - MAI <i>Maternal-Infant Attachment Inventory</i> (Muller, 1994) | <p>Ethique : Protocole de l'étude approuvé par la commission institutionnelle de contrôle of Kaohsiung Medical University Hospital à Kaohsiung, Taiwan Recrutement : 48h à 72h après la naissance, dans les unités du post-partum, par un étudiant diplômé, bien formé Phases : Informations et signature d'un consentement individuellement, puis récolte des données (15 à 20 min, femme seule) Période et lieu de l'étude : Période : février à août 2008 Lieu : dans un centre hospitalier universitaire et un hôpital régional, au sud de Taiwan, "Hôpitaux Amis des Bébé-s", (rooming-in)</p> | <p>Fatigue du PP: Différence significative entre accouchement par voie basse et césarienne [F(1, 116)= 9.66; p = 0.002]. Difficulty in Baby-Care Activities Scale (DBCS): Pas de différence significative entre accouchement par voie basse et césarienne [F(1,116) = 0.77, p = 0.383] Maternal-infant Attachment Inventory (MAI): Pas de différence significative entre accouchement par voie basse et césarienne [F(1, 116) = 0.12, p = 0.731] (scores hauts pour les 2 groupes) Corrélations:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La fatigue est corrélée avec Difficulty in Baby-Care Activities Scale pour l'accouchement par voie basse (r = 0.31, p = 0.018) et la césarienne (r = 0.30, p = 0.02) 2. Difficulty in Baby-Care Activities Scale est corrélée négativement avec le Maternal-Infant Attachment Inventory pour l'accouchement voie basse (r = -0.31, p = 0.018) et la césarienne (r = -0.30, p = 0.019) 3. La fatigue n'est pas corrélée avec Maternal-Infant Attachment Inventory pour l'accouchement par voie basse (r = -0.17, p = 0.209) et la césarienne (r = -0.12, p = 0.319) <p>→ la fatigue prédit le niveau de difficulté dont la prise en soin du bébé</p> | <p>Forces : Pas nommées dans l'étude Limites : Temps de la récolte des données (3 jours PP post CS = récupération physique et aide des infirmier-ère-s) peu adaptée pour vérifier la différence entre les 2 groupes</p> |

Étude 4 : description de l'article de Yoshida et al. (2020)

| <p>Titre : Influence of parity and mode of delivery on mother–infant bonding : The Japan Environment and Children’s Study.</p> <p>Auteur-e-s : Yoshida, T., Matsumura, K., Tsuchida, A., Hamazaki, K., & Inadera, H. (2020)</p> <p>Journal : Journal of Affective Disorders</p> | | | |
|---|--|--|---|
| <p>Objectifs : étudier le lien d’attachement mère-enfant, à 1 an, selon la parité et le mode d’accouchement</p> | | | |
| Méthode | Procédure | Résultats principaux | Forces et limites |
| <p>Design : quantitative, étude de cohorte en cours</p> <p>Participant-es : N = 82'540 femmes avec singleton, dont 36'662 primipares et 45'878 multipares</p> <p>VI : parité et mode d'accouchement (accouchement par voie basse ou césarienne)</p> <p>VD: lien d'attachement mère-enfant</p> <p>Critères d'inclusion : femme avec singleton, vivant à la naissance</p> <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participation multiple, - Grossesse multiple - Fausse couche - Enfant mort-né - 10'250 femmes dont données manquantes ou réponses incomplètes <p>Mesures : MIBS-J <i>Mother-to-Infant Bonding Scale Japanese version</i> (Yoshida et al., 2012), dont 2 sous-catégories (manque d'affection [LA] et colère + rejet [AR])</p> | <p>Ethique : Protocole de Japan Environment Children’s Study (JECS) approuvé par le comité d'examen d'études épidémiologiques du Ministère de l'Environnement et par le comité d'éthique de toutes les institutions</p> <p>Recrutement : Provenant des données obtenues de JECS (103'099 grossesses entre 2011-2014), groupes divisés AVB et CS, puis primipares et multipares, enfin multipares subdivisées, avec antécédent de césarienne ou non</p> <p>Phase 1 : A 1 mois, questionnaires (femmes seules) sur le mode d'accouchement et pour déterminer les co-variables, analyse des données médicales tirées des rapports</p> <p>Phase 2 : A 1 an, questionnaires + MIBS-J</p> <p>Phase 3: Prévue en 2027 pour mesurer les facteurs environnementaux sur la santé des enfants</p> <p>Période et lieu de l'étude : Période : entre 2011 et 2014, Lieu : dans 15 régions du Japon</p> | <p>Mean scores au MIBS-J</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus élevés (mauvais) chez les primipares que chez les multipares (Mean total 1.129 vs. 0.897, $p < 0.0001$). - Multipares : sont plus élevés lors de CS que de AVB pour les mères multipares, sans antécédent de césarienne ($p=0.038$) - Primipares : pas d'association entre scores d'attachement et la voie d'accouchement <p>LA scores Presque identiques entre primipares et nullipares selon AVB ou CS (mean values 0.015 d'écart)</p> <p>AR scores Plus élevés chez les mères primipares que chez les multipares.</p> <p>→ La césarienne a peu d'impact sur le lien d'attachement</p> | <p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Approuvée par comités d'éthique des institutions participantes, échantillon - Très large dans tout le Japon <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation d'une auto-évaluation subjective du lien d'attachement (biais de perception) - Pas de distinction entre césarienne élective et en urgence - Contribution de l'enfant non investiguée dans le lien d'attachement |

Etude 5 : description de l'article de Zanardo et al. (2016)

Titre : Influence of elective and emergency cesarean delivery on mother emotions and bonding.

Auteur-e-s : Zanardo, V., Soldera, G., Volpe, F., Giliberti, L., Parotto, M., Giustardi, A., & Straface, G. (2016).

Journal : Early Human Development

Objectifs : Déterminer la direction et la force de l'effet de la voie d'accouchement sur le lien d'attachement et les émotions des mères face à un nouveau-né à terme

| Méthode | Procédure | Résultats principaux | Forces et limites |
|--|---|--|--|
| <p>Design : étude observationnelle prospective</p> <p>Participant-es : N = 573 mères au post-partum ayant eu un singleton par accouchement voie basse (419), césarienne élective (73) ou césarienne en urgence (81) et 573 nouveaux-nés sains, né à terme, en rooming-in</p> <p>VI : accouchement par voie basse, césarienne élective, césarienne en urgence</p> <p>VD: émotions maternelles et lien d'attachement mère à enfant</p> <p>Critères d'inclusion:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grossesse unique - Nouveaux-nés sains, né à terme - Rooming-in <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Femmes ne parlant pas italien, - Anesthésie générale - Troubles psychologiques et/ou traitement - Nouveau-né en néonatalogie, - Incapacité de compréhension des tests - Problèmes physiques ou psychologiques au PP <p>Mesures : MIBS <i>Mother-to-infant Bonding Scale</i> (Taylor et al., 2005)</p> | <p>Ethique : Approbation de la commission institutionnelle de contrôle (Policlinico Abano Terme) avant le début de l'étude</p> <p>Recrutement: non précisé, consentement éclairé signé</p> <p>Phase : questionnaire à 2 jours PP sur place</p> <p>Période et lieu de l'étude : Période : entre septembre 2014 et avril 2015 Lieu : Division de médecine périnatale de la polyclinique Abano Terme, nord-ouest de l'Italie</p> | <p>Score global MIBS entre AVB et CS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Différence significative entre la césarienne en urgence (Mean ± SD = 0.92 ± 1.05) et accouchement par voie basse (Mean ± SD = 0.50 ± 1.05), p <0.001 - Différence non significative entre la césarienne élective (Mean ± SD = 0.67 ± 1.14) et l'accouchement par voie basse (Mean ± SD = 0.50 ± 1.05) <p>Pourcentage de lien mère-enfant altéré (score ≥ 2) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Différence significative entre la césarienne en urgence [23.45% (n=19)] et accouchement par voie basse [11.21% (n=47)], p <0.006 - Pas de différence significative entre la césarienne élective [17.80 % (n=13)] et accouchement par voie basse [11.21% (n=47)] <p>→ On retrouve un lien d'attachement significativement moins bon chez les mères ayant subi une césarienne en urgence en comparaison avec celles ayant eu une voie basse, ce qui n'est pas le cas entre la césarienne élective et l'accouchement par voie basse.</p> | <p>Forces : première étude à examiner séparément les facteurs psychologique et chirurgicaux comme CSE et CSU corrélés avec le lien mère enfant</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Echantillon non représentatif d'autres pays industrialisés (taux de fécondité faible et tardif et haut taux de césarienne) - Pas de causes à effets entre facteurs émotionnels et psychologiques et prénataux |

5.2 Analyse critique des articles

Le GFASAS⁴ a permis d'analyser les contenus de chaque tableau avec une méthode structurée et systématique. L'analyse de chacune des parties d'un article a été réalisée, en précisant les données des auteur-e-s, en formulant des questions pour affiner la compréhension des écrits et en vérifiant le niveau d'intérêt du lecteur par des indicateurs.

5.2.1 Auteur-e-s et publication

Dans les 5 études sélectionnées, les auteur-e-s ont des spécialités différentes. Dans les études de Noyman-Veksler et al. (2015) et van Reenen & van Rensburg (2013), il s'agit de psychologues et psychiatres. On retrouve ensuite des médecins de centres de périnatalité (Yoshida et al., 2020 ; Zanardo et al., 2016) et des obstétricien-ne-s et membres de la Nursing School de Taiwan (Ya-Ling Lai et al., 2015). Les sages-femmes ne sont cependant pas représentées dans ces études. Mais il semblerait que, dans l'étude de Ya-ling Lai et al. (2015), des infirmier-ère-s s'occupent des femmes en post-partum. C'est donc la seule étude où les auteur-e-s ont un lien direct avec la prise en charge des femmes étudiées.

Ce que nous pouvons ensuite relever, c'est que la plupart des auteur-e-s principaux de ces études sont des chercheuses et chercheurs avec de nombreux articles et collaborations à leur actif. C'est notamment le cas pour Vincenzo Zanardo, en Italie, qui est spécialisé dans les problématiques du post-partum comme le peau à peau, l'attachement et autres ; et Taketoshi Yoshida (directeur de la Division of Neonatology, Maternal and Perinatal Center in Toyama University Hospital) qui fait partie intégrante de l'étude de cohorte de niveau national, la *Japan Environment and Children's Study* (JECS).

Les articles sélectionnés proviennent tous de revues différentes. Ils ont tous un facteur d'impact <5. Le *Journal of Affective Disorder* et *Psychology & Health* ont respectivement un facteur d'impact (FI) à 3.892 et 2.528 en 2019 selon Clarivate Analytics dans le *Journal Citation Reports*. Viennent ensuite *Early Human Development* qui s'intéresse aux aspects de la croissance post-natale influencée par des événements précoces dans la grossesse ou au post-partum (FI = 1.969) et *Applied Nursing Research* qui s'intéresse aux applications cliniques des spécialités infirmières (FI = 1.612). Le plus bas facteur d'impact est celui du *Journal of Psychology in Africa* (FI = 0.453). Malgré ces faibles facteurs d'impact, ce sont tous des revues et journaux « peer reviewed », qui produisent des articles scientifiques cohérents et de qualité suffisante.

⁴ GFASAS = Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques

5.2.2 Ethique

Seule l'étude de Noyman-Veksler et al. (2015) ne mentionne pas une approbation du protocole de l'étude. Les autres ont été validées par un comité d'éthique institutionnel (Yoshida et al., 2020 ; van Reenen & van Rensburg, 2013), un comité d'examen d'études épidémiologiques du Ministère de l'Environnement (Yoshida et al., 2020) ou une commission institutionnelle de contrôle (Zanardo et al., 2016 ; Ya-Ling Lai et al., 2015).

5.2.3 Lieu de déroulement

Le lieu de déroulement des études n'a pas toujours été clairement indiqué et décrit. Il est effectivement important que ces lieux soient bien définis, puisque cela pourrait apporter des biais aux résultats des différentes études. La recherche de van Reenen & van Rensburg (2013) a été effectuée en Afrique du Sud, mais il n'y a pas d'autres indications sur l'hôpital ou les hôpitaux où ont accouché les femmes, même si elle prend place 2 à 4 ans après la naissance. Cet article ne décrit pas non plus le contexte dans lequel vivent ces participantes, par exemple aisé ou non. Il est ainsi difficile d'avoir une vision globale de l'accouchement et de la suite au post-partum. C'est également le cas pour l'étude de Yoshida et al. (2020). Cette dernière se déroule sur l'ensemble du Japon (15 régions), et il n'y a donc pas de précisions sur les hôpitaux. Cependant, il aurait été important de noter que, même si l'étude offre une grande représentativité en termes de société japonaise, les lieux d'accouchement n'ont certainement pas les mêmes ressources, qu'il s'agisse d'un hôpital universitaire ou d'une petite maternité régionale. Quant à Zanardo et al. (2016), ils ont effectué leur étude dans la Polyclinique Albano à Terme en Italie, qui cumule 1000 naissances par an avec un taux de césarienne de 27%, mais il n'y a pas d'indications sur ses protocoles de prise en soins pendant la césarienne et au post-partum ; idem pour Noyman-Veksler et al. (2015) qui se déroule en Israël au Soroka Medical Center, sans plus de précisions. Seule l'étude de Ya-Ling Lai et al. (2015) précise que l'hôpital universitaire et l'hôpital régional utilisés pour l'étude sont labellisés « hôpitaux amis des bébés ». Ya-Ling Lai et al. (2015) et Zanardo et al. (2016) mentionnent une pratique du rooming-in au post-partum.

On peut ainsi observer une grande disparité entre les types d'hôpitaux et maternités où se sont déroulées les études. Ils n'ont certainement pas les mêmes ressources ni les mêmes protocoles. Cela pourrait influencer, voire biaiser les résultats de l'étude, ou alors en expliquer la divergence des résultats. De manière générale, il manque une description des différentes pratiques institutionnelles. Il aurait été intéressant de connaître le type d'informations données sur la césarienne, le type d'analgésie utilisée, la formation du personnel, le temps de séparation mère-enfant, la pratique du peau à peau et/ou du rooming-in. Ce dernier élément semble en effet déterminant dans le processus précoce de l'attachement maternel.

De plus, on peut observer que les 5 études ont été effectuées dans des pays très différents : Taiwan, Japon, Italie, Israël, Afrique du Sud. Dû au petit nombre d'études disponibles sur la question du lien entre césarienne et lien d'attachement, il a été impossible de choisir des études culturellement et d'une localisation relativement proche. Les différences culturelles entre les pays d'études rendent difficile l'interprétation des résultats.

5.2.4 Question de recherche

Les 5 articles sélectionnés étudient tous l'effet du mode d'accouchement sur le lien d'attachement mère-enfant. Noyman-Veksler et al. (2015) et Zanardo et al. (2016) comparent les 3 modes d'accouchement, c'est-à-dire la césarienne électorale ou en urgence par rapport à l'accouchement par voie basse. Ya-Ling Lai et al. (2015) et Yoshida et al. (2020) ne distinguent pas la césarienne électorale et en urgence. Tandis que van Reenen & van Rensburg (2013) investiguent uniquement les effets à long terme de la césarienne en urgence. Les articles choisis devraient donc permettre de répondre, parfois de manière partielle, à notre question de recherche

Dans chaque article, les objets de recherche sont clairement énoncés dans le titre de l'article. Ils peuvent adéquatement être décrits par des variables indépendantes et dépendantes. Les auteur-e-s présupposent communément d'un impact négatif de la césarienne sur le lien mère-enfant, toutefois chaque auteur-e a une perspective de recherche différente en fonction de ses intérêts. C'est pourquoi les thématiques des questions de recherche varient selon les différentes hypothèses émises.

En effet, Noyman-Veksler et al. (2015), ainsi que van Reenen & van Rensburg (2013) ont une approche psychopathologique du post-partum. Ils investiguent tous deux la détresse émotionnelle que peut provoquer la césarienne. Les premiers s'intéressent au sens de cohérence et au soutien social, considérés comme des facteurs de protection pour la santé mentale de la mère (dépression du post-partum et syndrome de stress post-traumatique) et l'établissement du lien d'attachement. Les seconds analysent les représentations de mères sur le lien d'attachement ainsi que son établissement, déterminants pour construire l'identité maternelle et la relation mère-enfant. Zanardo et al. (2016) comparent aussi les effets stressants, notamment de la césarienne en urgence, sur le vécu émotionnel et le lien d'attachement. Dans une approche plus physiologique, Ya-Ling Lai et al. (2015) observent les répercussions de la fatigue du post-partum sur les soins au nouveau-né et l'établissement du lien d'attachement. Quant à l'étude de cohorte de Yoshida et al. (2020), elle prend en compte la parité, facteur qui pourrait influencer le lien d'attachement.

5.2.5 Design

Ce sont toutes des études observationnelles. 1 étude est qualitative (van Reenen & van Rensburg, 2013). Elle apporte un point de vue plus centré sur l'expérience des femmes. Les 4 autres études ont tenté de quantifier le vécu des femmes quant à leur accouchement par césarienne et à leur lien avec leur bébé. Elles ont ainsi cherché à quantifier les effets de la césarienne sur le lien d'attachement, en comparant 2 à 3 groupes de sujets (accouchement par voie basse et césarienne élective ou en urgence). Parmi ces études, 2 sont longitudinales (Yoshida et al., 2020 ; Noyman-Veksler et al., 2015) et 2 transversales (Ya-Ling Lai et al., 2015 ; Zanardo et al., 2016). Il faut cependant préciser que si l'étude de Yoshida et al. (2020) se décrit comme une étude de cohorte, donc longitudinale, dans l'article il n'y a qu'une phase effectuée et analysée ; la deuxième se déroulera en 2027.

Globalement, le design des études est adapté aux objectifs visés. L'étude qualitative approfondit le vécu et les représentations des femmes, les études quantitatives transversales proposent un instantané d'un moment précis, et la quantitative longitudinale permet de montrer l'évolution du lien mère-enfant dans le post-partum. Enfin, la variable du lien d'attachement est encore aujourd'hui difficilement quantifiable, puisque subjectif et contextuel, comme cela sera discuté plus loin, et les différents designs sont intéressants pour comparer les effets, les procédures et nuancer les résultats.

5.2.6 Sélection des participantes et des nouveau-nés

Les critères communs de sélection des 5 articles sont : des femmes ayant accouché par voie basse ou césarienne, d'un enfant unique, vivant à la naissance. L'étude qualitative de van Reenen & van Rensburg (2013) ne s'intéresse qu'aux femmes césarisées en urgence et à leur enfant. En tenant compte des autres critères d'inclusion ou d'exclusion, la sélection des participantes est adaptée pour vérifier les hypothèses de recherche de 3 études, mais pas assez détaillée pour les 2 autres.

Noyman-Veksler et al. (2015), Ya-Ling Lai et al. (2015) et Zanardo et al. (2016) ajoutent les critères d'une naissance à terme, sans pathologies, avec une bonne adaptation néonatale, mais également une absence de troubles d'ordre psychologiques ou physiques chez les femmes. Ces facteurs pourraient être susceptibles d'altérer la qualité du lien d'attachement mère-enfant ou de le retarder. Parfois, le critère du mariage ou du concubinage est présenté (Noyman-Veksler et al., 2015 ; Ya-Ling Lai et al., 2015 ; van Reenen & van Rensburg, 2013). Il semblerait être un facteur de protection face au risque de dépression du post-partum, plus important chez les femmes vivant seules, et avoir une influence sur le lien d'attachement.

Une absence des critères sur la santé néonatale et maternelle se retrouve autant chez Yoshida et al. (2020) que chez van Reenen & van Rensburg (2013). Pour les premiers, les critères d'exclusion ont été principalement rédigés afin de limiter les biais de sélection due à la taille de l'échantillon de l'étude (participation multiple, fausses-couches, enfant mort-né, absence de données médicales ou réponses incomplètes). Toutefois, les auteur-e-s évoquent une liste de facteurs (statut marital, santé physique et dépression, âge gestationnel...) qui a été utilisée pour pondérer le risque sur le lien d'attachement, sans autres précisions. Dans l'article de van Reenen & van Rensburg (2013), il aurait été intéressant d'ajouter des critères de sélection plus détaillés que l'absence de fausse-couche, afin d'évaluer des contextes plus similaires. Par exemple, l'absence d'interruption de grossesse, de dépression péri ou postnatale, de maladies maternelles chroniques ou aiguës, de dépendance toxique, de violences physiques ou sexuelles ou encore de maladies et de malformations néonatales, qui pourraient induire un biais dans l'analyse des données. Il est également à noter qu'une sélection de participantes uniquement blanches est peu représentative de la population d'Afrique du Sud.

5.2.7 Taille de l'échantillon

Dans les 5 articles sélectionnés, la taille de l'échantillon est adaptée au design des études. Ya-ling Lai et al. (2015) ainsi que Noyman-Veksler et al. (2015) ont comparé des échantillons d'envergure assez semblable, avec respectivement 120 et 142 participantes. Zanardo et al. (2016), étudient un échantillon plus grand, avec un total de 573 mères et autant de nouveau-nés. Il semble, au vu des résultats étudiés, qu'une relative petite taille de l'échantillon pourrait empêcher la visibilité des données statistiquement significatives. Noyman-Veksler et al. (2015) le mentionnent dans leurs limites.

A l'opposé, l'étude de cohorte japonaise rassemble un échantillon de taille imposante (N final = 82'540), avec un nombre plus important de femmes à comparer et une bonne représentativité de la population japonaise. La généralisation attendue des effets de la césarienne sur le lien d'attachement paraît ainsi plus facile à contrôler. Or, au vu des résultats non significatifs, on pourrait se demander si l'absence de critères détaillés, dans la sélection des participantes, y jouerait un rôle. En effet, la disparité de la population étudiée (bonne ou mauvaise adaptation néonatale, présence ou non de pathologies néonatales, de pathologies physiques ou mentales maternelles...) pourrait induire des biais de mesure. De plus, en raison de la taille de l'échantillon et de la durée de l'étude de cohorte, des biais de sélection apparaissent, tels que la perte des participantes et le manque de suivi des données. Yoshida et al. (2015) recensent une perte de 20'555 femmes (critères d'exclusion et absence de

dossier rempli ou complet) par rapport à l'échantillon total (N = 103'099). Il n'y a pas de mention de mesures pour limiter ces biais.

Quant à l'étude qualitative de van Reenen & van Rensburg (2013), elle analyse le vécu de 10 mères, césarisées en urgence, lors d'entretiens phénoménologiques. La petite taille de l'échantillon favorise la récolte de témoignages approfondis sur le sujet de recherche, mais ne permet pas la généralisation des résultats.

5.2.8 Procédure

Le recrutement des participantes a été bien défini dans la plupart des études. Pour Noyman-Veksler et al. (2015), Ya-Ling Lai et al. (2015) et Zanardo et al. (2016), il est relativement similaire et adapté. Il a été réalisé directement dans les unités du post-partum des hôpitaux, 2 ou 3 jours après la naissance. Dans l'étude japonaise, les données des participantes de la cohorte étaient déjà pré-définies par la JECS (Yoshida et al., 2020), ce qui en a exclu une sélection plus spécifique. Quant à l'étude qualitative, la méthode de boule de neige a été utilisée, sans indications de la période, ni du procédé.

Dans un souci de rigueur, les auteur-e-s évoquent la signature d'un consentement éclairé après le recrutement. Il permet de certifier la volonté de participation. Seuls Noyman-Veksler et al. (2015) ont omis de mentionner cette partie de la procédure. Les auteur-e-s de l'étude qualitative insistent, à juste titre, sur la garantie de la confidentialité, nécessaire à la libre expression des participantes lors des entretiens.

La ou les différentes phases des études, leur temporalité ainsi que les outils utilisés (questionnaires ou entretiens) ont été clairement identifiés dans les 5 articles. Il y est précisé que les mères ont toutes répondu de manière individuelle aux différents questionnaires (Noyman-Veksler et al., 2015 ; Ya-Ling Lai et al., 2015; Yoshida et al., 2020; Zanardo et al., 2016). Une partie des questionnaires était destinée à l'évaluation des variables, l'autre partie à renseigner sur le profil des participants (âge, niveau d'éducation, parité, induction du travail, mesures et sexe du nouveau-né, type d'allaitement...) pour vérifier l'influence de ces paramètres.

Il aurait été également intéressant de mentionner le déroulé des entretiens de l'étude qualitative. Il y est indiqué : nombre illimité d'entretiens, formation des interviewers sur le respect des besoins et des droits des participantes, analyse du contenu thématique par une relecture systématique. Or, on ignore qui a mené les entretiens, la durée de chaque séance ou encore sur quels critères se base l'analyse du contenu afin d'en garantir une standardisation. Le contenu des entretiens retranscrits a été ensuite synthétisé en thématiques.

5.2.9 Choix des outils

Pour l'étude qualitative, van Reenen & van Rensburg (2013) mènent des interviews phénoménologiques 2 à 4 ans après la naissance, afin d'explorer en profondeur le vécu des femmes. Les moyens utilisés sont adaptés pour répondre aux objectifs, cependant il aurait été plus pertinent de proposer des entretiens plus rapidement après la césarienne. Il est possible qu'avec le temps, la relation créée avec son enfant, les souvenirs du vécu maternel puissent être amplifiés ou relativisés.

Les outils utilisés dans les études quantitatives sont tous différents. Zanardo et al. (2016) utilise le Mother-to-Infant Bonding Scale (Taylor et al, 2005) et Yoshida et al. (2020) une version modifiée spécialement pour le JECS, le Mother-to-Infant Bonding Scale Japanese version (Yoshida et al. 2012). L'étude de Ya-Ling Lai et al (2015) utilise les outils Visual Analogue Scale pour mesurer la fatigue, Difficulty in Baby-care Activities Scale (créée par les auteur-e-s pour l'étude), et Maternal-infant Attachment Inventory (Müller, 1994). Enfin, Noyman-Veksler et al. (2015) se servent des Postpartum Bonding Questionnaire (Brockington et al., 2001), Posttraumatic Diagnostic Scale (Foa et al., 1997), Edinburgh Postpartum Depression Scale (version en Hébreu : Glaser & Barel, 1999), Sense of Coherence (SOC-13 ; Antonovsky, 1979) et Social Support Questionnaire 6 (Sarason et al., 1987).

Au sein de tous ces outils, les auteur-e-s des études quantitatives ont donc choisi chacun un questionnaire différent pour mesurer la même variable, l'attachement de la mère envers l'enfant : Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS), Mother-to-Infant Bonding Scale Japanese version (MIBS-J), Maternal-infant Attachment Inventory (MAI) et Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ).

Le MIBS est créé par Taylor et al. en 2005. Il s'agit d'une auto-évaluation de 8 éléments (*Loving, Resentful, Neutral or Felt nothing, Joyful, Dislike, Protective, Disappointed* et *Aggressive*) décrivant comment la mère se sent envers son enfant. Ces éléments sont évalués entre 0 et 3, pour un score total entre 0 et 24. Un score haut indique un attachement moins bon, voire altéré, dont Zanardo et al. (2016) fixe la limite (cut-off) à >2. Selon Taylor et al. (2005), l'attachement maternel se développe progressivement les 12 premières semaines post-partum, ce qui rend ce questionnaire moins efficace au-delà. Il a d'ailleurs été créé pour être utilisé au premier environ du post-partum. Enfin, l'utilisation d'un mot qualifiant chaque élément permettrait aux mères de décrypter plus facilement une émotion qu'elle pourrait ressentir envers son enfant. Dans Zanardo et al. (2016), le questionnaire est correctement utilisé, puisqu'il est proposé aux mères à 2 jours post-partum.

Le MIBS-J a été adapté par Yoshida et al., en 2012. Comme le questionnaire précédent, il s'agit d'une auto-évaluation, mais avec 10 éléments. Les 2 éléments d'analyse ajoutés sont

le manque d'affection (*Lack of affection*), et colère et rejet (*Anger and reject*). Les 10 éléments sont évalués entre 0 et 3, pour un score total entre 0 et 30. L'étude de Yoshida et al. (2020) n'indique pas la valeur cut-off indicatrice d'un mauvais lien d'attachement. Ce questionnaire a été utilisé à 1 an post-partum, alors que, comme vu plus haut, il a été conçu à la base, avant les modifications, seulement pour les premiers jours post-partum. Dans Yoshida et al. (2012), les 2 sous-catégories montrent une évolution dans le temps après la naissance ; l'élément « manque d'affection » diminue significativement du jour 5 à 4 mois post-partum, ce que l'on observe également pour « colère et rejet ». Il ne semble donc pas indiqué d'utiliser le MIBS-J après les premiers mois post-partum, et Yoshida et al. (2020) ne motivent pas leur choix.

Le MAI est créé par Müller en 1994. Comme les deux précédents, ce questionnaire est une auto-évaluation. Il contient 26 éléments, notés entre 1 et 4 (du moins fréquent au plus fréquent), pour un score total de 26 à 104. Un score élevé indique un plus grand niveau d'attachement de la mère à son enfant. Ya-ling Lai et al (2015) n'indiquent pas de cut-off. On peut imaginer que comme pour le MIBS, les effets diminueraient avec le temps. 48 à 72h semble donc un bon créneau d'étude.

Le PBQ élaboré par Brockington et al. en 2001, est un questionnaire d'auto-évaluation. Il y a 25 éléments évalués entre 0 et 5 (jamais à toujours). Il y a 4 sous-catégories : *Impaired bonding* (12 éléments); *Rejection and anger* (7 éléments); *Anxiety about care* (4 éléments) et *Risk of abuse* (2 éléments). Plus le score est élevé, plus il indique un lien pathologique. Noyman-Veksler et al. (2015) n'indiquent pas de cut-off. Brockington et al. (2001) concluent que le PBQ peut être utilisé pour le dépistage précoce d'une altération du lien mère-enfant, notamment en le combinant à l'EPDS, le meilleur cut-off étant à 16 pour une plus grande sensibilité du test. Noyman-Veksler et al. (2015) font remplir ce questionnaire à 6 et 12 semaines en même temps que l'EPDS. L'utilisation avec ce dernier questionnaire est donc correcte, mais il est peut-être proposé trop tard pour qu'il soit plus significatif et pour éviter un biais de mesure.

En conclusion, on observe que les auteur-e-s utilisent des outils différents, qui n'évaluent pas toujours les mêmes éléments. Il est ainsi difficile de comparer les résultats de façon précise. Tous ces outils sont approuvés par des études, mais ils manquent parfois de sensibilité et de nuances, notamment selon la période où ils sont effectués. Ces questionnaires ont ainsi tendance à ne plus être significatifs ou d'une sensibilité diminuée après quelques semaines ou mois. Noyman-Veksler et al. (2015) et Yoshida et al. (2020) utilisent donc ces questionnaires à priori trop tard. Par ailleurs, une grande faille de ces questionnaires réside dans le fait qu'ils sont subjectifs et peuvent évoluer selon le contexte.

5.3 Articulation des résultats

5.3.1 Impact de la césarienne élective et en urgence sur le lien d'attachement

Dans la majorité des articles quantitatifs, il n'y a pas de différence significative entre la césarienne (CS) et l'accouchement par voie basse (AVB) en ce qui concerne le lien d'attachement. Dans Ya-Ling Lai et al. (2020), le questionnaire MAI ne montre pas de résultats significatifs ($F_{1,116} = 0.12$, $p = 0.731$). L'étude montre d'ailleurs des résultats élevés dans les 2 groupes étudiés, donc un bon score d'attachement. Ce résultat pourrait être expliqué par les interactions facilitées entre les mères et leurs nouveau-nés lors du rooming-in, indépendamment du mode d'accouchement. Le MIBS-J, utilisé par Yoshida et al. (2020), n'indique pas plus de différence chez les primipares en comparant CS et AVB ($p > 0.05$), mais chez les multipares sans antécédents de césarienne, il y a une différence significative de l'élément « colère et rejet » (donc un moins bon attachement) entre AVB et CS ($p = 0.038$), ce qui n'est pas observé chez les multipares avec antécédent de CS. Cependant, il n'y a pas d'information sur le score total entre AVB et CS, ce qui ne permet donc pas de tirer des conclusions sur l'impact de la voie d'accouchement sur le lien mère enfant. Nonobstant, les auteur-e-s concluent que la césarienne a peu d'impact sur le lien d'attachement.

Noyman-Veksler et al. (2015) ne trouvent pas de différence entre les trois modes d'accouchement avec le questionnaire PBQ, que ce soit entre césarienne élective (CSE) et voie basse ou que ce soit entre césarienne en urgence (CSU) et voie basse. Il est seulement observé qu'un lien altéré d'attachement à T1, soit à 6 semaines post-partum, prédit de manière significative un mauvais lien à T2, soit à 12 semaines post-partum. Même si les résultats sont significatifs ($p < 0.001$), les chiffres de l'étude sont difficilement interprétables. Les auteur-e-s expliquent l'absence de résultats attendus par une évaluation jugée tardive. La grande stabilité du lien mère-enfant ($r = 0.79$) expliquerait les changements minimes au-delà d'une semaine de vie.

Seule l'étude de Zanardo et al. (2016) relève une différence significative entre la voie d'accouchement et le lien d'attachement, à 2 jours post-partum. Si le score total MIBS n'est pas significatif entre CSE et AVB (Mean \pm SD = 0.67 ± 1.14 CSE ; 0.50 ± 1.05 AVB), celui entre CSU et AVB est significatif (Mean \pm SD = 0.92 ± 1.05 CSU ; 0.50 ± 1.05 AVB, $p < 0.001$). Il est noté une différence significative concernant le pourcentage de lien mère-enfant altéré (score ≥ 2) : CSU [23.45% (n = 19)] et AVB [11.21% (n = 47)], $p < 0.006$, ce qui n'est pas le cas entre CSE [17.80% (n = 13)] et AVB [11.21% (n = 47)]. Ces résultats indiquent un lien d'attachement plus difficile à créer chez les mères ayant subi une césarienne en urgence en comparaison de celles ayant eu une voie basse, ce qui n'est pas le cas entre la césarienne élective et l'accouchement par voie basse. Enfin, lors d'une césarienne en urgence, les femmes, qui s'attendaient à un accouchement par voie basse, exprimeraient davantage

d'émotions négatives face au changement, notamment moins de joie, plus de déception ou encore moins d'attirance envers le nouveau-né. Les scores du MIBS de « joie » (Mean \pm SD, 0.074 ± 0.26 AVB v 0.185 ± 0.39 CSU ; $p < 0.005$) et de « déception » (0.024 ± 0.16 AVB vs 0.148 ± 0.45 CSU ; $p < 0.008$) sont significativement plus élevés chez les mères ayant eu une CSU, s'associant à un moins bon lien d'attachement. Les scores des critères « dislike » sont légèrement élevés sans être pour autant représentatifs (0.063 ± 0.25 AVB vs 0.123 ± 0.36 CSU ; $p < 0.072$).

L'étude qualitative de van Reenen & van Rensburg (2013) s'intéresse seulement à l'impact de la césarienne en urgence sur le lien mère-enfant, dans des témoignages 2 à 4 ans après la naissance. Les auteures constatent que 9 femmes sur 10 souhaitent accoucher par voie basse. L'accouchement naturel étant considéré comme l'aboutissement symbolique du lien d'attachement déjà créé durant la grossesse. Au contraire, la césarienne en urgence est décrite par les femmes césarisées comme un moment d'incertitude, d'anxiété voire de détresse. Les effets de la sédation, la passivité du travail, un sentiment de détachement ou encore le premier contact retardé ont altéré l'intimité ou la profondeur du lien. Mais ce dernier s'est rapidement recréé avec le contact et la proximité du nouveau-né. En revanche, comme le mentionnent les auteures, il est difficile de généraliser l'impact de la césarienne en urgence sur la création du lien d'attachement.

5.3.2 Impact des caractéristiques socio-démographiques et cliniques des participants sur le lien d'attachement

Des variables socio-démographiques et cliniques ont été étudiées afin de vérifier leur impact sur le lien d'attachement, telles que l'âge, le statut marital, le niveau d'éducation, la parité des participantes, ou encore, le sexe, l'âge gestationnel et les mensurations des nouveau-nés. Ya-Ling Lai et al. (2015) ont investigué plus particulièrement le type d'allaitement, le premier caregiver, le temps de rooming-in et l'inconfort du post-partum. Pour les données socio-démographiques, les auteur-e-s indiquent une différence significative des variables de l'âge et du niveau d'éducation entre les deux groupes, AVB et CS. Toutefois, ces données sont peu pertinentes et ne modifient pas les résultats de l'étude. Il en est de même pour la parité entre les modes d'accouchement. Quant à l'étude de Zanardo et al. (2016), elle montre des résultats similaires pour ces variables, sans association significative sur le lien d'attachement. Les auteur-e-s justifient le manque d'impact des données par la mesure transversale des données, à 2 jours post-partum.

Yoshida et al. (2020) s'intéressent aussi à la différence entre primipares et multipares. L'étude montre une différence significative entre les Mean scores totaux du MIBS-J (Mean

total scores : 1.29 vs 0.897, $p < 0.0001$) et AR (colère et rejet) scores (les scores ne sont pas indiqués précisément). Une primipare aurait donc un score globalement moins bon qu'une multipare en ce qui concerne le lien d'attachement. D'un autre côté, indépendamment de la voie d'accouchement, les scores LA (manque d'affection) sont identiques entre primipares et multipares (Mean values ont 0.015 point d'écart), mais si l'on compare les scores AR ($p=0.038$) des primipares avec ceux des multipares césarisées sans antécédent de césarienne, ce sont ces dernières qui ont un moins bon score d'attachement. Les sentiments négatifs découleraient ainsi des indications médicales urgentes, comme un stress fœtal, un placenta prævia ou encore un décollement placentaire. Enfin, la parité n'influencerait pas l'affection donnée à l'enfant. Malgré ces résultats significatifs, l'étude conclut, sans tenir compte du mode d'accouchement, que les mères primipares ont un MIBS-J moins bon que les multipares. La césarienne seule, sans la parité, aurait un impact mineur sur le lien d'attachement.

Enfin, dans l'article de Noyman-Veksler et al. (2015), on trouve un impact de la DPP sur le lien attachement. Il y a une corrélation entre un mauvais score à l'EPDS et un mauvais score d'attachement à T1 et T2 dans les deux sens (EPDS1xPBQ1 = 0.62, $p < 0.001$; EPDS1xPBQ2 = 0.38, $p < 0.01$; PBQ1xEPDS2 = 0.30, $p < 0.01$; EPDS2x PBQ2 = 0.30, $p < 0.01$).

5.3.3 Sens de cohérence et soutien social comme facteurs protecteurs

Noyman-Veksler et al. (2015) se sont également intéressés à l'impact des facteurs de protection, tels que le sens de cohérence (SOC) et le soutien social sur les effets négatifs de la césarienne. Dérivé de la théorie de la salutogenèse, le sens de cohérence est un concept où l'individu a la capacité d'utiliser ses propres ressources pour mieux gérer les événements stressants et, ainsi, choisir des stratégies de coping plus efficaces. Un haut niveau de SOC serait associé à une naissance peu compliquée. De même, le soutien social est considéré comme un facteur protecteur lors du post-partum. La perception d'un soutien social élevé diminuerait le risque de dépression du post-partum et de syndrome de stress post-traumatique (SSPT). C'est pourquoi les auteur-e-s ont également essayé de vérifier la corrélation de ces 2 facteurs protecteurs avec le lien d'attachement, la dépression du post-partum et le SSPT.

Ainsi, à 6 semaines post-partum, le sens de cohérence semble être un facteur protecteur avec une corrélation négative sur le questionnaire post-partum bonding (PBQ) ($r = -0.22$, $p < 0.05$), mais également pour les autres mesures [PDS ($r = -0.33$, $p < 0.01$), EPDS ($r = -0.29$, $p < 0.01$)]. Un niveau bas de SOC serait corrélé significativement à des scores plus élevés du PBQ, c'est à dire un moins bon lien d'attachement, mais aussi à des scores plus élevés de risque de dépression du post-partum et de SSPT. Par contre, à 12 semaines, le

sens de cohérence n'est plus un facteur protecteur significatif pour le questionnaire post-partum bonding ($r = 0.20$, $p = ns$). Cependant, il est significatif pour les autres mesures et reste un facteur protecteur [PDS ($r = -0.44$, $p < 0.001$), EPDS ($r = -0.43$, $p < 0.001$)]. Le deuxième facteur protecteur évalué est le soutien social. L'étude démontre qu'il n'y a pas de corrélation significative, donc pas de protection du soutien social sur les autres variables, dont le lien d'attachement [T1 : PBQ ($r = -0.16$, $p = ns$), T2 : PBQ ($r = 0.05$, $p = ns$)].

5.3.4 Impact de la césarienne sur le vécu de l'accouchement et la dépression post-partum

Selon van Reenen & van Rensburg (2013), la césarienne en urgence est considérée comme potentiellement traumatique, avec des répercussions sur le vécu de l'accouchement mais aussi sur la relation mère-enfant. Les femmes témoignent que tout en vivant de l'incertitude ou de l'anxiété lors de la césarienne, elles ont éprouvé un sentiment de détachement impersonnel, l'accouchement devenant passif. Ce sentiment de passivité a été renforcé par la sédation de l'anesthésie. Malgré ces sentiments négatifs et un contact initial retardé, certaines femmes ont mieux vécu l'attente et ont anticipé positivement le retour de leur nouveau-né. Pour d'autres femmes, le contact initial a été retardé.

Les 10 femmes de l'étude décrivent un post-partum long et douloureux, avec parfois une expérience d'allaitement difficile. La transition à la maternité a été plus laborieuse pour les mères qui ont développé un syndrome de stress post-traumatique, mais elles ont pu également construire une bonne relation avec leur enfant. La démarche des auteures est intéressante, elle a permis d'extraire les principales thématiques du vécu des femmes césarisées en urgence. Toutefois, la plupart des avis marginaux ne sont pas notés, l'étude ne faisant souvent référence qu'aux témoignages qui servent son propos ou qui représentent la majorité des femmes. Il aurait été intéressant de les connaître pour voir s'ils contredisent les autres propos ou amènent d'autres pistes à explorer.

Pour les femmes qui ont vécu la césarienne de manière traumatique, leur ressenti était tourné vers la césarienne et non envers le bébé. C'est pourquoi elles ont pu retrouver des émotions positives et éprouver un lien d'attachement affectueux lors des retrouvailles.

Selon Yoshida et al. (2020), le vécu des femmes césarisées peut être influencé par l'urgence, notamment les femmes multipares sans antécédent de césarienne, dont les scores AR sont plus élevés que lors d'AVB ($p=0.038$). Ces dernières, davantage stressées durant l'accouchement, pourraient ressentir des sentiments négatifs durant la première année de vie.

5.3.5 Lien d'attachement prénatal

Cette thématique n'est évoquée que dans une seule étude. Dans les résultats de leur article, Van Reenen & van Rensburg (2013) ont ainsi rapporté que, lors des entretiens, toutes les femmes avaient créé un lien d'attachement pendant la grossesse. Elles considèrent ce lien comme unique. Ce lien prénatal est donc déjà très fort et mériterait d'être questionné et mis en lien avec l'attachement au post-partum.

5.3.6 Rétablissement du lien d'attachement

L'analyse du contenu des entretiens phénoménologiques, proposés par van Reenen et van Rensburg (2013), a permis de mettre en évidence la réaction de détresse face à une séparation initiale avec l'enfant, suivi par le rétablissement du lien d'attachement. La plupart des femmes ont ressenti une perte du lien lors de la césarienne (9 femmes sur 10 souhaitaient un accouchement par voie basse). Pour les mères non préparées à l'éventualité d'une césarienne, cette dernière a été source d'anxiété et de détresse. L'étude observe pour certaines mères un fort sentiment de déconnexion avec leur bébé, comme s'il avait disparu. Van Reenen et van Rensburg (2013) concluent que le contact différé avec l'enfant est la cause de sentiments d'anxiété et de détresse pour certaines mères, peu importe le temps de la séparation. Cette séparation primaire a interrompu le contact initial entre la mère et son enfant, voire retardé l'attachement pour certaines mères, malgré leur excitation de le découvrir.

Cependant, l'étude de Van Reenen et van Rensburg (2013) démontre que toutes les mères ont pu reconstruire le lien. Il y a 3 ressentis différents. Premièrement, un rétablissement rapide, dès le premier cri ou le premier contact. Ensuite, on observe un rétablissement plus graduel. Et enfin, pour quelques mères, le lien a été renforcé. Les éléments déclencheurs du rétablissement du lien semblent être les premiers contacts et câlins, ainsi que les premiers cris. Suite à ces premiers contacts, toutes décrivent un sentiment de soulagement et de gratitude.

5.3.7 Impact de la fatigue et de la douleur de la césarienne dans la prise en soins du bébé

Ya-Ling Lai et al. (2015), quant à eux, ont étudié la fatigue et le Difficulty in Baby Care Activities Scale (DBCS) en lien avec le mode d'accouchement. Ils ne trouvent pas de différence significative entre le DBCS et la césarienne ou la voie basse [$F(1, 116) = 0.77, p = 0.383$]. Par contre, la fatigue du post-partum varie alors selon le mode d'accouchement [$F(1, 116) = 9.66; p = 0.002$]. De plus, la fatigue est corrélée avec le DBCS pour l'accouchement par voie basse ($r = 0.31, p = 0.018$) et la césarienne ($r = 0.30, p = 0.02$), et le DBCS est

également corrélée négativement avec le MAI pour l'accouchement par voie basse ($r = -0.31$, $p = 0.018$) et la césarienne ($r = -0.30$, $p = 0.019$). Les résultats de l'étude supposent que la fatigue prédit le niveau de difficulté dans la prise en soin du bébé, indépendamment de la voie d'accouchement. De même qu'une difficulté dans les soins de l'enfant est à mettre en lien avec un attachement altéré. Cependant, la fatigue n'a pas d'impact direct sur le lien d'attachement. Elle n'est, en effet, pas corrélée avec le MAI pour l'accouchement par voie basse ($r = -0.17$, $p = 0.209$), ni pour la césarienne ($r = -0.12$, $p = 0.319$).

En lien avec la fatigue au post-partum, Ya-ing Lai et al. (2015) se sont intéressés à l'interférence que pourrait représenter le rooming-in dans la récupération des mères et entraver ainsi l'attachement et les soins au bébé. Ils concluent qu'en rooming-in, les patientes ayant eu une césarienne souffraient d'une plus grande fatigue que les femmes ayant eu un accouchement par voie basse.

Pour ce qui est de la difficulté à prendre en soin l'enfant, van Reenen et van Rensburg (2013) évoquent un lien avec la douleur post-césarienne. La récupération prolongée et la douleur limitent fortement les mères dans leur autonomie à s'occuper de leur bébé, voire même d'allaiter. Certaines mères ressentent un sentiment de vide de ne pas pouvoir prodiguer les soins au bébé. Les limitations physiques qu'imposent les suites post-opératoires de la césarienne pourraient donc entraîner une détresse, un sentiment d'inutilité et perturber le lien avec le bébé.

6. Discussion

6.1 Impact de la césarienne élective et en urgence sur le lien d'attachement

Dans les 5 études analysées, tou-te-s les auteur-e-s partent du postulat que la césarienne, avec ses répercussions physiques et psychiques lors du post-partum, peut ainsi altérer le lien d'attachement mère-enfant. 3 études quantitatives ne trouvent pas de différences significatives entre la césarienne et l'accouchement par voie basse en ce qui concerne le lien d'attachement (Noyman-Veksler et al., 2015; Ya-Ling Lai et al., 2015; Yoshida et al., 2020). Seule l'étude quantitative de Zanardo et al. (2016) relève un lien d'attachement significativement moins bon chez les mères ayant subi une césarienne en urgence en comparaison avec celles ayant eu une voie basse. En effet, les femmes césarisées en urgence éprouveraient moins de joie et plus de déception, donc développeraient un moins bon lien d'attachement avec leur nouveau-né. Une des raisons serait le changement des attentes du mode d'accouchement pour les femmes qui désiraient une voie basse. En revanche, aucune différence significative n'a été constatée entre la césarienne élective et l'accouchement par voie basse. Quant à l'étude qualitative de van Reenen & van Rensburg (2015), l'impact de la

césarienne en urgence sur le lien d'attachement est difficilement généralisable étant donné son design et la taille restreinte de l'échantillon.

Pour Noyman-Veksler et al. (2015), l'évaluation à 6 et 12 semaines post-partum est trop tardive et nécessiterait une évaluation plus précoce, comme réalisée par Zanardo et al. (2016) à 2 jours post-partum. Pour Ya-Ling Lai et al. (2015), il n'y a pas de corrélation visible entre le mode d'accouchement en raison du rooming-in imposé dans les hôpitaux BFHI. Indépendamment du mode d'accouchement et de son vécu, le rooming-in favoriserait de meilleures interactions entre la mère et l'enfant, donc un meilleur lien d'attachement. Il est à noter que dans l'étude de Zanardo, toutes les femmes étaient dans des chambres en rooming-in. Enfin, pour Yoshida et al. (2020), si l'on distingue les multipares avec ou sans antécédent de césarienne, il y aurait un léger impact sur le lien d'attachement, mais la différence du mode d'accouchement devient moins significative chez les primipares.

Jusqu'à présent, la corrélation entre mode d'accouchement et lien d'attachement semble difficile à démontrer, mais le sujet reste d'actualité et continue à être débattu (Yoshida et al., 2015). Forti-Buratti et al. (2017), dans une étude réalisée en Espagne, n'ont pas trouvé de différence significative en comparant césarienne électorale et césarienne en urgence sur le lien d'attachement, que ce soit dans les 48 à 72h de vie, en rooming-in, ou dans les 10 à 12 semaines après la naissance. Le questionnaire utilisé pour l'évaluation du bonding est le MIBS, le même que Zanardo et al. (2016), donné à 48 à 72h après la naissance. Yoshida propose une version japonaise du MIBS 1 an après la naissance. En Espagne, Figueredo et al. (2009) ont étudié différents facteurs pouvant modifier l'implication émotionnelle des mères envers leur enfant, comme le mode d'accouchement, la douleur du post-partum ou encore le soutien du ou de la partenaire. 5 groupes ont été évalués à 2 jours post-partum avec le Bonding scale : AVB avec ou sans anesthésie péridurale, CS avec anesthésie péridurale ou anesthésie générale et accouchement instrumenté, sans distinction entre césarienne électorale et en urgence. Aucune corrélation significative n'est rapportée entre les événements liés à la naissance, le mode d'accouchement, la douleur, et le lien d'attachement. En Suède, Carlander et al. (2010) ont évalué à l'aide de l'Alliance Scale la manière dont les primipares expérimentent le contact avec leur enfant, à 2 jours post-partum, puis à 3 et 9 mois plus tard. Bien que le contact soit positif dans les 5 groupes (AVB spontané, AVB instrumenté CSE pour désir maternel ou pour des raisons obstétricales et CSU), aucune différence significative n'a été observée entre eux (Carlander et al., 2010).

Quelques études ont trouvé une association positive entre mode d'accouchement et lien d'attachement. Parmi ces études, Celtisti et al. (2018), auteur-e-s turc-que-s, ont utilisé le questionnaire MAI à 48h-72h post-partum, comme Ya-Ling Lai et al. (2015). Des scores significativement plus élevés apparaissent chez les femmes ayant eu un AVB. Pour les auteur-

e-s, les femmes césarisées rencontreraient davantage de difficultés à créer un lien d'attachement, mais aussi à allaiter. Certaines précisions manquent, à savoir le rooming-in, la présence des infirmier-ère-s lors du post-partum. Santos Neto et al. (2020) se sont intéressés à la qualité du lien, à 3-4 mois post-partum, à l'aide de vidéo et du protocole POIMB⁵. En comparant 3 groupes (AVB, CSE et CSU), ils ont constaté des interactions beaucoup plus nombreuses et de meilleure qualité chez les femmes ayant accouché par voie basse, que ce soit au niveau des contacts visuels ou encore de la sensibilité à répondre aux besoins de l'enfant. Il est intéressant de noter que ces deux études ont lieu dans des pays où le taux de césarienne est très élevé, respectivement en Turquie et au Brésil.

La complexité à mettre en évidence les résultats réside en partie dans la difficulté à mesurer le lien d'attachement. tou-te-s les auteur-e-s, sauf Santos Neto et al. (2020), utilisent des questionnaires d'auto-évaluation pour mesurer ce lien, qui reflètent la subjectivité des personnes évaluées et ne sont pas considérés comme des outils diagnostics. La relation mère-enfant a également été beaucoup étudiée par d'autres comportements, tels que le peau à peau (Forti-Buratti et al., 2017 ; Zanardo et al., 2016), l'allaitement (Carlander et al, 2010; Celtisti et al, 2018; Figueredo et al, 2009; Forti-Buratti et al., 2017) ou encore la réponse de l'enfant (Figueredo et al, 2009; Forti-Buratti et al., 2017). La relation entre le mode d'accouchement et le lien d'attachement doit encore être clarifiée : est-ce que ce sont les émotions maternelles qui détermineraient le mode d'accouchement ou est-ce que ce dernier influencerait les émotions (Zanardo et al., 2016) ? Selon Noyman-Veksler et al. (2015), l'anxiété ou la peur d'accoucher peut augmenter le risque de césarienne, voire amener à envisager une césarienne élective lors d'une prochaine grossesse. D'autre part, certain-e-s auteur-e-s considèrent que la césarienne élective, comparable à l'accouchement par voie basse, est moins stressante que la césarienne en urgence étant donné qu'elle est planifiée (Noyman-Veksler et al., 2015 ; Zanardo et al., 2016). La césarienne en urgence génère plus de sentiments d'incertitude, d'anxiété, voire de détresse liée à l'urgence (Noyman-Veksler et al., 2015 ; van Reenen et van Rensburg, 2013 ; Yoshida et al., 2020). Noyman-Veksler et al. (2015) précisent qu'elle serait davantage associée à l'utilisation d'anesthésie générale pouvant entraîner davantage de complications materno-infantiles.

Enfin, dans les études analysées, aucune ne précise si l'accouchement par voie basse était instrumenté ou non, ni si il y a eu des complications suite à l'accouchement par voie basse ou haute (Noyman-Veksler et al., 2015 ; Ya-Ling Lai et al., 2015 ; Yoshida et al., 2020; Zanardo et al., 2016). Seuls van Reenen et van Rensburg (2013) et Noyman-Veksler et al. (2015) évoquent un vécu traumatique, sans mention de complications lors de l'accouchement. Cette distinction, qui a été réalisée quelques années plus tôt par Figueredo et al. (2009) et

⁵ The Mother-to-Child Interaction Observation Protocol

Carlander et al. (2010) semble ne pas avoir de corrélation significative avec le lien d'attachement. Même si ces données sont difficiles à être mises en évidence, il serait important d'y être attentif lors du post-partum afin d'améliorer le vécu de l'accouchement, mais aussi diminuer les conséquences pouvant en découler, telles la dépression du post-partum ou encore le SSPT.

6.2 Impact des caractéristiques socio-démographiques et biomédicales sur le lien d'attachement

Deux auteur-e-s de cette revue de littérature se sont intéressés à l'impact de variables psychosociales et démographiques. Ces facteurs regroupent l'âge, l'éducation, le sexe de l'enfant, la parité, la santé mentale prénatale, les émotions et l'anxiété. Zanardo et al. (2016) concluent qu'une relation de cause à effet de ces facteurs sur le lien d'attachement maternel n'est pas significative et ne peut donc pas être mise en évidence. Yoshida et al (2020), d'un autre côté, démontrent qu'une primipare aurait un score globalement moins bon qu'une multipare en ce qui concerne le lien d'attachement.

Dans la revue systématique de Tichelman et al. (2019), les résultats sont plus nuancés. Ainsi, seules quelques études montrent que les données démographiques (âge, éducation, emploi, revenu, état civil, sexe de l'enfant) sont associées avec la qualité du lien maternel pré- et post-partum, avec des corrélations faibles. Concernant la parité, les grossesses multiples et les grossesses non planifiées, on retrouve parfois un lien de corrélation faible avec l'attachement. Le lien pourrait ainsi être altéré pour les femmes attendant un 2e ou 3e enfant, ce qui est en contradiction avec ce que trouve Yoshida et al. (2020), pour les femmes avec un grand nombre de grossesses précédentes ou celles ayant une grossesse non planifiée.

Afin d'éclaircir ces possibles corrélations, d'autres études plus spécifiques seraient nécessaires. Tichelman et al. (2019) proposent d'étudier le lien d'attachement mère à enfant en sous-catégories : grossesses adolescentes, mères de nouveau-nés prématurés, mères à faibles revenus, etc.

Les facteurs psychologiques sont souvent étudiés. Un grand nombre d'auteur-e-s essaient notamment de comprendre le lien entre la dépression ou l'anxiété avec l'attachement maternel. L'anxiété pourrait également avoir un impact. Certaines études ont ainsi démontré une corrélation avec un lien de moindre qualité (Tichelman et al., 2019), ce que contredit Rossen et al. (2019). Pour cet article, il n'y a pas d'autres indicateurs psychologiques que la dépression qui pourraient avoir un impact sur le lien d'attachement, notamment à 12 mois post-partum (Rossen et al., 2019).

En ce qui concerne la dépression périnatale, nous avons vu que pour Noyman-Veksler et al. (2015), il existe une intercorrélacion entre un mauvais score EPDS et un mauvais score d'attachement à 6 et 12 semaines post-partum. Si l'EPDS n'a pas de valeur diagnostique, il est un bon prédicteur d'une présente ou future dépression post-partum. Comme il a déjà été mentionné plus tôt, la dépression périnatale peut avoir des conséquences physiques, psychologiques et sociales sur la femme, le couple et l'enfant. Les mères communiquent moins avec leur enfant verbalement et physiquement. Il y a moins de contenu verbal, de sourires, et elles proposent moins d'interactions corporelles comme le bercement. Ces dernières expriment également un sentiment d'incompréhension et d'inadéquation face à leur enfant, ainsi qu'un manque de plaisir à s'en occuper. Tous ces aspects peuvent influencer la qualité du lien entre la mère et son enfant (Rossen et al., 2016 ; Gavin et al., 2005 ; Lefkovics et al., 2014).

Ainsi, dans presque toutes les études rapportées par Tichelman et al. (2019) et celle de Daglar & Nur (2018), on retrouve une association entre des symptômes dépressifs et un lien mère-enfant moins bon ; plus les symptômes sont forts, plus la qualité du lien est altérée. Pourtant, ces corrélations semblent limitées dans le temps. Rossen et al. (2019) expliquent que le stress post-partum et la dépression sont associés avec le lien d'attachement maternel encore à 12 mois, mais si elle est traitée, cet effet ne persisterait pas après 8 semaines post-partum. Lefkovics et al. (2014) évoquent, quant à eux, une diminution du lien émotionnel jusqu'à 2 à 3 mois post-partum.

L'aspect mental a donc toute sa place dans de prochaines études. Les antécédents de dépression et la dépression périnatale ne sont pas à prendre à la légère, et nécessiteraient de plus amples études : « La connaissance de la dépression maternelle comme une grande menace au lien d'attachement mère à enfant pourrait accroître l'attention des personnels soignants en santé mentale aux symptômes de dépression maternelle, et pourrait faciliter un prise en soin efficace »⁶ (Tichelman et al., 2019, p.11). De plus, les recherches sur le lien d'attachement mère à enfant devraient inclure un questionnaire prénatal sur la dépression, étant donné que la dépression pourrait être un biais conséquent. Aucune des études de notre revue de littérature n'a pris cette précaution (Tichelman et al., 2019).

Ce qui ressort, c'est que le lien d'attachement mère à enfant est multifactoriel. Afin de pouvoir l'étudier de manière plus précise, il faut prendre en compte la globalité de la personne, ce qui doit également être le cas dans la prise en soin des parturientes.

⁶ Traduction littérale par les auteures de ce travail de bachelor

6.3 Lien d'attachement prénatal

Lorsque l'on évoque le concept du lien d'attachement, on présume généralement qu'il s'agit du lien qui se crée entre la mère et son enfant après la naissance. Or, il serait intéressant de s'intéresser à ce qu'il se passe pendant la grossesse. La maternité est un processus qui commence potentiellement dès l'idée de devenir parents. Une femme est ainsi capable d'aimer son enfant dès sa conception. Ce processus qui débute avec la grossesse est également évoqué par Zanardo et al. (2016).

Plusieurs études vont plus loin, et évoquent la relation entre le lien prénatal et le lien post-partum. En effet, un meilleur attachement prénatal prédit une meilleure qualité d'attachement au post-partum, et c'est vrai aussi pour l'inverse (Daglar & Nur, 2018 ; Rossen et al., 2016 ; Glover & Capron, 2017 ; Tichelman et al., 2019). L'attitude de la mère envers son enfant à naître influencerait même la première impression sur l'enfant à la naissance. Les mères avec une qualité de lien supérieur pendant la grossesse sont plus sensibles et entretiennent des interactions plus stimulantes avec leur nouveau-né (Rossen et al., 2016). Elles auraient une meilleure réponse aux besoins de leur enfant, ce qui impliquerait par la suite un meilleur développement psychosocial de l'enfant et des traits de personnalité qui vont vers la confiance en soi, la sociabilité, l'indépendance, la collaboration, etc. (Zanardo et al., 2016).

Un dépistage prénatal montre toute son importance. La période de la grossesse serait, en effet, un moment propice au dépistage d'un trouble de l'attachement maternel envers son enfant à naître et ainsi prévenir l'altération du lien au post-partum (Daglar & Nur, 2018 ; Tichelman et al., 2019). D'un autre côté, cela rajouterait une injonction aux mères de développer un lien avec leur fœtus, ajoutant une pression sociale supplémentaire et un sentiment de culpabilité potentiel aux mères qui ne ressentiraient pas ce lien. Plus de recherches seraient nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes sous-jacents pouvant permettre d'améliorer l'attachement maternel (Tichelman et al., 2019).

6.4 Sens de cohérence et soutien social comme facteurs protecteurs

Parmi les 5 articles sélectionnés, seuls Noyman-Veksler et al. (2015) s'intéressent aux facteurs de protection que sont le sens de cohérence et le soutien social. Les auteurs concluent que le sens de cohérence (SOC) aurait un effet protecteur, à 6 semaines post-partum, sur le lien d'attachement, la dépression post-partum et le SSPT. Cet effet serait encore visible à 12 semaines post-partum, sauf pour le lien d'attachement. En revanche, aucune

différence significative n'a été démontrée pour le soutien social, si ce n'est la diminution des effets de la césarienne en urgence sur le SSPT, à 6 et 12 semaines post-partum.

Selon Noyman-Veksler et al. (2015), le sens de cohérence, basé sur la théorie de la salutogenèse d'Antonovsky, permet à l'individu, grâce à un sentiment de confiance, de comprendre et de s'adapter à son environnement. En d'autres termes, il s'agit de la capacité des individus à utiliser leurs ressources internes et externes pour gérer les tensions environnementales, et en éprouver de la satisfaction. Ainsi, les personnes ayant un fort SOC ont développé davantage de stratégies cognitives pour vivre les événements de manière moins stressante, avec un moindre risque de dépression.

Depuis quelques années, le concept de SOC est étudié en périnatalité. Un SOC élevé serait associé à un accouchement sans complication (Noyman-Veksler et al., 2015). Dans une étude prospective suédoise, Tham et al. (2007) trouvent également une corrélation entre un faible SOC et un SSPT après une césarienne en urgence, notamment chez les femmes avec une peur intense de l'accouchement, les femmes migrantes et les femmes socialement défavorisées.

Razurel et al. (2011) ajoutent le concept plus récent de stratégies de coping, développé par Chabrol et Callahan, pouvant être mobilisées par les nouveaux parents. Centrées sur le problème, les émotions ou la recherche de solution, ces stratégies peuvent amener à modifier le problème (le résoudre, le réduire, le différer), ou à se modifier soi-même (réguler ses affects, ses cognitions, son état physiologique). Face aux événements liés à la naissance, pouvant être perçus comme stressants, les stratégies de coping centrées sur le problème (relativiser, positiver) sembleraient plus efficaces, alors que les stratégies d'évitement augmenteraient le risque de dépression. De même, les stratégies basées sur le problème diminueraient l'anxiété maternelle et renforceraient leur sentiment de compétence (Razurel et al., 2011).

Le deuxième facteur de protection investigué par Noyman-Veksler et al. (2015) est le soutien social, dont l'évaluation est subjective. En effet, la satisfaction de ce dernier serait liée au soutien social perçu, c'est-à-dire à l'adéquation entre le soutien effectif (réseau et soutien reçu) et les attentes et besoins de la personne (Razurel et al., 2011). Un soutien social perçu positivement aurait un effet protecteur contre la dépression du post-partum, mais aussi un effet bénéfique sur le sentiment de compétence parentale (Razurel et al., 2011). Selon Noyman-Veksler et al. (2015), un soutien informel, comme l'aide aux tâches ménagères ou aux soins du nourrisson, diminuerait le risque de dépression à six semaines post-partum, chez les mères primipares. La classification de House (1981) distingue quatre types de soutien : émotionnel, informatif, instrumental (aides effectives, prêt d'argent, de matériel...) et d'estime. Toutefois, cette classification est encore peu utilisée (Razurel et al., 2011). Les sources du

soutien social peuvent varier, provenant du conjoint ou de la conjointe, de la famille, des amis et des professionnel-le-s de la santé.

Lemola et al. (2007), dans une étude longitudinale suisse, constatent que les femmes, avec une expérience négative de l'accouchement et un faible soutien émotionnel de leur partenaire, ont un risque majoré d'inadaptation psychologique, à 5 mois post-partum. À l'inverse, les femmes qui pouvaient discuter de leurs préoccupations avec leur partenaire, sans se sentir critiquées ou non acceptées, développeraient moins de symptômes de dépression et seraient moins à risque de développer un SSPT (Lemola et al., 2007). Pour Figueredo et al. (2009), l'évaluation du soutien social du ou de la partenaire pendant ou après l'accouchement ne semble pas être significative sur la qualité du lien d'attachement. Selon la revue systématique de Tichelman et al. (2019), le soutien social mesuré pendant la grossesse jusqu'à 6 mois post-partum, serait associé positivement à la qualité du lien mère-enfant (8 études sur 13), en particulier prénatal (7 sur 9). Même si les corrélations sont faibles à modérées, la qualité du soutien du ou de la partenaire semble jouer un rôle dans la qualité lien mère-enfant (9 des 16 études). La revue systématique de Razurel et al. (2013) observent les mêmes résultats. Toutefois, les auteur-e-s ne parviennent pas à une conclusion ferme, étant donné la diversité des outils d'évaluation, leur spécificité ainsi que la durée de l'évaluation différentes. Il y a également peu d'études sur les stratégies de coping, qui manquent de classification commune.

À l'avenir, il serait intéressant de mieux comprendre les mécanismes de ces facteurs de protection dans le contexte de la périnatalité, afin d'être plus vigilant à la détection des facteurs de risques tant au prénatal qu'au post-partum (Noyman-Veksler et al., 2015). Razurel et al. (2013) proposent l'élaboration d'outils universels afin d'améliorer les pratiques d'accompagnement périnatal. Quant à Tham et al. (2007), ils recommandent un soutien adapté à la relation mère-enfant et proposé aux femmes vulnérables, ainsi qu'un entretien permettant de réexpliquer le motif de la césarienne, de vérifier le ressenti des femmes et leur interprétation de la CSU. Razurel et al. (2011) rappellent l'importance d'un feed-back positif des sages-femmes, considéré-e-s comme détenant le savoir, sur le sentiment de compétence parentale.

6.5 Impact de la césarienne sur le vécu de l'accouchement

Dans notre revue de la littérature, seule l'étude qualitative de van Reenen & van Rensburg (2013) décrit le vécu des femmes césarisées en urgence. Yoshida et al. (2020) et Zanardo et al. (2016) analysent les sentiments ressentis par les mères, à l'aide du questionnaire MIBS, pour déterminer la qualité du lien d'attachement. Zanardo et al. (2016)

observent que les femmes césarisées ressentiraient davantage de sentiments négatifs, c'est-à-dire moins de joie, davantage de déception et de sentiment de rejet envers leurs nouveau-nés. L'étude de cohorte de Yoshida et al. (2020) associe les sentiments augmentés de colère et de rejet envers les enfants à la primiparité, indépendamment du mode d'accouchement. Ces sentiments se retrouveraient à 1 et 6 mois, puis à 1 an après la naissance, associés à des symptômes de dépression.

La définition du vécu de l'accouchement est complexe car multidimensionnelle. Selon Larkin et al. (2009), le concept de l'expérience de l'accouchement représente : « un événement individuel, comprenant des processus physiologiques et psychologiques subjectifs et interreliés qui sont par ailleurs influencés par les contextes sociaux, environnementaux, organisationnels et politiques ». Guittier (2018) rappelle que l'expérience de l'accouchement aurait des répercussions à long terme non seulement sur la santé des femmes, mais aussi de leur famille. Selon l'étude de Maimburg et al. (2016), 21% des 913 femmes nullipares interrogées garderait un mauvais à très mauvais vécu de leur accouchement, au-delà de 5 ans. Il a été démontré qu'une expérience positive de l'accouchement renforcerait les sentiments d'accomplissement personnels, de valorisation et de confiance en soi, de même, favoriserait la relation mère-enfant tout en augmentant la satisfaction parentale (Maimburg et al., 2016). Au contraire, une expérience négative induirait un sentiment de détresse, parfois menant à une dépression du post-partum, voire d'un SSPT, avec une relation de couple et un attachement mère-enfant altérés (Guittier, 2018).

Chabbert & Wendland (2016), qui sont parvenus aux mêmes conclusions, ajoutent la notion de contrôle perçu. Un vécu négatif ou traumatique, pouvant affecter la relation avec l'enfant, est lié à un sentiment de contrôle perçu faible. Des sentiments négatifs (déception, sentiment d'échec, perte de l'estime de soi, parfois colère, tristesse ou encore sensation de viol) peuvent ainsi prédominer, amenant parfois les mères à négliger leur enfant, éviter le contact physique et les interactions émotionnelles, voire éprouver de la haine. En outre, un accouchement par voie basse, avec une péridurale efficace, favoriserait un vécu positif, tandis qu'une césarienne en urgence, avec une anesthésie inefficace, induirait un mauvais vécu, avec un sentiment de perte de contrôle. D'autres facteurs, tels que la multiparité, le statut de couple, une grossesse désirée et l'absence de déclenchement seraient liés au vécu positif et inversement (Chabbert & Wendland, 2016 ; Gosselin et al., 2016).

Dans leur étude qualitative, van Reenen et van Rensburg (2013) relèvent le mauvais vécu, voire traumatique, de la césarienne en urgence qui a retardé ou altéré l'attachement à l'enfant. De cette expérience négative, ressortent les sentiments de déception à l'annonce, d'anxiété lors de la séparation après la naissance, augmentée lors de manque d'informations,

mais aussi un sentiment de détachement, lié à l'anesthésie, avec une sensation de perte de contrôle. Guittier et al. (2014) observent également une corrélation entre césarienne en urgence et perte de contrôle, mais aussi une augmentation de l'anxiété lors de la séparation du nouveau-né. Dans une revue systématique australienne, Coates et al. (2019) constatent que la majorité des femmes sont satisfaites de leur césarienne. Une minorité, celles qui ont eu une césarienne en urgence, semblent insatisfaites avec une expérience négative de leur accouchement. Les facteurs, associés à cette insatisfaction, seraient le sentiment d'être ignorée ou déresponsabilisée, de perdre le contrôle, de n'avoir pas été informée, mais aussi un désir non réalisé d'accouchement vaginal (Coates et al., 2019).

Au niveau clinique, Coates, et al (2019) recommandent d'améliorer la communication prénatale, intrapartum et postpartum. Grâce à un choix éclairé, les femmes pourraient être plus actives dans la naissance de leur enfant. Selon Nystedt & Hildingsson (2018), il serait également important de s'intéresser au vécu des pères, pouvant différer de celui des mères, afin de mieux accompagner les couples. Pour cela, Guittier et al. (2018) propose deux questionnaires à 1 mois post-partum, le QEVA⁷ pour les mères et le FTFQ⁸ pour les pères, que nous développerons dans le retour dans la pratique.

6.6 Rétablissement du lien d'attachement

Yoshida et al. (2020) expliquent que sur le long terme, les mères décrivent une relation avec leur enfant positive. En effet, les interactions avec le nouveau-né et la compréhension des besoins et signaux jouent un rôle prépondérant dans la création du lien, indépendamment de la voie d'accouchement. Pourtant, cette même étude explique le caractère essentiel de la « golden hour », tirée de la théorie du bonding de Klaus et Kennel (Klaus et al., 1972) ; cette première heure après l'accouchement serait cruciale pour le développement du lien, et une proximité entre la mère et l'enfant pourrait réduire le risque d'attachement altéré. Basée sur des observations des comportements maternels dans le post-partum, des *patterns* sont observés dans les gestes de la mère. Les premières interactions entre la mère et son enfant, notamment dans les premières heures post-partum, sont cruciales pour l'établissement d'un lien (Crouch & Manderson, 1995). Cependant, cette théorie suppose que lorsque le lien est altéré, il n'y a pas de réparation possible.

Noyman-Veksler et al. (2015) expliquent que le délai dans l'établissement du lien selon le mode d'accouchement induirait des complications dans l'allaitement maternel, mais n'observent pas de différence sur le nouveau-né. Le fait de séparer un enfant de sa mère à la

⁷ Questionnaire d'Évaluation du Vécu de l'Accouchement

⁸ First Time Father Questionnaire

naissance ne doit pas être banalisé. Il s'agit en effet d'un geste médical induit par une nécessité de prendre en soin la mère ou l'enfant (Dageville et al., 2011). Dageville et al. (2011) prennent l'exemple des mammifères pour qui la naissance est une période sensible. Pour ces derniers, le contact physique dès la naissance est essentiel à l'établissement du lien et à la reconnaissance du bébé : « toute perturbation de ce processus peut entraîner des effets délétères sur l'équilibre physiologique et la structuration psychique » (Dageville et al., 2011, p.999). La séparation risquerait de perturber l'attachement maternel, mais aussi de léser la santé et la sécurité de base de l'enfant (Dageville et al., 2011).

Le processus d'attachement est en partie expliquée par le processus endocrinien qui se met en place pendant la grossesse et après la naissance. Deux hormones ressortent particulièrement : l'ocytocine et la vasopressine. L'ocytocine est relâchée pendant le travail et l'accouchement et après la naissance pendant l'allaitement. C'est l'hormone de l'attachement. Le taux intracérébral de cette hormone, en synergie avec l'imprégnation estrogénique, accroît le lien entre la mère et son enfant. Le corps, sous des stimuli sociaux, comme la simple présence de l'enfant, relâche alors de l'ocytocine (Dageville et al., 2011 ; Carter et al., 2015). La vasopressine est produite lors de situations de stress ; elle facilite l'adaptation de l'individu. Cette hormone combinée à des réponses adaptatives pourrait aider la femme à se défendre elle ou sa famille (enfant) (Carter et al., 2015).

Pourtant, malgré les différentes théories existantes sur le processus de création du lien entre la mère et son enfant, il n'a pas été démontré que ces premières heures constituent une période déterminante (Dayan, 2015 ; Goldberg, 1983). En effet, il s'agit d'un processus complexe que l'on ne comprend pas bien. Il est multifactoriel ; l'impact de la séparation et du traumatisme repose sur de nombreuses variables intrinsèques et extrinsèques : le vécu de l'accouchement, la santé mentale de la femme, la capacité de la femme à avoir des stratégies de coping efficaces, le soutien social et le réseau, etc.

Van Reenen et van Rensburg (2013), dans leurs entretiens 4 ans après la naissance, montrent que le lien, même s'il a été fragilisé par la séparation et le traumatisme de l'accouchement, se rétablit dans les premières heures, semaines ou mois post-partum. Cela est notamment facilité par les interactions que la mère a avec son bébé dans le post-partum (Noyman-Veksler et al. 2015). Figueiredo et al. (2009) évoquent l'aspect bidirectionnel du lien d'attachement. Le « bonding » maternel est interdépendant de l'attachement du nouveau-né, c'est-à-dire que les comportements du nouveau-né, tels que des pleurs, la recherche de contact visuel ou encore ses expressions faciales faciliteraient l'interaction des dyades. Les auteur-e-s ajoutent que le lien d'attachement se développerait progressivement avant la naissance entre la mère et l'enfant et lors du post-partum, un contact retardé favoriserait des difficultés d'attachement. A l'instar de Figueiredo et al. (2009), Forti-Buratti et al. (2017) ont

cherché à évaluer la réponse de l'enfant dans les premières heures de vie, en mesurant les cris du nouveau-né après une courte séparation. Ils ont aussi évalué le type d'allaitement pour vérifier leur influence sur la relation entre la mère et l'enfant. La démarche d'évaluation de la réponse de l'enfant est intéressante, même si les auteur-e-s n'ont pas observé de différence significative entre les deux groupes, car elle sous-entend une relation bidirectionnelle entre la mère et l'enfant.

Dans sa théorie du caregiving fondée sur l'observation des comportements de la mère et comment elle répond aux besoins de son enfant, Bowlby présuppose plusieurs acquis chez la mère : sa capacité à interpréter les signaux, son envie de répondre aux demandes de l'enfant et l'efficacité de ses réponses (Dayan, 2015 ; Goldberg, 1983). Cela ne répond pas aux différentes situations que l'on peut rencontrer : cette réponse peut-elle être différée et pourtant se réparer sans plus de difficulté ou de séquelles ? Est-ce toujours inné ou la réponse aux besoins d'un bébé peut-elle être apprise ? Mais si la capacité de prendre en soin peut être différée, le lien l'est-il aussi ? Cela impliquerait qu'il n'y en avait pas pendant la grossesse, ou que l'accouchement et la séparation représente une coupure nette. Il faut donc faire attention aux théories de l'attachement qui ont tendance à trop généraliser, sans prendre en compte la globalité de la situation de la femme et de la dyade mère-enfant ou du contexte familiale en entier (avec le ou la partenaire notamment).

6.7 Le rooming-in et son impact sur le post-partum

Dans leur article, Yoshida et al. (2020) questionnent la pratique du rooming-in systématique, en lien avec la fatigue du post-partum. Le rooming-in, tel qu'il est pratiqué dans de nombreux hôpitaux, est l'étape 7 du Baby-Friendly Hospital Initiative qui date de 1991 (*The Baby-Friendly Hospital Initiative*, 12 January 2005). En 2015, l'initiative a été réévaluée par l'OMS et L'UNICEF. En 2017, l'OMS publie un guideline: *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Il existe 10 étapes promulguée par l'OMS (*Ten Steps to Successful Breastfeeding*, 2021), l'étape 7 étant : « Pratiquer le rooming-in - c'est-à-dire permettre aux mères et aux nourrissons de rester ensemble 24 heures sur 24 »⁹ (OMS, 2017).

En ce qui concerne l'impact de cette initiative sur l'allaitement, elle semble avoir un effet à court, moyen et long terme positif. Les groupes de soutien et le soutien apporté par les professionnel-le-s sont ainsi particulièrement efficaces à long terme (Pérez-Escamilla et al., 2016 ; Hakala et al., 2018 ; Jaafar et al., 2016).

⁹ Traduction littérale par les auteures de ce travail de bachelor

Plus spécifiquement, le rooming-in semble faciliter le développement du lien entre la mère et son enfant. En facilitant les interactions, il permet aux mères de gagner confiance en elles, d'apprendre à connaître leur enfant et de pratiquer l'allaitement dans un cadre sécurisé et sécurisant. Elles seraient donc plus sensibles et réceptives aux besoins de leur enfant (Hakala et al., 2018). Au contraire, les femmes qui ne pratiquent pas de rooming-in se disent moins proches de leur enfant (Svensson et al., 2005). Le rooming-in aurait aussi un effet réduisant l'anxiété (Hakala et al., 2018). En ce qui concerne la fatigue, les auteur-e-s ont des points de vue divergents. Yoshida et al. (2020) expliquent que la fatigue est liée à la césarienne d'un côté, mais aussi au rooming-in et à l'allaitement à cause du manque de repos adéquat. Effectivement, les femmes ayant subi une césarienne souffrent plus de la fatigue. Toutes les femmes expérimentant une grande fatigue au post-partum ont plus de difficultés à prendre leur bébé en soin, ce qui pourrait fragiliser le lien. Les femmes qui auraient subi un travail difficile ou une césarienne auraient besoin de plus de repos pour récupérer physiquement et psychologiquement (Hakala et al., 2018). D'un autre côté, Svensson et al. (2005) parlent des bénéfices du rooming-in sur la fatigue. En favorisant l'allaitement, il faciliterait la détente et le sommeil de la mère et de l'enfant grâce à l'ocytocine relâchée. De plus, les mères ne pratiquant pas le rooming-in seraient plus inquiètes du sommeil de leur enfant et dormiraient moins bien, alors que la présence du bébé dans la chambre serait rassurante (Theo & Drake, 2017). Enfin, le temps que le nouveau-né passe dans la chambre ne réduit pas les heures de sommeil de sa mère, qui n'est pas non plus davantage en alerte (Svensson et al., 2005).

Theo & Drake (2017) ont également remarqué que l'attitude des professionnel-le-s est déterminante dans l'expérience du rooming-in : « Les interventions telles que l'orientation des mères dans leur chambre et dans la routine de l'hôpital, le fait de fournir un contrôle adéquat de la douleur, l'évaluation de leur connaissance globale du rooming-in et fournir un enseignement approprié aux patients sont importantes »¹⁰ (Theo & Drake, 2017, p.82). De plus, les professionnel-le-s pourraient favoriser le repos en limitant les interruptions et en effectuant des soins groupés. Yoshida et al. (2020) proposent en outre d'évaluer la fatigue afin d'adapter la prise en charge aux besoins des femmes. Les auteur-e-s vont plus loin, et émettent l'idée de modifier l'étape 7 et 8 dans l'accréditation du label baby-friendly. Hakala et al. (2018) recommandent plutôt d'apporter plus de soutien pendant le rooming-in pour les femmes césarisées, notamment en apportant de l'aide pour l'allaitement. De plus amples études seront nécessaires, mais cela questionne déjà le rôle sage-femme.

¹⁰ Traduction littérale par les auteures de ce travail de bachelor

6.8 Points forts et limites

| Points forts | Limites |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Question de recherche originale, avec un sujet peu abordé, mettant en lien la césarienne et le lien d'attachement - Sujet d'actualité, car volonté politique et scientifique de diminuer les taux de césarienne - Sélection d'articles scientifiques récents, tous publiés dans des revues et journaux « peer reviewed », avec une diversité des approches et multicentrique - Ajout d'une étude qualitative pour compléter notre revue de littérature - Apport de connaissances sur les répercussions de la césarienne, la création du lien d'attachement, les facteurs d'influence et les nouvelles pratiques - Mobilisation de nos connaissances académiques et réflexion sur nos représentations, notre pratique et positionnement professionnels - Perspectives de recherche sur la prévention primaire et secondaire, l'autonomisation et les représentations des soignant-e-s sur le lien d'attachement | <ul style="list-style-type: none"> - Peu d'études réalisées sur l'impact de la césarienne sur le lien d'attachement. De nouvelles études non publiées en anglais - Articles sélectionnés ont un faible facteur d'impact < 5 - Critères d'inclusion et d'exclusion des participant-e-s pas assez développés dans trois études, pouvant induire des biais de mesure - Définition non univoque du lien d'attachement, avec des perspectives de recherche et des phases d'évaluation différentes - Difficulté à évaluer le lien d'attachement, mesuré dans les études quantitatives par différents questionnaires d'auto-évaluation, non diagnostiques, à remplir par les femmes seules - Hétérogénéité des lieux de recherche, des niveaux socio-culturels, de la taille des échantillons et des pratiques hospitalières rendant la comparaison des résultats peu évidente - Méthodologie relativement peu décrite dans l'étude qualitative pouvant diminuer la pertinence des résultats - Risques de normalisation dans l'évaluation des comportements |

| | |
|--|---|
| | d'attachement maternel. Mères étant considérées comme principales figures d'attachement |
|--|---|

7. Retour dans la pratique

7.1 Quelle prévention au lien d'attachement altéré et au mauvais vécu de l'accouchement ?

Comme nous l'avons vu tout au long de ce travail, la corrélation entre césarienne et lien d'attachement est difficile à expliciter et prouver. En effet, de nombreux facteurs encore peu connus ou peu compris impactent le lien d'attachement. Le mauvais vécu de l'accouchement constitue cependant un facteur de risque non négligeable à mettre en lien avec le lien d'attachement altéré. Ce dernier postulat est toutefois à nuancer, puisqu'il n'y a pas que les femmes avec un mauvais vécu qui ont un attachement à leur enfant difficile. Les enjeux pour la profession sage-femme relevés par notre travail sont nombreux, en termes de politique nationale et institutionnelle et sociale notamment. Nous nous sommes donc interrogées sur la prévention de l'attachement maternel altéré en lien avec un mauvais vécu de l'accouchement, plus spécifiquement lors de césarienne, mais également sur l'autonomisation des femmes et la validation de leurs compétences.

7.1.1 Prévention primaire

La prévention primaire consiste à éviter ou réduire la survenue de maladies, accidents ou autres problématiques de santé, en diminuant les risques d'apparition de nouveaux cas (Rapport Flajolet, annexe 1). La revue systématique de Graaf et al. (2018) a pourtant mis en évidence qu'aucune recherche n'avait été faite sur la prévention primaire des accouchements traumatiques. Comment prévenir primairement le mauvais vécu et l'attachement altéré ? De notre point de vue, il y a deux angles de prévention : au prénatal, tout d'abord, en augmentant l'autonomie des femmes et leur sentiment de compétence ; et ensuite, en travaillant sur les représentations des soignant-e-s.

Sentiment de compétence :

En consultation prénatale et lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), il est indispensable d'apporter des informations pouvant favoriser le consentement éclairé et les compétences parentales. L'article de Bernard & Eymard (2012)

rappelle que les cours de PNP ne se résument pas à la stricte transmission passive d'informations de santé, mais consistent à permettre aux femmes et aux couples d'acquérir un plus grand contrôle sur leur santé en faisant preuve d'autonomie et d'autodétermination. Les couples doivent pouvoir s'approprier le savoir transmis afin de développer des compétences et de s'adapter à la grossesse, l'accouchement et la parentalité (Bernard & Eymard, 2012). D'un autre côté, le sentiment d'auto-efficacité ou de compétence a été défini par Bandura en 2003 : il s'agit de « la perception qu'a l'individu, de ses capacités vis-à-vis d'une tâche déterminée et définie ». Il se construit par rapport à un niveau attendu déterminé selon les normes et représentations sociales (Bandura, 2003). L'évaluation du sentiment de compétence est aussi influencée par le contexte et le soutien social perçu, mais surtout par la hauteur des attentes individuelles. Il peut y avoir des risques de déception ou d'insatisfaction lorsque le niveau n'est pas adapté (Razurel et al., 2011). Alors comment augmenter le sentiment de compétence des femmes et des mères pour favoriser un bon vécu de l'accouchement, mais aussi un bon lien mère-enfant?

Premièrement, il nous semble indispensable de préparer les femmes et les couples à être actrices et acteurs de leur accouchement, à poser des questions, à se positionner. Un point de départ serait pour nous de systématiquement intégrer la césarienne, les instrumentations, une possible séparation avec le nouveau-né, etc. dans les informations données aux couples (Guittier et al, 2014), et de normaliser les émotions et la difficulté du post-partum. Il n'est évidemment pas possible de prévenir et d'informer sur tous les cas possibles, mais il est possible de leur donner des outils leur permettant de rester actives et actifs et de ne pas subir les situations, ou du moins leur permettre de trouver le soutien social satisfaisant.

Ensuite, l'Entretien psycho-éducatif périnatal (EPE) semble un outil intéressant pour favoriser le sentiment de compétence, puisqu'il a pour but de « permettre à la femme de s'adapter à son nouveau rôle de mère et de renforcer son sentiment de compétence, en agissant sur le stress » (Razurel, C. & Aubert-Burri, D. L'Entretien psycho-éducatif périnatal. [support de cours]. 24 Septembre 2020. HEdS Genève). Selon Razurel et al. (2017), le sentiment de compétence et la relation mère-enfant sont plus élevés et meilleurs dans le groupe ayant eu un EPE en pré- et post-natal. Missler et al. (2020), eux, trouvent que l'EPE n'est pas efficace sur le lien d'attachement ou le vécu de l'accouchement, ni pour prévenir la détresse au post-partum. Cependant, les parents semblent apprécier cette intervention et la trouver utile (Missler et al., 2020); « elle remplit un vide dans les informations et les outils disponibles aujourd'hui pour les parents »¹¹ (Missler et al., 2020, p.13). Cet outil demande

¹¹ Traduction littérale par les auteures de ce travail de bachelor

beaucoup de temps de la part des soignant-e-s, et nécessiterait un effort institutionnel pour le mettre en place de façon plus large.

Ces dernières propositions se retrouvent de plus en plus dans la pratique sage-femme, et montrent surtout la nécessité de davantage de recherches sur l'importance de la valorisation et validation des compétences maternelles et sur les outils à utiliser.

Représentations des soignant-e-s :

Un autre point qui nécessite des études plus spécifiques sont les représentations des soignant-e-s. En effet, de nombreux témoignages de femmes, mis de plus en plus en évidence aujourd'hui, surgissent où le personnel soignant minimise, voire dénigre l'accouchement par voie haute par exemple. On les retrouve dans des podcast¹² ou dans la presse. Nous nous sommes rendu compte, dans notre pratique, du discours négatif de la césarienne, qui est souvent vue comme un échec, pas un vrai accouchement, etc. Guittier et al. (2014) évoquent cette problématique de hiérarchisation de l'accouchement en termes de représentations et d'attentes, l'accouchement par voie basse sans analgésie étant le plus apprécié. En général, les informations attendues par les femmes ou le couple sont des informations scientifiques claires et reconnues, non des positionnements idéologiques des professionnel-les, souvent mal perçus (Razurel et al., 2011). Il y a cependant peu de recherches sur le sujet des représentations des sages-femmes. C'est un peu abordé dans l'optique des violences verbales obstétricales, mais c'est un sujet qui nécessite qu'on se penche dessus, en proposant des formations continues sur l'impact des représentations des soignant-e-s et sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum, mais également comment en tant que soignant-e, évaluer et informer les représentations des femmes et couples.

7.1.2 Prévention secondaire

La prévention secondaire, quant à elle, permet de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Elle promeut des actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie, dans le but de faire disparaître les facteurs de risque et d'arrêter son développement. Encore faut-il pouvoir dépister le trouble.

Différentes interventions ont été étudiées. Par exemple, en ce qui concerne la prévention du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) au post-partum, Graaf et al. (2018) ressortent plusieurs interventions qui ne semblent pas significatives : le débriefing (sur le diagnostic ou

¹² Par exemple : Podcast *PépitéMama* d'Anaëlle Burnand en Suisse et *Bliss Stories* de Clémentine en France

sévérité des symptômes), le peau à peau et l'allaitement précoce (selon la théorie de la golden hour, qui, comme nous l'avons vu, est controversée) et des interventions psychologiques. Concernant ces dernières, si des interventions spécifiques n'ont pas été prouvées significatives, il s'agit d'outils à garder. D'un autre côté, cette revue systématique met l'accent sur l'expression écrite, qui a un effet positif significatif sur les symptômes du SSPT, tiré de l'étude de Di Blasio et al. (2015). Guittier (2018) s'intéresse à l'évaluation du vécu de l'accouchement afin de dépister les expériences négatives, pouvant mener à la dépression du post-partum ou le SSPT. Ensuite, une étude suisse en cours essaie de déterminer si une tâche cognitive simple pourrait réduire le traumatisme de l'accouchement (étude START).

Dépistage :

Comme l'indiquent Guittier et al. (2018), le vécu de l'accouchement est difficile à mesurer par sa subjectivité et ses aspects multidimensionnels. Le dépistage d'un mauvais vécu de l'accouchement pourrait permettre d'identifier plus rapidement les vulnérabilités des nouveaux parents et de les soutenir de manière adéquate. En plus d'un entretien clinique, un questionnaire adapté à l'évaluation serait recommandé (Tham et al., 2007). Plusieurs questionnaires existent déjà, toutefois certains déterminants de l'accouchement manquent, comme la satisfaction du vécu de l'accouchement ou encore le vécu du partenaire. Aucun n'a été validé en français (Guittier et al., 2018). Le Questionnaire d'Évaluation du Vécu de l'Accouchement (QEVA), développé par Guittier et son équipe, est destiné aux mères (Annexe 1). Il comprend 25 items mesurant la relation avec l'équipe médi-co-soignante, l'état émotionnel des mères, les premiers instants avec le nouveau-né et un bilan à 1 mois post-partum. Quant au First Time Father Questionnaire (FTFQ), version française d'un questionnaire suédois, il s'adresse aux primipères (Annexe 2). Il évalue le soutien du personnel soignant envers le père, l'inquiétude de ce dernier et la préparation à la naissance. Ces deux questionnaires sont à remplir par les mères et les partenaires à un mois post-partum. D'après la littérature, c'est le temps nécessaire pour éviter l'effet de halo, soit l'euphorie et le déni post accouchement (Guittier et al., 2018). Nous attendons les résultats de ces deux nouveaux questionnaires d'évaluation.

L'écriture expressive :

« L'écriture expressive » de Pennebaker (1997), reprise dans l'étude de Di Blasio et al. (2015) (Annexe 3), semble être une piste intéressante pour réduire le risque de DPP, de SSPT et éventuellement de lien d'attachement altéré. Il s'agit d'écrire ses émotions, pensées et attentes liées notamment à l'accouchement. Écrire ses émotions réduirait le niveau de dépression et de SSPT (particulièrement pour les femmes avec les symptômes/scores les plus sévères), et en diminuer aussi l'aggravation. L'écriture expressive est particulièrement efficace sur les symptômes d'évitement. De plus, elle permettrait aux femmes de mettre des

mots sur des souffrances, à un moment où elles sont socialement «encouragées» à être heureuses : « l'écriture expressive peut résulter du fait d'aider les gens à se connecter avec la façon dont ils se ressentent une expérience »¹³ (Di Blasio et al., 2015, p.875). L'étude n'a fait écrire aux femmes que pendant 2 à 3 jours, c'est une limite que soulignent Di Blasio et al. (2015), puisque de nouveaux stressseurs peuvent survenir dans le temps, et mettre en place cette intervention à intervalles réguliers et plus longtemps pourrait conduire à de meilleurs résultats.

Cette méthode pourrait être testée à l'échelle plus locale, dans les maternités suisses. Elle nécessiterait éventuellement un protocole de recherche supplémentaire, mais constitue selon nous une piste intéressante, car ce format de journal de bord permet d'explorer ses émotions et de les faire ressortir, peu importe la forme ; et ainsi faire ressortir le vécu des femmes (et peut-être aussi des partenaires), mais aussi le lien avec l'enfant.

Etude START (Swiss TrAumatic biRth Trial)

L'étude START nous intéresse particulièrement puisqu'elle a pour but « d'évaluer l'efficacité d'une intervention précoce sur le bien-être parental et le développement de l'enfant après une césarienne en urgence » (START, 2018). Cette intervention imaginée sous la forme d'une tâche cognitive simple, du type du jeu Tetris®, pourrait réduire l'apparition de souvenirs intrusifs liés à un événement traumatique. L'hypothèse est donc que si cette procédure est réalisée dans les 6 heures suivant le traumatisme, cela aurait un impact sur la santé mentale maternelle et sur le développement de l'enfant. Cette étude va donc mesurer la vulnérabilité psychologique, la réponse au stress physiologique de la mère et de l'enfant (rythme cardiaque et échantillons de salive), le développement de l'enfant (enfant Behaviour Questionnaire-Revised Very Short Form) et, ce qui nous intéresse particulièrement, les interactions mère-enfant (MIBS) (Sandoz et al., 2019).

Nous attendons donc les résultats de l'étude, qui pourrait éventuellement apporter des pistes sur la prévention secondaire du mauvais vécu de la césarienne en urgence, mais également son impact sur le lien d'attachement.

Nous souhaitons cependant noter une limite non négligeable des protocoles START et de l'écriture expressive : ils ne sont pas adaptés aux femmes migrantes, analphabètes ou de bas niveau scolaire. Il s'agit pourtant d'une population particulièrement à risque et très souvent mise de côté. Nous ne pouvons qu'encourager les chercheuses et chercheurs à intégrer ces femmes et de trouver des protocoles adaptés.

¹³ Traduction littérale par les auteures de ce travail de bachelor

7.2 La césarienne douce

Dans des études en cours, comme START et « L'expérience des parents de la naissance chirurgicale : une étude socio-anthropologique de la culture de la césarienne en Suisse » de la Pr. I. Maffi, la Dr C. Chautems et A. Saenz Morales (UNIL, s.d.), la place de la césarienne douce est étudiée et amène un questionnement pour tout le personnel médical et soignant. La césarienne douce s'insère, pour nous, dans la pratique sage-femme, car elle s'inscrit dans un effort d'ajustement des prises en soins des femmes et des nouveau-nés.

La césarienne douce ou *natural cesarean* est une pratique développée au Royaume-Uni depuis presque 20 ans, plus précisément au Queen Charlotte's and Chelsea Hospital à Londres. Elle vise à permettre à la mère de retrouver un pouvoir décisionnel lors de l'accouchement (Hôpital Riviera-Chablais (HRC), 2020). Smith et al. décrivent la procédure dans leur compte rendu de 2008 :

- La femme/couple voit la salle d'opération avant l'intervention, apporte de la musique, peut même porter ses propres vêtements.
- Après l'utérotomie, le champ est baissé pour permettre à la femme de voir la naissance.
- Le chirurgien respecte le principe d'auto-ressuscitation du nouveau-né, quand celui-ci a la tête juste sortie pendant quelques minutes (1-3min), l'intérêt est de reproduire l'AVB avec la pression de l'utérus sur le corps de l'enfant, lui permettant ainsi d'expulser le liquide pulmonaire.
- Après la naissance, la ou le sage-femme pose le bébé en peau à peau (séché et mis au chaud) et peut initier l'allaitement maternel.
- Le nouveau-né n'est retiré que quand la césarienne est finie pour faire les soins en attendant le transfert en lit de la mère, puis est remis en peau à peau sur la mère.

En Suisse romande, cette technique est développée depuis 2018 au HRC, et est maintenant pratiquée plus largement dans d'autres hôpitaux. Nous avons cependant encore observé des réticences de la part des professionnel-le-s, mais les pratiques sont en train d'évoluer. En effet, la césarienne douce, qui concerne presque exclusivement les césariennes électives, montre de nombreux bénéfices pour la mère et l'enfant : meilleure adaptation néonatale, allaitement favorisé, meilleur vécu des femmes et amélioration du lien d'attachement maternel (Smith et al., 2008 ; HRC, 2020). De notre point de vue, la césarienne douce est un outil intéressant qui bénéficierait à être généralisée à notre pratique sage-femme, et encouragée par les politiques internes et nationales, car elle pourrait réduire le taux de complications maternelles et fœtales et avoir un impact sur le lien d'attachement.

8. Conclusion

Au cours de ce travail, nous nous sommes interrogées sur l'impact de la césarienne sur le lien d'attachement, mais également sur différents facteurs influençant ; le soutien social perçu, les complications et le vécu de l'accouchement, la DPP ou le SSPT, les caractéristiques individuelles, le lien d'attachement prénatal, les pratiques institutionnelles, etc. Premièrement, il faut noter que l'analyse des différents résultats a été compliquée par l'hétérogénéité des articles choisis, tant sur les pays étudiés, les outils de mesure, les procédures, la taille des échantillons et les corrélations recherchées.

Concernant les résultats, nous avons pu voir que pour 4 études de notre revue de littérature (Noyman-Veksler et al., 2015 ; van Reenen & van Rensburg, 2013 ; Ya-ling Lai et al., 2015 ; Yoshida et al., 2020), la différence entre l'accouchement par voie basse et la césarienne concernant le lien d'attachement n'est pas significative. Seul un article (Zanardo et al., 2016) trouve un impact négatif de la césarienne en urgence sur le lien d'attachement. La césarienne en urgence aurait aussi une influence sur le vécu de l'accouchement (van Reenen & van Rensburg, 2013 ; Yoshida et al., 2020). Les données socio-démographiques (âge, statut marital, niveau d'éducation ; sexe, âge gestationnel, mensurations du nouveau-né) n'ont pas non plus d'impact sur le lien d'attachement, sauf pour Yoshida et al. (2020) qui trouve une association entre primiparité et lien altéré. En ce qui concerne la DPP, Noyman-Veksler et al. (2015) montrent une corrélation entre l'EPDS et le lien d'attachement ; un score élevé à l'EPDS, qui est un bon prédicteur de la dépression post-partum, pourrait indiquer un lien différé ou altéré. Cependant, malgré ces facteurs influençant, van Reenen & van Rensburg (2013) rapportent que si le lien entre la mère et l'enfant a pu être fragilisé par la séparation et le traumatisme de l'accouchement, il se rétablit dans les premières heures, semaines ou mois post-partum. Enfin, si la fatigue au post-partum, notamment après une césarienne, est corrélée avec la difficulté de prendre en soin son enfant, elle n'est pas corrélée avec un attachement altéré (Ya-Ling Lai et al., 2015). Pour ce qui est des facteurs protecteurs, Noyman-Veksler et al. (2015) s'intéressent au sens de cohérence qui aurait un impact positif sur l'attachement à 6 semaines post-partum, mais plus à 12 semaines, et au soutien social, qui lui, s'il est bas, a un impact négatif sur le lien mère-enfant. En définitive, le lien d'attachement d'une mère à son enfant est multifactoriel. Afin de pouvoir l'étudier plus précisément, il faut prendre en compte la globalité de la personne.

Si nous n'avons pas de réponse définitive à notre questionnement de départ, ce travail a soulevé des problématiques intéressantes sur notre positionnement professionnel et la prise en soin des femmes. Il ouvre des perspectives de recherches sur la prévention primaire et secondaire, l'autonomisation et les représentations des soignant-e-s sur le lien d'attachement

d'une part, avec la mise à jour des théories psychanalytiques de l'attachement des années 1960, mais également sur la place de la césarienne.

9. Références

- Assemblée fédérale - Le parlement suisse. (2009). Postulat Maury Pasquier Liliane. Augmentation du nombre de césariennes. Accès <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=15325>
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : de Boeck
- Barbey-Mintz, A.-S., Dugravier, R. & Faure-Fillastre, L. (2017). *L'Attachement, de la dépendance à l'autonomie*. Toulouse : Erès.
- Bernard, M.-R., & Eymard, C. (2012). Évolution et enjeux actuels de la préparation à la naissance et à la parentalité. *Sante Publique, Vol. 24(4)*, 283-289.
- Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D. Y., Barros, A. J. D., Barros, F. C., Juan, L., Moller, A.-B., Say, L., Hosseinpoor, A. R., Yi, M., Neto, D. de L. R., & Temmerman, M. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 392(10155), 1341-1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
- Bodner, K., Wierrani, F., Grünberger, W., & Bodner-Adler, B. (2011). Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: A comparison between elective cesarean section and planned vaginal delivery in a low-risk obstetric population. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 283(6), 1193-1198. <https://doi.org/10.1007/s00404-010-1525-y>
- Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., ... Murdoch, C. (2001). A Screening Questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3, 133-140.
- Carlander, A.-K. K., Edman, G., Christensson, K., Andolf, E., & Wiklund, I. (2010). Contact between mother, child and partner and attitudes towards breastfeeding in relation to mode of delivery. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1(1), 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2009.10.001>
- Carter, C. S., Ahnert, L., Grossmann, K. E., Hrdy, S. B., Lamb, M. E., Porges, S. W., & Sachser, N. (Éds.). (2015). Group Report : Biobehavioral Processes in Attachment and Bonding. In *Attachment and Bonding*. The MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/1476.003.0017>
- Chabbert, M., & Wendland, J. (2016). Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : Un impact sur les relations précoces mère-bébé ? *Revue de médecine périnatale*, 8(4), 199-206. <https://doi.org/10.1007/s12611-016-0380-x>

- Coates, D., Thirukumar, P., & Henry, A. (2020). Women's experiences and satisfaction with having a cesarean birth: An integrative review. *Birth*, 47(2), 169-182. <https://doi.org/10.1111/birt.12478>
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (2014). Le dialogue pour diminuer le taux de césarienne, *38es Journées nationales, septième partie Audipog*. 489-499. Accès : http://www.cngof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/2014/Mises%20C3%A0%20jour%20en%20gyn%20C3%A9cologie%20et%20obst%20C3%A9trique%202014/Partie%207_Audipog/Dialogue_diminuer%20le%20taux%20de%20c%20C3%A9sarienne.pdf
- Crouch, M., & Manderson, L. (1995). The social life of bonding theory. *Social Science & Medicine*, 41(6), 837-844. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00401-E](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00401-E)
- Cuijilts, I., Wetering, A. P. van de, Endendijk, J. J., Baar, A. L. van, Potharst, E. S., & Pop, V. J. M. (2019). Risk and protective factors for pre- and postnatal bonding. *Infant Mental Health Journal*, 40(6), 768-785. <https://doi.org/10.1002/imhj.21811>
- Dageville, C., Casagrande, F., De Smet, S., & Boutté, P. (2011). Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance. *Archives de Pédiatrie*, S0929693X11002685. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2011.06.007>
- Daglar, G., & Nur, N. (2018). Level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period. *Psychiatria Danubina*, 30(4), 433-440. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.433>
- Dayan, J. (2015). *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité* (2e éd.. ed., Les âges de la vie. Psychopathologie). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson
- Di Blasio, P., Camisasca, E., Caravita, S. C. S., Ionio, C., Milani, L., & Valtolina, G. G. (2015). The Effects of Expressive Writing on Postpartum Depression and Posttraumatic Stress Symptoms. *Psychological Reports*, 117(3), 856-882. <https://doi.org/10.2466/02.13.PR0.117c29z3>
- Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. (2020). [Site en ligne]. Accès : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/>
- Elsevier. Site internet [Dernière consultation le 20.01.2021]. Accès : <https://www.journals.elsevier.com/>
- Fédération Suisse des sages-femmes (FSSF). (2019). *Rapport statistique des sages-femmes indépendantes en Suisse*. https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2020/09/FSSF_Rapport_statistique_2020.pdf

- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A. & Pais, A. (2009) Mother-to-infant emotional involvement at birth, *Matern. Child Health J*, 13, 539–549.
- Forti-Buratti, M. A., Palanca-Maresca, I., Fajardo-Simón, L., Olza-Fernández, I., Bravo-Ortiz, M. F., & Marín-Gabriel, M. Á. (2017). Differences in mother-to-infant bonding according to type of C-section : Elective versus unplanned. *Early Human Development*, 115, 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.09.020>
- Glover, V., & Capron, L. (2017). Prenatal parenting. *Current Opinion in Psychology*, 15, 66-70. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2017.02.007>
- Goldberg, S. (1983). Parent-Infant Bonding : Another Look. *Child Development*, 54(6), 1355-1382. <https://doi.org/10.2307/1129800>
- Gosselin, P., Chabot, K., Béland, M., Goulet-Gervais, L., & Morin, A. J. S. (2016). La peur de l'accouchement chez des nullipares : Lien avec la douleur lors de l'accouchement, les symptômes de stress post-traumatique et les symptômes dépressifs post-partum. *L'Encéphale*, 42(2), 191-196. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.01.007>
- Graaff, L. F. de, Honig, A., Pampus, M. G. van, & Stramrood, C. A. I. (2018). Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences : A systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(6), 648-656. <https://doi.org/10.1111/aogs.13291>
- Guédénéy, N. & Guédénéy, A. (2016). *L'attachement : approche théorique*. Paris : Masson.
- Guédénéy, N. & Guédénéy, A. (2016). *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*. Paris : Masson.
- Guittier, M.-J., Cedraschi, C., Jamei, N., Boulvain, M., & Guillemin, F. (2014). Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers : A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 254. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-254>
- Guittier, M.-J. (2018). Évaluer le vécu de l'accouchement. *CNSF. 16ème Journées du Collège national des Sages-Femmes de France*, 16-22. Accès : https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2018/01/EBOOK_2018_complet.pdf#page=16
- Hakala, M., Kaakinen, P., Kääriäinen, M., Bloigu, R., Hannula, L., & Elo, S. (2018). Implementation of Step 7 of the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) in Finland : Rooming-in according to mothers and maternity-ward staff. *European Journal of Midwifery*, 2. <https://doi.org/10.18332/ejm/93771>
- Hillan, E. (s. d.). *Caesarean section : Psychosocial effects* [Text]. Nursing Standard. <https://doi.org/10.7748/ns.5.50.30.s35>

- Hohlagschwandtner, M., Ruecklinger, E., Husslein, P., & Joura, E. A. (2001). Is the formation of a bladder flap at cesarean necessary? A randomized trial. *Obstetrics and Gynecology*, 98(6), 1089-1092. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(01\)01570-8](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01570-8)
- Hôpital Riviera Chablais (HRC). *Dr Alexandre Farin, médecin chef de l'Unité d'obstétrique HRC, présente la césarienne douce dans Heidi News (24 janvier 2020)*. Consulté 12 juillet 2021, Accès : https://www.hopitalrivierachablais.ch/jcms/hrc_59778/fr/dr-alexandre-farin-medecin-chef-de-l-unite-d-obstetrique-hrc-presente-la-cesarienne-douce-dans-heidi-news-24-janvier-2020
- Keag, O. E., Norman, J. E., & Stock, S. J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies : Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 15(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>
- Klaus, M.H. Klaus, Jerauld, R. Jerauld, Kreger, N.C., McAlpine, W., Steffa, M. and Kennel, J.H. (1972) Maternal Attachment. Importance of the First Post-Partum Days. *English Journal of Medicine* 286, 460-463.
- Lansac, J. (2017). *Pratique de l'accouchement* (6e éd.). Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Larkin, P., Begley C.-M., Devane D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), 49-59.
- Lefkovic, E., Baji, I., & Rigó, J. (2014). Impact of Maternal Depression on Pregnancies and on Early Attachment. *Infant Mental Health Journal*, 35(4), 354-365. <https://doi.org/10.1002/imhj.21450>
- Lemola, S., Stadlmayr, W., & Grob, A. (2007). Maternal adjustment five months after birth : The impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(3), 190-202. <https://doi.org/10.1080/02646830701467231>
- Lichter, M. M., Peled, Y., Levy, S., Wiznitzer, A., Krissi, H., & Handelzalts, J. E. (2021). The associations between insecure attachment, rooming-in, and postpartum depression : A 2 months' longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, 42(1), 74-86. <https://doi.org/10.1002/imhj.21895>
- Maimburg, R.-D., Vaeth, M., Dahlen, H. (2016). Women's experience of childbirth - A five year follow-up of the randomised controlled trial « Ready for Child Trial ». *Women Birth*, 29(5), 450-454.
- Marpeau, L., & Collège national des sages-femmes (France). (2010). *Traité d'obstétrique*. Elsevier Masson. <http://www.sciencedirect.com/science/book/9782294071430>

- Missler, M., van Straten, A., Denissen, J., Donker, T., & Beijers, R. (2020). Effectiveness of a psycho-educational intervention for expecting parents to prevent postpartum parenting stress, depression and anxiety : A randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 658. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03341-9>
- Mistycki, V., & Guedeney, N. (2007). Quelques apports de la théorie de l'attachement : Clinique et santé publique. *Recherche en soins infirmiers*, N° 89(2), 43-51.
- Morau, E., Bonnal, A., Deras, P., & Dehon, A. (2012). Césarienne, allaitement et douleur. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 16(4), 206-212. <https://doi.org/10.1016/j.pratan.2012.06.004>
- Mottaz, A.-M., & Pyz, A. (2012). Attachement. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 79-81). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-79.htm?contenu=resume>
- Müller, M. E. (1994). A Questionnaire to Measure Mother-to-Infant Attachment. *Journal of Nursing Measurement*, 2(2), 129-141. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.2.2.129>
- Nardi, N., Campillo-Gimenez, B., Pong, S., Branchu, P., Ecoffey, C., & Wodey, E. (2013). Douleurs chroniques après césarienne : Impact et facteurs de risque associés. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 32(11), 772-778. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2013.08.007>
- Neczypor, J. L., & Holley, S. L. (2017). Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour. *Nursing for Women's Health*, 21(6), 462-472. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2017.10.011>
- Noyman-Veksler, G., Herishanu-Gilutz, S., Kofman, O., Holchberg, G., & Shahar, G. (2015). Post-natal psychopathology and bonding with the infant among first-time mothers undergoing a caesarian section and vaginal delivery : Sense of coherence and social support as moderators. *Psychology & Health*, 30(4), 441-455. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.977281>
- Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2018). Women's and men's negative experience of child birth— A cross-sectional survey. *Women and Birth*, 31(2), 103-109. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.07.002>
- Office Fédéral de la Statistique (OFS). (2017). Recul du recours aux césariennes et aux épisiotomies en 2017 [Communiqué de Presse].
- OFS. (2019). Accouchements et santé maternelle en 2017. *Statistique médicale des hôpitaux*.

- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2015). Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. Accès https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf;jsessionid=7AF61D3C2A8E28C70113A6396F9A0258?sequence=1
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing About Emotional Experiences as a Therapeutic Process. *Psychological Science*, 8(3), 162-166. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x>
- Perier, S., Gautier, J., O'Reilly, A., & Séjourné, N. (2016). Le rôle de l'optimisme et de l'anxiété dans la peur de l'accouchement : Une étude exploratoire. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 26(4), 170-179. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2016.06.001>
- Pérez-Escamilla, R., Martinez, J. L., & Segura-Pérez, S. (2016). Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes : A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 12(3), 402-417. <https://doi.org/10.1111/mcn.12294>
- Pierrehumbert, B. (2007). *L'Attachement, de la théorie à la clinique*. Erès. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00401-E](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00401-E)
- Racinet, C., Vendittelli F. (2013). *La Césarienne : Une approche fondée sur les faits* (2e éd. entièrement actualisée.). Sauramps médical.
- Rapport Flajolet. (s.d.) *Annexe 1 La prévention : définitions et comparaisons*. Ministère français de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.
- 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*, 106(3), 47-58.
- Razurel, C., Kaiser, B., Sellenet, C., & Epiney, M. (2013). Relation between perceived stress, social support, and coping strategies and maternal well-being : A review of the literature. *Women & Health*, 53(1), 74-99. <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.732681>
- Razurel, C., Antonietti, J.P., Rulfi, F., Pasquier, N., Domingues-Montanari, S., Darwiche, J. (2017). The impact of pre-and post-natal psycho-educational intervention on the construction of parenthood. *Archives women's mental health*, 20(3), 469-472.
- Ribau, C., Lasry, J.-C., Bouchard, L., Moutel, G., Hervé, C., & Marc-Vergnes, J.-P. (2005). La phénoménologie : Une approche scientifique des expériences vécues. *Recherche en soins infirmiers*, N° 81(2), 21-27. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-2-page-21.htm>

- Rigouzzo, A. (2015). Post-partum pain and rehabilitation. *Revue de Médecine Périnatale*, 7(2), 87-95. <https://doi.org/10.1007/s12611-015-0326-8>
- Rossen, L., Hutchinson, D., Wilson, J., Burns, L., A Olsson, C., Allsop, S., J Elliott, E., Jacobs, S., Macdonald, J. A., & Mattick, R. P. (2016). Predictors of postnatal mother-infant bonding : The role of antenatal bonding, maternal substance use and mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 19(4), 609-622. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0602-z>
- Rossen, L., Mattick, R. P., Wilson, J., Clare, P. J., Burns, L., Allsop, S., Elliott, E. J., Jacobs, S., Olsson, C. A., & Hutchinson, D. (2019). Mother-Infant Bonding and Emotional Availability at 12-Months of Age : The Role of Early Postnatal Bonding, Maternal Substance Use and Mental Health. *Maternal and Child Health Journal*, 23(12), 1686-1698. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02809-1>
- Rousseau, P., Matton, F., Léculyer, R., Batita, I., & Lahaye, W. (2019). Etude éthologique des premières interactions enfant-parents lors de la naissance. *Devenir*, Vol. 31(1), 5-54.
- RTS. (2018). *Temps Présent : Césariennes, une épidémie contre-nature* [Vidéo en ligne]. Accès: : <https://www.rts.ch/play/tv/temps-present/video/cesariennes-une-epidemie-contre-nature?urn=urn:rts:video:10032293>
- Sabatino, G. (2019). Les douleurs post-césariennes. *La Revue Sage-Femme*, 18(3), 135-144. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2019.03.001>
- Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H., Homer, C. S., Gibbons, D., Kelly, N. M., Kennedy, H. P., Kidanto, H., Taylor, P., & Temmerman, M. (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*, 392(10155), 1349-1357. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31930-5)
- Sandoz, V., Deforges, C., Stuijzand, S., Epiney, M., Vial, Y., Sekarski, N., Messerli-Bürgy, N., Ehlert, U., Bickle-Graz, M., Morisod Harari, M., Porcheret, K., Schechter, D. S., Ayers, S., Holmes, E. A., & Horsch, A. (2019). Improving mental health and physiological stress responses in mothers following traumatic childbirth and in their infants : Study protocol for the Swiss TrAumatic biRth Trial (START). *BMJ Open*, 9(12), e032469. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032469>
- Santos Neto, C. H. dos, Oliveira, F. S., Gomes, G. F., Araujo Júnior, E., Nakamura, M. U., & Souza, E. de. (2020). Type of Childbirth and its Association with the Maternal-Filial Interaction. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 42(10), 597-606.
- Schaal, J.-P. (2012). *Mécanique et techniques obstétricales* (4e éd.). Montpellier: Sauramps médical.

- Smith, J., Plaat, F., & Fisk, N. M. (2008). The natural caesarean : A woman-centred technique. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(8), 1037-1042. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01777.x>
- Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique (SSGO). (2015). Guideline césarienne.
- Stuijzand, S., Garthus-Niegel, S., & Horsch, A. (2020). Parental Birth-Related PTSD Symptoms and Bonding in the Early Postpartum Period : A Prospective Population-Based Cohort Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.570727>
- Svensson, K., Matthiesen, A.-S., & Widström, A.-M. (2005). Night Rooming-in : Who Decides? An Example of Staff Influence on Mother's Attitude. *Birth*, 32(2), 99-106. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00352.x>
- Swiss traumatic birth trial (START). (2018). *Informations aux mères* [feuille d'information]. CHUV ; UNIL ; HUG ; Fonds National Suisse
- Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., & Glover, V. (2005). A new Mother-to-Infant Bonding Scale : Links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*, 8(1), 45-51. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0074-z>
- Taylor & Francis Online. Site Internet [Dernière consultation le 20.01.2021]. *Academic Publishing Division of Informa PLC* : London. Accès : www.tandfonline.com
- Tham, V., Christensson, K., & Ryding, E. L. (2007). Sense of coherence and symptoms of post-traumatic stress after emergency caesarean section. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 86(9), 1090-1096. <https://doi.org/10.1080/00016340701507693>
- Theo, L. O., & Drake, E. (2017). Rooming-In : Creating a Better Experience. *The Journal of Perinatal Education*, 26(2), 79-84. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.26.2.79>
- Tichelman, E., Westerneng, M., Witteveen, A. B., van Baar, A. L., van der Horst, H. E., de Jonge, A., Berger, M. Y., Schellevis, F. G., Burger, H., & Peters, L. L. (2019). Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality : A systematic review. *PLoS ONE*, 14(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222998>
- Torkan, B., Parsay, S., Lamieian, M., Kazemnezhad, A., & Montazeri, A. (2007). *Comparative Analysis of Life Quality in Mothers after Cesarean Section and Normal Vaginal Delivery*. 12(1), 5.
- UNICEF. (s. d.). *The Baby-Friendly Hospital Initiative*. Consulté 8 avril 2021, Accès : https://sites.unicef.org/nutrition/index_24806.html

- Université de Lausanne (UNIL). (s.d.) L'expérience des parents de la naissance chirurgicale : Une étude socio-anthropologique de la culture de la césarienne en Suisse – eSSPace recherche. Consulté le 5 août 2021, Accès : <https://wp.unil.ch/esspace/2021/06/lexperience-des-parents-de-la-naissance-chirurgicale-une-etude-socio-anthropologique-de-la-culture-de-la-cesarienne-en-suisse/>
- Van Reenen, S. L. & van Rensburg, E. (2013). The Influence of an Unplanned Caesarean Section on Initial Mother-Infant Bonding: Mothers' Subjective Experiences. *Journal of Psychology in Africa*. 23:2, 269-274. <https://doi.org/10.1080/14330237.2013.10820623>
- Wiklund, I., Edman, G., & Andolf, E. (2007). Cesarean section on maternal request: Reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86, 451–456
- World Health Organisation. (2021). *Ten steps to successful breastfeeding*.. Consulté le 11 avril 2021. Accès : <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals/ten-steps-to-successful-breastfeeding>
- Ya-Ling Lai, Chich-Hsiu Hung, Stocker, J., Te-Fu Chan, & Yi Liu. (2015). Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal-infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in. *Applied Nursing Research*, 28(2), 116-120. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.08.002>
- Yoshida, K., Yamashita, H., Conroy, S., Marks, M., & Kumar, C. (2012). A Japanese version of Mother-to-Infant Bonding Scale : Factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood during the early postnatal period in Japanese mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 15(5), 343-352. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0291-1>
- Zanardo, V., Soldera, G., Volpe, F., Giliberti, L., Parotto, M., Giustardi, A., & Straface, G. (2016). Influence of elective and emergency cesarean delivery on mother emotions and bonding. *Early Human Development*, 99, 17-20. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.05.006>

10. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire d'Evaluation du Vécu de l'Accouchement (Guittier et al., 2018, pp.18-19)

| Items du QEVA, n total = 291 femmes | N (%) |
|--|-----------------|
| Je me sentais inquiète « <i>tout à fait/en partie</i> ». | 138/291 (46.5%) |
| Je me sentais en sécurité « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 16/291 (5.4%) |
| Je me sentais confiante « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 44/291 (14.8%) |
| L'équipe soignante comprenait et répondait à mes désirs de manière satisfaisante « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 22/291 (7.4%) |
| Je me suis sentie soutenue émotionnellement par les professionnels qui s'occupaient de moi « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 23/291 (8.1%) |
| Les professionnels me tenaient informée de ce qui se passait « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 17/291 (5.7%) |
| Je sentais que je pouvais m'exprimer et donner mon avis à propos des décisions me concernant « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 34/291 (11.4%) |
| Je suis satisfaite de la manière dont les évènements se sont déroulés « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 53/291 (18.1%) |
| Durant le travail | |
| J'ai réussi à utiliser des méthodes de relaxation pour m'aider lors des contractions « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 79/256 (30.9%) |
| J'ai pu me mouvoir ou choisir librement ma position « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 45/253 (17.8%) |
| On a pu soulager ma douleur au moment où je l'ai demandé « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 42/247 (17.0%) |
| Durant l'accouchement | |
| Tout s'est déroulé comme je l'avais imaginé « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 125/260 (48.1%) |
| J'avais l'impression de perdre tous mes moyens « <i>Tout à fait/en partie</i> ». | 95/260 (36.5%) |
| Premiers instants avec le nouveau-né | |
| J'ai pu découvrir visuellement mon bébé de manière satisfaisante « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 43/288 (14.9%) |
| J'ai eu mon bébé contre moi pour la première fois au moment où j'en ai eu envie « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 65/288 (22.6%) |
| Les premiers instants avec mon bébé correspondaient à ce que j'avais imaginé avant d'accoucher « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 83/288 (28.8%) |
| À ce jour, un mois après l'accouchement | |
| J'ai compris tout ce qui s'est passé lors de mon accouchement « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 23/284 (8.1%) |
| Je suis fière de moi « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 19/284 (6.7%) |
| J'ai des regrets « <i>Tout à fait/en partie</i> ». | 76/284 (26.8%) |
| J'ai un sentiment d'échec « <i>Tout à fait/en partie</i> ». | 57/284 (20.1%) |
| L'idée d'accoucher une nouvelle fois m'effraie « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 94/284 (33.1%) |

Annexe 2 : First Time Father Questionnaire (Guittier et al., 2018, p. 20)

| | |
|--|-----------------|
| Avant l'accouchement | |
| Je me sentais bien informé, « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 18/160 (11.6%) |
| Je me sentais bien préparé, « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 23/160 (14.4%) |
| Pendant le travail et l'accouchement | |
| Le personnel a pris soin de moi, « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 23/160 (14.4%) |
| J'ai reçu suffisamment d'informations, « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 19/159 (11.9%) |
| J'ai reçu des conseils sur la manière d'apporter un soutien à ma partenaire, « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 40/160 (25%) |
| Il me manquait certaines informations, « <i>Tout à fait/en partie</i> ». | 58/160 (36.3%) |
| Il y a des situations que j'aurais préféré ne pas avoir vécu, « <i>Tout à fait/en partie</i> ». | 39/160 (24.4%) |
| Inquiet pour ma partenaire, « <i>Tout à fait/en partie</i> ». | 105/159 (66.0%) |
| Inquiet pour mon enfant, « <i>Tout à fait/en partie</i> ». | 89/159 (57.9%) |
| Inquiet que quelque chose se passe mal, « <i>Tout à fait/en partie</i> ». | 101/159 (63.5%) |
| Inquiet de ne pas être capable d'apporter mon soutien, « <i>Tout à fait/en partie</i> ». | 74/159 (46.5%) |
| Inquiet face à ce que je ne connaissais pas, « <i>Tout à fait/en partie</i> ». | 86/159 (54.1%) |
| Préoccupé par la façon dont je réagirais, « <i>Tout à fait/en partie</i> ». | 53/159 (33.3%) |
| Je sentais que les sages-femmes et le personnel se souciait de savoir si j'allais bien, « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 102/160 (63.7%) |
| Le personnel de la maternité s'est proposé de me remplacer auprès de ma partenaire pour que je puisse prendre une pause, « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 105/155 (66.9%) |
| J'ai vécu l'accouchement (césarienne ou voie basse) comme un événement effrayant, « <i>Tout à fait/en partie</i> ». | 24/157 (15.3%) |
| On m'a rassuré lorsque j'en avais besoin, « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 32/157 (20.4%) |
| Après l'accouchement | |
| On m'a montré comment tenir mon enfant, « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 48/156 (30.8%) |
| On m'a encouragé à tenir mon enfant, « <i>pas tellement/pas du tout</i> ». | 32/156 (20.5%) |

Instruction A¹⁴ :

« Nous aimerions que vous écriviez deux fois par jour à propos des émotions et sentiments profonds expérimentés pendant le travail et l'accouchement. Tous vos écrits seront confidentiels. Vous pouvez écrire sur votre expérience de l'hospitalisation, sur votre relation avec votre famille, sur le personnel médical, sur les autres patients ; vous pouvez écrire sur le travail, sur l'accouchement, sur votre enfant, sur ce que vous ressentez maintenant ; ce ne sont que des exemples. La chose importante est que, dans vos écrits, vous vous laissiez complètement aller et exploriez vos pensées et émotions profondes. Ne vous inquiétez pas de la grammaire ou d'utiliser un langage correct: la seule règle est qu'une fois avoir commencé à écrire, vous alliez jusqu'au bout de la session (15-20 min) »

¹⁴ Traduction littérale par les auteures de ce travail de bachelor