



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Facteurs liés à l'absence de tétée pendant les deux premières
heures de vie suivant un accouchement par voie basse**

Présentée et soutenue publiquement le 7 octobre 2014 à 18 heures
au Pôle Recherche
Par Pierre-Emmanuel Zamia

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Dominique Turck

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Philippe Deruelle

Monsieur le Docteur Pierre Richart

Monsieur le Docteur Thameur Rakza

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Damien Subtil

Table des matières

Résumé	11
Introduction	12
Matériel et méthodes	14
Résultats	17
Discussion	20
Conclusion	23
Tableaux	24
<u>Tableau 1.</u> Caractéristiques des patientes et des nouveau-nés de l'étude (n=30)	
<u>Tableau 2.</u> Facteurs maternels néonataux et environnementaux liés à l'absence de tétée pendant les deux heures suivant l'accouchement	
Annexes	26
<u>Annexe 1.</u> Autorisation individuelle d'être filmé(e), photographié(e), et/ou interviewé(e)	
<u>Annexe 2.</u> Fiche de recueil : Caractéristiques des patientes et des nouveau-nés	
<u>Annexe 3.</u> Fiche de recueil : Description des événements survenus pendant les deux premières heures de vie du nouveau-né	
<u>Annexe 4.</u> Description des événements survenus pendant les deux premières heures de vie du nouveau-né	
Bibliographie	32

Résumé

Contexte : A la naissance, la réussite de l'allaitement maternel semble en rapport avec la possibilité que le nouveau-né soit mis en peau-à-peau et tête pendant les deux premières heures de vie. En pratique, les événements qui surviennent pendant ces deux heures - notamment le nombre et la cause des interruptions du « peau-à-peau » - sont mal connus, ainsi que leur influence possible sur la survenue d'une tétée. L'objectif de cette étude est de rechercher les facteurs liés à l'absence de tétée pendant les deux premières heures de vie.

Matériel et Méthodes : 30 patientes souhaitant allaiter ont donné leur accord pour que les deux premières heures de vie en peau-à-peau du bébé soient observées et analysées.

Résultats : Les femmes n'ayant pas réussi à allaiter pendant les deux heures étaient toutes nullipares, alors que parmi les femmes ayant allaité leur nouveau-né, seulement la moitié l'étaient (100.0 vs 47.8%, $p < 0.05$). Les nouveau-nés n'ayant pas réussi à téter avaient un pH artériel plus bas que les nouveaux nés qui y étaient parvenu (7.18 vs 7.24, $p < 0.05$), et étaient interrompus plus précocement pendant le peau-à-peau, même si la différence n'était significative que pour la seconde interruption (première interruption à 13.7 vs 50.3 min, $p = 0.11$, seconde interruption à 28.5 vs 69.4 min, $p < 0.05$). Enfin, cinq seulement des sept nouveau-nés n'ayant pas tété avaient été mis au sein, alors que cette mise au sein avait été réalisée chez tous les nouveau-nés ayant tété (71.4 vs 100.0%, $p = 0.05$).

Conclusion : Pendant les deux premières heures de vie, l'absence de mise au sein et les interruptions précoces du peau-à-peau diminuent les chances de première tétée pendant cette période.

Introduction

L'allaitement maternel comporte de nombreux avantages médicaux pour la mère et son nouveau-né (1,2). Dans les pays en voie de développement, il diminue la mortalité infantile (1). Dans les pays industrialisés, il diminue le risque de mort inattendue du nourrisson, d'infections pendant la petite enfance, d'asthme et d'eczéma chez les enfants à risque d'allergie, d'obésité et de surpoids, de diabète de type 1 et 2, de maladie cœliaque, et de maladies inflammatoires digestives (1,2). Il contribue à l'installation du lien mère-enfant.(3–8). L'allaitement maternel est également bénéfique pour la mère puisqu'il est associé à une diminution des risques de cancer du sein et de l'ovaire, d'ostéoporose, de diabète de type 2, de dépression post-natale et de pathologies métaboliques et cardio- vasculaires(1,2) .

Plusieurs auteurs ont montré que l'instauration d'un peau-à-peau précoce entre le bébé et sa mère favorise la survenue d'une première tétée de manière plus précoce et plus efficace(9–12). Il augmente également le taux d'allaitement à un (8,10,12,13) puis quatre mois (8,14), et d'environ deux mois la durée totale de l'allaitement (5,15). De son côté l'«Initiative Hôpital Ami des Bébé» (IHAB), fondée sur les 10 conditions pour le succès de l'allaitement définies par la déclaration conjointe OMS-UNICEF, recommande qu'un peau-à-peau soit instauré immédiatement après la naissance pendant au moins une heure avec la mère (16,17).

Malgré cela, la prévalence de l'allaitement maternel à la naissance en France reste l'une des plus basses d'Europe (18). Des données françaises récentes montrent un taux d'allaitement de seulement 68.7% en post-partum immédiat, dont 60.2 % d'allaitement maternel exclusif (19). Par ailleurs et alors que les maternités engagées dans un processus de labellisation IHAB pour un meilleur accueil du nouveau-né

sont largement majoritaires dans certains pays tels les pays nordiques (100 % des maternités labellisées en Suède), les maternités françaises sont encore réticentes et peu nombreuses à s'engager dans ce type de démarche (20). En effet, la France est le deuxième pays européen ayant le taux de labellisation le plus bas (3% en 2012) (20). Seulement 20 maternités étaient labellisées fin 2013 en France, dont une seule de type 3 (20).

Cherchant à améliorer nos pratiques dans le cadre d'une future labellisation IHAB concernant l'accueil du nouveau-né, une première étude d'observation des deux premières heures de vie de celui-ci a été réalisée (21). L'étude analytique qui fait suite vient compléter ce travail, et a pour but de mettre en évidence d'éventuels facteurs liés à l'absence de tétée au cours de cette période.

Matériel et Méthodes

Nous avons mené une étude prospective, descriptive et analytique entre le 1^{er} Novembre 2013 et le 28 Février 2014 dans une maternité universitaire de type 3. Les patientes étaient éligibles pour l'étude si elles accouchaient par voie basse d'un nouveau-né singleton et mis en peau-à-peau. A l'inverse, les patientes présentant un accouchement par césarienne, un accouchement par voie basse avant 37 semaines d'aménorrhée, une grossesse multiple, une interruption médicale de grossesse ou un décès in utero étaient exclues, de même que les patientes ne désirant ou ne pouvant pas allaiter et/ ou effectuer de peau-à-peau avec leur bébé.

Un nombre arbitraire de 30 observations avait été défini préalablement à l'étude, et les patientes acceptant de participer à l'étude étaient sélectionnées de manière consécutive, chronologiquement, pendant la période de recueil. En cas d'accord oral, les patientes étaient interrogées en salle de travail, avant la naissance de l'enfant, puis observées avec leur nouveau-né à partir de l'accouchement et pendant les deux heures suivant celui-ci. Il leur était également proposé de filmer de courtes séquences pendant les deux heures, dans le but de soutenir les résultats de l'étude par des images, dans le cadre de la diffusion des résultats. Toutes les patientes filmées devaient donner un consentement écrit (annexe 1).

Les données concernant la mère et le nouveau-né étaient colligées à partir de l'interrogatoire et des dossiers médicaux (annexe 2). Concernant les patientes, les caractéristiques suivantes étaient étudiées : l'âge maternel en début de grossesse, l'âge gestationnel, le poids et l'IMC en début de grossesse, l'origine ethnique, le niveau socio-économique, le tabagisme ou non pendant la grossesse, la parité, en précisant chez les multipares l'existence ou non d'un allaitement antérieur. Il était

demandé aux mères si elles avaient ou non reçu une information anténatale concernant l'allaitement et le peau-à-peau. Les patientes ayant décidé d'allaiter avant la naissance étaient distinguées de celles ayant décidé d'allaiter à la naissance. L'état de santé du nouveau-né était lui évalué selon son poids à la naissance, son score d'Apgar à 1 et 5 min, son pH artériel ombilical à la naissance, et son transfert éventuel en unité de soins intensifs néonataux.

Les événements étudiés pendant les deux premières heures de vie étaient les suivants (annexe 3): délai accouchement- mise en peau-à-peau, nature de la personne initiant le peau-à-peau et durée de celui-ci, position initiale du nouveau-né lorsqu'il était placé sur la mère. Les interruptions du peau-à-peau étaient étudiées en nombre et en durée, en relevant leur motif et l'intervenant à leur origine. La première interruption était plus précisément étudiée, par son délai de survenue par rapport à l'accouchement, et sa survenue éventuelle avant la première tétée. Le peau-à-peau avec le père était étudié, ainsi que sa durée s'il avait lieu. Les signes d'éveil du nouveau-né étaient recherchés, ainsi que leur délai depuis l'accouchement. Ils étaient définis par les comportements suivants : « grimaces avec la bouche, mouvements des lèvres, port des doigts et des mains à la bouche, succion des doigts et des mains »(22,23). L'existence ou non d'une mise au sein et/ou d'une expression du sein étaient recherchées, ainsi que la personne qui la ou les réalisait (mère, personnel soignant). Enfin, l'existence ou non d'une première tétée en salle de naissance était notée. Celle-ci était considérée comme effective dès lors que « le nouveau-né ouvrait grand la bouche, plaçait correctement sa langue sous le mamelon, et effectuait des mouvements de succion répétés, afin d'extraire du lait » (9,23).

Les données ont été recueillies à l'aide d'un tableur Excel (Excel 2010 version 14.0, Microsoft, Redmond, USA) et les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R version 3.2.0 (Copyright (C) 2013 The R Foundation for Statistical Computing). La recherche des facteurs maternels, néonataux, et environnementaux liés à l'absence de tétée dans les deux heures a fait appel à des tests bivariés. Les comparaisons entre pourcentages ont été réalisées par le test du chi² ou par le test exact de Fisher en cas d'effectifs faibles (effectifs théoriques inférieurs à 5). Les comparaisons entre moyennes ont été réalisées à l'aide du test non paramétrique de Wilcoxon, sauf dans les cas où l'effectif des groupes était supérieur à 25, permettant l'utilisation du test t de Student. Les pourcentages figurent entre parenthèses et les moyennes sont présentées avec l'écart type de la distribution. Certaines variables sont indiquées avec leur interquartile. Les différences étaient considérées comme significatives si $p < 0.05$, avec une tendance significative lorsque $p < 0.10$.

III Résultats

1789 accouchements ont eu lieu pendant la période d'étude. Après exclusion des accouchements par césarienne (n=346), des accouchements prématurés à < 37 SA (n=207), des grossesses multiples (n=58), des interruptions médicales de grossesse (n=30) et des décès in utero (n=26), 1237 nouveau-nés étaient éligibles pour notre étude (certaines patientes avaient plusieurs motifs d'exclusion). Conformément au plan d'étude, après exclusion de cinq patientes qui ont refusé de participer à l'étude et de trois peau à peau non réalisables (deux nouveau-nés en couveuse, une hémorragie de la délivrance), 30 mères et nouveau-nés ont été explorés pendant les deux premières heures selon notre protocole (2.4%). Parmi les 30 mères, 10 ont également accepté d'être filmées sur de courtes séquences pendant cette période.

Les mères et les nouveau-nés de notre échantillon étaient comparables aux 1237 couples mères-nouveau-nés ayant été pris en charge dans notre maternité pendant la même période. Les caractéristiques des patientes et des nouveau-nés sont détaillés dans l'étude descriptive précédente (21) et sont rappelés dans le Tableau 1.

Les évènements survenus pendant les deux premières heures suivant la naissance, étudiés également dans l'étude descriptive précédente (21), figurent en annexe 4 et nous rappelons ci-dessous uniquement les principaux résultats. Parmi les 30 nouveau-nés, la durée totale du peau-à-peau moyenne était de 90.4 +/- 25 minutes (21). Parmi eux, 17 (56.7%) ont été interrompus au moins deux fois, ces interruptions étant principalement en rapport avec les soins du nouveau-né (21). La première interruption survenait en moyenne à 42.2 +/- 40.8 minutes de la mise en peau-à-peau, et se produisait avant la 1^{ère} tétée dans environ 60 % des cas (21). 23 nouveau-nés sur 30 ont tété pendant les deux premières heures de vie (76.7 %), et

28 sur 30 ont été mis au sein (93.3%) (21). La première tétée survenait en moyenne à 44.6 +/- 21.1 minutes de l'accouchement (21).

L'étude des facteurs maternels, néonataux et environnementaux liés à l'absence de tétée pendant les deux heures suivant l'accouchement figure au Tableau 2. Le premier groupe était constitué des sept nouveau-nés n'ayant pas tété pendant cette période, et le second des 23 nouveau-nés ayant tété. Les mères des nouveau-nés n'ayant pas tété ne différaient des autres ni par leur âge, ni par leur origine ethnique ou leur niveau socio-économique. Elles ne différaient pas non plus par l'âge gestationnel à l'accouchement, la consommation de tabac pendant la grossesse, ou encore l'information anténatale qu'elles avaient reçue concernant l'allaitement. En revanche, les mères n'ayant pas fait téter leur nouveau-né étaient toutes nullipares, alors que parmi les 23 ayant réussi à allaiter leur nouveau-né, seulement 11 l'étaient (100.0 vs 47.8 %, $p < 0.05$). Concernant l'état de santé des nouveau-nés, ceux qui n'avaient pas tété avaient un poids de naissance similaire à ceux qui avaient tété, mais leur pH artériel était en moyenne plus bas (7.18 vs 7.24, $p < 0.05$).

Concernant les facteurs environnementaux, les nouveau-nés n'ayant pas tété étaient mis en peau-à-peau dans un délai similaire, pendant la même durée, et dans la même position que ceux qui avaient tété (Tableau 2). Les nouveau-nés n'ayant pas tété n'étaient pas plus souvent interrompus que ceux ayant tété, et ne l'étaient pas plus longtemps. En revanche, ils avaient tendance à être interrompus plus précocement, même si la différence n'était significative que pour la seconde interruption (première interruption à 13.7 vs 50.3 min, $p = 0.11$, seconde interruption à 28.5 vs 69.4 min, $p < 0.05$). Par ailleurs ni la fréquence ni le délai d'apparition des signes d'éveil ne différaient entre les nouveau-nés selon qu'ils aient tété ou non durant les deux premières heures. Enfin, cinq seulement des sept nouveau-nés

n'ayant pas tété avaient été mis au sein, ce qui constituait une différence significative par rapport aux nouveau-nés ayant tété, qui avaient tous été mis au sein (71.4 vs 100.0%, $p=0.05$).

Discussion

Notre étude analytique de 30 nouveau-nés mis en peau-à-peau a permis de mettre en évidence quatre facteurs de risque d'absence de tétée pendant les deux premières heures de vie : la nulliparité, un pH plus bas à la naissance, la précocité des interruptions du peau à peau (de manière significative pour la deuxième), et l'absence de mise au sein du nouveau-né.

Dans notre étude, la nulliparité et l'existence d'un pH bas sont assez logiquement liées à l'absence de tétée en salle de naissance. Il n'est pas étonnant en effet qu'un pH bas – qui nécessite un temps de récupération – s'accompagne d'un délai plus long à téter, voire d'une absence de tétée pendant les deux heures. Par ailleurs, les patientes nullipares ont beaucoup moins de connaissance que les patientes multipares concernant les signes montrant que le nouveau-né est prêt à téter et sont certainement plus réticentes à une mise au sein spontanée du nouveau-né. Enfin, l'existence d'un pH bas et la nulliparité sont liées entre elles. Les nouveau-nés de nullipares ont en effet un pH plus bas que ceux des multipares (24,25), du fait d'un travail en moyenne plus long (26), en particulier pour la période d'expulsion. Dans notre étude, les nouveau-nés de mères nullipares avaient d'ailleurs tendance à avoir un pH plus bas que ceux nés de mères multipares (7.21 ± 0.07 vs 7.26 ± 0.07 , $p=0.07$, résultats non présentés dans les tableaux). En tout état de cause, aucun de ces facteurs ne peut être modifié pour augmenter les chances d'un allaitement maternel.

Notre étude a montré que l'absence de mise au sein était liée à une absence de tétée pendant les deux heures. Nous n'avons pas trouvé d'étude ayant étudié spécifiquement les effets et intérêts de cette « mise au sein », mais les recommandations officielles(22,27,28) préconisent plutôt de laisser les nouveau-nés

trouver le sein de leur propre initiative, sans intervention extérieure, afin de ne pas perturber leur comportement physiologique, et de respecter le réflexe de fouissement (22). Dans une étude suédoise (29), Widstrom et al ont filmé 28 nouveau-nés depuis la naissance jusqu'à la première tétée ou jusqu'à endormissement si aucune tétée n'avait lieu, ces nouveau-nés étant laissés seuls avec leur mère en peau-à-peau sans aucune intervention humaine, et sans qu'aucun nouveau-né ne soit mis au sein. Ils ont montré que malgré un délai de tétée plus long (62 min dans l'étude suédoise, 44.6 minutes dans notre étude), 15 nouveau-nés parvenaient à téter seuls, sur les 28 observés.

Le nombre d'interruptions du peau-à-peau n'a pas été identifié comme un facteur lié à l'absence de première tétée en salle de naissance dans notre travail. D'un côté, il est possible que cette absence de différence soit liée aux faibles effectifs de notre étude. De l'autre cependant, nous n'avons retrouvé aucune étude antérieure étudiant spécifiquement ce critère, ce qui empêche toute comparaison avec d'autres résultats. En revanche, la précocité des interruptions apparaissait comme un facteur lié à l'absence de tétée. Ces résultats ont également été mis en évidence par Righard et Alade antérieurement (9) . Ces auteurs ont comparé deux groupes de nouveau-nés, l'un pratiquant le « contact » immédiatement après la naissance pendant une heure au moins ou jusqu'à la survenue d'une première tétée, sans interruption, alors que dans l'autre, le contact était établi pendant 20 minutes puis les nouveau-nés étaient ensuite séparés de leur mère pour effectuer les soins de routine (prise des constantes, mensurations...), et ne la retrouvaient que 20 minutes plus tard. Dans le premier groupe, 63 % ont tété correctement, alors qu'ils n'étaient que 21 % à téter efficacement dans le second ($p < 0.001$). Ils ont décrit que le fait d'interrompre le peau à temps trop précocement contrariait les comportements

spontanément présentés par les nouveau-nés à l'égard du sein de leur mère : en effet, la succession de signes d'éveil était interrompue quand on les séparait de leur mère, et quand ils la retrouvaient à nouveau, leurs réflexes avaient disparu (9). De plus, bien que de rares auteurs n'aient pas retrouvé de lien entre l'existence d'un peau-à-peau précoce et la survenue d'une première tétée (30,31), une multitude d'auteurs ont au contraire montré qu'un peau-à-peau instauré précocement et non interrompu facilitait la mise en route de l'allaitement en salle de naissance (10–12). Ceci rend les experts unanimes sur la nécessité de réaliser un peau-à-peau précoce et non interrompu, (16,17,27) du moins avant la première tétée.

Notre étude connaît les risques de biais liés à toute étude observationnelle. Elle a cependant l'avantage d'être prospective avec une méthodologie définie par avance, ce qui a limité les risques de biais de mesure. Le travail d'observation que nous avons réalisé – précis et sans interruption pendant deux heures - n'avait antérieurement été réalisé que par peu d'auteurs (29,32). D'autre part, nous avons pu vérifier que notre échantillon de patientes incluses ne différait pas des patientes éligibles pendant la même période. Enfin, bien que l'effectif de notre étude ait été limité pour mettre en évidence des facteurs liés à l'absence de tétée, quatre facteurs liés à l'absence de tétée ont été mis en évidence (nulliparité, pH bas, absence de mise au sein, précocité des interruptions du peau-à-peau). Il est cependant possible qu'un plus grand échantillon d'étude nous aurait permis de mettre en évidence d'autres facteurs de risque d'absence de tétée, et une étude de plus grande envergure selon une méthodologie similaire serait bienvenue.

Conclusion

Au total, notre étude montre que la précocité des interruptions du peau-à-peau est liée à l'absence de tétée pendant les deux premières heures. Même si le lien entre première tétée précoce et allaitement à long terme reste discuté (33) elle va dans le sens des études antérieures qui indiquent que la réalisation du peau-à-peau augmente les chances d'allaitement à long terme (8,10,12–15) .Ils nous invitent à repousser les interruptions du peau-à-peau qui ont lieu pendant les deux premières heures de vie et notamment à différer les soins de routine comme la pesée et les soins de cordon du nouveau-né (21). Bien que le report de ces soins – ou leur réalisation sur la mère - soit déjà préconisé en France (27,28) et malgré l'absence de données chiffrées concernant le moment de la pesée des nouveau-nés dans notre pays, ces changements restent difficiles à entreprendre. Nos résultats nous encouragent à les mettre en place le plus rapidement possible.

Tableau 1. Caractéristiques des patientes et des nouveau-nés de l'étude (n=30)
 Leurs caractéristiques sont comparées aux patientes et nouveau-nés nés pendant la même période dans notre maternité

	Echantillon d'étude n=30	Interquartiles	Maternité n=1237	p
Age maternel (années)	29.1 ± 4.8	[26 – 33]	30.2 ± 5.2	0.25
Age gestationnel (SA)	39.3 ± 1.3	[38 – 40]	39.5 ± 1.2	0.37
Poids (kg)	62.4 ± 9.8	[57.5 – 69.5]	65.3 ± 14.5	0.28
IMC en début de grossesse	23.0 ± 3.3	[20.5 – 25]	23.8 ± 5.2	0.40
Origine ethnique				
Caucasienne	21 (70.0)			
Afrique du nord	8 (26.7)			
Autre	1 (3.3)			
Bas niveau socio-économique	5 (16.7)			
Tabagisme pendant la grossesse	4 (13.3)			
Nulliparité	18 (60.0)		582 (47.0)	0.16
Allaitement antérieur parmi les multipares	11 (91.7) 11/12			
Information anténatale sur l'allaitement	28 (93.3)			
Décision d'allaitement avant la naissance	24 (80.0)			
Information anténatale sur le peau à peau	19 (63.3)			
Poids du nouveau-né (gr)	3430 ± 450	[3220–3700]	3380±470	0.56
Score d'Apgar <7 à 1 min	0 (0.0)		22 (1.8)	>0.99
Score d'Apgar <7 à 5 min	0 (0.0)		5 (0.4)	>0.99
pH artériel à la naissance	7.23 ± 0.07	[7.19 – 7.26]	7.23 ± 0.07	>0.99
Transfert en USIN	0 (0.0)		17 (1.4)	>0.99

Tableau 2. Facteurs maternels, néonataux et environnementaux liés à l'absence de tétée pendant les 2 heures suivant l'accouchement

	n	Pas de tétée n=7	Tétée n=23	p
Age maternel (années)	30	26.6 ± 3.2	29.9 ± 5	0.14
Origine ethnique	30			
Caucasienne		6 (85.7)	15 (65.2)	
Afrique du nord		1 (14.3)	7 (30.4)	0.72
Autre		0 (0.0)	1 (4.3)	
Bas niveau socio-économique	30	0 (0.0)	5 (21.7)	0.30
IMC en début de grossesse	30	22.7 ± 4.6	23 ± 2.9	0.46
Age gestationnel (SA)	30	38.9 ± 1.2	39.5 ± 1.3	0.26
Tabagisme pendant la grossesse	30	0 (0.0)	4 (17.3)	0.55
Information anténatale sur l'allaitement	30	7 (100)	21 (91.3)	1
Décision d'allaitement en prénatal	30	5 (71.4)	19 (82.6)	0.60
Nulliparité	30	7 (100.0)	11 (47.8)	<0.05
Poids du nouveau-né	30	3320 ± 310	3460 ± 480	0.25
pH artériel à la naissance	30	7.18 ± 0.09	7.24 ± 0.06	<0.05
Transfert en USIN	30	0 (0.0)	0 (0.0)	
Délai accouchement- peau à peau (min)	30	1.7 ± 1.3	5.5 ± 10.0	0.94
Position initiale du nouveau-né	30			
Entre les seins ventre à ventre		7 (100)	17 (73.9)	0.30
Sur le sein		0 (0.0)	6 (26.1)	
Durée totale du peau à peau (mn)	30	84.6 ± 30.8	92.2 ± 23.5	0.66
Nombre d'interruptions du peau à peau	30	2.0 ± 1	1.6 ± 0.9	0.22
Durée de chaque interruption (min)				
N°1	27	6.7 ± 2.9	12.1 ± 12.4	0.30
N°2	17	20.5 ± 16.57	17.5 ± 17.6	0.73
N°3	6	36.5 ± 33.2	13.3 ± 4.1	0.53
Au total	27	39.3 ± 29.9	23.7 ± 18.8	0.24
Délai 1 ^{er} peau à peau – interruption (min)				
N°1	27	13.7 ± 8.1	50.3 ± 42.9	0.11
N°2	17	28.5 ± 17.4	69.4 ± 37.8	<0.05
Présence de signes d'éveil	30	6 (85.7)	23 (100)	0.233
Délai accouchement - signes d'éveil	29	31.3 ± 9.4	25.7 ± 10.3	0.153
Mise au sein réalisée	30	5 (71.4)	23 (100)	=0.05

Annexe 1. Autorisation individuelle d'être filmé(e), photographié(e), et/ou interviewé(e)



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

AUTORISATION INDIVIDUELLE D'ETRE FILME(E), PHOTOGRAPHIE(E) ET/OU INTERVIEWE(E).

Je soussigné(e).....
demeurant à.....
autorise Perrine et/ou Pierre-Emmanuel ZAMIARA à :

-me **filmer**, me **photographier**, m'**interviewer** et **utiliser mon image**.

et/ou à: -filmer, photographier, interviewer et utiliser l'image de mon enfant mineur dont le nom est....., né le.....à.....

En conséquence, j'autorise l'éditeur ou le producteur à **fixer, diffuser, reproduire et communiquer au public** les films, les photographies pris dans le cadre de la présente et/ou les paroles que j'ai prononcées dans ce même cadre.

Les photographies, films et/ou interviews pourront être exploité(e)s et utilisé(e)s directement par l'éditeur ou le producteur ou cédé(e)s à des tiers, sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, notamment de télédiffusion, de papier (journaux et périodiques) et électronique (Internet), dans le monde entier, sans aucune limitation, intégralement ou par extraits, pour une durée de 2 ans.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies, films et/ou interviews susceptibles de porter atteinte à ma vie privée ou à ma réputation, ni d'utiliser les photographies, films et/ou interviews objets de la présente dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou tout autre exploitation préjudiciable.

Il s'efforcera, dans la mesure du possible, de tenir à ma disposition un justificatif à chaque parution ou diffusion des photographies, films et/ou interviews sur simple demande. Il encouragera ses partenaires à faire de même et mettra en oeuvre tous les moyens nécessaires à la réalisation de cet objectif.

Je me reconnais entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Fait à.....,le....., en deux
exemplaires et de bonne foi.

Signature de Perrine et/ou
Pierre-Emmanuel ZAMIARA :

Signature de la personne photographiée,
filmée et/ou interviewée ou de son
représentant légal :

Annexe 3. Fiche de recueil : Description des événements survenus pendant les deux premières heures de vie du nouveau-né

Délai accouchement – mise en peau à peau |__|__| minutes

Personne mettant en peau à peau (SF=1, médecin=2, auxiliaire puéricultrice= 3) |__|

Position initiale du nné sur la maman (sur le sein=1, entre les seins ventre à ventre=2) |__|

Durée totale du peau à peau |__|__| minutes

Nombre d'interruption du peau à peau |__|__|

Durée de chaque interruption

N°1 |__|__| minutes

N°2 |__|__| minutes

N°3 |__|__| minutes

N°4 |__|__| minutes

Motif de l'interruption (soins du nné=1, soins médicaux maman=2, interventions du papa=3, habillage du nné=4, autre=5)

N°1 |__|

N°2 |__|

N°3 |__|

N°4 |__|

Intervenant en cause (SF=1, Auxiliaire puéricultrice=2, Papa=3)

N°1 |__|

N°2 |__|

N°3 |__|

N°4 |__|

Délai mise en peau à peau – interruption

N°1 |__|__|__| minutes

N°2 |__|__|__| minutes

N°3 |__|__|__| minutes

N°4 |__|__|__| minutes

Interruption ayant lieu avant la 1^{ère} tétée ? (oui=1, non=0)

N°1 |__|

N°2 |__|

N°3 |__|

N°4 |__|

Peau à peau avec le papa ? (oui=1, non=0) |__|

Si oui, pendant combien de temps ? |__|__| minutes

1^{ère} tétée (oui =1, non = 0) |__|

Délai accouchement – 1^{ère} tétée |__|__|__| minutes

Le nouveau-né a-t-il trouvé le sein tout seul (oui=1, non=0) |__|

Mise au sein (oui=1, non=0) |__|

Si oui par qui (SF=1, Auxiliaire puéricultrice=2, Médecin = 3, Maman =4) |__|

Signes d'éveil (oui = 1, non = 0) |__|

Si oui, à quel délai à partir de l'accouchement ? |__|__|__| minutes

Expression du sein (oui =1 , non = 0) |__|

Si oui, par qui ? (SF=1, Auxiliaire puéricultrice=2, Maman =3) |__|

Annexe 4. Description des événements survenus pendant les deux premières heures de vie du nouveau-né

	n	Echantillon d'étude	Interquartiles
Délai accouchement- mise en peau à peau (min)	30	4.6 ± 9.7	[1 – 3]
Personne mettant en peau à peau	30		
Sage-femme		23 (76.7)	
Auxiliaire puéricultrice		5 (16.7)	
Médecin, interne		2 (6.6)	
Position initiale du nouveau-né sur la maman	30		
Entre les seins ventre à ventre		24 (80.0)	
Sur le sein		6 (20.0)	
Durée totale du peau à peau (min)	30	90.4 ± 25.0	[82.8 – 107.8]
Nombre d'interruption du peau à peau	30	1.7 ± 0.9	[1 – 2]
Interruptions du peau à peau ≥2	30	17 (56.7)	
Motifs des interruptions (1)	50		
Soins du nouveau-né		25 (50.0)	
Interventions du papa		12 (24.0)	
Habillage du nouveau-né		9 (18.0)	
Soins médicaux maman		2 (4.0)	
Autre		2 (4.0)	
Délai peau à peau - Interruption n°1 (min)	27	42.2 ± 40.8	[10 – 87.5]
Interruption n°1 avant la 1 ^{ère} tétée	27	16 (59.2)	
Intervenant en cause dans l'interruption n°1	27		
Auxiliaire puéricultrice		22 (81.5)	
Papa		3 (11.1)	
Sage-femme		2 (7.4)	
Durée de chaque interruption en minutes			
N°1	27	10.9 ± 11.1	[6 – 9.5]
N°2	17	18.5 ± 16.7	[6 – 26]
N°3	6	21.0 ± 19.4	[12.3 – 16.8]
Au total	27	27.2 ± 22.1	[10.5 – 37]
Peau à peau avec le papa	30	9 (30.0)	
Durée du peau à peau avec le papa	9	25.2 ± 18.8	[10 – 30]
Présence de signes d'éveil	30	29 (96.7)	
Délai accouchement - signes d'éveil	29	26.9 ± 10.2	[20 – 32]
Nombre de nouveau-nés ayant trouvé seul le sein	30	0 (0.0)	
Mise au sein réalisée	30	28 (93.3)	

Intervenant faisant la mise au sein	28		
Auxiliaire puéricultrice		15 (53.6)	
Sage-femme		6 (21.4)	
Maman		6 (21.4)	
Médecin		1 (3.6)	
Expression du sein	30	15 (50)	
Intervenant réalisant l'expression du sein	15		
Sage-femme		5 (33.3)	
Auxiliaire puéricultrice		5 (33.3)	
Maman		5 (33.3)	
Existence d'une première tétée	30	23 (76.7)	
Délai accouchement – 1 ^{ère} tétée	23	44.6 ± 21.1	[32 – 54.5]

1 La plupart des nouveau-nés ont eu plusieurs interruptions

Bibliographie

1. Turck D, Razanamahefa L, Dazelle C, Gelbert N, Gremmo-Féger G, Manela A, et al. Plan d'action: Allaitement maternel. *Médecine & Nutrition*. 2010;46(3-4):25–47.
2. Société Française de Pédiatrie. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère [Internet]. Programme National Nutrition Santé; 2005
3. De Chateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. I. First observations at 36 hours. *Acta Paediatr Scand*. 1977 Mar;66(2):137–43.
4. De Chateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. II. A follow-up at three months. *Acta Paediatr Scand*. 1977 Mar;66(2):145–51.
5. De Château P, Wiberg B. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. III. Follow-up at one year. *Scand J Soc Med*. 1984;12(2):91–103.
6. Wiberg B, Humble K, de Château P. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. V. Follow-up at three years. *Scand J Soc Med*. 1989;17(2):181–91.
7. Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen A-S, Ransjö-Arvidson A-B, Mukhamedrakhimov R, et al. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*. 2009 Jun;36(2):97–109.
8. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 May 16;5:CD003519.
9. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*. 1990 Nov 3;336(8723):1105–7.
10. Mahmood I, Jamal M, Khan N. Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: a randomized controlled trial. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2011 Oct;21(10):601–5.
11. Moore ER, Anderson GC. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *J Midwifery Womens Health*. 2007 Apr;52(2):116–25.
12. Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. *Women Birth*. 2014 Mar;27(1):37–40.

13. Srivastava S, Gupta A, Bhatnagar A, Dutta S. Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. *Indian J Public Health*. 2014 Mar;58(1):22–6.
14. Vaidya K, Sharma A, Dhungel S. Effect of early mother-baby close contact over the duration of exclusive breastfeeding. *Nepal Med Coll J*. 2005 Dec;7(2):138–40.
15. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Bołtruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr*. 2002;91(12):1301–6.
16. Organisation mondiale de la Santé, département santé et développement de l'enfant et de l'adolescent. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. 1999.
17. World Health Organization (WHO) Organization, UNICEF. Baby-friendly hospital initiative : revised, updated and expanded for integrated care. 2009.
18. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR, Promotion of Breastfeeding in Europe project. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr*. 2005 Feb;8(1):39–46.
19. Blondel B, Kermarrec Morgane. Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale [Internet]. 2011 Mai.
20. Tout sur l'IHAB [Internet]. Initiative Hopital Ami des bébés. 2012 [cited 2014 Oct 6]. Available from: <http://amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php>
21. Robiquet-Zamiara P. Observation du peau à peau au cours des deux premières heures de vie chez 30 nouveau-nés après un accouchement par voie basse. [CHRU Lille, Jeanne de Flandre]: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2014.
22. Gremmo-Feger G. Accueil du nouveau-né en salle de naissance. *Les dossiers de l'allaitement*. 2002;51:18–21.
23. PILLIOT M. Allaitement en maternité: les clefs pour réussir. Accompagner la naissance, accompagner l'allaitement Journée régionale pour l'allaitement. 2005;2006:43–54.
24. Barton DP, Turner MJ, Boylan PC, MacDonald D, Stronge JM. Fetal acidosis in labour: a prospective study on the effect of parity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1991 Apr 16;39(2):93–8.
25. Westerhuis MEMH, Schuit E, Kwee A, Zuithoff NPA, Groenwold RHH, Van Den Akker ESA, et al. Prediction of neonatal metabolic acidosis in women with a

singleton term pregnancy in cephalic presentation. *Am J Perinatol*. 2012 Mar;29(3):167–74.

26. Yli BM, Kro GAB, Rasmussen S, Khoury J, Norèn H, Amer-Wåhlin I, et al. How does the duration of active pushing in labor affect neonatal outcomes? *J Perinat Med*. 2012 Feb;40(2):171–8.

27. Haute autorité de santé (HAS). Favoriser l'allaitement maternel : processus - évaluation. 2006 Juin.

28. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Allaitement maternel, mise en oeuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2002 Mai.

29. Widström A-M, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr*. 2011 Jan;100(1):79–85.

30. Carfoot S, Williamson P, Dickson R. A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. *Midwifery*. 2005 Mar;21(1):71–9.

31. Information NC for B, Pike USNL of M 8600 R, MD B, Usa 20894. A systematic review of randomised controlled trials evaluating the effect of mother/baby skin-to-skin care on successful breast feeding. 2003 .

32. Sobel HL, Silvestre MAA, Mantaring III JBV, Oliveros YE, Nyunt-U S. Immediate newborn care practices delay thermoregulation and breastfeeding initiation. *Acta Paediatrica*. 2011 Aug 1;100(8):1127–33.

33. Renfrew MJ, Lang S, Woolridge MW. Early versus delayed initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD000043.

AUTEUR : ZAMIARA Pierre-Emmanuel

Date de Soutenance : 7 octobre 2014

Titre de la Thèse : Facteurs liés à l'absence de tétée pendant les deux premières heures de vie suivant un accouchement par voie basse

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Gynécologie-Obstétrique

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : peau à peau, première tétée, allaitement maternel

Résumé :

Contexte : A la naissance, la réussite de l'allaitement maternel semble en rapport avec la possibilité que le nouveau-né soit mis en peau-à-peau et tête pendant les deux premières heures de vie. En pratique, les événements qui surviennent pendant ces deux heures - notamment le nombre et la cause des interruptions du « peau à peau » - sont mal connus, ainsi que leur influence possible sur la survenue d'une tétée. L'objectif de cette étude est de rechercher les facteurs liés à l'absence de tétée pendant les deux premières heures de vie.

Méthode : 30 patientes souhaitant allaiter ont donné leur accord pour que les deux premières heures de vie en peau-à-peau du bébé soient observées et analysées.

Résultats : Les femmes n'ayant pas réussi à allaiter pendant les deux heures étaient toutes nullipares, alors que parmi les femmes ayant allaité leur nouveau-né, seulement la moitié l'étaient (100.0 vs 47.8%, $p < 0.05$). Les nouveau-nés n'ayant pas réussi à téter avaient un pH artériel plus bas que les nouveaux nés ayant tété (7.18 vs 7.24, $p < 0.05$). Ils étaient interrompus plus précocement pendant le peau-à-peau, même si la différence n'était significative que pour la seconde interruption (première interruption à 13.7 vs 50.3 min, $p = 0.11$, seconde interruption à 28.5 vs 69.4 min, $p < 0.05$). Enfin, cinq seulement des sept nouveau-nés n'ayant pas tété avaient été mis au sein, alors que cette mise au sein avait été réalisée chez tous les nouveau-nés ayant tété (71.4 vs 100.0%, $p = 0.05$).

Conclusion : Pendant les deux premières heures de vie, l'absence de mise au sein et les interruptions précoces du peau-à-peau diminuent les chances de première tétée pendant cette période.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Dominique Turck

Assesseurs : Monsieur le Professeur Philippe Deruelle
Monsieur le Docteur Pierre Richart
Monsieur le Docteur Thameur Rakza

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Damien Subtil