



HAL
open science

L'accompagnement de la puéricultrice auprès de la maman allaitante en maternité

Sarah Saelens

► **To cite this version:**

Sarah Saelens. L'accompagnement de la puéricultrice auprès de la maman allaitante en maternité. Pédiatrie. 2022. dumas-04081094

HAL Id: dumas-04081094

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04081094>

Submitted on 25 Apr 2023

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.



SAELENS Sarah

Promotion 2021/2022

Projet professionnel

L'accompagnement de la puéricultrice auprès de la maman allaitante en maternité.

Ecole de puéricultrices

IFsanté Lomme

Table des matières

Remerciements	
Glossaire	
Introduction	1
I. Constat de départ.....	2
II. Cadre théorique.....	6
A. Le service de maternité.....	6
1. Les niveaux de maternité.....	6
2. Maternité IHAB.....	7
B. L’infirmière puéricultrice.....	8
1. La profession.....	8
2. La puéricultrice en service de maternité.....	8
C. L’attachement.....	9
1. Le déploiement de l’attachement.....	10
2. La relation mère-enfant.....	13
3. La place du père.....	14
4. Le rôle des professionnels dans l’attachement.....	15
D. L’allaitement maternel.....	16
1. Le choix de l’alimentation.....	16
2. La mise en route de l’allaitement maternel.....	18
3. Les avantages de l’allaitement maternel.....	20
4. Instauration difficile de l’allaitement maternel.....	21
E. L’accompagnement.....	23
1. L’accompagnement de la puéricultrice d’une maman allaitante.....	24
F. L’alliance thérapeutique.....	26
1. La relation soignant-soigné.....	27
2. La relation d’aide.....	28
III. Problématique et hypothèses.....	30
IV. Enquête.....	31
A. Méthodologie de l’enquête.....	31
B. Déroulement des entretiens.....	32
C. Analyse de l’enquête.....	34
D. Synthèse de l’enquête.....	43
Conclusion	45
Bibliographie	
Annexes	I

Remerciements

La réalisation de ce projet professionnel a été possible grâce au soutien et à l'accompagnement de certaines personnes. C'est pourquoi je tiens à les remercier.

Je remercie dans un premier temps Madame Véronique Monjoin pour son accompagnement, son soutien et son suivi régulier qui m'ont permis de réaliser ce travail.

Merci à ma famille et mes proches pour leur patience, leur soutien et leurs encouragements réguliers durant cette année de formation et dans la réalisation de ce travail.

Je tiens également à remercier mes amies et collègues de formation pour leur soutien et leur entraide durant cette année de formation et lors de la réalisation de ce projet professionnel.

Je remercie également l'ensemble des soignants que j'ai pu rencontrer durant mes stages et lors de mes entretiens pour leur patience et leur disponibilité.

Glossaire

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund.

CoFAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel.

ANPDE : Association Nationale des Puéricultrices Diplômées d'Etat.

MOI : Modèles Internes Opérationnels.

DAL : Dispositif d'Aide à l'Allaitement.

PMI : Protection Maternelle et Infantile.

Introduction

Lors de ma formation infirmière, je n'ai pas eu l'occasion d'effectuer de stage en service de maternité. Je n'ai donc pas pu découvrir le rôle de la puéricultrice auprès des mamans effectuant un allaitement maternel pour leur nouveau-né. Ce n'est que lors de ma formation en école de puéricultrices et plus précisément lors de mon stage en maternité que j'ai découvert la place importante qu'avait la puéricultrice lors d'un accompagnement à l'allaitement maternel.

L'accompagnement à l'allaitement maternel occupe une large partie dans les soins réalisés par les infirmières puéricultrices en maternité. En effet, le séjour dans ce service, dans la majorité des cas, n'excède pas plus de trois jours. Les mamans vont donc recevoir un maximum d'informations et de conseils sur une période limitée. Le rôle des puéricultrices est donc primordial durant ces trois jours afin que le retour à domicile soit le plus optimal qu'il soit. La puéricultrice s'avère donc être une personne ressource pour les mamans.

Le choix d'effectuer ce projet professionnel sur la place de la puéricultrice dans l'accompagnement d'une maman allaitante, s'est articulé autour d'une situation que j'ai vécue lors de mon second stage qui s'est déroulé en maternité. Cette situation m'a déstabilisée, et m'a beaucoup questionné sur ma manière d'accompagner cette maman. En effet, lors de ma formation puéricultrice, j'ai reçu beaucoup d'apports théoriques et techniques ainsi que les connaissances nécessaires pour accompagner au mieux un projet d'allaitement maternel. Cependant, la réalité du terrain est tout autre avec l'importance d'une adaptabilité spécifique à chaque situation. Il était donc important pour moi de mettre en avant cette capacité d'accompagnement des puéricultrices à l'allaitement maternel.

Je vous laisse découvrir, dans un premier temps, la situation ayant orienté mon choix de sujet pour ce projet professionnel ainsi que ma question de départ provisoire. Dans un second temps, et pour compléter cette situation, mon cadre de référence reprendra l'ensemble des contextes et concepts ayant découlé de cette question de départ provisoire afin d'en arriver à ma problématique finale ainsi que mes hypothèses. Pour terminer, vous aurez connaissance de la réalisation et de l'analyse de mon enquête afin de pouvoir valider ou non les précédentes hypothèses.

I. Constat de départ.

Lors de ma formation en école de puéricultrice, j'ai effectué mon second stage au sein d'une maternité du département du Nord. Durant celui-ci, j'ai de nombreuses fois été confronté à des mamans souhaitant effectuer un allaitement maternel pour leur nouveau-né.

L'allaitement maternel est un sujet pour lequel je ne pensais pas apprendre autant. En effet, je n'imaginai pas que cette thématique regroupait autant d'informations et demandait autant de connaissances pour accompagner au mieux les parents. C'est une pratique qui prenait beaucoup de place au sein de cette maternité labellisée IHAB. La majorité des mamans présente dans le service effectuait un allaitement maternel pour leur enfant.

C'est un sujet sur lequel j'avais déjà quelques notions, mais seulement par l'intermédiaire des enseignements effectués à l'école. Je n'avais pas vraiment eu l'occasion de les mettre en pratique avant ce stage. De plus, chaque allaitement et chaque situation sont uniques, il n'existe pas une réponse claire et commune pour celles-ci. Il faut savoir s'adapter et adapter les réponses pour chacune d'entre elles. Est-ce que j'allais parvenir à accompagner les parents dans la mise en route de l'allaitement maternel avec leur nouveau-né ? Allais-je savoir mettre mes connaissances théoriques en pratique ? Les connaissances des professionnels de santé concernant l'allaitement maternel ont-elles une influence sur leur façon d'accompagner les parents dans ce projet ?

De plus, la maternité est un service dans lequel les séjours n'excèdent pas trois jours lorsque tout va bien, mais peut être prolongé si le nouveau-né présente un problème. D'ailleurs, le principal problème que j'ai rencontré était la perte de poids importante du nouveau-né dans ses premiers jours de vie. Dans la majorité des cas, cette perte de poids avait pour cause une mise en route difficile de l'allaitement maternel.

Durant toute la durée de mon stage, j'ai pu accompagner des parents dans leur projet d'allaitement maternel. Pour certaines situations, il est vrai que j'avais besoin de l'aide des auxiliaires de puériculture ou des puéricultrices pour apporter une réponse juste aux questions des parents. Mais, dans la majorité des cas, j'arrivais à m'adapter aux situations et à les accompagner dans leur questionnement.

Cependant, durant ma dernière semaine de stage, j'ai été confronté à une situation qui m'a mis en difficulté et dans laquelle je me suis senti dépourvu d'accompagnement envers les parents. Pourquoi, particulièrement, dans cette situation je me suis senti démunis de connaissances ?

La situation s'est déroulée lors d'un poste de nuit durant ma dernière semaine de stage pour lequel j'étais accompagné d'une auxiliaire de puériculture, d'une puéricultrice et d'une sage-femme.

Léa est née le 8 décembre 2021. Elle a donc 8 jours de vie lorsque je la prends en charge, le 16 décembre 2021. Pour les parents, il s'agit de leur premier enfant. Ces derniers ont un projet d'allaitement maternel pour leur fille. C'est un projet qui a été longuement réfléchi pendant la grossesse et qui leur tient à cœur.

Lors de ma prise de poste, je prends connaissance du dossier de Léa. Je m'aperçois qu'elle est porteuse d'une sonde naso-gastrique au niveau de la narine gauche depuis deux jours, car elle a perdu le dixième de son poids et que l'allaitement maternel est très difficile à mettre en route.

La puéricultrice m'évoque également que cette maman se sent impuissante, démoralisée et coupable, car elle n'arrive pas à allaiter sa fille de façon optimale. C'est une maman qui a beaucoup pleuré ces derniers jours par rapport à cela. Cependant, depuis la nuit dernière, elle se sent mieux, car elle arrive de mieux en mieux à mettre sa fille au sein et qu'elle remarque que cette dernière commence à prendre le sein plus facilement. Je me dis donc que l'accompagnement des soignants a permis la mise en route de l'allaitement maternel et que ce dernier a donc été effectué de façon efficiente.

Je prends également connaissance que, lorsqu'il est l'heure de procéder à l'alimentation, maman essaye de mettre sa fille au sein afin de stimuler la succion et la lactation, qu'elle note combien de temps Léa a pris le sein et si elle a repéré le fait qu'elle est pris efficacement ou non ce dernier. Ensuite, selon la prescription médicale du pédiatre et la quantité prescrite, nous complétons avec le lait maternel par l'intermédiaire de la sonde naso-gastrique. De plus, il a été recommandé à la maman de tirer son lait après chaque tétée pour que les compléments par sonde-nasogastrique soient faits avec celui-ci et pour que ses seins soient bien vidés afin d'éviter un engorgement.

Cette nuit, les compléments par sonde naso-gastrique sont programmés à 22h, 1h et 4h.

Lors de mon premier passage en chambre, vers 21h45, pour inciter la maman à mettre Léa au sein avant de la compléter par sa sonde, je remarque de suite que cette dernière est très fatiguée. Lorsque je lui évoque qu'il va être l'heure de procéder à l'alimentation de sa fille, cette dernière m'exprime le fait qu'elle va essayer de la mettre au sein. Cependant, elle me demande également s'il est possible pour les prochaines alimentations de ne procéder qu'au complément

par la sonde naso-gastrique et ne pas faire de mise au sein, car elle voudrait passer une « bonne » nuit étant très fatiguée. Elle m'évoque également le fait qu'elle craint de devoir arrêter son projet d'allaitement maternel lors du retour à domicile, car elle ne se sent pas capable d'y arriver.

Face aux propos de la maman, je lui ai rappelé l'importance de mettre Léa au sein afin de stimuler la succion et la lactation étant donné que ses parents ont un projet d'allaitement maternel. Je lui ai expliqué que si cette stimulation ne se faisait pas, l'organisme n'allait plus produire assez de lait pour nourrir efficacement son enfant. Cependant, je me suis demandé si mes réponses étaient adaptées. En effet, j'ai encouragé la maman à continuer l'allaitement maternel, car pour moi, selon les transmissions que l'on m'avait faites, je m'attendais à voir une maman qui allait mieux et qui se sentait à nouveau épanoui et motivée pour effectuer les mises au sein. Je me suis donc dit que c'était juste une mauvaise nuit et que ça ira mieux demain. Dans ma réponse, je me suis également basé sur les propos des puéricultrices qui m'avaient expliqué l'importance d'encourager cette maman aux mises aux seins et à tirer son lait. Est-ce que ma prise en charge était adaptée à la situation ?

Lors de mon second passage en chambre à 00h45 pour procéder à la mise au sein, la maman m'avertit que Léa dort paisiblement et qu'elle ne veut pas la réveiller, car c'est le seul moment où elle peut également dormir. Elle me demande donc d'effectuer uniquement le complément par sonde naso-gastrique. Je lui développe une nouvelle fois l'importance d'effectuer la mise au sein, à la fois pour Léa, mais aussi pour elle. Par rapport au fait que Léa dorme, j'explique à la maman qu'il ne faut pas directement la mettre au sein pour ne pas la réveiller brusquement au risque qu'elle s'énerve et qu'elle ne parvienne pas à prendre le sein de façon optimale. Je lui recommande donc de prendre sa fille à bras et de la changer pour la stimuler et la réveiller doucement. Je ressens dans le regard de la mère que cela la dérange et qu'elle le fait, car je lui ai demandé. Avais-je perdu la confiance de la maman en insistant et en ne prenant pas en compte ses désirs ? L'alliance thérapeutique était-elle rompue ?

En discutant avec la maman, cette dernière m'informe que le projet d'allaitement maternel lui tenait vraiment à cœur durant sa grossesse, qu'elle était prête à le mettre en place pour sa fille, qu'elle était persuadée que la mise en route allait se faire facilement et naturellement. Cependant, à ce jour, au vu de la contrainte que cela entraîne, surtout, la nuit, elle ne se sent plus capable de continuer. Elle m'avoue qu'elle ne pensait pas que cela allait être autant compliqué et contraignant et que ce n'étaient pas les représentations idéales qu'elle se faisait de l'allaitement maternel durant sa grossesse. Quelle posture devais-je avoir face aux propos de

la maman ? Je me sentais mal à l'aise et coupable d'être incapable de l'aider et de l'accompagner dans ce projet.

A 1h, lorsque je reviens en chambre, après avoir laissé la maman procéder à la mise au sein, cette dernière avait les yeux fermés, et était dans son lit avec Léa dans les bras. Lorsque je lui demande si elle l'a mise au sein, elle me répond que non, car Léa dormait encore même en l'ayant changé. Je me suis rendu compte que cette maman était très fatigué et que cela devenait très dure pour elle de devoir se réveiller toutes les 3 heures pour nourrir sa fille. De plus, elle m'a confirmé qu'elle n'avait pas tiré son lait lors de la dernière alimentation, car cela prenait du temps en plus.

Dans cette situation, je me suis sentie tiraillée entre le fait de continuer d'encourager la maman dans ce projet d'allaitement maternel qui était un projet qui lui tenait à cœur, pour lequel elle pleurait et s'inquiéter de ne pas savoir le mettre en place, le fait que lors de mes questionnements auprès des puéricultrices ces dernières m'évoquaient de continuer à encourager cette maman et le fait que cette dernière soit épuisée et qu'elle n'est plus la force de conduire à bien ce projet. Je ne savais pas comment me positionner. Est-ce que je devais écouter les professionnels de santé qui avaient plus de connaissance et d'expérience que moi sur le sujet ? Ou, est-ce que je devais uniquement me baser sur les souhaits de la maman ?

De plus, je me suis rendu compte que cette mise en route de l'allaitement entraîné une fragilité dans le lien entre la mère et sa fille, car cette dernière ne voulait plus participer à l'alimentation de sa fille et nous demandait de la compléter directement. J'ai également remarqué durant mon poste que la maman avait peu d'interactions avec sa fille, elle ne lui parlait pas durant l'alimentation, n'avait pas de gestes de tendresse envers elle,... Le lien mère-enfant a-t-il était rompu par la mise en place difficile de l'allaitement maternel ? Est-ce que la mise en place d'un allaitement artificiel favoriserait ce lien étant donné que c'est le souhait de la maman ? D'ailleurs, avec du recul, je me suis également demandé si le lien entre Léa et son papa était également fragilisé ou non, car ce dernier, à chacun de mes passages en chambre, dormait. La maman voulait-elle arrêter son allaitement maternel, car elle ne se sentait pas assez soutenue par son conjoint ?

Cette situation et le questionnement que j'ai pu avoir durant celle-ci m'ont amené à la question de départ suivante ;

En quoi l'accompagnement de la puéricultrice lors d'un allaitement maternel peut-il avoir un impact sur la relation mère-enfant ainsi que sur l'alliance thérapeutique ?

II. Cadre théorique.

Après avoir effectué mon constat et posé ma question de départ provisoire, je vais maintenant effectuer mon cadre théorique. Ce dernier me permettra de mettre en évidence les contextes et les concepts en lien avec le sujet de ce projet professionnel en me basant sur des fondations scientifiques.

A. Le service de maternité.

Pour débiter ce cadre théorique, je vais développer les généralités des services de maternité afin de situer le contexte et le lieu dans lequel s'illustre l'ensemble des concepts que j'aborderai par la suite.

En France, les maternités sont des services spécialisés autour de la naissance. Ces dernières sont sous le contrôle et la responsabilité de personnels qualifiés et spécialisés pour cette prise en charge tels que les gynécologues obstétriciens, les sages-femmes, les pédiatres, les auxiliaires de puériculture ou encore, les puéricultrices.

1. Les niveaux de maternité.

Les services de maternité, selon leur degré d'équipement, leur activité et le type d'interventions dans lequel ils sont spécialisés, sont classés en trois niveaux. Il existe d'abord, les maternités de niveau I disposant d'une unité obstétricale qui prennent en charge les grossesses « normales » et les accouchements « simples ». Ensuite, les maternités de niveau II, elles-mêmes divisées en niveau IIA et niveau IIB. Ces maternités disposent d'une unité obstétricale ainsi que d'une unité de néonatalogie, prenant en charge les grossesses présentant un risque modéré et des nouveau-nés ayant besoin d'une surveillance particulière. Les maternités de niveau IIA prennent en charge des enfants nés prématurément après 33 semaines d'aménorrhées. Les maternités de niveau IIB disposent, en plus des unités évoquées précédemment, d'une unité de soins intensifs. Enfin, il existe les maternités de niveau III disposant d'une unité obstétricale, d'une unité de néonatalogie et également d'une unité de réanimation néonatale. Ces dernières prennent en charge des grossesses dites à haut risque, pathologiques et les nouveau-nés nés prématurément avant 33 semaines d'aménorrhées.

2. Maternité IHAB.

L'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) est une labellisation de certaines maternités. Cette dernière a été débutée par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Unicef en 1992. En 2006, les documents ont été mis à jour en prenant en compte les dernières données scientifiques. Cependant, ce projet a été initié dès 1981 avec l'adoption « *du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel par l'Assemblée Mondiale de la Santé, avec pour but, de protéger et encourager l'allaitement au sein et d'assurer une utilisation correcte des substituts de lait maternel quand ceux-ci sont nécessaires.* »¹. Autrement dit, les maternités sont dans l'interdiction de recevoir des fonds provenant des industries alimentaires infantiles et doivent refuser de recevoir des lots de substituts de lait maternel, de tétines ou de biberons.

L'attribution de ce label repose sur une démarche qualité prenant en compte le fait d'assurer à chaque enfant et sa mère, le meilleur capital santé ainsi que le meilleur attachement possible. De plus, l'équipe d'un service ayant ce label, favorise d'une part, la proximité mère-enfant et, d'autre part, accompagne, encourage et protège le projet d'allaitement maternel. « *L'objectif de cette initiative est de mettre en place des pratiques hospitalières favorisant le respect des besoins et des rythmes du nouveau-né afin d'améliorer l'accueil de celui-ci.* »²

Cependant, dans les douze recommandations de l'OMS et de l'UNICEF, plusieurs sont en faveur des bébés non allaités, car elles reposent sur la relation mère-enfant.

En France, en décembre 2021, 56 maternités étaient labellisées, ce qui représente 11% du total des naissances. En France, c'est la CoFAM qui s'est occupée de la mise en place de ce label jusque 2012. A ce jour, il s'agit de l'association IHAB France avec le soutien de l'Unicef.

Dans les services de maternités, une des principales professions étant en contact rapproché avec le nouveau-né et ses parents est celle d'infirmière puéricultrice. Ce qui va m'amener à construire ma seconde partie.

¹ LA LECHE LEAGUE. *L'initiative Hôpital Ami des Bébé.*

² IBID.

B. L'infirmière puéricultrice.

La profession d'infirmière puéricultrice a pris naissance suite aux Guerres Mondiales de 1918 et 1945 par le Professeur Lelong, dans le but d'accompagner à la reprise de la natalité. Le diplôme d'état de la puéricultrice a été décrété en 1945 et effectif en 1947.

1. La profession.

L'infirmière puéricultrice est une infirmière spécialisée dans les soins à l'enfant, de la naissance à l'adolescence. « [...] Le nom *puéricultrice* est issu du terme latin « *puer* » qui signifie *enfant* et de « *cultrice* » du verbe latin « *cultivare* » signifiant *cultiver, faire grandir, soigner*. »³

Elle a les capacités d'exercer dans plusieurs domaines tels que le secteur hospitalier, le secteur extra-hospitalier, les établissements d'accueil de jeunes enfants et les établissements de Protection Maternelle Infantile. Elle peut, au sein de ses établissements, exercer plusieurs fonctions. En effet, elle peut travailler au cœur d'une équipe pluridisciplinaire en tant que soignante, mais aussi en tant que référente ou coordinatrice des soins ou, en tant que directrice de structure.

« Sa formation spécifique lui permet de contribuer à promouvoir, maintenir, restaurer la santé de l'enfant dans sa famille, en milieu hospitalier, et dans les structures d'accueil. Depuis, l'évolution des connaissances, des techniques et de la politique de santé, [...] ont amené la *puéricultrice* à assumer des responsabilités de plus en plus importantes de soins, d'éducation, de gestion et d'encadrement. »⁴

2. La puéricultrice en service de maternité.

Dans les services de maternité, la puéricultrice est au contact des nouveau-nés. Elle est chargée de veiller sur eux tout en travaillant, principalement, en collaboration avec les pédiatres, les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture. Sa principale mission dans ce service est de surveiller le nouveau-né et le suivi de son état de santé. Elle a également une fonction importante auprès des parents. Son objectif principal est de leur apporter des conseils, des mesures préventives et de les accompagner dans les premiers soins au bébé, pour un retour à domicile des plus optimal. Pour ce faire, elle aborde des sujets variés tels que la toilette de bébé,

³ ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS. *L'infirmière puéricultrice.*

⁴ ANPDE. *La spécialité de puéricultrice ; historique de la profession.*

l'alimentation, le sommeil, les pleurs, le transit, les vaccinations, le portage, l'éveil, et tout autre sujet sur lesquels les parents pourraient se poser des questions afin qu'ils ne repartent pas au domicile avec des angoisses.

Durant le séjour en maternité, le principal lien à se former entre une mère et son enfant, est le lien d'attachement.

C. L'attachement.

« L'attachement est un lien affectif durable d'un enfant envers un adulte qui en prend soin. Ce lien se manifeste par divers comportements permettant à l'enfant, notamment dans les moments de peur ou de détresse, de maintenir la proximité avec cet adulte. Il s'agit d'un besoin vital auquel l'environnement doit répondre. »⁵

Pour Bowlby, la notion d'attachement est le « *lien du jeune enfant à sa mère et à toute personne qui prend soin de lui* ». Marshall Klaus et John Kennell ont quant à eux « *dénommé bonding le lien de la mère au nouveau-né* ».

Ce phénomène de bonding est décrit de manière à ce que, si la mère est séparée de son enfant dans les heures qui suivent la naissance alors, elle risquerait de refuser de s'occuper de lui par la suite. Cependant, si cette séparation survient plus tard, en dehors de cette période, alors, les conséquences seraient moindres. Les mamans n'ayant pas été séparées de leur enfant à la naissance « *adoptent des comportements de maternage plus adéquats avec des effets plus favorables sur le développement de l'enfant.* »⁶

Par le terme « mère », Bowlby n'inclut pas seulement la mère biologique de l'enfant, mais bien toutes les personnes qui maternent l'enfant. Ces personnes prennent alors le nom de *caregiver*.

Chez l'enfant, la mise en place des liens d'attachement se fait en trois phases durant la première année de vie. Dans ce cadre, nous allons nous intéresser particulièrement à la première phase étant donné qu'il s'agit de celle qui se met en place lors de la naissance.

⁵ MULLER Jean-Baptiste, SUBTIL Adrien, DUGRAVIER Romain. Comportements d'attachement du nouveau-né et situations d'altération du lien mère-enfant.

⁶ ROUSSEAU Pierre, MATTON Florence, LECUYER Renaud et al. Etude éthologique des premières interactions enfant-parents lors de la naissance.

1. Le déploiement de l'attachement.

Cette première phase se déroule de la naissance jusqu'au troisième mois. Durant celle-ci, les signaux manifestés par l'enfant ne sont pas envoyés vers une personne en particulier. Ils visent principalement à maintenir la proximité avec l'adulte et à actionner son *caregiving*. « *Le système de caregiving renvoie à la procuration de soins. Il s'agit ainsi des réponses parentales données à l'enfant dans le but de favoriser la proximité et le réconfort lorsque la détresse est perçue, et donc d'amener sa protection.* »⁷

Pour Bowlby, durant cette période, il existe plusieurs types de comportements, constitué eux-mêmes de différentes réponses permettant de diriger le nouveau-né vers sa figure d'attachement. Tout d'abord, les comportements aversifs, comme les pleurs ou les cris qui engendrent chez le *caregiver*, une réaction et une approche rapide. Ensuite, les comportements de signalisation, comme les sourires ou les babillages qui attirent le *caregiver* dans un plaisir partagé et qui favorisent les interactions entre celui-ci et son enfant. Puis, nous retrouvons les comportements d'accroche innés du nouveau-né (aussi appelé comportements de proximité) tels que la succion ou l'agrippement favorisant la proximité avec l'adulte et plus particulièrement son *caregiver*.

Le tempérament de l'enfant intervient et s'exprime dans sa façon de se comporter, mais ce sont bien les retours de l'environnement en réponse aux signaux de l'enfant qui vont favoriser et construire son lien d'attachement. Les comportements de signalisation vont être favorisés au détriment des comportements aversifs lorsque la réponse du *caregiver* sera sensible et adaptée aux signaux de l'enfant. Si les réponses sont adaptées alors les signaux aversifs vont peu à peu se différencier entre les cris de détresse, de colère et de douleur. Cependant, si les réponses ne sont pas adaptées, alors cette phase se prolongera au-delà de trois mois avec des comportements d'attachement qui seront encore immatures. Il est donc important que la figure d'attachement soit « *sensible aux besoins d'attachement de son enfant* » de par son aptitude à répondre à ceux-ci, à l'apaiser, à le consoler, et par sa disponibilité émotionnelle. Si la figure d'attachement montre qu'elle est capable de répondre à la détresse de l'enfant, ce dernier aura recours à elle, car il saura qu'elle est capable de « *lui procurer du réconfort et de l'amener à l'apaisement* » et qu'il aura confiance en elle. Le besoin de *caregiving* de l'enfant sera désactivé lorsque celui du parent le sera également. Cela se produit lorsque le parent est satisfait de sa réponse et qu'il

⁷ FOURNIER M, BRASSELY C, FASQUEL M et al. Prise en charge pluridisciplinaire des liens d'attachement chez l'enfant : cas clinique.

ressent le fait d'avoir répondu aux besoins de son enfant. Lorsque le *caregiving* de l'enfant est désactivé cela permet une exploration de l'environnement sans méfiance. Cependant, lorsque les interactions avec la figure d'attachement sont compliquées, ceci procure un obstacle dans l'autonomie et l'individualisation de l'enfant. Cela « *impacte le développement à long terme, en limitant la capacité d'adaptation de l'enfant et influence son fonctionnement psychologique, émotionnel et social* ». ⁸

Pour Bowlby, il existe cinq comportements d'attachement instinctifs ; pleurer/crier, suivre du regard, se déplacer et téter. Ce n'est que plus tard qu'il a décidé de retirer la tétée étant donné que ce comportement nutritif ne joue pas un rôle essentiel dans l'établissement de l'attachement. En fonction des réponses que reçoit l'enfant à ses comportements d'attachement, ce dernier va construire ce que l'on appelle des « modèles internes opérationnels » (MOI) qui correspondent, aux différents modèles d'attachement qu'a décrit Mary Ainsworth.

Cette dernière est à l'origine de l'identification des différents styles d'attachement de l'enfant. En premier lieu, nous retrouvons l'attachement *secure*, de type B, celui-ci est observé lorsque les parents apportent des réponses adaptées aux situations de détresse de l'enfant. Ensuite, il existe l'attachement *insecure évitant* de type A. Celui-ci s'observe lorsque les parents ont tendance à demander à l'enfant de ne pas les solliciter en cas de détresse. L'enfant va alors minimiser ses comportements d'attachement et semblera indifférent et insensible aux situations de séparation et de retrouvailles alors que son niveau de stress sera en réalité élevé. Par cette stratégie, l'enfant reçoit alors l'attention de son *caregiver* qui serait resté insensible s'il avait manifesté des comportements aversifs. Il existe également l'attachement *insecure ambivalent* de type C. Ce dernier va se développer lorsque les parents apportent une réponse insuffisante ou retardée, ou si ces derniers manifestent de l'impatience envers leur enfant. Pour pallier à cela, l'enfant va intensifier l'intensité de ses signaux. Son système d'attachement sera difficilement apaisé. L'attachement désorganisé de type D concorde quant à lui à une absence de stratégies structurées de la part de l'enfant afin d'obtenir la vigilance de ses figures d'attachement en situation de détresse. « *La désorganisation s'observe en réponse à des comportements parentaux violents et terrifiants (qui ne sont pas nécessairement volontaires) avec des cris, des menaces, empreints d'angoisses massives de parents.* » ⁹ Dans ces situations,

⁸ IBID.

⁹ MULLER Jean-Baptiste, SUBTIL Adrien, DUGRAVIER Romain. Comportements d'attachement du nouveau-né et situations d'altération du lien mère–enfant.

l'enfant paraît incohérent dans ses comportements. Il ne parvient pas à réguler son stress qui est élevé. La peur que ressent l'enfant est également générée par la figure d'attachement qui est censé le rassurer. Ce type d'attachement désorganisé est associé à l'apparition de troubles psychopathologiques.

*« Le mode d'attachement développé pendant la petite enfance est important, car les différents modes sont relativement stables et peuvent se transmettre d'une génération aux suivantes. »*¹⁰

Cependant, ces modes peuvent évoluer. En effet, le mode *secure* peut évoluer vers un mode *inséure* selon les situations rencontrées comme la maltraitance infantile qui est l'un des facteurs ayant pour conséquence l'évolution vers un mode d'attachement désorganisé. A l'inverse, un mode d'attachement *insecure* peut évoluer vers un mode d'attachement *secure* en fonction du soutien reçu durant les situations compliquées et son adéquation à y répondre.

De façon générale, l'attachement repose sur le besoin de sécurité. A partir du moment où les personnes intervenant auprès de l'enfant ont les capacités de le protéger et le font, alors l'attachement peut potentiellement se développer entre l'enfant et cette personne.

L'attachement entre une mère et son enfant est en corrélation avec la relation que ces deux êtres entretiennent.

¹⁰ ROUSSEAU Pierre, MATTON Florence, LECUYER Renaud et al. Etude éthologique des premières interactions enfant-parents lors de la naissance.

2. La relation mère-enfant.

Les caractéristiques de la « *relation mère-enfant pour que celui-ci puisse utiliser sa mère comme source de sécurité et de réconfort* » sont l'accessibilité de la mère, sa « *sensibilité qui implique la capacité à percevoir les signaux de l'enfant, de les interpréter et d'y répondre de façon appropriée* »¹¹, sa disponibilité dans la relation et sa prévisibilité.

La mise en place de la relation mère-enfant s'instaure bien au-delà de la naissance. En effet, les représentations de la mère sur le vécu de la grossesse, mais aussi sur son vécu personnel bien avant celle-ci, jouent un rôle dans la création de cette relation.

L'attachement est utilisé pour parler du lien qu'à un enfant envers un adulte. Chez l'adulte, ce lien est appelé le *caregiving*. Chez une mère, lorsque le *caregiving* est stimulé et activé pour répondre à une certaine vulnérabilité de son enfant, ce dernier sera totalement désactivé à partir du moment où la sécurité du nouveau-né sera rétablie par le réconfort et la proximité. Cependant, pour que ce système soit activé, il faut que la mère se sente elle-même en sécurité et que son besoin d'attachement personnel soit inactivé. Cela implique donc un accompagnement et une attention particulière envers la mère de la part des soignants. Autrement dit, il faut que la mère se sente en sécurité et soutenue afin de pouvoir répondre de façon optimale aux besoins de son enfant. L'expression du *caregiving* est soutenue par le phénomène de *bonding* qui en constitue la base. Le *bonding* est un état psychologique induit par la production d'ocytocine. C'est une hormone qui intervient dans le déclenchement des comportements de soins. Celle-ci est connue pour ses effets apaisants. Elle est présente dans le lait maternel, elle joue donc un rôle chez le jeune enfant, en favorisant son lien à sa mère. Elle est également produite lorsque la mère produit des soins à son enfant.

L'on parle souvent du lien entre un enfant et sa mère, mais qu'en est-il du lien entre un enfant et son père ?

¹¹ PIERREHUMBERT Blaise. L'attachement en questions : Qu'en est-il de l'attachement du parent à son enfant.

3. La place du père.

Selon certaines études réalisées, l'homme est prédisposé de façon identique que la femme à réagir et répondre face à un bébé.

Selon les travaux de John Bowlby et de Mary Ainsworth, « [...] il semble qu'il y ait une proportion rigoureusement identique d'attachement secure avec la mère et avec le père – sachant qu'un enfant particulier peut être secure avec l'un des parents et insecure avec l'autre. [...] Les pères peuvent tout à fait fonctionner comme « port d'attache » et comme « base de sécurité » pour leur enfant, et que la qualité de la relation dépend de l'histoire relationnelle spécifique avec chacun de deux partenaires. »¹². Autrement dit, si l'attachement de l'enfant envers sa mère est *insecure* alors ce dernier cherchera un attachement compensatoire avec son père et inversement. La mère n'est donc pas l'exclusivité de l'attachement.

Il existe trois façons de considérer le père comme figure d'attachement. En premier lieu, nous avons le modèle hiérarchique selon lequel la relation entre la mère et son enfant serait un prototype et que celle avec le père serait uniquement secondaire, avec moins d'influence sur le devenir de l'enfant. Dans un second temps, nous avons le modèle intégratif, pour lequel la relation d'attachement serait égale entre le père et la mère vis-à-vis de l'enfant. En effet, ce modèle, reprend, d'une part, le fait qu'un enfant puisse s'attacher de façon égale à ses deux parents, et, d'autre part, le fait que si l'une des relations est défaillante avec l'une de ses figures d'attachement, la seconde pourra prendre le relais. Le troisième modèle que l'on retrouve est le modèle indépendant ou postmoderne. Dans ce dernier, les relations d'attachement avec le père et la mère sont quantitativement identiques mais qualitativement différentes avec des influences propres à chacune sur l'avenir de l'enfant. En effet, la mère apporterait un attachement *secure* et de réconfort au niveau des émotions tandis que le père apporterait son attachement *secure* et réconfortant dans la prise de risque et la réalisation de nouvelles expériences.

Cependant, ces modèles ne se basent que sur la représentation de la famille avec un père et une mère. L'on pourrait alors se poser la question de l'attachement dans une famille monoparentale, homoparentale ou recomposée. Mais aussi l'attachement envers la fratrie ou les figures de *caregivers* tels que les grands-parents ou la nounou.

¹² IBID.

Afin que cette relation d'attachement se mette en place, il faut donc un soutien particulier de la part des professionnels de santé.

4. Le rôle des professionnels dans l'attachement.

« *Le lien mère-enfant est au cœur des soins en maternité. Il est considéré dans tous les aspects du soin et guide le déroulé des prises en charge. Les professionnels de suites de couches organisent leurs tâches en respectant les rythmes mère-bébé pour faciliter cette rencontre.* »¹³. Autrement dit, l'attachement et la mise en place de ce dernier concernent l'ensemble des professionnels intervenant dans la périnatalité. Ces derniers jouent un rôle essentiel et peuvent contribuer à ancrer des bases solides dans les liens entre cette mère et son nouveau-né. En effet, le fait de détailler et comprendre la nature des signaux d'attachement permet d'anticiper l'impact des soins quotidiens périnataux sur le bien-être et le devenir de l'enfant. La vigilance de la part des professionnels concernant la mise en place de ces liens d'attachement est donc primordiale. Cette vigilance se fait dès le suivi de la grossesse et/ou l'entretien prénatal. En effet, durant ces rencontres, le vécu, le déroulé de la grossesse et les représentations maternelles sont abordées. Ce sont des composantes importantes dans l'expression de la sensibilité maternelle auprès de son bébé. Ces professionnels, peuvent donc, dès le début de la grossesse, repérer des comportements relevant d'une insécurité ou pouvant influencer les représentations maternelles. Cette sensibilité maternelle peut être alors soutenue par les soignants, à la fois dans leur comportement, mais aussi par leur attitude d'écoute.

Certaines situations comme les naissances prématurées, avec une mère interrompue dans sa grossesse et dans la préparation de l'arrivée de son bébé, ou lors d'une hospitalisation avec une séparation de son nouveau-né, par l'effet du stress ou de l'angoisse suscitée par cette dernière peuvent entraver la mise en place du lien d'attachement, déclencher le propre système d'attachement de la mère et avoir un impact sur son *caregiving*. Dans ces situations fragilisées, la place des soignants est primordiale pour soutenir les parents et les accompagner à prendre leur rôle de *caregiver* dans l'établissement des premiers liens avec leur enfant.

Les professionnels ont donc un rôle à jouer sur l'attachement entre la mère et son enfant. Cet attachement va favoriser l'instauration de l'allaitement maternel.

¹³ MULLER Jean-Baptiste, SUBTIL Adrien, DUGRAVIER Romain. Comportements d'attachement du nouveau-né et situations d'altération du lien mère-enfant.

Il me paraît donc, tout à fait naturel, de vous parler de l'allaitement maternel dans cette prochaine partie.

D. L'allaitement maternel.

Selon l'OMS, l'allaitement maternel est la « *meilleure source d'alimentation pour le nourrisson et le jeune enfant* ». De plus, l'allaitement maternel serait « *l'un des moyens les plus efficaces de préserver la santé et d'assurer la survie de l'enfant.* ». Selon cette même source, en 2021, « *40% des nourrissons de 0 à 6 mois sont exclusivement nourris au sein.* ». Ce chiffre est en augmentation, car entre 2007 et 2014, on ne recensait que 36% des nourrissons de 0 à 6 mois dans le monde. En France, bien que le taux soit en augmentation, il reste le plus bas d'Europe avec, en 2007, 65% de nourrissons allaités à la maternité contre 100% en Suède. 22,9% des allaitements maternels se poursuivaient après six mois contre 65% en Suède.

L'allaitement maternel se met en place dès la grossesse. En effet, durant cette période, certaines hormones préparent déjà les seins à assurer cette fonction. De plus, c'est durant cette période que les parents font le choix d'un allaitement maternel ou artificiel pour leur bébé. En effet, la prise de décision d'effectuer un allaitement maternel peut être évidente ou alors orienter par une information pendant la grossesse de ce qu'est réellement l'allaitement maternel.

1. Le choix de l'alimentation.

Toutes les femmes peuvent faire le choix entre deux modes d'alimentation pour leur nouveau-né : l'allaitement maternel ou alors l'utilisation d'un substitut. Cependant, même si le choix à l'allaitement maternel témoigne de la liberté, de la conscience et de la dimension humaine de la maternité, et même si la responsabilité de la femme est engagée dans ce choix, les motivations ayant amené à ce choix peuvent ne pas être proposées à cette dernière et peuvent avoir été influencé par le monde socioculturel dans lequel la femme se trouve et par divers facteurs.

Le premier facteur influençant est le discours médical. En effet, pendant longtemps, l'allaitement maternel était le moyen de nourrir le plus recommandé à la fois pour les bénéfices qu'ils apportaient à la santé du bébé, mais aussi à celles de la mère. Cependant, certaines théories, notamment dans la Rome Antique, ne se positionnaient pas de manière franche en faveur de l'allaitement maternel. En effet selon celle-ci, le lait maternel résultait de la transformation du sang de la mère. Durant plusieurs siècles, plusieurs arguments faisait penser que le lait maternel n'était pas assez nourrissant et qu'il altérait l'état de santé de la mère, d'où le recours à une nourrice durant ces siècles. Cependant, la mortalité des bébés étant en

augmentation, les théories sont revenues sur le fait que la réalisation de l'allaitement maternel par la mère était le meilleur moyen de nourrir son enfant. De plus, durant plusieurs années, il était recommandé, sur prescription médicale, de faire jeûner le bébé pendant plusieurs heures, d'attendre un ou deux jours avant de le mettre au sein, d'utiliser des compléments dès la naissance,... . Or, ces prescriptions médicales, ont été des obstacles à la pratique de l'allaitement maternel. On sait aujourd'hui que le fait d'utiliser des compléments fait diminuer la durée de l'allaitement maternel et que le fait d'attendre un certain temps pour mettre le bébé au sein crée des engorgements. Autrement dit, beaucoup de discours contradictoires se sont succédé durant les époques à propos de la pratique de l'allaitement maternel. La parole des professionnels de santé peut être perçue par la femme comme une pression et donc compromettre le succès de l'allaitement maternel.

Le second facteur ayant une influence sur le choix de la pratique de l'allaitement maternel est un facteur socio-économique. En effet, dans l'esprit de beaucoup de personnes, la pratique de l'allaitement maternel n'est pas compatible avec le travail. A l'époque, les femmes qui travaillaient faisaient appel à des nourrices et de nos jours, on remarque que les femmes allaitantes, ont choisi un travail à temps partiel ou une interruption temporaire de ce dernier. La fin du congé maternité est l'explication la plus fréquente à l'arrêt de l'allaitement maternel.

Il existe également un facteur familial dans lequel l'on remarque une transmission générationnelle de la pratique de l'allaitement maternel. Autrement dit, le fait d'avoir été allaité, incite les femmes à allaiter à leur tour.

Un des autres facteurs est le système de valeurs. En effet, pendant longtemps, la pratique de l'allaitement maternel était compromise par les conséquences que pouvait avoir cette pratique sur la dimension corporelle. L'idée répandue étant que l'allaitement maternel abîmerait l'esthétique de la poitrine et la déformerait et donc aurait une conséquence sur la féminité et l'érotisme envers le mari. En effet, il existerait une confusion quant à la fonction attribuée aux seins ; sexuelle ou maternité ? Cette réflexion pourrait pousser les mères à être mal à l'aise pendant l'allaitement en public et donc à renoncer à la pratique de l'allaitement maternel. Cependant, certaines mères prônent l'allaitement maternel en l'associant au fait que celui-ci favorise les relations entre elles et leurs bébés. En effet, pour elles, le fait de donner le sein permet de répondre aux besoins du bébé et le renvoi à son réconfort et à sa sécurité. Toutefois, le mari prend une place importante dans le choix de l'allaitement maternel. En effet, certains d'entre eux craignent que la force de l'attachement émis par l'allaitement conduise à l'éviction du père dans ses relations avec son bébé. Certains pères, « *s'emparent de l'acte de nourrissage*

*comme moyen de donner une visibilité à leur engagement sur l'existence du bébé [...] ».*¹⁴. Cependant, on sait de nos jours, que le père joue également un rôle important durant la période de l'allaitement maternel. Sa place ne doit pas être négligée. En effet, il peut et est capable de participer aux autres soins dont l'enfant a besoin ; le porter, lui donner le bain, le bercer, le changer, lui parler,...

On remarque alors, et ce, depuis l'Antiquité, que le choix du mode d'alimentation des mères pour leur bébé n'a jamais vraiment été libre et éclairé par la femme.

De plus, même si le projet d'allaitement maternel a découlé d'un choix éclairé, ce dernier doit être accompagné dans sa mise en route.

2. La mise en route de l'allaitement maternel.

Le lait maternel apporte tous les nutriments et toute l'énergie dont le nouveau-né, âgé de 6 à 23 mois à besoin. Pendant les six mois suivants, il couvrira la moitié de ses besoins et pendant la deuxième année de vie, un tiers de ceux-ci. « *L'OMS et l'UNICEF recommandent que les enfants commencent à être allaités dans l'heure qui suit leur naissance et qu'ils soient nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie [...].* »¹⁵. De plus, il faudrait qu'à partir de cet âge, l'introduction d'aliments solides dans l'alimentation de l'enfant soit satisfaisante et nutritive avec, en parallèle, la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 2 ans voir plus. Autrement dit, la première heure suivant la naissance est la période la plus propice au démarrage de l'allaitement maternel. En effet, durant celle-ci, la majorité des bébés sont en éveil et leurs réflexes archaïques de foussement et de succion sont à leur maximum d'intensité. Le fait de les installer en peau à peau va favoriser la prise du sein ou la stimulation de ce dernier par le toucher et donc sera propice au bon démarrage de l'allaitement maternel. Celle-ci doit se faire dans un endroit calme et serein. La mise en peau à peau favorisera une proximité, une complicité, facilitera le lien entre la mère et son bébé et déclenchera la production de lait par la mère, ainsi que certains réflexes de la part du nouveau-né. De plus, cela va permettre à la mère d'observer, de découvrir et d'apprendre à reconnaître les besoins de son bébé et d'y répondre. Plus le bébé tétera tôt, plus la mère fabriquera rapidement du lait.

¹⁴ CAPPONI Irène, ROLAND Françoise. Allaitement maternel : liberté individuelle sous influences.

¹⁵ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Allaitement maternel.*

A la naissance, et ce, depuis la deuxième moitié de la grossesse, les seins sécrètent du colostrum. Il s'agit du premier lait que le bébé va recevoir. Ce dernier est de couleur jaune orangé, très important et très nutritif. Il contient une grande quantité d'éléments indispensables pour le bébé tel que des vitamines, des minéraux, des globules blancs et des anticorps. Ces derniers vont protéger le nouveau-né contre les infections. La première tétée composée de colostrum va permettre de faciliter l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine. En effet, cette dernière a les capacités de prévenir l'hypoglycémie, de favoriser le développement du système immunitaire et de conserver une hydratation suffisante. Le colostrum sera produit en très petite quantité. Cela est proportionnel au fait que le nouveau-né n'avale que quelques millilitres de lait durant les premiers jours et les premières tétées. En effet, son estomac est encore de petite taille. Durant les premiers jours, le bébé va téter très régulièrement. Vers le quatrième jour, « *le colostrum sera remplacé par un lait plus blanc et translucide* ». Ce lait sera tout aussi nutritif et riche que le colostrum. La quantité de lait augmentera également. C'est durant cette période que se produira ce que l'on appelle « la montée de lait ». Celle-ci se produit même si le bébé ne tète pas. Cette période dure généralement entre deux et trois jours. La fréquence des tétées durant cette période va permettre aux seins de ne pas être trop engorgés étant donné qu'ils seront vidés régulièrement. A la suite de cette période, il faudra que le nouveau-né tète pour que la production de lait continue à se faire. En effet, la production de lait est proportionnelle à la fréquence des tétées. Autrement dit, plus les seins sont stimulés, plus ils produisent de lait. Après 15 jours, le lait se transformera de nouveau pour être plus riche en lactose et en graisses. De plus, la quantité de lait produite est proportionnelle à l'évolution de la taille de l'estomac du nouveau-né.

Il est important de procéder à l'allaitement maternel lorsque le nouveau-né indique les premiers signes de faim. En effet, c'est durant cette phase que le bébé sera le plus apte à prendre le sein de façon optimale. Il est donc essentiel que la mère sache décrypter les signes de faim de son bébé avant qu'il ne se mette à pleurer au risque que la tétée soit douloureuse pour la mère.

Dans cette partie, nous avons vu que la composition du lait maternel est spécifique aux besoins du nouveau-né. Je vais donc maintenant évoquer les avantages de l'allaitement maternel.

3. Les avantages de l'allaitement maternel.

L'allaitement maternel présente de nombreux avantages, tant du côté de la maman que du bébé.

L'avantage le plus fondamental dans la pratique de l'allaitement maternel est l'attachement entre une mère et son nouveau-né et le renforcement des liens affectifs entre les deux.

a. Pour la maman.

Chez la mère, la pratique de l'allaitement maternel à long terme réduit le risque de développer un cancer du sein et des ovaires. De plus, grâce à l'ocytocine sécrétée durant la tétée, l'utérus va rapidement reprendre sa position initiale et il va y avoir une diminution des hémorragies post-partum. Cette pratique, à long terme, réduit également le risque de développer un cancer du sein et des ovaires. La perte de poids va aussi être facilitée durant cette période.

Il existe également des avantages fonctionnels à la pratique de l'allaitement maternel comme le coût financier et le gain de temps de préparation.

b. Pour le bébé.

Le principal avantage du lait maternel chez le nourrisson est de le protéger contre les infections respiratoires et digestives et donc de réduire la mortalité. Il a également l'avantage de diminuer les manifestations allergiques chez l'enfant.

L'allaitement maternel a également l'avantage de réduire le taux de surpoids et d'obésité dans l'enfance et l'adolescence. De plus, ces enfants obtiennent de meilleurs résultats lors de la réalisation de tests d'intelligence, de meilleurs résultats scolaires et une rémunération plus élevée à l'âge adulte.

Le peau à peau et le toucher émis lors de la mise au sein vont permettre au nourrisson de s'apaiser et de se sentir rassuré. L'odeur du sein de sa mère et du lait va également apporter une atmosphère sécurisante pour ce dernier.

Il est également plus rapidement et facilement digéré par le nouveau-né que le lait artificiel. De plus, sa composition est proportionnelle et évolue en fonction de l'âge de l'enfant et de ses besoins.

Malgré les nombreux avantages dont il est à l'origine, dans certaines situations, la mise en route de l'allaitement maternel peut s'avérer difficile.

4. Instauration difficile de l'allaitement maternel.

Il existe quelques difficultés pouvant impacter le bon déroulement de l'allaitement maternel. Ces difficultés peuvent être liées à la mère (fatigue, découragement), à l'enfant (bébé qui ne réclame pas le sein ou qui dort beaucoup), à la production de lait (insuffisance ou excès de lait), à l'état des seins de la mère (engorgement, mastite, abcès, crevasses,...). Pour chacune de ces difficultés, il existe plusieurs solutions possibles. Il est donc important que la maman soit bien accompagnée afin de permettre la continuité de l'allaitement maternel.

Afin de pallier à ces difficultés une des solutions est de pratiquer un allaitement mixte (ou partiel).

a. L'allaitement mixte.

Lors d'un allaitement mixte, l'allaitement maternel est associé à une alimentation par un lait artificiel. Ce dernier peut être soit souhaité par la maman (en cas de fatigue, de doute sur la qualité de son lait, en cas de contraintes personnelles,...) ou soit indiqué médicalement (en cas de perte de poids importante du nouveau-né, d'hypoglycémie, de déshydratation, en cas de stress de la maman ou de grande fatigue,...). Cet allaitement mixte peut se faire de deux façons ; soit par allaitement de complément, c'est-à-dire que chaque tétée au sein, insuffisante, sera complétée par un lait artificiel à la tasse ou à la seringue, soit par allaitement alternatif, c'est-à-dire, que quelques tétées seront remplacées par un allaitement artificiel.

L'allaitement mixte permet de prolonger l'allaitement maternel à condition que la lactation soit bien mise en place. Il permet également de garder tous les avantages du lait maternel. Le risque avec cette pratique est que le bébé s'adapte plus facilement et préfère la succion au biberon que celle au sein. De plus, il limite la sécrétion lactée par diminution du nombre de tétées.

En ce qui concerne les biberons de complément, c'est-à-dire, de donner des biberons occasionnellement durant la pratique de l'allaitement maternel cela n'est pas conseillé les premiers jours, car ça risquerait de diminuer la production de lait par les seins et de compromettre la mise en route de l'allaitement maternel. Cela amènerait donc à une baisse de lactation et donc l'envie de donner de plus en plus de compléments jusqu'à arriver au sevrage

complet de l'allaitement maternel. De plus, il faut plusieurs jours afin que le bébé sache prendre correctement le sein. Or, la tétée au biberon est plus facile donc le bébé risque de préférer cette dernière et d'avoir de plus en plus de mal à reprendre le sein par la suite. Le fait de donner un biberon de complément peut également engendrer, chez la mère, un sentiment de doute sur la capacité à allaiter.

Si la mère souhaite, tout de même, dans les prochains jours, réaliser un biberon de complètement pour n'importe quelle raison non-médicale qu'elle soit, cela devra se faire avec son propre lait et par d'autres méthodes que le biberon pour éviter la confusion entre le sein et la tétine du biberon. Cependant, pour ne pas compromettre sa production lactée, mais au contraire, la stimuler, la maman devra, parallèlement, tirer son lait à l'aide d'un tire-lait.

b. Dispositifs d'aide à l'allaitement.

Chez l'enfant, le réflexe de succion/déglutition se met en place aux alentours de la 32^{ème} semaine d'aménorrhée. Cependant la coordination succion/déglutition ne sera mature qu'à la 34^{ème} semaine d'aménorrhée. Chez les enfants pour lesquels cette coordination n'est pas encore acquise, l'allaitement maternel reste tout de même l'alimentation préférable. C'est pour cela qu'il est nécessaire, avant ce terme, d'effectuer un « gavage » par sonde naso-gastrique. Pour que ce dernier se fasse, la maman devra tirer son lait le plus souvent possible, afin que son bébé puisse en bénéficier et pour obtenir une production de lait maximale. En effet, plus la maman tirera son lait, plus elle aura suffisamment de lait pour effectuer un allaitement maternel le plus optimal qu'il soit. Ce « gavage » peut également se faire avec un lait de lactarium. Cependant, même si la coordination succion/déglutition fini par s'acquérir, l'allaitement maternel, chez un nouveau-né exclusivement nourri par sonde naso-gastrique, peut s'avérer difficile à mettre en place. En effet, ce dernier devra perfectionner sa façon de succion et de téter au sein. Afin que ce dernier ne s'épuise pas trop lors des premières tétées, il existe ce que l'on appelle un dispositif d'aide à l'allaitement (DAL). Ce dernier consiste à mettre le lait, tiré préalablement par maman, dans un récipient dans lequel l'on va insérer une sonde. Ensuite, lorsque le nouveau-né tétera le sein, le lait contenu dans le récipient s'écoulera dans sa bouche par la sonde. Cette pratique est à renouveler toutes les 2 à 3 heures selon la prescription médicale.

Lors des précédentes parties, j'ai évoqué le rôle des professionnels de santé auprès de la maman allaitante. Pour moi, leur principal rôle est donc d'accompagner la maman dans son projet. Je vais donc, dans cette prochaine partie, m'intéresser au concept de l'accompagnement.

E. L'accompagnement.

D'après le dictionnaire des concepts en soins infirmiers (4e édition), l'accompagnement signifie « être avec, dans une situation donnée, de façon ponctuelle ou durable pour conduire une autre personne vers un changement certain. L'accompagnement peut être spontané, volontaire, professionnel, [...]. Accompagnement inclut l'écoute et l'aide apportée dans des champs interdisciplinaires, en fonction des étapes de la vie. Il se caractérise par l'investissement d'un individu mobilisant des ressources vers des individus en besoin. »

L'accompagnement nécessite, de la part de l'accompagnateur, de jouer un rôle de soutien. En effet, l'accompagnement est un concept pour lequel le but est d'être avec la personne, d'être à ses côtés et de l'appuyer dans ses efforts afin qu'elle construise son propre chemin. L'accompagnateur agit donc comme une personne ressource de l'accompagné. Cependant, il n'est pas celui qui « fait à la place de » car il ne doit pas influencer les choix et le chemin à prendre de celui qu'il accompagne. Il ne doit donner ni le procédé, ni les solutions à l'accompagné, mais bien l'accompagner afin que ce dernier trouve lui-même ses problématiques et ses solutions dans ses ressources personnelles. Pour Maela Paul, l'accompagnement est « une posture professionnelle spécifique et non pas une technique professionnelle. L'accompagnement s'inscrit dans une dimension relationnelle duelle, mais qui doit être pensée dans un cadre collectif. Dans cette approche, l'accompagné n'est plus ni sujet, ni acteur, mais bien l'auteur de la démarche. »

La posture d'accompagnement détient cinq caractéristiques : un rapport de pouvoir entre la personne accompagnée et l'accompagnateur avec une concentration prioritaire sur l'accompagné, une métaphore spatiale qui se caractérise par un parcours fait ensemble, une logique de mouvement qui rend compte du processus d'accompagnement, une inscription dans le présent et une autonomie problématique.

En soins infirmiers, on observe que l'accompagnement fait partie intégrante de notre rôle propre. En effet, le soignant a les capacités d'accompagner le patient à tout moment de sa vie. La naissance n'y déroge pas. En effet, l'infirmière puéricultrice accompagne les parents avant l'accouchement, mais aussi après en les aidant à prendre en charge leur enfant et à les accompagner dans les différents soins que nécessite le nouveau-né. Dans l'accompagnement à l'allaitement maternel, l'infirmière puéricultrice prendra en compte les besoins, les souhaits et les projets des parents concernant ce dernier. Elle sera également focalisée sur l'environnement du couple (mode de vie,...) et non pas sur le soin en lui-même.

1. L'accompagnement de la puéricultrice d'une maman allaitante.

De nos jours, le séjour dans les services de maternité, en suite de couche, est de plus en plus court. En effet, les jeunes parents et leur nouveau-né restent en moyenne entre 2 et 5 jours. Pour la réussite de l'allaitement maternel, cela paraît peu.

En 2018, 76 à 86% des mamans ont fait l'expérience de l'allaitement maternel en suite de couche. Cependant, seulement 22% d'entre elles ont continué l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois. En effet, beaucoup de mamans se sentent démunies à la sortie de maternité face à des petites difficultés. « A J3, 52% des nouveau-nés ont des difficultés à téter, 44% des mères ont des douleurs des mamelons et 40% des insuffisances de lactation. Ces difficultés sont un facteur de risque d'arrêt de l'allaitement maternel avant 2 mois avec des pics de risque respectifs à J3, J7 et J14. »¹⁶

Beaucoup d'actions ayant le but de protéger, promouvoir et encourager l'allaitement maternel ont été mise en place ces dernières années. On retrouve par exemple, l'adoption de convention politique comme celle adoptant la prolongation du congé maternité en cas d'allaitement maternel, mais aussi le code international de commercialisations des substituts du lait maternel, les dix étapes de l'allaitement réussi dans l'initiative des hôpitaux « amis des bébés » et l'ensemble de l'accompagnement par le biais de consultations entre des soignants et des parents, mais aussi les groupes de paroles et d'entraide entre mères.

Pour que l'allaitement soit le plus optimal possible, les mères et les nourrissons doivent pouvoir bénéficier d'une entraide et du soutien dont ils ont besoin pour la mise en place d'une alimentation la plus optimale qu'il soit. Les professionnels de santé en maternité ont un rôle important auprès des jeunes parents et de leur nouveau-né. En effet, ils les accompagnent dans la pratique des soins à prodiguer à leur enfant, mais aussi dans la mise en place de l'allaitement maternel qui peut se faire plus ou moins difficilement selon les situations et les circonstances. Une période d'apprentissage est souvent nécessaire tant pour la maman que pour le bébé. Cette période d'apprentissage s'initie déjà durant la grossesse. En effet, dans certaines maternités, un des cours de préparation à la naissance, en période anténatale, n'est consacré qu'à la pratique de l'allaitement maternel. Ce dernier permet d'évaluer l'expérience et les connaissances des parents afin d'adapter notre prise en charge en matière d'informations et d'action à apporter et mettre en place durant le séjour à la maternité. Cependant, malgré cette préparation, certaines

¹⁶ RIGOURD V, NICLOUX M, HOVANISHIAN S et al. Conseils pour l'allaitement maternel.

mamans se sentent encore dépourvues d'information et de soutien après l'accouchement. Il est donc important, qu'elles puissent adopter les « bons » réflexes afin de favoriser les mises au sein et de réussir à répondre aux besoins de leur bébé. Cela se fait jour après jour, dans le service de maternité en suite de couche, mais aussi à domicile.

Le rôle des professionnels de santé et donc de soutenir le projet d'allaitement, écouter, recueillir les doutes, les contradictions et les émotions de chaque femme et s'abstenir de donner des indications purement médicales et professionnelles. Le soutien ne consiste pas à se résoudre à des savoirs, mais c'est la capacité à comprendre et à accéder à l'individualité de l'autre. Les soignants doivent avoir les capacités d'écoute, de conseils, de soutien et d'aide lors de la mise en route de l'allaitement maternel, et ce, dès les premières heures de vie du nouveau-né jusqu'à sa sortie de la maternité. Les professionnels de santé en maternité doivent être capables de repérer et de corriger systématiquement toute succion inadaptée.

Le premier enjeu pour le professionnel accompagnant une maman allaitante est d'écouter la maman, mais surtout d'observer l'enfant et sa mère. La mise en place difficile d'un allaitement maternel peut résulter de plusieurs causes. C'est au professionnel de la déterminer afin de proposer des solutions et des actions adéquates face aux différents incidents que la mère pourra rencontrer. Il faut de plus, rassurer la maman et prévenir le risque d'engorgement. Il ne faut jamais bien sûr forcer au risque de contrarier la maman et le bébé. Si la mise au sein est difficile, le professionnel peut expliquer à la maman comment amener manuellement l'éjection du lait et déposer une goutte dans la bouche de son bébé afin de déclencher son intérêt pour finir doucement par lui proposer le sein. Il faut expliquer à la maman que le moment le plus propice pour donner le sein à son enfant est lorsque ce dernier est dans un état d'éveil. De plus, ils doivent expliquer et proposer à la maman les différentes positions pour allaiter afin que celle-ci puisse trouver celle qui lui correspond le mieux. Il est important que la mère soit confortablement installée afin de limiter les douleurs et de favoriser la détente. Il est indispensable que chaque mère trouve celle qui lui correspond le mieux afin que la tétée se déroule dans un climat de confort à la fois pour la maman, mais aussi pour son bébé.

Face à une insuffisance de prise de poids ou un retard de reprise du poids de naissance, et après avoir vérifié que la cause n'était pas médicale ni chirurgicale (chez la maman et le bébé), il faut rapidement la prendre en charge afin que l'allaitement ne soit pas compromis. Pour cela, il faut à la fois agir sur la maman en stimulant la production de lait et sur le bébé en favorisant l'éveil de ce dernier par différents moyens (le changer avant de lui proposer le sein, lui gratter la joue

ou le pied,...). Dans certains cas, la reprise de poids est tellement difficile avec un allaitement maternel unique qu'un lait artificiel pourra être proposé et arrêter une fois la reprise du poids engagée.

L'accompagnement de la puéricultrice représente un enjeu capital dans la mise en route de l'allaitement maternel. Ce dernier est associé à l'alliance thérapeutique entre le soignant et les parents afin de le rendre le plus optimal qu'il soit.

F. L'alliance thérapeutique.

L'alliance thérapeutique peut être définie comme « *la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés.* »¹⁷

Elizabeth Zetzel affirmait que « *l'alliance est dépendante de la capacité fondamentale à former une relation de confiance stable* »¹⁸. Selon elle, cette capacité est enracinée dans les relations précoces entre un bébé et ses parents.

L'alliance thérapeutique est une relation d'échange étant bâtie sur des capacités de savoir donner et de savoir recevoir. Cette relation repose sur la faculté du soignant à nouer un lien avec la personne avec qui il entretient cet échange. Tout lien est fondé sur le principe d'échange et de réciprocité. Les relations de confiance sont nourries par ces échanges au sein desquels chacun des interlocuteurs sent qu'il compte pour l'autre et qu'il peut compter sur lui. Dans la mise en place de l'alliance thérapeutique, chaque personne est attentive aux demandes de l'autre. Cela permet une dynamique et un rééquilibrage constant de la balance du donner-recevoir et donc l'instauration d'une confiance réciproque dans la relation. Les capacités d'écoute, d'accueil, de non-jugement et de disponibilité font partie des qualités relevant du recevoir.

Au sein de l'alliance thérapeutique, les relations sont complémentaires. En effet, il existe un équilibre dans la position de chacun, en fonction de la capacité de ceux-ci à investir cette dernière. Il est indispensable de savoir donner à ceux qui en ont besoin, mais il faut que cela soit réciproque pour ne pas placer celui dans le besoin dans une position de dépendance au

¹⁷ BIOY Antoine, BACHELART Maximilien. L'alliance thérapeutique : historique, recherche et perspectives cliniques.

¹⁸ IBID.

risque d'altérer l'alliance thérapeutique. En effet, cela pourrait engendrer une incompréhension, une perte de confiance ou des sentiments d'iniquité pouvant fragiliser la relation.

Une véritable relation thérapeutique est basée sur la confiance du patient et sa capacité de coopération avec le soignant.

L'alliance thérapeutique est intimement reliée à la notion fondamentale de la relation soignant-soigné.

1. La relation soignant-soigné.

Le dictionnaire Le Robert définit la relation comme « *tout ce qui dans l'activité d'un être vivant implique une interdépendance, une interaction dès lors qu'une modification de l'un entraîne une modification de l'autre* ». La relation soignant-soigné résulte d'un lien que le professionnel de santé et le patient élaborent ensemble. Cette relation est le plus souvent construite à l'issue de la demande du patient ayant besoin des compétences du professionnel de santé pour l'aider. C'est une relation asymétrique. Elle est basée sur la communication. Une bonne communication est essentielle pour instaurer une relation soignant-soigné solide. En effet, cette dernière est source d'une relation équilibrée et efficiente. La manière dont va se construire la relation soignant-soigné dépend de la façon dont les soignant vont accueillir la demande. Ceux-ci doivent donc être véritablement investis dans la relation. La relation soignant-soigné, se base tout naturellement sur les mêmes principes que l'alliance thérapeutique tels que le non-jugement, l'écoute, l'empathie et l'authenticité. L'écoute active également appelée écoute attentive ou présence vraie nécessite une compréhension intellectuelle et affective d'autrui associée à la faculté d'entendre. Elle repose sur une décentration de soi et une intentionnalité avec une notion de proximité et de distance.

Tous les soins paramédicaux comprennent une dimension relationnelle pouvant s'exprimer sous différents aspects.

- La relation de civilité, qui est une relation spontanée. Elle est la base de la communication et concerne toutes les relations entre les personnes. Elle s'inscrit dans une volonté d'instaurer un comportement agréable, une convivialité dans les échanges avec un respect réciproque.
- La relation fonctionnelle qui permet de recueillir des informations sur le patient, d'avoir une connaissance précise de ce dernier afin d'adapter au mieux les soins en fonction de ses besoins.

Il existe également la relation d'aide qui sera développée dans la prochaine partie.

2. La relation d'aide.

La relation d'aide s'inscrit dans le contexte de la relation soignant-soigné. Selon Carl Rogers, qui a introduit le concept de « relation d'aide », c'est une « *relation permissive, structurée de manière précise qui permet à la personne d'acquérir une compréhension d'elle-même, à un degré qui la rend capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation.* »¹⁹. De plus, on peut préciser que cette relation d'aide se fait entre deux personnes ou un groupe de personnes, qu'elle favorise l'aide et le soutien tout en respectant les dimensions biologiques, spirituelles et psychologiques de l'humain.

Selon le dictionnaire Le Robert, l'aide est « *« l'action d'intervenir en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens.* ». Autrement dit, l'aide est un ajout, un supplément apporté à une activité déjà existante. Il s'agit d'un service rendu.

La relation d'aide prend en compte la personne sans sa globalité. Elle s'adresse à des personnes éprouvant des difficultés à répondre seule à leurs besoins. En effet, les objectifs définis et la qualité de la relation vont permettre à la personne d'exprimer ses sentiments, d'identifier ses difficultés et de mobiliser ses propres ressources afin de résoudre ses problèmes tout en étant accompagné du professionnel de santé. La relation peut évoluer selon les situations et selon les besoins. Pour le professionnel, la mise en place de cette relation requiert une connaissance particulière de l'humain, des bases en matière de communication, mais il doit également accepter de ne pas tout maîtriser et de se laisser guider par la personne. Certes, les professionnels possèdent des compétences sur lesquelles il pourra se baser pour construire cette relation d'aide, mais il faut que celles-ci soient corrélées aux besoins et aux ressources de la personne aidée afin que cette relation soit optimale. L'échange, l'interaction entre les personnes et la contribution de chacune dans l'aide apportée prennent une place importante dans la notion de relation.

La relation d'aide est une relation de soutien se mettant en place en réponse à un besoin d'écoute de la part du patient. Cette relation relève de la capacité du soignant à recueillir les émotions du patient et à ajuster son attitude à ce que vit le patient. « *La relation d'aide suppose une interaction entre deux personnes où l'une s'appuyant sur sa formation et ses compétences, va*

¹⁹ DAYDE Marie-Claude, PASCAL Chantal, SALABARAS CLERGUES Eliette. *Relation d'aide en soins infirmiers.*

chercher à offrir à l'autre les conditions lui permettant de trouver ses propres solutions face au problème qu'elle rencontre. C'est un comportement professionnel qui va au-delà de la volonté d'être à l'écoute. »²⁰ . Chez le professionnel, l'instauration de cette relation d'aide n'est pas innée. En effet, elle nécessite un apprentissage à la fois théorique et pratique. Elle requiert des capacités d'écoute, d'évaluation, de soutien et d'accompagnement. C'est un soin à part entière s'inscrivant dans la dimension relationnelle.

La relation d'aide se déroule en quatre étapes :

- La phase d'orientation qui débute par le premier contact avec le patient, dans laquelle il va y avoir un moment de découverte mutuelle permettant d'analyser les problèmes de la personne aidée ;
- La phase d'identification dans laquelle le patient va exprimer ses sentiments grâce à la qualité de la relation qu'il aura construite avec le soignant ;
- La phase d'exploration dans laquelle le patient va exprimer ses possibilités. Cette dernière ne peut se mettre en place que si la relation est constructive.
- La phase de résolution dans laquelle le patient va proposer des solutions et les mettre en œuvre afin d'arriver à des changements.

Lors d'un accompagnement, le « prendre soin » et l'efficacité de la relation d'aide, résultent de la qualité de la relation. La relation d'aide s'instaure lors d'une situation complexe que vit la personne. Selon Jean Watson le « prendre soin » est défini comme « *un ensemble d'attitudes, une manière d'entrer en relation avec une personne pour l'aider à croître, à s'actualiser, à se développer. Le caring est construit autour de dix facteurs dont « le développement d'une relation d'aide et de confiance, ce qui demande des attitudes spécifiques : congruence, empathie, chaleur humaine. » »²¹*. Autrement dit, l'élément essentiel pour effectuer des soins de qualité est le développement de la relation d'aide et de confiance.

²⁰ IBID.

²¹ IBID.

III. Problématique et hypothèses.

Dans mon cadre théorique, j'ai mis en évidence le rôle primordial d'accompagnement de la puéricultrice auprès des mères allaitantes. Ce rôle s'initie bien avant la naissance et le choix final du mode d'alimentation. Lors de la réalisation de ce cadre théorique, je me suis rendu compte qu'il existait bien un lien entre l'accompagnement de la puéricultrice auprès d'une maman allaitante, la relation mère-enfant et l'alliance thérapeutique. C'est pour cela que j'ai choisi de conserver ma question de départ comme problématique de recherche : « En quoi l'accompagnement de la puéricultrice lors d'un allaitement maternel peut-il avoir un impact sur la relation mère-enfant ainsi que sur l'alliance thérapeutique ? ».

A partir de ce questionnement, de mes recherches théoriques et de ma réflexion face aux différents concepts étudiés, j'ai mis en évidence deux hypothèses :

Hypothèse 1 : L'accompagnement proposé par la puéricultrice, auprès de la mère allaitante, favorise la relation mère-enfant.

Hypothèse 2 : L'accompagnement proposé par la puéricultrice, auprès de la mère allaitante, influence l'alliance thérapeutique qu'il existe entre le soignant et la mère.

A partir de ces deux hypothèses, je vais maintenant passer à la phase exploratoire de mon projet professionnel afin d'évaluer la pertinence de ma problématique de recherche en réalisant des enquêtes auprès d'infirmières puéricultrices.

IV. Enquête.

La réalisation de cette enquête va me permettre de confirmer ou non mes deux hypothèses en rapport avec la problématique posée.

Cette dernière me permettra également de confronter mon constat de départ et mes recherches théoriques à la réalité du terrain.

A. Méthodologie de l'enquête.

A travers mes deux hypothèses, je cherche à savoir si l'accompagnement de la mère allaitante, par la puéricultrice, optimise la relation mère-enfant et si l'accompagnement de la mère allaitante, par la puéricultrice, optimise l'alliance thérapeutique dans la mise en place de l'allaitement maternel.

Afin de confirmer ou non ces deux hypothèses, j'ai décidé d'interroger des puériculteurs(trices) travaillant dans un service de maternité. Pour réaliser cette enquête, je n'ai pas de critères spécifiques concernant les soignants que je souhaite interroger.

Pour avoir des résultats significatifs lors de l'analyse de mon enquête et en lien avec ma problématique et mes deux hypothèses, j'ai fait le choix de m'entretenir avec cinq puériculteurs(trices) travaillant dans un service de suite de couche en maternité.

En ce qui concerne le choix de la maternité, j'ai décidé de me rendre dans une maternité ayant obtenu le label IHAB. En effet, j'ai fait ce choix afin que les résultats soient cohérents et dans la continuité de ma situation de départ qui, elle, s'est déroulé dans une maternité ayant cette certification.

Pour réaliser cette enquête, j'ai décidé de réaliser des entretiens semi-directifs avec chaque personne. Ces entretiens semis-directifs seront composés des mêmes questions pour tout le monde.

Le souhait de réaliser des entretiens semis-directifs s'est porté sur le fait que je voulais que chaque soignant puisse s'exprimer de façon libre sur leur expérience professionnelle, l'accompagnement, la relation mère-enfant et l'alliance thérapeutique.

Avant de débiter chaque entretien, je vais commencer par me présenter au soignant. Je vais ensuite lui présenter le sujet sur lequel porte mon projet professionnel et lui expliquer pourquoi j'ai décidé de réaliser cette enquête et comment celle-ci va se dérouler.

Placé en annexe, ma grille d'entretien reprend chaque question et leur objectif ainsi que les questions de relance. Cette grille d'entretien va me permettre de mener chaque entretien afin de confirmer ou d'infirmer mes hypothèses. Mes questions découlent donc naturellement de mes deux hypothèses. Les questions sont écrites et seront posées dans un ordre spécifique, de façon « large » dans un premier temps puis de plus en plus ciblées afin d'avoir des réponses précises de la part des soignants.

La première question de ma grille d'entretien porte principalement sur le parcours professionnel des soignants. Le fait de poser cette question me permettra d'engager la conversation afin de connaître, en termes d'expérience professionnelle, mon interlocuteur.

Les 4 prochaines questions seront ciblées sur le sujet de mon projet professionnel et plus précisément sur le ressenti du soignant face à l'accompagnement, la relation mère-enfant, l'alliance thérapeutique et le lien qu'il fait entre ces trois concepts dans sa prise en charge auprès de mamans pratiquant un allaitement maternel pour leur nouveau-né.

Certaines de mes questions sont composées de questions de relance. Ces dernières seront posées afin que le soignant soit plus précis dans les réponses qu'il m'apportera.

La dernière question de ma grille d'entretien sera une question d'ouverture afin de savoir si le soignant avec lequel je m'entretiens souhaite m'apporter plus de contenu et plus de matière concernant mon projet professionnel.

B. Déroulement des entretiens.

Après avoir eu la validation de ma grille d'entretien de la part de ma formatrice référente pour effectuer mon enquête, j'ai contacté la cadre de service d'une maternité de la région Hauts-de-France ayant obtenu le label IHAB. Je lui ai expliqué ma démarche, présenté mon sujet de projet professionnel et demandé s'il était possible de réaliser mes entretiens auprès des puéricultrices travaillant dans son service. Après avoir eu une réponse positive de sa part, j'ai directement contacté les puéricultrices par mail afin de prévoir des créneaux de rencontre en fonction de leur planning. J'ai donc, durant une semaine, sur le mois de mai, effectué mes entretiens avec les quatre puéricultrices travaillant dans cette maternité. Trois entretiens se sont déroulés sur le lieu et durant le temps de travail des puéricultrices. Un entretien s'est déroulé par appel téléphonique au vu du planning de la puéricultrice qui ne correspondait pas avec le mien. Il est vrai qu'effectuer un entretien par téléphone n'est pas le plus judicieux pour analyser les

émotions du soignant, mais ce n'était pas mon but dans la réalisation de mon enquête donc, je pense que cela n'a pas altéré la réponse du soignant.

Ayant fait le choix d'effectuer mon enquête auprès de cinq professionnels, j'ai contacté une seconde maternité pour avoir mon dernier entretien avec une puéricultrice. Les temps de réponse étant trop importants, et au vu du peu de temps qu'il me restait pour effectuer cet entretien, je me suis rapprochée d'une de mes anciennes collègues de l'école d'infirmière pour savoir si elles connaissaient une infirmière puéricultrice travaillant en maternité. Ayant effectué un stage en maternité pendant ses études d'infirmières, elle avait gardé contact avec une puéricultrice de cette maternité. Elle m'a donc transmis les coordonnées de cette dernière afin que je puisse la contacter sur les réseaux sociaux. J'ai eu un retour positif de la part de celle-ci. Je lui ai expliqué qu'étant en stage en PMI assez loin de chez moi, je privilégiais un entretien téléphonique si elle n'y voyait pas d'inconvénients. Cela ne la dérangeait pas. Le fait que cet entretien se déroule par l'intermédiaire d'une connaissance personnelle, je n'ai pas fait signer l'autorisation d'enquêter à la cadre de service de l'établissement dans lequel elle travaille.

Après avoir réalisé ces cinq entretiens semi-directifs, je vais maintenant analyser chacun d'entre eux individuellement, puis effectuer une analyse en croisant les similitudes et les différences que je trouve entre ceux-ci en les classant par thème. Cette analyse me permettra de voir si les professionnels partagent ou non les mêmes réponses. Elle me permettra également de valider ou non mes hypothèses et de proposer des ajustements adéquats.

Avant chaque entretien, j'ai demandé aux soignants si ceux-ci acceptaient le fait que j'enregistre l'entretien pour pouvoir bénéficier de l'ensemble des informations qu'ils allaient me transmettre. Tous ont accepté. Ces enregistrements m'ont également permis d'avoir un échange plus facile en m'intégrant avec eux dans la conversation. En effet, le fait d'utiliser l'enregistrement ne m'a pas enfermé dans une démarche de prise de notes qui aurait pu altérer le déroulé de l'entretien. Avant de commencer les questions, je me suis présentée à eux, je leur ai exposé mon sujet de projet professionnel, l'objectif de cet entretien et le fait que ce dernier serait traité anonymement. Ces entretiens ont duré en moyenne 11 minutes. J'ai par la suite, retranscrit l'ensemble des entretiens grâce aux enregistrements que j'avais effectués.

C. Analyse de l'enquête.

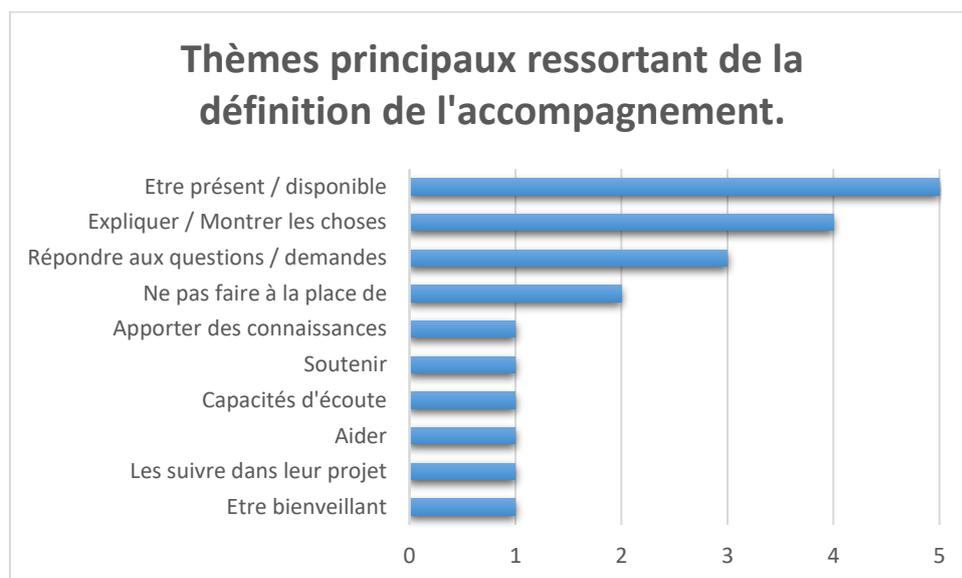
J'ai effectué l'analyse de mon enquête question par question, mais en essayant de regrouper cette analyse par thèmes. Les principaux thèmes ressortis de ces entretiens sont : l'accompagnement, la relation mère-enfant, l'alliance thérapeutique incluant la relation de confiance et la relation d'aide.

Pour les trois premières questions, afin que l'analyse soit plus compréhensible, j'ai effectué des tableaux placés en annexe trois de mon travail. Pour la question une, j'ai effectué un tableau reprenant la date de diplomation des professionnels de santé en tant qu'infirmière et puéricultrice puis leur expérience professionnelle. Pour les deux questions suivantes, j'ai effectué des tableaux reprenant les thèmes principaux évoqués par les puéricultrices dans leur réponse. Cependant, suite à ces tableaux, j'ai effectué des graphiques afin d'avoir une représentation plus visuelle des réponses. J'ai intégré ces graphiques dans le déroulé de mon écrit. Pour les trois dernières questions, j'ai effectué une analyse linéaire, car l'utilisation de tableaux et de graphiques ne me semblait pas le plus judicieux.

QUESTION 1 : Présentation des professionnelles.

Pour la réalisation de mon enquête, je me suis entretenue avec cinq puéricultrices travaillant en maternité labellisée IHAB. Les cinq puéricultrices travaillent depuis plus de 10 ans dont une depuis plus de 15 ans en tant que puéricultrices. Deux puéricultrices travaillent depuis plus de 5 ans en maternité et trois autres y travaillent depuis 4 ans. Trois puéricultrices ont également une expérience en néonatalogie. Il me paraît important de prendre en compte cette expérience en néonatalogie, car selon moi, c'est un service dans lequel les professionnels sont régulièrement confrontés à la mise en route difficile d'un allaitement maternel.

QUESTION 2 : Pour vous, de façon générale, que signifie l'accompagnement ?



Afin d'analyser cette question, j'ai classé les réponses des puéricultrices par thèmes afin de faciliter la réalisation et la compréhension de celle-ci. De plus, pour avoir un visuel sur la fréquence d'évocation de ces thèmes dans les discours des puéricultrices, j'ai effectué un tableau puis un graphique reprenant chaque thème ainsi que le nombre de puéricultrices m'ayant évoqué ces derniers.

Pour répondre à cette question, l'ensemble des puéricultrices m'ont évoqué des choses relevant de leur posture professionnelle lors d'un accompagnement. En effet, toutes m'ont évoqué des façons d'être et des façons d'agir.

La notion revenant de toutes les puéricultrices est celle de la disponibilité. En effet, pour toutes, il faut être présent et disponible pour les mamans, à n'importe quel moment de la journée. Par rapport à la notion de disponibilité, trois puéricultrices ont mis en relation l'accompagnement avec le fait de répondre aux besoins et aux demandes de la maman. L'initiative d'expliquer, d'apporter des connaissances et de montrer les choses à faire est également revenue pour la majorité d'entre elles. Par rapport à cela, deux puéricultrices évoquent le fait qu'il faut bien évidemment expliquer à la maman comment faire, mais qu'il ne faut pas faire les choses à la place de cette dernière afin d'être dans une démarche d'accompagnement pour arriver à l'autonomisation de la maman, mais aussi pour respecter la pudeur et le corps de cette dernière. L'une d'entre elle évoque que l'accompagnement signifie de suivre la maman dans son projet. Par rapport à cela, je peux en déduire que, pour elle, la base de l'accompagnement repose

essentiellement sur les souhaits de la maman et non pas celui des soignants et la direction qu'ils voudraient faire prendre à la maman.

Dans le discours de certaines puéricultrices, l'accompagnement nécessite également d'avoir des capacités telles que le soutien, l'écoute, la bienveillance et l'aide. Ces capacités, rejoignent la notion de disponibilité afin de répondre aux besoins et aux demandes des mamans. En effet, je pense que pour pouvoir répondre efficacement à ces mamans, il faut dans un premier temps être dans une démarche d'aide, de soutien nécessitant des capacités de bienveillance et d'écoute.

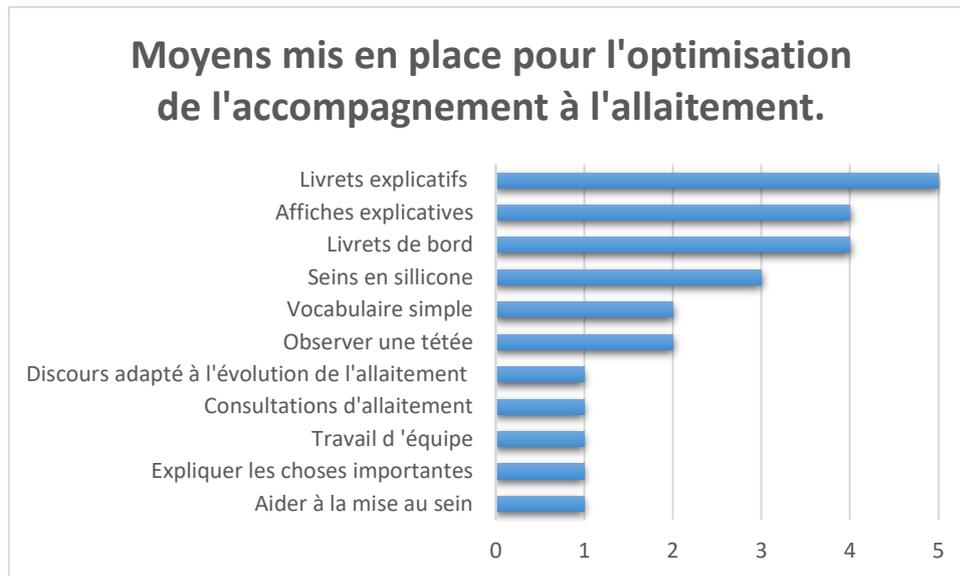
Par rapport à l'analyse des réponses des puéricultrices, il me semble important d'effectuer un lien avec mon cadre théorique dans lequel j'avais retrouvé beaucoup de notions que reprennent les puéricultrices dans leur réponse. En effet, dans un premier temps, d'après la définition de l'accompagnement selon le dictionnaire des concepts en soins infirmiers, j'avais évoqué que l'accompagnement incluait les notions d'écoute et d'aide. De plus, j'avais retrouvé, que ce dernier nécessitait également, de la part de l'accompagnateur, un rôle de soutien et que celui-ci ne devait pas faire les choses à la place de la personne accompagnée.

J'avais également évoqué dans un second temps, que pour accompagner, le professionnel de santé, devait s'appuyer et prendre en compte les besoins, les souhaits et les projets des parents.

Dans l'analyse de cette question, je retrouve également la notion d'aide chez l'une des puéricultrices. Je peux faire le lien entre cette notion, celle de l'accompagnement et celle de la relation soignant-soigné. En effet, pour cela, je tiens à rappeler le concept de la « relation d'aide » introduite par Carl Rogers qui explique que c'est une « *relation permissive, structurée de manière précise qui permet à la personne d'acquérir une compréhension d'elle-même, à un degré qui la rend capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation.* » Autrement dit, la relation d'aide est une relation de soutien se mettant en place en réponse à un besoin d'écoute de la part du patient.

Grâce à l'analyse de cette question, avec les réponses qu'on put m'apporter les professionnels de santé, j'ai pu confirmer qu'il y a un lien entre les notions d'accompagnement et de relation d'aide.

QUESTION 3 : Que mettez-vous en place afin d'optimiser votre accompagnement auprès d'une maman allaitante ?



Pour cette question, les puéricultrices m'ont évoqué en détail leur rôle propre ainsi que les moyens matériels qu'elles utilisent afin d'optimiser leur accompagnement auprès de la maman allaitante.

Pour optimiser leur accompagnement, les puéricultrices vont faire preuve d'adaptation en fonction de la situation et de la personne qu'elles accompagnent. En effet, afin de faciliter la compréhension de la maman, deux d'entre elles vont utiliser un vocabulaire simple. L'une d'entre elles explique également qu'elle va adapter son discours en fonction du stade d'évolution de l'allaitement. Autrement dit, les informations apportées ne vont pas être les mêmes le premier jour de l'allaitement puis les jours suivants. De plus, ce discours sera également adapté en fonction des difficultés rencontrées de la part de la maman et de ses besoins. Pour une des puéricultrices, le fait d'expliquer les choses importantes va également faire partie de son accompagnement.

Une des puéricultrices évoque le fait que pour que l'accompagnement soit le plus optimal possible, il doit s'agir avant tout d'un travail d'équipe. Autrement dit, il faut que les discours soient cohérents entre les professionnels pour que la maman ne se sente pas perdue.

En ce qui concerne les actions mise en place pour optimiser l'accompagnement d'une maman allaitante, deux puéricultrices évoquent le fait qu'elles vont observer une tétée afin de dépister les probables problèmes et de « cibler les conseils à apporter et les réajustements nécessaires »

En ce qui concerne les moyens matériels disponibles dans le service de maternité où travaillent les puéricultrices, nous retrouvons, en majorité, des livrets explicatifs, des affiches explicatives ainsi que des livrets de bords. Les livrets et les affiches explicatifs reprennent les signes d'éveil de bébé, les signes d'une tétée efficace, les signes d'une « bonne » tétée ainsi que les différentes positions. Les livrets de bords permettent d'avoir un suivi sur le nombre de tétées que le bébé effectue sur la journée. Trois des puéricultrices évoquent que leur service dispose de seins en silicone afin de permettre la démonstration et l'explication du geste de l'expression manuelle.

QUESTION DE RELANCE : Pour vous, quels critères semble-t-il important de prendre en compte afin d'optimiser au mieux l'accompagnement d'une maman allaitante ?



Pour la majorité des puéricultrices, les critères les plus importants à prendre en compte pour que l'accompagnement soit le plus optimal possible sont la compréhension de la maman, parallèlement à cela, sa langue maternelle, et son expérience. Par rapport à sa compréhension et sa langue maternelle, je peux en déduire que le discours ainsi que l'utilisation d'un vocabulaire simple sera adapté en fonction de cela. Par rapport à la notion d'expérience, je sous-entends par cela, l'expérience de la maman en matière d'allaitement maternel. Parallèlement à cette notion, je peux ajouter le critère de l'âge évoqué par une puéricultrice ainsi que le fait que ce soit un primipare ou non, évoqué par une autre puéricultrice. En effet, si la maman a déjà mis en place un allaitement maternel pour la fratrie, elle aura déjà quelques notions acquises sur lesquelles il ne sera pas forcément nécessaire de passer autant de temps que s'il s'agissait d'un premier enfant et d'un premier allaitement. Cependant, même s'il ne s'agit pas d'un premier enfant, il est peut-être probable que pour ses grossesses précédentes la maman n'a pas souhaité effectué d'allaitement maternel. Cela sera donc nouveau pour elle. De plus, comme je

l'ai évoqué précédemment dans mon cadre théorique, chaque enfant et chaque allaitement maternel est différent. Il faut donc, pour chaque situation, prendre en compte ces critères pour optimiser l'accompagnement à l'allaitement. Pour une puéricultrice, il faut également prendre en compte le jour postnatal auquel on se trouve. Autrement dit, les apports amenés à la maman seront différents au premier jour de vie et au dernier jour du séjour à la maternité. Par rapport à cela, une puéricultrice évoque également que les notions acquises par la maman seront également à prendre en compte pour adapter le discours.

Une puéricultrice évoque qu'il est important de prendre en compte le niveau de stress de la maman, une autre évoque le confort de la maman et une troisième évoque que le « mode d'accouchement » est un critère important à prendre en compte. Pour moi, il est judicieux de rassembler ces trois critères, car ils sont tous les trois d'une manière ou d'une autre reliés. En effet, par le « mode d'accouchement », la puéricultrice évoque que si ce dernier a été effectué par césarienne, il est alors plus difficile pour la maman de se mobiliser. Je peux donc le relier avec la notion de confort de la maman évoqué par la précédente puéricultrice. Le niveau de stress est également un critère relié à celui du confort. Plus le stress de la maman sera entendu, plus il faudra mettre la maman à l'aise et penser à son confort et donc plus l'accompagnement sera optimisé.

QUESTION 4 : Quel lien faites-vous entre l'accompagnement initié par le soignant lors d'un allaitement maternel et l'impact de ce dernier sur la relation mère-enfant ?

Pour l'analyse de cette question, l'utilisation d'un graphique ou d'un tableau ne me semblait pas le plus judicieux. J'ai donc effectué une analyse linéaire en reprenant chaque entretien et en regroupant les points communs dans le discours des soignants, mais aussi les éléments propres à chacun.

Trois puéricultrices sur cinq évoquent le fait que, lors d'un accompagnement à l'allaitement maternel, il y aura un regard sur la création de ce lien mère-enfant. Deux puéricultrices, à travers ce regard, vont s'assurer que ce lien mère-enfant se mette en place dans la façon dont la mère va se comporter face à son bébé. En effet, pour elles, pour que ce lien soit optimal, il faut que la mère soit bienveillante et que les réponses apportées aux besoins de son bébé soient cohérentes et efficaces.

Comme je l'ai évoqué dans mon cadre théorique lors de la partie sur l'attachement, les puéricultrices vont avoir un rôle important dans la mise en place de ce lien d'attachement entre la mère et son enfant. En effet, pour que ce lien se mette en place, il faut que la figure

d'attachement soit sensible aux besoins de sécurité de son enfant, qu'elle ait la capacité à percevoir les signaux de l'enfant, de les interpréter et d'être apte à répondre à ceux-ci de façon appropriée, que ce soit par l'apaisement ou la consolation. Ce lien d'attachement est lié à la relation mère-enfant. Cependant, pour que ce système de *caregiving* soit activé chez la maman, il faut que cette dernière se sente elle-même en sécurité et que son besoin d'attachement personnel soit inactivé. J'en déduis donc que c'est en cela que les puéricultrices ont un rôle à jouer. En effet, elles doivent d'abord commencer à mettre en sécurité la maman et répondre à ses propres besoins afin que cette dernière puisse répondre de façon optimale à ceux de son enfant. L'on voit vraiment par cela que c'est une triade constante entre le soignant, la mère et l'enfant. On retrouve dans le discours des puéricultrices comme une forme de vigilance à l'égard de la mise en place de ce lien d'attachement.

Par rapport à cela, pour quatre puéricultrices sur cinq, l'accompagnement prendra une forme d'aide à la mise en place de ce lien mère enfant. En effet, ce dernier va se mettre en place en fonction de ce que la puéricultrice apportera à la maman. Pour une puéricultrice, la mise en place de ce lien mère-enfant, se construira à travers les explications sur les spécificités du nouveau-né que le soignant aura pu apporter à la maman. De plus, les puéricultrices peuvent contribuer à ancrer des bases solides dans les liens entre la mère et son enfant en détaillant et en expliquant à la maman les signaux d'attachement de son enfant.

Pour deux autres puéricultrices, cela passera par la valorisation de la maman afin que cette dernière ait une image positive d'elle-même, qu'elle se sente rassurée et qu'elle ait confiance en elle pour répondre aux besoins de son bébé et donc pour créer une relation optimale entre elle et son enfant.

Pour une de ces deux puéricultrices, le fait d'inciter à des moments d'échange, comme le peau à peau, entre la mère et son enfant, peut également permettre l'instauration de cette relation. Pour une quatrième puéricultrice, son rôle, de par l'accompagnement qu'elle va mettre en place, est de faire prendre conscience à la maman qu'elle possède les connaissances et les capacités nécessaires à la création de ce lien mère-enfant au travers de l'allaitement maternel afin de l'amener à une autonomie personnelle. Parallèlement à cela, je peux rejoindre le fait que cela passe par la valorisation de la maman et sa confiance en elle évoquée par une des puéricultrices précédemment.

Pour cette question, je peux faire le lien avec la question deux. Pour moi, pour que les soignants puissent contribuer à la mise en place de cette relation mère-enfant, il faut, dans un premier

temps, se baser sur les besoins de la mère en elle-même. En effet, il faut s'assurer que la mère se sente en sécurité afin que cette dernière puisse mettre en sécurité son enfant. Cela passe par des capacités d'écoute, d'aide, de soutien, de bienveillance et de disponibilité. Notions faisant pleinement partie de celle de l'accompagnement.

QUESTION 5 : Quel lien faites-vous entre l'accompagnement initié par le soignant lors d'un allaitement maternel et l'impact de ce dernier sur l'alliance thérapeutique ?

Pour cette question, j'ai procédé à la même manière d'analyse que la question précédente.

Pour toutes les puéricultrices, l'alliance thérapeutique se base sur une relation de confiance mutuelle entre la maman et le soignant. Par rapport à cette première phrase, je tiens à rappeler la définition d'Elizabeth Zetzel qui affirmait que « *l'alliance est dépendante de la capacité fondamentale à former une relation de confiance stable* ». On voit, dans les réponses, que c'est ce que vont chercher à faire les puéricultrices auprès de la maman.

Dans mon cadre théorique, j'ai évoqué le fait que l'alliance thérapeutique était avant tout une relation d'échange et de réciprocité. En effet, la relation de confiance se base sur les capacités des deux personnes à savoir prendre en compte les demandes des autres. Je peux confirmer ceux-ci par le discours des puéricultrices. L'une d'entre elle évoque le fait d'avoir un rôle de « coach » et que cela est un « contrat » réciproque entre les deux protagonistes. En effet, pour elle, pour que cette alliance se mette en place, la maman doit accepter de recevoir des conseils de la part des professionnels et qu'elles les mettent en place. Pour compléter cette notion de contrat réciproque, je me suis basée sur les propos d'une autre puéricultrice qui explique le fait que le soignant, pour que la maman adhère aux conseils apportés, doit prendre en compte et respecter les souhaits de celle-ci, car si le soignant est dans une démarche directive la maman pourrait se braquer et l'alliance thérapeutique serait rompue.

Pour une des puéricultrices, afin que l'alliance thérapeutique se mette en place, il faut se rendre disponible pour la maman pour que cette dernière se rende compte qu'elle puisse compter sur le soignant. De plus, il faut également avoir une démarche de valorisation envers la maman afin que celle-ci ne se décourage pas dans son projet d'allaitement maternel. Ce sont des notions que l'on retrouve dans l'analyse de la question deux et quatre. Pour moi, pour que les soignants puissent contribuer à la mise en place optimale de cette alliance thérapeutique, il faut, dans un premier temps, se baser sur les besoins de la mère en elle-même, pour qu'elle puisse ensuite se baser elle-même sur les propos des soignants. Cela passe par des capacités d'écoute, d'aide, de soutien, de bienveillance et de disponibilité. Notions faisant pleinement partie de celle de

l'accompagnement, du recevoir, de l'alliance thérapeutique, de la relation soignant-soigné et de la relation d'aide.

Une puéricultrice évoque le fait que l'accompagnement doit être un travail d'équipe auprès de la maman pour que cette dernière sache qu'elle puisse compter sur toute l'équipe. Cependant, comme l'évoque cette même puéricultrice, certains professionnels sont moins expérimentés que d'autre en matière d'allaitement maternel et les mamans ont plus de mal à se tourner vers ceux-ci lorsqu'elles ont des questions ou des besoins. Par rapport à cela, elle évoque également que dans certaines situations difficiles, des soignants peuvent se sentir dépourvus de réponses et donc, qu'il est important, si cela venait à se produire, de savoir déléguer à ses collègues.

Cette même puéricultrice, dans cette continuité de travail d'équipe, évoque la place importante des consultantes en lactation. En effet, pour elle, il est important que ces dernières rencontrent les mamans lors de leur séjour en maternité afin de commencer une relation avec celle-ci. Autrement dit, si la maman rencontre la consultante en lactation lors de son séjour à la maternité, elle peut déjà se faire une idée de la personne et commencer une alliance thérapeutique avec cette dernière au vu des prochaines consultations en lactation lors du retour à domicile.

QUESTION 6 : Avez-vous des choses à ajouter, à compléter ?

Quatre puéricultrices n'avaient rien à ajouter par rapport à cet entretien. Une puéricultrice a voulu ajouter quelques éléments. Dans un premier temps, elle a voulu évoquer le fait que chaque allaitement et chaque bébé est unique et que son rôle principal lors d'un allaitement maternel est de dépister les signaux évocateurs de complications. Elle évoque certaines situations où la mise en place de l'allaitement maternel peut s'avérer difficile et où il faut donc être plus vigilant, comme la prématurité ou les bébés n'ayant pas tété dès la salle de naissance. De plus, pour elle, il est important de valoriser la maman et de bien lui réexpliquer en quoi consiste l'allaitement maternel et comment ce dernier se déroule, car certaines mamans se sont idéalisé la pratique de l'allaitement maternel et se retrouvent avec un important contraste entre cette idéalisation et la réalité. Elle évoque également par rapport à cela, que beaucoup de mamans veulent interrompre leur allaitement maternel, car elle se rend compte qu'avec cette pratique elle ne peuvent pas contrôler la quantité de lait prise par leur bébé et que cela engendre une émotion de stress chez elles. Par rapport à cela, nous pourrions en revenir sur le choix de l'alimentation repris dans la quatrième partie de mon cadre théorique.

D. Synthèse de l'enquête.

Durant la réalisation de chaque entretien, j'ai pu remarquer que l'accompagnement à l'allaitement maternel représentait une grande partie du travail de la puéricultrice en service de maternité.

Grâce à l'analyse de cette enquête, je vais pouvoir confirmer ou non mes deux hypothèses supposées dans la finalité de mon cadre théorique.

Ma première hypothèse était : l'accompagnement proposé par la puéricultrice, auprès de la mère allaitante favorise la relation mère-enfant.

Grâce à l'analyse de mon enquête, je remarque que, chez les puéricultrices, l'accompagnement est étroitement associé à la relation d'aide.

Dans le discours des puéricultrices, je remarque que ces dernières prennent une posture d'aide face à la relation mère-enfant. En effet, leur rôle va être de s'assurer que cette dernière se mette correctement en place, mais aussi d'apporter des conseils et réajustements pour que la maman puisse développer ce lien avec son enfant d'elle-même.

L'accompagnement initié par la puéricultrice aura donc un impact sur la façon dont la maman va instaurer et débiter cette relation mère-enfant. Cependant, cet accompagnement n'aura pas d'impact direct sur la nature et la continuité de cette relation, car c'est une relation propre à chaque mère et son nouveau-né.

Je décide donc de ne valider que partiellement cette première hypothèse étant donné que, certes l'accompagnement proposé par la puéricultrice, auprès de la mère allaitante va favoriser la création de la relation mère-enfant. Cependant, son accompagnement n'aura pas d'impact sur la manière dont ce lien va grandir et évoluer au fil du temps puisque cela est propre à chaque couple mère-enfant.

Ma seconde hypothèse était : l'accompagnement proposé par la puéricultrice, auprès de la mère allaitante, influence l'alliance thérapeutique qu'il existe entre le soignant et la mère.

Grâce à l'analyse de mon enquête, je remarque que beaucoup de soignants, associent la notion d'accompagnement à celles de la relation soignant-soigné et de l'alliance thérapeutique. En effet, pour eux, afin que l'accompagnement soit le plus optimal possible, il faut tout d'abord créer une relation de confiance avec la maman. Grâce à l'analyse de cette enquête, je remarque que pour installer une relation de confiance avec la maman, il faut principalement se baser sur

ses projets et ses souhaits lors de la prise en charge. En effet, de par le discours des puéricultrices, je remarque que si la maman se sent écoutée, soutenue et qu'elle fait confiance aux soignants alors elle adhérera mieux au suivi. Cela peut se rencontrer également dans d'autres situations comme lors de soins douloureux. En effet, si la maman voit que la puéricultrice prend en charge le confort et le bien – être de l'enfant ainsi que le sien en la faisant participer aux soins notamment dans la réalisation de l'allaitement maternel, alors cette dernière sera plus sereine lors des soins. Cependant, comme le disait une des puéricultrices, certaines mamans préfèrent des soignants à d'autres notamment en termes d'expérience à l'allaitement maternel. En effet, la maman aura plus de mal à faire confiance à un soignant hésitant dans ses réponses apportées qu'à un soignant ayant plus de facilité à lui répondre. Cela peut donc compromettre et ralentir la mise en place d'une alliance thérapeutique entre la mère et le soignant.

Je décide donc de valider ma seconde hypothèse, car pour moi, et après analyse de ces réponses, la façon dont un soignant va accompagner la maman en matière d'allaitement maternel peut avoir une influence sur l'alliance thérapeutique qu'il existe entre le soignant et la mère.

Conclusion

Cette conclusion signe l'aboutissement de ce travail de fin d'étude. De par l'élaboration de mon cadre théorique et de mon enquête, je me suis rendu compte que l'accompagnement d'une maman à l'allaitement maternel prenait énormément de place dans le rôle qu'ont à jouer les infirmières puéricultrices en maternité. Cependant, certaines situations peuvent s'avérer plus difficiles à prendre en charge que d'autre.

Durant ce travail, j'ai donc essayé de comprendre sur quelles autres dimensions l'accompagnement à l'allaitement maternel pouvait avoir une influence. Dans un premier temps, j'ai donc construit un cadre théorique reprenant essentiellement les notions de l'allaitement maternel, de l'accompagnement, de l'attachement et de l'alliance thérapeutique. J'ai, ensuite posée deux hypothèses afin d'apporter des éléments de réponses à ma problématique. Après mon cadre théorique et en lien avec les recherches effectuées, je me suis orientée, pour mon enquête, sur les représentations des soignants à l'accompagnement et sur le lien qu'ils faisaient entre ce dernier, la relation mère-enfant et l'alliance thérapeutique.

En étudiant ces axes, je me suis rendu compte que chaque allaitement, chaque relation mère-enfant et chaque relation soignant-parent est unique. Lors de ma formation en école de puéricultrices, j'ai acquis de nombreuses connaissances à propos de l'allaitement maternel. Néanmoins, lors de mes stages, et grâce aux entretiens que j'ai pu réaliser auprès de puéricultrices, j'ai approfondi mes connaissances et appris que l'une des compétences nécessaires à l'infirmière puéricultrice est l'adaptation aux situations. Cependant, l'expérience professionnelle et le suivi d'une formation à l'allaitement maternel ne faciliteraient-ils pas justement cette capacité à s'adapter et à accompagner les jeunes parents dans ce projet d'allaitement maternel pour leur nouveau-né ?

Ce travail de projet professionnel m'a été très bénéfique. Ayant pour projet de travailler en oncologie pédiatrique en tant qu'infirmière puéricultrice, je sais pertinemment que je ne serais pas confronté aussi souvent à un allaitement maternel que dans les services de maternité ou de néonatalogie. Cependant, les notions de relation parent-enfant et d'alliance thérapeutique peuvent se retrouver dans de nombreuses situations et être abordés de nombreuses manières différentes lors de la prise en charge de ce jeune public.

Bibliographie

❖ OUVRAGE.

- DAYDE, Marie-Claude PASCAL, Chantal SALABARAS CLERGUES Eliette. *Relation d'aide en soins infirmiers*. Elsevier Masson, 2014, 256 p.
- PIERREHUMBERT, Blaise. *L'attachement en questions*. Odile Jacob, juin 2020. 259 p.

❖ DICTIONNAIRE.

- Dictionnaire Le Robert [en ligne].
- Dictionnaire des concepts en Soins Infirmiers [en ligne].

❖ OUVRAGE EN LIGNE.

- BIOY Antoine, BACHELART Maximilien. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 2010/4, (Vol. 49), p. 317-326. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2010-4-page-317.htm>. (consulté le 26/05/2022)
- CAPPONI Irène, ROLAND Françoise. Allaitement maternel : liberté individuelle sous influences. *Médecine et Hygiène, Devenir*, 2013/2, (Vol. 25), p. 117-136. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2013-2-page-117.htm>. (consulté le 12/04/2022).
- FOURNIER M, BRASSELY C, FASQUEL M et al. Prise en charge pluridisciplinaire des liens d'attachement chez l'enfant : cas clinique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2021, (vol 69, n°1), p. 13-19. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.univ-catholille.fr/science/article/pii/S0222961720301227> (consulté le 16/03/2022).
- MULLER Jean-Baptiste, SUBTIL Adrien, DUGRAVIER Romain. Comportements d'attachement du nouveau-né et situations d'altération du lien mère-enfant. *Périnatalité*, 2021/2, (Vol. 13), p. 77-82. Disponible sur :

<https://www.cairn.info/revue-perinatalite-2021-2-page-77.htm>. (consulté le 13/03/2022).

- RIGOURD V, NICLOUX M, HOVANISHIAN S et al. Conseils pour l'allaitement maternel. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, mai 2018, p. 53-74. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.univ-catholille.fr/science/article/pii/S0987798318300343>. (consulté le 11/04/2022).
- ROUSSEAU Pierre, MATTON Florence, LECUYER Renaud et al. Etude éthologique des premières interactions enfant-parents lors de la naissance. *Devenir*, 2019/1, (Vol. 31), p. 5-54. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2019-1-page-5.htm>. (consulté le 16/03/2022).

❖ SITES INTERNET.

- ANPDE. *La spécialité de puéricultrice ; historique de la profession* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.anpde.asso.fr/la-profession>. (consulté le 22/03/2022).
- IHAB. *Les 12 recommandations IHAB* [en ligne]. Disponible sur : <https://amis-des-bebes.fr/pdf/12-recommandations-IHAB.pdf> (consulté le 10/03/2022).
- LA LECHE LEAGUE. *L'initiative Hôpital Ami des Bébé*s [en ligne]. Disponible sur : <https://www.lllfrance.org/vous-informer/promotion-et-protection-de-l-allaitement/1027-ihab>. (consulté le 10/03/2022).
- ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS. *L'infirmière puéricultrice* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.ordre-infirmiers.fr/la-profession-infirmiere/les-metiers-infirmiers/infirmiere-puericultrice.html>. (consulté le 22/03/2022).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Allaitement maternel* [en ligne]. Disponible sur : https://www.who.int/fr/health-topics/breastfeeding#tab=tab_3. (consulté le 24/03/2022).

Annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien semi-directif pour la réalisation de l'enquête.

Présentation.

Je suis étudiante puéricultrice à l'Institut de Formation en Santé de l'Université Catholique de Lille.

Dans le cadre de mon projet professionnel, j'ai choisi de m'intéresser à l'accompagnement de la puéricultrice en maternité chez une maman effectuant un allaitement maternel pour son enfant.

Cet entretien portera dans un premier temps sur des questions portant sur votre parcours professionnel. Puis, dans un second temps, je m'intéresserai à votre expérience professionnelle dans l'allaitement et le lien que vous en faites avec l'accompagnement, la relation mère-enfant, l'alliance thérapeutique et la mise en place de cette pratique chez les jeunes parents.

Vos réponses me permettront d'approfondir et d'orienter de façon plus précise mon projet professionnel. Elles seront analysées et traitées de façon anonyme et seront utilisées seulement dans le cadre de ce travail.

Je vous remercie de m'accorder de votre temps pour m'aider à avancer dans ce travail.

Question 1 :

Pouvez-vous vous présenter et m'exposer votre parcours professionnel ?

Question de relance :

Depuis combien de temps travaillez-vous en tant que puériculteur(trice) ?

Depuis combien de temps travaillez-vous en service de maternité ?

Objectif : Le fait de poser cette question me permettra de connaître le parcours professionnel du soignant et d'apprécier particulièrement son expérience professionnelle auprès des mamans et des nouveau-nés en service de maternité.

Question 2 :

Pour vous, de façon générale, que signifie l'accompagnement ?

Objectif : Le fait de poser cette question me permettra d'amorcer le sujet concernant l'accompagnement de la mère allaitante par le soignant et de connaître son ressenti et son point de vue concernant l'accompagnement.

Question 3 :

Que mettez-vous en place afin d'optimiser votre accompagnement auprès d'une maman allaitante ?

Question de relance :

Pour vous, quels critères semble-t-il important de prendre en compte afin d'optimiser au mieux l'accompagnement d'une maman allaitante ?

Objectif : Le fait de poser cette question me permettra de savoir quels moyens matériels et personnels le soignant met-il en place afin d'optimiser son accompagnement lors d'un allaitement maternel.

Question 4 :

Quel lien faites-vous entre l'accompagnement initié par le soignant lors d'un allaitement maternel et l'impact de ce dernier sur la relation mère-enfant ?

Objectif : Le fait de poser cette question me permettra de recueillir le point de vue du soignant concernant le lien entre accompagnement et relation mère-enfant. Elle me permettra également d'évaluer si l'accompagnement a un impact sur la relation mère-enfant.

Question 5 :

Quel lien faites-vous entre l'accompagnement initié par le soignant lors d'un allaitement maternel et l'impact de ce dernier sur l'alliance thérapeutique ?

Objectif : Le fait de poser cette question me permettra de recueillir le point de vue du soignant concernant le lien entre accompagnement et alliance thérapeutique. Elle me permettra également d'évaluer si l'accompagnement a un impact sur l'alliance thérapeutique.

Question 6 :

Avez-vous des choses à ajouter, à compléter ?

Objectif : Le fait de poser cette question laissera l'opportunité au soignant d'ajouter, de compléter ou de revenir sur des choses abordées durant cet entretien ou, au contraire, évoqué des sujets qui lui semblent importants de souligner.

Je vous remercie d'avoir pris de votre temps pour répondre à ces quelques questions.

SAELENS Sarah.

Annexe 2 : Retranscription entretien semi-directif.

Moi : Bon ben du coup, je suis Sarah, étudiante puéricultrice et dans le cadre de mon mémoire, j'ai choisi de m'intéresser à l'accompagnement de la puéricultrice d'une maman allaitante...enfin qui procède à un allaitement maternel pour son enfant.

Puéricultrice : Ok.

Moi : Heu... du coup bah vos réponses elles seront traitées de façon anonyme et elles seront utilisées que dans le cas de mon travail.

Puéricultrice : Oui.

Moi : Alors, donc est ce que vous pouvez vous présenter et m'exposer un peu votre parcours professionnel ?

Puéricultrice : Alors moi, c'est Cécile du coup, je suis puéricultrice...enfin infirmière diplômée...attends je réfléchis...infirmière diplômés 2000...j'ai un beug là du coup déjà...premier beug...2009...oui c'est ça, et puer 2010, oui, c'est ça...2010. Du coup, j'ai travaillé 4 ans ici en maternité et ensuite, je suis parti 6 ans en Alsace avec...par rapport à mon mari où j'ai travaillé, du coup 6 ans en réanimation néonatale et lors de notre re changement de région j'ai de nouveau été reprise ici en maternité donc là ça va faire bientôt 2 ans que je suis de nouveau ici.

Moi : D'accord, ok.

Puéricultrice : Voilà donc en tout...ouais...ça fait 6 ans/6 ans quoi, 6 ans de mater et 6 ans en réa.

Moi : Moitié - moitié.

Puéricultrice : Ouai, c'est ça.

Moi : Ça marche. Du coup, on va passer à la deuxième question. Pour vous, de façon générale que signifie l'accompagnement ?

Puéricultrice : Alors que signifie l'accompagnement... et ben aidé déjà pour accompagner du coup bah, c'est vraiment... être dans une démarche... pour... ouais à la demande des parents, c'est déjà... pour qu'ils acceptent notre aide, donc accompagner pour moi c'est ça c'est que eux soit en demande de quelque chose et que on soit présent pour eux pour répondre à leurs

questions et répondre aussi physiquement...voilà...physiquement à ce qu'ils nous demandent. Après, c'est pas forcément l'allaitement, c'est ça ? C'est vraiment accompagné ?

Moi : Non, pour l'instant, c'est de façon générale.

Puéricultrice : Ouai, accompagner, c'est vraiment avoir une présence pour eux...au long du séjour quoi... ouais voilà enfin c'est vraiment répondre à leurs questions et répondre physiquement à leur demande... voilà aussi bien le papa la maman quoi, c'est vraiment l'accompagnement global c'est vraiment le couple mère-enfant et papa-enfant-maman.

Moi : Ok. Heu...du coup qu'est-ce que vous mettez en place justement afin d'optimiser votre accompagnement auprès de la maman cette fois-ci allaitante ?

Puéricultrice : Alors qu'est-ce qu'on met en place pour accompagner... et ben déjà on a des choses, on a des livrets, des livrets d'accompagnement qui vont expliquer les signes d'éveils de bébé, qui vont expliquer qu'est-ce qu'une bonne tétée et qu'est-ce qu'une bonne succion, les positions d'allaitement... enfin voilà il y a déjà un livret qui va être global par rapport à l'allaitement maternel. Par rapport au suivi des tétées, on a un livret de bord où on va noter les nombres de tétés dans les 24h quoi. Dans... on a aussi des supports, des affiches dans la chambre qui vont expliquer certaines voilà... enfin les positions aussi et puis les signes d'éveil. On a... ensuite qu'est-ce qu'on va... tu peux me redire à la question ?

Moi : Qu'est-ce que vous mettez en place pour optimiser cet accompagnement auprès des mamans ?

Puéricultrice : Euh... on va... on va leur dire que on est là H24 avec elle, qu'elles peuvent... qu'elles peuvent sonner à tout moment pour qu'on puisse regarder une tétée et qu'on puisse... aider à mettre au sein parce que les premières fois, c'est...c'est toujours un petit peu difficile à positionner et puis qu'elle capte bien une bonne tétée et une tétée moins bien efficace, voilà pour vraiment qu'elle... qu'elle différencie et qu'on soit là justement dans l'accompagnement pour lui dire ça... ça c'est plutôt bon, ça, c'est plutôt moins bon et qu'elle sache elle-même le différencier après. Après, c'est un travail d'équipe aussi dans l'accompagnement, on est aussi bien... puer, auxiliaire, sage-femme enfin voilà que les mamans sachent qu'elles peuvent compter sur toute l'équipe pour cet accompagnement. Après... donc là on a vraiment les affiches, notre présence H24 et puis après, il y a aussi le après... enfin le après-séjour avec les consultations d'allaitement qui vont être proposé systématiquement même si c'est parfois que téléphonique quand c'est un 2e ou un 3e allaitement et que les mamans veulent juste que ce soit

téléphonique au moins ils savent aussi que même après à la maison ils ont ce suivi, ils peuvent envoyer un mail, téléphoner, enfin ils ont toujours quelqu'un, une écoute, s'ils ont une question ou s'ils ont un souci avec l'allaitement quoi.

Moi : D'accord.

Puéricultrice : Je sais pas si j'ai bien répondu.

Moi : Il y a pas de mauvaises et de bonnes réponses.

Puéricultrice : Je pense que j'ai oublié des choses hein, mais bon...

Moi : Et du coup par rapport à ça... enfin les critères qui semblent... qui vous semblent importants à prendre en compte chez une maman pour vous ça serait lesquels ?

Puéricultrice : Les critères du coup de...

Moi : Qui vous semble important pour optimiser l'accompagnement chez la maman.

Puéricultrice : Les critères qui me semblent importants... par rapport plutôt dans le sens... les critères que je vais prendre en compte... c'est plutôt la compréhension de la maman, c'est ça ?

Moi : Oui voilà.

Puéricultrice : Oui ben déjà ça va être plus difficile si... la maman par exemple parle une langue étrangère ça, ça va être un critère primordial parce que on se rend compte que l'accompagnement est moins bon quand c'est une maman qui parle une langue étrangère parce que forcément tout ce qu'on va vouloir expliquer, on n'aura pas les mots ou alors on va faire avec des gestes ou alors... enfin, on va faire par un traducteur et ça sera jamais pareil... donc ça déjà. Ensuite... les critères... mais après aussi oui l'âge, l'âge peut changer aussi la façon dont elle va comprendre et on va peut-être encore plus accompagner une maman qui est toute jeune qui voilà 17-18 ans qu'une maman que c'est un 2e allaitement et voilà donc l'âge peut compter aussi, voir si c'est... voilà primipare ou si... ça c'est... ça peut jouer dans les critères. Critère de césarienne ou non parce que césariennes bah ça engendre qu'elle ne peut pas aussi bien se déplacer, aussi bien se mobiliser qu'une maman qui a accouché voie basse et du coup bah... encore plus besoin d'accompagnement et aussi dans des positions, des positions qu'on pourra pas forcément faire tout de suite parce qu'elle arrivera pas à s'allonger sur le côté ou voilà... ouais donc ça, c'est un critère aussi. En critères, qu'est-ce qu'on pourrait dire d'autres...J'ai dit quoi, la langue, l'âge, le mode d'accouchement...après notre accompagnement, il change selon aussi à combien de jours d'accouchement on est quoi j'ai...enfin... quand c'est le jour où elle a

accouché la maman on va vraiment avoir peut-être plein, plein d'infos à lui dire alors qu'au 3e jour où que tout s'est mis en place voilà l'accompagnement est toujours là mais il est peut-être plus... plus léger quoi parce qu'on laisse la maman après se débrouiller un petit peu pour qu'elle apprenne à faire elle-même pour la maison voilà...

Moi : D'accord euh... quel lien faites-vous entre l'accompagnement qui va être initié par le soignant lors d'un allaitement maternel et l'impact que va avoir justement cet accompagnement sur la relation mère-enfant ?

Puéricultrice : Alors quel lien, c'est ça ?

Moi : Oui, quel lien entre votre accompagnement que vous allez avoir auprès de la maman et l'impact que ce dernier peut avoir sur la relation qui se crée entre la mère et son enfant ?

Puéricultrice : Et ben un peu comme je disais là, c'est vraiment au départ, on va lui montrer vraiment tout... les positions, les signes... enfin voilà on va tout lui... donner plein d'infos et après on va lui montrer que c'est elle qui c'est dépister les signes, qui sait faire les positions toute seule, qui sait... enfin voilà... qui sait allaiter son enfant sans besoin d'aide et vraiment là on montre...on lui montre que le... l'allaitement en fait elle... c'est un peu inné quoi et qu'elle le... elle le fait sans aide ensuite et c'est vraiment le lien... ouais après elle va savoir elle-même gérer l'allaitement et, et du coup elle va...je sais même pas comment expliquer... elle va se rendre compte d'elle-même en fait, de ce lien mère-enfant créé par l'allaitement et sans avoir besoin d'aide de qui que ce soit à côté. Après, je sais pas comment dire, comment...parce que là, c'était quel... quel lien je fais entre mon accompagnement...

Moi : Si est-ce que l'accompagnement, il peut avoir un impact justement sur la création de ce lien mère-enfant dans les premiers jours

Puéricultrice : On va l'aider à l'établir ce lien mais est-ce qu'il y aura un impact, c'est une bonne question...est-ce qu'il y aura un impact sur le lien ? Après pour moi... enfin, pour moi, que ce soit un allaitement maternel ou un allaitement artificiel le lien sera le même donc notre accompagnement je pense pas qu'il y aura un impact sur ce lien en fait parce que c'est vraiment la maman et son bébé. C'est juste des explications qu'on donne parce que les gens ne savent pas comment faire au départ, mais pour moi ça n'a pas d'impact parce que...enfin...qu'on soit là ou qu'on soit pas là si elle allaite n'importe comment le lien sera présent quoi... sera établi n'importe comment.

Moi : Et du coup quel lien vous faites entre cet accompagnement, donc toujours l'impact que va avoir cet accompagnement sur l'alliance thérapeutique ? Est-ce qu'il va y avoir un lien entre votre accompagnement et la mise en place d'une alliance thérapeutique entre vous justement et la mère...?

Puéricultrice : Par exemple, quand tu parles d'alliance thérapeutique, c'est par exemple lors des soins ?

Moi : Oui ou même par rapport justement à l'allaitement. Enfin est ce que vraiment l'accompagnement il y a un lien avec cette alliance...?

Puéricultrice : Après, c'est vraiment un travail d'équipe donc c'est... y a toujours des personnes qui sont plus expérimentées que d'autres donc on le ressent ça qu'il y a des mamans qui vont se dire je préfère cette équipe là parce que voilà je vais être mieux accompagner je sais que je peux appeler n'importe quand alors que dans cette équipe là ben quand j'appelle j'ai pas réponse à mes questions ou alors voilà je suis un peu délaissé voilà des choses comme ça, ça, ça peut certainement jouer ça c'est sûr. Après je sais pas si ça rentre dans la question mais l'allaitement on le prend en compte par exemple là pour un bilan sanguin on va faire les soins, on va attendre que le bébé tète parce que c'est vraiment un lien important avec la maman où le bébé va être détendu on va pouvoir lui faire les soins, comme là un bilan sanguin, pour piquer, pour vraiment le détendre donc c'est vraiment une alliance entre la mère et nous dans ces moment-là parce que la mère a confiance en nous elle sait que on peut... enfin... on fait des soins, on fait le bilan quand bébé est bien contre elle. Enfin voilà, c'est vraiment... le soin se fait à trois en fait parce que elle, elle est là pour son bébé, elle sent que elle est rassurante pour lui et c'est dans son estime en fait je pense que ça, ça là rassure quoi. Je sais pas si ça répond à la question...Voilà, après même nous on se rend compte que parfois, on est... on a des limites aussi dans nos apports... enfin... des mamans qui auront des difficultés, on sait qu'on a des consultantes en lactation qui sont présentes sur place et on va les appeler en leur disant... enfin... voilà j'ai ce souci avec cette maman, je sais pas quoi faire, qu'est-ce que tu ferais et ça c'est top parce que après bah elles viennent, elles rencontrent la maman et après elles sont suivies à la maison par cette même consultante, on essaye vraiment de faire le suivi pour qu'elles aient déjà vu la personne, elles ont déjà établies le lien, elles ont confiance du coup et après elles savent que par la suite elles ont toujours ce contact.

Moi : Bah du coup est ce que vous avez des choses à ajouter ou à compléter sur cet entretien le sujet

Puéricultrice : Non, je sais pas si j'ai bien répondu alors j'ai rien à rajouter.

Moi : Ça marche, bah, c'est terminé. Merci en tout cas d'avoir pris de votre temps pour répondre à ces questions.

Puéricultrice : Merci à toi. J'espère que ça a été...

Moi : Bah oui, oui.

Annexe 3 : Analyse de l'enquête par tableaux (question 1/2/3).

QUESTION 1 : Présentation des professionnelles.

	PDE 1	PDE 2	PDE 3	PDE 4	PDE 5
Date d'obtention du diplôme d'infirmière	2009 (infirmière depuis 13 ans)	2007 (infirmière depuis 15 ans)	2009 (infirmière depuis 13 ans)	2003 (infirmière depuis 19 ans)	2010 (infirmière depuis 12 ans)
Date d'obtention du diplôme de puéricultrice	2010 (puéricultrice depuis 12 ans)	2008 (puéricultrice depuis 14 ans)	2010 (puéricultrice depuis 12 ans)	2004 (puéricultrice depuis 18 ans)	2011 (puéricultrice depuis 11 ans)
Expérience professionnelle	Réanimation néonatale (6 ans) Maternité (6 ans)	Pédiatrie alternance maternité (10 ans) Maternité exclusif (4 ans)	Néonatalogie (8 ans) Maternité (4 ans)	Néonatalogie (10 ans) Maternité (8 ans)	Pédiatrie (7 ans) Maternité (4 ans)

QUESTION 2 : Pour vous, de façon générale, que signifie l'accompagnement ?

	PDE 1	PDE 2	PDE 3	PDE 4	PDE 5
Etre présent / Disponible	<input checked="" type="checkbox"/>				
Aider	<input checked="" type="checkbox"/>				
Répondre aux questions / demandes	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Capacités d'écoute		<input checked="" type="checkbox"/>			
Soutenir		<input checked="" type="checkbox"/>			

Expliquer / Montrer les choses		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ne pas faire à la place de...		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Les suivre dans leur projet					<input checked="" type="checkbox"/>
Etre bienveillant				<input checked="" type="checkbox"/>	
Apporter des connaissances	<input checked="" type="checkbox"/>				

QUESTION 3 : Que mettez-vous en place afin d'optimiser votre accompagnement auprès d'une maman allaitante ?

	PDE 1	PDE 2	PDE 3	PDE 4	PDE 5
Livrets explicatifs	<input checked="" type="checkbox"/>				
Livrets de bords	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Affiches	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Seins en silicone		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocabulaire simple		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Discours adapté au stade de l'allaitement		<input checked="" type="checkbox"/>			
Aider à la mise au sein	<input checked="" type="checkbox"/>				
Expliquer les choses	<input checked="" type="checkbox"/>				

importantes lors d'une tétée					
Travail d'équipe	<input checked="" type="checkbox"/>				
Consultations d'allaitement	<input checked="" type="checkbox"/>				

QUESTION DE RELANCE : Pour vous, quels critères semble-t-il important de prendre en compte afin d'optimiser au mieux l'accompagnement d'une maman allaitante ?

	PDE 1	PDE 2	PDE 3	PDE 4	PDE 5
Compréhension de la maman	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Langue maternelle	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
L'âge de la maman	<input checked="" type="checkbox"/>				
Primipare	<input checked="" type="checkbox"/>				
Expérience en allaitement	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mode d'accouchement	<input checked="" type="checkbox"/>				
Jour postnatal	<input checked="" type="checkbox"/>				
Le confort de la maman					<input checked="" type="checkbox"/>
Notion acquise par la maman				<input checked="" type="checkbox"/>	
Stress de la maman				<input checked="" type="checkbox"/>	

Annexe 4 : Les 12 recommandations IHAB.



amis-des-bebes.fr



IHAB

INITIATIVE HÔPITAL AMI DES BÉBÉS - FRANCE

LES 12 RECOMMANDATIONS

Juin 2016

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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



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

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

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

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

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

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