

Table des matières

Préambule	7
I. Introduction	10
I.1. L'allaitement maternel : les enjeux de santé.....	10
I.1.1 Un enjeu pour l'enfant	10
I.1.2 Un enjeu pour la mère	10
I.2 Allaitement maternel et césarienne	12
I.2.1 Épidémiologie	12
I.2.2 Les difficultés	12
I.3 Les recommandations ?.....	16
I.3.1 Les recommandations concernant la césarienne	16
I.3.2 Réhabilitation précoce.....	16
I.3.3 Recommandations sur l'allaitement maternel.....	17
II. Matériel et méthode	19
II.1 Objectifs et hypothèses	19
II.2 Type d'étude	19
II.3 Population d'étude	19
II.4 Outil méthodologique	21
II.5 Éléments réglementaires	21
II.6 Déroulé de l'étude	22
II.7 Stratégie d'analyse.....	22
III. Résultats et analyse	24
III.1 Caractéristiques de la population.....	24
III.2 Les soins et la pratique clinique	24
III.2.1 « <i>Pas de différence</i> » ?.....	24
III.2.2 Gérer la douleur	26
III.2.3 Conduite de l'allaitement.....	32
III.2.4 Réhabilitation précoce	34
III.3 Les facteurs humains	35
III.3.1 : Liés aux professionnels	35
III.3.2 : Liés aux patientes	37
III.4 L'organisation des soins	38
III.4.1 A l'échelle nationale : une politique insuffisante.....	38
III.4.2 Enjeux de la sortie	39

III.4.3 Organisation sage-femme/ auxiliaire de puériculture (parfois infirmière)	39
IV. Discussion	42
IV.1 Points forts	42
IV.2 Biais et limites	42
IV.3 Résultats principaux.....	43
IV.3.1 Pas de différence	43
IV.3.2 Les principales pratiques	44
a) Prise en charge de la douleur	44
b) Positions	46
c) Conduite de l'allaitement maternel	47
d) Réhabilitation précoce.....	49
IV.3.3 Facteurs limitants	49
a) Éléments spécifiques à la césarienne.....	50
b) Facteurs généraux.....	51
IV.4 Perspectives	53
Conclusion.....	56
Annexes	57
Glossaire.....	74
Bibliographie	75

Préambule

L'allaitement maternel est un enjeu de santé publique. Ses bénéfices pour la mère et pour l'enfant ont été démontrés à de nombreuses reprises. L'OMS (Organisation mondiale de la Santé) recommande un allaitement exclusif jusqu'aux 6 mois de vie de l'enfant, et a pour objectif d'ici 2025 d'obtenir un taux d'allaitement maternel exclusif au sein de 50% dans les 6 premiers mois de vie au niveau mondial (1). Le tableau d'évaluation de l'allaitement maternel dans le monde (Global breastfeeding scorecard) indique que seuls 40% des enfants de moins de 6 mois sont allaités exclusivement au sein en 2019 (2).

En France, près de 70% des enfants sont allaités au sein à la naissance, et 54% le sont exclusivement d'après l'étude Epifane de 2012. A 1 mois de vie le taux d'allaitement exclusif au sein chute à 34,5% (3). La durée médiane de l'allaitement en France est de 15 semaines, et de seulement 3 semaines et demie pour l'allaitement exclusif. Le taux d'allaitement maternel a diminué entre 2010 et 2016 d'après l'enquête nationale périnatale. Le taux d'allaitement maternel exclusif pendant le séjour à la maternité est passé de 60% en 2010 à 52% en 2016 (4).

La France a le taux d'initiation de l'allaitement le plus bas par rapport aux autres pays industrialisés (5). C'est ce que montre la revue de littérature réalisée en 2012 par Ibanez et al, comparant les taux d'allaitement maternel dans 16 pays industrialisés ayant un niveau de ressources comparable à celui de la France. Au niveau européen, le rapport EURO-PERISTAT montre que les taux les plus bas d'initiation de l'allaitement étaient retrouvés pour l'Irlande (55%), Chypre (66%), Malte (69%) et la France (69%) (6). Le taux d'initiation de l'allaitement est de plus de 95% dans les pays scandinaves, et l'allaitement à 4 mois est maintenu dans plus de 65% des cas en Suède (7).

Ce taux est encore plus bas après les césariennes. L'étude Épiphanie montre un taux d'allaitement à la maternité de 65% après une césarienne, contre 69% après un accouchement voie basse, et de 49,8% à un mois de vie, contre 55,4% après un accouchement par voie basse (3).

L'étude Elfe montre quant à elle un taux d'allaitement de 71,1% après un accouchement par voie basse, et de 68,2% après un accouchement par césarienne, et un écart relatif de -0,39

entre la durée totale d'allaitement après un accouchement voie basse et après un accouchement par césarienne (8). Cette différence est due à la méthodologie des études, l'étude Elfe représente une cohorte de 18000 enfants, alors que l'étude Epifane inclut 3365 enfants. De plus, l'allaitement maternel comprend l'allaitement maternel exclusif et l'allaitement maternel prédominant dans l'étude Elfe, et seulement l'allaitement maternel exclusif dans l'étude Epifane.

Pour exemple, l'Italie a un taux d'allaitement maternel de 74% après une naissance par césarienne programmée, et 73% après une césarienne en urgence, contre 88% après un accouchement par voie basse. A 6 mois de vie, il y a 47% d'allaitement maternel après un accouchement par césarienne programmée, et 43% après une césarienne en urgence, et 59% après une naissance par voie basse (9).

Une étude mexicaine montrait en 1996 que la césarienne risquait de nuire à la mise en route de l'allaitement, ou de limiter sa durée à un an maximum, notamment à cause de la séparation mère-enfant et du manque d'accompagnement (10). Cependant, dans sa revue de littérature, Anne Chantry, en 2015, explique que même s'il existe une relation négative entre l'accouchement par césarienne et l'allaitement maternel à cause d'une première mise au sein plus tardive et donc une montée laiteuse retardée, la césarienne n'influence pas la durée de l'allaitement une fois qu'il est mis en place et que :

(...) dans un objectif d'augmentation de la fréquence d'initiation de l'allaitement maternel et en vue de son maintien, tout comme devant les difficultés que les femmes césarisées peuvent connaître lors de la mise au sein, il est recommandé que les professionnels de santé accompagnent et soutiennent particulièrement les femmes césarisées dans leur projet d'allaitement (grade B). (11).

On voit donc l'enjeu de l'accompagnement, lors du séjour en maternité, de l'allaitement maternel après une césarienne.

Cependant, lors de son rapport, dans le cadre du programme national nutrition santé, le Pr Turck soulève un manque de formation des professionnels concernant l'allaitement maternel (7). Ce manque de formation est responsable de difficultés à accompagner l'allaitement maternel, et ni les recommandations françaises de l'ANAES en 2002, ni la revue de la

littérature de 2015 (11) ne décrivent des recommandations spécifiques à l'initiation de l'allaitement après une césarienne, à part de favoriser la mise au sein précoce.

On peut donc se demander comment les professionnels accompagnent-ils les femmes césarisées dans l'initiation de l'allaitement maternel.

Dans un premier temps nous verrons l'intérêt et les spécificités de l'allaitement maternel après une césarienne.

Nous présenterons ensuite notre étude explorant les pratiques des sages-femmes lors de l'accompagnement en suites de couches de l'allaitement maternel de femmes césarisées et les facteurs impactant son initiation.

I. Introduction

I.1. L'allaitement maternel : les enjeux de santé

L'allaitement après une césarienne a un double enjeu. En effet, il y a un enjeu pour l'enfant et pour la mère.

I.1.1 Un enjeu pour l'enfant

Pour l'enfant, l'allaitement maternel est le mode d'alimentation le plus adaptée. La composition du lait maternel évolue avec l'enfant, et permet de nombreux apports, notamment biologiques (hormones, facteurs de croissances, cellules immunocompétentes...), comme le montre la revue de littérature du Pr Turck et de son équipe datant de 2013 (12).

Il a été démontré qu'un allaitement maternel exclusif de plus de 3 mois diminue le risque d'otite moyenne aiguë, ainsi que le risque de diarrhée aiguë infectieuse d'après l'Académie Américaine de Pédiatrie (13). Comme le montre l'étude de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), il diminue aussi le risque d'asthme chez les enfants à risque d'allergie (c'est à dire dont un des parents au premier degré est allergique) (14). Il est aussi conclu qu'un allaitement exclusif de 4 mois diminue le risque d'hospitalisation pour des infections respiratoires sévères dans l'enfance.

Selon l'OMS, l'allaitement maternel diminue aussi le risque de surpoids et d'obésité dans l'enfance et l'adolescence (15). Il aurait aussi un bénéfice cognitif sur les enfants, notamment sur le plan moteur et du langage, selon la méta-analyse menée par Anderson et son équipe en 1999, regroupant 20 études réalisées (16).

Enfin, à l'âge adulte, les personnes ayant été allaitées ont une pression artérielle et une cholestérolémie moindre. C'est ce que montre Christopher Owen dans sa revue systématique réalisée en 2002, et qui a été repris par la société Française de Pédiatrie en 2005 dans le rapport sur l'allaitement maternel à propos des bénéfices pour la mère et l'enfant (17) (18).

I.1.2 Un enjeu pour la mère

Pour la mère, l'allaitement a aussi un enjeu, et ce sur le long terme.

Tout d'abord, l'allaitement a des avantages sur le plan psychologique. D'après la revue de littérature du Dr Turck, il facilite la création du lien mère-enfant, et diminue le risque de

dépression du post-partum. L'allaitement maternel diminue la réponse au stress de la mère, et augmente son bien-être et son estime de soi (12). Par ailleurs, les travaux d'Anne Chantry montrent que l'allaitement entraîne bien une diminution du taux de dépressions du post-partum, mais qu'on ne peut pas parler d'un moyen de prévention de la dépression du post-partum (11).

De plus, les hormones sécrétées lors de la mise au sein diminuent le risque d'infection puerpérale. Selon l'AHRQ, après un allaitement maternel, l'utérus reprend plus vite sa taille d'origine car la sécrétion d'ocytocine lors de l'éjection du lait permet une meilleure contraction de l'utérus et donc un retour plus rapide à sa forme initiale (14). La même étude décrit une diminution du risque de cancer de l'ovaire.

La société Française de Pédiatrie conclue que l'allaitement maternel permet une perte de poids plus rapide après l'accouchement (18).

La méta-analyse réalisée par Victora *et al*, montre que l'allaitement maternel diminue le risque du cancer du sein (19). Enfin, Christopher Owen décrit en 2006 que l'allaitement maternel diminue le risque de développer un diabète de type 2 (20).

Quelle que soit la voie d'accouchement, la mise en place de l'allaitement maternel est donc un enjeu aussi bien pour la mère que pour son enfant, aussi bien pour leur santé physique que psychique.

I.2 Allaitement maternel et césarienne

I.2.1 Épidémiologie

D'après l'enquête nationale périnatale de 2016, le taux de césarienne en France est de 20,4%, ce qui est stable (4). Comme énoncé en préambule, l'étude Épiphane de 2012 montrait un taux d'initiation d'allaitement maternel de 65% après une césarienne, le taux d'initiation de l'allaitement était alors de 69% après un accouchement par voie basse, ainsi qu'un taux d'allaitement maternel à un mois de vie de 49,8% après une césarienne (21).

L'étude de Zanardo *et al*, publiée en 2010, montre par ailleurs que le taux d'allaitement maternel après une césarienne était plus faible, quel que soit le contexte de la césarienne (programmée ou en urgence) (22).

Enfin, les données de l'étude Epifane de 2012, étudiées par Salanave et son équipe, montrent que la durée médiane de l'allaitement maternel était plus courte en cas de césarienne (98 jours contre 105), mais cette différence n'est plus retrouvée à 3, 6 et 12 mois (23)

I.2.2 Les difficultés

La douleur

La douleur post-opératoire est un élément important après une césarienne. Elle est très importante dans les 48 premières heures après l'opération.

Dans l'étude de Karlström en 2007, 78% des patientes cotaient leur douleur à plus de 4 sur l'échelle visuelle analogique (EVA). Cette étude a été menée en Suède, mais peut être transposable en France.

On voit donc que c'est une douleur qui doit être prise en charge, d'autant plus que d'après cette même étude, la douleur post-opératoire a un impact négatif sur l'allaitement et les soins prodigués par la mère à son enfant, surtout ceux nécessitant une station debout (bain, changement de couche, soins du cordon) (24).

Une étude menée à Marseille en 2019 montre que la césarienne est à l'origine de plus de douleurs pelvis-périnéales aiguës en post-partum qu'après un accouchement par voie basse.

De plus ces douleurs sont intenses et peuvent entraîner un sentiment de détresse maternelle. Dans 6 à 10% des cas, la césarienne est à l'origine de douleurs pelvis-périnéales chroniques qui doivent être prises en charge, sur le plan physique et psychique (25).

La douleur peut pourtant être traitée, en effet le CRAT (Centre de Référence des Agents Tératogènes) ne contre indique pas l'utilisation d'antidouleur lors de l'allaitement (26). Les anti-douleurs non opioïdes, comme le paracétamol, ou certains AINS (ibuprofène, kétoprofène, diclofenac, flurbiprofène) peuvent être utilisés pendant l'allaitement. L'aspirine (AINS aussi) ne peut cependant être donnée que lors d'une prise unique ou d'une prise chronique à visée anti-agrégante plaquettaire (dose efficace la plus basse possible), mais est contre-indiquée en prise répétée à posologie antalgique ou anti-inflammatoire (26). Le paracétamol est l'anti-douleur de première intention d'après le CNGOF (grade B) (27). Le Néfopam peut être utilisé dans les 48 premières heures du post-partum (accord professionnel). Le Tramadol n'est pas contre-indiqué dans les 4 premiers jours post-opératoire, et plus tard s'il est prescrit de manière ponctuelle, pour 2 à 3 jours (accord professionnel) (26) (27). La codéine quant à elle est contre-indiquée dans les 2 semaines après l'accouchement. En ce qui concerne les antalgiques de palier 3, comme la nalbuphine ou la morphine, leur utilisation est possible dans les 3 premiers jours du post-partum, mais par la suite si un antalgique de palier 3 est nécessaire, l'allaitement devra être suspendu (14).

La mobilité et l'autonomie

Comme il a été vu précédemment, la douleur est très présente dans le post-partum d'une naissance par césarienne, pouvant affecter l'autonomie et la mobilité des patientes.

L'étude de Zanardo *et al*, réalisée en 2007 en Italie, montrait que les patientes ayant accouché par césarienne avaient plus de douleurs, et avaient plus de difficultés à se mobiliser, les rendant moins autonomes dans leurs gestes, et donc les mettant en difficulté pour allaiter leur nouveau-né. Cette étude était monocentrique et étudiait les taux d'allaitements chez 2137 nouveau-nés en fonction de la voie d'accouchement (22).

Dans son article, Amy Hobbs décrit aussi des douleurs plus intenses pour la mère après une césarienne, rendant difficile un bon positionnement pour allaiter (28).

Le positionnement

Lors d'un allaitement on sait qu'un bon positionnement est primordial, or comme vu précédemment, les études de Zanardo *et al* et de Karlström *et al* montraient une difficulté à se mouvoir et s'occuper de leur nouveau-né, rendant difficile les mises au sein dans une position optimale pour la tétée (22,24). Ces difficultés sont à prendre très au sérieux quand on sait qu'un bon positionnement permet d'éviter les crevasses, qui sont la première cause d'arrêt de l'allaitement maternel, comme l'a montré une enquête sur les arrêts de l'allaitement au Havre (29). Le rôle de la sage-femme est donc d'aider la patiente dans ses premières mises au sein, afin de trouver les positions les plus adaptées pour l'allaitement et sans douleur pour cette dernière.

Le vécu psychologique

Une césarienne peut avoir un impact négatif sur le plan psychologique, et on peut distinguer le ressenti après une césarienne programmée ou en urgence. En effet, une étude a montré que les patientes ayant accouché par césarienne en urgence vont moins bien sur le plan psychologique que les patientes ayant eu une césarienne programmée (30).

Lors d'une césarienne en urgence, le ressenti des patientes est mitigé. Une étude qualitative réalisée par Laurie Glorieux dans son mémoire de fin d'études montre que beaucoup de patientes décrivent une déception voire une frustration de ne pas avoir vécu l'accouchement qu'elles avaient imaginé, avec un sentiment de stress intense, mais aussi de tristesse car elles n'ont pas pu voir leur enfant naître. Le fait que leur conjoint n'ait souvent pas pu assister à la naissance les rend aussi un peu plus fragile. Enfin, elles n'ont souvent pas anticipé la douleur du post-partum, et leur incapacité à s'occuper seule de leur enfant dans les premiers jours (31). Ces propos sont appuyés par l'article de Julie Fabregoul, sage-femme, qui conclut que ces patientes sont plus fragiles sur le plan psychologique, et qu'un accompagnement pour la création du lien mère-enfant est important (32). Une présence et une écoute de ces patientes par l'équipe soignante est donc très importante en suites de couches.

Mise en place de la lactation

Après un accouchement par césarienne, la mise en place de la lactation est plus tardive, en effet, les mises au sein retardées entraînent un retard de la montée laiteuse. L'étude italienne réalisée par Zanardo *et al*, et incluant 677 patientes ayant accouché par césarienne montrait que les femmes réalisaient leur première mise au sein en moyenne 10,4h après l'accouchement, alors que cette dernière était réalisée en moyenne 3,1h après un accouchement voie basse (22)

Il a de plus été démontré par une étude scandinave réalisée en 1996 qu'il y avait une diminution de la hausse du taux de prolactine, mais aussi de la hausse du taux d'ocytocine après une césarienne, par rapport à un accouchement par voie basse (33). Il faudrait pour éviter cette diminution mettre l'enfant en peau à peau sur sa mère le plus précocement, et surtout le plus longtemps possible comme montré par l'étude Polonaise menée par Kostyra *et al*. L'étude incluait 1250 nouveau-nés et montrait que 78% des nouveau-nés avaient été allaités dans les 2 heures après la naissance quand ils avaient été mis en peau à peau, contre 26% en l'absence de peau à peau (34).

Enfin la méta-analyse réalisée par Prior *et al*, qui compte 48 études, montre qu'il y a une relation négative entre un accouchement par césarienne et le taux d'initiation de l'allaitement maternel. Cependant, à distance de la naissance, la méta-analyse montre qu'une fois l'allaitement maternel bien initié, sa durée n'était pas influencée par le mode d'accouchement (35).

1.3 Les recommandations ?

Un certain nombre de recommandations ont été émises concernant l'initiation de l'allaitement en salle de naissance et la réhabilitation précoce. Les recommandations concernant l'allaitement maternel dans les suites de couches sont nombreuses mais non ciblées sur le contexte post-césarienne.

1.3.1 Les recommandations concernant la césarienne

L'IHAB (Initiative Hôpital Ami des bébés) recommande une installation en peau à peau dès la naissance en cas de césarienne sans anesthésie générale, et dès que la mère est assez réveillée en cas de césarienne sous anesthésie générale, et ce pendant au moins une heure (36).

Dans le cadre d'une césarienne, la première mise au sein peut être retardée, cependant elle ne doit pas l'être systématiquement, et si cela est possible elle doit être faite dans la première demi-heure suivant la naissance, tout comme pour un accouchement voie basse (37). De plus, la déclaration conjointe de l'OMS et de l'Unicef rappelle que 50% des mères césarisées devraient avoir leur enfant en peau à peau dans la demi-heure suivant le moment où elles ont pu réagir (38).

1.3.2 Réhabilitation précoce

L'allaitement maternel après la césarienne peut aussi s'inscrire dans le processus de la réhabilitation précoce. En effet, la réhabilitation précoce post césarienne est de plus en plus mise en place dans les services.

La réhabilitation précoce a été introduite par Henry Kehlet en 1994, c'est une approche pluridisciplinaire de la période post-opératoire, qui permet un retour plus rapide aux capacités physiques et psychiques antérieures du patient (39).

En obstétrique, ce sont des protocoles encourageant notamment l'ablation de la sonde urinaire à demeure dès la sortie de la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), une reprise de l'alimentation dès H6 après la césarienne, et un lever et une mobilisation de la patiente le plus précoce possible (40).

Ainsi, on peut espérer que la réhabilitation précoce permette à la mère un retour plus rapide à l'autonomie, et donc favorise aussi l'initiation de l'allaitement au sein.

I.3.3 Recommandations sur l'allaitement maternel

Il y a peu de recommandations spécifiques à l'allaitement après la césarienne, mais nous avons des éléments de l'accompagnement de l'allaitement maternel de manière générale à privilégier de toute façon, tout en prenant en compte les difficultés liées à la césarienne.

En 2002, l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) recommandait une cohabitation 24H/24 de l'enfant et sa mère, et un allaitement à la demande de l'enfant, quelle que soit la voie d'accouchement (Grade C) (41).

L'utilisation des compléments au biberon n'est pas recommandée sauf en cas de prescription médicale lors de l'allaitement exclusif au sein. Au contraire cela perturbe le processus de mise en place de l'allaitement. De plus, il convient de ne pas laisser de biberons de lait à disposition des parents dans les services de suites de couches (Grade C) (41).

Dans tous ces textes, le rôle du soignant est primordial. En effet, il doit observer les comportements, guider, accompagner et informer les parents dans la mise en place de l'allaitement maternel, et ce, d'autant plus en cas d'accouchement par césarienne. Les personnels de santé d'un même service (sages-femmes, puéricultrices, pédiatres et auxiliaires de puériculture) doivent avoir le même discours auprès des parents, ce qui nécessite une politique de service bien définie, notamment en suites de couches (36). C'est en effet en suites de couches, pendant le séjour à la maternité, que la majorité de ces recommandations sont applicables.

On voit donc que le rôle de l'équipe, et plus particulièrement de la sage-femme est primordial en suites de couches, car c'est dans ce service que se situe l'enjeu pour l'allaitement.

Les freins à la mise en place de l'allaitement sont donc liés à la douleur et à la difficulté à se mouvoir, ainsi qu'au vécu de la césarienne par la patiente. Cependant, les études montrent

que l'allaitement se poursuit de la même façon que la naissance soit par voie basse ou par césarienne s'il y a un accompagnement par l'équipe. Cependant il n'y a pas de recommandations précises dédiées décrivant des conduites à privilégier en suites de couches pour favoriser l'allaitement après une césarienne. La proximité mère-enfant et l'adaptation des positions sont les seules recommandations émises, et ne sont pas spécifiques à l'allaitement après une césarienne.

On se demande donc comment les sages-femmes accompagnent-elles les femmes césarisées à initier l'allaitement maternel en suites de couches ?

II. Matériel et méthode

II.1 Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de notre étude est de décrire les pratiques des sages-femmes lors de l'initiation de l'allaitement maternel en suites de couches après une césarienne.

L'objectif secondaire est d'identifier l'existence de facteurs favorables et défavorables à la mise en œuvre de l'allaitement maternel après une césarienne.

L'objectif opérationnel est de favoriser l'initiation, en suites de couches, de l'allaitement maternel après une césarienne.

La littérature identifie des difficultés potentiellement rencontrées par les accouchées et émet quelques repères pour les professionnels mais ne décrit pas les pratiques de terrain des sages-femmes. Notre posture étant exploratoire, nous n'avons pas émis d'hypothèses, mais nous avons défini des axes de recherche.

- Les soins et la pratique clinique
- Les facteurs « humains » (liés aux professionnels et aux patientes)
- La formation

II.2 Type d'étude

Afin d'explorer finement ce qui peut faire obstacle ou favoriser ces accompagnements, nous souhaitons réaliser une étude qualitative à visée exploratoire, multicentrique par entretiens auprès des sages-femmes cliniciennes en maternité, dans le service des suites de couches. Une telle approche s'inscrit dans une posture de compréhension et non d'évaluation.

II.3 Population d'étude

Lieu d'étude : Les maternités choisies au départ étaient des maternités Parisiennes pour des raisons d'organisation et de praticité. De plus, il fallait que les services soient gérés par les sages-femmes, et que ces dernières s'occupent de la mise en place de l'allaitement. Enfin, il

était intéressant d'inclure une maternité labellisée IHAB, une maternité ayant un protocole spécifique de réhabilitation précoce post-césarienne, et une maternité n'ayant rien de cela. L'objectif n'était pas de comparer, mais plutôt d'explorer les différentes expériences des sages-femmes dans des contextes plus variés.

Les lieux d'étude choisis étaient les suivants :

- La maternité des Bluets car elle est labellisée IHAB
- La maternité de la Pitié-Salpêtrière qui a un protocole de réhabilitation précoce post-césarienne
- La maternité du CHIC (Centre Hospitalier intercommunal de Créteil), qui n'a pas de protocole spécifique, mais où les sages-femmes prennent en charge l'allaitement maternel

Cependant, au vu de la situation sanitaire, et après de nombreuses relances de ma part, il n'a pas été possible d'entrer en contact avec la maternité des Bluets.

De plus, je n'ai pas obtenu l'autorisation de me rendre à la maternité de la Pitié-Salpêtrière, il a donc été difficile de recruter les sages-femmes et j'ai réalisé des entretiens à distance.

Enfin, j'ai mené des entretiens à la maternité de Saint-Maurice, j'ai pu obtenir les autorisations nécessaires car j'étais en stage au sein de leur équipe. Cela représente donc un biais de sélection important.

Les lieux d'études ont donc été les suivants :

- La maternité du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC), maternité type 3
- La maternité des Hôpitaux de Saint-Maurice, maternité type 2a
- La maternité de la Pitié-Salpêtrière, maternité type 2a

Population d'étude : Les sages-femmes de suites de couches

Elles sont en effet en première ligne pour l'accompagnement des patientes dans les débuts de leur allaitement.

Critères d'inclusion : Les sages-femmes doivent avoir un diplôme français, parler français, et travailler régulièrement en suites de couches.

II.4 Outil méthodologique

L'entretien semi-dirigé est l'outil choisi par cohérence avec la démarche qualitative et exploratoire de notre étude. Un premier guide a été réalisé afin de permettre lors des entretiens d'explorer les différents axes de recherche retenus tout en permettant l'émergence de nouveaux axes issus de la parole libre de l'interlocuteur. Des entretiens en visio-conférence ont aussi été proposés via la plateforme Zoom, développée par Zoom Video Communications Inc.

Le guide a été testé auprès de plusieurs collègues, il est apparu qu'il était trop directif, créant un biais important. Nous avons donc choisi de changer de stratégie.

La posture choisie a été de partir d'une question ouverte qui était la suivante : « Comment prenez-vous en charge l'allaitement maternel ? », les sages-femmes étant informées des objectifs de l'étude. Ainsi, nous avons pu voir comment la prise en charge spécifique à la césarienne émergeait spontanément, mais aussi quels aspects de la prise en charge étaient perçus comme primordiaux. Les questions de relance étaient d'ordre compréhensif (« Comment faites-vous ? », « Vous pouvez m'en dire plus ? »), et non inductives.

Dans cette posture nous avons aussi pu explorer les modalités d'accompagnement par les sages-femmes de suites de couches.

II.5 Éléments réglementaires

Nous avons rempli le formulaire MR004 de la CNIL (Commission Nationale de l'informatique et des libertés) afin de déclarer l'étude. En effet, l'étude était multicentrique, au sein d'établissements de l'AP-HP et hors AP-HP, et n'impliquant pas la personne humaine. Une déclaration à la CNIL via le site de l'INDS (Institut national des données de santé) était donc suffisante.

Nous avons ensuite envoyé des courriers électroniques aux cadres des maternités, présentant le projet et leur demandant leur accord pour réaliser l'étude au sein de leurs services.

Une fois les autorisations obtenues, les sages-femmes volontaires ont signé un consentement les informant du but de l'étude et de leur droit de rétractation à tout moment, ainsi que du caractère anonyme des entretiens.

II.6 Déroulé de l'étude

Après obtention des autorisations nécessaires auprès des cadres supérieurs des 3 maternités, nous avons pu commencer les entretiens auprès des sages-femmes de suites de couches.

Le recrutement s'est fait via les cadres de suites de couches, qui ont sollicité les équipes par courrier électronique. Les entretiens ont ensuite été réalisés avec les sages-femmes volontaires.

Les entretiens ont été effectués dans les services de suites de couches, sur le temps de pause des sages-femmes. Ils ont été enregistrés après informations réglementaires et accord du professionnel.

Au Centre hospitalier intercommunal de Créteil, les entretiens ont eu lieu au mois de novembre 2020. 8 sages-femmes de suites de couches ont réalisé l'entretien proposé.

A la maternité de la Pitié-Salpêtrière, 1 sage-femme a accepté de réaliser un entretien au mois de Décembre 2020.

A la maternité de Saint-Maurice, 6 sages-femmes ont participé à l'étude en décembre 2020. De plus, 2 auxiliaires de puériculture ont été interrogées, non pas dans un but d'inclusion à l'étude, mais dans un but d'observation de l'organisation des services et du partage des tâches (thème émergeant dès les premiers entretiens).

Au total, 1 entretien a été effectué en distanciel via la plateforme ZOOM, et les 16 autres ont été effectués en présentiel.

II.7 Stratégie d'analyse

Une fois les entretiens réalisés et enregistrés, ils ont été retranscrits manuellement sur le logiciel de traitement de texte Open Office Writer.

Grâce à la retranscription écrite, 2 lectures intégrales ont pu être réalisées, une par l'étudiant, et l'autre par le directeur de mémoire. De plus ceci a permis d'obtenir des citations fidèles, et non une interprétation de notre part.

Tous les entretiens ont été rendus anonymes, en utilisant l'abréviation « SF » (pour les sages-femmes) et « AP » (pour les auxiliaires de puériculture) suivie d'un chiffre sans rapport avec

la personne où le lieu de l'entretien. Les citations des professionnels seront identifiées dans les résultats par ces « codes ».

Une grille a été créée (Annexe I), correspondant à nos axes de départ, puis les verbatims ont été classés selon ces axes, mais aussi selon les sous-thèmes émergents. Des axes sont apparus comme l'organisation du service et des soins, ainsi que le travail collaboratif. Des sous-thèmes ont été créés afin d'analyser plus finement les propos des sages-femmes. Ces axes ont donc été ajoutés par la suite à la grille de classement des résultats.

Enfin, il n'y a pas eu de différenciation des lieux d'études dans les résultats, l'étude n'ayant pas un but comparatif.

III. Résultats et analyse

Après lecture, classement et analyse du verbatim, nous présentons les résultats illustrant les axes prédéfinis : « soins et la pratique clinique », « facteurs humains » et « formation » (il sera plus judicieusement inclus dans les résultats sur les facteurs humains) mais aussi un axe émergeant au cours des entretiens : « l'organisation des soins » qui est apparu spontanément prégnant dans le discours des professionnels. L'objectif de ce travail étant de s'informer des pratiques mais aussi d'identifier les facteurs favorables ou défavorables, nous mettrons en relief ceux présentés comme tels par les professionnels.

III.1 Caractéristiques de la population

Les 15 sages-femmes interrogées étaient des femmes, allant de 26 à 41 ans, avec une moyenne d'âge de 31 ans.

En moyenne, les sages-femmes interrogées avaient 7 ans d'expérience professionnelle.

Seule une sage-femme avait un diplôme complémentaire en allaitement maternel, les autres avaient seulement le diplôme d'État de Sage-Femme.

Les auxiliaires de puériculture n'ont été que deux à être interrogées. Ces témoignages n'ont pas été utilisés car leur nombre était insuffisant, et parce qu'ils n'apportaient pas de plus-value à l'étude.

III.2 Les soins et la pratique clinique

III.2.1 « Pas de différence » ?

Dès le début des entretiens, 12 professionnels sur les 15 interrogés ont introduit la notion d'une différence à relativiser entre leur pratique d'accompagnement de l'allaitement auprès des femmes ayant accouché par césarienne ou par voie basse, tout en introduisant les points sur lesquels il y a une adaptation nécessaire, introduisant différents éléments d'ajustement qui seront développés dans la suite de la présentation des résultats.

« [...] on est juste un peu plus limitées dans les positions parce qu'elles sont un petit peu plus douloureuses mais sinon non, on leur parle de la même chose qu'avec une patiente qui a accouché normalement, enfin par les voies naturelles du coup... » (SF1)

« Je suis pas sûre que je fasse très différemment pour une césarienne que pour une voie basse d'ailleurs... » (SF2)

« Comme un allaitement classique, on va lui expliquer que faut le mettre au sein toutes les 3 heures et qu'elle appelle si besoin. » [...] "Les patientes qui sont hyper motivées, elles franchement je vois pas vraiment de différence » (SF5)

« Pour une femme qui a eu une césarienne elle a du mal à se mobiliser, donc déjà l'idée c'est de trouver une position confortable pour que la mère puisse allaiter (...) mais voilà, finalement je les accompagne comme les autres, l'idée c'est qu'elles puissent allaiter. » (SF6)

« Pour les mises au sein, je fais exactement pareil que ce soit une voie basse ou une césarienne » (SF8)

« Déjà globalement, que ce soit un accouchement par voie basse ou une césarienne mes pratiques ne me semblent pas énormément différentes, si ce n'est que tu peux par contre proposer d'autres positions que la position classique. [...] Voilà, après c'est les conseils classiques sur un allaitement, mais sinon je vois pas trop. » (SF9)

« [...] mais après pour celles qui ont pu mettre au sein en salle de réveil, avec la réhabilitation précoce, je trouve que limite les césariennes elles vont aussi bien que les voies basses la plupart du temps. En tous cas je trouve qu'elles sont pas forcément plus difficile d'installation, pour mettre au sein je trouve qu'en général ça va... » (SF12)

« [...] moi pour conclure je dirai qu'il faut pas faire de différence quoi, si c'est leur projet on y va quoi, on les accompagne jusqu'au bout. » (SF15)

Et considérant le déroulement de la physiologie de l'allaitement elles identifient tout de même l'influence de la césarienne dans le retard de la montée laiteuse et son impact sur la santé maternelle variable selon les contextes :

« [...]on va peut-être plus être vigilants sur la montée laiteuse, vu qu'elle peut être un peu retardée, elles peuvent parfois rentrer sans que ce soit vraiment bien mis en place. » (SF7)

« [...]ça dépend aussi de si c'est une césarienne programmée ou non programmée aussi, parce que si c'est programmé, le corps n'a pas eu le temps, il y a pas eu de contractions, de décharge d'ocytocine et tout ça donc la montée de lait se fait quand même plus difficilement qu'une césarienne en cours de travail (SF11). »

III.2.2 Gérer la douleur

La douleur est évoquée comme un facteur défavorable à la mise en place de l'allaitement et donc à gérer par toutes les sages-femmes. Il s'agit de la douleur liée aux suites opératoires de l'incision abdominale qui retentit sur la mobilité. Elles décrivent leur prise en charge par la prescription d'antalgiques et l'ajustement des positions d'allaitement, la recherche d'un « confort ».

En fonction des professionnels plusieurs notions et nuances sont introduites :

- La douleur est un facteur défavorable pour l'allaitement (difficulté de mise au sein, montée laiteuse retardée).
- La douleur n'est pas le propre d'un accouchement par césarienne.
- La douleur est un facteur défavorable « surmontable » par la prescription d'antalgiques et les positions.

« C'est vrai qu'il y en a quand même certaines qui sont soit plus douloureuses, mmmh, et qui du coup ont plus de mal à le mettre au sein » (SF1)

« (...) elles sont souvent un peu plus douloureuses, euh, donc moi j'aime bien leur montrer pour allaiter allongé, et souvent les césariennes les premiers jours elles peuvent pas trop s'allonger sur le côté » (SF2)

« Pas vraiment, c'est surtout la douleur de la cicatrice qu'elles manifestent. Personnellement si elles me disent que là la position c'est pas bien pour allaiter, bah on trouve une autre position, en fait c'est pas l'allaitement qui est douloureux, c'est la position. » (SF3)

« [...] mais celles qui sont encore hyper algiques, qui ont du mal à se mobiliser, pour lesquelles ça va être compliqué d'être assise avec le bébé qui appuie sur le ventre sur la cicatrice, je trouve que elles, elles ont plus de mal et que la montée de lait se fait plus tard, ou pas du tout chez nous des fois même. » (SF5)

« Après je pars du principe aussi qu'il y a parfois des césar qui sont plus confortables que des accouchées voie basse, donc en termes de douleur je trouve que c'est la prise en charge de la douleur des dames... (...) je trouve que c'est trop clivant de dire elles ont mal, elles ont pas mal... Moi je t'avoue que je fais pas de différence parce que voilà, je trouve qu'une dame qui a eu une épisio bien cognée sur un forceps, elle est moins confortable qu'une césarienne programmée par exemple » (SF8)

« Après, mais comme on dit pour toute accouchée il faut surtout qu'elle soit bien installée, donc faut pas qu'elle ait mal, d'autant plus quand t'as une cicatrice de césarienne, du coup voilà, la première chose c'est qu'elle soit bien installée et que ça tire pas sur sa cicatrice, et ensuite voilà, varier les positions. » (SF9)

« Les césariennes je trouve que la plupart t'es agréablement surprise au niveau de leur douleur hein, bon après des fois t'en as qui douillent mais la plupart elles sont soulagées avec les antalgiques classiques » (SF12)

« [...] donc faut vraiment bien se positionner pour pas se faire mal, parce qu'essayer de mettre au sein, plus avoir mal, plus être fatiguée, ça commence à devenir compliqué » (SF14)

« Après ce qui peut changer c'est si elles sont vraiment très algiques, ça peut être très compliqué, mais dans ce cas il faut tout faire pour qu'elles soient bien, et qu'elles puissent s'installer correctement pour allaiter, enfin pour moi c'est hyper important et je trouve qu'ici on les pousse pas trop... » (SF15)

La pratique des sages-femmes s'axe alors sur les positions d'allaitement et la prescription d'antalgiques avec là encore des nuances dans les pratiques.

Les positions :

14 sur 15 sages-femmes ont évoqué et décrit l'utilisation ou l'adaptation de positions lors de la mise au sein. Elles citent les positions : allongée, « en ballon de rugby », semi-allongée, sur le côté, et éventuellement l'ajustement par un coussin d'allaitement. Mais là encore les avis divergent et une même position peut être considérée comme adaptée ou inadaptée en fonction des professionnelles comme en témoignent les exemples suivants :

« [...] Donc moi j'aime bien leur montrer pour allaiter allongé, et souvent les césariennes les premiers jours elles peuvent pas trop s'allonger sur le côté donc euh, voilà, on leur montre aussi un peu plus le ballon de rugby que les autres dames parce que ça appuie pas sur le ventre c'est surtout ça. » (SF2)

« Souvent allaiter en madone c'est quand même plus compliqué quand t'as eu une césarienne, parce que dès que le bébé est sur le ventre ça les gêne, [...] je leur dit de se mettre sur le côté [...]. Le ballon de rugby moi je trouve qu'en suites de couches immédiates ça marche pas parce qu'ils sont trop petits les bébés, et que déjà la maman elle se mobilise difficilement, elle a peur souvent de le prendre [...]. » (SF4)

« Pour une femme qui a eu une césarienne elle a du mal à se mobiliser, donc déjà l'idée c'est de trouver une position confortable pour que la mère puisse allaiter, et donc déjà qu'elle ait pas mal dans sa position à elle de confort de maman et puis après on trouve soit des positions juste en ventre contre ventre mais en semi-allongé, soit on reste à côté en maintenant le bébé, on trouve un coussin d'allaitement. » (SF6).

« Ce qu'il y d'important je pense c'est la position du coup, chez les patientes césarisées surtout il y a la cicatrice qui est au niveau du ventre, du coup sur le côté c'est un peu plus délicat parce que ça tire un petit peu plus, donc en général on les installe plutôt en position madone, on essaye, comme elles se mobilisent un peu moins, de faire attention, on a la chance à l'hôpital que tout soit électrique donc de bien régler le lit avec le berceau pour que ce soit le plus ergonomique possible » (SF7)

« [...] si ce n'est que tu peux par contre proposer d'autres positions que la position classique qu'on fait, donc madone, pour les accouchements par césarienne. Parce que par rapport à leur cicatrice ça peut leur faire mal, ça peut gêner donc tu proposes plus en ballon de rugby ou des choses comme ça, donc moi c'est surtout sur les positions » (SF9)

« Après moi je privilégie les positions où elles n'ont pas trop mal, allongé sur le côté ça marche bien je trouve » (SF11)

« Mais surtout, on essaye de valoriser le confort, parce qu'avec une césarienne elles ont des difficultés à se mettre sur le côté, ou alors il faut mettre un coussin pour tenir le ventre pour pas que ça tire trop, et donc ce qui compte c'est son confort à elle, et si elle a peur pour sa cicatrice, parce que beaucoup de mamans ont peur d'avoir mal, ou que le bébé donne des coups de pieds selon la position qu'il a, ou que ça appuie trop sur leur ventre, auquel cas on utilise soit un coussin d'allaitement si elle en a pour protéger son ventre et sa cicatrice, soit éventuellement on trouve une solution en enroulant une serviette... » (SF13)

« Je trouve que les premières mises au sein elles sont beaucoup plus faciles quand t'es bien assise, parce que je trouve que tu vois ce que tu fais, t'as des meilleurs échanges avec le bébé en termes de regards etc., et en plus t'es plus à l'aise pour manipuler le téton, la bouche de bébé, son menton, donc je pense qu'il faut être beaucoup plus vigilants à la position chez une femme qui a été césarisée. » (SF14)

Les antalgiques :

Toutes les sages-femmes expliquent qu'en plus du Paracétamol et du Spasfon donnés aux accouchées voie basse, elles conseillent en plus l'Acupan (12 SF), du Tramadol (6 SF), des AINS (9 SF dont 4 précisent des précautions en période de COVID) et plus rarement un morphinique (3 SF). La moitié précise le caractère « systématique » de la prise d'antalgique pendant 24/48h.

« Je leur dis de prendre les antalgiques en systématique, les 24 premières heures, ce que je dis pas aux voies basses, parce qu'il y a des dames qui accouchent par voie basse qui sont pas douloureuses. » (SF2)

« Je leur dis de prendre les antalgiques en systématique au moins les 24/48H, nous ce qu'on donne pour les césariennes c'est Paracétamol, Acupan et Tramadol. » (SF4)

« Si elles supportent bien la douleur je leur fais pas tout prendre en systématique, je commence par doliprane/spasfon et Acupan en plus si besoin, je propose des bouillottes pour

détendre, je trouve que si déjà on fait du postural et qu'on leur permet d'avoir moins mal dans leurs positions il y a moins de douleur chez les femmes. » (SF6)

« [...] sur la première journée on donne tout alors que l'accouchement voie basse on donne moins, je donne que doliprane et spasfon, et le reste on donne en plus si besoin, alors que les césariennes ont va peut-être plus les inciter à prendre les antalgiques en systématique, donc paracétamol toutes les 6 heures, spasfon (...) il y avait profénid, ils ont arrêtés pendant le covid mais là on peut donner si il y a vraiment pas du tout de signes covid, et sinon c'est acupan 20mg toutes les 6 heures, et après il y a contramal aussi 50mg toutes les 8 heures... Et les césariennes en général quand elles arrivent on leur apporte tous les médicaments et on leur dit quand les prendre, pour éviter que la douleur se réveille. » (SF7)

« On a tendance à mettre un antalgique de palier 2 assez systématiquement, en plus on donne toujours doliprane, spasfon pour les tranchées, et on donne assez facilement de l'Acupan pour les césariennes, et puis vraiment en fonction de leur EVA, si elles ont une EVA supérieure à 6 on peut être amenés à leur donner de la morphine » (SF9)

Quelques sages-femmes évoquent l'utilisation « limitée » dans le temps de certains antalgiques du fait de l'allaitement maternel. Une seule évoque la notion de « contre-indication ».

« Pour la sortie on se retrouve assez limités, parce que Contramal et Acupan on est pas censés les délivrer longtemps après la montée laiteuse. » (SF3)

« Alors souvent on leur dit d'arrêter le Tramadol et l'Acupan dès qu'elles ont leur montée de lait, moi je leur dis pas ça, parce qu'une dame qui a mal, elle peut pas bien allaiter, donc je leur dis de prendre Doliprane en systématique, et si elles ont mal de préférer l'Acupan. » (SF4)

« [...] si elles ont une EVA supérieure à 6 on peut être amenés à leur donner de la morphine, mais alors là pour l'allaitement, nous ici dans nos protocoles, alors ça je suis peut-être pas assez à jour par rapport au CRAT sur la morphine, il me semble que ça contre-indique pas vraiment l'allaitement, mais ici nous quand on leur donne de la morphine il faut pas qu'elles allaitent pendant 6 heures [...] Mais souvent quand elles ont très mal on met de l'Actiskenan aux césariennes et pour l'allaitement ça va être un frein, ou alors on s'arrange pour qu'elles fassent la tétée et juste après elles prennent le comprimé, mais bon 6 heures c'est long et ils ont quasiment toujours un biberon à ce moment-là. » (SF9)

« Doliprane, Spasfon, Acupan, anti-inflammatoires en systématique, et dans de rares cas de la morphine donc de l'Actiskenan, mais ça c'est pas top donc bon... » (SF10)

La douleur est donc un facteur identifié par les professionnels comme défavorable à l'initiation de l'allaitement mais pas comme le propre d'un accouchement par césarienne. Ce qui est spécifique c'est la localisation de la douleur et le fait qu'elle complique le confort positionnel des patientes et donc la mise au sein. La douleur est un facteur qui est cependant présenté comme « surmontable » et que les professionnels prennent en charge par l'ajustement des positions d'allaitement (avec des avis non consensuels sur celles-ci) et la prescription d'antalgiques de façon systématique (pratiques plus concordantes).

III.2.3 Conduite de l'allaitement

Dans cette partie, nous présenterons les résultats en lien avec le « management » de l'allaitement. Cela concerne la première tétée, et l'utilisation de compléments et les informations données.

Une première tétée précoce :

Tout d'abord, la première mise au sein en salle de naissance est importante pour les sages-femmes, en effet 8 ont soulevé ce point. Elles sont attentives à sa réalisation afin, le cas échéant, de la réaliser précocement au retour de la patiente en suites de couches. Cette tétée précoce est donc à leurs yeux un facteur favorisant l'initiation de l'allaitement. Elles soulignent parallèlement un facteur défavorable : le fait qu'on la remplace par un biberon.

« Et c'est potentiellement des bébés qui ont été plus complétés, en salle de naissance, donc euh du coup euh, c'est des bébés pour lesquels il y a pas forcément eu de mise au sein en salle, donc quand elles arrivent si elles veulent allaiter on essaye de faire ça assez vite » (SF2)

« [...] c'est vrai qu'on se retrouve souvent avec des patientes dont le bébé a été nourris par seringue ou directement au biberon et du coup quand il y a pas eu la phase d'allaitement directement dès le départ euh, c'est déjà un petit peu dommage... [...] si on les accueille ici et qu'elles se retrouvent avec un bébé qui est un petit peu éveillé, on essaye un peu de tenter la chose [...] S'il a bien mangé en salle ou si il a un dextro qui était bon effectivement on va tenter les choses histoire d'introduire en fait la mise au sein. » (SF3)"

« Pour les césariennes, moi j'aime bien quand ils font les mises au sein en salle mais ce n'est pas toujours le cas, si elles n'ont pas eu de mise au sein en salle, à ce moment-là, souvent il y a eu un complément qui a été donné » (SF4)

« Je pense que c'est important de faire une mise au sein précoce en salle de naissance, en général c'est fait. » (SF5)

« Je pense qu'indirectement ce qui joue c'est en salle de réveil, si elles sont trop shootées parce qu'elles ont eu trop de médicaments ou qu'elles ont vraiment trop mal et que du coup

elles font pas la première mise au sein, je pense que ça joue beaucoup dans leur vécu, et du coup sur comment vont se passer les suites de couches, mais après pour celles qui ont pu mettre au sein en salle de réveil, avec la réhabilitation précoce, je trouve que limite les césariennes elles vont aussi bien que les voies basses la plupart du temps. » (SF12)

L'utilisation de complément de lait artificiel :

La substitution d'une tétée au sein par un complément est citée lors de la première mise au sein en salle de naissance mais celle-ci est aussi identifiée en suites de couches (au biberon, à la seringue ou par le biais d'un dispositif d'aide à l'allaitement (DAL), surtout la nuit (évoqué par 5 sages-femmes). Les propos des sages-femmes évoquent leur perception d'une pratique défavorable à l'allaitement maternel ;

« Après c'est vrai qu'ici en suites de couches on leur propose beaucoup de garder les bébés, parce qu'elles ont un peu plus mal, parce qu'elles sont fatiguées, donc ça, ça coupe un peu, enfin c'est les pratiques des puer, mais c'est vrai que moi je le ferais pas forcément ou du moins sur une courte durée, entre deux tétées par exemple, parce que ça incite à donner des biberons, et parfois à installer un allaitement mixte alors que c'était un allaitement exclusif maternel de prévu... » (SF10)

« [...] voire même si elles font garder leur bébé la nuit si elles sont pas accompagnées... En général la première nuit d'une césar si elles sont pas accompagnées on propose de garder le bébé et c'est vrai que je trouve que des fois j'ai déjà vu faire, sans scrupules on donne un biberon parce que la dame elle dort donc tant pis... » (SF12)

« Sinon on leur donne un petit peu de lait à la seringue les deux premières nuits ; "Oui, jusqu'à J2 on donne à la seringue et ensuite on donne au biberon, juste le temps qu'il y ait la montée de lait quoi... » (SF1)

« Ici il y a des DAL qui sont mis en place, il y a des seringues, on les complète autant qu'avant mais moins au biberon je pense, on est un peu plus attentifs à faire bien allaitement plus complément, je pense qu'on a du mal à arrêter les compléments... » (SF2)

« Après notre chef de la pédiatrie, faudra que j'en rediscute avec elle, mais elle ne veut pas donner la tasse ni à la seringue... Pourtant la seringue ce n'est pas compliqué, pour éviter

les fausses routes, les bébés ils adorent le colostrum, l'idée ce serait de mettre une petite goutte, juste au niveau de la lèvre inférieure, rien que ça, ça lui fait goûter, il y a pas besoin de beaucoup, une cuillère à soupe, et il a tous les bénéfices du colostrum. » (SF13)

« [...]Mais je crois que par facilité pour les professionnels des fois un petit complément ça se donne facilement... » (SF15)

L'information des patientes :

Deux sages-femmes ont trouvé utile de rassurer les mères sur le retard de la montée laiteuse :

« Après on va peut-être plus être vigilants sur la montée laiteuse, vu qu'elle peut être un peu retardée, elles peuvent parfois rentrer sans que ce soit vraiment bien mis en place, donc peut-être qu'on va plus les rassurer de ce côté-là et moins s'inquiéter si ça vient pas là tout de suite, sachant que c'est physiologique que ça arrive pas tout de suite » (SF7)

« Non, par contre bien les prévenir que l'anesthésie qu'elles ont eu peut retarder la montée de lait, parce que des fois ça les contrarie un peu les patientes, ça les inquiète des fois plus qu'autre chose... Elles trouvent ça un peu long tu vois, 2 jours 2 jours et demi c'est longuet. Donc voilà c'est tout » (SF8)

Les éléments mis en avant comme favorables par les sages-femmes sont la mise au sein précoce, et l'information sur le retard possible de la montée laiteuse. L'utilisation de compléments est présentée comme défavorable.

III.2.4 Réhabilitation précoce

Les protocoles de réhabilitation précoce favorisent l'allaitement maternel comme le soulignent 4 sages-femmes. Ils permettent une mobilisation plus rapide et une meilleure autonomie dans les soins du nouveau-né.

« [...]on a le protocole de réhabilitation précoce, c'est à dire qu'elles doivent se lever rapidement, on les remonte sans leur sonde et juste avec une perf d'antalgiques, euh non

sans perfusion mais juste un cathéter obturé, et après on donne tout en Per Os quand elles remontent [...] elles récupèrent mieux moi je trouve quand même, au début c'est plus difficile surtout pour le premier lever, mais après elles récupèrent mieux en faisant ça donc je pense que pour l'allaitement aussi c'est bénéfique. » (SF11)

« [...] Elles remontent sans sonde, elles peuvent manger assez rapidement, on les lève vite [...] elles se lèvent vite, elles prennent leur douche et tout et du coup pour la gestion du bébé c'est vrai que ça pose pas de problème » (SF12)

Une sage-femme cependant émet une réserve :

« Et c'est marrant je repensais à De Gasquet, mais pour la césarienne c'est intéressant parce qu'avec tout ce qui est réhabilitation précoce, on les incite à se lever très tôt, à aller aux toilettes très tôt etc et en fait pour elle c'est un peu une aberration et on devrait les laisser alitées le plus possible, leur laisser la sonde un petit peu plus longtemps, là au final on les enlève à H2 la sonde urinaire donc quand elles passent en suites de couches, mais c'est vrai que du coup ça les incite à se lever, à plus se bouger pour une reprise de transit etc sauf que pour le périnée c'est très très mal. En fait pour toute femme qui accouche, elle prône que c'est alitement le premier mois. » (SF7)

III.3 Les facteurs humains

III.3.1 : Liés aux professionnels

Les professionnels ont introduit spontanément la notion de facteurs humains dans l'accompagnement de l'allaitement : il s'agit de l'expérience/opinion personnelle et de la formation. Ils sont présentés comme influençant favorablement (formation continue, expérience/opinion positive) ou défavorablement (formation initiale insuffisante, opinion négative de l'allaitement) l'accompagnement des patientes.

Expérience/opinion personnelle :

« [...] Euh bah non, après en France ce qui pêche beaucoup c'est les informations

contradictoires, [...] Après l'allaitement c'est quelque chose de très subjectif, très professionnel dépendant. Le discours qu'on a ça dépend de notre sensibilité à l'allaitement, en plus on est presque que des femmes, celles qui ont déjà allaité, qui du coup ont une expérience personnelle, ont un discours plus engagé on va dire » (SF4)

« [...] Mais ça tend à s'améliorer il y a une étude qui est en cours ici, docteur (X) qui est pédiatre ici est en train de faire des groupes de travail pour améliorer les pratiques, notamment l'uniformisation de nos discours, et des pratiques quoi. » (SF9)

« [...] Après c'est sûr que l'accompagnement et la motivation des équipes ça conditionne vachement l'allaitement maternel, sur la durée d'allaitement, la poursuite de l'allaitement au retour à domicile... C'est sûr qu'un personnel qui est pas motivé ou qui a pas le temps juste ça va être moins motivant pour la dame et elle va peut-être moins s'acharner. » (SF5)

Formation :

« [...] En plus à l'école, je sais pas pour toi, mais nous à l'école on a quelques cours rapides mais au final tu pratiques pas donc c'est pas terrible. Ici on a des formations faites par les conseillères en lactation, et franchement moi j'ai tout appris avec elles. La formation est pas suffisante pour moi à l'école, et heureusement qu'on a la formation continue. » (SF5)

« [...] Je pense qu'en effet les équipes il y en a qui sont pas trop allaitement ou pas trop à l'aise, t'en as quand même qui sont calées, même au niveau des positions et tout... On peut avoir des formations allaitement si on a envie en plus... C'est vrai que par contre ici on est pas trop pour tout ce qui est alternative, la cuillère, le DAL etc c'est peut-être un peu dommage... » (SF12)

« [...] C'est sûr que, je pense qu'il y a l'histoire du temps, mais il y a aussi l'histoire des formations, parce que quand on fait une formation sur l'allaitement, il y a pas que le côté technique, il y a le côté communication, comment on soutient, comment on aide, même si on n'a pas le temps. » (SF13)

III.3.2 : Liés aux patientes

Les sages-femmes relèvent l'influence favorable de la motivation des mères et que la préparation à la naissance et à la parentalité est un moteur à l'allaitement maternel. Le contexte médical propre à la patiente (césarienne compliquée, en urgence) influence aussi sa santé et la mise en œuvre de l'allaitement.

Préparation à la naissance et à la parentalité :

« [...]Après il y en quand même qui ont fait de la prépa en anténatal, on le voit, qui en ont discuté avec leur sage-femme libérale avant, après elles arrivent avec plus ou moins des bouts de seins, de la crème des trucs comme ça [...]je pense que en tous cas ça veut dire qu'elles y ont réfléchi avant, ce qui est déjà voilà, parce que déjà quand elles ont fait une partie du chemin dans leur tête... Et puis on les a prévenues que c'était souvent, que c'était à la demande, voilà tout ça ça aide, et globalement celles dont c'est pas le premier, c'est plus facile quoi, voilà. » (SF2)

Motivation :

« Les patientes qui sont hyper motivées, elles franchement je vois pas vraiment de différence. » (SF5)

« [...] je constate en tout cas en libéral que les femmes qui ont eu une césarienne allaitent parfois plus facilement que des femmes qui ont eu des accouchements voie basse [...] c'est comme un effet de rattrapage, donc elles s'accrochent vraiment plus sur leur allaitement... Comme si, surtout sur des césariennes qui ont été compliquées avec euh, donc elles s'accrochent énormément, elles se démènent pour trouver plein de solutions après. » (SF6)

Contexte de la césarienne :

« [...]En général ça se passe bien pour l'allaitement maternel après les césariennes, enfin sauf si elles sont vraiment trop fatiguées [...] sauf si c'est une césarienne vraiment hyper compliqué et qu'elles sont vraiment trop fatiguées, des fois on propose assez vite des biberons. » (SF12)

« [...]ça dépend du contexte de la césarienne, c'est pas pareil une césarienne avec échec de déclenchement, 12h de travail derrière, une femme qui est épuisée, qui a saigné, d'une césarienne programmée. » (SF13)

III.4 L'organisation des soins

L'organisation des soins est apparue spontanément et de façon récurrente lors des entretiens avec tous les professionnels. Cet axe non prévu ne pouvait être ignoré. Elle est citée par une sage-femme à l'échelle nationale mais concerne principalement l'échelle des services de suites de couches. Les notions de temps, de travail collaboratif, de discours discordants, d'enjeux de sortie et de matériel en constituent les principaux aspects.

III.4.1 A l'échelle nationale : une politique insuffisante

« [...] Et alors je dirais que c'est un soucis l'allaitement et la césarienne, surtout en suites de couches, on est dans une politique où on prescrit, et on s'occupe pas du bien-être de la maman, du bébé, les mamans elles sont connectées, elles voient les bénéfices de l'allaitement, que c'est optimal, sauf qu'elles sont déstabilisées, elles ont eu la césarienne, donc souvent elles subissent, elles se disent qu'on fait ce qu'il y a de mieux, sauf qu'on fait pas ce qu'il y a de mieux, elles s'abandonnent aux professions médicales ou paramédicales, mais tout ça c'est un vrai sujet, et c'est pas dans la politique française ça, c'est compliqué... L'allaitement n'est pas la norme en France, il y a des IHAB, mais ça se prépare en amont tout ça... » (SF13)

III.4.2 Enjeux de la sortie

La sortie est un enjeu important, et ce dans les 3 maternités où l'étude s'est déroulée, 3 sages-femmes l'ont mentionné lors de l'entretien. En effet, le fait de ne faire sortir les enfants seulement s'ils ont repris du poids, sans augmenter la durée du séjour incite les professionnels à donner des biberons de lait artificiel.

« [...] Le poids c'est un truc... Parce qu'en fait s'ils n'ont pas repris de poids on ne peut pas les laisser sortir et comme les lits c'est toujours un problème critique, ben voilà c'est juste ça, donc on est un peu psychorigide du poids. » (SF2)

« [...] elles vont compléter très facilement, le but c'est que les dames et les bébés sortent à J2 donc en fait il faut que le bébé ait repris du poids au détriment de l'allaitement [...] le but c'est que le bébé ait repris du poids donc il y a jamais de DAL ou des trucs comme ça. » (SF11)

III.4.3 Organisation sage-femme/ auxiliaire de puériculture (parfois infirmière)

Aspects positifs :

- Gain de temps

Dans les services fonctionnant avec plusieurs sages-femmes, ces dernières disent avoir le temps de s'occuper des allaitements, en binôme avec les auxiliaires de puériculture.

« [...] Ici quand on est 3 sages-femmes, ou qu'il y a une infirmière en plus on a le temps de s'occuper d'elles comme on veut, et puis le temps on peut toujours l'avoir, ça dépend où on met les priorités, mais si on est pas trop systématiques dans notre travail on a du temps. » (SF6)

« [...] On est un binôme, donc sage-femme et auxiliaire, après généralement c'est l'auxiliaire en première intention, si jamais elle a des difficultés soit elle demande à ses collègues soit elle demande à la sage-femme. » (SF1)

- Collaboration :

« [...]On est un binôme, donc sage-femme et auxiliaire, après généralement c'est l'auxiliaire en première intention, si jamais elle a des difficultés soit elle demande à ses collègues soit elle demande à la sage-femme, mais si la sage-femme est dans la chambre c'est la sage-femme, en tous cas on travaille euh en binôme... Donc on arrive souvent, pas tout le temps des fois c'est très compliqué, mais on arrive à prendre du temps pour elles, que ce soit l'auxiliaire ou nous... Au final c'est le plus important le temps je pense » (SF1)

« [...]On travaille en binôme avec les auxiliaires, elles elles font tous les soins bébés, et après, l'alimentation c'est un peu mixte... En fait, si ça va bien, globalement les AP se débrouillent, nous aussi, mais après dès qu'il y a quelque chose qui sort de l'ordinaire, un bébé qui est complété, qui a du mal à téter, celle qui a constaté ça elle le transmet à l'autre et du coup on est plus attentives, toutes les deux... Voilà, si elles m'ont dit qu'il y a une maman qui a plus de mal à mettre au sein, moi quand je vais aller la voir, je vais lui demander comment ça s'est passé, si elles veulent que je l'aide, si... Alors que si elle me dit c'est son 3ème allaitement tout roule, je vais pas forcément plus lui demander que ça (SF2) »

« [...]Ici l'allaitement est quand même principalement géré par les AP, nous disons que quand on va les voir on fait leur examen et tout ça on discute un peu de l'allaitement ou on aide à mettre au sein mais voilà, la gestion de l'allaitement c'est plutôt les AP. » (SF9)

Aspects négatifs :

- Discours discordants

3 sages-femmes décrivent des discours discordants entre les équipes, ce qui d'après elles est un vrai frein pour les patientes, car ils créent des difficultés de compréhension. De plus, les femmes ne savent plus quoi faire, ou qui écouter.

« [...] ce qui pêche c'est les informations contradictoires, j'ai une patiente hier qui s'est retrouvée à tirer son lait pour le redonner ensuite avec un DAL parce qu'elle voulait plus mettre au sein, c'est l'horreur dans quoi elle s'embarque je vois pas l'intérêt... C'est mes collègues AP qui ont trouvé ce compromis mais moi j'aurais jamais fait ça par exemple. » (SF4)

« [...] les fois où j'ai voulu gérer un peu les allaitements parce que j'aime ça, bah j'ai senti que finalement je disais aux dames tout le contraire de ce qu'on leur avait dit 2 heures avant

donc au final, je me sentais un peu mal. » (SF15)

- Perte de compétences, de motivation

« [...] on n'est pas impliquées parce que c'est les puer et les AP, enfin surtout les auxiliaires qui gèrent, qui elles-mêmes sont pas très impliquées parfois, et en plus les équipes elles changent tout le temps parce qu'elles sont en 7h, et elles ont énormément de boulot. » (SF11)

« [...] je trouve qu'on gère pas assez les allaitements, et on est un peu démunis face à ça, moi j'ai l'impression d'avoir vachement perdu en terme de connaissances et compétences en matière d'allaitement, parce que je le pratique pas énormément. » (SF9)

- Manque de temps

« [...] là tel que c'est on aurait clairement pas le temps de s'occuper des bébés en plus des mamans, je pense qu'il faudrait une réorganisation totale du service, il faudrait qu'il y ait 2 sages-femmes et que du coup on ait la moitié des patientes mais qu'on gère le couple maman-bébé, là ça serait possible. Mais en l'état actuel des choses, ça nous prend tout notre temps de s'occuper des mères, on a 25 patientes ça prend énormément de temps » (SF8)

« [...] c'est pas la main mise par les AP non plus, mais on perd un peu notre place dans ce système là et cette organisation là... Après c'est aussi à nous de savoir la reprendre notre place, mais c'est difficile au niveau de l'organisation du service parce qu'on a quand même du coup les bébés qui sont gérés par les puer et les AP et nous on gère les mamans, mais on gère pas ce couple maman-bébé, et du coup c'est compliqué de pas avoir ce lien, et la gestion de l'allaitement du coup est compliquée. » (SF9)

En termes d'organisation des soins, les sages-femmes identifient le travail collaboratif avec les auxiliaires de puériculture comme un facteur favorable à l'accompagnement de l'allaitement maternel, ainsi que le gain de temps que ce fonctionnement permet. Elles nuancent cet aspect en soulevant qu'il entraîne des discours discordants entre les professionnels, et un manque d'implication voire une perte de compétences pour les sages-femmes. Certaines sages-femmes rappellent qu'elles n'ont de toutes façons pas le temps de s'occuper des allaitements.

IV. Discussion

IV.1 Points forts

Tout d'abord, cette étude a permis de soulever de nombreux points dont certains qui n'étaient pas ressortis dans la littérature, tels que l'organisation des soins, ou l'importance de l'opinion des professionnels, et d'en confirmer d'autres (prise en charge de la douleur, aide au positionnement, importance de la formation continue) mais la validité externe est renforcée par les points communs avec la littérature.

Le choix d'une question de départ « large et ouverte » et de questions de relance à visées « compréhensive » a permis d'obtenir des propos très riches, sans orienter les professionnels interrogés dans leurs réponses, et a aussi permis une certaine liberté de parole, et de faire apparaître un axe non prédéterminé : « l'organisation des soins »

L'enregistrement des propos et la retranscription fidèle du verbatim ont permis de ne rien perdre des entretiens et d'analyser les propos de manière plus fine.

Enfin, la double lecture du verbatim a permis une analyse rigoureuse des entretiens, et de créer une grille de classement faisant apparaître de nouveaux axes.

IV.2 Biais et limites

Cette étude comporte des biais et des limites.

Tout d'abord, l'échantillon interrogé n'est pas du tout représentatif de la population formée par les sages-femmes. En effet, seules 15 sages-femmes ont été interrogées sur 3 maternités. Toutefois, au vu du temps imparti, il était difficile de d'interroger un plus grand nombre de sages-femmes pour pallier ce biais de population.

Les 3 maternités dans lesquelles l'étude s'est déroulée sont situées en Île de France, sur un secteur géographique limité pour des raisons de faisabilité, mais cela représente un biais de sélection important.

Le projet initial ayant été compromis, et la maternité des Bluets n'ayant pas répondu à nos

demandes, aucune sage-femme d'une maternité labellisée IHAB, ou travaillant dans une maternité de type 1 n'a été incluse dans l'étude. On peut finalement se dire que l'étude a été réalisée sur deux lieux et non trois comme prévu initialement, car une seule sage-femme a pu être interrogée à la Pitié-Salpêtrière. L'étude a été réalisée sur une maternité de type 3, et deux de type 2. Des informations qui auraient pu être apportées par des professionnels venant de ces contextes de travail différents ont peut-être été perdues.

L'étude ne peut donc prétendre représenter les pratiques des sages-femmes françaises ni même d'île de France, cependant cette étude était à visée exploratoire, afin d'obtenir des informations sur les différentes pratiques des professionnels, et non un état des lieux des pratiques. Ces informations ont été obtenues, et elles montrent des éléments récurrents utiles à la réflexion, de plus nous avons atteint la saturation des données lors des 3 derniers entretiens. Peut-être que des sages-femmes exerçant dans une maternité de type 1 ou labellisée IHAB auraient pu nous relater des pratiques différentes.

En raison de la pandémie, il a parfois été impossible de se rendre dans les services auprès des sages-femmes, un entretien a donc été réalisé en visioconférence, ce qui induit une disparité dans la méthodologie d'entretien.

IV.3 Résultats principaux

IV.3.1 Pas de différence

Le premier point ressortant de cette étude est que pour les sages-femmes il n'y a pas de différence à faire entre l'accompagnement d'un allaitement après un accouchement par voie basse ou par césarienne. Pour elles ce qui n'est pas différent c'est la conduite de l'allaitement maternel, mais on voit que les sages-femmes reconnaissent d'emblée la capacité pour les femmes à mener un allaitement maternel comme les autres, elles voient le même potentiel. Les écueils retrouvés dans la littérature, en ce qui concerne la mise en place de l'allaitement maternel, sont bien identifiés et ressortent rapidement, tout comme le retard de montée laiteuse qui est identifié d'emblée par les sages-femmes, et lié d'après elles à une première tétée tardive.

IV.3.2 Les principales pratiques

L'objectif de ce mémoire était de déterminer comment, avec des obstacles et peu de recommandations pour les dépasser, les sages-femmes accompagnent les patientes dans la mise en place de leur allaitement.

Les sages-femmes décrivent plusieurs pratiques, certaines qu'elles définissent comme générales, et d'autres qui sont, pour elles, spécifiques à la césarienne.

a) Prise en charge de la douleur

Nous avons pu voir que les sages-femmes prenaient en charge activement la douleur. Elles identifient ce facteur comme défavorable à l'allaitement maternel bien que n'étant pas propre à l'accouchement par césarienne. Mais elles décrivent la spécificité de la douleur post-césarienne comme étant liée à la cicatrice et ayant comme principale conséquence les difficultés de mobilisation et de positionnement au moment de la mise au sein. Leurs pratiques reposent principalement sur la prescription d'antalgiques et sur l'adaptation des positions. La douleur est donc un facteur défavorable « surmontable ».

Les prises en charge médicamenteuses décrites reposent toutes sur une administration multimodale et ajustée progressivement d'antalgiques, souvent pendant les premières 24/48 heures. La plupart des sages-femmes tiennent compte de l'EVA pour ajuster le traitement.

Le CNGOF émet par ailleurs les recommandations suivantes :

Un protocole antalgique élaboré par l'équipe médicale doit être disponible dans chaque établissement (accord professionnel). L'emploi combiné de plusieurs antalgiques de palier 1, selon les principes de l'analgésie multimodale, représente une base thérapeutique efficace (grade B). L'analgésie multimodale inclut généralement du paracétamol, un AINS et du néfopam (grade B). Il est recommandé d'administrer ces produits par voie orale et de façon systématique pendant les premiers jours postopératoires (accord professionnel). De préférence par voie orale et en secours, la morphine peut être administrée dès lors que la douleur n'est plus soulagée par l'effet combiné de la morphine péri-médullaire et des antalgiques de palier 1, y compris dans les 24 premières heures (accord professionnel). (27)

Dans sa revue de littérature réalisée en 2012, Estelle Morau précise qu'une analgésie multimodale est nécessaire après une césarienne et permet la mise en place d'un allaitement de qualité (42).

Notre attention a été attirée par certaines conduites qui semblent être liées au protocole ou usage du service : l'arrêt du Tramadol et du Néfopam au moment de la montée laiteuse et la suspension de l'allaitement pendant 6 heures (avec recours aux compléments de lait artificiel) lors de l'utilisation de morphinique.

Nous pouvons comparer ces pratiques avec les données du CRAT.

Le Tramadol peut être prescrit par voie orale dans les 4 premiers jours suivant l'accouchement chez une femme qui allaite, au-delà de cette période, on utilisera préférentiellement un autre antalgique. Si un opiacé faible s'avère indispensable, un traitement par Tramadol peut être envisagé chez une femme en cours d'allaitement à condition qu'il soit bref (de l'ordre de 2 à 3 jours) et à la posologie la plus faible possible.

Le Nefopam peut être utilisé dans les 24 à 48 heures suivant l'accouchement, au-delà des premières 48 heures suivant l'accouchement, il n'y a pas de données disponible, on préférera suspendre l'allaitement pendant 10 heures si une prescription s'avère nécessaire.

L'utilisation de la morphine est possible dans les 24 à 72 heures qui suivent l'accouchement. Au-delà de cette période, il y a peu de données sur la morphine en cours d'allaitement, il est donc préférable de suspendre l'allaitement pendant un traitement par morphine. L'allaitement peut être repris environ 4 heures après la dernière prise de morphine. (26)

Les sages-femmes ont donc bien conscience qu'une prescription sur le long court du tramadol ou du néfopam est à éviter. De plus, la prise de morphinique entraîne bien une suspension de l'allaitement comme l'avait relevé une des sage-femme, mais de 10 heures et non de 6 heures.

La douleur est un écueil reconnu à l'allaitement maternel, il faut donc se donner les moyens les plus pertinents de l'évaluer (EVA) et de la soulager (analgésie multimodale adaptée et protocolée). Mais il faut que les professionnels aient une connaissance actualisée des recommandations de prescription de certains antalgiques chez la femme allaitante afin d'adapter leurs conduites à tenir.

b) Positions

Au sujet des positions, les sages-femmes identifient la cicatrice de la césarienne comme un élément douloureux pouvant entraîner des difficultés à l'allaitement, comme cela avait été montré par l'étude d'Amy Brown et Sue Jordan. Leur étude, réalisée en 2012 au Pays de Galles, et utilisant les témoignages de 284 patientes, suggérait qu'un accouchement avec des complications, comme la césarienne, entraînait des difficultés de positionnement à cause de la douleur (43).

Les sages-femmes sont cependant en désaccord entre elles sur ce sujet, et ne préconisent pas les mêmes positions aux patientes après une césarienne. La littérature ne recommandant pas de position spécifique pour l'allaitement après une césarienne, nous nous sommes tournés vers les associations telles que la Leche League, qui est une association internationale. La Leche League indique que toutes les positions qui évitent le contact du nouveau-né avec la cicatrice sont adaptées, pourvu que la patiente soit confortablement installée, et qu'elle se sente en sécurité. Plusieurs positions ressortent, la position dite « en chaise longue », avec tout le corps du nouveau-né reposant sur sa mère, la position couchée sur le côté, ou encore en « ballon de rugby » (44).

Anne Chantry reprend aussi cet aspect dans sa revue de littérature, en précisant :

On ne dispose pas de suffisamment de données pour recommander l'emploi d'une position ou une autre pour augmenter la montée laiteuse (accord professionnel).

En revanche, pour permettre un transfert de lait efficace dans l'objectif d'une durée plus longue de l'allaitement maternel et d'une réduction des douleurs mamelonnaires, il est recommandé d'accompagner et de corriger les problèmes d'accrochage de l'enfant au sein lors de la tétée, qui sont déterminants dans le succès ou non de l'allaitement (grade C). (11)

Une femme n'étant pas toutes les femmes, on voit ici l'importance de l'adaptabilité des professionnels, de l'accompagnement des patientes, mais aussi de la formation, initiale et continue, afin de permettre une prise en charge optimale de la douleur et de ses conséquences, de connaître et savoir utiliser différentes positions (leurs avantages et leurs inconvénients), et d'évaluer les signes du bon accrochage du bébé au sein, mais aussi pour savoir observer la situation et adapter leurs conseils à chaque patiente en fonction de ses besoins.

Les sages-femmes décrivent des pratiques qu'elles considèrent comme plus spécifiques à la césarienne.

c) Conduite de l'allaitement maternel

Les sages-femmes identifient qu'un accouchement par césarienne favorise une mise au sein plus tardive (c'est à dire non faite lors du post-partum immédiat en salle de naissance ou en SSPI), associée à l'utilisation de compléments de lait artificiel, donné au biberon ou à la seringue, qui lui est substitué. On repère plusieurs éléments ici : la non-mise au sein qui retarde la stimulation de celle-ci, l'impact favorable d'une mise au sein précoce, le fait d'utiliser du lait artificiel et le fait de donner ce substitut à la seringue ou au biberon (avec des modalités de succion différentes).

Les pratiques en salle de naissance ne font pas partie de nos objectifs, cependant ces éléments témoignent des connaissances des sages-femmes. En effet, elles pensent qu'un peau à peau et une mise au sein très précoce sont très importants pour l'initiation de l'allaitement, ce qui va dans le sens des études à ce sujet, comme celle d'Elizabeth Moore, qui décrit un taux d'allaitement plus haut en post-partum chez les patientes ayant initié un peau à peau précoce après la naissance (45). Et ce, même si la mise au sein n'est pas possible immédiatement. Cette étude réalisée en 2010 était randomisée et incluait 20 couples mère-enfant. Cependant, une mise au sein nécessite un personnel disponible et des salles chauffées afin d'éviter l'hypothermie du nouveau-né, ce qui n'est pas toujours le cas. A la maternité de Créteil, l'initiation de l'allaitement peut se faire précocement car les patientes sont surveillées en salle de naissance et non en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), dans des salles chauffées et avec du personnel à disposition pour l'accompagner.

On voit que les sages-femmes portent une attention particulière à la première tétée, en effet non seulement elles s'informent auprès des patientes de la réalisation ou non d'une tétée précoce, mais elles en tiennent compte dans leur organisation afin de réaliser une vraie première mise au sein en suites de couches.

L'utilisation non justifiée (chez les nouveau-nés en bonne santé et ayant une perte de poids physiologique) de compléments de lait artificiel est identifiée par les sages-femmes comme un élément défavorable à la mise en place de l'allaitement maternel.

Une étude réalisée en 2010 a montré qu'un tiers des nouveau-nés allaités recevaient des compléments de lait artificiel sans raison médicale, et ce quelle que soit la voie d'accouchement (46). On note l'utilisation du « on » et non du « je », qui peut laisser entendre qu'il s'agit de pratiques de service avec lesquelles les sages-femmes ne sont pas forcément en accord.

Comme l'indiquent de nombreuses études, et comme le montre Agnès Dorut dans son article, l'introduction de compléments de lait artificiel est un frein à l'allaitement maternel, car en plus d'espacer les tétées et de retarder la montée laiteuse, le mode d'administration a aussi un impact (47), et les sages-femmes en ont bien conscience. En effet, le fait de nourrir un nouveau-né avec un biberon entraîne une confusion « sein-tétine », l'empêchant de téter correctement par la suite au sein, ce qui entraîne des crevasses à sa mère, pouvant accélérer la fin de l'allaitement. Il est important de noter que la douleur est une des premières causes d'arrêt de l'allaitement (29).

Les sages-femmes connaissent les alternatives possibles à l'utilisation du biberon, qui sont le dispositif d'aide à la lactation (DAL), ou la seringue. Agnès Dorut ajoute que l'administration de compléments peut ébranler la confiance de la mère, la mettant en difficulté pour la suite (47).

Un autre exemple est que les sages-femmes disent qu'il est important de faire cohabiter la mère et son enfant 24H/24 afin de favoriser l'allaitement à la demande, le repérage des signes d'éveil et le peau à peau. Le fait de garder les nouveau-nés en pouponnière la nuit est donc un frein à l'allaitement maternel comme le montre une étude sur les arrêts précoces de l'allaitement à la maternité du Havre (29). Cette étude préconise d'accompagner les patientes césarisées pour s'installer confortablement, et que la tétée se fasse en sécurité pour la mère

et son enfant, plutôt que de garder le nouveau-né en pouponnière de manière quasi-systématique.

Les sages-femmes pensent que le recours aux compléments et la séparation mère-enfant sont spécifiques à la césarienne, cependant la littérature montre que les compléments sont administrés quelle que soit la voie d'accouchement, mais de manière plus fréquente après une césarienne (46). Il en est de même au sujet de la cohabitation de la mère et de son enfant (29). Les professionnels doivent donc être très vigilants.

d) Réhabilitation précoce

Les protocoles de réhabilitation précoce sont de plus en plus présents dans les maternités, et sont, d'après les sages-femmes un moteur à la mise en place de l'allaitement maternel. En effet, l'article des Dr Benhamou et Wyniecki sur le sujet montre que la réhabilitation précoce facilite la création du lien mère-enfant, car permet un retour plus rapide à l'état physiologique (48).

Ces protocoles permettent une mobilisation plus facile grâce à l'ablation de la sonde urinaire à demeure dès la sortie du bloc, un lever plus rapide, et une alimentation précoce, mais aussi grâce à l'injection de morphiniques dans le cathéter de péridurale avant son ablation afin de limiter les douleurs.

La réhabilitation précoce permet une autonomisation plus rapide, et une meilleure récupération, donc facilite la mise en place de l'allaitement maternel, mais dans l'autre sens, l'allaitement maternel fait partie de la réhabilitation précoce car pousse les patientes à se remettre plus vite de l'intervention.

IV.3.3 Facteurs limitants

Les sages-femmes témoignent ensuite de facteurs pouvant rendre difficile la mise en place de l'allaitement maternel. Ces facteurs sont pour elles, soit spécifiques à la césarienne, soit plus généraux.

a) Éléments spécifiques à la césarienne

Comme l'avait aussi montré l'étude Epifane de 2016, les sages-femmes soulèvent que le vécu des femmes de leur accouchement influe beaucoup sur la mise en place et la poursuite de l'allaitement maternel (4). De plus, ce résultat est appuyé dans notre cas par l'article de Amy Hobbs de 2016, qui explique que le vécu de la césarienne, mais aussi d'autres aspects, comme la parité, la santé psychique, l'entourage, influent sur la mise en place de l'allaitement maternel (28). Il faut donc évaluer le vécu des patientes, le contexte de la césarienne, et rester vigilants à l'aspect psychologique. Il faut aussi moduler cet aspect et garder en tête qu'un mauvais vécu de l'accouchement peut aussi être présent lors d'un accouchement par voie basse.

Une partie des sages-femmes interrogées soulignent que la montée laiteuse se fait plus tardivement après la césarienne.

En effet, plusieurs études ont montré que la montée laiteuse était souvent retardée après une césarienne par rapport à après un accouchement par voie basse, comme le montre la revue de littérature menée par Anne Chantry (11). Elle ajoute qu'une fois l'allaitement mis en place, il n'y a pas de différence de durée entre un allaitement après un accouchement par voie basse ou par césarienne. Cependant la cause relevée par les sages-femmes est la césarienne elle-même, notamment à cause des antalgiques et différents produits d'anesthésie, tandis que les études soulèvent seulement une mise au sein moins précoce et moins fréquente après une césarienne, décalant la montée laiteuse.

Amy Hobbs décrit quant à elle une montée laiteuse plus tardive, liée à une baisse de la lactogénèse, conséquence d'une diminution de la sécrétion d'ocytocine en réponse au stress maternel (28). Enfin la revue de littérature d'Anne Chantry ne permet pas de conclure à un retard plus important de la montée laiteuse après une césarienne programmée comme l'avait avancé une sage-femme (11).

De ce fait, pour les sages-femmes, l'accompagnement des patientes et le fait de leur donner des explications à propos de l'allaitement est un facteur important pour la mise en place de la lactation. Elles relèvent pour certaines que les difficultés apparaissent plus tard, à domicile, quand il n'y a plus de professionnels pour les aider, du fait de la montée laiteuse tardive. On pourrait envisager, au lieu d'accompagner les patientes dans un but de sortie rapide, de les accompagner de manière à permettre la réussite de l'allaitement, c'est à dire en les

autonomisant, en leur expliquant la physiologie de l'allaitement, et en leur permettant de solutionner elles-mêmes les difficultés rencontrées.

Une étude a montré les effets bénéfiques d'un programme de soutien de l'allaitement maternel, qui consistait en 6 séances avec une conseillère en lactation en prénatal, et en 10 semaines de suivi en post-natal afin de préparer puis d'accompagner au mieux les patientes (49). Ainsi, commencer une préparation en prénatal peut sembler judicieux. Certaines sages-femmes ont bien souligné l'importance de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Cet aspect souligne aussi l'importance d'un relais par une sage-femme à domicile avec le Programme de Retour à Domicile de la sécurité sociale (PRADO).

Les facteurs « vécu », « accompagnement » ou encore « PNP » ne sont pas propres à la césarienne, cependant, il est probable qu'ils soient cités par les sages-femmes comme des facteurs favorables parce qu'ils sont d'autant plus soutenant quand des freins comme la douleur de la césarienne apparaissent.

b) Facteurs généraux

– Organisation :

Le facteur organisationnel n'était pas attendu, mais est apparu dans tous les entretiens.

L'organisation des soins paraît donc avoir une influence, ce qui conforte l'idée d'une des sages-femmes d'une politique nationale qui semble insuffisante. Ceci peut être appuyé par le nombre de maternités labellisées IHAB en France. La France comptait 51 maternités labellisées IHAB en 2016 pour 517 maternités au total (4,50), ce qui correspond à 9,8% des maternités françaises.

Pour cette étude nous avons interrogé des sages-femmes de 3 maternités différentes, les services de suites de couches étaient donc organisés de manières différentes, certaines permettant mieux aux sages-femmes de s'occuper des allaitements maternels. De même, le temps disponible pour chaque patiente est important, les sages-femmes ayant en charge 25 patientes disent ne pas pouvoir s'occuper des allaitements, ce qui est un frein à l'allaitement maternel.

Toutefois, il est impossible de déterminer quelle organisation entraîne un taux d'allaitement après la césarienne plus haut, en effet il n'y a pas de chiffres disponibles.

Les discours discordants des professionnels de santé sont un frein à la mise en place de l'allaitement maternel soulevé par de nombreuses études, et sont renforcés par le partage des tâches entre sages-femmes et auxiliaires de puériculture. Une démarche d'harmonisation est en cours à la maternité de Saint-Maurice pour limiter ces discordances et accompagner au mieux les patientes. Ces démarches avaient été recommandés par le Pr Turck dans son plan d'action pour favoriser l'allaitement maternel (7).

Dans les 3 maternités où les sages-femmes ont été interrogées la sortie est un sujet récurrent. En effet, afin de libérer des lits, on pousse les patientes à sortir de plus en plus tôt, souvent avant 72H de post-partum pour les césariennes, aux dépend de l'allaitement maternel, la perte de poids étant l'élément central, avec la surveillance de l'ictère pour l'accord de sortie du nouveau-né.

Pour pouvoir faire sortir un nouveau-né avec une perte de poids physiologique avant que la montée laiteuse ne soit faite, il faut souvent instaurer des compléments, on accompagne donc les allaitements en vue d'une sortie précoce et non en vue d'un allaitement bien installé et pouvant perdurer.

Le PRADO a pour critères de sortie précoce (au cours des 96 premières heures après une césarienne) les éléments suivants : une perte de poids inférieure à 8% du poids de naissance, l'absence d'ictère néonatal, une naissance après 38 semaines d'aménorrhées (SA) avec un nouveau-né eutrophe, l'absence d'éléments clinique en faveur d'une infection et l'organisation d'une visite à domicile dans les 24 heures suivants la sortie (51).

Pour ce qui est du poids, on sait qu'un nouveau-né allaité a une perte de poids physiologique avec un nadir entre la 12ème et la 72ème heure de vie, qui se résout avec la montée laiteuse entre le 3ème et le 4ème jour. La montée laiteuse peut être retardée en cas de naissance par césarienne (52).

Si on compare les courbes de poids et le fait que les durées d'hospitalisations étaient en moyenne de 4 jours en 2016 tout mode d'accouchement confondu, et que 35,5% des sorties se font avant 96 heures de post-partum après une césarienne (52), on voit qu'il y a un risque que le nouveau-né soit sortant seulement grâce à l'administration de compléments et donc sans que l'allaitement maternel soit en place. La mère devra donc affronter cette étape une fois à domicile. On revient ici à l'importance du suivi à domicile par le PRADO.

Au sujet de la durée d'hospitalisation, l'étude de Patel *et al* réalisée en 2003 montrait que les patientes ayant eu un séjour plus long en maternité après une césarienne avaient un taux d'allaitement maternel plus élevé à la sortie (78% d'allaitement maternel si le séjour durait au moins 5 jours, versus 66% si la durée de séjour durait entre 0 et 4 jours) (53).

– Facteur humain :

L'opinion de la sage-femme, ainsi que son expérience personnelle, est apparue lors de notre étude comme influençant dans un sens comme dans l'autre l'allaitement maternel. En effet, ces deux aspects peuvent modifier la façon de prendre en charge l'accompagnement des patientes, le discours dispensé, mais aussi leur implication dans cette prise en charge. Ce point n'avait pas été relevé, du moins de manière significative dans les études sur le sujet.

Le manque de formation des personnels est un point qui avait été relevé par l'étude du Pr Turck (7). Certaines sages-femmes ressentent effectivement un manque de formation, mais aussi un manque de pratique et donc d'expérience, les rendant peu sûres d'elles, et les poussant à se référer à d'autres membres de l'équipe.

Ces facteurs sont là encore non spécifiques du contexte de césarienne, et sont valables quel que soit le mode d'accouchement. Peut-être sont-ils cités parce qu'ils sont d'autant plus mis en relief dans ces circonstances.

Ce thème va bien au-delà de notre recherche, mais permet aussi une analyse systémique du problème. Ne voir qu'un problème de formation serait parcellaire car l'organisation des soins semble être perçue comme un frein entraînant un morcellement de l'accompagnement, des discours discordants voire une perte d'autonomie pour des sages-femmes.

IV.4 Perspectives

Nos résultats sont en accord avec les différentes études réalisées sur le sujet, toutefois de nouveaux aspects tels que l'organisation du service ou l'opinion des sages-femmes sont apparus. Une étude à plus grande échelle, incluant un nombre important de maternité avec des organisations et des populations différentes serait donc intéressante, et pourquoi pas une

comparaison des taux d'allaitement en fonction des types d'organisations de services.

On peut voir que les sages-femmes perçoivent les particularités de la prise en charge de la césarienne et font en sorte d'accompagner les femmes au mieux, pourtant les difficultés subsistent. En effet, on a vu que la douleur était prise en charge de manière active par les sages-femmes, ainsi que les difficultés de mobilisation et de positionnement. Restent alors toutes les difficultés d'accompagnement, propres aux services ou au personnel, qui apparaissent comme difficiles à surmonter.

Des solutions existent et certaines sont en train d'être mise en place. Certaines maternités, comme la maternité de Saint-Maurice est en pleine phase d'uniformisation des pratiques et des discours, cela n'est pas fait partout, et ces mesures, même si protocolisées et faciles à mettre en place sur le papier sont très difficile à mettre en pratique pour les équipes. D'autres ont préféré une organisation où 3 sages-femmes s'occupent du service, en binôme avec les auxiliaires de puériculture, afin de prendre en charge le couple mère-enfant dans sa globalité. Enfin des perspectives de formation des équipes existent dans les structures et sont à développer.

Dans un objectif d'amélioration des pratiques cliniques et de l'accompagnement des patientes ayant accouché par césarienne, il paraît important de réfléchir à une meilleure prise en charge dès la période anténatale. En effet, une information des patientes sur les rythmes du nouveau-né, ainsi que sur l'allaitement maternel pourrait leur permettre d'être mieux préparées.

Par la suite, un accompagnement dès le bloc opératoire pourrait être un moteur à l'allaitement maternel, en permettant un peau à peau précoce, et une mise au sein rapide après la naissance.

L'évaluation du vécu de la césarienne par les sages-femmes de suites de couches, et l'accompagnement psychologique adapté apparaissent comme importants, tout comme la recherche par la sage-femme du déroulé du post-partum immédiat, afin qu'elle puisse s'organiser, et accompagner la patiente dans une première mise au sein, la rassurer, lui donner des explications, ou l'aider à installer le nouveau-né en peau à peau si cette étape n'avait pas pu être réalisée ou de durée insuffisante pour la mère. Rendre les patientes autonomes dans leur allaitement en suites de couches pourrait permettre de limiter les difficultés apparaissant à domicile.

Ces pratiques nécessitent une organisation de service adaptée, comme la surveillance post-interventionnelle dans une pièce chauffée, et surveillée par une personne qualifiée en

allaitement maternel, et dédiée à l'accompagnement de cette patiente dans le post-partum immédiat.

Une formation plus poussée des équipes au sujet des positions d'allaitements et de l'administration de compléments de lait artificiel pourrait être suggérée afin d'accompagner les patientes de manière judicieuse. De plus, des connaissances actualisées des médicaments ainsi que leurs indications et posologies pendant l'allaitement sont importantes, afin de soulager les patientes, et donc favoriser l'allaitement, tout en évitant un danger pour l'enfant.

La continuité du suivi à domicile est aussi un point très important, afin de poursuivre l'accompagnement des patientes, et les aider à faire face aux difficultés rencontrées.

Ainsi, il est important de repenser certaines de nos pratiques afin de guider au mieux nos patientes dans leur allaitement, notamment après une césarienne, dans une optique de favoriser la mise en place et la durabilité de l'allaitement maternel.

Conclusion

L'intérêt de l'allaitement maternel a été démontré par de nombreuses études, c'est pourquoi l'objectif de l'OMS est d'atteindre les 50% d'allaitement maternel exclusif au sein à 6 mois de vie d'ici 2025. En France le taux d'allaitement maternel à la maternité est bas, et en diminution, et il est encore plus faible après une césarienne. La revue de littérature montre l'enjeu de l'accompagnement des patientes par les professionnels après une césarienne.

L'objectif de cette étude était de décrire les pratiques des sages-femmes lors de l'initiation de l'allaitement maternel en suites de couches après une césarienne, mais aussi d'identifier l'existence de facteurs favorables ou défavorables à la mise en œuvre de l'allaitement maternel après une césarienne.

Après entretiens avec les sages-femmes de suites de couches, il apparaît que leurs pratiques sont en accord avec les études sur le sujet (gestion de la douleur, accompagnement, attention particulière à la première tétée...), et qu'elles identifient les mêmes difficultés que les auteurs cités dans la revue de littérature (montée de lait tardive, positionnement, vécu...). De nouveaux axes, inattendus, sont apparus, comme l'organisation du service, comprenant le travail collaboratif, le manque de temps et l'enjeu de la sortie, mais aussi l'impact de l'opinion des professionnels de santé.

L'importance de l'accompagnement par les professionnels en pré et post-partum, mais aussi de la continuité du suivi à domicile avec le PRADO sont également apparus de manière marquée.

Ainsi, dans un but d'amélioration des pratiques, de nombreuses initiatives voient le jour, comme la proposition de formation au sein des maternités, des essais de nouvelles organisations de service, ou bien des campagnes d'harmonisation des discours.

Repenser certaines de nos pratiques apparaît donc comme primordial afin de guider et d'accompagner nos patientes ayant accouché par césarienne dans la mise en place de leur allaitement.

Annexes

Annexe I : Grille de classement du verbatim

	Pas de différence
SF1	(...)on leur parle de la même chose qu'avec une patiente qui a accouché normalement, enfin par les voies naturelles du coup[...]ce qui est Contrafmal et Acupan on essaye de leurs donner que les premières 48H, mais sinon on fait pas forcément de différence.
SF2	(...)Je suis pas sûre que je fasse très différemment pour une césarienne que pour une voie basse d'ailleurs.
SF3	(...) après c'est pas vraiment différent d'un accouchement voie basse, pour le coup, mise à part cette partie que je trouve différente en post-partum immédiat, je trouve qu'ici on a tendance à le prendre en charge de la même manière qu'une patiente.
SF5	(...)Comme un allaitement classique, on va lui expliquer que faut le mettre au sein toutes les 3 heures et qu'elle appelle si besoin.
SF6	(...)finalement je les accompagne comme les autres, l'idée c'est qu'elles puissent allaiter.
SF7	(...)J'ai pas vraiment l'impression de faire plus de choses que pour une voie basse.
SF8	(...)Pour les mises au sein, je fais exactement pareil que ce soit une voie basse ou une césarienne, donc avec des propositions de mise au sein pour le bébé régulièrement, euh alerter la dame sur les signes d'alerte, de faim en tous cas des nouveaux nés, pas forcément attendre qu'il pleure, et puis leur proposer régulièrement, favoriser le peau à peau aussi [...] je pars du principe aussi qu'il y a parfois des césars qui sont plus confortables que des accouchées voie basse, donc en terme de douleur je trouve que c'est la prise en charge de la douleur des dames... Des fois je trouve que tu vas avoir des accouchées par césarienne qui vont être hyper confortables parce qu'elles ont suffisamment d'antalgiques ou parce qu'elles ont pas spécialement mal, et des fois t'as des accouchées voie basse qui ont hyper mal notamment au périnée, donc ça je trouve que c'est un peu difficile de dire les césars elles ont très mal, les accouchées voie basse ça va.
SF9	(...)que ce soit un accouchement par voie basse ou une césarienne mes pratiques ne me semblent pas énormément différentes.
SF12	(...)avec la réhabilitation précoce, je trouve que limite les césariennes elles vont aussi bien que les voies basses [...] je trouve qu'elles sont pas forcément plus difficile d'installation, pour mettre au sein.
SF15	(...)Je fais pas de différence par la suite entre une accouchée voie basse et une césarienne, si elle a envie d'allaiter, je pense qu'il faut les pousser dans ce sens quoi [...] je dirai qu'il faut pas faire de différence quoi, si c'est leur projet on y va quoi, on les accompagne jusqu'au bout.

Douleur		
Impact	SF1	(...)il y en a quand même certaines qui sont soit plus douloureuses, mmmh, et qui du coup ont plus de mal à le mettre au sein.
	SF2	(...)elles sont souvent un peu plus douloureuses [...] je surveille plus si elles se lèvent ou pas du tout, parce les accouchées voie basse, c'est rare, une accouchée voie basse qui se lève pas, ou qui est pas d'accord pour se lever au bout de 6 heures, alors que des césariennes qui ont du mal à se lever au bout de 6 heures c'est souvent.
	SF3	(...)en fait quand on se retrouve avec des patientes qui viennent de salle de naissance où forcément après une césarienne, les patientes sont douloureuses, sont pas forcément bien, peuvent être fatiguées, enfin que ce soit pour une césarienne programmée ou une césarienne en urgence, en général elles sont fatiguées [...] c'est surtout la douleur de la cicatrice qu'elles manifestent.
	SF5	(...)celles qui sont encore hyper algiques, qui ont du mal à se mobiliser, pour lesquelles ça va être compliqué d'être assise avec le bébé qui appuie sur le ventre sur la cicatrice, je trouve que elles elles ont plus de mal et que la montée de lait se fait plus tard.
	SF6	(...)elle a du mal à se mobiliser, donc déjà l'idée c'est de trouver une position confortable pour que la mère puisse allaiter, et donc déjà qu'elle ait pas mal dans sa position à elle de confort de maman [...] je trouve que si déjà on fait du postural et qu'on leur permet d'avoir moins mal dans leurs positions il y a moins de douleur chez les femmes.
	SF8	(...)je pars du principe aussi qu'il y a parfois des césar qui sont plus confortables que des accouchées voie basse, donc en terme de douleur je trouve que c'est la prise en charge de la douleur des dames... Des fois je trouve que tu vas avoir des accouchées par césarienne qui vont être hyper confortables parce qu'elles ont suffisamment d'antalgiques ou parce qu'elles ont pas spécialement mal, et des fois t'as des accouchées voie basse qui ont hyper mal notamment au périnée, donc ça je trouve que c'est un peu difficile de dire les césar elles ont très mal, les accouchées voie basse ça va [...] Après c'est sûr que ce qui est parfois embêtant c'est que comme elles ont leur cicatrice qui peut éventuellement leur faire mal, c'est plus en terme de positionnement, tu sais quand on les positionne en madone, effectivement elles sont plus algiques.
	SF12	(...)elles ont vraiment trop mal et que du coup elles font pas la première mise au sein, je pense que ça joue beaucoup dans leur vécu, et du coup sur comment vont se passer les suites de couches [...] je trouve que la plupart t'es agréablement surprise au niveau de leur douleur hein, bon après des fois t'en as qui douillent [...] elles sont super algiques mais comme parfois quand il y a eu des instruments sur une voie basse, et là en effet pour l'allaitement c'est plus difficile à gérer.
Positions	SF13	(...)beaucoup de mamans ont peur d'avoir mal, ou que le bébé donne des coups de pieds selon la position qu'il a, ou que ça appuie trop sur leur ventre [...] il faut voir si elles se mobilisent bien après l'accouchement, et selon si elles ont un conjoint ou non, mais je pense que c'est important de bien prendre en charge leur douleur, on leur montre de mettre la main en bas du ventre pour pas que ça tire.
	SF15	(...)si elles sont vraiment très algiques, ça peut être très compliqué.
	SF1	(...)on est juste un peu plus limitées dans les positions parce qu'elles sont un petit peu plus douloureuses.
	SF2	(...)j'aime bien leur montrer pour allaiter allongé, et souvent les césariennes les premiers jours elles peuvent pas trop s'allonger sur le côté donc euh, voilà, on leur montre aussi un peu plus le ballon de rugby que les autres dames parce que ça appuie pas sur le ventre c'est surtout ça.

SF3	(...) si elles me disent que là la position c'est pas bien pour allaiter, bah on trouve une autre position, en fait c'est pas l'allaitement qui est douloureux, c'est la position.
SF4	(...) Souvent allaiter en madone c'est quand même plus compliqué quand t'as eu une césarienne, parce que dès que le bébé est sur le ventre ça les gêne, elles sont quand même pas très confortables au début, donc souvent moi je leur dit de se mettre sur le côté, après ça dépend aussi de la poitrine qu'elles ont, parce que c'est vrai que quand elles ont des poitrines un peu plus massives c'est plus facile quand elles sont sur le côté parce que leurs seins sont plus facilement à côté de la bouche de leur bébé. Le ballon de rugby moi je trouve qu'en suites de couches immédiates ça marche pas parce qu'ils sont trop petits les bébés, et que déjà la maman elle se mobilise difficilement, elle a peur souvent de le prendre, c'est un petit bébé donc elles ont un peu peur, donc je trouve que le ballon de rugby ils sont pas assez grands en fait. En tous cas pour les lits etc je trouve que c'est assez compliqué.
SF5	(...) celles qui sont encore hyper algiques, qui ont du mal à se mobiliser, pour lesquelles ça va être compliqué d'être assise avec le bébé qui appuie sur le ventre sur la cicatrice, je trouve que elles ont plus de mal et que la montée de lait se fait plus tard [...] Lui proposer des positions adaptées pour la césarienne, par exemple en ballon de rugby ou couchée sur le côté pour que ce soit plus facile et moins douloureux.
SF6	(...) elle a du mal à se mobiliser, donc déjà l'idée c'est de trouver une position confortable pour que la mère puisse allaiter, et donc déjà qu'elle ait pas mal dans sa position à elle de confort de maman [...] mais avant le premier lever bien sûr c'est vraiment en fonction de elles comment elles sont donc on va plus les assoir si elles supportent la position assise, on se met rarement sur le côté juste après une césarienne hein on se mobilise pas très bien, il y a surtout beaucoup la position des membres inférieurs, donc bien surélever les membres inférieurs pour éviter que ça tire trop sur les musculatures, voilà, moi je trouve que c'est vraiment faire en sorte que la mère ait le moins mal possible.
SF7	(...) Ce qu'il y d'important je pense c'est la position du coup, chez les patientes césariées surtout il y a la cicatrice qui est au niveau du ventre, du coup sur le côté c'est un peu plus délicat parce que ça tire un petit peu plus, donc en général on les installe plutôt en position madone, on essaye, comme elles se mobilisent un peu moins, de faire attention, on a la chance à l'hôpital que tout soit électrique donc de bien régler le lit avec le berceau pour que ce soit le plus ergonomique possible, et c'est vrai que c'est important de se former tôt.
SF8	(...) on va lui montrer d'autres positions, qu'on montre aussi aux autres dames d'ailleurs, mais qu'on va peut-être montrer plus tôt qu'à une accouchée voie basse qui a pas forcément mal au ventre, qui a plus mal ailleurs, mais qui a pas mal au ventre particulièrement.
SF9	(...) proposer d'autres positions que la positions classiques qu'on fait donc madone pour les accouchements par césarienne, parce que par rapport à leur cicatrice ça peut leur faire mal, ça peut gêner, donc tu proposes plus en ballon de rugby ou des choses comme ça, donc moi c'est surtout sur les positions. Après, mais comme on dit pour toute accouchée il faut surtout qu'elle soit bien installée, donc faut pas qu'elle ait mal, d'autant plus quand t'as une cicatrice de césarienne, du coup voilà, la première chose c'est qu'elle soit bien installée et que ça tire pas sur sa cicatrice, et ensuite voilà, varier les positions.
SF10	(...) je fais surtout attention à la position après une césarienne, parce qu'elles ont souvent mal au bas du ventre, donc après position rugby c'est pas mal, donc comme ça le bébé n'est pas sur la cicatrice.
SF11	(...) je privilégie les positions où elles ont pas trop mal, allongé sur le côté ça marche bien je trouve, être plus avec elles pour au début les aider à la mise au sein.

SF13	(...)une position confortable, mais surtout, on essaye de valoriser le confort, parce qu'avec une césarienne elles ont des difficultés à se mettre sur le côté, ou alors il faut mettre un coussin pour tenir le ventre pour pas que ça tire trop, et donc ce qui compte c'est son confort à elle, et si elle a peur pour sa cicatrice.
SF14	(...)dès que la dame peut s'asseoir, mettre le bébé au sein, installer la dame confortablement [...] Je trouve que les premières mises au sein elles sont beaucoup plus faciles quand t'es bien assise, parce que je trouve que tu vois ce que tu fais, t'as des meilleurs échanges avec le bébé en terme de regards etc, et en plus t'es plus à l'aise pour manipuler le téton, la bouche de bébé, son menton, donc je pense qu'il faut être beaucoup plus vigilants à la position chez une femme qui a été césarisée [...] faut vraiment bien se positionner pour pas se faire mal, parce qu'essayer de mettre au sein.
SF15	(...)il faut tout faire pour qu'elles soient bien, et qu'elles puissent s'installer correctement pour allaiter [...] trouver les bonnes positions, c'est s'adapter, c'est une césarienne, est ce qu'on pourrait pas plus se mettre allonger sur le côté, enfin voilà, ça peut être des positions qui évitent d'appuyer sur la cicatrice, que ça pèse, c'est trouver des choses pour que ça se passe bien quoi.
Traitement	
SF1	(...)On fait pas forcément gaffe en fonction de quand est-ce qu'elles prennent les antalgiques et de quand est-ce qu'elles allaient, en tous cas, ce qui est Contramal et Acupan on essaye de leurs donner que les premières 48H, mais sinon on fait pas forcément de différence non.
SF2	(...)Je leur dis de prendre les antalgiques en systématique, les 24 premières heures, ce que je dis pas aux voies basses, parce qu'il y a des dames qui accouchent par voie basse qui sont pas douloureuses, les césariennes je leur conseille de prendre en systématique les 24 premières heures.
SF3	(...)on a tendance à plus, à proposer plus facilement les antalgiques de second palier, alors que les accouchées on va plutôt commencer par doliprane spasfon et ensuite si vraiment ça va pas on va leur proposer d'autres choses, alors que là on va leur donner de façon assez systématique aux césariennes les autres antalgiques [...] sur la douleur ça dépend des façons de faire de chacun, mais là avec le covid les anti-inflammatoires on peut plus les donner, enfin on évite, en tous cas ici, c'est vrai que du coup pour la sortie on se retrouve assez limités, parce que Contramal et Acupan on est pas censés les délivrer longtemps après la montée laiteuse, euh donc c'est vrai que quand je peux, enfin vraiment si la patiente est pas douloureuse j'essaye de diminuer au fur et à mesure du séjour, c'est que je te disais toute à l'heure, à C0-C1 on donne assez facilement les antalgiques, et puis après on diminue progressivement, mais c'est tout, sinon je fais rien de particulier.
SF4	(...)Je leur dis de prendre les antalgiques en systématique au moins les 24/48H, nous ce qu'on donne pour les césariennes c'est Paracétamol, Acupan et Tramadol. Alors souvent on leur dit d'arrêter le Tramadol et l'Acupan dès qu'elles ont leur montée de lait, moi je leur dis pas ça, parce qu'une dame qui a mal, elle peut pas bien allaiter, donc je leur dit de prendre doliprane en systématique, et si elles ont mal de préférer l'Acupan, parce qu'une dame qui a mal, elle peut pas allaiter son bébé correctement, donc au moins en ponctuel, c'est quand même moins grave qu'en systématique, et je préfère donner de l'Acupan que du Tramadol.
SF5	(...)Je donne des antalgiques, tramadol, paracétamol et spasfon/ acupan, pas trop de profenid en ce moment.
SF6	(...)il y a les antalgiques qui sont prescrits en général, donc néfopam, acupan, tramadol et doliprane. Si elles supportent bien la douleur je leur fais pas tout prendre en systématique, je commence par doliprane/spasfon et Acupan en plus si besoin, je propose des bouillottes pour détendre [...] ici elles ont toutes beaucoup d'antalgiques quelle que soit la voie d'accouchement d'ailleurs, il devrait y avoir une différence après la césarienne parce qu'elles ont eu une chirurgie, après chez une patiente qui a eu un accouchement voie basse compliqué on peut arriver aux mêmes prescriptions. C'est quand même plus systématique ici chez une femme qui a eu une césarienne, c'est à dire qu'on va vraiment l'inviter à les prendre plus systématiquement, pour éviter que la douleur ne se réveille trop, et jusqu'à retrouver une bonne mobilité, donc 24/48h.

SF7	(...)Après nous sur notre service les prescriptions d'anti-douleurs pour les césariennes c'est pas les sages-femmes qui les font c'est les anesthésistes, donc d'emblée ils mettent tout en systématique, tous les antalgiques possible, et sur la première journée on donne tout alors que l'accouchement voie basse on donne moins, je donne que doliprane et spafon, et le reste on donne en plus si besoin, alors que les césariennes ont va peut-être plus les inciter à prendre les antalgiques en systématique, donc paracétamol toutes les 6 heures, spafon ils en mettent pas c'est nous qui le rajoutons, il y avait profénid, ils ont arrêtés pendant le covid mais là on peut donner si il y a vraiment pas du tout de signes covid, et sinon c'est acupan 20mg toutes les 6 heures, et après il y a contramal aussi 50mg toutes les 8 heures... Et les césariennes en général quand elles arrivent on leur apporte tous les médicaments et on leur dit quand les prendre, pour éviter que la douleur se réveille.
SF8	(...)on doit donner des antalgiques de manière systématique, en expliquant bien qu'il faut les prendre etc, en tous cas au début, et après bah voilà c'est en fonction de la patiente, je trouve que c'est trop clivant de dire elles ont mal, elles ont pas mal.
SF9	(...)On a tendance à mettre un antalgique de palier 2 assez systématiquement, en plus on donne toujours doliprane, spafon pour les tranchées, et on donne assez facilement de l'Acupan pour les césariennes, et puis vraiment en fonction de leur EVA, si elles ont une EVA supérieure à 6 on peut être amenés à leur donner de la morphine, mais alors là pour l'allaitement, nous ici dans nos protocoles, alors ça je suis peut-être pas assez à jour par rapport au CRAT sur la morphine, il me semble que ça contre-indique pas vraiment l'allaitement, mais ici nous quand on leur donne de la morphine il faut pas qu'elles allaitent pendant 6 heures, mais c'est nos protocoles à nous, nos pratiques à nous, et j'avais déjà regardé sur le CRAT et normalement c'est pas une contre-indication.
SF10	(...)je donne plus d'anti-douleurs quand elles ont eu une césarienne [...] Doliprane, spafon, acupan, anti-inflammatoires en systématique, et dans de rares cas de la morphine donc de l'actiskan, mais ça c'est pas top donc bon.
SF11	(...)elles ont quand même plus d'antalgiques dans le sens où elles ont droit à 2 ampoules d'Acupan toutes les 6 heures en plus du doliprane toutes les 8 heures, du spafon et des anti-inflammatoires hors Covid.
SF12	(...)la plupart elles sont soulagées avec les antalgiques classiques donc doliprane, kétoprofène et acupan, on leur donne une boîte et elles gèrent.
SF13	(...)on va essayer de donner un pilulier pour qu'elles puissent ne pas attendre des seuils de douleurs très élevés, parce que certaines vont avoir moins mal que d'autres [...] on donne paracétamol, AINS, spafon et acupan.
SF14	(...)pour la douleur on a exactement la même trame d'antalgiques Per Os, dès qu'elles sont déperfusées, c'est à dire dès le retour en chambre que ce soit pour les voies basses ou les césariennes, donc on a une trame commune qu'on donne en pilulier, et on est amenés à donner en plus si besoin, et c'est vrai que les petites ampoules de Nubain on les donne de manière beaucoup plus fréquentes quand même aux césariennes, mais c'est pas systématiques, en systématiques elles ont Paracétamol, spafon, et Kétoprofène
SF15	(...)Pour les césars je donne de l'acupan en plus, et franchement en général je trouve que ça va, j'ai rarement trouvé des césars hyper algiques. Donc en plus du doliprane, spafon et AINS je rajoute de l'acupan si besoin.

Réhabilitation précoce	
SF2	(...)je surveille plus si elles se lèvent ou pas du tout, parce que les accouchées voie basse, c'est rare, une accouchée voie basse qui se lève pas, ou qui est pas d'accord pour se lever au bout de 6 heures, alors que des césariennes qui ont du mal à se lever au bout de 6 heures c'est souvent.
SF7	(...)avec tout ce qui est réhabilitation précoce, on les incite à se lever très tôt, à aller aux toilettes très tôt etc et en fait pour elle c'est un peu une aberration et on devrait les laisser alitées le plus possible, leur laisser la sonde un petit peu plus longtemps, là au final on les enlève à H2 la sonde urinaire donc quand elles passent en suites de couches, mais c'est vrai que du coup ça les incite à se lever, à plus se bouger pour une reprise de transit etc sauf que pour le périnée c'est très très mal. En fait pour toute femme qui accouche elle prône que c'est alitement le premier mois. C'est vrai que c'est assez présent dans pas mal de cultures, après je pense que c'est peut-être un peu trop stricte, je pense qu'il y a des choses à revoir aussi, parce que là maintenant on les bouge un petit peu plus les césariennes et c'est vrai que la récupération est un petit peu plus rapide, mais c'est vrai que des fois elles sont pas prêtes et on le voit [...] Je pense que la récupération est meilleure quand elles se mobilisent plus mais il y a un contre-coup qui s'observe vers J2-J3 et c'est dommage que ça tombe au moment de la montée laiteuse, donc elles sont plus fatiguées, alors qu'elles vont plus mettre au sein... Donc peut-être que c'est pas l'idéal la réhabilitation précoce sur cet axe là.
SF11	(...)on a le protocole de réhabilitation précoce, c'est à dire qu'elles doivent se lever rapidement, on les remonte sans leur sonde et juste avec une perf d'antalgiques, euh non sans perfusion mais juste un cathéter obturé, et après on donne tout en Per Os quand elles remontent [...] elles récupèrent mieux moi je trouve quand même, au début c'est plus difficile surtout pour le premier lever, mais après elles récupèrent mieux en faisant ça donc je pense que pour l'allaitement aussi c'est bénéfique.
SF12	(...)celles qui ont pu mettre au sein en salle de réveil, avec la réhabilitation précoce, je trouve que limite les césariennes elles vont aussi bien que les voies basses la plupart du temps [...] Elles remontent sans sonde, elles peuvent manger assez rapidement, on les lève vite [...] elles se lèvent vite, elles prennent leur douche et tout et du coup pour la gestion du bébé c'est vrai que ça pose pas de problème.

Conduite de l'allaitement maternel		
1 ^{ère} tétée	SF1	(...)généralement en salle de naissances ils les mettent pas très souvent au sein après les césariennes, alors du coup nous on essaye de faire une première mise au sein ici en suites de couches.
	SF2	(...)c'est potentiellement des bébés qui ont été plus complétés, en salle de naissance, donc euh du coup euh, c'est des bébés pour lesquels il y a pas forcément eu de mise au sein en salle, donc quand elles arrivent si elles veulent allaiter on essaye de faire ça assez vite, soit nous soit les auxiliaires.
	SF3	(...)quand il y a pas eu la phase d'allaitement directement dès le départ euh, c'est déjà un petit peu dommage [...] si on les accueille ici et qu'elles se retrouvent avec un bébé qui est un petit peu éveillé, on essaye un peu de tenter la chose même si il a pas forcément... S'il a bien mangé en salle ou si il a un dextro qui était bon effectivement on va tenter les choses histoire d'introduire en fait la mise au sein.
	SF4	(...)Pour les césariennes, moi j'aime bien quand ils font les mises au sein en salle mais c'est pas toujours le cas, si elles ont pas eu de mise au sein en salle, à ce moment là, souvent il y a eu un complément qui a été donné et après je les accompagne si elles en ont envie.
	SF5	(...)c'est important de faire une mise au sein précocement en salle de naissance, en général c'est fait.
Nuit	SF11	(...)c'était pas mal si on pouvait présenter le bébé même au bloc, je sais pas si ça se fait dans beaucoup de mater ça, et même mettre au sein au bloc [...] nous on le fait quand même en salle de réveil si l'AP est dispo, elle va proposer le sein.
	SF13	(...)selon comment ça s'est passé après la césarienne, si elles ont saignées ou quoi elles ont pas eu peau à peau, et suivant le temps en salle de réveil il a eu un biberon entre temps.
	SF15	(...)Il y a déjà une difficulté après la césarienne, c'est que l'enfant est pas près de sa mère dès le départ donc, souvent il passe du temps ici, il fait froid au réveil donc on lui amène pas, il suffit qu'il y ait une autre dame à côté et pareil on lui amène pas son bébé donc c'est difficile.
	SF1	(...)on propose de prendre leur bébé la nuit, les 2 premières nuits, si elles veulent qu'on leur ramène pour les mettre au sein on leur ramène pour les mettre au sein, sinon on leur donne un petit peu de lait à la seringue les deux premières nuits.
	SF3	(...)à C0 et C1, la nuit on propose aux mamans quand elles sont fatiguées de prendre leur bébé pour la nuit si jamais elles veulent se reposer [...] il y en a qui voudront à chaque fois qu'on vienne les réveiller pour qu'on fasse la tétée et ensuite on reprend le bébé, et d'autres qui diront c'est pas grave vous lui donnez à la seringue, ou alors c'est pas grave je m'en fiche vous lui donnez au biberon. Mais en tous cas on propose à chaque fois.
Compléments	SF10	(...)on leur propose beaucoup de garder les bébés, parce qu'elles ont un peu plus mal, parce qu'elles sont fatiguées, donc ça ça coupe un peu.
	SF12	(...)la première nuit d'une césarienne si elles sont pas accompagnées on propose de garder le bébé.
	SF1	(...) sinon on leur donne un petit peu de lait à la seringue les deux premières nuits [...] jusqu'à J2 on donne à la seringue et ensuite on donne au biberon, juste le temps qu'il y ait la montée de lait quoi.

	SF2	(...)ici il y a des DAL qui sont mis en place, il y a des seringues, on les complète autant qu'avant mais moins au biberon je pense, on est un peu plus attentifs à faire bien allaitement+complément, je pense qu'on a du mal à arrêter les compléments [...] par contre il y a quand beaucoup de DAL, de seringues, de tire-lait, plus qu'avant, avant on les complétait systématiquement avec des biberons.
	SF3	(...)c'est vrai qu'on se retrouve souvent avec des patientes dont le bébé a été nourris par seringue ou directement au biberon [...] il y en a qui voudront à chaque fois qu'on vienne les réveiller pour qu'on fasse la tétée et ensuite on reprend le bébé, et d'autres qui diront c'est pas grave vous lui donnez à la seringue, ou alors c'est pas grave je m'en fiche vous lui donnez au biberon. Mais en tous cas on propose à chaque fois.
	SF4	(...)si elles ont pas eu de mise au sein en salle, à ce moment là, souvent il y a eu un complément qui a été donné.
	SF9	(...)6 heures c'est long et ils ont quasiment toujours un biberon à ce moment là [...] C'est elles qui peuvent également être amenées à introduire des compléments, mais voilà, on essaye d'éviter au max.
	SF10	(...)ça incite à donner des biberons, et parfois à installer un allaitement mixte alors que c'était un allaitement exclusif maternel de prévu.
	SF11	(...)essayer de pas trop compléter si il y a pas trop de nécessité, quitte à faire des dextros pour vérifier [...] il y a des protocoles en fait qu'elles vont vraiment respecter et elles vont compléter très facilement [...] il y a quand même le biberon facile, parce que le temps qu'elle sorte machin on est vite à 1h et demie de vie, ça peut faire long si jamais il y a un diabète ou quoi.
	SF12	(...)des fois j'ai déjà vu faire, sans scrupules on donne un biberon parce que la dame elle dort donc tant pis [...] ici on est pas trop pour tout ce qui est alternative, la cuillère, le DAL etc c'est peut être un peu dommage.
	SF13	(...)selon comment ça s'est passé après la césar, si elles ont saignées ou quoi elles ont pas eu peau à peau, et suivant le temps en salle de réveil il a eu un biberon entre temps.
	SF15	(...)on donne vraiment facilement des biberons [...] je crois que par facilité pour les professionnels des fois un petit complément ça se donne facilement.
Peau à peau	SF6	(...)Après il y a surtout je trouve cette histoire de première rencontre, on a souvent tendance à mettre le bébé au sein avant même qu'elles aient pu vraiment rencontrer leur bébé, donc j'aime bien d'abord commencer par un peau à peau et puis après mettre au sein, en tous cas qu'il puisse avoir des signes d'éveil, de succion [...] plus favoriser le peau à peau, on met souvent un peu les bébés dans le berceau à côté, donc moi je fais souvent ça, même pour les femmes qui ont accouché voie basse, de les mettre soit tous nus, soit juste posés et on fait comme un bandeau de portage on les cale, je pense que ça ça leur permet d'avoir déjà plus de lien avec leur bébé, et d'être moins dans l'impuissance de pas pouvoir l'attraper.
	SF13	(...)les services IHAB mettent au sein très rapidement, et font du peau à peau dès le post-césarienne, en salle de réveil, mais pour ça il faut une pièce à 25°C [...] faire de l'autoexpression manuelle, de manière à recueillir des petites seringues de colostrum, ce qui précieux pour les soins de bouche et l'allaitement du bébé [...] Le peau à peau aide justement ce comportement inné, aide la maman à secréter de la prolactine, ça s'est prouvé.
Explications	SF4	(...)je les accompagne si elles en ont envie, j'explique beaucoup, je les informe beaucoup sur les crevasses, surtout sur les positions et je leur dit qu'elles essayent, je leur explique pour qu'elles essayent et après je leur dit de me rappeler.

	SF8	(...) bien les prévenir que l'anesthésie qu'elles ont eu peut retarder la montée de lait, parce que des fois ça les contrarie un peu les patientes, ça les inquiète des fois plus qu'autre chose.
	SF14	(...) j'aime bien déculpabiliser les femmes qui veulent allaiter tout de suite en salle de réveil.
ML tardive	SF6	(...) Elles ont parfois des montées de lait un peu retardées donc vraiment les rassurer, leur dire que c'est tout à fait normal et qu'il faut être patient.
	SF7	(...) on va peut-être plus être vigilants sur la montée laiteuse, vu qu'elle peut être un peu retardée, elles peuvent parfois rentrer sans que ce soit vraiment bien mis en place, donc peut-être qu'on va plus les rassurer de ce côté là et moins s'inquiéter si ça vient pas là tout de suite.
	SF8	(...) la montée de lait elle vient plus tard parce qu'elles ont quand même reçu souvent beaucoup plus d'antalgiques, en tous cas de médicaments d'anesthésie que une accouchée voie basse [...] bien les prévenir que l'anesthésie qu'elles ont eu peut retarder la montée de lait, parce que des fois ça les contrarie un peu les patientes, ça les inquiète des fois plus qu'autre chose... Elles trouvent ça un peu long tu vois, 2 jours 2 jours et demi c'est longuet.
	SF10	(...) Souvent les bébés sont un peu plus glaireux je trouve, après une césarienne, donc ça aussi ça peut compromettre un peu l'allaitement, parce que les bébés sont plus nauséux, plus irritables parce qu'ils ont faim mais en même temps sont gênés etc donc c'est vrai que ça c'est difficile les premiers jours, et ça peut nous amener aussi parfois à les réaspirer alors qu'ils ont été allaités déjà donc ça peut aussi jouer.
	SF11	(...) après une césarienne programmée la montée de lait se fait quand même plus difficilement qu'une césarienne en cours de travail.

Organisation	
Collaboration	SF1 (...)On est un binôme, donc sage-femme et auxiliaire, après généralement c'est l'auxiliaire en première intention, si jamais elle a des difficultés soit elle demande à ses collègues soit elle demande à la sage-femme, mais si la sage-femme est dans la chambre c'est la sage-femme, en tous cas on travaille euh en binôme... Donc on arrive souvent, pas tout le temps des fois c'est très compliqué, mais on arrive à prendre du temps pour elles, que ce soit l'auxiliaire ou nous... Au final c'est le plus important le temps je pense.
	SF2 (...)On travaille en binôme avec les auxiliaires, elles elles font tous les soins bébés, et après, l'alimentation c'est un peu mixte... En fait, si ça va bien, globalement les AP se débrouillent, nous aussi, mais après dès qu'il y a quelque chose qui sort de l'ordinaire, un bébé qui est complété, qui a du mal à téter, celle qui a constaté ça elle le transmet à l'autre et du coup on est plus attentives, toutes les deux... Voilà, si elles m'ont dit qu'il y a une maman qui a plus de mal à mettre au sein, moi quand je vais aller la voir, je vais lui demander comment ça s'est passé, si elles veulent que je l'aide, si... Alors que si elle me dit c'est son 3ème allaitement tout roule, je vais pas forcément plus lui demander que ça.
	SF3 (...)si jamais au bout de plusieurs tentatives, les positions je demande à mes collègues de venir m'aider, et puis si jamais on y arrive pas on se laisse un petit peu de temps et on réessaye.
	SF4 (...)A l'UK, je fais pas d'allaitement, parce qu'on a 25 patientes, 10 sorties par jour, 10 entrées par jour donc je fais pas d'allaitement et les infirmières s'en chargent plus c'est organisé comme ça.
	SF5 (...)ici c'est beaucoup les auxiliaires qui gèrent l'allaitement j'avoue.
	SF7 (...)Bah c'est vrai qu'en ce moment on a pas trop le temps, d'habitude un peu plus, c'est vrai qu'on délègue pas mal aux auxiliaires de puériculture pour les allaitements, c'est plutôt elles qui vont être plus présentes pour les mamans, surtout qu'elles vont en général appeler en sonnant et c'est plutôt les AP qui répondent au sonnettes... Mais c'est vrai qu'on est un peu moins présentes, notre aide elle est un peu plus ponctuelle.
	SF9 (...)Ici l'allaitement est quand même principalement géré par les AP, nous disons que quand on va les voir on fait leur examen et tout ça on discute un peu de l'allaitement ou on aide à mettre au sein mais voilà, la gestion de l'allaitement c'est plutôt les AP, [...] je trouve qu'on gère pas assez les allaitements, et on est un peu démunis face à ça, parce que c'est pas la main mise par les AP non plus, mais on perd un peu notre place dans ce système là et cette organisation là... Après c'est aussi à nous de savoir la reprendre notre place, mais c'est difficile au niveau de l'organisation du service parce qu'on a quand même du coup les bébés qui sont gérés par les puer et les AP et nous on gère les mamans, mais on gère pas ce couple maman-bébé, et du coup c'est compliqué de pas avoir ce lien, et la gestion de l'allaitement du coup est compliquée. [...] des fois on passe un peu à côté du séjour de l'enfant, même si il y a des transmissions un peu, mais bon, je trouve que ça fonctionne pas très très bien. Je pense qu'on va toutes te dire ça mais on passe souvent à côté des allaitements.
	SF10 (...)Le jour c'est plus les AP, nous on a pas le temps, on est toute seule pour toutes les patientes c'est impossible elles sont 25 quand c'est plein.
	SF11 (...)moi je le fais presque pas parce que les AP s'en occupent [...] nous en tant que sage-femme ici on s'occupe que des mamans et pas des bébés, du coup c'est que les auxiliaires qui gèrent les allaitements, et en fait elles nous demandent pas du tout notre avis, même s'il y a un problème on va jamais être sollicitées [...] on est pas impliquées parce que c'est les puer et les AP, enfin surtout les auxiliaires qui gèrent, qui elles-mêmes sont pas très impliquées parfois, et en plus les équipes elles changent tout le temps parce qu'elles sont en 7h, et elles ont énormément de boulot.

SF12	(...)la journée c'est vraiment hyper, catégorisé, c'est vraiment AP la nuit quand t'as plus du temps, surtout qu'elles utilisent surtout la sonnette plutôt que le bip des AP, et si elles t'appellent pour la mise au sein moi j'y vais
SF13	(...)c'est surtout les AP, les infirmières sont malheureusement pas encore formées pour, celles qui ont le cœur elles vont le faire, le problème c'est qu'il y a en ce moment un turn-over important de personnel [...], ou alors les sages-femmes qui comme moi font deux heures non payées chaque jour pour essayer de donner un coup de main là dessus. Donc c'est personnes dépendantes, surtout les AP, et encore, surtout le matin elles ont les bains à faire, les sorties, on est compliqués au niveau de l'organisation.
SF14	(...)l'organisation emblématique de cette mater, c'est les AP s'occupent de l'allaitement. Donc nous on peut apporter notre aide au moment où ça sonne et que c'est pour l'allaitement on va mettre un peu notre grain de sel, faire attention aux positions, à la fréquence des tétées, des petits conseils en plus de ce que vont dire les AP, mais c'est vraiment elles qui ont la main mise sur l'allaitement ici... Donc c'est toute l'organisation qui est à revoir.
SF15	(...)en salle de naissance clairement nous on gère pas on a pas le temps, en suites de couches je vais faire une fois de temps en temps mais sinon c'est les AP, c'est pas du tout possible de gérer les allaitements dans l'organisation actuelle des choses, faudrait vraiment tout changer, mais voilà c'est comme ça, on s'occupe que des mamans, et quand on peut on glisse quelques mots, on aide à positionner mais voilà on peut pas gérer toutes les sonnettes pour l'allaitement.
SF1	(...)Donc on arrive souvent, pas tout le temps des fois c'est très compliqué, mais on arrive à prendre du temps pour elles, que ce soit l'auxiliaire ou nous... Au final c'est le plus important le temps je pense.
SF2	(...)Après ça dépend pas mal des jours, en fait si j'ai des patientes qui vont pas très bien, donc qui ont de la fièvre ou qui ont des désunions ou des choriois, enfin voilà, si j'ai des patientes qui vont pas très bien bah du coup j'ai pas trop le temps de m'en occuper, parce du coup je prends beaucoup de temps à gérer ça, à faire les bilans, mine de rien de faire tous les soins infirmiers ça prend quand même du temps, faire les bilans les récupérer, rappeler le médecin, faire les traitements, les antibiotiques, et du coup il suffit qu'on ait deux patientes comme ça sur les 7 qu'on a, et puis ben là les allaitements, c'est plus les AP, et parfois un peu personne hein, les dames elles se débrouillent un peu toutes seules.
SF3	(...) ça m'arrive quand je vois qu'un bébé est éveillé de le faire, on a pas forcément le temps de poursuivre la mise au sein, comme on le souhaiterait et à ce moment là on appelle nos collègues pour faire le relais, mais ça c'est l'idéal, quand on peut [...]. Pas tout le temps clairement, quand on peut on prend le temps, je sais que moi quand je suis là et que la patiente le réclame, sauf si vraiment j'ai un million de choses à faire, qui doivent être faites par moi et pas forcément par mes collègues ou par les AP, mais quand c'est possible je préfère essayer moi, parce que pour ma pratique forcément c'est ce qui va m'aider, parce que si je le fais jamais, c'est sûr que ça va être difficile.
SF4	(...)A l'UK, je fais pas d'allaitement, parce qu'on a 25 patientes, 10 sorties par jour, 10 entrées par jour donc je fais pas d'allaitement et les infirmières s'en chargent plus c'est organisé comme ça.
SF5	(...)y aller plus régulièrement, c'est un peu compliqué au vu du nombre de patientes, mais peut-être se dire que toutes les 3 heures on va avec la dame, on va l'aider à mettre au sein, donc plus d'accompagnement ça c'est sûr, si on avait le temps ça serait idéal, d'être un peu plus derrière elle.
SF6	(...)Ici quand on est 3 sages-femmes, ou qu'il y a une infirmière en plus on le temps de s'occuper d'elles comme on veut, et puis le temps on peut toujours l'avoir, ça dépend où on met les priorités, mais si on est pas trop systématiques dans notre travail on a du temps.
SF7	(...)c'est vrai qu'en ce moment on a pas trop le temps, d'habitude un peu plus, c'est vrai qu'on délègue pas mal aux auxiliaires de puériculture pour les

Temps

SF9	(...)là tel que c'est on aurait clairement pas le temps de s'occuper des bébés en plus des mamans, je pense qu'il faudrait une réorganisation totale du service, il faudrait qu'il y ait 2 sages-femmes et que du coup on ait la moitié des patientes mais qu'on gère le couple maman-bébé, là ça serait possible. Mais en l'état actuel des choses, ça nous prend tout notre temps de s'occuper des mères, on a 25 patientes ça prend énormément de temps.
SF10	(...)Après on a clairement pas le temps de s'occuper des allaitements, moi je le fais beaucoup la nuit, je prend beaucoup plus plaisir parce que c'est plus calme, après souvent elles ont pas de visite, t'es un peu plus intime, calme, c'est la nuit etc, et puis souvent elles nous appellent pour ça, on est plus à même de s'occuper des allaitements la nuit que le jour.
SF12	(...)la journée on a pas du tout le temps de gérer les allaitements, t'as 20 chambres dont plusieurs qui sont double, donc clairement ça fait un paquet de patientes.
SF13	(...)étant donnée la situation, les sages-femmes en suites de couches elles ont pas vraiment le temps pour les mises au sein.
SF15	(...)clairement nous on gère pas on a pas le temps.
Enjeux de la sortie	SF2 (...)Le poids c'est un truc... Parce qu'en fait s'ils ont pas repris de poids on peut pas les laisser sortir et comme les lits c'est toujours un problème critique, ben voilà c'est juste ça, donc on est un peu psychorigide du poids.
	SF11 (...)elles vont complétement très facilement, le but c'est les dames et les bébés sortent à J2 donc en fait il faut que le bébé ait repris du poids au détriment de l'allaitement [...] le but c'est que le bébé ait repris du poids donc il y a jamais de DAL ou des trucs comme ça.
	SF12 (...)c'est des dames qui sortent tôt, on veut qu'ils reprennent du poids.
Discours divergents	SF4 (...)ce qui pêche c'est les informations contradictoires, j'ai une patiente hier qui s'est retrouvée à tirer son lait pour le redonner ensuite avec un DAL parce qu'elle voulait plus mettre au sein, c'est l'horreur dans quoi elle s'embarque je vois pas l'intérêt... C'est mes collègues AP qui ont trouvé ce compromis mais moi j'aurais jamais fait ça par exemple [...] l'allaitement c'est quelque chose de très subjectif, très professionnel dépendant. Le discours qu'on a ça dépend de notre sensibilité à l'allaitement, en plus on est presque que des femmes, celles qui ont déjà allaité, qui du coup ont une expérience personnelle, ont un discours plus engagé on va dire, notamment celles pour qui ça s'est bien passé... Moi c'est vrai que je m'en fous un peu, si une patiente me dit qu'elle veut arrêter je cherche pas plus loin, j'essaye pas de la convaincre.
	SF10 (...)on leur propose beaucoup de garder les bébés, parce qu'elles ont un peu plus mal, parce qu'elles sont fatiguées, donc ça ça coupe un peu, enfin c'est les pratiques des puer, mais c'est vrai que moi je le ferais pas forcément ou du moins sur une courte durée, entre deux tétées par exemple, parce que ça incite à donner des biberons, et parfois à installer un allaitement mixte alors que c'était un allaitement exclusif maternel de prévu.
	SF15 (...)je trouve qu'ici on les pousse pas trop... Je trouve qu'aussi on se concerte pas trop entre équipes [...] les fois où j'ai voulu gérer un peu les allaitements parce que j'aime ça, bah j'ai senti que finalement je disais aux dames tout le contraire de ce qu'on leur avait dit 2 heures avant donc au final, je me sentais un peu mal.

Humain (versant patients)	
Motivation	<p>SF5 (...) Les patientes qui sont hyper motivées, elles franchement je vois pas vraiment de différence.</p> <p>SF6 (...) Je constate en tout cas en libéral que les femmes qui ont eu une césarienne allaient parfois plus facilement que des femmes accouchements voie basse [...] je constate en tout cas en libéral que les femmes qui ont eu une césarienne allaient parfois plus facilement que des femmes qui ont eu des accouchements voie basse [...] c'est comme un effet de rattrapage, donc elles s'accrochent vraiment plus sur leur allaitement... Comme si, surtout sur des césariennes qui ont été compliquées avec euh, donc elles s'accrochent énormément, elles se démenent pour trouver plein de solutions après.</p>
PNP	<p>SF2 (...) Après il y en quand même qui ont fait de la prépa en anténatal, on le voit, qui en ont discuté avec leur sage-femme libérale avant, après elles arrivent avec plus ou moins des bouts de seins, de la crème des trucs comme ça [...] je pense que en tous cas ça veut dire qu'elles y ont réfléchis avant, ce qui est déjà voilà, parce que déjà quand elles ont fait une partie du chemin dans leur tête... Et puis on les a prévenues que c'était souvent, que c'était à la demande, voilà tout ça ça aide, et globalement celles dont c'est pas le premier, c'est plus facile quoi, voilà.</p> <p>SF13 (...) Ce qui peut-être intéressant c'est une réunion où on parle des rythmes du bébé, et une des premières raisons d'arrêt d'allaitement ça peut être la douleur, mais aussi la fatigue donc d'en avoir parlé avant c'est important.</p>
Vécu	<p>SF1 (...) moins envie car elles sont plus fatiguées en fonction de l'heure à laquelle elles ont été césarisées et les conditions de leur césarienne.</p> <p>SF5 (...) celles qui ont eu une hémorragie elles sont fatiguées, après ce que je fais moi c'est que j'essaye vraiment qu'elles soient soulagées et qu'elles puissent s'occuper de leur bébé plus facilement [...] Après je sais pas si le retard de la montée de lait après la césarienne c'est dû à la césarienne en elle-même ou à la fatigue et autre.</p> <p>SF6 (...) ça dépend de la césarienne, si c'est une césarienne programmée, qu'elle était tout à fait en accord avec cette césarienne, ça se passe plutôt bien et je trouve que la récupération est très rapide, si c'est une césarienne en urgence avec un travail difficile où il y a eu beaucoup de peur bah c'est plus difficile de récupérer derrière, le corps est un peu traumatisé, tout comme le psychisme... Ça met vraiment beaucoup de temps, et même moi à domicile, c'est des patientes qui ont mal longtemps, jusqu'à 1 mois, 1 mois et demi après la césarienne, elles mettent du temps à se réapproprier leur corps.</p> <p>SF12 (...) En général ça se passe bien pour l'allaitement maternel après les césariennes, enfin sauf si elles sont vraiment trop fatiguées [...] sauf si c'est une césarienne vraiment hyper compliqué et qu'elles sont vraiment trop fatiguées, des fois on propose assez vite des biberons.</p> <p>SF13 (...) ça dépend du contexte de la césarienne, c'est pas pareil une césarienne avec échec de déclenchement, 12h de travail derrière, une femme qui est épuisée, qui a saigné, d'une césarienne programmée [...] elles sont déstabilisées, elles ont eu la césarienne, donc souvent elles subissent, elles se disent qu'on fait ce qu'il y a de mieux, sauf qu'on fait pas ce qu'il y a de mieux, elles s'abandonnent aux professions médicales ou paramédicales.</p> <p>SF15 (...) il y a déjà une difficulté après la césarienne, c'est que l'enfant est pas près de sa mère dès le départ donc, souvent il passe du temps ici, il fait froid au réveil donc on lui amène pas, il suffit qu'il y ait une autre dame à côté et pareil on lui amène pas son bébé donc c'est difficile.</p>

Humain (versant soignants)		
Implication	SF5	(...)l'accompagnement et la motivation des équipes ça conditionne vachement l'allaitement maternel, sur la durée d'allaitement, la poursuite de l'allaitement au retour à domicile... C'est sûr qu'un personnel qui est pas motivé ou qui a pas le temps juste ça va être moins motivant pour la dame et elle va peut-être moins s'acharner [...] il faut aussi vraiment prendre en compte l'expérience professionnelle et personnelle, par exemple moi je sais que je veux pas allaiter, ça me dégoûte, donc quand ta patiente sonne à 3 heures du matin pour ça faut se motiver pour l'aider. En plus à l'école, je sais pas pour toi, mais nous à l'école on a quelques cours rapides mais au final tu pratiques pas donc c'est pas terrible. Ici on a des formations faites par les conseillères en lactation, et franchement moi j'ai tout appris avec elles. La formation est pas suffisante pour moi à l'école, et heureusement qu'on a la formation continue.
	SF11	(...)on est pas impliquées parce que c'est les puer et les AP, enfin surtout les auxiliaires qui gèrent, qui elles-mêmes sont pas très impliquées parfois, et en plus les équipes elles changent tout le temps parce qu'elles sont en 7h, et elles ont énormément de boulot.
	SF12	(...)je pense qu'il y a des filles qui direct passent la main, qui disent « bah non appelez tel Bip » [...] il y a des discours qui changent mais je pense pas qu'il y ait vraiment des aberrances entre les équipes sur ce qu'on dit tu vois... Je pense qu'en effet les équipes il y en a qui sont pas trop allaitement ou pas trop à l'aise, t'en as quand même qui sont calées.
Formation	SF7	(...)J'ai fait la formation De Gasquet il y a pas longtemps, là début du mois, et du coup ça m'a vachement plus sensibilisée à toutes les postures [...] C'est vrai qu'on est formés à l'école de sages-femmes à tout ce qui est ergonomie etc, mais on y pense un peu moins je pense au fur et à mesure des années, souvent on est pressées et on fait un peu tout vite, et du coup là ça m'a fait tilt je sais pas, ça m'a vraiment bien parlé.
	SF12	(...)On peut avoir des formations allaitement si on a envie en plus.
	SF13	(...)si on les aide et on les forme ils sont plein de bonnes intentions, mais il y a pas encore le service formation qui est là [...] quand on fait une formation sur l'allaitement, il y a pas que le côté technique, il y a le côté communication, comment on soutient, comment on aide, même si on a pas le temps.

Auxiliaires de puériculture	
AP1	<p>« En suites de couches souvent le problème c'est plus la fatigue, et la douleur due à l'opération, mais sinon après on prend bien en charge tout ça »</p> <p>« Moi personnellement je préfère que la patiente soit allongée, on peut mettre un oreiller pour que le bébé soit positionné comme si on donnait le biberon mais allongé. »</p> <p>« Celles qui ont déjà allaité elles ont l'expérience, et celles qui n'ont pas allaité c'est un peu compliqué et il y a la peur, l'angoisse, la peur de ne pas y arriver, de pas faire les choses correctement. »</p> <p>« Nous on s'occupe de l'allaitement on est là pour ça, les sages-femmes s'occupent de la maman et nous de l'enfant et de la maman après... Si la sage-femme elle est disponible elle peut aider pour la mise au sein, mais si elle est occupée c'est notre rôle aussi de le faire. Nous de toutes façons en tant qu'auxiliaire ou AS on se réfère toujours à ce que dit la sage-femme, on va toujours vers la sage-femme pour savoir qu'est ce qu'on doit faire, dans chaque cas ce qu'on doit faire, demander des conseils, et nous on fonctionne en fonction de ce que la sage-femme nous dit de faire en fait. »</p>
AP2	<p>« J'essaye de vraiment la motiver, on voit les positions aussi parce qu'il y a les douleurs à prendre en compte, de la cicatrice. »</p> <p>« Après moi je suis pas vraiment pro-allaitement hein, moi je suis pour une relation saine en fait entre le bébé et la maman, que ce soit un biberon ou un allaitement. Donc pour moi c'est le lien qui compte, et pas vraiment le sein ou pas... Donc si vraiment la maman elle est douloureuse et qu'elle n'est pas bien, qu'elle n'a pas envie, faut pas la forcer non plus, je trouve que ça sert à rien à part donner entre guillemets des ondes négatives au bébé, et je ne trouve pas ça bien. »</p> <p>« Il faut prendre en compte la douleur, et son état physique, moral, son envie par rapport à l'allaitement, si c'est une première fois ou pas. »</p> <p>« Avec les sages-femmes ça se passe bien, beaucoup comptent sur nous par rapport à ça, après celles qui nous connaissent oui elles comptent sur nous nous pour mettre au sein, pour les conseils tout ça... On discute entre nous par rapport à ça... Nous on nous propose aussi des formations là-dessus, et moi j'adore ça en tous cas. »</p>

Glossaire

- OMS : Organisation mondiale de la santé
- AHRQ : Agency for healthcare, research and quality
- CRAT : Centre de Référence des Agents Tératogènes
- EVA : Échelle visuelle analogique
- SSPI : Salle de surveillance post-interventionnelle
- IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés
- ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
- INDS : Institut National des données de santé
- PRADO : Programme de Retour à Domicile
- SA : Semaines d'aménorrhées

Bibliographie

1. OMS. Cible mondiale de nutrition 2025: Note d'orientation sur l'allaitement au sein. 2017.
2. OMS. L'insuffisance des investissements en faveur de l'allaitement nuit aux nourrissons et aux mères de par le monde [Internet]. [cité 2 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/01-08-2017-babies-and-mothers-worldwide-failed-by-lack-of-investment-in-breastfeeding>
3. Salavane B. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épifane, France, 2012. 2012.
4. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010. 2016.
5. Ibanez G, Martin N, Denantes M, Saurel-Cubizolles M-J, Ringa V, Magnier A-M. Prevalence of breastfeeding in industrialized countries. Rev Epidemiol Sante Publique. août 2012;60(4):305-20.
6. EURO-PERISTAT Action - Euro-Peristat [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.euoperistat.com/index.php/our-project/euro-peristat-action.html>
7. Turck D, Razanamahefa L, Dazelle C, Gelbert N, Gremmo-Féger G, Manela A, et al. Plan d'action : allaitement maternel. Médecine Nutr. 2010;46(3-4):25-47.
8. Wagner S. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. :11.
9. Retbi J-M. L'allaitement maternel, un véritable challenge après une césarienne. [Internet]. 28 janv 2011 [cité 2 janv 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/279647>
10. Pérez-Escamilla R, Maulén-Radovan I, Dewey KG. The association between cesarean delivery and breast-feeding outcomes among Mexican women. Am J Public Health. juin 1996;86(6):832-6.
11. Chantry AA, Monier I, Marcellin L. Allaitement maternel (partie 1) : fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation. Recommandations pour la pratique clinique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2015;44(10):1071-9.
12. Turck D, Vidailhet M, Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, Chouraqui J-P, et al. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Arch Pédiatrie. 1 nov 2013;20:S29-48.
13. American academy of pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. 1 mars 2012;129(3):e827-41.

14. Agency for healthcare Research and Quality (AHRQ). Breastfeeding and maternal and infant health outcome in developed countries. AHRQ Publ. avr 2007;7:524.
15. WHO Evidence on the long-term effects of breastfeeding [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 17 mars 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241595230/en/
16. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* oct 1999;70(4):525-35.
17. Owen CG, Whincup PH, Odoki K, Gilg JA, Cook DG. Infant Feeding and Blood Cholesterol: A Study in Adolescents and a Systematic Review. *Pediatrics.* 1 sept 2002;110(3):597-608.
18. Bénéfices pour la santé de la mère et de l'enfant [Internet]. [cité 17 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf>
19. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet.* janv 2016;387(10017):475-90.
20. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *Am J Clin Nutr.* nov 2006;84(5):1043-54.
21. SPF. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épipane, France, 2012 [Internet]. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: [/notices/taux-d-allaitement-maternel-a-la-maternite-et-au-premier-mois-de-l-enfant.-resultats-de-l-etude-epifane-france-2012](#)
22. Zanardo V, Svegliado G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P, et al. Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth Berkeley Calif.* déc 2010;37(4):275-9.
23. Salanave B, de Launay C, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012). *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* sept 2014;62:S182.
24. Karlström A, Engstrom-Olofsson R, Norbergh K, Sjoling M, Hildingsson I. Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2007;(36):430-40.
25. Sabatino G. Les douleurs post-césariennes. *Rev Sage-Femme.* juin 2019;18(3):135-44.
26. Hopital Armand Trousseau. Le CRAT [Internet]. [cité 1 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.lecrat.fr/sommaireFR.php>
27. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Post-Partum (texte court) [Internet]. 2015 [cité 2 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique>
28. Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, Brockway M, Tough SC. The impact of

- caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth*. déc 2016;16(1):90.
29. S.Douville, L.Levesque. Enquête sur les arrêts précoces de l'allaitement à la maternité du Havre. *Rev Sage-Femme*. 2008;(7):3-8.
 30. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency Cesarean section in comparison with elective Cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *J Psychosom Obstet Gynecol*. janv 1998;19(3):135-44.
 31. Glorieux L. Césarienne en urgence: le vécu des femmes. Dumas; 2018.
 32. Fabregoul J. Vécu de la césarienne en urgence et de l'accompagnement par les professionnels [Internet]. EM-Consulte. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1213594/vecu-de-la-cesarienne-en-urgence-et-de-l-accompagn>
 33. Nissen E, Uvnäs-Moberg K, Svensson K, Stock S, Widström AM, Winberg J. Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by caesarean section or by the vaginal route. *Early Hum Dev*. 5 juill 1996;45(1-2):103-18.
 34. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Bołtrusko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. 2002;91(12):1301-6.
 35. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr*. mai 2012;95(5):1113-35.
 36. Contenu politique IHAB. 2017.
 37. OMS. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. 1999.
 38. OMS. WHO | Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018) [Internet]. WHO. 2018 [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>
 39. Kehlet H, Wilmore D. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg*. 2002;6(183):630-41.
 40. Fuchs F, Benhamou D. Césarienne et post-partum. Recommandations pour la pratique clinique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 déc 2015;44(10):1111-7.
 41. ANAES. Allaitement maternel, mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations. 2002.
 42. Morau E, Bonnal A, Deras P, Dehon A. Césarienne, allaitement et douleur. *Prat En Anesth Réanimation*. sept 2012;16(4):206-12.

43. Brown A, Jordan S. Impact of birth complications on breastfeeding duration: an internet survey. *J Adv Nurs.* avr 2013;69(4):828-39.
44. Leche League. AA 110 : Vivre une césarienne et réussir son projet d'allaitement [Internet]. [cité 3 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1909-aa-110-vivre-une-cesarienne-et-reussir-son-projet-d-allaitement>
45. Moore ER, Anderson GC. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *J Midwifery Womens Health.* avr 2007;52(2):116-25.
46. Bigot S, Lionnet C, Perrotin F, Saliba E. Recours aux compléments à la maternité chez les nouveau-nés allaités. *Arch Pédiatrie.* 1 déc 2012;19(12):1282-8.
47. A.Dorut. Soutien à l'allaitement maternel en maternité. *Vocat Sage-Femme.* 2019;18(139):37-41.
48. Wyniecki A, Benhamou D. Réhabilitation précoce postopératoire après césarienne. *Rev Médecine Périnatale.* 1 sept 2012;4.
49. Lee Y-H, Chang G-L, Chang H-Y. Effects of education and support groups organized by IBCLCs in early postpartum on breastfeeding. *Midwifery.* août 2019;75:5-11.
50. Carte de France des maternités labellisées IHAB - IHAB France [Internet]. IHAB. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.i-hab.fr/maternites-labellisees-ihab/carte-des-maternites-labellisees/>
51. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nés
52. Gremmo-Féger G. Allaitement maternel : quoi de neuf en 2015 ? 2015;11.
53. Patel RR, Liebling RE, Murphy DJ. Effect of operative delivery in the second stage of labor on breastfeeding success. *Birth Berkeley Calif.* déc 2003;30(4):255-60.

Résumé

Titre : Initiation de l'allaitement maternel après une césarienne : accompagnement par les sages-femmes de suites de couches

Situation d'appel : L'allaitement maternel est un enjeu de santé publique. Ses bénéfices pour la mère et pour l'enfant ont été démontrés à de nombreuses reprises. L'OMS a pour objectif d'ici 2025 d'obtenir un taux d'allaitement maternel exclusif au sein de 50% dans les 6 premiers mois de vie au niveau mondial. Les taux d'allaitement maternels en France sont parmi les plus bas d'Europe, et ce encore plus après une césarienne. La littérature nous montre que l'accompagnement des patientes césarisées dans le post-partum est un élément clé pour la mise en place de l'allaitement maternel.

Objectif : Décrire les pratiques des sages-femmes lors de l'initiation de l'allaitement maternel en suites de couches après une césarienne et identifier l'existence de facteurs favorables ou défavorables à la mise en œuvre de l'allaitement maternel après une césarienne.

Méthodologie : Pour mener à bien cette étude, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 15 sages-femmes travaillant dans 3 maternités d'Île de France.

Résultats : Les sages-femmes identifient les difficultés retrouvées dans la littérature mais soulèvent de nouveaux points, tels que l'organisation du service ou l'impact de l'opinion personnel des soignants. Elles mettent en œuvre différentes pratiques afin de prendre en charge la douleur et aider les patientes à se positionner, et accompagner les mères dans la mise en place de l'allaitement maternel.

Discussion : Avec ces résultats on peut voir que les principales difficultés à l'accompagnement des patientes dans la mise en place de leur allaitement maternel sont liées à l'organisation du service. La prise en charge de la douleur est aussi importante mais facilement surmontée par les équipes. Une remise en question de certaines de nos pratiques apparaît comme essentielle.

Mots-clés : allaitement maternel ; césarienne ; sage-femme ; accompagnement

Nombre de pages : 56

Nombre de références : 53

Nombre d'annexes : 1

Abstract

Title : Initiation of breastfeeding : Support by midwives in the first days of post-partum in hospital

Background : Breastfeeding is a serious issue for public health. Benefits for both mother and child have been proved since a while. The World Health Organization has as an objective for 2025 to achieve 50% of breastfeeding until the 6 months of the child. French rates of breastfeeding are among the lower in Europe, and even lower after a cesarean delivery. Literature shows us that support by the midwives and all the team during the hospitalization is the key to improve breastfeeding after a cesarean delivery.

Objective : Describe midwives practices during the first days of post-partum after a cesarean, and identify favorable or defavorable factors for breastfeeding initiation.

Methods : Semi-directive interviews of 15 midwives working in mother-infant care unit have been done in 3 hospital in the Ile de France area.

Results : Midwives identify difficulties found in the litterature, but raises new points like organisation of the care unit, or importance of the opinion of the team about breastfeeding. Their practices are the following : relieve the pain and help for breastfeeding.

Discussion : The results shows us that organisation is a real difficulty for support of mother in the beginning of the breastfeeding, particularly after a cesarean delivery. Moreover, appropriate care of pain is important but easily overcome by midwives. A real questioning of our practices seems to be really necessary to improve breastfeeding rates.

Key-words : breastfeeding ; cesarean ; midwives ; support