



**HAL**  
open science

# Satisfaction des femmes à travers l'expérience vécue en maternité autour de l'accompagnement de l'allaitement maternel

Sarah Bassot

## ► To cite this version:

Sarah Bassot. Satisfaction des femmes à travers l'expérience vécue en maternité autour de l'accompagnement de l'allaitement maternel. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03039149

**HAL Id: dumas-03039149**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03039149>**

Submitted on 3 Dec 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

## **AVERTISSEMENT**

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

**Diplôme d'Etat de Sage-Femme**

Présenté et soutenu publiquement

**Le : 2 avril 2020**

Par

**Sarah BASSOT**

Née le 29 juin 1997

**Satisfaction des femmes à travers l'expérience  
vécue en maternité autour de l'accompagnement  
de l'allaitement maternel**

**DIRECTEUR DU MEMOIRE :**

**Mme Hélène Guillaume**

sage-femme enseignante, école Baudelocque

**JURY :**

**Mme Priscille Sauvegrain**

sage-femme, sociologue et chercheur

**Mme Cécile Marest**

sage-femme enseignante, école Baudelocque

**Mme Sarah Benjilany**

sage-femme, psychologue et consultante en lactation

# Remerciements

Je remercie tout particulièrement madame Guillaume, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, sa bienveillance et ses précieux conseils tout au long de ce travail.

Je remercie également madame César, sociologue, pour ses remarques attentives et son aide qui m'ont guidée dans ce travail de recherche.

Je remercie toutes les femmes qui ont accepté de participer à cette étude et de partager leur expérience.

Je remercie mes parents, ainsi que Florent, Marthe, Guy et Tim pour leur soutien pendant ces années d'étude.

Merci à la team des cousines sages-femmes, pour les fous rires et l'enthousiasme partagé dans l'aventure de la Vie !

Merci à toute la promotion, à mes amis pour la joie et les riches souvenirs de ces études.

Et enfin un éternel merci à Joseph et sa si chère famille.



# Résumé

## **Satisfaction des femmes à travers l'expérience vécue le jour comme la nuit en maternité autour de l'allaitement maternel.**

L'allaitement maternel est un choix souvent fait en anténatal mais qui s'ancre dans l'expérience des premiers jours du post-partum. Sa mise en place détermine sa poursuite à plus long terme. L'étude réalisée a pour objectif d'évaluer la satisfaction des femmes sur l'accompagnement de l'allaitement à la maternité le jour, comme la nuit. Les objectifs secondaires étant de : recueillir le récit des femmes les premiers jours, évaluer ce qui se passe plus spécifiquement la nuit et mettre en évidence des éléments influant sur leur satisfaction.

Une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés avec 15 femmes dans le post-partum a été menée. Les résultats permettent de mettre en évidence que la qualité des interactions avec le personnel est nécessaire à un bon vécu du post partum immédiat. Plus particulièrement, les éléments indispensables à une bonne expérience vécue autour de l'allaitement les premiers jours sont : la disponibilité et le temps accordé par les équipes aux femmes, les conseils, les paroles de réassurance et d'encouragement. La nuit à la maternité est décrite comme une période exacerbant les difficultés et les sentiments de

solitude, d'angoisse, nécessitant donc un accompagnement particulier. La motivation initiale des femmes ne semble pas avoir d'impact sur leurs attentes les premiers jours.

En conclusion, les interactions avec le personnel de la maternité et l'accompagnement proposé influencent la satisfaction des femmes sur l'accompagnement de la mise en place de l'allaitement maternel.-A la maternité, les professionnels se trouvent au cœur de la construction de la dyade mère/nouveau-né, et il est donc nécessaire de réfléchir à la meilleure manière de concourir à la satisfaction des besoins et attentes des femmes en post-partum.

**Mots-clés : allaitement, post-partum, maternité, nuit, accompagnement, satisfaction, expérience vécue.**

# Abstract

**Women's satisfaction through daytime experiences, such as the night in the maternity ward around breastfeeding.**

Breastfeeding is a choice that is often made antenatally, but which is rooted into the experience of the first postpartum days. The way it is implemented at the early beginning determines whether it is pursued in the long term or not. The aim of this study is to evaluate women's satisfaction about the support provided about breastfeeding in the maternity ward during day and night. The secondary objectives are: to collect the women's stories during the first few days, to evaluate what happens more specifically at night and to highlight elements influencing their satisfaction.

A qualitative study based on semi-directed interviews with 15 women in the postpartum period was conducted. The results show that the quality of interactions with the staff is needed for a good experience of the immediate postpartum. Particularly, the essential elements for a good breastfeeding experience in the first days are: the availability and time given by the teams to the women, advice, and some reassurance and encouragement. Night at the maternity ward is described as a period that exacerbates difficulties, feelings of loneliness and anxiety and therefore requires special attention.



Women's initial motivations do not seem to have an impact on their expectations during the first few days.

As a conclusion let's say that the interactions with the maternity staff and the provided support influence women's satisfaction level concerning the way breastfeeding is implemented. In the maternity ward, professionals are at the heart of the construction of the mother/newborn diad, and it is therefore necessary to think about the best way to contribute to the satisfaction of the needs and expectations of women in the postpartum period.

**Keywords: breastfeeding, postpartum, maternity, night, accompaniment, satisfaction, lived experience**

## Table des matières

<b>Remerciements .....</b>	<b>1</b>
<b>Résumé .....</b>	<b>3</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>5</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>10</b>
<b>Lexique .....</b>	<b>11</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>12</b>
<b>Première partie Exposition du contexte et de la problématique .....</b>	<b>16</b>
1.1 L'allaitement maternel en France.....	16
1.2. Le séjour en suites de naissance .....	18
1.2.1 L'organisation des services .....	18
1.2.2 L'allaitement maternel : un apprentissage guidé par les professionnels ? .....	22
1.2.3 Le temps de la nuit .....	24
1.3 L'évaluation de la satisfaction.....	26
<b>Deuxième partie Matériel et méthode .....</b>	<b>29</b>
2.1 Objet de l'étude.....	29
2.2 Type d'étude .....	30
2.3 Période de l'étude .....	31
2.4 Population de l'étude .....	32
2.4.1 Critères d'inclusion .....	32
2.4.2 Critères d'exclusion .....	33
2.4.3 Recrutements.....	33

2.5 Méthodologie.....	34
2.5.1 Modalité de recrutement.....	34
2.5.2 Guide de l'entretien.....	35
2.5.3 Recueils des données.....	37
2.5.4 Méthode d'analyse.....	37
2.5.5 Présentation de la population.....	39
<b>Troisième partie Présentation des résultats et analyse.....</b>	<b>41</b>
3.1 Les interactions avec les soignants... ..	41
3.1.1 ...dans l'organisation Jour vs Nuit.....	41
3.1.2 ...dans le temps accordé vs nécessaire.....	46
3.1.3 ...dans la diversité des conseils.....	49
3.2 La nuit : une période de fragilité particulière .....	56
3.2.1 Une solitude nouvelle.....	57
3.2.2 Des sentiments d'angoisse et de détresse.....	63
3.2.3 La nuit, un rôle à tenir... ..	66
3.3 Des attentes d'accompagnement communes.....	73
3.3.1 Quelle que soit la motivation initiale.....	73
3.3.2 ...de compétences techniques.....	76
3.3.3 ...et relationnelles.....	80
3.3.4 L'empowerment, un outil pour le retour à domicile.....	82
3.4. Forces et limites de l'étude.....	89
4.1.1 Limites et biais de l'étude.....	89
4.1.2 Forces de l'étude.....	90
3.5. Perspectives.....	90

<b>Conclusion.....</b>	<b>93</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>95</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>102</b>

# Liste des annexes

Annexes..... 95

**Grille d'entretien**

# Lexique

Co FAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Comité de Santé Publique

IHAB : Initiative Hôpital Amis des Bébé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Plan National Nutrition santé

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

# Introduction

Fanny a 29 ans. Elle est en couple. Sa grossesse était désirée, c'est son premier enfant et elle a accouché normalement il y a 2 jours. Elle allaite son nouveau-né : Gaspard. Ou plutôt, elle essaie. Pendant la grossesse elle a suivi des cours de préparation à la naissance, notamment sur l'allaitement, et elle en a discuté avec une amie qui a allaité 3 mois. Elle était plutôt motivée mais depuis la naissance elle est un peu perdue. Gaspard tête sans aucune organisation possible, elle a mal, elle ne sait pas quand lui donner, et s'il prend bien. Elle se demande si elle va devoir continuer longtemps comme ça. Depuis la naissance, elle essaie de le mettre chaque fois qu'il réclame au sein, mais elle met plusieurs minutes à le « brancher », il pleure parfois juste après et elle n'est pas sûre de bien faire. Cette nuit a été difficile, elle n'a quasiment pas dormi, elle est épuisée et au bord des larmes. Quand quelqu'un passe dans sa chambre, une sage-femme ou une auxiliaire, elles regardent vite et semblent penser que tout va bien, que tout est normal car Gaspard est souvent au sein et il a une bonne courbe de poids. Mais Fanny s'inquiète quand même, il est 19h et son conjoint va partir bientôt pour tout préparer pour leur retour demain. La nuit arrive et avec elle, l'angoisse monte, comment va-t-elle s'en sortir seule avec Gaspard ?

Cette histoire, c'est celle de Fanny mais c'est aussi celle de toutes ces femmes qui, mères pour la première fois, face à leur nouveau-né, se trouvent désemparées et en particulier sur la mise en route de l'allaitement. Depuis février 2020, les femmes sortent

du silence et à travers le #monpostpartum, et racontent sur Instagram et twitter les difficultés qu'elles ont vécues les premiers jours après leur accouchement. Ce mouvement, visant à briser les tabous autour du post partum, prend place dans les réflexions politiques à travers le travail fait autour des 1000 premiers jours de vie de l'enfant par le gouvernement : accompagner au mieux les parents qui décrivent un sentiment de solitude face à la parentalité.

Autrefois, le nouveau-né était accueilli dans une famille élargie et la jeune mère était entourée et aidée dès la naissance. L'apprentissage des premiers gestes avec l'enfant, de ses rythmes, de son comportement, de l'allaitement était transmis de femme en femme, de mère en fille, de manière profane et naturelle. Un proverbe africain dit : « il faut tout un village pour élever un enfant ». Nous pourrions rajouter : il faut tout un village pour accueillir un nouveau-né. Accueillir un bébé, devenir mère nécessitent la transmission de savoir-faire, de savoir-être. Transmission qui dans les cultures traditionnelles se faisait spontanément par les grand-mères, mères, sœurs, amies.... Dans notre société, la famille nucléaire est isolée dans son quotidien et la transmission du savoir maternel entre femmes est plus compliquée et rare(1). La naissance ayant lieu à la maternité, les professionnels sont alors des personnes de références pour guider l'apprentissage de l'allaitement.

Lors de mes stages j'ai pu observer chez les jeunes femmes qui devenaient mère ces difficultés dans l'apprentissage de l'allaitement les premiers jours. Souvent, les femmes rapportaient une très grande satisfaction quant au suivi de la grossesse, de l'accouchement puis une insatisfaction sur les premiers jours en particulier autour de leur allaitement. Je



me suis demandée ce qui pouvait améliorer la satisfaction, ce qui se jouait dans ces premiers jours, avec le personnel.

J'ai pu observer aussi que la nuit semblait une grande source d'angoisse. Mes stages en suites de couches avaient lieu avec les équipes de jour. Le matin, il n'était pas rare que les femmes nous accueillent avec de nombreuses incompréhensions, ou questions sur ce qui avait eu lieu la nuit : la montée de lait, les pleurs, un complément proposé, ... D'autres reconnaissent que leur enfant était calme mais étaient incapables de se reposer et ne trouvait le sommeil qu'au petit matin. Il m'est apparu que la nuit, la femme semblait perdre les repères construits au cours des soins avec les équipes de jour, que de nouvelles émotions et questions surgissaient. Dans la pénombre, le silence du soir, les bruits du nouveau-né, ses pleurs, son rythme de sommeil, sa déglutition ... étaient redécouverts par la mère car amplifiés, transformés, changés. Peu décrite dans la littérature, la nuit dans le post-partum précoce paraît être une période de construction avec ses caractéristiques propres, et un vécu spécifique pour les femmes.

La question que nous nous posons est de savoir comment l'accompagnement des professionnels de jour et de nuit en suites de naissance influe sur la satisfaction et l'expérience des femmes autour de l'allaitement maternel chez les mères primipares ?

Nous allons tout d'abord exposer quelques apports théoriques qui ont permis de mettre en forme notre réflexion et questionnement. Puis nous exposerons la méthodologie de notre étude avant de présenter les résultats et l'analyse de nos entretiens. Nous concluons sur les perspectives que cette étude nous ouvre.



# Première partie

## Exposition du contexte et de la problématique

### 1.1 L'allaitement maternel en France

En France le taux d'allaitement maternel exclusif reste l'un des plus bas d'Europe : 52% (2) en 2016 à la sortie de la maternité, et il monte à 66% si on prend également en compte l'allaitement maternel mixte. Et pourtant 75% des femmes françaises souhaiteraient allaiter au moins quelques semaines leur enfant. (3) Pourquoi une part si importante des femmes ne parvient pas à réaliser ce désir ? Dans les pays qui nous entourent les taux d'allaitement sont bien plus élevés : 98% en Norvège, plus de 90% en Suède, en Suisse et au Danemark, 85% en Allemagne, 70% dans le Royaume-Uni, environ 75% au Luxembourg et en Italie.

Et paradoxalement, la France est un des pays qui compte le plus de recommandations autour de l'allaitement.

L'OMS et l'UNICEF depuis 2001 préconisent un allaitement maternel exclusif pendant 6 mois et un allaitement mixte jusqu'à deux ans et demi, quel que soit le niveau de développement du pays.(4) Régulièrement, à l'occasion de la semaine mondiale pour l'allaitement maternel, l'OMS réactualise ses recommandations (5) (6).

Ces politiques internationales ont conduit au lancement de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) basées sur les dix conditions de l'OMS pour le succès de l'allaitement maternel et le respect du code international de commercialisation des substituts de lait maternel. Aujourd'hui 44 services français sont labélisés « Amis des bébés » donc reconnus comme respectant les besoins et rythmes des nouveau-né et favorisant l'accompagnement de l'allaitement maternel.

La Commission Européenne a élaboré en 2004 un plan d'action pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel en Europe et a exposé les interventions à mettre en œuvre dans les programmes d'action nationaux et régionaux(7).

La France a ainsi développé depuis 2001 quatre PNNS (Programme National Nutrition Santé) avec un objectif de promouvoir l'allaitement maternel en agissant sur la formation des professionnels, sur le soutien proposé aux femmes et sur l'environnement pour le rendre plus favorable à l'allaitement(8).

La HAS en 2006 a proposé un guide pour les professionnels pour aider à évaluer l'allaitement à chaque étape ( l'information en anténatale, le démarrage à la naissance, l'installation en allaitement exclusif et la poursuite) et favoriser une démarche de soutien (9).

La CoFAM, Coordination Française pour l'Allaitement Maternel qui œuvre pour la protection et le soutien de l'allaitement maternel auprès des femmes et des professionnels a proposé en avril 2019 des recommandations propres à chaque étape de la grossesse, du travail, de l'accouchement et du post partum précoce(10).

Depuis plus de 20 ans, les textes recommandent l'allaitement maternel et pourtant les chiffres français évoluent peu. Les origines de ce paradoxe sont multiples et probablement en grande partie culturelles, mais aussi familiales, sociétales et psychologiques. (11) (12)

## **1.2. Le séjour en suites de naissance**

Les recommandations de la CoFAM (10) montrent que les actions en anténatal sont peu efficaces et que les efforts doivent porter sur la période des suites de naissance immédiates : informations sur les besoins du nouveau-né, respect de ses rythmes et accompagnement des mises au sein. L'organisation d'un service va avoir un impact important dans la possibilité de mettre en œuvre ces recommandations.

### ***1.2.1 L'organisation des services***

#### **Les missions du personnel en suites de naissance**

Deux heures après la naissance, les nouvelles accouchées arrivent dans le service de suites de naissance avec leur nouveau-né. D'après le code de la santé publique (article L.4151-1), la sage-femme y a pour mission la « surveillance et la pratique des soins post-nataux en ce qui concerne la mère et l'enfant ». Avec une auxiliaire de puériculture et parfois une infirmière, elles vont, chaque jour, être là pour la surveillance médicale et pour veiller à la mise en place du lien mère-enfant. L'être humain étant défini par trois

composantes : biologique, psychologique et sociale, il paraît important que la prise en charge de la mère en suites de naissance soit médicale, psychologique et sociale. Les équipes se relaient donc pour qu'une continuité dans ces missions puisse être assurée permettant de couvrir les premiers jours du post partum.

Du côté médical, la surveillance doit être régulière, plusieurs fois par jour pour assurer le bien-être de la mère et donc faciliter le lien avec l'enfant. Elle consiste en une surveillance minutieuse de l'état général de la mère et de son enfant pour prévenir les complications. Il est donc nécessaire de prendre en charge la douleur, de surveiller la bonne reprise des fonctions d'éliminations, l'évolution des lochies et l'involution de l'utérus, inspecter les seins et le périnée... L'allaitement, maternel ou mixte, doit être évalué. La contraception doit être expliquée.

Du côté psychologique, les femmes vivent en suites de couche une période particulière de remaniements psychiques caractérisée par un sentiment d'ambivalence. Elles doivent faire face dans un premier temps à la perte de l'objet interne de la grossesse qui conduit à plusieurs deuils : de l'enfant imaginaire, de son identité de jeune fille puis de femme enceinte. Elles se retrouvent ensuite dans un état de régression psychique qui provoque une hypersensibilité maternelle quasi pathologique qui permet une adéquation totale entre la mère et l'enfant.

Sarah Bydlowski présente le baby blues ordinaire du post partum comme un état favorable à l'ajustement harmonieux avec le bébé. Une mère souple et vivante psychiquement semble compenser les difficultés psychomotrices et tonico-posturales de l'enfant (13). Il est important que les professionnels veillent également à ces remaniements

psychologiques, intégrant l'histoire propre de la patiente, son vécu de la grossesse et de l'accouchement.

Dans les services de suites de couches il est donc nécessaire d'avoir une prise en charge pluridisciplinaire et une collaboration entre les différents intervenants : sages-femmes, auxiliaires, infirmières, pédiatres, psychologues, assistantes sociales, ...

### **L'organisation d'un service de suites de couche**

L'organisation des services d'hospitalisation en maternité est réglementée au niveau national. Ainsi les décrets de périnatalités de 1998 qui ont été établis d'après les rapports du Haut Comité de Santé Publique et du plan de périnatalité de 1995-2000 définissent de façon précise le fonctionnement technique des services de périnatalité ainsi que les effectifs du personnel. « Le personnel intervenant dans le secteur d'hospitalisation [...] ne peut être inférieur [...] à une sage-femme, assistée d'une aide-soignante et d'une auxiliaire de puériculture le jour et à une sage-femme ou un infirmier diplômé d'Etat, assisté d'une auxiliaire de puériculture, la nuit. » (42) Et le rôle du personnel auprès des mères est également défini dans le code de la santé publique (article L.4151-1) avec ainsi pour la sage-femme la charge de « la surveillance et la pratique des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant ».

Dans tout service d'hospitalisation en maternité il y a donc une présence constante de professionnels mais leur organisation varie. Il n'existe pas de ratio sur le personnel nécessaire par rapport au nombre d'accouchées.

Chaque maternité a sa propre organisation dans les services de suites de couches.

Une sage-femme au moins est présente la journée, sur un temps de 8, 10 ou 12h. La nuit en revanche, il n'y a pas toujours de sage-femme. Selon les endroits, la sage-femme s'occupe du couple mère-enfant ou seulement de la mère.

Les infirmières sont parfois présentes en suites de couches mais pas toujours. Il y en a une, la nuit, en l'absence de sage-femme. Leur rôle est tourné vers la prise en charge maternelle exclusivement.

Les auxiliaires de puériculture, toujours présentes, de jour comme de nuit, s'occupent du nouveau-né et de ses soins, ainsi que de son alimentation.

Des aides-soignantes peuvent aussi renforcer l'équipe pour les soins de nursing auprès des mères.

Par ailleurs, les roulements peuvent être en 12h ou 8h, avec des équipes qui vont changer, tous les jours, ou non.

La nuit, les effectifs sont restreints, plus ou moins, selon les maternités.

Ainsi, selon les endroits, la prise en charge du couple mère-enfant peut être globale ou scindée, avec des intervenants en nombre plus ou moins importants.



## *1.2.2 L'allaitement maternel : un apprentissage guidé par les professionnels ?*

Si la lactation est un phénomène physiologique et naturel, allaiter nécessite un apprentissage. L'allaitement semble être un art véritable qui requiert un savoir-faire et un savoir-être. Si chaque femme a en elle les compétences pour allaiter, pour devenir mère, elle a cependant besoin d'être guidée pour les développer. Savoir observer son enfant, reconnaître les signes d'appel avant les pleurs, apprendre à bien le positionner, reconnaître une succion efficace, soi-même bien s'installer, avoir confiance en soi et en son enfant ... Tant d'éléments qui doivent se mettre en place (14) après la naissance et pour lesquels les mères sont peu préparées. Claude Didierjean-Jouveau, conseillère en allaitement, parle de l'allaitement comme un art d'imitation, art que l'on perd en France étant donné le peu de contact que l'on a avec des bébés allaités.

En l'absence de transmission familiale, les professionnels présents autour de la mère et de l'enfant après la naissance ont un rôle majeur dans la mise en place de l'allaitement. Le rôle des professionnels est d'accompagner la mère dans la rencontre avec le nouveau-né en lui donnant les connaissances sur la physiologie de la lactation, les aspects techniques de la mise au sein, tout en privilégiant les compétences de l'enfant et en veillant à la mise en place du lien mère-enfant.(15)

L'initiation de l'allaitement maternel en maternité va avoir des répercussions sur sa poursuite. Ainsi une étude au Québec a montré que les femmes qui ont mis fin à leur

allaitement à trois mois rapportent avoir rencontré plus de difficultés d'allaitement à 48h que celles qui ont persisté à allaiter (16). Il apparaît que tout ce qui est dit, conseillé et expliqué à la maternité va jouer un rôle important pour la poursuite de l'allaitement maternel. Le séjour à la maternité est donc une période charnière pour la mise en place d'un bon allaitement.

Dans le post-partum précoce, les relations avec le personnel jouent un rôle important dans le vécu de l'allaitement. Ainsi une étude qualitative menée en Suisse en 2010 (17) sur les événements perçus comme stressants par les mères dans la période du post-partum répertorie en premier les interactions avec le personnel soignant puis l'allaitement. Cette étude met également en avant l'importance pour les mères du soutien émotionnel et d'estime de soi de la part des professionnels soignants. Dans la période du post partum précoce le principal réseau cité par les femmes est celui des professionnels, et le réseau privé est cité comme soutien social de référence mais plus tard, lors du retour à domicile.

Une étude réalisée à la maternité Jeanne de Flandre en 2012 (18) prouve l'existence d'un lien significativement positif entre la poursuite de l'allaitement et la confiance en soi des mères dans leur capacité à allaiter leur enfant.

La présence et la parole des professionnels sont primordiales dans cette période post-natale pour guider les mères, les conforter dans leur choix et ainsi ancrer leur confiance en elle.

Leur rôle consiste donc à créer un lien de confiance, prendre le temps de s'investir auprès de la dyade mère-enfant, et respecter les recommandations de l'OMS (6) (19) (20) ce qui sera déterminants pour l'installation dès le séjour en maternité d'un allaitement maternel durable (21).

C'est lors des trois premiers jours d'initiation en maternité que les bases de l'allaitement sont posées et vont influencer sa durée, la relation mère-enfant, la santé physique et psychologique des mères, et l'estime d'elles-mêmes en tant que mères.

### ***1.2.3 Le temps de la nuit***

Si l'accompagnement des professionnels est essentiel, il semble que le temps de la nuit soit un moment de fragilité particulière pendant lequel les besoins de soutien des femmes sont encore plus importants que le jour, quand les pleurs persistent comme l'explique Jacky Israël, pédiatre(22), la fatigue maternelle est plus importante les rendant moins disponibles aux sollicitations de leurs bébés comme le montre Anne-Claire Fradin-Chardier, infirmière puéricultrice (23).

Lors de mes stages en suites de naissance, j'ai pu constater que le moment de la nuit était souvent décrit et vécu par les femmes comme une période particulièrement difficile. Le manque de sommeil, les pleurs du nouveau-né, le sentiment de solitude, les angoisses ressurgissent. La nuit, tout semble prendre des proportions plus importantes.

Durant le séjour en suites de couches, le rythme des journées est dense avec les nombreuses visites, les soins, les examens, le bain, ... un ballet continu autour de la jeune mère et de son enfant. Puis vient la nuit, temps souvent oublié. Temps qui semble plus calme ... que l'on aimerait calme. Mais le nouveau-né n'est pas en phase avec l'horloge nyctémérale du service, les pleurs continuent, désespérants.

La nuit fait resurgir émotions et questions (24) chez les mères et peut devenir un moment craint, car synonyme de solitude et d'angoisse. La période de la nuit est remplie d'enjeux qui lui sont propres, décrits par Anne Soliveres, cadre de nuit, tant pour les femmes que pour le personnel dont le nombre est réduit.(25) (26).

Personnel réduit, passages moins fréquents, fonctionnement différent, les équipes de nuit ont-elles un accompagnement particulier, qui différencierait de celles de la journée ?

### 1.3 L'évaluation de la satisfaction

La période des suites de couches est souvent mal vécue par les femmes. Entre l'idéal fantasmé et la réalité, il existe un fossé, décrit aussi bien par des professionnels comme madame Rochette-Guglielmi, psychologue et psychanalyste(27) que par les témoignages des femmes(28) (29). En ce qui concerne l'allaitement, nombreuses sont les femmes rencontrées qui vivent une désillusion, exprimée aujourd'hui sur les forums d'après une thèse pour le doctorat en médecine sur les difficultés de l'allaitement partagées sur les forums (30) (17), alors qu'après l'accouchement c'est pour elles la deuxième étape importante à réussir pour être confortée dans leur rôle de mère. Lorsque les mères ressentent leur accouchement comme un échec, réussir leur projet d'allaitement est d'autant plus important car vécu comme un indicateur de « bonne mère ».

Si un allaitement maternel perdure, c'est qu'il est voulu mais surtout bien vécu par la mère. Son instauration se fait dès les premiers instants, donc à la maternité, avec le personnel soignant.

Dans une démarche d'amélioration et d'évaluation de la qualité des soins, l'HAS recommande aujourd'hui de recueillir la satisfaction des patients dès lors qu'une hospitalisation dure plus de 48 heures. L'évaluation est réalisée par le patient donnant ainsi un regard complémentaire aux autres indicateurs de qualité recueillis et évalués par les professionnels, car il est le meilleur juge sur la notion d'écoute, de soutien, de respect de l'intimité, de respect de la confidentialité, de communication, de la prise en charge de la

douleur. Le questionnaire e-Satis de la HAS a été construit avec une soixantaine de questions évaluant de « mauvaise » à « excellente » la satisfaction des patients hospitalisés et permettant de donner une note sur 100 à un établissement. La satisfaction peut être ainsi mesurée de manière quantitative à partir de questionnaires et d'indicateurs précis.

Mais qu'est que la satisfaction ? C'est un terme très souvent utilisé aujourd'hui mais peu défini. Le Larousse nous donne cette définition : c'est ce qui satisfait, répond à la demande de quelqu'un ou le contentement, la joie résultant d'un désir, d'un souhait. La satisfaction reste donc un concept très subjectif et qualitatif. On peut dire d'après la théorie des attentes de Vroom que c'est l'expression de la différence entre ce qui est attendu et ce qui est perçu(31). Evaluer les prestations des professionnels n'est donc pas suffisant. Il est nécessaire d'interroger les attentes des patients et en regard, leurs réactions face aux soins reçus. On peut distinguer trois types d'attentes chez les patients, selon François Steudler, professeur de sociologie(32): les attentes technico-médicales, les attentes psychiques et sociales et les attentes matérielles et intellectuelles.

La satisfaction est une notion dont la mesure est difficile et relative. Qu'est ce qui détermine pour les mères une « bonne satisfaction » du séjour en suites de couches ? Ou un « bon » allaitement ? La satisfaction est-elle liée à la réussite ? La réussite d'un allaitement maternel est-elle jugée à sa durée ? A son efficacité sur la reprise du poids de naissance ? La plupart des études sur l'allaitement le donne à penser, se basant sur la durée des allaitements, les causes influençant un arrêt précoce, comparant les chiffres des régions, des pays comme l'étude Epiphane ou des études sur l'association entre l'observance des pratiques professionnelles et la durée de l'allaitement. (33) (34) (35) (36)

Si l'on cherche à connaître la satisfaction des femmes sur la mise en route de l'allaitement, une femme peut être satisfaite car l'accompagnement répond à ses attentes et une autre peut être déçue avec une expérience similaire. L'HAS face à ce constat de mesure relative a développé des enquêtes fondées sur l'expérience des patients.

Nous avons, pour notre part, souhaité recueillir leur expérience d'initiation de l'allaitement de manière plus fine que par une grille de satisfaction, notamment autour de la satisfaction dans les interactions avec les soignants. Nous désirons, par ailleurs, comprendre ce qui se joue la nuit dans ces interactions.

# Deuxième partie

## Matériel et méthode

### 2.1 Objet de l'étude

Notre problématique est la suivante :

Les femmes ont-elles un bon vécu de la période des suites de couches à la maternité, le jour et la nuit, en particulier sur l'accompagnement de la mise en place de l'allaitement maternel ?

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la satisfaction des mères sur l'accompagnement de l'allaitement à la maternité, pendant la journée et pendant la nuit.

Les objectifs secondaires sont :

- Recueillir le récit des femmes sur l'expérience vécue les premiers jours à la maternité
- Evaluer plus spécifiquement ce qui se joue la nuit en suites de couches.
- Mettre en évidence des éléments influant sur ce vécu et leur satisfaction.

Nous avons formulé trois hypothèses.



Les interactions avec les soignants ont un impact sur le vécu de la mise en place de l'allaitement maternel.

La nuit est une période de vulnérabilité particulière à la maternité.

Les attentes d'accompagnement des mères ne dépendent pas de leur motivation initiale à allaiter.

## 2.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, prospective menée par des entretiens semi-dirigés individuels.

Nous avons choisi d'interroger la satisfaction des mères sur l'accompagnement de l'allaitement à la maternité car ce sont elles les premiers acteurs dans l'allaitement. Les politiques cherchent à promouvoir l'allaitement maternel mais cela nécessite d'écouter les mères, de comprendre leur vécu de l'accompagnement reçu pour permettre une amélioration du système de santé pour le couple mère-enfant. La satisfaction est considérée par l'OMS comme indicateur de la qualité de prise en charge des patients.

"L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques, assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour le meilleur

résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins [...]".

La loi du 2 mars 2002 (37) a également rappelé que les véritables acteurs du système de santé sont les usagers. Le professionnel ne peut plus se limiter à sa propre appréciation des soins dans un « colloque singulier ».

La satisfaction reste une notion subjective car elle est l'expression de la différence entre ce qui est attendue et ce qui est perçue(38). Le choix d'évaluer cette satisfaction par des entretiens nous a permis de rejoindre chaque mère dans ses attentes et ainsi de mieux comprendre son vécu de l'accompagnement reçu.

La méthode, par entretien semi-dirigé, a permis aux mères de s'exprimer librement, tout en étant guidées par l'investigateur.

## **2.3 Période de l'étude**

L'étude a été menée en France entre le 1<sup>er</sup> septembre 2019 et le 20 décembre 2019.

.

## 2.4 Population de l'étude

### 2.4.1 Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude les femmes sur les critères suivants : primipare, accouchement voie basse, terme  $\geq 37$  SA, nouveau-né eutrophe, singleton, allaitement maternel à la sortie de la maternité, accouchement inférieur à 6 mois.

Nous avons fait le choix d'interroger des primipares pour plusieurs raisons. Le vécu d'une première expérience de maternité ou d'allaitement influence fortement celles qui suivent.

La multiparité est aussi un facteur favorisant de prolongation d'un allaitement maternel (39) (40). Il nous semblait aussi que les interactions avec le personnel et les besoins étaient très différents pour une femme ayant déjà accouché.

Le critère d'inclusion « accouchement voie basse » permettait d'interroger des femmes n'ayant pas eu de complications à l'accouchement pouvant affecter les relations avec le personnel ou l'allaitement.

En ce qui concerne le nouveau-né, nous n'avons retenu que les mères n'ayant pas été séparées de leur enfant à la naissance. Nous avons donc fait le choix d'inclure des nouveau-nés à terme et eutrophes.

Le critère « accouchement inférieur à 6 mois » a été ajusté après les premiers entretiens.

Nous avons d'abord choisi comme limite un an. Cependant dans les trois premiers entretiens, deux concernaient des femmes ayant accouché un an avant et leurs souvenirs étaient moins précis que ceux de la troisième femme ayant accouché deux mois auparavant. Pour plus de précision, nous avons donc changé le délai de 1 an à 6 mois.

### ***2.4.2 Critères d'exclusion***

Nous avons exclu de notre étude les patientes ayant eu des jumeaux. Il nous semblait probable que la gémellité, à elle seule, influe trop sur l'histoire d'allaitement. Elle influe aussi probablement sur les interactions avec le personnel qui est plus présent.

Enfin, nous avons exclu de l'étude, pour des raisons de simplicité, les patientes mineures ou ayant des difficultés à parler ou comprendre le français.

### ***2.4.3 Recrutements***

La question du recrutement s'est posée avec celle du moment idéal pour interroger les femmes. Il fallait que les souvenirs du séjour en suites de couches soit encore assez précis, et que la patiente soit disponible pour les échanges. Nous avons pensé au moment de la visite post-natale. Il était compliqué sur ce temps de faire rester les femmes plus longtemps que prévu pour cet entretien. Le recrutement des patientes a finalement été réalisé grâce à la coopération de sages-femmes libérales parisiennes lors de visites post natales ou de rééducation du périnée.

Une autre partie des femmes ont été recrutées ensuite par un effet boule de neige.

## 2.5 Méthodologie

### *2.5.1 Modalité de recrutement*

Les patientes étaient préalablement averties de l'étude et de ses objectifs par une affiche laissée aux sages-femmes libérales ayant accepté de participer au recrutement.

Lorsque la femme acceptait de participer à l'étude, la sage-femme nous transmettait alors ses coordonnées.

Un rendez-vous était alors pris, dans la semaine, pour un entretien téléphonique.

Nous avons choisi de réaliser les entretiens au téléphone pour permettre aux mères de s'exprimer plus librement. Les suites de couches et l'allaitement sont des périodes riches en émotion, en découverte de soi, d'un corps différent. Et dans notre société la pudeur des sentiments, de nos émotions peut être un frein à se livrer. Proposer à la femme de rester chez elle dans un lieu sécurisant, sans le regard de l'observateur leur a permis de se livrer plus facilement sur ces sujets intimes.

Les femmes étaient informées que l'entretien se faisait au téléphone par l'étudiante sage-femme.

L'accord des patientes pour être enregistrées était demandé en début d'entretien, après présentation par l'investigateur des objectifs de la recherche. Il leur était précisé que les données étaient enregistrées en vue de la retranscription. Il leur était toujours précisé la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment. Une note d'information, avec toutes les informations sur la gestion de leurs données, leur était systématiquement envoyée. Il leur était demandé de la renvoyer signée et datée.

Notre étude a été enregistrée dans le registre des traitements de l'APHP sous le numéro 2019 0724182037.

### *2.5.2 Guide de l'entretien*

Les entretiens ont été menés avec un guide d'entretien. L'entretien semi-dirigé permettait d'avoir une trame de questions tout en laissant une liberté de parole aux mères, la possibilité de digressions pouvant apporter de nouveaux éléments et l'opportunité de rebondir sur certains points pour les approfondir.

Une première grille a été réalisée et testée sur deux femmes. Elle orientait la mère sur un récit linéaire des suites de couche et des interactions avec le personnel, pour essayer d'avoir un récit le plus objectif possible. Mais il s'est avéré que rapidement les digressions étaient trop importantes et la trame inadaptée. Nous avons donc modifié la trame.

La grille définitive se compose finalement de plusieurs parties :

- sur les caractéristiques de l'accouchement : lieu, date, terme, voie, sexe, poids de l'enfant, durée d'allaitement
- sur les raisons du choix de l'allaitement, la préparation
- sur l'aide attendue par les professionnels à la maternité
- sur les équipes de jour : leur fonctionnement, les conseils, leur investissement, les besoins de la mère
- sur le vécu de la nuit : l'ambiance, le déroulé d'une nuit, les sentiments, les ressources

- sur les équipes de nuit : leur fonctionnement, les conseils, leur investissement, les besoins de la mère
- le vécu des changements d'équipes
- les paroles ou attitudes encourageantes des professionnels à la maternité pour le vécu à la maternité
- les paroles ou attitudes de professionnels avec un impact négatif sur le vécu à la maternité
- les moments les plus difficiles dans l'allaitement et l'aide reçue
- ce qui paraît le plus important pour la mise en place de l'allaitement
- le retour à la maison et en particulier les nuits à la maison
- les caractéristiques maternelles : âge, profession.

### ***2.5.3 Recueils des données***

Nous avons réalisé quinze entretiens ce qui nous a permis d'arriver à saturation des données.

Les entretiens ont duré entre 20 minutes et 48 minutes.

Chaque entretien a été enregistré à l'aide de l'application CallX puis retranscrit manuellement et intégralement sur le logiciel Word.

Ils ont été anonymisés avec une classification par lettre de A à O.

### ***2.5.4 Méthode d'analyse***

Nous avons fait une analyse thématique par plusieurs lectures de chaque entretien, en les comparant aux autres. Un code couleur nous a permis de relever les principaux thèmes se dégageant des entretiens.

Nous avons ainsi pu mettre en évidence les principaux thèmes comme :

- le fonctionnement des équipes la nuit et le jour,
- les sentiments la nuit,
- les attentes des mères,
- les signes corrélés à un bon vécu de l'allaitement.

Pour chacun de ces thèmes principaux, des thèmes secondaires ont permis d'affiner l'analyse. Par exemple sur le fonctionnement des équipes, nous avons analysé les passages des équipes, leur disponibilité, les conseils donnés.



A partir de ces thèmes, un tableau d'analyse a été réalisé.

Les entretiens ont été relus, analysés selon les thèmes puis les pratiques professionnelles ont été relevées et triées selon la satisfaction des femmes.

A partir de cette analyse, nous avons pu vérifier nos hypothèses.

### 2.5.5 Présentation de la population

Madame	Age	Profession	Terme	Niveau de la maternité	Accouchement il y a ...
A	27	Interne médecine	39+2	3	2 mois
B	35	Responsable commerciale	40	3	12 mois
C	44	Ingénieur	37+3	2	12 mois
D	29	Designer produit	41+4	1	6 mois
E	28	Pharmacien	39	2	5 mois
F	22	Aide-soignante	41+3	2	3 mois
G	23	CAP petite enfance	38	2	5 mois
H	27	Infirmière	39	2	3 mois
I	33	Secrétaire	39+3	3	2 mois
J	26	Conseillère en assurance	41+3	1	4 mois
K	25	Caissière	40	2	2 mois
L	36	Chanteuse danseuse	40	1	6 mois
M	25	Institutrice	41	2	3 mois
N	25	Ressources humaines	39	2	2 mois
O	28	Responsable projet	40	2	2 mois

Dans notre population, 9 femmes sur 15 ont entre 25 et 34 ans, ce qui correspond à la population générale.(2)

3 femmes ont accouché en maternité de type 1.

BASSOT Sarah

9 ont accouchées en type 2.

3 ont accouché en type 3.

# Troisième partie

## Présentation des résultats et analyse

### 3.1 Les interactions avec les soignants...

#### 3.1.1 ...dans l'organisation Jour vs Nuit

##### Le jour, des passages décrits comme spontanés et réguliers...

La journée, les mères décrivent de façon générale une présence active des équipes, un passage régulier. Madame I redit plusieurs fois que « *la journée, elles passaient quand même régulièrement* », madame A explique que « *le jour il y a toujours des gens qui passent* ». Les passages spontanés sont nombreux en journée que ce soit pour la surveillance médicale, les soins du nouveau-né, les visites du pédiatre, les distributions de repas, ... C'est l'occasion pour les femmes de poser leurs questions, d'être conseillées, guidées.

##### **...avec une prise en charge plus ou moins globale**

Le passage des sages-femmes était l'occasion de vérifier la bonne mise en place de l'allaitement, de vérifier les positions. Pour les femmes, il est important que soit pris en compte le couple mère-enfant de façon globale. Ainsi madame M regrette que quand les sages-femmes venaient « *elles ne regardaient pas beaucoup l'allaitement, elles étaient plus préoccupées par moi* », et madame H aurait aimé qu'on s'intéresse à son allaitement mais

« elles prenaient [sa] tension, elles [lui] donnaient des antalgiques, elles [lui] demandaient si elle avait mal ». Dans certains lieux la prise en charge de la mère et du nouveau-né est dissociée et on sent à travers les propos des femmes que c'est déroutant.

Parfois, le suivi de l'allaitement se fait par un carnet que la mère doit remplir et qui est vérifié par les équipes lors de leur passage.

« Elles passaient régulièrement quand même dans la journée pour voir comment ça allait. Et moi entre je devais noter à chaque fois que je le mettais au sein et compagnie donc elles regardaient le cahier sur lequel je notais donc elles me demandaient rapidement quand je l'avais mis au sein. », raconte madame I.

Si ce carnet peut être un outil pour aider la mère et le professionnel à suivre le rythme de l'enfant il ne doit cependant pas dispenser les professionnels de passer régulièrement pour faire le point dans la journée en observant et interrogeant la femme.

### **... et des équipes disponibles**

En plus des « deux trois passages spontanés dans la journée » certaines équipes proposent « de les appeler pour toutes les tétées les 24 premières heures pour bien le mettre au sein, pour pouvoir voir les bonnes positions », comme ce fut le cas pour madame A et madame O. Il n'est pas nécessaire finalement d'appeler forcément à chaque tétée, mais il est rassurant pour les mères de savoir les équipes prêtes à passer. Ainsi, 6 femmes nous ont précisé que les équipes répondaient bien à leur appel en plus de leurs passages spontanés. Madame E : « quand j'appelais, elles venaient ».

Madame G : « elles venaient quand je les appelais ».

Madame N « *à chaque fois je les appelais et elles venaient vérifier* ».

Madame O : « *appelez-moi, je vérifie si c'est bien* ».

Madame F : « *Je les appelais et elles venaient assez rapidement pour la mise au sein* ».

Madame A : « *je demandais à chaque fois aux équipes* ».

Les femmes bien qu'ayant accouché dans différentes maternités décrivent donc de façon générale les équipes de jour comme très présentes et disponibles.

### **La nuit, des effectifs restreints, ...**

La nuit, une autre équipe arrive avec une nouvelle organisation. Les effectifs sont réduits. Une sage-femme n'est pas forcément présente dans le service, ce peut-être une infirmière (41). Madame M partage cette impression « *elles étaient moins nombreuses, on le sentait* », madame C pense « *qu'il y avait qu'une seule personne* ».

### **... des passages plus rares**

Un tour est effectué en début de nuit vers 22h et permet aux équipes de se présenter et de faire le point sur le service. « *Elles nous disaient bonsoir* », comme le dit madame K. Ensuite les équipes attendent pour la plupart d'être appelées pour venir. Elles annoncent aux femmes qu'elles les « *laissent dormir* », « *se reposer* », être « *tranquilles* ». Mais ce repos promis n'est souvent qu'une utopie pour les mères qui se retrouvent vite avec un nouveau-né dont les pleurs sont compliqués à calmer. Les équipes sont prêtes à répondre aux sonnettes, mais « *si on ne les appelait pas, elles ne venaient pas* ».

Madame I regrette l'absence pour elle des équipes la nuit : « *la nuit on ne les voyait pas* », mais elle se remet aussi en cause : « *après c'est peut-être aussi ma faute, parce que c'était sûrement à moi d'appeler la sage-femme la nuit, elle serait venue aussi* ». La nuit les femmes ont une réticence à appeler, voulant probablement respecter une norme sociétale de calme du soir au petit matin.

### **...une réticence à appeler**

« *La nuit c'est sûr que j'aimais un peu moins appeler parce que c'est toujours un peu plus délicat, on dérange un peu plus* », explique madame A.

Demander de l'aide la nuit va se faire moins spontanément que la journée.

Dans l'inconscient collectif, la nuit est consacrée au sommeil et on conçoit difficilement le système de veille.

Pour madame F, « *la nuit, il fallait appeler un numéro et pas prendre la sonnette parce que la sonnette c'était pour les urgences limites vraiment vitales* ».

Les femmes connaissent peu les visages de l'équipe, il est difficile de déranger quelqu'un à 3 heures du matin qui nous a quitté en disant « bonne nuit, à demain ». Deux femmes se souviennent de nuits où elles n'ont pas vu les équipes pendant la nuit mais seulement au petit matin, l'une passant seulement à 6 heures pour un tour du matin, l'autre ayant oublié de venir le soir. Madame N a ainsi ressenti « *plein de petits loupés la nuit* ».

On a pu cependant remarquer que quelques femmes n'ont pas eu ce problème à solliciter les équipes la nuit certainement de par leur connaissance de l'organisation du

système de soin, l'une étant interne en médecine et l'autre infirmière et n'ayant donc « *aucun problème à appeler si besoin* ».

Il est intéressant de constater que ces femmes, venant du domaine du soin, avaient conscience que les équipes étaient là pour elles et pouvaient être appelées à tout moment si besoin.

Informé de façon claire les femmes qu'elles peuvent appeler, si besoin, pendant la nuit, des équipes disponibles et ainsi éviter que le "bonne nuit, à demain" soit perçu comme une invitation à ne pas déranger le service avant le tour du matin pourrait améliorer la satisfaction des femmes sur le fonctionnement des équipes de la nuit. Donner le cadre de l'organisation permet d'éviter que les mères comme madame I ne se retrouvent dans leur chambre avec un enfant qui pleure, un allaitement qui débute et en se disant : « *ok et il faut que je fasse quoi maintenant ?* ».

Le passage systématique des équipes n'est pas nécessaire, certaines mères en effet arrivant à bien dormir pendant la nuit. Madame L rapporte l'organisation d'une équipe qui passait régulièrement la nuit mais écoutait à la porte. Et si la femme dormait, elle la laissait se reposer. Les patientes étaient au courant et savaient « *qu'elle était venue mais [avait] juste écouté derrière la porte et [dû] se dire : tout est calme donc je les laisse dormir* ».

Le fait de pouvoir être à son rythme et en même temps savoir que les équipes se soucient du bon déroulé de la nuit est un élément rassurant.

Il serait intéressant de travailler sur la communication avec les patientes de l'organisation des équipes de nuit. Le tour du soir peut être l'occasion de se présenter,



faire le point et aussi expliquer le déroulé de la nuit, dire qu'on peut passer sans forcément rentrer si elle dort, qu'on est là pour veiller et qu'elle peut donc appeler sans craindre de déranger, que son enfant risque de peu dormir, de réclamer régulièrement... Donner un cadre à la nuit sécurise les femmes et leur permet de l'appréhender et la vivre plus sereinement, comme l'a constaté Anne Perraut-Soliveres, cadre infirmier chercheur en particulier sur la nuit à l'hôpital. (42)

### ***3.1.2 ...dans le temps accordé vs nécessaire***

#### **Le temps : central dans l'accompagnement**

Le post-partum est la période de construction du lien mère-enfant, d'apprentissage des compétences maternelles. Cela se fait avec le temps, les mères ont besoin de temps. Une femme n'est pas une machine à laquelle on appliquerait le programme "maternité". La théorie d'un cours de préparation à l'allaitement ne peut permettre à une femme de maîtriser son allaitement. Il lui faut expérimenter les mises au sein, le positionnement de l'enfant, les sensations de la succion, les yeux du nouveau-né qui cherchent son regard... Et cela nécessite du temps et un guide extérieur. Les femmes en ont besoin et disent l'importance de la disponibilité des équipes dans la mise en place de l'allaitement. Cette disponibilité n'est pas homogène selon les équipes que ce soit la nuit ou le jour.

#### **La gestion du temps**

La question du temps est souvent rapportée par les femmes dans les entretiens : soit parce qu'elles estiment avoir manqué de temps, soit parce qu'elles ont apprécié le temps accordé par les équipes.

Plusieurs femmes se sont senties peu soutenues et parlent du manque de temps des équipes.

Madame K : « *Ils ne restaient pas longtemps en fait* », « *on a l'impression qu'ils n'ont pas le temps, ils n'ont pas le temps, bah ils courent c'est dingue* », « *elle restait trente secondes* »

Madame M : « *ils s'assuraient qu'il tâte mais c'était vraiment une minute chrono* », « *elle venait et repartait* »

Madame D : « *elle reste deux minutes même pas et elle repart* »,

Madame I : « *elle est venue vite fait la nuit* »,

Madame F « *ils restaient deux trois minutes dans la chambre* »,

Ce passage furtif (presque furtif) des équipes est qualifié de « *frustrant* », « *difficile* ». Les femmes auraient aimé « *un peu plus d'attention, un peu plus de temps* » comme le dit madame D.

Ce manque de temps dans l'accompagnement a été perçu comme désagréable par les femmes. Cela les a obligées à aller chercher d'autres ressources dans un moment où elles en ont finalement assez peu.

Qu'ont permis le temps, la disponibilité des équipes pour les femmes qui les ont reçus ?

La journée, nombreuses sont les femmes qui ont trouvé les équipes « *hyper dispo* », « *vraiment très très disponible* », « *super présentes* », certaines restaient « *une demi-heure voire même trois quart d'heure* ».

Pour cinq femmes, c'est la nuit que les équipes étaient « *plus disponibles* ».

« *C'est plus calme, on prend plus le temps* » se souvient madame H à propos des conseils reçus la nuit.

Que ce soit le jour ou la nuit, certains professionnels semblent ne donner qu'un temps minimum, s'échappant rapidement de la chambre pour répondre à d'autres demandes, alors que d'autres « prennent » ce temps.

Comme le dit madame G : « *j'avais limite l'impression d'être la seule dans le service alors que c'est quand même une grosse mater avec beaucoup d'autres mamans, d'autres services, et je sais que c'est pas forcément des sureffectifs* ».

### **Les bénéfices du temps accordé**

Savoir les équipes disponibles, le jour et la nuit, permet aux femmes de se sécuriser, de se sentir soutenues dans la mise en place de l'allaitement. Le vocabulaire utilisé pour décrire la place des équipes pendant ce temps accordé montre le rôle de soutien, d'accompagnement qu'elles offrent aux femmes. Ce sont les verbes : venir, voir, regarder, vérifier, aider, entourer, épauler, guider, rester, montrer, remontrer, expliquer, donner des conseils, discuter. Ils dévoilent l'importance de la patience, de la pédagogie, du partage pour donner à la mère confiance, lui apprendre à être autonome dans la gestion de l'allaitement.

Maurice Titran, pédiatre, expliquait que le temps est essentiel dans l'accompagnement de l'allaitement en suites de couche car il permet « une rencontre, la naissance d'un projet, un cheminement, un transfert réciproque de compétences et de savoirs entre les familles et les professionnels, que les premières pourront intégrer dans leur projet de vie et que les seconds pourront inclure dans l'enrichissement de leurs pratiques professionnelles. »(43)

Ce besoin de disponibilité, de proximité, d'investissement prend place dans les composantes de la satisfaction parmi les attentes psychiques et sociales des femmes qui aspirent à des informations et relations rassurantes. Le temps consacré aux femmes joue donc un rôle important dans la mise en place de l'allaitement dans le post-partum.

### ***3.1.3 ...dans la diversité des conseils***

L'organisation d'un service d'hospitalisation nécessite un roulement des équipes. Les femmes pendant leur séjour de trois ou quatre jours en suites de couche peuvent vivre jusqu'à 10 changements d'équipes si elles tournent en 8 heures. Les visages qui les entourent sont nombreux et chacun va répondre aux questions et inquiétudes de la jeune mère avec ses connaissances, sa formation et mais aussi sa personnalité, son expérience, ses croyances. Aux questions posées aux femmes lors des entretiens sur les conseils reçus, les réponses sont variées et permettent de mettre en évidence différentes pratiques professionnelles.

## **Des réponses minimalistes**

Pour certaines la réponse apportée par l'équipe va être minimaliste. La personne qui répond à l'appel ne donne aucun conseil mais met elle-même le bébé au sein sans explication et part.

« *Elle me l'a mise sur mon ventre, elle a tiré mon mamelon pour le mettre dans la bouche du bébé* », se souvient madame H, infirmière.

La femme se sent alors peu considérée. Le transfert du savoir, étape importante d'un accompagnement, ne se fait pas. La femme se trouve alors tout aussi démunie avant qu'après le passage du personnel.

Madame K nous partage son désarroi quand l'équipe mettait sa fille au sein sans donner d'explication, sans parole, et « *dès qu'elle partait, la petite s'en allait aussi* », et elle ne savait pas « *refaire la même méthode* ». Quatre femmes ont raconté ainsi voir dû se débrouiller seules.

## **La diversité des conseils : force...**

Certaines vont recevoir des conseils, des recommandations, des explications de la part des équipes. Et il y aura presque autant de conseils différents que de personnes présentes pendant le séjour. La diversité des conseils peut être une force ou un frein à l'allaitement.

C'est une force quand cette diversité donne à la femme une panoplie d'outils pour mieux appréhender l'allaitement, comme des positions d'allaitement différentes ou les signes d'éveil calme d'un nourrisson... Dans ces cas-là, même si elle trouve que c'est assez

déstabilisant, elle conclue finalement que qu'elle peut « *essayer* » les autres techniques selon madame C, et surtout « *faire comme elle le sent* » comme madame B, « *selon [son] avis* ». Ces femmes vont prendre les conseils et faire le tri. Elles apprennent à se faire confiance, et s'autonomisent.

### **...ou frein**

Certaines ne savent « plus sur quel pied danser » quand ce sont des conseils contradictoires comme plier la couche pour le cordon ou la laisser, réveiller le nouveau-né toutes les 2 heures puis toutes les 4 heures puis le laisser se réveiller seul.

Madame K exprime l'inquiétude qui l'habitait avec tous ces conseils : « *je ne savais pas ce qu'il fallait faire, quand il fallait la faire, s'il fallait le faire* ». Avoir plusieurs versions est source d'incompréhension pour les femmes qui dans la période fragile du post partum ont besoin de repères.

### **Des discours cohérents**

Madame E nous dit que pour elle « *à la maternité le discours était bien cohérent et c'est vrai que c'est important parce qu'on se sent fragile* ». Les explications, la répétition de ces explications lors des cours de préparation puis au passage des équipes, les démonstrations des positions, des signes de faim, des bons positionnements sur le sein permettent aux femmes de comprendre et d'intégrer toutes ces nouvelles informations.

### **Les conseils pendant la nuit**

La nuit, on retrouve cette même problématique de la diversité des conseils selon les équipes. On a cependant relevé que pour deux femmes, alors qu'elles demandaient des conseils pour l'allaitement, les équipes sont revenues avec des compléments, sans discussion ou explication préalable. Cette attitude semble rompre le lien de confiance nécessaire dans l'accompagnement. Ainsi l'une d'elle nous dit qu'après cet évènement, elle ne préférerait ne plus poser de question à l'équipe de nuit et « redemandait le matin ».

Pour deux femmes, madame G et madame E, la nuit était un temps privilégié pour poser des questions car les équipes prenaient « *plus le temps* », « *donnaient plus de conseils* » que le jour.

### **L'importance d'un discours commun autour de l'allaitement**

Ainsi, que ce soit le jour ou la nuit, il peut y avoir une diversité des conseils, élément fragilisant dans le post partum pour les femmes. Il n'y a pas de dichotomie jour/nuit évidente mais plutôt une variété selon les équipes.

Le danger pour les mères c'est lorsque les connaissances sont données ou comprises comme des recettes à appliquer à tout prix et quand chacun donne une « recette » différente. Uniformiser le discours paraît rassurant pour les mères et sécurisant pour les équipes qui ainsi ne seraient plus en opposition avec leurs collègues. Mais le nouveau-né, la relation qu'il crée avec sa mère, son rythme de vie ne peuvent rentrer dans un protocole.

Plus qu'un discours commun c'est une culture commune autour de l'allaitement dont nous avons besoin comme l'explique Mariella Landais, puéricultrice et formatrice à l'institut Co Naitre.(44)

Une formation approfondie sur la physiologie de l'allaitement mais aussi autour des rythmes des nouveau-nés de sommeil, de la faim, des pleurs, des besoins, des compétences du bébé et de la mère permet d'harmoniser pratiques et discours tout en s'adaptant à la spécificité de chaque dyade mère-enfant. L'observation d'une tétée par un professionnel est recommandée (20) mais pas toujours effectuée et permettrait finalement une autonomie plus rapide de la mère. Chaque geste, chaque placement peut être approuvé ou corrigé, les petits signes du bébé décryptés avec un regard professionnel et la mère gagne alors confiance en elle et en son bébé. Ce temps consacré va alors être même un gain de temps par rapport à une femme qui n'ayant aucun repère va appeler l'équipe à chaque tétée, à chaque pleur.



- **Première hypothèse : les interactions avec les soignants ont un impact sur le vécu de la mise en place de l'allaitement maternel.**

La première hypothèse peut être validée.

Nous avons vu par les expériences des femmes que l'organisation du service de suites de couche a des répercussions sur leur satisfaction. L'accompagnement des mères en suites de couche varie selon la façon de travailler propre à chaque équipe mais aussi selon l'institution et son organisation. Entre les organisations de services basées sur des protocoles fixes sur les horaires des mises au sein par exemple, ou celles qui apprennent à la mère à reconnaître les signes d'éveil et de faim, les interactions mère-enfant ne sont pas les mêmes à la sortie de la maternité. Lorsque le rythme du nouveau-né est respecté, les interactions sont plus riches et fréquentes, les pleurs moins fréquents, les bébés plus détendus. Ces comportements furent étudiés dans une étude de Gillot de Vries et al sur l'influence du climat institutionnel entourant la naissance sur les comportements et les interactions précoces entre la mère et son bébé. (45)

Elles ont ainsi exprimé un meilleur vécu quand les équipes passaient régulièrement et/ou quand elles savaient qu'elles pouvaient les appeler à tout moment, de jour comme de nuit, quand le personnel soignant prenait le temps nécessaire pour guider l'allaitement, répondre aux questions, quand les conseils étaient constructifs les uns par rapport aux autres et non pas contradictoires. On retrouve ces attentes qui sont finalement similaires le

jour et la nuit. Toutes les attentes peuvent être regroupées dans le besoin d'être accompagnée.

### 3.2 La nuit : une période de fragilité particulière

La nuit est définie comme la durée comprise entre le coucher et le lever du soleil et pendant laquelle ce dernier n'est pas visible, c'est l'obscurité plus ou moins grande qui accompagne cette durée. La nuit est une réalité astronomique mais qui, au fil du temps a évolué, se chargeant de symboliques.

L'incapacité de voir pendant la nuit a éveillé chez l'homme la conscience de sa vulnérabilité. Peur d'être dévoré autrefois, peur d'être agressé aujourd'hui. L'homme a appris à se protéger de cette insécurité en se retirant dans un lieu sûr. Un rythme circadien entre le retrait propice au sommeil de la nuit et l'activité du jour rythme ainsi son existence. La maîtrise de la lumière a permis à l'homme de repousser la nuit, de prolonger la période d'éveil, les activités diurnes. Dans nos villes, l'éclairage nocturne donne le sentiment de posséder, de maîtriser la nuit. L'homme a voulu se protéger au fil des siècles de l'aspect impénétrable, inquiétant de la nuit en dominant les ténèbres. (46)

La nuit cependant reste mystérieuse, chargée de symboles. La fin du jour est souvent associée à l'arrivée des idées noires, à un imaginaire inquiétant. Jean-Philippe Pierron, docteur en philosophie ayant écrit sur les imaginaires de la nuit à l'hôpital(47), décrit cette vie nocturne comme une « pathologie de l'imagination débordante à combattre et à terrasser ». Les patientes prises par ce retour des refoulés sont donc la nuit dans un état non maîtrisable et donc inquiétant. Dans la période du post partum où la mère a besoin d'être protectrice vis-à-vis de son bébé, lui donner un sentiment de confiance, de réassurance surtout la nuit est nécessaire.

La nuit est liée au jour, elle engendre le jour. Si on peut parler du jour sans penser à la nuit, parler de la nuit nécessite de penser au jour, d'étudier le jour. Valoriser la nuit peut se comprendre comme une réaction au jour, une opposition au jour suggère Gérard Genette critique littéraire dans son analyse linguistique La nuit, le jour (48). En voulant lever le voile de la nuit, nous voulons au contraire permettre une continuité entre ces deux entités du jour et de la nuit qui s'engendrent éternellement, et s'enrichissent l'une l'autre. Cette continuité nécessite de connaître les particularités de la nuit pour les mères afin d'adapter l'accompagnement de la nuit à leurs besoins.

### **3.2.1 Une solitude nouvelle**

#### **Un sentiment de solitude**

La nuit les femmes décrivent une « ambiance complètement différente ». C'est plus « calme », on y « voit que dalle » ... Cette nouvelle ambiance n'est pas évidente à apprivoiser. Madame N, jeune femme de 25 ans parle de ce sentiment de solitude quand on lui demande si ses besoins étaient différents le jour de la nuit : *« la journée, je me trouvais plus autonome plus bienveillante, j'avais pris ma musique que je mettais, je me sentais vraiment dans mon cocon. Et puis j'avais des copines qui passaient, la famille, je sais pas c'était moins stressant il y avait moins d'anxiété. Je sais pas je me sentais hyper bien la journée, moins fatiguée... et la nuit c'était plus les moments où je me sentais plus seule, parce que mon mari il dormait, il y avait moins de passage dans ma chambre, et je maîtrisais moins. Je me sentais vraiment plus seule*

*la nuit.* » Cette différence entre le rythme fréquent des passages la journée, et le calme de la nuit donne un sentiment de solitude.

### **La solitude, difficile à vivre dans la période de transition de la maternité**

Près de la moitié des femmes que nous avons interrogées ont exprimé cette « solitude » ressentie. Ce sentiment de solitude n'est pas uniquement lié à un isolement réel. Malgré la présence d'autrui, le sujet peut éprouver un sentiment de solitude, c'est une solitude psychologique.

Le sentiment de solitude est souvent associé chez l'homme à différentes étapes de maturation dans son développement, explique Sébastien Dupont, docteur en psychologie ayant travaillé sur la solitude dans l'enfance et l'adolescence(49).

A la naissance, un premier état de détresse habite le petit homme dû à son immaturité physiologique le rendant dépendant de l'adulte. A l'adolescence la problématique de la dépendance est revivifiée et le jeune se trouve seul dans une ambivalence entre rechercher une proximité infantile avec ses parents ou les rejeter. Cette solitude dans la période fragile de l'adolescence se retrouve souvent dans la périnatalité, assez similaire par la quête de repères, la construction d'une nouvelle identité.

Éric Erikson, psychologue et psychanalyste explique que chaque homme traverse plusieurs étapes de développement avec des crises à résoudre pendant sa vie. La grossesse est ainsi une phase de transition avec une crise de développement à vivre pour passer du statut de femme à mère(50). Cette transformation nécessite pour la femme d'établir des relations de confiance et avoir la présence de la famille, de la société et des professionnels

de santé pendant la grossesse et l'accueil de nouveau-né. La solitude est éprouvée lorsque l'Autre ne répond pas. Le conjoint qui dort, le bébé qui pleure, sont rarement cet Autre qui apporte les réponses. La femme a besoin de trouver une présence, un soutien concret et psychologique, d'être entourée et la nuit ce sont les équipes qui peuvent répondre à ce besoin.

### **De la solitude à l'abandon**

Madame D, designer-produit de 27 ans et madame I, secrétaire de 33 ans utilisent même le terme d' « *abandon* ». Madame D se sentait « *la première nuit un peu à l'abandon parce que un peu livrée à [elle]-même* ». Madame I dit qu'elle « *était complètement perdue, [elle] se sentait un peu abandonnée quand même.* »

Virginie Megglé, psychanalyste explique que le sentiment d'abandon naît de la solitude mais d'une solitude mal vécue, vécue comme une injustice ou une trahison(51). Expression d'un manque dans la relation à autrui il s'accompagne souvent de sentiments corollaires d'injustice, impuissance, insécurité. Une femme qui vient d'accoucher est dans un état particulièrement vulnérable psychiquement et cherche justement la sécurité pour elle et le petit qu'elle vient de mettre au monde. Il est donc important de lui donner la capacité de se sentir sécurisée.

### **La place du père dans la solitude de la nuit**

Dans certaines maternités on propose aux pères de rester dormir dans la chambre. Ceci permet de faciliter la construction non seulement de la dyade mais de la triade

mère/père/nouveau-né. Cette organisation répond à une demande des couples désirant découvrir ensemble les premiers instants du nouveau-né et les pères voulant souvent pouvoir participer aux soins la nuit comme la journée. Pour les équipes, savoir que le père est présent la nuit est gage d'un soutien constant pour la mère.

Les mères sont toutes satisfaites de la présence de leur conjoint la nuit mais l'on cependant vécue différemment.

Pour madame O, responsable projet de 28 ans être avec son mari lui a permis d'être « *plus sereine* », « *plus rassurée* » car ainsi elle « *partageait la responsabilité* » du bébé. C'était pour elle « *de la sécurité parce que du jour au lendemain, on se retrouve avec un bébé un peu sous sa protection et du coup on est responsable* ».

Les femmes ont trouvé la présence du conjoint comme une vraie « aide ». Madame F, aide-soignante, a trouvé un vrai soutien auprès de son mari chaque nuit et si la journée il « *devait s'absenter pour x ou y raisons même si c'était pas longtemps, quand il partait c'était un peu l'angoisse* ».

Pour trois d'entre elles, la présence du conjoint n'a pas permis de les protéger du sentiment de solitude plus fort la nuit.

« *La nuit même si y a mon conjoint, il dormait donc finalement on se retrouve quand même seule* », nous raconte madame I. Et ces femmes voyant leurs maris dormir « *trop bien* » ne veulent pas « *le déranger* », sont « *gênées de les réveiller* ». Si d'un côté madame N « *pour rien au monde ne ferait différemment car [elle a] trop aimé qu'il soit là* », elle reconnaît s'être limitée dans les soins apportés à son bébé, elle aurait aimé essayer de faire dormir sa fille dans le berceau mais elle la gardait sur elle pour éviter les pleurs pouvant réveiller son mari.

Ces femmes bénéficient donc d'une présence physique mais vivent une solitude psychique. Un conjoint qui reste la nuit n'apporte donc pas forcément la sécurité à sa femme bien qu'y contribuant.

La nuit est vécue par certaines comme un amplificateur d'émotions. Elle amplifie ainsi pour madame M la période de solitude. Une absence d'une heure la journée est normale mais madame M dès le soir quand son mari partait à 22h « *se disait que de 22h à 8 h le matin ça allait être l'horreur, ça [la] stressait* ». En effet son allaitement étant douloureux, elle craignait d'autant plus les mises au sein nocturnes car personne n'étant là pour l'aider à placer sa fille et « *comme elle était seule* » une douleur ressentie beaucoup plus forte. Ce stress de la solitude complique le lien avec le bébé, la disponibilité pour répondre à ses besoins.

### **La solitude et l'aire du "self-made-man"**

La solitude du post-partum, exacerbée la nuit par rapport au jour et dans la société occidentale par rapport à d'autres sociétés plus traditionnelles, reflète l'aire du "self-made-man" qui est apparue dans le monde du travail et devient une injonction dans la vie privée, comme le développe une équipe de psychologues-chercheurs de Besançon dans un article sur l'idéologie hypermoderne(52).

La femme intègre désormais rapidement qu'elle doit se débrouiller par elle-même dans son rôle de mère. Le groupe familial pourtant essentiel dans l'accès à la parentalité est aujourd'hui dispersé : les grands-parents travaillent encore, les familles sont recomposées,



les mobilités professionnelles éloignent les proches ... Les femmes n'ont plus le soutien de la famille autour de la naissance. Ce ne sont plus que des visites rapides à la maternité avant que chacun reparte dans son quotidien. Et de leur côté, les professionnels rentrent dans cette nouvelle organisation et essayent d'autonomiser le plus vite possible, en trois jours, les mères. Les mères savent qu'elles doivent rapidement se débrouiller et ne plus dépendre de personne. La solitude de la nuit est ainsi vécue par certaines comme un moyen d'apprentissage, un test sur la capacité à devenir parent seul. Madame D nous dit ainsi : « *c'est pas plus mal parce qu'on apprend aussi à se débrouiller* ».

Cependant l'immaturation du nouveau-né nécessite de la part des parents une disponibilité physique et psychique quasi totale pour le bébé, provoquant fatigue et épuisement. L'entourage peut par sa présence apporter un soutien émotionnel, un partage d'affect, une reconnaissance de leurs difficultés. Les femmes qui expriment leurs vécus de la solitude pendant la nuit disent ainsi leurs besoins de contenance, de soutien. Delphine Vennat, docteur en psychologie clinique périnatale explique que les professionnels ont d'abord un rôle de transmission du savoir informatif et pratique mais face à l'absence de la sphère familiale, les femmes attendent d'eux aussi un soutien émotionnel. Il est donc nécessaire d'aller à la rencontre des mères dans l'écoute et la présence pour soutenir la construction de la parentalité et éviter la souffrance de la solitude dans le post partum précoce et après par la mise en place d'un réseau de soutien(53).

### 3.2.2 Des sentiments d'angoisse et de détresse

A la question : "quels sentiments vous habitaient la nuit ?", le terme "angoisse" est revenu 24 fois. L'angoisse est une grande inquiétude, une anxiété profonde née du sentiment d'une menace imminente mais vague. Cependant l'angoisse parmi les différents états de peurs se distingue de l'anxiété par « la prédominance ou la participation d'un élément somatique » selon le docteur Marcel Eck. Ce sont des impressions de constrictions thoraciques, de gorges serrées, de dérobement des jambes... L'angoisse exprimée par les femmes interrogées semble être plus une anxiété d'après les distinctions donnés par André Le Gall, philosophe et psychologue(54) L'anxiété naît principalement de la crainte de danger pour le nouveau-né dont elles ont la responsabilité, crainte de ne pas savoir répondre à ses besoins, crainte de ne pas réussir à l'allaiter sans l'aide des équipes, crainte de ne pas réussir à l'endormir...

Madame I, secrétaire, résume ainsi la cause de son angoisse nocturne : « [j'avais] l'angoisse de me demander si je faisais bien les choses ».

#### **Le soir et l'arrivée de l'anxiété**

La journée, les femmes n'ont pas éprouvé la même anxiété. C'est « *en fin de journée* », « *pendant la nuit* » que ces sentiments arrivaient. Le changement d'atmosphère y contribue. Les sens dans la nuit perdent leurs repères. La perception se modifie. La nuit prive de la vue.

Comme le dit madame I « *tu vois que dalle* ». Il est vrai que l'électricité devrait permettre de palier à ce besoin de voir pour être en sécurité mais « *quand tu allumes une lumière, tu réveilles tout le couloir* » nous dit madame I. Rester dans la pénombre conduit la femme à développer d'autres sens pour rester en alerte. Ainsi madame E, pharmacien de 25 ans, était « *sur le qui-vive tout le temps* » à cause des petits bruits de son fils, car ne pouvant le regarder comme la journée, elle ne savait pas si c'était des « *signes précoces* ». Ces petits bruits qu'elle caractérise de « *petits cris de souris* » l'empêchaient de dormir car la plaçait dans l'inconnu : signe d'éveil ou bruit dans le sommeil. Elle a dû apprendre à veiller sur son enfant en acceptant ces petits bruits et c'est au retour à la maison qu'elle s'est « *habituée à ces fameux petits cris de souris qui [la] troublaient tant à la maternité* ». La perception des sens est modifiée par la nuit et donc aussi la disponibilité de la mère aux besoins de son enfant.

### **Avec la nuit, les questions émergent**

Avec la nuit, la notion du temps change également. Le temps semble s'arrêter, se suspendre.

La nuit n'est pas rythmée comme la journée par les visites du personnel le matin, puis celles de la famille l'après-midi. Si le nouveau-né dort, le père dort aussi, et la mère, elle, guette le sommeil. Il est fréquent que les femmes « *n'arrive[nt] pas à dormir même si le bébé dort* », comme ce fut le cas pour madame I. Ces instants-là sont souvent les premiers dont elles disposent pour penser, laisser émerger leurs émotions, ... la nuit, elles ont le « *temps pour se poser des questions, y a la place des questions* » relate madame L, chanteuse et danseuse. Le temps d'intégrer toutes les découvertes de la journée, d'entendre les

sentiments qui les traversent et ensuite de « *se poser énormément de questions* » qu'« *on ne prend pas le temps de se poser la journée* » et donc qui, le soir, « *remontent* » selon madame I et madame K.

De plus, dans le noir, l'absence d'objet de perception laisse libre cours aux projections.

Le vécu de la nuit n'est donc pas déterminé par le sommeil du bébé, car que celui-ci dorme ou soit éveillé dans les bras de sa mère, les questions semblent attendre le soir pour émerger et habiter l'esprit.

Les femmes aimeraient alors « *pouvoir en discuter ou pouvoir poser les questions à ce moment-là* » pour en être « *soulagée* » selon les mots de madame I. Mais comme le dit madame N, âgée de 25 ans, bien qu'elle se soit épaulée par les équipes en général, la nuit ce n'est « *pas un bon moment* » parce « *qu'elles sont moins nombreuses et donc un peu moins dispo, qu'on va les gêner, parce qu'elles ont envie de dormir et qu'on a envie de les laisser un peu tranquille* ». Les questions, qui sont souvent sans réponses pendant la nuit, vont donc cultiver l'anxiété ressentie par les femmes.

### **Prévenir cette anxiété**

Une femme, madame E a apprécié la prévention faite par sa « *belle-sœur qui l'avait prévenue que les trois premières nuits étaient les plus compliquées.* » Ainsi malgré l'anxiété liée au bruit de sa fille la nuit, malgré les questions qu'elle se posait, elle s'était mis cet avertissement « *bille-en-tête* » et n'a pas eu de détresse liée aux angoisses car sachant cela normal.

Prévenir l'anxiété maternelle favorise la poursuite de l'allaitement. Il a en effet été décrit dans la littérature que les mères plus anxieuses allaitent moins longtemps leurs enfants car elles ont plus de difficultés avec l'allaitement. La prise en charge de l'anxiété dans le post partum serait donc une stratégie de soutien dans l'allaitement, car c'est un facteur jouant sur la poursuite de l'allaitement selon l'étude d'Elisabeth Courtois, infirmière puéricultrice de recherche(55). Cela peut commencer par une disponibilité des équipes la nuit pour répondre aux inquiétudes des mères quand elles arrivent et éviter qu'elles ne s'accroissent jusqu'au matin.

### ***3.2.3 La nuit, un rôle à tenir...***

#### **La désillusion de l'image d'un allaitement inné**

A la maternité, les femmes découvrent qu'après l'accouchement, "on n'est pas mère" mais "on le devient". A travers les images renvoyées par la société d'une maternité idéale et heureuse, les femmes idéalisent, même inconsciemment, la naissance et leur future famille. Le séjour en maternité est alors marqué par la discordance entre les perceptions qu'elles ressentent et comment elles prévoyaient de se sentir, comme le décrit Thomas Will, psychiatre et psychothérapeute dans son étude « comment naissent les mères ? »(56). L'allaitement est une étape particulièrement imaginée en amont, pour laquelle les femmes suivent des cours, lisent, partagent leur expérience... Les difficultés rencontrées et non imaginées les mettent alors dans des situations de fragilité. Madame M,

institutrice en région parisienne, qui avait été en cours de PNP sur l'allaitement et en avait beaucoup discuté avec son entourage raconte que la nuit elle avait trouvé difficile de « *se retrouver seule avec son bébé, le premier, la première fois* », et son allaitement qui faisait « *super mal* » et en même temps qu'elle ne « *voulait pas lâcher* ».

Dans cette situation elle se sentait « *démunie* » car elle avait du lait ce qui rassurait les équipes mais elle n'osait pas leur dire sa difficulté à allaiter car il « *y a cet aspect où on a pas envie d'être en échec non plus, donc de leur dire qu'on y arrive pas du tout, c'est pas évident* ».

Et pourtant, elle aurait voulu pouvoir dire à quelqu'un ce qu'elle vivait : « *j'y arrive pas du tout* ».

Madame N, pendant sa grossesse a choisi de ne pas trop lire sur le post partum pour « *laisser une part de surprise* » et « *apprendre sur le tas en fonction de [sa fille] pour se découvrir mutuellement* ». La nuit elle s'est trouvée « *désemparée* » pour répondre aux besoins de son enfant, elle nous raconte : « *notre bébé pleure, on ne sait pas trop pourquoi, on vient de le nourrir, on essaie de le coucher, on a l'impression de lui donner tout notre amour et ça fonctionne pas* ». Les femmes idéalisent la venue du bébé et ne comprennent ensuite pas pourquoi elles ne savent pas s'en occuper.

### **L'ambivalence entre l'envie de devenir mère seule et de demander de l'aide**

Ces difficultés leur renvoient une mauvaise image d'elle-même en comparaison à la vision de la mère allaitante et heureuse donnée par la société. Elles ressentent alors un sentiment d'incompétence pour répondre aux besoins de leur enfant et se culpabilisent. La société présente la "bonne mère" comme ayant choisi d'allaiter et le faisant naturellement.

Les difficultés d'allaitement comme pour madame M causent un sentiment de honte et d'incapacité.

Madame K témoigne de ses difficultés à se tourner vers les professionnels : *« j'en pouvais plus, j'avais envie de dire : j'ai besoin d'aide, mais en fait je voulais pas... c'est moi la mère donc je ne voulais pas avoir l'air d'abandonner. Je voulais tenir mon rôle. »* c'était son « rôle de savoir ce dont [sa] fille avait besoin », donc elle « ne s'autorisait pas à demander » de l'aide. Pour madame K il n'était pas possible de ne pas "être mère" par la naissance de sa fille. Si cela n'était pas venu spontanément à la naissance, elle espérait que cela arrive rapidement : *« je me disais pour tenir que ça n'allait pas durer, ça peut pas durer »*, mais finalement, après trois semaines, elle a « abandonné » l'allaitement malgré sa motivation importante.

### **La maternité « hypermoderne »**

A travers les retours de ces trois mères, on voit la volonté de tenir leur rôle de mère et la déconvenue de se rendre compte que seules, elles ne peuvent pas. Les rituels autour de la naissance et de l'accouchée ayant disparus dans la société occidentale, la femme n'a plus ce soutien, ces étapes pour appréhender la maternité. L'évolution de la société a apporté de nouvelles normes comme le rappelle Delphine Vennat(52). La modernité est caractérisée par Martucelli et Singly, sociologues, comme la déstabilisation des institutions et l'importance accordée à la singularité de l'individu. Et une deuxième vague de modernité est décrite par Nicole Aubert, sociologue et psychologue : l'hypermodernité qui valorise l'individu, ses compétences et le dépassement de soi. L'hyper souligne l'excès. D'abord dans le monde du travail, l'idéologie de l'hypermodernité est désormais présente

dans la construction de la parentalité et cela dès la maternité. Ceci explique le besoin inconscient des femmes à gérer la situation par elle-même avec leur bébé car se tourner vers une aide extérieure serait reconnaître un échec de leurs compétences maternelles.

Les professionnels doivent veiller à éviter cette culpabilité qui influe sur le vécu des suites de couches, la poursuite de l'allaitement et les interactions mère-bébé. Aider les femmes pour qu'elles ne perçoivent plus de l'incompétence dans leurs gestes mais une envie de vouloir bien faire, qui est l'objectif du maternage peut être fait par les professionnels en maternité. La maternité devient alors un lieu où naissent les compétences maternelles des femmes, selon le travail de Thomas Will (56).

### **Le repos la nuit**

Toutes les femmes interrogées ressentent une fatigue importante avec des difficultés à dormir. Mais leurs stratégies pour se reposer sont différentes pour chacune. Pour certaines comme mesdames B, L ou E, les propositions de nurserie pour un temps d'une à trois heures entre deux tétées ont été ressourçantes et ressenties comme « *bénéfiques* » pour elles, puis pour leurs bébés car elles se sentaient plus en capacité de s'adapter à leurs bébés. D'autres préfèrent garder leurs enfants considérant que la fatigue à cause des pleurs du bébé « *c'est le jeu* ».

Il est cependant important de considérer la fatigue des parents car les études montrent que la fatigue de la mère dans le post partum immédiat est une des causes de proposition de compléments, proposition elle-même facteur d'arrêt précoce de l'allaitement.



L'étude réalisée au Canada sur deux indicateurs de difficulté de mise en place de l'allaitement maternel : la fatigue maternelle et le comportement non optimal du bébé au sein explique que protéger la mère d'une fatigue trop intense permet d'éviter des sevrages précoces(57). Il faut pour cela s'adapter à la demande de la mère. Le discours actuel pour favoriser l'allaitement est de privilégier la proximité entre la mère et l'enfant 24h/24 mais le personnel doit aussi prendre en compte la fatigue maternelle et savoir adapter l'accompagnement et l'aide proposée.

Ainsi madame N ne pouvait se reposer car sa fille ne dormait que dans ses bras ce qui la gênait. Mais les équipes lui disaient « *c'est pas grave* » sans entendre sa demande d'aide pour la laisser dormir dans son lit. Et d'un autre côté madame L était accompagnée par des équipes qui lui demandaient de reposer rapidement sa fille dans son berceau mais les pleurs reprenaient alors systématiquement. Pour madame L, elles avaient « *besoin d'être proches* » et elle aurait préféré la garder dans ses bras. Gérer sa fatigue selon ses besoins et ceux de son bébé nécessite pour les femmes du temps et l'écoute des équipes présentes pour que mères et nouveau-né puissent trouver leur rythme commun.

➤ **Deuxième hypothèse : La nuit est une période de vulnérabilité particulière à la maternité**

La deuxième hypothèse peut être validée.

Nuit et jour se suivent, semblant être un continuum parfait. Cependant nous avons pu voir que le temps de la nuit a ses particularités. La nuit, les femmes ont eu des expériences spécifiques. Nuit et jour n'ont pas été vécus de la même façon. La nuit les besoins des femmes sont amplifiés.

Le besoin de présence est amplifié par l'absence des visites, le sentiment de solitude.

Le besoin de réponses, de réassurance est amplifié car l'obscurité apporte des perceptions nouvelles et le calme laisse la place aux questions.

Le besoin d'accompagnement dans les soins aux bébés est amplifié car les pleurs de la nuit déstabilisent les mères qui espéraient que leur bébé respecte un rythme nyctéméral.

La nuit, la solitude est ressentie par de nombreuses femmes. Et cette solitude renferme les femmes sur leurs difficultés car d'une part, elles ont une réticence à appeler et déranger les équipes, et d'autre part, elles veulent tester leur capacité à tenir seule leur rôle de mère.

La nuit, l'anxiété prend place de manière parfois très forte pour les femmes.

Leur sentiment d'incompétence est exacerbé et la culpabilité de ne pas savoir faire apparaît.

La fatigue est un facteur aggravant de tous ces sentiments difficiles.

Ainsi, la nuit, la vulnérabilité de la femme construisant sa maternité est dévoilée. L'accompagnement attendu est différent du jour, moins technique ou informatif et plus relationnel. La nuit, les professionnels ont une part plus importante dans le soutien affectif et émotionnel apporté traditionnellement par le groupe familial.

## 3.3 Des attentes d'accompagnement communes

### 3.3.1 *Quelle que soit la motivation initiale*

Nous avons lors des entretiens, interrogé les femmes sur leur motivation à choisir l'allaitement maternel pendant la grossesse. La plupart des femmes ont rapporté une motivation importante en anténatal.

#### **Un choix naturel**

La première raison invoquée est l'aspect naturel de l'allaitement. Madame L, chanteuse et danseuse explique : « *pour moi c'était la voie naturelle des choses donc c'était évident pour moi d'en passer par là* ». Madame H, infirmière dit que pour elle, c'est « *ce que la nature avait prévue donc pourquoi faire autrement* ». Pour madame M, l'allaitement lui « *a toujours semblé naturel* », elle a donc « *tout de suite décidé de l'allaiter* ». Pour les femmes que nous avons interrogées le choix de l'allaitement s'est fait ainsi assez spontanément, pour le côté naturel.

#### **Un choix culturel**

Une d'elle rapporte avoir été influencée par sa mère qui avait allaité ses enfants « *vraiment très longtemps* ». Madame I a donc voulu elle aussi essayer. Madame D vient d'une fratrie de trois et tous ont été allaités par leur mère, choisir l'allaitement lui a donc

paru naturel. Madame N pense aussi que son « regard » a été « éduqué » à l'allaitement par les femmes de sa famille.

### **Un choix pour l'immunité**

Les femmes prennent également en compte dans leur choix les bienfaits de l'allaitement maternel. La protection immunologique est un des premiers bénéfices cités par les femmes : madame H trouve que c'est « *un confort dans nos petits tracas hivernaux* », madame I pense « *à tous les anticorps qu'[elle] donne à [son] enfant* », madame L parle des « *défenses immunitaires* », madame M, madame A et madame C des « *anticorps* », madame K de « *l'immunité* » ...

### **Un choix pour la composition du lait**

Pour les femmes, savoir que le lait maternel est adapté à leur enfant est également à considérer dans leur choix. Pour madame C, c'est « *le meilleur pour l'enfant [et] c'est prouvé parce que tous les industriels qui font du lait infantile essayent de se rapprocher au maximum du lait maternel.* » Madame A insiste sur le fait que « *c'est la meilleure nourriture pour lui qui s'adapte à son âge et à ses besoins.* » Madame H trouvait le choix « *évident* » car la « *composition du lait est idéale* ».

### **Un choix pour le lien avec le bébé**

Le désir de créer un lien particulier avec son enfant fait également partie de la motivation des femmes. Madame M avait « *envie de cette relation avec [son] bébé, du lien*

*affectif, du contact* ». Madame L voulait développer le « *lien mère-enfant en affection* » grâce à l'allaitement. Pour madame A, interne en médecine, le « *lien qui se forme et qui rapproche beaucoup la mère et l'enfant par l'allaitement, ce lien qui se crée à chaque tétée, par le peau-à-peau, par les sécrétions d'hormones* » est une des raisons de son choix d'allaiter.

### **Un choix pratique**

Madame B, responsable commerciale, ne s'était « *pas renseignée sur tous les côtés bénéfiques de l'allaitement car c'est le côté pratique qui primait pour elle.* » Ce côté pratique a également été évoqué par mesdames D, E et O dans leurs choix.

### **La préparation**

Pour les femmes que nous avons interrogées, c'est parce qu'elles avaient cette envie d'allaiter qu'elles ont voulu plus se renseigner par les cours de préparations pour la plupart, des discussions avec amies et familles, par des lectures ou partages sur les forums. Si l'on sait qu'on va devoir affronter une situation nouvelle nous cherchons alors à nous y préparer. Nous avons besoin de réunir les outils nécessaires pour gérer la situation et ne pas être en échec. Les femmes découvrant l'allaitement maternel avec leur première grossesse essaient d'appréhender cette nouvelle expérience grâce aux ressources proposées par les maternités : les cours de préparation à la naissance et à la parentalité, des livres, des livrets explicatifs distribués par les maternités, des vidéos, des cours à la PMI... et par les témoignages de l'entourage. Selon les besoins ressentis pendant la

grossesse, les femmes que nous avons interrogées se sont préparées différemment mais toutes se sont renseignées sur l'allaitement.

Deux parmi elles n'ont pas suivi les cours de préparation à la naissance et à la parentalité : madame K car pour elle « *ça allait se passer bien forcément* » et que les cours « *c'est des grands groupes* », « *on peut pas forcément poser de questions* » et madame I car il n'y « *avait plus de place* » dans la maternité et venant d'arriver dans la ville de l'accouchement elle ne « *connaissait pas de sage-femme* ». Elles ont tout de même cherché des renseignements mais alors plus dans l'entourage : mères et amies.

Les motivations dans le choix de l'allaitement maternel sont variées et les préparations aussi selon les femmes, leurs histoires, leurs convictions, leurs investissements, leur démarche... Cependant on retrouve chez toutes celles qui nous ont partagées leurs expériences des attentes d'accompagnement communes d'ordre technique et relationnel.

### ***3.3.2 ...de compétences techniques***

Les femmes choisissent la plupart du temps l'allaitement en anténatal. Dans le post partum, elles n'attendent donc pas une promotion de l'allaitement maternel mais un accompagnement pour réussir l'allaitement, ou du moins partir sur de bonnes bases. Plusieurs femmes ont ainsi dit qu'elles voulaient « *tester* » l'allaitement et continuer « *si ça*

*marche* » sans se « *mettre de pression* ». Les conseils des professionnels pour démarrer l'allaitement dans de bonnes conditions sont essentiels pour donner confiance aux femmes dans leur capacité à allaiter.

Avec l'accueil d'un nouveau-né, particulièrement quand c'est le premier, les femmes vivent des changements profonds au niveau physique, psychique et dans la construction familiale. Elles se trouvent dans une situation de vulnérabilité qui nécessite une attention particulière des professionnels pour pouvoir leur donner les outils nécessaires pour appréhender leur nouvel état de vie, pour pouvoir répondre et d'adapter aux besoins du nouveau-né.

### **Des informations cohérentes**

Avoir des renseignements adaptés et connaître la physiologie de l'allaitement donnent un socle pour répondre aux besoins du nouveau-né. Celles qui n'ont pas eu ces informations lors de leur séjour en suites de naissance en ont ressenti le besoin et les ont trouvées par d'autres biais : madame H s'était « *bien renseignée avant* » la naissance, madame F et son compagnon ont dû « *farfouiller pas mal sur les forums et sur internet* » pour trouver et essayer d'autres positions plus adaptées, madame I a pu poser ses questions à sa mère. Être accompagnée par des professionnels formés sur l'allaitement est une nécessité pour toutes, car les femmes se tournent en premier, vers eux, pour le soutien informatif.

Ainsi certaines souhaitent une « *même formation pour toutes les équipes* » pour « *plus de cohérence* » et la possibilité d'avoir « *quelqu'un qui s'y connaît bien, un bon professionnel* ».



Et celles qui ont reçu cet accompagnement le reconnaissent comme bénéfique : « *les équipes étaient hyper bien formées j'ai trouvé, elles étaient au top [...], elles avaient une solution à tout, toujours une réponse* », raconte madame N.

Savoir par les professionnels que des solutions peuvent être apportées aux différentes situations rencontrées est « *rassurant* » pour les femmes. « *Ne les sentir jamais démunis* » comme ce fut le cas pour madame N permet aux femmes de gagner en assurance.

### **L'importance de la présence**

La première difficulté rapportée par les femmes dans l'allaitement c'est la solitude. « *Les moments les plus durs dans mon allaitement... c'était le fait de me retrouver un peu seule* » nous dit madame K qui a finalement arrêté d'allaiter après trois semaines.

Madame I a « *trouvé ça dure parce qu'[elle] se sentait seule* », comme madame M. En essayant, en tâtonnant, en cherchant de l'aide sur les forums, en écoutant les conseils rapides des équipes, elles arrivent à mettre leur enfant au sein mais il est « *dur de se retrouver seule face à soi, de ne pas savoir si on fait bien les choses, [d'être dans] l'incertitude de bien faire ou pas* ». Les femmes disent ainsi leur besoin d'être entourées pour pouvoir gagner en assurance, si les gestes qu'elles posent sont appropriés.

### **Le temps de l'observation**

Soutenir l'allaitement maternel passe par une étape importante d'observation des tétées. Les femmes qui ont eu l'accompagnement d'un professionnel qui regarde et reste

pendant une tétée se sont senties vraiment épaulées, rassurées. Et celles qui n'en ont pas bénéficié ont exprimé un manque, elles auraient voulu que quelqu'un approuve, conseille, regarde. L'observation de l'allaitement aide la mère à regarder et voir son bébé. Observer les premières tétées, en s'appuyant sur une grille d'observation, fait partie des recommandations de la HAS pour l'accompagnement de l'allaitement maternel. Sans avoir à intervenir physiquement, le professionnel observateur peut valoriser ce qui vient du bébé, valoriser la mère et ainsi faire découvrir à la femme les ressources qu'elle a pour réussir l'allaitement. (58)

Comme l'évoque Elisabeth Darchis, psychologue et psychanalyste, « la contenance chaleureuse, la préoccupation et la disponibilité des équipes [donnent] une première sécurité et une estime de soi nécessaire à la construction de la parentalité » pour les femmes qui ont « besoin d'être contenues pour pouvoir contenir à leur tour, physiquement puis psychiquement le bébé ». (59) La contenance par les conseils apportés, par le temps donné est nécessaire aux femmes pour construire leur maternité et avoir les bases de l'allaitement.

Pouvoir se faire confiance nécessite d'abord pour les femmes une reconnaissance extérieure de leurs capacités, et à la maternité c'est l'approbation des professionnels qui est attendue. Les professionnels ne sont pas là seulement pour apporter la théorie mais pour entourer la femme sur le plan technique, physique et psychique. Se sentir entourée permet de construire des bases avec confiance et ensuite de savoir trouver en soi les ressources pour s'adapter aux situations.

### 3.3.3 ...et relationnelles

Si la théorie et la technique sont nécessaires, les femmes ont besoin d'abord d'avoir confiance en elles. Leurs attentes vis-à-vis du personnel ne sont pas seulement dans les gestes techniques mais dans « le soutien ».

#### Les encouragements

La démarche d'accompagnement dans le post-partum inclut le rôle éducatif des professionnels. Ils ont pour mission d'aider les femmes à acquérir les compétences nécessaires à la gestion des changements inhérents à la maternité. Dans une démarche pédagogique, les professionnels sont là pour conforter les femmes dans leurs gestes pour répondre aux besoins du nouveau-né. Pour éviter que le séjour à la maternité soit synonyme de « flou » comme pour madame M, les femmes attendent qu'on leur « donne des petits indices pour [savoir] si ça se passe bien ou pas », que les professionnels prennent « le temps de conforter ou au contraire dire si c'est pas la bonne position ». Madame M aurait souhaité qu'on la « rassure », qu'on l'« encourage », qu'on lui « dise si [elle] faisait bien ou pas ».

Être entourée, approuvée par un regard professionnel dans ses compétences de mère permet de se faire confiance, renforcer l'estime de soi et de mieux vivre son allaitement.

Madame O explique avoir « *gagné en assurance* » grâce « *aux encouragements du personnels et [au] fait de montrer à la maman, pas en disant : vous faites mal, mais en disant : attendez je vais vous aider, je vais regarder* ».

C'est « *la bienveillance [...] tout en montrant la pratique* » qui, pour elle, renforce chez les femmes leur confiance et donc leur capacité à prendre plus d'autonomie par la suite.

## **La bienveillance**

Les femmes interrogées se sont senties soutenues par la bienveillance des équipes. La « *gentillesse* », « *le sourire* », « *la disponibilité* », « *l'écoute* », « *la présence* » ont été « *précieux* » et « *agréable* » pendant le séjour à la maternité car perçus comme véritables marques de soutien.

L'attitude bienveillante des professionnels est ressentie comme un signe de compréhension de leur état de vulnérabilité et de transition. Être reconnue comme venant de mettre au monde un enfant fait partie de la bienveillance envers les femmes en suite de couche. En effet, madame M rapporte le fait que devant ses douleurs pendant l'allaitement on lui ait conseillé d'aller voir la conseillère en allaitement qui consulte le mardi. Mais pour elle « *toute seule dans sa chambre* », aller trouver « *la sage-femme qui est dans son bureau, [...] disponible de telle horaire à telle horaire [lui a paru] être l'autre bout du monde et complètement utopique* ». Elle avait « *besoin de quelqu'un qui vienne dans [sa] chambre, qui vienne [la] voir.* » Proposer des ressources adaptées et accessibles à leur état de vulnérabilité permet aux femmes de se sentir comprises et soutenues.

## La réassurance

Parmi les attitudes des professionnels les ayant aidées, les femmes citent majoritairement les encouragements reçus. Madame H explique : « *quand on a nos enfants, on a envie d'être parfaite pour eux, d'y arriver et on manque de confiance en nous. On a besoin de s'entendre dire qu'on est capable.* » Les encouragements, les paroles positives, la confirmation d'une bonne position confortent les femmes dans leur choix et dans leurs gestes. Pour la femme, sentir que la sage-femme a confiance dans sa capacité à allaiter, lui permet d'avoir elle aussi cette confiance en elle-même. Ainsi par exemple, les sages-femmes « *encourageaient [madame N] en disant qu'elles avaient confiance* » et cela lui a « *permis d'avoir confiance* ».

Pour madame N « *ce qui a vachement marché dans [son] allaitement c'est qu'[elle] avait confiance en [elle]* ». La confiance en soi est un élément clé de l'autonomisation des femmes pour répondre aux besoins du nouveau-né et s'adapter ensuite aux différentes et nouvelles situations suscitées par la parentalité. A la maternité, les mères attendent d'être confortées dans leur compétence par les équipes présentes et ainsi acquérir la confiance dans leur capacité à allaiter.

### 3.3.4 L'empowerment, un outil pour le retour à domicile

## **Passer de l'idéal d'un allaitement inné à l'apprentissage**

Dans leur inconscient, les femmes imaginent que l'allaitement sera inné. Inné car leur corps est fait pour ça, car les femmes allaitent depuis toujours, car leurs mères les ont allaitées... Et les premiers jours à la maternité sont souvent le temps d'une prise de conscience de l'apprentissage nécessaire pour l'allaitement.

Madame N, âgée de 25 ans, était dans cette « *idée préconçue, en se disant : mon corps est fait pour ça, c'est naturel, c'est le côté maternel et en fait non, pas du tout, c'est vraiment un apprentissage.* »

Pour madame G, « *ils tètent, c'est inné* ».

Madame F n'attendait pas d'aide particulière pour l'allaitement car elle « *s'attendait à ce que tout se passe naturellement* ».

Madame E « *pensait que ce serait plus naturel* ».

L'accouchement met les femmes face à un bébé différent de toutes les projections faites pendant la grossesse, qu'elles doivent apprendre à observer, à comprendre.

Madame C, ingénieur, aurait « *beaucoup aimé avoir un mode d'emploi* » car elle a trouvé difficile de gérer la relation avec son bébé, car comprendre ses besoins n'était pas inné.

Les femmes accueillent leur nouveau-né en imaginant savoir répondre spontanément à leurs besoins. Elles doivent donc faire le deuil de l'instinct maternel et accepter le temps d'apprentissage.

## **L'importance d'un soutien personnalisé**

Les besoins de chacune sont différents selon leur préparation, leur histoire personnelle, les compétences de leur bébé, leur adaptabilité. Il est donc nécessaire de savoir s'adapter et proposer un soutien personnalisé selon les besoins. Ainsi madame F avait besoin de peu d'aide car son « *compagnon aidait énormément et était très très présent et investi dans le projet d'allaitement.* » D'autres auront eu besoin de la présence d'une personne de l'équipe pour observer les tétées. Certaines ont eu plusieurs passages de conseillère en lactation pour les guider, comme madame N par exemple qui en a vu deux pendant son séjour. Les femmes expriment toutes l'importance d'un accompagnement personnel qui leur permet de se faire confiance et de ne plus avoir à dépendre des équipes pour répondre aux besoins de leurs nouveau-nés. En recevant un soutien personnalisé selon les besoins ressentis, les femmes acquièrent à la maternité les outils nécessaires pour se sentir en capacité d'empowerment.

Le terme empowerment évoque « un processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leur vie et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique », comme l'explique Marie-Reine Bernard, chercheur en sciences de l'éducation dans son enquête sur l'éducation pour la santé en périnatalité. (60). En périnatalité, l'empowerment des femmes est bénéfique pour la santé des nouveau-nés car il donne des clés pour s'adapter à la fonction parentale. Les femmes, après la naissance, cherchent à acquérir la capacité à s'adapter à leur nouveau rôle de mère : savoir s'adapter physiquement et affectivement aux besoins du bébé, construire un lien parents-enfant, évoluer pour apprendre à résoudre des situations jusque-là

inexistantes(61). Le retour à domicile est un moment fragile pour les couples car l'apprentissage guidé est fini, et ils se retrouvent seuls avec leur bébé. Et ils découvrent alors pleinement leurs capacités d'empowerment et d'adaptation.

## **De la maternité au domicile...**

### **... des difficultés qui persistent**

Les conseils, l'accompagnement apportés à la maternité permettent de débiter l'allaitement et de donner des bases pour le retour à domicile. Elisabeth Darchis, psychologue spécialisée en périnatalité explique que conforter dans ses compétences, valoriser, réassurer, sécuriser la mère sont des éléments de prévention pour la poursuite de l'allaitement et pour la construction de la relation mère/enfant(59). On a pu observer par exemple que madame K, pour qui l'allaitement était compliqué à la maternité, source d'inquiétude avec des angoisses plus importantes la nuit, a continué à avoir les difficultés d'allaitement, à s'inquiéter des pleurs de son bébé et finalement a arrêté l'allaitement car « *trop fatiguée et inquiète* ».

### **... la mise en place de ressources**

Le retour à domicile n'est pas évident pour les femmes. Alors qu'elles ont essayé de construire un équilibre dans la dyade mère/enfant en s'appuyant sur les professionnels, elles arrivent chez elles et prennent conscience de l'absence des équipes qui depuis trois jours les entouraient. Peur, angoisse, inquiétude peuvent alors habiter les femmes. Pour



madame N, « *le retour à la maison [faisait] hyper peur, [elle] était en larmes en revenant* ». Elles craignent de ne pas pouvoir appeler, de ne pas avoir de ressources possibles. Le passage de sages-femmes libérales à domicile est un vrai bénéfice pour les femmes qui ont alors un interlocuteur pour leurs questions, pour leur expliquer la physiologie lorsque, comme madame D, elles sont sorties sans qu'on leur ait expliqué la montée de lait, ou pour madame A le rythme du nouveau-né. Avoir le numéro d'un professionnel à joindre si besoin, que ce soit une conseillère en lactation ou une sage-femme libérale, est nécessaire pour avoir un continuum dans l'accompagnement et rassurer les femmes.

### **... la prise de conscience de la responsabilité parentale**

L'autre peur évoquée lors du retour à domicile vient du fait que seule avec son enfant, la femme prend conscience de la responsabilité qu'elle a, partagée avec son conjoint. Madame L, chanteuse et danseuse, en rentrant chez elle après avoir écouté tous les conseils de prévention a « *ressenti tout d'un coup la responsabilité de quelqu'un qui arrive. [Responsabilité car il y] a tellement de choses [auxquelles] il faut faire attention sinon il y a un risque de mort du nouveau-né, de mort subite, mort par étouffement, mort machin, mort truc... ça fait beaucoup de fois le mot mort quand on vient de mettre au monde un petit bébé* », nous dit-elle. La prévention réalisée à la maternité doit permettre aux femmes de rentrer sécurisées chez elles. Si un état de vigilance accru est bon pour veiller sur le nouveau-né, les messages reçus peuvent éveiller l'angoisse d'une solitude nouvelle avec la responsabilité d'une potentielle mort de son enfant.

## La nuit à la maternité : un outil prédictif ?

En mettant en parallèle le retour à la maison et le vécu des nuits à la maternité, il semble intéressant de constater que les femmes ayant trouvé des aides dans la solitude de la nuit, ayant su mobiliser des ressources vont de la même façon appréhender le retour à la maison.

Par exemple mesdames C, H et J ont eu un bon vécu des nuits, ont pu dormir et s'adapter aux rythmes de leurs bébés facilement. Et toutes trois ont dit avoir eu un retour à la maison serein. Madame G avait la nuit souvent plus de questions que le jour et a pu les poser et discuter avec des équipes particulièrement disponibles la nuit. De retour chez elle, elle s'est sentie sereine malgré une importante fatigue, car elle « *avait toutes les infos nécessaires, [elle] savait le mettre au sein, [elle] savait exprimer [son] lait* ».

Madame D par contre, comme mesdames F et I ressentaient la nuit de l'anxiété importante, avait des questions qui surgissaient. Pour ces femmes, l'inquiétude de se retrouver seule, sans professionnel, les a habitées les premiers jours, chez elles. Ce qui les a aidées, les a rassurées, c'est d'avoir le numéro d'une sage-femme libérale, joignable pour toutes leurs questions et les éventuels problèmes.

Madame L a eu de retour chez elle une peur de ne pas pouvoir protéger sa fille du monde extérieur : « *des guerres, de l'effondrement, de la fin, le monde comment ça évolue, ... des microbes...* » Elle a ainsi mis plusieurs semaines à oser sortir de chez elle avec sa fille. A la maternité, elle raconte également avoir voulu protéger sa fille des protocoles en respectant son rythme de tétées, en organisant un couchage en cododo.

La gestion de la nuit à la maternité pourrait être un outil prédictif de la capacité des femmes à s'autonomiser, à s'adapter pour répondre aux besoins de leur bébé.

- **Troisième hypothèse : les attentes d'accompagnement des mères dépendent de leur motivation initiale à allaiter.**

La troisième hypothèse n'est donc pas validée.

Même avec une préparation par un cours sur l'allaitement, des lectures, des discussions avec les proches ayant allaité, un choix qui était évident, et un bébé qui prenait du poids, madame M aurait souhaité plus de conseils, de disponibilité des équipes, d'encouragements.

Les femmes ont exprimé des motivations diverses pour le choix de l'allaitement maternel et ont utilisé une palette de préparations variées selon leur entourage, expérience, proposition des maternités. Que ce soit pour le côté naturel de l'allaitement, pour créer un lien avec leur bébé ou d'abord pour l'aspect pratique, elles ont toutes voulu allaiter « *si ça marche* ». En revenant sur la motivation initiale à allaiter et ensuite sur la satisfaction de l'accompagnement en suites de couche, nous avons pu mettre en évidence que toutes les femmes ont exprimé l'influence de la présence des équipes, des paroles de réassurance, des informations adaptées sur leur vécu et donc leur satisfaction. En anténatal, les femmes reçoivent la théorie de l'allaitement, mais comme le dit madame C :

« on nous a donné la théorie mais moi ça ne s'est jamais passé comme ça ». On retrouve donc des attentes d'accompagnement communes dans le post partum, quelle que soit leur motivation initiale.

### **3.4. Forces et limites de l'étude**

#### ***4.1.1 Limites et biais de l'étude***

Notre étude porte sur la satisfaction et le vécu des premiers jours de l'accompagnement de l'allaitement maternel, mais nous avons conscience que, plus que l'allaitement maternel, cette étude a interrogé de manière beaucoup plus large les premiers jours du post partum et de la mise en place de la parentalité. Ceci nous permet de mettre en évidence que la mise en place de l'allaitement maternel est un élément totalement imbriqué dans la mise en place de la parentalité.

La population recrutée n'est pas représentative de la population générale et ceci est dû en partie au faible nombre, mais aussi au mode de recrutement.

Le mode de recrutement par volontariat et par effet boule de neige induit un biais de sélection avec un intérêt marqué pour le sujet chez les femmes recrutées.

Il faut également prendre en compte le biais déclaratif et donc le caractère subjectif des entretiens semi-dirigés avec un risque d'interprétation dans l'analyse des réponses.

Nous avons choisi d'interroger les femmes à distances du séjour à la maternité pour limiter la place des émotions dans l'évaluation du vécu mais cela induit un biais de mémorisation.

L'effet Hawthorne a pu être limité par la réalisation des entretiens au téléphone. Les femmes, étant dans un environnement familial et sécurisant ont pu exprimer librement leurs sentiments sans se sentir observées.

Enfin, il est probable que notre posture de chercheur « débutant » ait été une limite dans la qualité d'écoute et de relance lors de nos entretiens. Nous avons senti une progression pour cela au fur et à mesure des entretiens réalisés.

#### ***4.1.2 Forces de l'étude***

Une des forces de l'étude est d'avoir pu interroger les femmes par des entretiens semi-dirigés permettant d'avoir une analyse plus fine et enrichissante de leur satisfaction, à travers le récit de leur expérience vécue.

La diversité des maternités d'origines des femmes a permis d'avoir un retour sur des organisations de services différentes. Celles-ci ont un impact évident sur le personnel, sa formation, les politiques de service, et sa disponibilité par femme.

Enfin, cette étude s'inscrit dans l'actualité qui dévoile les enjeux de la période du post-partum depuis la prise de parole des femmes avec le #monpostpartum. Il est intéressant de se saisir de ce sujet pour proposer un accompagnement plus en adéquation avec les besoins des femmes sur cette période.

### **3.5. Perspectives**

Compte tenu des résultats de notre étude, certains points pourraient être envisagés pour optimiser la satisfaction et le vécu des femmes autour de l'accompagnement de l'allaitement maternel.

Tout d'abord, le temps accordé par le personnel dans l'accompagnement est ressorti comme vraiment important pour les femmes, pour une mise en place sereine de l'allaitement. La question du temps serait à considérer dans l'organisation des services, une réflexion sur un ratio entre le nombre d'accouchées et le personnel présent pourrait permettre aux équipes de disposer de ce temps qui leur manque souvent dans les services de suites de couche. Ainsi, il serait intéressant de profiter de la réflexion sur les 1000 premiers jours pour parler spécifiquement des 3 premiers à la maternité et de l'importance d'un investissement humain et financier sur ce temps. Un accompagnement très soutenu et de qualité sur ces premiers jours permettrait de poser des bases solides non seulement sur l'allaitement mais sur la mise en place du lien mère-enfant.

Les femmes ont dévoilé le sentiment de solitude présent dans le post-partum et qui est particulièrement amplifié par la nuit. L'organisation des services pourrait être axée sur la prévention de cette solitude ressentie. La présence des conjoints la nuit n'est pas toujours possible, le proposer de façon systématique serait intéressant pour la triade père/mère/enfant. Proposer un salon ou un espace commun la nuit pourrait permettre aux femmes de se retrouver à plusieurs dans un lieu convivial, partager leur expérience, discuter avec un professionnel et cela sans craindre de déranger leurs voisines qui se

reposit. Nos résultats semblent montrer que le vécu des premières nuits à la maternité serait un outil prédictif d'un retour à la maison plus serein. Investir plus spécifiquement sur un accompagnement renforcé et de qualité la nuit, paraît donc particulièrement important.

Les femmes, dans la solitude du post-partum, ont des difficultés à avoir confiance en elles-mêmes. La réassurance est nécessaire pour ce temps de construction de la maternité. Autant il paraît facile de former le personnel à avoir des compétences renforcées sur l'allaitement maternel, autant il est plus compliqué d'apprendre à donner confiance. Avoir des outils adaptés pour cela serait intéressant pour les professionnels qui accompagnent ces femmes.

Il existe une crainte du retour à domicile, crainte de ne pas savoir comment répondre aux besoins de leur enfant. Développer le suivi post-natal au domicile avec au minimum une ou plusieurs visites systématiques à domicile peut être un outil pour aider à la transition.

Proposer des groupes de rencontre, de paroles pourrait permettre un soutien à la parentalité entre femmes et par un professionnel. Cela serait l'occasion de diminuer la solitude du post-partum et de partager les questions autour de la maternité. Cela pourrait être dans la continuité des séances de PNP organisées en anténatal.

# Conclusion

Nous avons dans cette étude interrogé la satisfaction des mères sur l'accompagnement de l'allaitement maternel à la maternité, le jour et la nuit. Pour ne pas restreindre l'évaluation de la satisfaction des femmes à des critères prédéfinis, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés qui ont permis aux femmes de partager leurs vécus pour exprimer leur satisfaction. Elles ont ainsi donné le ressenti de leur expérience vécue en suites de couche dans l'aventure de l'allaitement et nous ont permis d'identifier des pratiques professionnelles l'influçant.

Nous avons vu que la motivation initiale des femmes à allaiter n'a pas de lien évident avec leur satisfaction de l'accompagnement car toutes expriment un besoin de contenance, de réassurance, propre à chacune, dans le post partum pour gagner une confiance dans ses capacités à nourrir son enfant.

Les interactions avec les personnels jouent sur leur satisfaction du post partum précoce et de l'allaitement. La disponibilité, la présence, le temps accordé sont vecteurs de meilleurs vécus. Pour permettre un meilleur vécu, il serait intéressant de travailler sur l'organisation des services de suites de couche, avec des effectifs permettant au personnel de prendre le temps nécessaire à l'accompagnement, aussi bien le jour que la nuit.

La nuit est vécue comme une période particulière, il faut s'adapter au rythme du nouveau-né, l'ambiance est différente, la solitude se fait plus forte, l'anxiété monte, les questions montent quand le soleil se couche. Les difficultés semblent exacerbées la nuit. Le



temps de la nuit qui n'est pas rythmé par les nombreuses visites de la journée nécessiterait une présence particulière, une disponibilité rassurante des équipes. Parfois occultés dans la prise en charge des patientes, le temps de la nuit est finalement essentiel pour dans la satisfaction globale des femmes

L'allaitement a été le point d'entrée de la démarche de l'étude mais les résultats de cette étude nous donnent une vision beaucoup plus globale de la mise de place de la parentalité et de la construction de la dyade femme/nouveau-né. Un accompagnement individualisé, personnalisé selon les besoins de chaque femme et nouveau-né concourrait à la satisfaction des besoins et attentes des familles et serait un moyen de prévention pour renforcer la confiance en soi des mères pour le retour à domicile.

Les femmes disent aujourd'hui leur vulnérabilité pendant la période du post-partum. Avec la prise de parole des femmes à travers le #monpostpartum, pouvoir proposer un accompagnement adapté doit être notre préoccupation à tous.

# Bibliographie

1. Bayot I. *Ethique et efficacité de la communication autour de l'allaitement maternel*. In *Journées Nationales de l'Allaitement*, Acte de congrès Brest. 2006.
2. Blondel B, Gonzales L, Raynaud P. *Enquête nationale périnatale-rapport 2016*. Rapport rédigé par l'INSERM et la DRESS. 2017.
3. Groupe de travail pour la promotion de l'allaitement maternel dans le département du Nord. *Dossier pour la promotion de l'allaitement maternel*. Arch Pédiatrie. 2001. Vol 8. p 865-874.
4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. *Allaitement maternel- mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant*. Texte des recommandations. ANAES. 2012 p. 18.
5. World Health Organization. *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. WHO. 2017. p. 120.
6. WHO. *Ten steps to successful breastfeeding*. 2017
7. Cattaneo A et al. *Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Europe: un plan d'action*. Commission européenne. 2004, 44 p.
8. Ministère de la santé. *Programme National Nutrition Santé. 2019-2023*. 94 p.
9. HAS. *Favoriser l'allaitement maternel : processus - évaluation*. Guide. Recommandations 2006. 55p.

10. Conseil Scientifique de la CoFAM. *Promotion de l'allaitement maternel pendant la grossesse, à l'accouchement et pendant le séjour à la maternité*. 2019. 35 p.
11. Vilain A, Peretti C, Herbet J-B. *Les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources*. Enquête nationale périnatale 2003, complément de cadrage, 2005. 56 p.
12. Li L, Zhang M, et al. *Infant feeding practices in home countries and Australia: Perth Chinese mothers survey*. Nutrition and Dietetics. 2005. vol 62. p82-88.
13. Bydlowski S. *Le blues postnatal : un marqueur pour la construction des premiers liens*. Recherches en psychopathologie de l'enfant. 2019, p103-136.
14. 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*. févr 2016. Rev Sage-Femme. vol 15. p 41-50.
15. Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, et al. *Interventions for promoting the initiation of breastfeeding*. Cochrane Database Syst Rev. 2016.
16. Bell L, Lacombe M, Gallagher F, Ferland M, Couture M-E. *Les facteurs impliqués dans l'arrêt précoce de l'allaitement maternel*. Soins Pédiatrie/Puériculture. Nov 2012. Vol 33, p 39-45.
17. Razurel C, Benchouk M, Bonnet J, Alama SE, Jarabo G, Pierret B. *Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative*. La Revue Sage-femme. Nov 2010. Vol 9 p 240-249.
18. Dégrange M, Delebarre M, Turck D, Mestdagh B, Storme L, Deruelle P, et al. *Les mères confiantes en elles allaitent-elles plus longtemps leur nouveau-né ?* Archives de pédiatrie. Juillet 2015. Vol 22, p 708-717.

19. OMS. *Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel dans les services de maternité et de soins aux nouveau-nés* - Recommandations OMS 2017.
20. IHAB. *Les 12 recommandations IHAB*. Juin 2016. [11 janvier 2019] Disponible sur: <https://amis-des-bebes.fr/pdf/12-recommandations-IHAB.pdf>
21. Wright A, et al. *Changing Hospital Practices to Increase the Duration of Breastfeeding*. Pediatrics. Mai 1996. vol 97. p 669-675.
22. Israël J. *Les pleurs de bébé : « Quipuniqi »*. Spirale. 2012. vol 80. p 61-70.
23. Fradin-Charrier A-C. *Proximité et allaitement maternel à la maternité*. Soins Pédiatrie/Puériculture. 2015. Vol 36 n°285 p 43-47.
24. Hounicheren A. *La nuit quand l'anxiété pointe le bout de son nez...* Mémoire étudiante infirmière. 2014.
25. Soliveres AP. *Infirmières, le savoir de la nuit*. Presses Universitaires de France. 2001. 398 p.
26. Berthier F, Auneau J-C, Legeard E, Gondret C, Lorber J, Jenvrin J, et al. *Évolution de l'accès aux soins en période de nuit profonde (entre minuit et huit heures du matin). Impact sur les établissements de soins*. Journal européen des urgences. Mai 2007. Vol 20 n°15. p 51.
27. Rochette-Guglielmi J. *Entre la naissance et le quarantième jour, émotion et temporalité dans le post-partum immédiat*. In: Dugnat M. *Les émotions (autour) du bébé*. Eres. 2006. 304p.
28. Le blog d'Annouchka. *Mes 4 conseils pour survivre au post-partum* [31 janvier 2020]. Disponible sur: <http://www.annouchka.fr/mieux-gerer-post-partum-apres-accouchement/>

29. Le Huffington Post. *Post-partum : cet après que je déteste tant*. 22 octobre 2015. [31 janvier 2020] Disponible sur: [https://www.huffingtonpost.fr/laurie-t/postpartum-depression\\_b\\_8335870.html](https://www.huffingtonpost.fr/laurie-t/postpartum-depression_b_8335870.html)
30. Gaullier M-FD. *Les difficultés de l'allaitement maternel du point de vue des femmes sur les forums Internet*. Thèse pour le doctorat en médecine. Faculté d'Amiens. 2016. 80p.
31. Roussel P. *Mesure de l'efficacité des rémunérations sur la motivation et la satisfaction au travail*. Thèse de doctorat en sciences de gestion. Université de Toulouse. 1994.
32. Steudler F. *L'hôpital en observation*. U Prisme.1974. 314 p.
33. Salanave B, de Launay C, Castetbon K. *Durée de l'allaitement maternel en France* (Epifane 2012). Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Santé Publique France. 2014. vol 27. p450-457.
34. Dejean D. *L'allaitement maternel à la maternité d'Arcachon labélisée Initiative Hôpitaux Amis des Bébéés et son devenir à 6 mois (étude observationnelle)*. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Bordeaux. 22 nov 2013. 48p.
35. Lacombe M, Delmas P, Carrier N, Couture M-E. *Facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel à trois mois de vie de l'enfant*. Revue francophone internationale de recherche infirmière. Juin 2016. Vol 2, p. 87-96.
36. Callendret M. *Facteurs et résultats associés à l'observance des pratiques professionnelles recommandées en faveur de l'allaitement maternel*. Mémoire pour le diplôme de sage-femme. Université de Grenoble. 2014. 42 p.
37. *LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*

38. *La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé*. Revue de la littérature médicale. Service d'Evaluation Hospitalière. ANAES; 1996 sept.
39. Dégrange M, Delebarre M, Turck D, Mestdagh B, Storme L, Deruelle P, et al. *Les mères confiantes en elles allaitent-elles plus longtemps leur nouveau-né ?* Archives de Pédiatrie. 2015. Vol 22. p 708-717.
40. Siret V, Castel C, Boileau P, Castetbon K, l'Hélias LF. *Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart*. Archives de Pédiatrie. 2008. Vol 15. p 1167-1173.
41. *Décret 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets)*. 9 oct 1998.
42. Soliveres AP. *La nuit, les infirmières soignent autrement*. La revue de l'infirmière. 2007 Vol 56. p 17-18.
43. Dumont B, Fonseca C, d'Haene M. *Accompagner*. Erès. 2003. 63 p.
44. Landais M. *La formation, levier de changement ?* Spirale. 2003. vol 27. p 35-43.
45. Gillot-de-Vries F, Wellemans-Camus M, Candeur-Meyrant S. *Influence du climat institutionnel entourant la naissance sur les comportements et les interactions précoces entre la mère et son bébé*. In: Zazzo R. *La première année de vie*. Presse universitaire de France. 1986. 240p.
46. Berguit J-N. *Nuit et pratiques de soins vespéraux*. Soins Gériatrie. Avril 2006. Vol 11, p 20-24.

47. Pierron J-P. *Quand vient la nuit. Les imaginaires de la nuit à l'hôpital*. Médecine palliative. Juin 2010. Vol 9, p 157-162.
48. Genette G. *Le jour, la nuit*. Linguistique et littérature. déc 1968. Vol 12. p. 28-42
49. Dupont S. *L'adolescent et l'épreuve de la solitude*. Revue de l'Enfance et de l'Adolescence. 2016. vol 93. p. 121-30.
50. Isserlis C, Sutter-Dallay A-L, Dugnat M. *Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères. Transformation psychologique de la femme enceinte*. Petite Enfance Parentalité. 2008. p. 68-88.
51. Mégglé V. *Abandon ... sentiment d'abandon ? - Etymologie genèse et généalogie - 2003*. [ 9 février 2020] URL: <https://www.psychanalyse-en-mouvement.net/>
52. Vennat D, Panagiotou D, Mellier D. *Idéologies hypermodernes, quels enjeux dans la construction de la parentalité ?* Bulletin de Psychologie. 2018. Vol 556. p. 49-757.
53. Vennat D. Le sentiment de solitude dans le devenir parent. In : Mellier D., Delion P. et al. *Le bébé dans sa famille*. ERES. 2015. 360 p.
54. Gall AL. *L'anxiété et l'angoisse*. Que Sais-Je. 2001. 127p.
55. Courtois É, Lacombe M, Tyzio S. *Facteurs associés à la poursuite de l'allaitement jusqu'à 6 mois chez les mères allaitantes dans une maternité parisienne*. Rech Soins Infirm. 2014. vol.117. p. 50-64.
56. Will T, Bianchi-Demicheli F. « *Comment naissent les mères* » ? *Expériences cliniques à la maternité de Genève*. Thérapie Familiale. 2006. Vol. 27. p. 123-132.

57. Saidi L, Godbout P. *Étude de deux indicateurs de difficulté de mise en place de l'allaitement maternel : la fatigue maternelle et le comportement non optimal du bébé au sein*. Rech Soins Infirm. 2016. vol 125. p.32-45.
58. Hays M-A. *L'observation de l'allaitement : une modalité de soutien à la relation primaire ?* Spirale. 2003. vol 27. p.107-120.
59. Darchis É. *Prévention familiale en périnatalité*. Prévention précoce parentalité et périnatalité. ERES. 2004. p 175-181.
60. Bernard M-R, Eymard C. *L'éducation pour la santé en périnatalité : enquête auprès des sages-femmes françaises*. Sante Publique. déc 2014. Vol. 26. p.591-602.
61. HAS. *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandations professionnelles*. 2005.



# Annexes

## **Annexe 1 : grille d'entretien**

**Bonjour madame, je suis Sarah Bassot, étudiante sage-femme à Paris en dernière année d'étude. Merci d'avoir accepté de participer à mon mémoire. Mon étude porte sur votre séjour à la maternité et en particulier sur les interventions des professionnels autour de votre allaitement, pendant la journée et la nuit.**

**Pour cela je réalise un enregistrement de la conversation pour pouvoir la retranscrire. Toutes les données sont ensuite anonymisées et l'enregistrement détruit deux ans après la présentation de mon mémoire. Vous avez également un droit sur ces données d'accès, de modification, de retrait. Etes-vous d'accord pour être enregistrée ?**

**Avant de vous poser des questions sur votre séjour à la maternité, pourriez-vous me dire où vous avez accouché ? et à quel terme ? c'était un garçon/une fille ? de quel poids ? par voie naturelle ? quelle était la date ? Aujourd'hui nous sommes à X semaines après accouchement, allaitez-vous encore ? ou sinon quand avez-vous arrêté ?**

**1) Pourquoi avez-vous choisi d'allaiter ? Comment vous étiez-vous préparée ?**

**2) Quelle aide attendiez-vous de la part du personnel de la maternité pour l'allaitement ?**

**3) Globalement est-ce que vous avez eu l'impression que les équipes répondaient bien à votre demande ?**

**Étaient-elles disponibles ?**

**4) Concernant les équipes de jour :**

**a) Les conseils reçus vous ont-ils aidé ? Étaient-ils suffisants ? Qu'est-ce qui aurait manqué ?**

**b) Quel était leur fonctionnement : passaient-elles régulièrement, de façon spontanée, ou bien vous les appeliez à chaque mise au sein ou seulement si besoin ?**

**c) L'investissement des équipes vous semblait-il adapté à vos besoins ?**

**d) Et pendant les journées, avez-vous eu des attentes spécifiques ? Avez-vous eu une réponse ?**

**5) Maintenant je voudrais que vous me parliez du temps de la nuit à la maternité.**

**Comment avez-vous vécu les nuits ?**

**a) Comment se sont passées les nuits ?**

**b) Les conseils reçus vous ont-ils aidé ? Étaient-ils suffisants ? Qu'est-ce qui aurait manqué ?**

c) Avez-vous vécu les nuits différemment du jour ? Qu'est ce qui était différent (équipes, sentiments, ambiance, fatigue, ressenti) ?

d) Quels sentiments vous habitaient la nuit (vs le jour) ?

Avez-vous ressenti des moments de détresse, de solitude ? Quand, pourquoi ?

e) Comment cela se passait avec les équipes ? les appeliez-vous facilement ? Y a-t-il eu des cas où vous auriez appelé si c'était le jour, mais où vous avez attendu ou pas fait en raison de la nuit ?

f) Quels ont été vos besoins pendant les nuits ? Vous a-t-on donné une réponse ?

6) Comment avez-vous vécu les changements d'équipes ?

7) Est-ce que vous vous souvenez de paroles ou d'attitudes des professionnels qui vous ont particulièrement encouragée ?

a) quelles étaient-elles ?

b) quand vous l'a-t-on dit ?

c) en quoi cela vous a aidé ?

d) le fait que ce soit le jour/la nuit a-t-il joué sur votre ressenti ?

8) Y a-t-il eu des paroles ou attitudes qui ont eu un impact négatif sur votre vécu à la maternité ?

a) quelles étaient-elles ?

b) quand vous l'a-t-on dit ?

**c) en quoi cela a-t-il été difficile ?**

**d) le fait que ce soit le jour/la nuit, a-t-il joué sur votre ressenti ?**

**9) Quels ont été les moments les plus difficiles pour vous dans l'allaitement à la maternité ? comment avez-vous été accompagnée à ces moments ?**

**10) Qu'est ce qui selon vous est le plus important dans l'accompagnement pour la bonne mise en place de l'allaitement ? l'avez-vous reçu ?**

**11) De retour à la maison, le vécu des nuits était-il différent ? Pourquoi ?**

**12) Selon vous, qu'est-ce qu'on pourrait changer pour améliorer l'accompagnement de l'allaitement à la maternité ?**

**13) Quel est votre âge ? quelle est votre profession ?**



## DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école  
de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des  
travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du  
diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans  
l'accord des auteurs et de l'école.