

**Table des matières**

<b>1</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
1.1	Problématique .....	3
1.2	Question de recherche .....	5
1.3	But de la recherche .....	5
<b>2</b>	<b>Cadre théorique .....</b>	<b>6</b>
2.1	L'allaitement maternel .....	6
2.1.1	Les bienfaits et les avantages.....	6
2.1.2	Physiologie de la lactation.....	7
2.1.3	Composition du lait maternel .....	8
2.1.4	Les moyens et conditions d'un allaitement réussi.....	9
2.2	Les difficultés .....	10
2.2.1	Les accessoires de l'allaitement.....	12
2.3	Le concept d'attachement .....	13
2.3.1	Création de l'attachement en lien avec l'allaitement .....	13
2.3.2	Le rôle du père.....	14
2.4	L'accompagnement des professionnels de la santé.....	14
<b>3</b>	<b>Méthode.....</b>	<b>16</b>
3.1	Devis de recherche.....	16
3.2	Collecte des données .....	16
3.3	Sélection des données .....	17
3.4	Analyse des données.....	19
<b>4</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>20</b>
4.1	Description de l'étude 1 .....	20
4.1.1	Validité méthodologique .....	21
4.1.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	22
4.2	Description de l'étude 2.....	22
4.2.1	Validité méthodologique .....	23
4.2.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....	24
4.3	Description de l'étude 3.....	24
4.3.1	Validité méthodologique .....	25
4.3.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....	26

---

4.4	Description de l'étude 4.....	26
4.4.1	Validité méthodologique .....	27
4.4.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....	28
4.5	Description de l'étude 5.....	29
4.5.1	Validité méthodologique .....	30
4.5.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....	30
4.6	Description de l'étude 6.....	31
4.6.1	Validité méthodologique .....	32
4.6.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....	32
4.7	Synthèse des principaux résultats.....	34
4.8	Discussion.....	36
4.8.1	Discussion des résultats .....	36
4.8.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences.....	38
4.9	Limites et critiques de la revue de la littérature .....	38
<b>5</b>	<b>Conclusions.....</b>	<b>39</b>
5.1	Propositions pour la pratique .....	39
5.2	Propositions pour la formation .....	40
5.3	Propositions pour la recherche.....	41
<b>6</b>	<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>42</b>
<b>7</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>I</b>
I.	Glossaire méthodologique.....	I
II.	Tableaux de recension des études.....	V
III.	Pyramides des preuves.....	XI
IV.	Les diverses positions de l'allaitement .....	XII
V.	Les dix conditions pour obtenir le label IHAB.....	XIII

### Liste des abréviations

AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdiens
CAS	Certificate of Advanced Studies
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultant
IBFAN	International Baby Food Action Network
IHAB	Initiative Hôpital Amis des Bébés
OFS	Office Fédéral de la Statistique
OMS	Organisation mondiale de la santé

## 1 Introduction

Actuellement et depuis de nombreuses années, l'allaitement maternel a largement prouvé ses bénéfices. En effet, cette pratique contient de nombreux bienfaits pour le nourrisson ainsi que pour la mère. Le développement sensoriel et cognitif du bébé sont favorisés, les maladies infectieuses et chroniques réduites et la guérison accélérée. L'allaitement permet de créer un lien affectif unique et agit aussi sur la santé de la mère en réduisant le risque de cancer ovarien et mammaire (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2018a). La mise au sein précoce est une condition importante pour la diminution de la mortalité infantile. Comme souligné dans un rapport récent de l'Unicef et de l'OMS, un nouveau-né bénéficiant du lait maternel dans l'heure suivant sa naissance a beaucoup plus de chance de survie. Même un retard de quelques heures peut avoir des conséquences mortelles, surtout dans les pays en voie de développement où le risque d'infection est élevé (OMS, 2018a). La société suisse de gynécologie et obstétrique confirme aussi que le contact peau à peau, dans la période postnatale immédiate, facilite l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine et l'aidera à prendre le sein par la suite (Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique, s. d.). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande un allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de vie ainsi que sa poursuite jusqu'à l'âge de deux ans minimum, avec l'association d'une alimentation complémentaire convenable (OMS, 2018b).

Etant un enjeu de santé publique, il existe plusieurs associations qui soutiennent l'allaitement. Comme « World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) » et « International Lactation Consultant Association (ILCA) » au niveau international. La Suisse bénéficie de deux associations dont « Promotion de l'allaitement maternel Suisse » qui met à disposition des informations utiles pour les parents et « L'Association Suisse des Consultantes en Lactation (ASCL) ». L'assemblée mondiale de la santé a mis en place, en 1981, le « code de commercialisation des substituts du lait maternel ». Ce code régleme la commercialisation de ces préparations, biberons et tétines afin d'encourager et de protéger l'allaitement (OMS, 2017). En 1992, l'OMS et l'Unicef ont lancé « l'initiative Hôpital Ami des Bébé » qui se fonde sur des critères de qualité ainsi que sur dix conditions présentées en annexe V. Fournir des informations aux femmes enceintes et qui allaitent, favoriser le contact peau à peau immédiatement après la naissance et offrir la possibilité de dormir auprès du bébé (le rooming-in) sont des exemples de ces conditions (United Nations International Children's Emergency Fund [Unicef], 2011). Ces principaux critères ont pour but de renforcer le lien mère-enfant, d'encourager l'allaitement et d'assurer en permanence

la formation initiale et continue du personnel de santé. Les hôpitaux qui remplissent ces critères se font certifier et obtiennent un label de qualité (IHAB) valable trois ans (Unicef s. d.). Pour conserver ce statut, l'établissement doit être réévalué, par des experts, à la fin des trois années (Initiative Hôpital Amis des Bébé, 2018). Selon un récent rapport de 2017, ces hôpitaux labélisés fournissent des prestations de grande qualité concernant la construction du lien mère-enfant et la promotion de l'allaitement. En Suisse, 27 établissements sont certifiés IHAB (Unicef 2018). L'Hôpital du Valais ne possède pas ce label. En Suède, toutes les maternités l'ont (Chantry, Monier, & Marcellin, 2015).

En Suisse, la loi sur le travail et ses ordonnances d'exécution (art.35 et ss LTr) protègent la santé des employées enceintes, accouchées et qui allaitent. Dès le jour de l'accouchement, la femme bénéficie d'une protection de seize semaines avec un congé de maternité de minimum quatorze semaines avec 80% de son salaire. Elle a l'interdiction de travailler durant les huit semaines suivant l'accouchement. Les conditions de travail doivent être adaptées. Comme avoir la possibilité de s'allonger et de se reposer ainsi que d'être dispensée de travaux dangereux et pénibles. Un temps nécessaire à l'allaitement durant la première année de vie est considéré comme du temps rémunéré dans des limites fixées par la loi (Secrétariat d'Etat à l'économie [SECO], 2018). Les prestations de maternité sont prises en charge par la caisse maladie à partir de la 13<sup>ème</sup> semaine de grossesse et jusqu'à huit semaines après l'accouchement. Un cours de préparation à la naissance et le suivi post-partum à domicile avec une sage-femme jusqu'à 56 jours après la naissance sont couverts par l'assurance (Association Vaudfamille, 2018b; Valais Family, 2018). L'Hôpital du Valais bénéficie de deux consultantes en lactation. Dans leur article, Lombardo et Glauser (2013) expliquent le rôle des consultantes en lactation. Celles-ci sont des professionnelles de la santé avec une expérience d'au moins 1800 heures auprès des femmes allaitantes. Elles ont suivi une formation continue sur l'allaitement maternel et passé l'examen international IBCLC (International Board Certified of Lactation Consultant). Ces personnes accompagnent les mères à trouver les bonnes positions, à reconnaître les différents signes de faim du bébé et les conseiller pour éviter les désagréments pouvant survenir durant cette pratique. Elles apportent également un grand soutien émotionnel aux parents, les encouragent dans les moments difficiles et favorisent la création du lien d'attachement (Lombardo & Glauser, 2013). Trois de ces consultations à domicile sont remboursées par l'assurance maladie (Association genevoise pour l'alimentation infantile [GIFA], 2018).

## 1.1 Problématique

Selon le rapport annuel de 2017 de Promotion allaitement maternel Suisse, la volonté d'allaiter chez les femmes en Suisse s'élève à 95%. Cependant, seulement 71% des bébés bénéficient d'un allaitement exclusif durant les deux premiers mois et 62% durant le 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> mois [données : OFSP 2014]. Uniquement 40% des enfants sont encore allaités à l'âge de 6 mois. La durée de l'allaitement a augmenté entre 1994 et 2003 puis est restée constante jusqu'en 2014 (Promotion allaitement maternel Suisse, 2017). En France, le taux d'allaitement se trouve dans le plus bas d'Europe. En 2012, 70% des mères pratiquaient un allaitement exclusif en maternité, un tiers arrêtaient au cours du premier mois et un nouveau tiers à la reprise du travail. La durée totale de l'allaitement maternel est de 17 semaines, 19% des bébés reçoivent du lait maternel à 6 mois, mais seulement 3% de manière exclusive. La Suède se distingue des autres pays avec un taux d'allaitement exclusif de 90% à trois mois et de 65% à six mois (Camus, 2017, p.9).

En terme de prévention, l'Unicef nous signale que l'allaitement est le moyen le plus efficace d'augmenter la survie de l'enfant avec la possibilité d'éviter le décès de 1,4 millions d'enfants de moins de cinq ans dans les pays en voie de développement (Lancet, 2008). Dans ces pays, plus de 1,5 millions d'enfants entre un mois et cinq ans meurent chaque année de malnutrition et de ses conséquences. Ces 30 dernières années, la promotion de ce mode alimentaire a beaucoup contribué à la diminution de la mortalité infantile dans ces endroits défavorisés (Unicef, s. d.). En Afrique de l'Ouest et du centre, presque tous les bébés sont allaités mais seulement un tiers des nouveau-nés sont mis au sein dans l'heure qui suit la naissance et un quart bénéficient d'un allaitement exclusif pendant leurs six mois de vie. Ce qui correspond à un taux d'allaitement à 22% contre 38% dans les autres pays en développement (Unicef, 2010).

Malgré les connaissances sur cette pratique et les différentes recommandations, nous pouvons constater que nous n'avons pas les résultats escomptés. Plusieurs suppositions peuvent en être la cause. Dans leur revue systématique, Marcellin et Chantry (2015) soulignent que de nombreuses femmes rencontrent des difficultés qui les amènent à cesser l'allaitement. Celles-ci peuvent être reliées à une insatisfaction maternelle, à la reprise du travail, mais surtout aux complications mammaires. Ces complications incluent des douleurs au mamelon, une mastite, un abcès du sein ou un engorgement mammaire. L'incidence des affections du mamelon varie entre 34% et 96%, entre 2% et 33% pour la mastite et de 0,4% à 11% pour l'abcès du sein. La perception d'insuffisance de lait semble être l'une des principales raisons d'interruption précoce de l'allaitement (Marcellin & Chantry, 2015). La reprise de l'activité professionnelle contribue souvent à l'arrêt de

l'allaitement malgré les aménagements des conditions pour permettre et favoriser sa continuité (Camus, 2017, p. 9). Dans les autres pays européens, la protection autour de la maternité est nettement plus généreuse qu'en Suisse. Un congé de maternité de quatorze semaines ou plus. Souvent, les parents bénéficient aussi d'un congé parental et/ou éducatif. Les pays nordiques se démarquent. Notamment la Suède, qui dispose d'un congé parental de 50 jours avant l'accouchement et de 480 jours après l'accouchement (« Maternité et congé parental en Europe », 2004). Le taux d'allaitement particulièrement élevé dans ce pays peut être mis en lien avec cette longue période de congé. Cela pourrait faire l'objet d'une autre recherche. Certaines situations particulières rendent également la mise au sein plus compliquée. Le type d'accouchement, comme la césarienne, peut compromettre ce geste. Dans leur étude, Hobbs, Mannion, McDonald, Brockway et Tough (2016), affirment que les césariennes sont associées à davantage de difficultés lors de l'allaitement et une durée de cette pratique plus courte. Selon la statistique médicale des hôpitaux de l'Office Fédéral de la Statistique (OFS), le taux de césarienne a considérablement augmenté en Suisse s'élevant à 33% en 2014 contre 22.9% en 1998. (RTS info, 2016). Un accouchement prématuré peut rendre plus difficile l'allaitement. En effet, avant la 34<sup>ème</sup> semaine, le nourrisson nécessite une alimentation par sonde gastrique. La maman devra tirer son lait, si elle souhaite allaiter son enfant (Camus, 2017, p.208). Ce qui paraît être un frein notable à l'allaitement, ce sont les pratiques agressives développées par les grandes entreprises agroalimentaires. D'ailleurs, le réseau international d'action pour l'alimentation des bébés (IBFAN) affirme qu'il y aurait environ 8000 violations du code sur la commercialisation des substituts commises dans 81 pays. La publicité sur ces préparations représente une énorme part du marché et comporte toujours un message positif en promettant un produit presque aussi bon que le lait maternel. Ce phénomène peut influencer les parents à choisir ce mode d'alimentation (International Baby Food Action Network [IBFAN], 2014).

La motivation et la disponibilité de la mère entrent en jeu également. L'enquête de Fanello, Moreau-Gout, Cotinat et Descamps (2003), effectuée auprès de 308 femmes, a montré que l'allaitement maternel n'était choisi que dans 50,6 % des cas. Ces auteurs ajoutent que les principales motivations à allaiter semblent être la création du lien avec l'enfant et les avantages nutritionnels du lait. Les craintes des affections et les contraintes de disponibilité sont ressorties comme des éléments diminuant le choix de cette pratique. Toutefois, le prix élevé du lait en poudre et la fréquence des troubles digestifs chez l'enfant sont des facteurs favorisant le choix de l'allaitement (Fanello, Moreau-Gout, Cotinat, & Descamps, 2003). Le choix d'allaiter ou non reste propre aux parturientes, il n'est pas raisonnable de culpabiliser les mères, mais le soutien et la promotion sont indispensables (Camus, 2017, p. 7- 9).

Chantry, Monier et Marcellin (2015) affirment que les conjoints ont un rôle important dans la décision de la mère. Ce sont eux qui influencent le plus les femmes dans leur choix d'allaiter ou non. Des cours tels que la préparation à la naissance et à la parentalité, visant également le conjoint, semblent donc pertinents. Diverses études ont démontré les effets positifs d'un accompagnement par une « doula » lors de la naissance. Les complications ainsi que les traitements sont réduits. Le taux de césarienne est diminué, la prise au sein facilitée et la relation de couple renforcée (Association Suisse des doulas, 2018a). Cet accompagnement débute généralement dès les trois derniers mois de la grossesse, continue durant tout le travail et se finit par deux entretiens postnataux. Ces prestations non remboursées par la caisse maladie de base coûtent entre 800 et 1000 francs suisse. Une doula est une femme ayant suivi une formation spécifique autour du thème de la naissance. Elle n'a pas de fonction médicale mais reconnaît et comprend les besoins émotionnels des futurs parents (Association Suisse des doulas, 2018b).

## **1.2 Question de recherche**

Au vu des différentes notions explicitées précédemment, la question de recherche suivante, selon PEO, a été élaborée :

« Quels sont les facilités et les obstacles principaux à l'allaitement maternel perçus par les femmes pratiquant ce mode d'alimentation ? »

## **1.3 But de la recherche**

Cette revue de littérature se donne donc comme objectifs principaux :

- D'analyser l'expérience des femmes ayant allaité.
- D'identifier les obstacles face à l'allaitement et les stratégies efficaces pour y remédier.
- D'explorer les besoins d'accompagnement par les professionnels de la santé et les pères.

Dès lors, une meilleure connaissance de ces aspects serait utile pour les professionnels de la santé intervenant auprès de ces femmes afin d'optimiser la prise en charge et de promouvoir un accompagnement favorisant le choix et la continuité de l'allaitement maternel.

## 2 Cadre théorique

Afin de favoriser la compréhension de ce travail et d'analyser au mieux le sujet, il est nécessaire de développer différents aspects relatifs à la question de recherche. Par conséquent, dans cette partie quatre concepts centraux seront abordés : L'allaitement maternel, les difficultés perçues, l'attachement lié à cette pratique ainsi que l'accompagnement des professionnels de la santé.

### 2.1 L'allaitement maternel

#### 2.1.1 Les bienfaits et les avantages

L'allaitement est la manière idéale de fournir tous les nutriments nécessaires au bon développement de l'enfant. Ce mode d'alimentation a prouvé sa capacité à diminuer la mortalité et la morbidité infantile (OMS 2018a). Dans leur revue Chantry, Montry et Marcellin (2015) décrivent plusieurs de ces bienfaits. Tout d'abord, concernant le nouveau-né, son développement cognitif est meilleur. D'autant plus si les mères allaitent de manière exclusive et prolongée. Les infections telles que gastro-intestinales, otites aiguës et infections respiratoires sont moins fréquentes. L'enfant allaité est moins exposé au risque de dermatites atopiques de même qu'à l'eczéma. Le risque de développer de l'obésité et des maladies cardiovasculaires associées est diminué. La mort subite du nourrisson semble moins fréquente avec l'allaitement (Chantry et al., 2015, p. 1074). Le lait maternel évolue selon l'âge et les besoins de l'enfant, garantissant un bon développement et une bonne croissance staturopondérale. Il se digère plus rapidement et facilement, environ 48 minutes contre 1h à 1h15 pour le lait artificiel. L'allaitement permet aussi une absorption optimale des éléments minéraux chez le nourrisson (Camus, 2017).

Concernant la maman, plusieurs études observationnelles indiquent que l'allaitement maternel permet une perte des kilos de grossesse plus rapide. Le risque de dépression du post-partum est diminué. Cependant, le manque de preuve ne permet pas d'affirmer que l'allaitement est l'unique moyen de prévention de cette maladie. L'incidence du cancer du sein est réduite (Chantry et al., 2015, p. 1074). Ce mode d'alimentation contient également des avantages pratiques, économiques et écologiques. En effet, il n'y a pas de préparation, de dépenses et de déchets. La sécrétion de l'ocytocine favorise l'involution rapide de l'utérus et diminue les risques d'hémorragies du post-partum (Camus, 2017, p. 33; Thirion, 2014, p. 102).

Un des autres avantages, comme le souligne Camus (2017), est le lien unique que crée cette pratique entre la mère et son enfant. L'allaitement ainsi que le contact peau à peau rassure le bébé et lui donne de l'affection ce qui renforce l'attachement entre la mère et l'enfant.

La mise au sein précoce est importante, car la première tétée de colostrum favorise le maintien de la glycémie grâce à sa concentration élevée en glucides (oligosaccharides et lactose) et un bon développement du système immunitaire grâce aux immunoglobulines (IgA sécrétoires principalement) qu'il contient. Enfin, grâce à l'équilibre des minéraux, l'hydratation du bébé est assurée. Cette première mise au sein va également favoriser le peau à peau avec tous ses avantages (Camus, 2017, p. 37).

### **2.1.2 Physiologie de la lactation**

Le sein est une glande dont la principale fonction est de produire le lait maternel. La glande mammaire se compose de tissu glandulaire, adipeux et conjonctif. Le volume du sein est déterminé essentiellement par le tissu adipeux et conjonctif. La quantité de lait n'est donc pas reliée à la taille des seins. Les lobes et lobules forment le tissu glandulaire. Chaque glande mammaire se compose de quinze à 25 lobes se divisant en lobules. Ces lobules contiennent des cellules produisant le lait, appelées alvéoles. Celles-ci sécrètent le lait dans les conduits lactifères qui s'ouvrent par un pore situé sur le mamelon. Juste avant d'arriver à l'aréole, chaque conduit se dilate pour former un sinus lactifère où s'accumule le lait entre les tétées (Marieb & Hoehn, 2015, p.1230).

Pendant la grossesse, plusieurs changements préparent les seins à l'allaitement. Ce phénomène est appelé mamogenèse. Cela correspond à l'augmentation de la taille et la pigmentation plus prononcée de l'aréole, qui servira de repère visuel pour le bébé. Les tubercules de Montgomery, situés sur l'aréole, contiennent des glandes sébacées permettant de protéger la peau des bactéries. Il existe aussi d'autres petites glandes sébacées et sudoripares sur l'aréole. Celles-ci grossissent et sécrètent une odeur, qui guidera le bébé vers le sein, ainsi qu'une substance lubrifiante assurant une protection naturelle du mamelon. Les alvéoles se multiplient arrivant, en fin de grossesse, avec un nombre de 3000 à 100 000 cellules prêtes à produire le lait. L'aréole se charge en élastine pour résister à la tétée (Camus, 2017, p. 18; Leloux, 2015, p. 112).

La lactation est un processus complexe permettant la préparation des glandes mammaires, le déclenchement de la production du lait, son éjection ainsi que le maintien de sa production (Marieb & Hoehn, 2015, p. 1284). Le lait est fabriqué principalement à partir

d'éléments de la circulation de la maman. Il est sécrété en continu dans les alvéoles puis stocké jusqu'à son éjection au niveau des canaux galactophores. Le lait est produit grâce à deux hormones principales, la prolactine et l'ocytocine. La prolactine stimule les alvéoles à produire le lait. De son côté, l'ocytocine permet l'éjection du lait en provoquant la contraction des cellules myoépithéliales des seins. Le stress et la douleur chez la mère peuvent inhiber la libération de cette hormone (Camus, 2017 ; Marieb & Hoehn, 2015, p.1284). La formation du lait passe par trois stades. En premier, à partir du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse, le colostrum se forme progressivement. Le stade II, après l'accouchement, correspond à la montée de lait liée à la chute de la progestérone et à l'augmentation de la prolactinémie. Pour finir, il y a le maintien de la sécrétion du lait par une stimulation adéquate du mamelon (Leloux, 2015, p. 114). Durant la grossesse, les taux élevés d'œstrogènes provenant du placenta empêchent la prolactine de jouer son rôle. Par conséquent, ce n'est que lors de l'expulsion du placenta, après l'accouchement, que la prolactine va entrer en action. Ceci va permettre la montée du lait survenant dans un délai de deux à trois jours. Entre-temps, et à la fin de la grossesse, le colostrum est sécrété. Quelques semaines après l'accouchement, la prolactine revient à son taux de base et la production de lait dépend de la stimulation mécanique des mamelons provoquée par la tétée. Les mécanorécepteurs du mamelon envoient des influx nerveux afférents à l'hypothalamus qui va stimuler la sécrétion de prolactine par l'adénohypophyse (de dix à 20 fois supérieure à son taux de base) pendant environ une heure et la production de lait nécessaire pour la tétée suivante. La stimulation visuelle ou auditive liée à l'allaitement peut également déclencher l'émission du lait. Ces influx nerveux stimulent aussi la sécrétion de l'ocytocine par la neurohypophyse. (Leloux, 2015, p. 114; Marieb & Hoehn, 2015).

### 2.1.3 Composition du lait maternel

Le lait est composé principalement d'eau (87,5%). Ce qui explique pourquoi il n'est pas nécessaire de donner de l'eau à un enfant allaité. Toutefois, de nombreuses autres substances, parfaitement adaptées aux besoins de l'enfant, sont présentes. Celles-ci sont des protéines (caséine, immunoglobulines, lactosérum), des glucides (lactose, oligosaccharides), des lipides, des vitamines, des hormones, des acides aminés, des enzymes, des sels minéraux et des oligo-éléments. La composition du lait varie en fonction du bébé et de la période (Camus, 2017, p. 24- 25).

Le liquide sécrété pendant trois à cinq jours après l'accouchement est appelé le colostrum. Son goût et son odeur ressemblent au liquide amniotique. Cette odeur familière guidera le bébé vers le sein. Ce liquide épais et jaunâtre contient moins de lactose que le lait maternel et pratiquement pas de matières grasses mais beaucoup plus de protéines, de vitamine A

et de minéraux. Sa composition évolue également en fonction des besoins du bébé. Le colostrum est très riche en protéines, en lactose et en oligosaccharides. Les IgA sécrétoires (immunoglobulines), présentes en grande quantité, protègent le tube digestif du bébé en empêchant les pathogènes de se fixer sur sa paroi. Le lactose favorise l'équilibre de la flore intestinale, augmente le transit et acidifie le bol intestinal. L'absorption de certains sels minéraux et oligo-éléments est facilitée grâce à cette acidification. Le lactose permet aussi d'éviter l'hypoglycémie et favorise l'épuration de la bilirubine. Les oligosaccharides accroissent la flore protectrice de la muqueuse intestinale. Le colostrum contient aussi des enzymes (lysozyme, lipase, lactase) permettant une digestion rapide, des cellules immunitaires et des facteurs de croissance qui luttent contre les infections et les allergies (Camus, 2017, p. 26- 27). Son effet laxatif naturel favorise l'expulsion du méconium et des fèces contribuant à l'élimination de la bilirubine. Par conséquent, le risque d'ictère est diminué (Camus, 2017, p. 27; Marieb & Hoehn, 2015, p. 1284). Etant un lait très concentré, avec une valeur nutritive importante, le nouveau-né n'a besoin que d'une petite quantité de colostrum, à chaque tétée, pour répondre à ses besoins nutritionnels. Le colostrum représente environ 670 kilocalories par litre. Son volume s'adapte à la capacité de l'estomac du bébé et varie selon les mères. Par exemple, au 5<sup>ème</sup> jour, la capacité de l'estomac du petit sera de 45 à 55 ml et la quantité de colostrum excrétée sera de 600 ml environ contre 25 à 55 ml au premier jour (Camus, 2017, p. 27).

Le lait de transition apparaît à partir de la montée laiteuse jusqu'à quinze à 21 jours environ. Sa composition reste proche du colostrum mais il s'enrichit en glucides. Le lait mature après le lait de transition va évoluer et s'adapter, au fil des semaines et des mois, à la croissance de l'enfant pour répondre à ses besoins. Ce lait s'appauvrit en protéines mais les lipides et les glucides augmentent. Au cours de la tétée, la qualité du lait ne change. Il s'enrichit en graisses au moment de la vidange du sein (Camus, 2017, p. 28- 29).

#### **2.1.4 Les moyens et conditions d'un allaitement réussi**

Afin de réussir et d'apprécier ce moment qu'offre l'allaitement entre une mère et son enfant, il est important de connaître certaines conditions et quelques conseils. Leloux (2015) en donne quelques-uns. Comme par exemple, proposer le sein à l'éveil et non aux pleurs pour favoriser la détente, la bonne prise du sein et limiter l'usage de la tétine. Des connaissances pertinentes et une installation adéquate contribuent au bon déroulement de l'allaitement et préviennent les complications (Camus, 2017, p. 47; Leloux, 2015, p. 114- 115). En effet, Leloux (2015) et Camus (2017) confirment qu'adopter des positions confortables, dans un environnement calme, assurent la production adéquate et une extraction de lait efficace. Plusieurs positions présentées en annexe IV existent. L'important est que le corps de la

maman et celui de son bébé soient soutenus pour éviter les tensions. L'utilisation de coussins, d'une serviette roulée ou d'un coussin d'allaitement peuvent être utiles (Camus, 2017, p. 47). Varier les positions est une condition également importante afin de prévenir les douleurs et les lésions mammaires. La mise au sein est possible grâce aux réflexes archaïques du bébé (réflexes de fuissement et des quatre points cardinaux). Le bébé ouvre instinctivement la bouche lorsqu'il est stimulé par le toucher. La maman doit amener son bébé au sein et non l'inverse afin de réduire le risque de douleurs au niveau du mamelon, du dos et des épaules. La position du bébé est essentielle. Il ne doit pas avoir besoin de tourner la tête car cela rend la déglutition difficile. La prise en bouche du sein est adéquate lorsque le bébé a la tête légèrement défléchie, la bouche grande ouverte, les lèvres inférieures et supérieures retroussées sur le sein en recouvrant une grande partie de l'aréole. Son menton touche le sein en premier et son nez est dégagé (Camus, 2017, p. 51). La durée des tétées varie d'un bébé à un autre mais dure en général de 10 à 45 minutes. Par rapport au nombre de tétées par 24 h, le nourrisson va se réguler lui-même selon ses besoins (Camus, 2017, p. 68- 72).

Leloux (2015) affirme que « Plus le bébé tète, plus le lait est fabriqué. Plus le sein est vidé, plus il se remplit rapidement » (p.112). Il paraît difficile de savoir si l'enfant tète efficacement. Cependant, Camus (2017) explique les signes d'une tétée efficace à observer. Des déglutitions audibles et visibles, les joues de l'enfant plutôt arrondies et non creuses et l'apaisement du bébé sont des exemples (p.62).

## **2.2 Les difficultés**

L'allaitement, malgré tous ces avantages, peut devenir un acte douloureux et compliqué. C'est pourquoi, il semble important d'informer les jeunes mères des complications possibles et surtout des astuces et moyens à adopter dès le début. Les principales difficultés qu'une mère peut rencontrer sont celles liées à son état psychologique, à la production de lait et à l'état de ses seins (Camus, 2017; Marcellin & Chantry, 2015).

Au niveau psychologique, comme le souligne Camus (2017), le bouleversement hormonal ainsi que la fatigue dûe à l'accouchement et aux fréquents réveils peuvent décourager la mère dans la poursuite de l'allaitement. Cet auteur affirme qu'essayer de dormir au rythme du bébé, faire la sieste, limiter les visites et se faire aider permettent d'y remédier (p.96).

Concernant les difficultés liées à la production de lait, les mères peuvent être confrontées à une insuffisance ou un excès de lait. Pour stimuler la production de lait, Marcellin et Chantry (2015) expliquent dans leur revue que le bas niveau de preuves scientifiques ne

permet pas de recommander l'utilisation d'un tire-lait, d'un traitement par ocytocine ainsi que de boire des boissons galactogènes à base de plantes. La consommation de bière avec ou sans alcool n'est pas recommandée (p. 6-7). Selon Camus (2017), différentes mesures peuvent pallier à ce problème. Ces moyens sont : allaiter à la demande, assurer une bonne position du bébé, augmenter la fréquence et la durée des tétées, stimuler les deux seins à chaque tétée, se reposer car le stress agit sur la lactation, utiliser des tisanes d'allaitement et éviter les tétines. Dans le cas contraire, un excès de lait peut entraîner un engorgement mammaire. Pour pallier à ce problème, le tire-lait peut être un bon moyen pour conserver le lait et le donner au bébé ou dans un lactarium (p.97).

L'engorgement, la mastite, l'abcès, les mamelons douloureux avec ou sans lésions et la mycose du sein sont des désagréments pouvant apparaître au cours de l'allaitement. Lors de la montée laiteuse, deux à trois jours après l'accouchement, les seins se remplissent de lait. Par conséquent, leur taille et leur poids augmentent et présentent un gonflement, un œdème diffus, une chaleur et une rougeur cutanée. L'œdème entraîne une compression des canaux galactophores conduisant à une éjection de lait compliquée. Ce phénomène, qu'on appelle engorgement, est physiologique et se produit en général entre le deuxième et le quatrième jour mais peut se manifester également plus tard. Cependant, celui-ci peut être une source d'inconfort et de douleurs. S'il n'est pas traité ou limité, une mastite peut se développer et compromettre l'allaitement. La prévention et des soins adaptés paraissent donc essentiels (Camus, 2017; Marcellin & Chantry, 2015). Marcellin et Chantry (2015) ainsi que Camus (2017) soulignent l'intérêt de la prévention de ce problème. Ils mettent en avant l'importance des tétées fréquentes et efficaces, à la demande, sans limitation ainsi que l'extraction du lait manuellement ou à l'aide d'un tire-lait. Comme le dit Camus (2017), une douche chaude ou des massages dilatent les canaux galactophores et permettent un écoulement du lait plus facile. L'application de cataplasmes froids sur les seins comme des compresses froides ou des feuilles de choux refroidies permettent de diminuer l'inflammation et les douleurs (p.99). Toutefois, Marcellin et Chantry (2015) affirment qu'aucune étude n'a prouvé les bénéfices de ces traitements topiques (p.1089).

La mastite est une réaction inflammatoire des vaisseaux lymphatiques avec ou sans infection. Elle se manifeste par une douleur au sein, une tension mammaire, un œdème unilatéral, une chaleur et une rougeur locale (Marcellin & Chantry, 2015, p. 1089). Une mastite peut se manifester suite à un engorgement, des infections ou une compression locale. Elle peut également être due à un mauvais drainage du sein lui-même causé par des douleurs, des mauvaises positions et des suctions non-adéquates du bébé. Les moyens de prévention pour cette complication sont cités ci-après. Une hygiène correcte,

des tétées sans limitation de fréquence et de durée avec une bonne prise de sein et un soutien-gorge adapté (Camus, 2017, p. 102- 103). En présence de fièvre et d'inflammation, des anti-inflammatoires (AINS) sont prescrits. Si le problème persiste au-delà de 24/48h, une antibiothérapie est nécessaire. Cependant dans leur revue, Marcellin et Chantry (2015) affirment qu'aucune étude n'a prouvé les bénéfices des AINS sur la mastite (p.1089).

Lorsqu'une mastite n'est pas traitée, un abcès peut apparaître. Une douleur localisée intense avec présence d'une masse palpable, dure et sensible, de la fièvre avec parfois du pus dans le lait, sont les signes d'un abcès. Le traitement consiste en la prise d'antalgiques, d'antibiotiques et un drainage du pus. L'allaitement doit être interrompu temporairement du côté affecté (Camus, 2017; Marcellin & Chantry, 2015).

Les douleurs aux mamelons peuvent être évitées en adoptant et en variant les positions d'allaitement. Des lésions peuvent se former à la surface de l'aréole et du mamelon. Celles-ci, appelées crevasses, sont causées par des positions inadaptées et/ou une mauvaise prise du sein. Des pommades type Lanoline, l'application du lait maternel sur les bouts du sein, ne pas comprimer le sein, retirer le sein de la bouche sans tirer dessus sont des exemples de moyens de prévention (Camus, 2017, p. 111- 114).

Les mycoses sont induites par une macération, un manque d'hygiène, certains traitements ou par contagion via le bébé. Ces infections fongiques responsables de démangeaisons et de picotements peuvent être prévenues par une hygiène adéquate et en évitant au maximum toute macération (Camus, 2017, p. 118).

### **2.2.1 Les accessoires de l'allaitement**

Il existe plusieurs accessoires pour éviter les complications et désagréments de l'allaitement. Ceux-ci sont développés dans les phrases suivantes.

Les coussinets permettent d'absorber le lait qui s'écoule pour éviter de mouiller les sous-vêtements et vêtements. Ceux-ci doivent être changés régulièrement afin d'éviter la macération favorisant les infections. Les tétérelles s'appliquent sur les mamelons pour soulager les douleurs telles que les crevasses ou lors de mamelons ombiliqués ou plats. Toutefois, cet outil diminue la stimulation du téton ce qui peut potentiellement diminuer la production de lait et découler à un engorgement. Les coquilles servent à recueillir le lait entre les tétées. Ce système stimule l'aréole, ce qui augmente la production de lait. (Association Vaudfamille, 2018a).

## 2.3 Le concept d'attachement

L'attachement est un lien affectif puissant entre deux individus. Ainsworth le définit comme « un type particulier de lien affectif où le sentiment de sécurité de l'individu est lié à sa relation avec l'autre (Ainsworthy, 1989, p. 711) » (Bee Helen & Boyd Denise, 2011). L'enfant grâce à ce sentiment de bien-être a une « base de sécurité » qui va lui permettre d'explorer le monde (Bee Helen & Boyd Denise, 2011). Pour Bowlby et Ainsworth la période la plus propice pour le développement de l'attachement sont les deux premières années de vie. Dans leur ouvrage, Bee et Boyd (2011) soulignent l'importance de la qualité de ce lien. En effet, celui-ci influence considérablement le développement et les comportements futurs du nourrisson. Il peut y avoir plusieurs figures d'attachement. Toutefois, celle-ci est principalement la mère (Miljkovitch et Pierrehumbert, 2005). (p.106-109).

Mary Ainsworth a établi une classification des différents types d'attachements entre l'enfant et sa figure d'attachement. Il en existe quatre. Le premier est l'attachement sécurisant où la mère sert de base de sécurité et de réconfort à l'enfant. Lorsque le nourrisson évite le contact et ne semble pas être plus attaché à sa mère qu'à d'autres personnes, il s'agit du type insécurisant fuyant. L'insécurisant de type ambivalent évoque un nourrisson qui semble perturbé lors d'une séparation avec sa mère mais qui est difficile à réconforter à son retour. Le dernier type est l'insécurisant désorganisé où l'enfant montre des comportements de peur et de crainte envers la personne concernée. Plusieurs études montrent qu'un attachement sécurisant a des effets bénéfiques sur les nourrissons. Ceux-ci deviennent des enfants plus sociables, positifs, moins agressifs, moins turbulents et ont de meilleures habilités sociales. La disponibilité émotionnelle des parents pour répondre aux besoins tant au niveau physique qu'affectif et avoir des réactions appropriées envers leur bébé sont des déterminants pour un attachement de qualité (Bee Helen & Boyd Denise, 2011, p. 111). Comme le citent Bee et Boyd (2011), « La qualité de l'attachement initial est le fondement des relations à l'âge adulte. Qui plus est, elle semble cruciale dans la relation qui lui ressemble le plus : celle que l'adulte établira avec son propre enfant » (p.111).

### 2.3.1 Création de l'attachement en lien avec l'allaitement

Comme le souligne Camus (2017), grâce au contact corporel que demande l'allaitement la création du lien d'attachement entre la mère et son enfant est favorisé (p.32). Le bébé est rassuré par ce contact et va ressentir la tendresse de sa mère. Ainsi, la maman devient un repère sécurisant (Camus, 2017). Lombardo et Glauser (2013) ainsi que Ladewig, London et Davidson (2010) expliquent que l'ocytocine agit sur le stress et également sur

l'attachement en favorisant le maternage. Cette hormone permet à la mère de mieux résister aux stressseurs physiques et la relation avec son bébé s'en trouve renforcée.

L'allaitement permet des contacts peau à peau très fréquents. Ceci facilite la création du lien entre le nourrisson et la maman. Il contient de nombreux avantages comme réconforter le bébé, le rassurer et stabiliser son état hémodynamique. La température du bébé est maintenue et permet donc de prévenir l'hypoglycémie (Camus, 2017; Wieland Ladewig Patricia A., London Marcia L., & Davidson Michele R., 2010). Les « Hôpitaux Amis des Bébé » ont comme conditions de pouvoir permettre le rooming-in. Ceci signifie qu'ils offrent la possibilité à la mère de dormir auprès du nouveau-né. Cette proximité comme l'explique Camus (2017), permet de créer une complicité entre eux, de découvrir les besoins du bébé et de l'observer afin de mieux le connaître (p.41).

### **2.3.2 Le rôle du père**

L'attachement existe également entre un père et son enfant. Toutefois, ce lien est différent que celui créé avec la mère. L'établissement de celui-ci se fait davantage par le biais d'une synchronie que par le contact immédiat après la naissance comme la maman. Il ne semble pas moins fort mais les parents se comportent de manières différentes dans leurs interactions avec le bébé. En effet, les pères seraient plus attirés à jouer physiquement avec lui, tandis que les mères plus à lui prodiguer les soins, lui sourire et lui parler (Bee Helen & Boyd Denise, 2011, p. 106). La participation aux divers soins renforce les liens entre le père et son enfant. La grossesse et la naissance peuvent également être une source de stress et d'anxiété pour les pères. Un soutien et de l'aide paraissent donc utiles. Cependant, ceux-ci sont principalement centrés sur la mère. Par conséquence, le bien-être du père peut s'en trouver négligé (Wieland Ladewig Patricia A. et al., 2010). En effet, selon la littérature, on estime à 10 % le taux de pères souffrant de dépression postpartum. Une étude récente s'intéresse au vécu de 20 jeunes pères concernant la préparation à la paternité. Cette enquête réalisée par la Haute Ecole de Santé Vaud et l'association Männer.ch révèle un manque de soutien et de considération de la part des professionnels de la santé autant émotionnellement que physiquement (Haute école de Santé Vaud & Association Männer.ch, 2019). Intégrer davantage les pères dans le processus de soin paraît donc important et bénéfique.

### **2.4 L'accompagnement des professionnels de la santé**

Les périodes autour de la naissance (périnatalité) peuvent être des sources majeures de stress et d'angoisse pour les parents. Le soutien et le savoir des professionnels permettent

d'appréhender les changements afin de les préparer au mieux à la venue de leur enfant. Durant la période prénatale, les soins consistent principalement à informer, montrer les ressources disponibles, préparer à l'accouchement et à la période postnatale ainsi que répondre aux questions et inquiétudes des futurs parents. Cette préparation est importante, car l'adaptation postnatale paraît meilleure pour ceux qui en ont bénéficiée. La plupart des femmes ont déjà fait le choix d'allaiter ou non durant la grossesse. Toutefois, dans la période postnatale immédiate, soutenir les parents dans leur choix d'alimentation et le respecter, est un rôle essentiel des soignants (Wieland Ladewig Patricia A. et al., 2010). Dans leur revue, Bevan et Brown (2014) affirment que la promotion et le soutien des professionnels sont essentiels pour augmenter le nombre et la durée de l'allaitement. Toutefois, les soignants doivent s'adapter à chaque parent et bien les connaître afin de trouver avec eux les forces et ressources à disposition. Plusieurs études confirment que l'écoute, des informations solides, de l'aide et des encouragements de la part des équipes soignantes offrent un précieux soutien aux parents et favorisent l'initiation à l'allaitement et sa poursuite. Pour finir, pour beaucoup de mères, le succès de l'allaitement repose principalement sur l'enseignement et l'information adéquate. Ceci permettant d'utiliser leurs propres ressources (Bevan & Brown, 2014; Wieland Ladewig Patricia A. et al., 2010).

### 3 Méthode

#### 3.1 Devis de recherche

Selon Fortin et Gagnon (2016), le paradigme naturaliste est établi à partir du postulat affirmant que la réalité sociale est multiple et relative aux perceptions subjectives des individus (p. 28). Cette vision est tout à fait en accord avec la question de recherche et les objectifs de cette revue. En effet, cette dernière se donne comme objectif principal de mettre en évidence l'expérience personnelle vécue par les femmes ayant allaité. Les différentes études analysées permettent ainsi d'identifier les difficultés, facilités et stratégies durant cette période. Le recours au paradigme interprétatif s'inscrivant dans une démarche qualitative est alors justifié. Plus précisément, les études retenues proviennent de sources qualitatives, primaires et sont pour la plupart de nature phénoménologique. Fortin et Gagnon (2016) définissent la phénoménologie comme une « recherche qui étudie la signification d'expériences telles qu'elles sont vécues par les personnes » (p. 33).

#### 3.2 Collecte des données

Trois bases de données différentes ont été interrogées : CINAHL, Pubmed et BDSP. Ces ressources ont été consultées une première fois en mai 2018 afin d'assurer la disponibilité d'études appropriées. Par la suite, une recherche plus approfondie a été effectuée durant les mois d'octobre et de novembre 2018. Diverses combinaisons de mots-clés ont permis de cibler la recherche. Les mots-clés français sont : *allaitement, mère, parents, expérience, difficultés, obstacles et facilités*. En anglais, ils correspondent à : *breastfeeding, mother, parents, experience, difficulties, barriers and facilities*. Les opérateurs booléens « AND » et « OR » ont favorisé l'adoption d'une stratégie de recherche précise et complète. Les tableaux suivants illustrent les combinaisons de mots-clés et d'opérateurs booléens ainsi que le nombre d'études trouvées et retenues. La présence de doublon, explique le nombre d'études retenues plus élevé que six.

a) CINAHL :

Combinaison de mots-clés et d'opérateurs booléens	Etudes trouvées	Etudes retenues
(Breastfeeding) AND (parents OR mother) AND (difficulties OR barriers)	70	1
(Breastfeeding) AND (parents OR mother) AND (facilities)	35	1
(Breastfeeding) AND (parents OR mother) AND (experience)	98	6

## a) Pubmed

Combinaison de mots-clés et d'opérateurs booléens	Etudes trouvées	Etudes retenues
(Breastfeeding) AND (parents OR mother) AND (difficulties or barriers)	119	1
(Breastfeeding) AND (parents OR mother) AND (facilities)	34	0
(Breastfeeding) AND (parents OR mother) AND (experience) AND (qualitative)	49	2

## b) BDSP

Combinaison de mots-clés et d'opérateurs booléens	Etudes trouvées	Etudes retenues
(Breastfeeding) AND (parents OR mother) AND (difficulties OR barriers)	54	0
(Breastfeeding) AND (parents OR mother) AND (facilities)	6	0
(Breastfeeding) AND (parents OR mother) AND (experience)	11	0

### 3.3 Sélection des données

Afin de répondre au mieux à la question de recherche, différents critères ont permis la sélection de données pertinentes. Les critères d'inclusion ont été d'avoir allaité récemment, avoir eu un enfant né à terme et en bonne santé. De plus, cinq des six études sont disciplinaires, tous les articles sont récents (2014-2018), de source primaire et de nature qualitative. Par ailleurs, il était nécessaire que l'article suive une certaine structure scientifique (introduction, méthodologie, résultats, discussion et conclusion), respecte les considérations éthiques et que le texte intégral soit accessible et écrit en langue française ou anglaise. Les recherches analysées s'intéressent à l'expérience vécue par les mères et mettent en évidence leurs difficultés et facilités perçues. Les critères d'exclusion ont été les études quantitatives, celles portant sur la période prénatale ou centrées sur l'allaitement en lien avec des situations spécifiques (césarienne, HIV, prématurité, dépression, adolescente) et les sources secondaires (revues systématiques). Les études finales sont répertoriées dans le tableau ci-dessous. La pyramide ayant permis de déterminer le niveau de preuve de chaque recherche peut être consultée en annexe III.

N°	Auteurs	Titre	Année	Base de données	Niveau de preuve
1	Rachael Spencer, Sheila Greatrex-White, Diane M Fraser	'I was meant to be able to do this ': a phenomenological study of women's experiences of breastfeeding	2014	CINHAL	II
2	Priscila Daniele Gonçalves Urbanetto, Giovana Calcagno Gomes, Aline Rodrigues Costa, Camila Magroski Goulart Nobre, Daiani Modernel Xavier, Bianca Contreira de Jung	Facilities and difficulties found by mothers to breastfeed	2018	CINHAL Pubmed	II
3	Jessica Keevash, Alyson Norman, Hannah Forrest, Samantha Mortimer	What influences women to stop or continue breastfeeding? A thematic analysis	2018	CINHAL	II
4	Camila Lucchini Raies, Francisca Marquez Doren, Maria Soledad Rivera Martinez	I want to breastfeed my baby: Unvealing the experiences of women who lived difficulties in their breastfeeding process	2017	Pubmed	II
5	Liese Klimeck Brauner Pissolato, Camila Neumaier Alves, Lisie Alende Prates, Lais Antunes Wilhelm, Lucia Beatriz Ressel	The breastfeeding experience in recent mothers view: Contributions for nursing	2015	CINHAL	II
6	Marie Dietrich Leurer, Eunice Misskey	The psychosocial and Emotional Experience of Breastfeeding: Reflections of Mothers	2015	Pubmed	II

### **3.4 Analyse des données**

Chaque étude retenue a été lue et décrite brièvement dans un tableau de recension permettant une vision synthétique et ainsi en faire ressortir les points essentiels. Ceux-ci se trouvent en annexe II. Par la suite, les études ont été relues et analysées par validité méthodologique, pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.

## 4 Résultats

### 4.1 Description de l'étude 1

Spencer, R., Greatrex-White, S., & Fraser, D. M. (2014). 'I was meant to be able to do this': a phenomenological study of women's experiences of breastfeeding. *Evidence Based Midwifery*, 12(3), 83-88.  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103887804&site=ehost-live>

Cette étude phénoménologique interprétative a pour but de comprendre l'expérience des femmes ayant allaité. Elle s'est déroulée à l'Est du Royaume-Uni dans le Midlands où le taux d'arrêt de l'allaitement est le plus élevé.

Le recrutement des participantes s'est effectué via la visite postnatale à l'Hôpital du Midlands. Les professionnels ont identifié les mères lors de la première visite et les ont informées de l'étude et ont transmis les coordonnées pour participer si intérêt.

Afin d'être incluses dans cette recherche, les femmes devaient avoir initié l'allaitement à la naissance et continué au moins jusqu'à cette première visite. Ainsi, grâce à cette méthode par choix raisonné, 22 mères primipares et multipares ont pris part à cette étude. Toutes ayant donné naissance dans l'hôpital local. Neuf d'entre elles ont recommencé à travailler lors de la collecte des données, sauf une qui a débuté ces études universitaires lorsque son enfant avait quatre semaines. Toutes les participantes ont allaité au moins deux semaines et douze exclusivement lors des interviews. Les nourrissons étaient âgés de trois à six mois.

Les données ont été collectées par un seul chercheur grâce à des entretiens approfondis non-structurés entre juillet 2009 et janvier 2010. Chaque interview a été enregistrée et transcrite en verbatim. L'interviewer a également tenu un journal réflexif après chaque entrevue. Les déclarations pertinentes des mères ont ensuite été regroupées par thèmes puis les chercheurs ont procédé à une exploration des liens entre ces derniers.

Les résultats principaux montrent que l'allaitement peut être un acte difficile et pas forcément inné. Le choc de la réalité et les attentes idéalisées sont mis en évidence chez la plupart des participantes. Certaines se disent frustrées de ne pas y arriver instinctivement. La mauvaise prise en bouche du bébé, l'inconfort des premiers temps, les complications, la durée, la disponibilité et la grande responsabilité que demande cet acte ressortent comme difficultés. Une minorité d'entre elles ont vécu l'allaitement mieux que

leurs attentes. Ces mères expriment la sensation de ne pas y être préparée adéquatement et que les programmes de promotion idéalisent cet acte. Chacune de ces femmes connaissait les avantages nutritionnels de l'allaitement comme étant le meilleur choix pour son enfant. Ceci paraît être la principale motivation à continuer ce mode d'alimentation. La possibilité d'exprimer son lait pour inclure le partenaire soulage certaines femmes et diminue le stress. Dès lors, la plupart de ces femmes auraient souhaité avoir eu une meilleure préparation afin de les aider à faire face aux difficultés décrites.

#### **4.1.1 Validité méthodologique**

Différents principes permettent d'appuyer la crédibilité des données de cette étude. Les comités d'éthique de la recherche ont approuvé cette étude. L'utilisation de pseudonymes assure l'anonymat des membres de l'échantillon. Dès lors, ces divers éléments assurent le respect des considérations éthiques. Chaque auteur a lu individuellement les transcriptions et a choisi les déclarations pertinentes des mères. Ensuite, il y a eu une discussion entre les trois auteurs afin de se mettre d'accord sur les thèmes émergents. Il y a donc eu une triangulation des chercheurs. La triangulation des chercheurs, l'insertion du verbatim ainsi que les notes réflexives durant l'interview soutiennent la confirmabilité et la fiabilité des conclusions. Les interprétations ont été contrôlées à plusieurs reprises avec le texte original afin d'assurer la crédibilité des données.

En revanche, il aurait été encore judicieux, avant la publication de l'étude, de faire parvenir les résultats aux mères concernées afin qu'elles puissent valider l'exactitude des interprétations. La limite de cette méthode d'échantillonnage est que l'échantillon ne se compose que de sujets volontaires.

Les auteurs mentionnent quelques limites. Premièrement, toutes les mères proviennent de la même ville et du même hôpital. Il existe donc un risque de non-représentativité de la diversité de la population. Ensuite, la petite taille de l'échantillon rend la transférabilité des résultats douteuse. La phénoménologie justifie, toutefois, la participation de peu d'individus. Cependant, la notion de saturation des données n'a pas été mentionnée par les auteurs. Pour finir, les interviews ont été effectuées de trois à six mois après la naissance. Il y a donc un risque d'oubli de la part des mères. Néanmoins, les auteurs affirment que selon une revue, les souvenirs de l'allaitement seraient valides lorsqu'ils datent en-dessous de trois ans.

#### 4.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude est intéressante, car elle traite le problème de l'arrêt de l'allaitement précoce. Comme vu dans l'introduction, malgré les programmes de promotion il y a un taux d'allaitement relativement bas après un certain temps, surtout en Angleterre, où ce taux est un des plus bas d'Europe. Elle permet de mettre en évidence l'importance d'une préparation adéquate et du soutien pour les mères. Les messages de promotion paraissent clairs, les femmes savent que l'allaitement est le meilleur pour leur enfant. Toutefois, les campagnes devraient avoir un support moins idéalisé, afin de préparer à la réalité et de donner des stratégies pour faire face aux difficultés rencontrées. Pour la plupart de ces femmes ce n'est pas un acte naturel et inné. Cela montre un manque de soutien et de connaissance sur le savoir-faire.

L'application de ces résultats au contexte suisse semble envisageable. Toutefois, le système socio sanitaire en Suisse ainsi qu'en Valais propose davantage de prestations pour les mères que celui d'Angleterre. Malgré cela, il serait également utile et bénéfique d'améliorer les programmes de soutien et donner des interventions plus adaptées en se référant aux divers propos de ces mères.

#### 4.2 Description de l'étude 2

Gonçalves Urbanetto, P. D., Calcagno Gomes, G., Rodrigues Costa, A., Goulart Nobre, C. M., Modernel Xavier, D., & Contreira de Jung, B. (2018). Facilities and difficulties found by mothers to breastfeed. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 10(2), 399-405. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.399-405>

Cette étude phénoménologique descriptive et exploratoire a pour but de connaître les facilités et difficultés de l'allaitement à travers l'expérience des mères. Cette recherche s'est déroulée dans le service obstétrique de l'Hôpital universitaire du Sud du Brésil. Cet hôpital possède le label « Amis des Bébé » et une banque de lait.

Le recrutement des participantes s'est fait via un questionnaire distribué dans l'unité de l'Hôpital universitaire avec des questions démographiques, des informations, le but de l'étude ainsi qu'un formulaire de consentement. Les femmes intéressées et répondant aux critères d'inclusion ont pris rendez-vous sept jours plus tard avec la personne de référence. Les critères d'inclusion ont été d'être dans la période du postpartum immédiate, de vouloir allaiter son enfant et être capable de répondre au questionnaire. Ainsi que d'avoir un

nouveau-né à terme et en bonne santé. Les femmes qui ne souhaitent pas allaiter ont été exclues de l'étude.

Suite à cet échantillonnage par choix raisonné, onze mères primipares et multipares ont participé à l'étude. Toutes ont accouché à l'Hôpital universitaire du Sud du Brésil. Ces femmes sont âgées de 17 à 32 ans. Au niveau du statut social, deux mères n'ont pas terminé l'école obligatoire, six ont fait des études secondaires et trois ont suivi des études universitaires.

Des entrevues semi-structurées ont été menées dans le second semestre de 2012 au domicile de ces femmes. Chaque interview a été enregistrée et transcrite en verbatim. Les transcriptions ont été lues et regroupées par similitudes et différences. Ensuite, les données ont été catégorisées et les déclarations pertinentes ont été sélectionnées par les chercheurs afin d'illustrer les résultats trouvés et leur analyse.

Au niveau des résultats, les principales facilités et motivations pour allaiter décrites par les mères ont été les bienfaits du lait maternel pour la santé et le développement de leur enfant. La création du lien unique paraît également comme un élément positif. Certains éléments cités par ces mères semblent faciliter le succès de cet acte. Comme la bonne prise au sein du bébé, une expérience antérieure d'allaitement et une bonne production de lait. Au contraire, ce qui semble compromettre le plus la poursuite de ce mode d'alimentation est le retour au travail. Les diverses complications et douleurs possibles sont également des facteurs d'arrêt surtout durant les premiers temps.

#### **4.2.1 Validité méthodologique**

Divers éléments assurent le respect des considérations éthiques. Les comités d'éthique de la recherche ont approuvé cette étude. Chaque participante a signé un consentement écrit. L'utilisation de pseudonymes assure l'anonymat des membres de l'échantillon.

Concernant la sélection des données, celle-ci a été très concise. En effet, le fait d'avoir pris des femmes uniquement dans la période du postpartum immédiate nous montre que le point de vue et l'expérience sur une courte période. Pour l'analyse des données, les auteurs ne mentionnent pas de triangulation des données. Concernant la crédibilité des données, il aurait été pertinent de montrer les résultats aux participantes pour s'assurer de l'exactitude des déclarations afin d'éviter les interprétations et la subjectivité des auteurs.

Toutes les mères proviennent de la même ville et du même hôpital. Il existe donc un risque de non-représentativité de la diversité de la population. La participation volontaire des

participantes qu'entraîne cette méthode d'échantillonnage est une limite. Ensuite, la petite taille de l'échantillon rend la transférabilité des résultats douteuse. Toutefois, comme cité plus haut, la phénoménologie justifie la participation de peu d'individus. Cependant, la notion de saturation des données n'a pas été mentionnée par les auteurs. Au niveau de la forme de cette étude, les auteurs n'ont pas mentionné les limites.

#### 4.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

En mettant en lumière les facilités et difficultés dans les expériences de ces femmes, cette étude permet de voir les lacunes et les éléments à améliorer afin de favoriser la réussite de l'allaitement. Différentes propositions d'amélioration émergent de cette recherche et sont à prendre en compte par les professionnels de la santé. Tout d'abord, les résultats démontrent que le soutien et l'information devraient être plus adaptés et importants pour rassurer les mères et les encourager. La préparation devrait se faire davantage sur les complications et les difficultés possibles afin de permettre à ces femmes d'avoir les ressources pour les surmonter. Ensuite, selon les mères, les premiers temps après la naissance semblent être les plus difficiles et plus propices aux inconforts. Cela peut vite mener à un découragement et à l'arrêt de l'allaitement. Un soutien et des conseils pratiques pour diminuer les inconforts et mettre en confiance les mères seraient bénéfiques. Pour finir, le retour au travail semble être un élément principal de l'interruption de l'allaitement.

L'application de ces résultats dans le contexte helvétique et valaisan semble possible. Le congé de maternité en Suisse fait partie des plus courts. Il conviendrait donc de suivre l'exemple de la Suède et de revoir les politiques de santé afin de mettre à disposition un congé maternité plus long.

#### 4.3 Description de l'étude 3

Klimeck Brauner Pissolato, L., Neumaier Alves, C., Alende Prates, L., Antunes Wilhelm, L., & Ressel, L. B. (2015). THE BREASTFEEDING EXPERIENCE IN RECENT MOTHERS VIEW: CONTRIBUTIONS FOR NURSING. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 9(8), 8771-8777. <https://doi.org/10.5205/reuol.7696-67533-1-SP-1.0908201502>

L'objectif de cette étude phénoménologique descriptive est de connaître l'expérience de l'allaitement chez des récentes mères dans la ville de Rio. Le but étant de mettre en lumière les facteurs facilitant ou compliquant l'allaitement.

Le recrutement de ces participantes s'est fait avec la méthode d'échantillonnage accidentel dans l'unité de soins de l'Hôpital de Rio. Les critères d'inclusion étaient d'être une femme dans la période du postpartum et qui allaite. Les personnes répondant à ces critères ont été choisies au hasard selon leur arrivée dans le service jusqu'à la saturation des données. Dix mères primipares et multipares âgées entre 20 et 45 ans ayant donné naissance à l'Hôpital de Rio ont participé à cette recherche. Toutes ont des nourrissons âgés entre 21 jours et quatre mois. En ce qui concerne leur niveau d'éducation, sept de ces femmes ont fini le lycée, deux ont suivi des études universitaires et une collégiale.

En décembre 2013, des interviews individuelles semi-structurées ont été effectuées dans le service avec chaque mère. Les déclarations des parturientes ont été transcrites en verbatim. Plusieurs lectures approfondies des transcriptions avec mise en évidence des thèmes et des déclarations pertinentes ont permis l'analyse des données. Les chercheurs ont ensuite confronté les résultats trouvés avec les références théoriques et présenté les résultats.

Les résultats montrent que pour les femmes, l'allaitement est un phénomène très influencé par la culture avec beaucoup de valeurs concernant les bienfaits pour l'enfant. L'allaitement est considéré comme un élément important pour créer un lien avec son enfant. Cette pratique se trouve beaucoup influencée par la société avec des mythes présents. Dans la société allaiter apparaît comme la condition pour être une bonne mère. Ce phénomène peut mener les femmes qui n'allaitent pas à une grande culpabilité et un mal être. Pour finir, ces femmes soulignent l'importance de la présence et la participation du partenaire.

#### **4.3.1 Validité méthodologique**

Divers éléments assurent le respect des considérations éthiques. Tout d'abord, cette recherche a été approuvée par les comités d'éthique de la recherche. Ensuite, l'utilisation de pseudonymes permet de maintenir l'anonymat des participantes. Les auteurs ne précisent pas avoir obtenu de consentement oral et/ou écrit. Cependant, en répondant favorablement aux interviews des chercheurs, il est possible d'admettre que les mères interrogées dans cette étude ont implicitement accepté d'y prendre part.

Le fait que les mères proviennent que d'une seule ville, le risque de non-représentativité de la population existe. De plus, la méthode d'échantillonnage entraîne la participation de personnes disponibles et volontaires uniquement. La petite taille de l'échantillon rend également la transférabilité des résultats douteuse. Toutefois, les auteurs affirment avoir effectué des entrevues jusqu'à saturation des données.

Afin d'assurer la crédibilité et la confirmabilité des résultats, une triangulation des chercheurs et la vérification des résultats auprès des participantes auraient été pertinentes et adéquates. Par ailleurs, les auteurs affirment avoir effectué plusieurs lectures approfondies des transcriptions. Pour finir, au niveau de la forme de cette étude, les limites ne sont pas mentionnées.

#### 4.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cet article permet de montrer que les connaissances et les messages de promotion sur les bienfaits de l'allaitement sont bien pris en compte. Les lacunes et les points à améliorer pour le soutien et le succès de l'allaitement sont mis en avant. En effet, on peut remarquer que des informations valables, claires et adéquates sont indispensables. C'est un acte très influencé par la société et la culture où l'image d'être une bonne mère renvoie systématiquement au fait d'allaiter son enfant. Ce phénomène peut mettre les mères qui n'allaitent pas dans une situation de détresse et de culpabilité. Par conséquent, il serait alors important de sensibiliser les professionnels sur le respect des choix de chaque personne et de n'en porter aucun jugement. Mais au contraire, les encourager et les soutenir dans leur choix d'alimentation. Cette étude souligne également l'importance de la présence et du soutien du partenaire. Les supports de promotion et les soignants devraient donc davantage intégrer le père afin qu'il soutienne au mieux la mère.

Si l'on applique ces résultats dans le contexte helvétique et valaisan, davantage d'intégration et de considération auprès des pères dans le processus de soins seraient des éléments aidant le succès de l'allaitement. Les programmes de promotion de l'allaitement devraient également soutenir les mères ne désirant ou ne pouvant pas allaiter dans un processus de non-jugement et de respect.

#### 4.4 Description de l'étude 4

Keevash, J., Norman, A., Forrest, H., & Mortimer, S. (2018). What influences women to stop or continue breastfeeding? A thematic analysis. *British Journal of Midwifery*, 26(10), 651-658. <https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.10.651>

Cette recherche phénoménologique, exploratoire, ayant eu lieu au Royaume-Uni se donne pour objectif de comprendre l'expérience des femmes qui allaitent et de mettre en lumière ce qui les influencent à continuer ou non cet acte.

L'annonce de recrutement pour cette recherche a été affichée à l'aide d'un questionnaire sur les réseaux sociaux et particulièrement sur une page de soutien à l'allaitement sur Facebook. Ainsi, après cet échantillonnage par choix raisonné, les chercheurs ont reçu 1542 réponses de femmes. Puis à l'aide d'un échantillonnage aléatoire simple depuis cette liste, 41 mères primipares et multipares ont pris part à cette recherche. Ces femmes sont âgées entre 18 et 45 ans. La durée de l'allaitement s'est trouvée entre une semaine et trois ans avec une moyenne de six à douze mois.

Concernant les critères d'inclusion, il fallait avoir allaité pendant une quelconque période, durant les cinq ans précédant la collecte des données.

La récolte d'informations s'est déroulée de mai à août 2016. Pendant cette période, les chercheurs ont mené des entretiens semi-structurés individuels. Toutes les entrevues ont duré, en moyenne, 30 minutes. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits en verbatim. Puis, les transcriptions ont été relues à plusieurs reprises et chaque auteur a individuellement identifié des thèmes. Les thèmes émergents ont été confirmés par un autre membre. De plus, les auteurs ont utilisé un codage qui a facilité l'identification des commentaires de chaque participante. Chacun de ces codes ainsi que les résultats finaux ont été envoyés et validés par les participantes.

Les résultats de cette étude mettent en évidence l'importance d'un soutien et des informations. En effet, divers aspects sont soulignés : le manque d'information sur la réalité, sur comment faire face aux différents problèmes et complications possibles, les contradictions entre les professionnels, le manque de préparation et de soutien dans la pratique. Egalement, il est souligné l'importance du soutien du partenaire et des membres de la famille dans le succès de l'allaitement à long terme. La pression socioculturelle sur ce mode d'alimentation est très présente. En effet, la société porte un regard jugeant et culpabilisateur sur les femmes n'allaitant pas ou celles qui au contraire allaitent « trop longtemps ». La création du lien d'attachement et le rôle de maternage sont des éléments positifs et aidants.

#### **4.4.1 Validité méthodologique**

Cette étude est bien structurée, les méthodes et les techniques sont bien décrites et appropriées. Divers aspects appuient la crédibilité et la fiabilité des résultats dans cette étude. Tout d'abord, il y a eu triangulation des chercheurs, car deux auteurs différents ont analysé les informations recueillies de manière indépendante et ont discuté des divergences jusqu'à l'obtention d'un consensus. La triangulation des outils de collecte de

données, un questionnaire puis des entretiens renforcent également la crédibilité. De plus, un troisième membre de l'équipe, a vérifié et validé les codes utilisés. Les auteurs ont fait vérifier les données par les participantes afin d'assurer la pertinence des résultats. La méthode d'échantillonnage comporte une limite par le fait de la participation volontaire. En outre, nous n'avons pas d'informations sur la validité et la fidélité du questionnaire.

Les considérations éthiques sont respectées. En effet, cette étude a obtenu l'approbation éthique des comités de recherche et chaque participante a donné son consentement. L'utilisation de pseudonymes assure aussi l'anonymat de ces femmes.

Bien que cette étude possède de nombreuses forces, les auteurs soulignent quelques limites. Notamment, cette approche qualitative ne permet pas forcément la transférabilité des résultats à une population plus grande. Cependant, l'échantillon étant quand même de taille importante suppose que les résultats peuvent être représentatifs de la population en général. De plus, les chercheurs assurent avoir récolté les données jusqu'à saturation.

#### **4.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Cette étude semble pertinente pour la pratique professionnelle. En effet, à travers les propos de ces femmes, les éléments à améliorer pour favoriser le bien-être de la mère, ainsi que le succès et l'augmentation de l'allaitement, sont mis en évidence. Plusieurs pistes d'amélioration émergent suite à ces diverses déclarations. Premièrement, ces résultats sensibilisent les professionnels de la santé sur le fait que ces femmes ont besoin de plus d'informations pratiques, de conseils adéquats et adaptés sur la réalité. De plus, le partenaire est un facteur aidant et favorisant la bonne réussite de l'allaitement. Il serait donc nécessaire et bénéfique de l'intégrer de plus en plus dans le processus de soins. Pour finir, les pressions socioculturelles paraissent très importantes et difficiles à supporter. L'allaitement est synonyme de bonne mère et inversement les femmes qui n'allaitent pas se sentent jugées négativement et peuvent éprouver de la culpabilité. C'est le rôle des soignants de respecter le choix des parents, d'être dans le non-jugement et de les soutenir quelle que soit leur décision.

Finalement, bien que le système au Royaume-Uni diffère légèrement de celui en Suisse, la transférabilité des conclusions au milieu suisse peut être envisagée.

#### 4.5 Description de l'étude 5

Dietrich Leurer, M., & Misskey, E. (2015). The Psychosocial and Emotional Experience of Breastfeeding. *Global qualitative nursing research*, 2.  
<https://doi.org/10.1177/2333393615611654>

L'objectif principal poursuivi par cette recherche phénoménologique, exploratoire, réalisée au Canada, est de découvrir l'expérience des femmes ayant allaité. Des lettres d'invitation ont été distribuées, à partir de janvier 2012 durant une période de six mois, par les infirmières en santé publique sur 551 participantes potentielles fréquentant les services de santé publique de la région Est du pays. Ces enveloppes contenaient les informations sur l'étude, un formulaire de consentement écrit ainsi qu'un questionnaire de 26 questions quantitatives et qualitatives. Pour participer à cette étude, les membres de l'échantillon devaient avoir initié l'allaitement et avoir un enfant âgé entre six et douze mois. Ainsi, grâce à cet échantillonnage par choix raisonné, 191 mères primipares et multipares âgées de 26 à 35 ans ont pris part à cette étude.

Les réponses aux questions démographiques et sur les pratiques d'alimentation ont été analysées à l'aide d'un logiciel quantitatif (SPSS). Les réponses aux questions ouvertes ont été analysées de manière qualitative. Cet article se concentre sur les réponses narratives répondant à la question du ressenti face à l'expérience de l'allaitement. Ces réponses ont été transcrites textuellement et ont été groupées par catégories, par la première chercheuse. Ensuite, un travail de collaboration entre les deux auteurs a permis l'identification des déclarations pertinentes, des principaux thèmes et des catégories définitifs.

Les principaux résultats relèvent divers sentiments et émotions vécus par les mères. La majorité de celles-ci décrivent des sentiments et des émotions positifs face à cet acte. Elles soulignent la création du lien unique avec leur enfant et la manière optimale d'alimenter son bébé. Certaines femmes ont un avis plus mitigé concernant leur expérience. En effet, certains éléments semblent stressants pour elles telle que l'incertitude d'avoir assez de lait pour nourrir son enfant, le manque d'assurance et de confiance en elle. Enfin, pour certaines d'entre-elles l'allaitement a été une source majeure de frustration et de difficulté. Les aspects principaux qui ont rendu cette expérience désagréable sont l'adaptation au rythme du nourrisson, l'inconfort et les douleurs. De plus, la contrainte de la disponibilité que demande cet acte diminue la possibilité de participer à des activités lucratives.

#### **4.5.1 Validité méthodologique**

Cette étude comporte de nombreuses limites. Tout d'abord, la méthode de récolte de données n'est pas très appropriée et porte à des risques de biais d'interprétation de la part des chercheurs. En effet, une méthode de collecte de données comme une entrevue est plus riche en interaction et détails. Toutefois, la triangulation des chercheurs lors de l'analyse des réponses aux questionnaires par les deux auteurs soutient la crédibilité et la confirmabilité des résultats de cette étude. Par ailleurs, il aurait été judicieux d'envoyer l'analyse finale aux participantes afin d'effectuer une vérification des interprétations concluant l'étude.

Divers procédés dans cette étude assurent le respect des considérations éthiques. En premier lieu, les comités d'éthique de la recherche ont donné leur approbation. Puis, les participantes ont donné leur consentement écrit et les femmes ont été incitées à remplir le formulaire à leur domicile afin de garder l'anonymat.

Les auteurs mentionnent également plusieurs limites. La participation volontaire des mères ne permet pas aux autres femmes avec des caractéristiques différentes et un niveau d'éducation moins élevé de participer. L'échantillon est donc non représentatif de la population en général. Ceci rend la transférabilité des résultats douteuse. La méthode de collecte de données choisie n'est pas adéquate. Pour finir, les auteurs ne font pas référence à la saturation des données.

#### **4.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

La validité méthodologique peu pertinente de cette étude rend la pertinence clinique moindre. Toutefois, les résultats restent intéressants et utiles pour la pratique, car ceux-ci nous donnent le point de vue des mères et mettent en lumière que chaque expérience est unique. En effet, une même chose qui peut être innée et facile chez une personne peut s'avérer difficile et stressante chez une autre. En ce sens, il est important de favoriser une approche professionnelle personnalisée et holistique dans le cadre de l'allaitement. Les mères ont besoin d'être prévenues de la réalité de la pratique, encouragées et soutenues dans les difficultés potentielles.

L'application des résultats de cette recherche au contexte suisse peut être envisageable. Par ailleurs, les auteurs ne précisent pas si la saturation des données a été atteinte. Cela ne favorise pas la transférabilité des résultats.

#### 4.6 Description de l'étude 6

Lucchini Raies, C., Márquez Doren, F., & Rivera Martínez, M. S. (2017). I want to breastfeed my baby: Unveiling the experiences of women who lived difficulties in their breastfeeding process. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(5), 622-628.  
<https://doi.org/10.4067/s0370-41062017000500008>

Ayant lieu au Chili, cette recherche phénoménologique a pour objectif d'explorer le vécu des femmes ayant des difficultés avec l'allaitement. La méthode d'échantillonnage par choix raisonné, a permis de recruter les participantes sur la base de leurs connaissances sur le phénomène. Pour être incluse dans cette étude, il était nécessaire de rencontrer des difficultés en lien avec l'allaitement et de bénéficier d'un suivi en soins ambulatoire dans une clinique spécialisée dans ce domaine. Ainsi, douze mères âgées de 18 à 41 ans et fréquentant un service ambulatoire de soins à la clinique d'allaitement ont participé à l'étude. La majorité de ces femmes sont mariées, primipares et ont poursuivi des études universitaires. Concernant les enfants, leurs âges varient entre quatre à six mois au moment des interviews. Les complications de ces femmes étaient les crevasses, les mycoses, l'engorgement, la difficulté de succion du bébé et la perte de poids du nourrisson.

La récolte des données a été réalisée grâce à la conduite d'entretiens individuels, semi-structurés et enregistrés, qui ont duré environ 40 minutes. Tous ont été menés par le chercheur principal. Ce dernier a également assuré la tenue de notes de terrain. Les interviews ont ensuite été transcrites en verbatim.

Puis, chaque entretien a été analysé individuellement par chaque auteur. Pour l'analyse, un chercheur a consulté les entrevues jusqu'à saturation des données. Les transcriptions et les notes de terrain ont été relues à plusieurs reprises jusqu'à l'émergence des principaux thèmes. Ces derniers ont ensuite été partagés à deux des participantes pour valider les interprétations.

Les résultats de cette recherche révèlent cinq réactions principales des mères face à leurs difficultés :

- La reconnaissance et la réalisation d'avoir des difficultés.
- L'impact émotionnel qu'entraîne cette impression de ne pas être capable d'allaiter.
- La motivation et les stratégies pour surmonter ces difficultés et continuer cet acte.
- L'importance du soutien des professionnels et de l'entourage particulièrement du partenaire.

- Transition du stress et de la détresse vers la gratification et l'autonomie lorsqu'il y a un soutien adéquat.

Il ressort de cet article que le soutien de la part des professionnels et d'une personne significative de leur entourage est essentiel pour les mères afin de leur donner l'assurance et les ressources nécessaires pour surmonter les difficultés rencontrées. Le fait que le lait maternel reste la meilleure alimentation pour l'enfant paraît être la principale source de motivation à continuer et persévérer.

#### **4.6.1 Validité méthodologique**

La crédibilité des résultats de cette étude est favorisée par différents paramètres. Premièrement, les données ont été remaniées à plusieurs reprises et les thèmes précisés jusqu'à ce qu'ils reflètent au mieux l'expérience décrite lors des entrevues. De plus, il convient de souligner l'usage de la triangulation des chercheurs. Effectivement, chaque auteur a analysé les transcriptions de manière indépendante. Puis, ils ont discuté jusqu'à l'obtention d'un consensus concernant la définition finale des thèmes. D'ailleurs, ce processus d'analyse collaborative permet aussi d'appuyer la fiabilité des données, tout comme les notes réflexives lors des entretiens.

Concernant le critère de confirmabilité, il est soutenu par la triangulation des chercheurs, l'utilisation des verbatim ainsi que par la vérification par les participantes.

Enfin, il est important de relever que cette étude respecte les critères éthiques. En effet, chaque participante a signé un formulaire de consentement et les comités d'éthique de la recherche ont donné leur approbation. Les enregistrements des interviews ont été protégés par un mot de passe et supprimés après analyse.

Dans cet article, une limite est énoncée par les auteurs. Cette étude s'intéresse à un groupe de femmes homogènes, il serait intéressant, lors d'un nouveau projet, d'étudier l'expérience des femmes avec différentes caractéristiques. Pour finir, l'échantillon de cette étude est relativement de petite taille. Toutefois, les auteurs affirment avoir atteint la saturation des données.

#### **4.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Cet article est intéressant et utile pour la pratique. En effet, comme vu dans l'introduction de cette revue, le pourcentage de femmes ayant des complications est non négligeable. Cela semble être une des principales raisons d'arrêt précoce de l'allaitement. Les

conclusions de cette étude soulignent l'importance de développer davantage de soins et de soutien envers ces femmes. En effet, les mères ont souligné le fait qu'un soutien adéquat de la part des professionnels est essentiel et indispensable pour surmonter les problèmes. Les déclarations mettent en lumière également la nécessité et l'importance de la cohérence des discours et des conseils dans l'équipe. Ceci permettrait d'éviter les contradictions qui rendent la parturiente encore plus confuse. Les mères ont l'impression de manquer de considération au niveau psychologique, de temps pour discuter et poser des questions. Les participantes affirment que du soutien de la part d'une personne significative est également essentiel et bénéfique. Il conviendrait donc d'améliorer la prise en charge et d'intégrer de plus en plus les partenaires dans le processus de soins.

Finalement, les auteurs ont décrit les résultats de manière relativement détaillée et divers éléments permettent d'envisager la transférabilité des conclusions au milieu helvétique.

#### 4.7 Synthèse des principaux résultats

Les thèmes principaux émergeant des études analysées, en lien avec la question de recherche, sont cités ci-dessous :

**Le choc de la réalité** : De nombreuses mères, avaient des attentes illusoire et idéalisées face à l'allaitement et décrivent un choc de la réalité. La cause semble être les campagnes de promotion qui mettent en avant les avantages nutritionnels et affectifs, les complications et les possibles difficultés paraissent méconnues. Les messages et les informations sont centrés sur la physiologie de l'allaitement et les effets sur la santé de l'enfant. Davantage d'information au sujet de l'allaitement, particulièrement sur les difficultés, semble nécessaire pour promouvoir une durée plus longue de cet acte (Keevash, Norman, Forrest, & Mortimer, 2018; Klimeck Brauner Pissolato, Neumaier Alves, Alende Prates, Antunes Wilhelm, & Ressel, 2015; Spencer, Greatrex-White, & Fraser, 2014a).

**L'importance de la préparation et du soutien adéquat des professionnels** : Le soutien et une préparation adéquate de la part des professionnels de la santé semblent clairement contribuer au succès de l'allaitement. En effet, dans plusieurs de ces études, les femmes démontrent la nécessité et le besoin des soins apportés. Cependant, un manque de préparation et de soutien adéquat ressortent souvent (Gonçalves Urbanetto et al., 2018; Keevash et al., 2018; Klimeck Brauner Pissolato et al., 2015; Lucchini Raies, Márquez Doren, & Rivera Martínez, 2017; Spencer et al., 2014a). De plus, les contradictions des soignants semblent fréquentes et ont une mauvaise influence sur les mères (Keevash et al., 2018; Lucchini Raies et al., 2017).

**Le précieux soutien du partenaire** : Le soutien d'une personne significative pour la mère, notamment le partenaire, semble être un élément nécessaire à la réussite de l'allaitement (Keevash et al., 2018; Klimeck Brauner Pissolato et al., 2015; Lucchini Raies et al., 2017; R. Spencer et al., 2014). Il paraît donc indispensable de l'intégrer davantage dans le processus de soins.

**La création du lien unique** : La création du lien unique que crée cet acte est évident. Cela semble être pour la plupart un facteur motivant et encourageant la poursuite de l'allaitement (Dietrich Leurer & Misskey, 2015; Gonçalves Urbanetto et al., 2018; Keevash et al., 2018; Klimeck Brauner Pissolato et al., 2015).

**La pression socioculturelle** : La majorité de ces études analysées, mettent en lumière le fait que la société et la culture ont un impact relativement fort sur les mères qui allaitent et celles qui ne le font pas. Il semble avoir une construction sociale qui associe souvent

l'allaitement comme synonyme de bonne mère. Cela peut donc engendrer une importante culpabilité et une frustration chez ces femmes. Par conséquent, ce regard-là sur les femmes qui n'allaitent pas pour diverses raisons paraît jugeant et très déstabilisant pour elles (Dietrich Leurer & Misskey, 2015; Keevash et al., 2018; Klimeck Brauner Pissolato et al., 2015; R. Spencer et al., 2014).

## 4.8 Discussion

### 4.8.1 Discussion des résultats

Tout d'abord, il est important de relever le fait que les messages actuels de promotion sur les bienfaits et les avantages de l'allaitement semblent passés et compris par les mères. D'ailleurs, comme vu dans l'introduction, le rapport annuel de 2017 montre que la volonté d'allaiter est présente chez la majorité des femmes en Suisse. Toutefois, la durée de l'allaitement est relativement courte chez beaucoup de mères (Promotion allaitement maternel Suisse, 2017). En effet, plusieurs études montrent que le taux d'initiation à l'allaitement est relativement élevé, mais sa poursuite s'arrête précocement (Dietrich Leurer & Misskey, 2015; Gonçalves Urbanetto et al., 2018; Keevash et al., 2018; Spencer et al., 2014a).

Cet arrêt précoce peut s'expliquer par diverses raisons et difficultés. Dans leur revue systématique, Marcellin et Chantry (2015), expliquent que les complications et les douleurs physiques amènent souvent les femmes à interrompre cet acte. Plusieurs expériences, vues dans les études analysées, confirment que l'inconfort, particulièrement présent lors des premières semaines, et les complications impactent fortement sur l'envie de continuer (Dietrich Leurer & Misskey, 2015; Gonçalves Urbanetto et al., 2018; Keevash et al., 2018; Klimeck Brauner Pissolato et al., 2015; Lucchini Raies et al., 2017; Spencer et al., 2014a). De plus, malgré les conditions aménagées, le retour au travail engendre souvent l'arrêt de l'allaitement (Gonçalves Urbanetto et al., 2018).

En outre, certaines femmes soulignent la lourde responsabilité ainsi que l'aspect contraignant et stressant de l'allaitement qui demande une grande disponibilité (Dietrich Leurer & Misskey, 2015; Spencer et al., 2014a). Par ailleurs, pour soulager cette fatigue, le soutien du partenaire ou d'une personne proche pour la mère paraît indispensable. C'est-à-dire que lorsque le partenaire apporte un soutien et une aide adéquate, la mère sera encouragée à continuer et à surmonter les difficultés (Keevash et al., 2018; Klimeck Brauner Pissolato et al., 2015; Lucchini Raies et al., 2017; Spencer et al., 2014a). En considérant cela, il est intéressant de noter que les pères se sentent peu intégrés et en manque de considération de la part des professionnels durant la grossesse et dans la période du postpartum (Haute école de Santé Vaud & Association Männer.ch, 2019). Ainsi, il paraît primordial d'intégrer et d'informer davantage les pères dans la période de périnatalité.

Concernant les facilités et les stratégies pour allonger la durée de l'allaitement, plusieurs éléments ressortent des études analysées. Les bénéfices du soutien et l'information des professionnels sur la poursuite et le succès de l'allaitement semblent évidents et bénéfiques. En effet, les mères affirment que l'aide et le soutien des professionnels de la santé leur apportent de la confiance et les encouragent face aux difficultés et appréhensions (Gonçalves Urbanetto et al., 2018; Keevash et al., 2018; Klimeck Brauner Pissolato et al., 2015; Lucchini Raies et al., 2017). Néanmoins, ces femmes mettent en lumière un manque de préparation et d'informations adéquates de l'allaitement au Royaume-Uni. Elles expliquent que la promotion actuelle est centrée sur la physiologie et idéalise cet acte (Keevash et al., 2018; Klimeck Brauner Pissolato et al., 2015; Lucchini Raies et al., 2017; Spencer et al., 2014a). De plus, certaines mères soulignent l'incohérence et les contradictions des discours dans l'équipe. (Keevash et al., 2018; Lucchini Raies et al., 2017). Il conviendrait donc d'améliorer les supports de promotion et d'apporter une cohérence dans l'équipe.

Les mères ayant pris part à l'étude de Keevash et al. (2018) expliquent que l'aide apportée par des femmes de la famille qui ont déjà expérimenté l'allaitement était une source d'information et de soutien importante pour surmonter les difficultés.

London et Davidson (2010) ainsi que Camus (2017) mettent en lumière l'aspect affectif de l'allaitement, la création du lien unique et le renforcement de l'attachement que favorisent cet acte. D'ailleurs, parmi les motivations à allaiter, deux principales perçues par les mères sont décrites dans toutes les études. Celles-ci sont les bienfaits sur la santé, le développement de leur enfant et la création du lien unique. (Dietrich Leurer & Misskey, 2015; Gonçalves Urbanetto et al., 2018; Keevash et al., 2018; Klimeck Brauner Pissolato et al., 2015; Lucchini Raies et al., 2017; Spencer et al., 2014a).

A travers les expériences de ces femmes dans les études analysées, il a été mis en avant l'importante influence de la société et de la culture sur l'attitude des femmes face à l'allaitement. En effet, la société porte un regard jugeant et culpabilisant sur la femme qui n'allait pas ou au contraire qui allaite « trop longtemps ». L'allaitement semble une condition essentielle afin d'être une bonne mère. Par conséquent, les femmes n'allaitant pas peuvent culpabiliser et se sentir inconfortables. (Keevash et al., 2018; Klimeck Brauner Pissolato et al., 2015; Spencer et al., 2014a).

#### 4.8.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

L'ensemble des études analysées respectent les considérations éthiques. La véracité est assurée principalement par trois des études. En effet, celles-ci ont procédé à la triangulation des chercheurs. Deux de ces études ont appliqué la vérification par les participantes et la tenue d'un journal réflexif afin d'assurer la bonne interprétation des données (Keevash et al., 2018; Lucchini Raies et al., 2017; Spencer et al., 2014a). Une d'entre elle a également procédé à la vérification des résultats par un membre externe (Keevash et al., 2018). Ces éléments permettent de soutenir la crédibilité, la confirmabilité et la fiabilité des conclusions émises.

Néanmoins, certaines études possèdent quelques faiblesses. Effectivement, quatre études présentent un risque de non représentativité de la population (Dietrich Leurer & Misskey, 2015; Gonçalves Urbanetto et al., 2018; Klimeck Brauner Pissolato et al., 2015; Spencer et al., 2014a). Toutefois, il est important de remarquer que dans chaque article, la méthodologie concernant la récolte et l'analyse des données est relativement bien détaillée. Il semble ainsi possible d'envisager la transférabilité des résultats. Cette démarche d'application des conclusions dans d'autres milieux pourrait toutefois être limitée par la petite taille des échantillons propre à la phénoménologie. Par ailleurs, seules trois études font référence au principe de saturation des données (Keevash et al., 2018; Lucchini Raies et al., 2017; Spencer et al., 2014a). Dès lors, bien que la transférabilité des résultats ne corresponde pas au but premier de la recherche qualitative, elle pourrait éventuellement être considérée.

#### 4.9 Limites et critiques de la revue de la littérature

Cette revue de la littérature étoffée comporte plusieurs limites. Tout d'abord, il était nécessaire de choisir seulement six à dix études. Ceci restreint les possibilités de recherche. En effet, la sélection des données avec des critères précis tels que « full text » ne permet pas d'avoir accès à certains articles qui pourraient être pertinents. Il fallait également que quatre des six études retenues soient issues de la discipline infirmière. Ce critère réduit considérablement le choix offert sur les bases de données interrogées. De plus, certaines études comportent des limites importantes. Cela diminue la validité et la crédibilité des résultats.

Pour terminer, il est nécessaire de mentionner que les collectes de données des six études se sont déroulées dans des régions avec un système de santé différent de la Suisse

(Royaume-Uni, Chili et Canada). Ainsi, il semble donc plausible d'admettre que l'expérience des mères peut différer.

Toutefois, cette revue de la littérature se base sur l'analyse d'articles récents, publiés dès 2014. Cela permet d'assurer que les réponses apportées soient d'actualité. De plus, les critères de formes sont respectés et la méthodologie détaillée.

## **5 Conclusions**

Cette revue de la littérature a permis de mettre en évidence une liste non-exhaustive de difficultés, stratégies et facilités perçues par les mères face à l'allaitement. De l'analyse de ces articles, il ressort également certaines nécessités d'amélioration au niveau de la prise en charge des professionnels de la santé. Ainsi, ces dernières seront explicitées dans les points suivants.

### **5.1 Propositions pour la pratique**

Premièrement, un manque de soutien et de préparation à la réalité de l'allaitement de la part des professionnels ont parfois été exprimés par les participantes. En effet, certaines mères ont l'impression que les programmes de promotion et de préparation se concentrent uniquement sur l'aspect physiologique et les avantages de l'allaitement, sans se préoccuper des éventuelles difficultés et aspects moins faciles de cet acte. Un manque de cohérence dans les discours des équipes a également été souligné. C'est pour cela que dans le but d'offrir une prise en charge de qualité et afin d'augmenter le taux d'allaitement, il est essentiel d'informer et de préparer davantage les mères sur les possibles complications afin qu'elles aient les ressources pour les surmonter. De plus, dans la pratique lorsque ces problèmes surviennent, un soutien adéquat est indispensable pour aider les mères et les encourager à continuer.

Par ailleurs, les principales difficultés énoncées par les mères varient. Elles peuvent concerner le temps et la disponibilité que cet acte demande ainsi que la grande responsabilité. D'autres, sont en lien avec les douleurs et les complications physiques. Par conséquent, cela démontre l'utilité d'offrir du soutien et une prise en charge holistique. Il est donc du devoir des professionnels de la santé de s'intéresser à l'aspect somatique mais également aux éléments qui relèvent de l'ordre du psychologique et du social.

De plus, selon l'expérience de ces femmes, l'aide et le soutien apportés par les partenaires ou une personne proche semblent primordiaux pour la réussite de l'allaitement. Les pères manquent de considération et d'intégration dans les soins. Il serait alors bénéfique et

important de les intégrer davantage dans les soins et les informer pour qu'ils soient un soutien de qualité pour la mère.

Puis, il est important de souligner le fait que chaque parent a le droit de choisir ce qui lui paraît être le mieux pour lui et son enfant. Il tient donc du rôle du professionnel de la santé d'être à l'écoute et de respecter les choix des parents. En effet, la société qui a une grande influence, porte un regard jugeant et culpabilisant sur les femmes qui n'allaitent pas. Les soignants doivent soutenir ces femmes et les aider également dans leur choix.

Finalement, un lien entre la durée du congé de maternité et la durée d'allaitement peut être établi. En effet, les familles suédoises bénéficient d'un congé de parentalité très long et la Suède obtient l'un des meilleurs taux d'allaitement. De plus, le retour au travail semble un facteur important d'arrêt précoce de cet acte, malgré les conditions aménagées. Il conviendrait donc de revoir les politiques de santé pour pouvoir allonger le congé de maternité.

## **5.2 Propositions pour la formation**

Un des points forts qui émane de cette revue est le manque de préparation et d'information de la part des supports de promotion et des professionnels de la santé. En Valais, dans le cadre de la formation Bachelor en soins infirmiers, un module sur la pédiatrie comprenant un cours sur l'allaitement est dispensé. La Suisse offre la possibilité aux professionnels des domaines pédagogiques et de la santé d'obtenir un Certificate of Advanced Studies (CAS) sur la santé du petit enfant et de la famille (Haute école spécialisée de Suisse occidentale, 2019). Toutefois, aucune formation continue centrée sur la maternité et l'allaitement n'est proposée en Valais ou en Suisse pour les infirmiers. En outre, le Valais propose des consultantes en lactation et des visites postnatales de sages-femmes qui sont spécialisées dans le sujet de l'allaitement.

Un autre aspect mis en lumière par ce travail porte sur la nécessité de développer des soins en intégrant davantage le partenaire. En Valais, il existe des cours de préparation à la naissance pour les parents où le père est invité à participer (Valais Family, 2018). Par conséquent, le partenaire étant un soutien essentiel, le suivi de ces cours pourrait être un réel atout.

Finalement, cette revue a souligné un élément intéressant sur le fait que la société fait tout pour que les femmes allaitent, laissant celles qui ne le font pas dans une position de culpabilité. Cette pression que subissent ces femmes n'est pas négligeable et c'est du rôle propre au professionnel d'être à l'écoute, de les respecter les parents et de les soutenir.

quel que soit leur choix. Dans la formation Bachelor soins infirmiers, en Valais, des cours sur le non-jugement et l'écoute active sont dispensés. C'est la posture que tout professionnel devrait avoir pour améliorer la situation.

### **5.3 Propositions pour la recherche**

En premier lieu, étant un soutien essentiel pour les mères, il serait pertinent de conduire des études sur le ressenti et l'expérience des pères. Effectivement, il a été noté que les pères manquaient de considération et d'intégration dans les soins.

Ensuite, dans une autre démarche, il serait également judicieux de s'intéresser aux femmes qui n'allaitent pas et de connaître leur ressenti face à la pression de la société. En effet, la société fait tout pour que les femmes allaitent. Par conséquent, les mères n'effectuant pas cet acte sont culpabilisées et peuvent se sentir délaissées.

Pour finir, l'analyse du lien entre le congé de maternité et le taux d'allaitement pourrait également être intéressante. Etant donné que la Suède bénéficie d'un congé maternité relativement long et d'un taux d'allaitement élevé, un lien peut être établi.

## 6 Références bibliographiques

- Association genevoise pour l'alimentation infantile. (2018). Pour les Mamans. Consulté 30 octobre 2018, à l'adresse GIFA website: <https://www.gifa.org/suisse/pour-les-mamans/>
- Association Suisse des doulas. (2018a). Les avantages de l'accompagnement à la naissance par une doula. Consulté 12 novembre 2018, à l'adresse <https://www.doula.ch/fr/page/les-avantages-une-doula/>
- Association Suisse des doulas. (2018b). Une doula c'est quoi? | Doula Suisse. Consulté 12 novembre 2018, à l'adresse <https://www.doula.ch/fr/page/une-doula-cest-quoi/>
- Association Vaudfamille. (2018a). Allaitement et accessoires. Consulté 4 janvier 2019, à l'adresse <https://www.vaudfamille.ch/N6550/allaitement-et-accessoires.html>
- Association Vaudfamille. (2018b). Lamal: Prestations maternité. Consulté 5 novembre 2018, à l'adresse <http://www.vaudfamille.ch/N552519/lamal-prestations-maternite.html>
- Bee Helen, & Boyd Denise. (2011). *Les âges de la vie psychologie du développement humain* (Erpi). Québec.
- Bevan, G., & Brown, M. (2014). Interventions in exclusive breastfeeding: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(2), 86-89. Consulté à l'adresse ccm.
- Camus, G. (2017). *L'allaitement maternel Guide à l'usage des professionnels* (De Boeck Supérieur). Paris.
- Chantry, A. A., Monier, I., & Marcellin, L. (2015). Allaitement maternel (partie 1) : Fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation. Recommandations pour la pratique clinique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 44(10), 1071-1079.  
<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.09.026>
- Dietrich Leurer, M., & Misskey, E. (2015). The Psychosocial and Emotional Experience of Breastfeeding. *Global qualitative nursing research*, 2.  
<https://doi.org/10.1177/2333393615611654>

- Fanello, S., Moreau-Gout, I., Cotinat, J. P., & Descamps, P. (2003). Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : Une enquête auprès de 308 femmes. *Archives de Pédiatrie*, *10*(1), 19-24. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(03\)00216-1](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(03)00216-1)
- Fortin Marie-Fabienne, & Gagnon Johanne. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (Chenelière). Québec.
- Gonçalves Urbanetto, P. D., Calcagno Gomes, G., Rodrigues Costa, A., Goulart Nobre, C. M., Modernel Xavier, D., & Contreira de Jung, B. (2018). Facilities and difficulties found by mothers to breastfeed. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, *10*(2), 399-405. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.399-405>
- Haute école de Santé Vaud, & Association Männer.ch. (2019, janvier 10). Le vécu méconnu des jeunes pères au coeur d'une étude romande [InfoSport]. Consulté 22 mars 2019, à l'adresse rts.ch website: <https://www.rts.ch/info/suisse/10128280-le-vecu-meconnu-des-jeunes-peres-au-coeur-d-une-etude-romande.html>
- Haute école spécialisée de Suisse occidentale. (2019). Formations CAS HES-SO en Santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille 2019. Consulté 2 juillet 2019, à l'adresse <https://www.hes-so.ch/fr/sante-7/filiere-fctype-6.html>
- Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M., & Tough, S. C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*, 90. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1>
- Initiative Hôpital Amis des Bébé. (2018). Tout sur le label Hôpital ami des bébés. Consulté 12 novembre 2018, à l'adresse <https://amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php>
- International Baby Food Action Network. (2014, mai 16). Les fabricants continuent de violer le Code international - 16 mai 2014.
- Keevash, J., Norman, A., Forrest, H., & Mortimer, S. (2018). What influences women to stop or continue breastfeeding? A thematic analysis. *British Journal of Midwifery*, *26*(10), 651-658. <https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.10.651>

- Klimeck Brauner Pissolato, L., Neumaier Alves, C., Alende Prates, L., Antunes Wilhelm, L., & Ressel, L. B. (2015). THE BREASTFEEDING EXPERIENCE IN RECENT MOTHERS VIEW: CONTRIBUTIONS FOR NURSING. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 9(8), 8771-8777. <https://doi.org/10.5205/reuol.7696-67533-1-SP-1.0908201502>
- Leloux, N. (2015). *Physiologie de la lactation*. 45.
- Lombardo, C., & Glauser, M. (2013). *Après la naissance, tout n'est pas toujours rose ! 3*.
- Lucchini Raies, C., Márquez Doren, F., & Rivera Martínez, M. S. (2017). “ Yo quiero amamantar a mi hijo” : Develando la experiencia de mujeres que enfrentaron dificultades en su proceso de lactancia. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(5), 622-628. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062017000500008>
- Marcellin, L., & Chantry, A. A. (2015). Allaitement maternel (partie III) : Complications de l'allaitement – Recommandations pour la pratique clinique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 44(10), 1084-1090. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.09.029>
- Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2015). *Anatomie et physiologie humaines* (Pearson). Québec.
- Maternité et congé parental en Europe. (2004). Consulté 22 octobre 2018, à l'adresse [https://www.unia.ch/uploads/media/Maternite\\_conge\\_parental\\_Europe.pdf](https://www.unia.ch/uploads/media/Maternite_conge_parental_Europe.pdf)
- Maternité Protection des Travailleuses. (2018). Consulté à l'adresse <https://www.gifa.org/suisse/protection-maternite/>
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Code International de commercialisation des substituts du lait maternel*. 27.
- Organisation mondiale de la Santé. (2018a). Allaitement. Consulté 8 novembre 2018, à l'adresse WHO website: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé. (2018b). Allaitement maternel. Consulté 22 octobre 2018, à l'adresse WHO website: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/fr/)

- Promotion allaitement maternel Suisse. (2017). *Rapport annuel 2017*. Consulté à l'adresse [http://www.allaiter.ch/logicio/client/stillen/archive/document/stiftung/bericht/JB\\_2017\\_Web\\_fr.pdf](http://www.allaiter.ch/logicio/client/stillen/archive/document/stiftung/bericht/JB_2017_Web_fr.pdf)
- RTS info. (2016, avril 17). La césarienne, un acte de plus en plus fréquent en Suisse, mais jamais banal [InfoSport]. Consulté 31 octobre 2018, à l'adresse rts.ch website: <https://www.rts.ch/info/sciences-tech/7648776-la-cesarienne-un-acte-de-plus-en-plus-frequent-en-suisse-mais-jamais-banal.html>
- Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique. (s. d.). Comment allez-vous mettre votre enfant au monde? Une brochure d'information sur l'accouchement. Consulté 30 octobre 2018, à l'adresse st
- Spencer, R., Greatrex-White, S., & Fraser, D. M. (2014b). 'I was meant to be able to do this': a phenomenological study of women's experiences of breastfeeding. *Evidence Based Midwifery*, 12(3), 83-88. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103887804&site=ehost-live>
- Thirion, M. (2014). *L'allaitement De la naissance au sevrage* (Albin Michel). Paris.
- United Nations International Children's Emergency Fund. (2010). Un bon départ dans la vie Améliorer l'allaitement maternel en Afrique de l'ouest et du centre. Consulté 1 novembre 2018, à l'adresse [https://www.unicef.org/french/infobycountry/files/WCAR\\_Ameliorer-l-allaitement-en-Afrique-ouest-centre\\_FR.pdf](https://www.unicef.org/french/infobycountry/files/WCAR_Ameliorer-l-allaitement-en-Afrique-ouest-centre_FR.pdf)
- United Nations International Children's Emergency Fund. (2011). *Hôpitaux Amis des Bébé*s: documents de base. Consulté à l'adresse [https://www.unicef.ch/sites/default/files/2018-08/leitfaden\\_stillen\\_fr.pdf](https://www.unicef.ch/sites/default/files/2018-08/leitfaden_stillen_fr.pdf)
- United Nations International Children's Emergency Fund. (2018, août 6). Les «Hôpitaux Amis des Bébés» atteignent un niveau de qualité élevé en Suisse. Consulté 22 octobre 2018, à l'adresse unicef.ch website: <https://www.unicef.ch/fr/lunicef/actuel/communiqués-de-presse/2018-08-06/les-hopitaux-amis-des-bebes-atteignent-un-niveau-de>

United Nations International Children's Emergency Fund. (s. d.). Hôpitaux Amis des Bébéés.

Consulté 31 octobre 2018, à l'adresse unicef.ch website: <https://www.unicef.ch/fr/notre-travail/suisse-liechtenstein/hopitaux-amis-des-bebes>

Valais Family. (2018). Cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Consulté 12 novembre 2018, à l'adresse <https://www.valaisfamily.ch/N6185/cours-de-preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite.html>

Wieland Ladewig Patricia A., London Marcia L., & Davidson Michele R. (2010). *Soins infirmiers en périnatalité* (ERPI). Québec.

## 7 Annexes

### I. Glossaire méthodologique

**Analyse des données qualitatives** : « processus qui consiste à organiser et à interpréter les données narratives en vue de découvrir des thèmes, des catégories et des modèles de références » (Fortin Marie-Fabienne & Gagnon Johanne, 2016, p. 497).

**Base de données** : « système organisé permettant de repérer des références à des documents, le plus souvent des articles de périodiques » (Fortin & Gagnon, 2016, p.497).

**Cadre théorique** : « brève explication fondée sur une ou plusieurs théories existantes se rapportant au problème de recherche » (Fortin & Gagnon, 2016, p.497).

**Catégorie** : « regroupement de codes apparentés » (Fortin & Gagnon, 2016, p.497).

**Codage** : « procédé qui consiste à convertir en nombre ou en symboles l'information incluse dans un instrument de collecte des données afin d'en faciliter le traitement » (Fortin & Gagnon, 2016, p.497).

**Codage qualitatif** : « processus par lequel des symboles ou des mots clés sont attribués à des segments de phrases de manière à en dégager des thèmes et des modèles » (Fortin & Gagnon, 2016, p.497).

**Concept** : « abstraction, image mentale que l'on se fait de la réalité » (Fortin & Gagnon, 2016, p.498).

**Confirmabilité** : « critère servant à évaluer l'intégrité d'une étude qualitative en se reportant à l'objectivité ou à la neutralité des données et de leur interprétations » (Fortin & Gagnon, 2016, p.498).

**Consentement** : « acquiescement donné volontairement par une personne pour participer à une étude. Pour être valable, le consentement doit être libre, éclairé et continu » (Fortin & Gagnon, 2016, p.498).

**Crédibilité** : « critère servant à évaluer dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants reflète la réalité interprétée » (Fortin & Gagnon, 2016, p.497).

**Critère de sélection** : « liste des caractéristiques essentielles pour faire partie de la population cible. Les critères de sélection incluent les critères d'inclusion et les critères d'exclusion » (Fortin & Gagnon, 2016, p.498).

**Devis** : « plan logique tracé par le chercheur en vue d'établir une manière de procéder susceptible de mener à la réalisation des objectifs » (Fortin & Gagnon, 2016, p.498).

**Echantillon** : « sous-groupe d'une population choisie pour participer à une étude » (Fortin & Gagnon, 2016, p.499).

**Echantillonnage** : « processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personne ou une portion de la population pour représenter la population cible » (Fortin & Gagnon, 2016, p.499).

**Echantillonnage accidentel** : « méthode d'échantillonnage non probabiliste qui consiste à choisir des personnes selon leur accessibilité dans un lieu déterminé et à un moment précis » (Fortin & Gagnon, 2016, p.499).

**Echantillonnage intentionnel** : « méthode d'échantillonnage qui consiste à sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population à l'étude » (Fortin & Gagnon, 2016, p.499).

**Echantillonnage non probabiliste** : « choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire » (Fortin & Gagnon, 2016, p.499).

**Entrevue non dirigée** : « interaction verbale au cours de laquelle le chercheur propose un ou plusieurs thèmes au répondant et à propos desquels il l'invite à s'exprimer librement et de façon personnelle » (Fortin & Gagnon, 2016, p.500).

**Entrevue semi-dirigée** : « interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant » (Fortin & Gagnon, 2016, p.500).

**Ethique de la recherche** : « ensemble de principes qui guident et assistent le chercheur dans la conduite de la recherche » (Fortin & Gagnon, 2016, p.500).

**Fiabilité** : « critère servant à évaluer l'intégrité des données d'études qualitatives en ce qui a trait à leur stabilité dans le temps et dans différentes conditions » (Fortin & Gagnon, 2016, p.501).

**Opérateurs logiques** : « termes (ET, OU, SAUF ; AND, OR, NOT) qui servent à unir des mots clés dans un repérage documentaire » (Fortin & Gagnon, 2016, p.502).

**Paradigme** : « conception du monde, système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action » (Fortin & Gagnon, 2016, p.502).

**Paradigme interprétatif** : « paradigme qui se fonde sur le postulat que la réalité est socialement construite à partir de perceptions individuelles susceptibles de changer avec le temps » (Fortin & Gagnon, 2016, p.502).

**Phénoménologie descriptive** : « méthodologie servant à décrire la signification d'une expérience particulière telle qu'elle est vécue par des personnes à travers un phénomène » (Fortin & Gagnon, 2016, p.502).

**Question de recherche** : « énoncé particulier qui demande une réponse pour résoudre un problème de recherche » (Fortin & Gagnon, 2016, p.503).

**Question de recherche qualitative** : « énoncé interrogatif explorant une expérience, un phénomène ou un processus qui fera l'objet d'une investigation empirique auprès d'un groupe de participants » (Fortin & Gagnon, 2016, p.503).

**Questionnaire** : « instrument de collecte de données qui exige du participant des réponses écrites à un ensemble de questions » (Fortin & Gagnon, 2016, p.503).

**Recherche phénoménologique** : « recherche qui étudie la signification d'expériences telles qu'elles sont vécues par les personnes » (Fortin & Gagnon, 2016, p.503).

**Recherche qualitative** : « recherche qui met l'accent sur la compréhension et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants » (Fortin & Gagnon, 2016, p.503).

**Revue systématique** : « sommaire des preuves sur un sujet précis effectué par des experts qui utilisent un processus rigoureux et méthodique pour évaluer et synthétiser les études ayant examiné une même question et pour tirer des conclusions » Recherche phénoménologique : « recherche qui étudie la signification d'expériences telles qu'elles sont vécues par les personnes » (Fortin & Gagnon, 2016, p.503).

**Saturation des données** : « moment dans la collecte de données où le chercheur conclut qu'une nouvelle information n'ajoutera rien de plus à la compréhension du phénomène à l'étude » Recherche phénoménologique : « recherche qui étudie la signification d'expériences telles qu'elles sont vécues par les personnes » (Fortin & Gagnon, 2016, p.503).

**Transférabilité** : « critère servant à évaluer l'application éventuelle des conclusions issues d'études qualitatives à d'autres contextes ou groupes. Elle s'apparente à la généralisation » (Fortin & Gagnon, 2016, p.503).

**Triangulation** : « stratégie de mise en comparaison de plusieurs méthodes de collecte et d'interprétation de données permettant de tirer des conclusions valables à propos d'un même phénomène » (Fortin & Gagnon, 2016, p.503).

## II. Tableaux de recension des études

**Etude 1:** Spencer, R., Greatrex-White, S., & Fraser, D. M. (2014). 'I was meant to be able to do this': a phenomenological study of women's experiences of breastfeeding. *Evidence Based Midwifery*, 12(3), 83-88.

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Etude phénoménologique, interprétative</p> <p><b>Niveau de preuve</b></p> <p>Niveau II</p> <p><b>Paradigme</b></p> <p>Naturaliste</p>	<p>22 femmes âgées entre 16 et 37 ans. Elles ont donné naissance à l'hôpital local du Midlands de l'est au Royaume-Uni. 21 mères blanches anglaises et une asiatique.</p> <p>Nourrissons âgés de 3 à 6 mois.</p> <p>13 mères primipares et 9 multipares.</p> <p><b>Echantillonnage</b></p> <p>Échantillonnage par choix raisonnés, les femmes ont été recrutées via les visites postnatales.</p> <p><b>Critères d'inclusion et d'exclusion</b></p> <p>Avoir initié l'allaitement à la naissance et avoir continué au moins jusqu'à la première visite postnatale (11-14 jours).</p> <p>Avoir un bébé entre 3 à 6 mois.</p>	<p>Comprendre l'expérience des femmes qui allaitent</p> <p><b>Question de recherche</b></p> <p>Comment les femmes vivent-elles l'allaitement ?</p>	<p>Allaitement, alimentation du nourrisson, expérience, attentes, professionnels de la santé, sages femmes</p>	<p>Entrevues non-dirigées, effectuées par un seul chercheur. Une question ouverte a été posée au début de chaque entretien pour aborder le thème avec les participantes.</p> <p>Tenue d'un journal réflexif (perceptions, pensée, points-clés notés après chaque entretien).</p> <p><b>Ethique</b></p> <p>Approbation éthique de l'université santé et social de Lincoln et du comité de recherche du système de santé publique du Royaume-Uni (NSH).</p> <p>Chaque participante a donné son consentement oral et écrit. Utilisation de pseudonymes.</p>	<p>L'analyse des données a été conduite par Heideger, Ashworth et Greatrex-White. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites en verbatim. Transcriptions relues plusieurs fois pour obtenir une vision globale. Analyse de la pertinence de chaque déclaration des mères pour établir la véracité de l'étude, Les trois chercheurs ont analysé les données séparément et ont ensuite comparé les catégories, les thèmes et les interprétations que chacun d'entre eux avait établis (triangulation des chercheurs).</p>	<p>L'expérience des femmes interviewées a été regroupée sous trois thèmes :</p> <p><b>Attentes idéalisées :</b> La plupart de ces femmes illustrent un choc entre leurs espérances et la réalité de la pratique. Toutes savent que c'est mieux pour leur enfant mais elles semblent mal préparées à la réalité de l'allaitement. Elles décrivent une frustration car elles ont pensé ce geste inné et instinctif. Certaines mères soulignent une préparation inadéquate et un manque d'information. Notamment, face à l'inconfort en période postnatale immédiate et pour le temps que ce geste demande. Les douleurs et les fréquentes tentatives d'essai sont des sources majeures de stress pour elles. Ces femmes décrivent une frustration et une culpabilité de ne pas y arriver et d'arrêter face à la société. Chez une minorité, l'allaitement fut mieux que ce qu'elles pensaient.</p> <p><b>Le besoin constant d'être présente :</b> La sollicitation et la disponibilité qu'impose l'allaitement apparaissent comme une contrainte chez certaines des participantes. Ce sentiment de frustration se trouve autant chez les mères primipares que multipares dans cette étude.</p> <p><b>Fardeau de la responsabilité :</b> Le fait de devoir être constamment présente pour l'enfant crée un sentiment de peur et une sensation de surcharge chez certaines femmes. Cette responsabilité semble compliquée.</p> <p><b>Conclusions</b></p> <p>Les messages de promotion basés sur l'allaitement et ses avantages sont efficaces. En effet, la plupart des femmes initient ce mode d'alimentation. La majorité des participantes décrivent des espérances idéalisées et un choc de la réalité. Par conséquent, les chercheurs ont conclu que les programmes d'information devaient insister sur les difficultés possibles et la réalité de la pratique.</p> <p><b>Limites de l'étude</b></p> <p>Petite taille d'échantillon et femmes provenant d'une seule ville. Ceci rend la transférabilité difficile. Les interviews ont été effectuées trois à six mois après la naissance, ce qui peut engendrer des oublis de la part des mères.</p>

**Etude 2** : Gonçalves Urbanetto, P. D., Calcagno Gomes, G., Rodrigues Costa, A., Goulart Nobre, C. M., Modernel Xavier, D., & Contreira de Jung, B. (2018). Facilities and difficulties found by mothers to breastfeed. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 10(2), 399-405. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.399-405>

<p><b>Design</b></p> <p>Etude phénoménologique descriptive et exploratoire</p> <p><b>Niveau de preuve</b></p> <p>Niveau II</p> <p><b>Paradigme</b></p> <p>Naturaliste</p>	<p><b>Échantillon</b></p> <p>11 femmes en postpartum âgées de 17 à 32 ans ayant accouché dans l'Hôpital universitaire (HU) dans le Sud du Brésil. 2 mères n'ont pas fini l'école obligatoire, 6 ont fait des études secondaires et 3 ont suivi des études universitaires. Mères primipares et multipares.</p> <p><b>Echantillonnage</b></p> <p>Échantillonnage par choix raisonnés. Les femmes ont été recrutées via un questionnaire à l'Hôpital universitaire au Sud du Brésil. Les femmes répondant aux critères et souhaitant participer à l'étude ont pris rendez-vous avec le chercheur.</p> <p><b>Critères d'inclusion et d'exclusion</b></p> <p>Pour la mère: être dans la période immédiate du postpartum dans le HU, souhaiter allaiter son nourrisson et être capable de répondre au questionnaire.</p> <p>Pour le nouveau-né : naître à terme et en bonne santé.</p>	<p><b>But, objectifs</b></p> <p>Explorer les facilités et les difficultés de l'allaitement.</p> <p><b>Question de recherche</b></p> <p>Quels sont les facteurs facilitant ou compliquant l'allaitement ?</p>	<p><b>Cadre de référence</b></p> <p>Nouveau-né, période du postpartum, allaitement, sevrage, soins</p>	<p><b>Méthode de collecte des données</b></p> <p>Entrevues semi-dirigées, enregistrées et effectuées 7 jours après la naissance au domicile des participantes. Questionnement sur leurs expériences. Questions centrées sur les facilités et les difficultés auxquelles elles ont été confrontées.</p> <p><b>Ethique</b></p> <p>Cette étude respecte les aspects éthiques de la recherche. Approbation éthique du comité de recherche du système de santé de l'université fédéral de Rio.</p> <p>Chaque participante a été informée de la méthode et du but de cette étude. Elles ont toutes donné leur consentement écrit. Utilisation de la lettre P suivi d'un numéro pour l'anonymat des participantes.</p>	<p><b>Méthodes d'analyse</b></p> <p>Les entrevues ont été enregistrées sur cassette audio et analysées avec la technique de l'analyse thématique.</p> <p>Les données ont été groupées par similitudes, par différences et organisées en catégories. Des discours significatifs ont été choisis pour illustrer l'analyse et la recherche des chercheurs.</p>	<p><b>Résultats</b></p> <p>Les catégories émergées de l'analyse thématique des données :</p> <p><b>Les facilités trouvées par les mères</b> : les raisons du choix d'allaiter sont les avantages nutritionnels du lait maternel pour leur enfant. L'importance pour son développement. La création du lien d'attachement unique est un élément apprécié des mères. Le fait d'avoir déjà allaité est bénéfique pour certaines mères et les aide. La bonne prise en bouche du bébé et avoir suffisamment de lait facilitent un allaitement calme et sans problème. Le côté pratique du fait de ne pas avoir de préparation a également été mis en avant.</p> <p><b>Les difficultés rencontrées par les mères</b> : ces femmes expliquent que le principal obstacle au maintien de l'allaitement et le retour au travail. De plus, les complications et l'inconfort durant la période du postpartum immédiate, Les nombreuses demandes du bébé nécessitant une disponibilité importante.</p> <p><b>Conclusions</b></p> <p>Ces femmes connaissent les bienfaits de l'allaitement. Elles décrivent des facteurs facilitant et d'autres qui rendent difficile cet acte. Toutefois, les professionnels doivent soutenir et fournir les informations nécessaires pour aider ces femmes dans le maintien de l'allaitement.</p> <p><b>Limites de l'étude</b></p> <p>Non mentionnées.</p>
---	--	--	--	---	---	--

**Etude 3** : Klimeck Brauner Pissolato, L., Neumaier Alves, C., Alende Prates, L., Antunes Wilhelm, L., & Ressel, L. B. (2015). THE BREASTFEEDING EXPERIENCE IN RECENT MOTHERS VIEW: CONTRIBUTIONS FOR NURSING. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 9(8), 8771-8777. <https://doi.org/10.5205/reuol.7696-67533-1-SP-1.0908201502>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Etude phénoménologique descriptive</p> <p><b>Niveau de preuve</b></p> <p>Niveau II</p> <p><b>Paradigme</b></p> <p>Naturaliste</p>	<p>10 mères qui allaitent. Agées de 20 à 45 ans. Mères primipares et multipares. 7 mères ont fini le lycée, 2 ont fait des études universitaires et 1 collégiales. Nourrissons âgés de 21 jours à 4 mois.</p> <p><b>Echantillonnage</b></p> <p>Echantillonnage accidentel. Ces femmes ont été recrutées, dans le service des soins de Rio, jusqu'à saturation des données.</p> <p><b>Critères d'inclusion et d'exclusion</b></p> <p>Femmes dans la période du postpartum qui allaitent.</p>	<p>Connaître l'expérience des récentes mères au sujet de l'allaitement</p> <p><b>Question de recherche</b></p> <p>Comment se passe l'allaitement chez un groupe de récente mère ?</p>	<p>Expérience, allaitement, nouveau-né, culture, soins</p>	<p>Entrevues individuelles semi-dirigées, effectuées à la résidence.</p> <p><b>Ethique</b></p> <p>Approbation éthique du service de santé municipal et du comité de recherche. Utilisation de la lettre « N » suivi d'un numéro de la séquence de l'interview pour assurer l'anonymat des participantes</p>	<p>Les entrevues ont été transcrites en verbatim. Plusieurs lectures des transcriptions avec mise en évidence des thèmes et des déclarations pertinentes.</p> <p>Confrontation des données collectées avec les références théoriques et présentation des résultats.</p>	<p>Ces femmes décrivent l'allaitement comme un geste culturel renforçant l'identité de mère. Elles soulignent l'importance du lait maternel pour le bon développement, la croissance de leur enfant et le rétablissement de leur corps. La création du lien avec l'enfant est renforcée. Cette étude montre qu'il existe des mythes dans la société. Comme un corps fatigué produit moins de lait ou que le lait est « pourri » après les rapports. Ces mythes ont une grande influence et sont transmis de génération en génération.</p> <p>La société associe systématiquement le fait d'allaiter avec le fait d'être une bonne mère.</p> <p>La présence du partenaire et son soutien semblent importants pour le maintien et la continuité de l'allaitement. Ces mères déclarent avoir reçu des informations sur l'allaitement et ses bienfaits. Elles accusent un manque de directives, de soutien et de conseils pour la suite.</p> <p><b>Conclusion</b></p> <p>L'étude souligne l'importance d'avoir un soutien et des informations adéquates pour les femmes qui allaitent. Il est nécessaire d'intégrer l'allaitement au sein de la famille. Principalement auprès du partenaire, pour qu'il joue un rôle plus actif et soutienne davantage sa femme dans la poursuite de l'allaitement. Les professionnels de la santé devraient donc sensibiliser les partenaires pour les encourager dans ce rôle actif. L'allaitement peut être perçu comme un phénomène social, historique et culturel qui a une grande influence à travers les mythes entre les générations. Par conséquent, il est important de donner les bonnes informations et de démystifier la croyance que ce mode d'alimentation ne concerne que la femme n'impliquant pas le partenaire. Pour finir, il est important de ne pas culpabiliser les femmes qui n'allaitent pas et de ne pas voir cette pratique comme étant une condition unique pour être une bonne mère.</p> <p><b>Limites de l'étude</b></p> <p>Non mentionnées</p>

**Etude 4:** Keevash, J., Norman, A., Forrest, H., & Mortimer, S. (2018). What influences women to stop or continue breastfeeding? A thematic analysis. *British Journal of Midwifery*, 26(10), 651-658. <https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.10.651>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Etude phénoménologique exploratoire</p> <p><b>Niveau de preuve</b></p> <p>Niveau II</p> <p><b>Paradigme</b></p> <p>Naturaliste</p>	<p>41 mères âgées de 18 à 45 ans qui ont allaiter. Durée de l'allaitement de 1 semaine à 3 ans avec une moyenne de 6-12 mois. 15 mères ont allaités plusieurs enfants contrairement aux autres qui ont nourri un seul enfant.</p> <p><b>Echantillonnage</b></p> <p>Echantillonnage par choix raisonné. Ces mères ont été recrutées à travers des annonces sur les réseaux sociaux, en particulier sur les sites de soutien à l'allaitement sur Facebook. Invitation à participer à une enquête sur l'expérience de l'allaitement. 1542 personnes ont répondu à l'annonce. A l'aide d'un échantillonnage aléatoire simple depuis cette liste un nombre au hasard a été choisi et l'étude a retenu 41 femmes.</p> <p><b>Critères d'inclusion et d'exclusion</b></p> <p>Avoir allaité pendant une période quelconque durant la période des 5 ans précédant la collecte des données (de 2011 à 2016).</p>	<p>Comprendre les expériences de l'allaitement chez les femmes.</p> <p>Quels sont les facteurs qui affectent leur capacité à continuer l'allaitement ?</p> <p><b>Question de recherche</b></p> <p>Non formulée.</p>	<p>Expérience, allaitement, coping, pression socio-culturelle, attachement, rôle de mère.</p>	<p>41 entretiens. Entretiens individuels semi-structurés. Durée moyenne des interviews : 30 minutes.</p> <p>Source de données: questionnaires démographiques, questions au sujet des choix d'alimentation, le soutien reçu et les stratégies de coping et le sentiment de leur expérience.</p> <p>Récolte des données de mai à août 2016.</p> <p><b>Ethique</b></p> <p>Approbation éthique obtenue de l'université des sciences santé et sociales de Plymouth. Toutes les directives éthique pour la collecte des données ont été respectées dans cette étude.</p>	<p>Approche de Braun et Clarke pour analyser les données. Codification des réponses des participantes afin d'assurer l'objectivité. Entretiens enregistrés transcrits en verbatim et organisés en thèmes. Thèmes émergents confirmés et vérifiés par un membre. Les chercheurs ont lu individuellement chaque entrevue à plusieurs reprises, utilisation du codage qui oblige les chercheurs à se référer en permanence à chaque transcription pour découvrir des thèmes communs et identifier des citations pertinentes. Collaboration entre les chercheurs pour déterminer les thèmes définitifs. Vérification de chaque code par les participantes (24 participantes ont répondu et validé les thèmes) et de l'analyse complète (32 participantes ont répondues et validées)</p>	<p><b>4 principaux thèmes ont été identifiés :</b></p> <p><b>Attachement :</b> cette étude montre des avis différents concernant l'attachement. Sentiment positif car création du lien d'attachement favorisé, impact négatif sur ce lien lors de l'arrêt, acte stressant affectant la création du lien.</p> <p><b>Information et soutien :</b> préparation et informations inadéquates par rapport à la réalité et leurs espérances, fausse représentation de l'allaitement comme « facile », suivi et soutien pas suffisant, informations des professionnels déstabilisantes car souvent contradictoires, pas assez de temps pour parler et poser des questions avec les professionnels. Cependant certaines participantes sont satisfaites des prestations données. Le manque de soutien augmente les difficultés. Les membres de la famille tels que le partenaire et les femmes ayant allaité paraissent comme un bon soutien et une aide importante pour traverser les difficultés.</p> <p><b>La pression socioculturelle :</b> l'allaitement est une source majeure de pression sociale et de normes culturelles. Ne pas allaiter ou allaiter trop longtemps amène à de la culpabilité et de l'embarras.</p> <p><b>Le rôle maternel :</b> l'allaitement donne le sentiment d'être une bonne mère. Frustration et tristesse pour les mères qui n'arrivent pas à allaiter. La société a des attentes envers ce rôle de mère.</p> <p><b>Conclusions</b></p> <p>Cette étude a mis en lumière ce qui influence les femmes dans leur choix d'allaiter ou non. L'attachement, le rôle maternel, la pression sociale, l'information et le soutien sont les principaux facteurs. L'étude a montré qu'un soutien et des informations appropriées augmenteraient le temps d'allaitement. L'accès aux professionnels de la santé devrait être facilité. Pour certaines mères, l'arrêt de l'allaitement n'est pas un choix mais une nécessité en fonction des circonstances. Face à la pression de la société, certaines femmes continuent d'allaiter juste pour être à la hauteur de leur propre idéal de bonne mère.</p> <p><b>Limites de l'étude :</b> l'approche qualitative rend difficile la transférabilité des résultats dans un contexte plus large.</p>

**Etude 5** : Dietrich Leurer, M., & Misskey, E. (2015). The Psychosocial and Emotional Experience of Breastfeeding. *Global qualitative nursing research*, 2. <https://doi.org/10.1177/2333393615611654>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude phénoménologique, exploratoire</p> <p><b>Niveau de preuve</b></p> <p>Niveau II</p> <p><b>Paradigme</b></p> <p>Naturaliste</p>	<p>191 mères âgées de 26 à 35 ans. Primipares et multipares. Enfant âgé entre 6 et 12 mois.</p> <p><b>Echantillonnage</b></p> <p>Echantillonnage par choix raisonné. Femmes recrutées via un sondage distribué par les infirmières en santé publique dans l'Ouest du Canada.</p> <p>Critères d'inclusion et d'exclusion</p> <p>Avoir initié l'allaitement,</p> <p>Enfant âgé entre 6 et 12 mois au moment du sondage</p>	<p>Explorer les pratiques d'alimentation des nourrissons et les recommandations des mères pour l'allaitement</p> <p><b>Question de recherche</b></p> <p>Non-formulée</p>	<p>Expérience, allaitement, soins.</p>	<p>551 enveloppes distribuées avec un questionnaire par les professionnels de la santé dans les centres de santé publique aux femmes répondant aux critères. 26 questions ouvertes, fermées, quantitatives et qualitatives.</p> <p>L'enveloppe contenait les informations de l'étude, un document de consentement écrit, le questionnaire et une enveloppe retour pour les intéressées. Les participantes pouvaient rendre réponse par papier ou sur la version en ligne. 551 sondages ont été distribués et 191 femmes ont répondu.</p> <p><b>Ethique :</b></p> <p>Approbation éthique du comité de recherche sanitaire et de l'université</p> <p>Recommandation d'ouvrir l'enveloppe à son domicile afin de garantir l'anonymat.</p>	<p>Les réponses démographiques, caractéristiques et sur la pratique d'alimentation ont été analysées quantitativement avec un logiciel. Les réponses ouvertes centrées sur l'opinion, rationnelles et réflexion sur leur choix d'alimentation et l'expérience professionnelle ont été analysées qualitativement. Cet article se centre sur les réponses narratives sur l'expérience de l'allaitement. Interprétation des réponses, catégorisation. Les réponses narratives ont été en premier lieu groupées par catégories par la première chercheuse. Ensuite collaboration entre les chercheurs pour déterminer les thèmes définitifs</p> <p><b>Logiciel :</b></p> <p>SPSS software (pour l'analyse quantitative).</p>	<p>Les mères ont exprimé des émotions diverses face à cette expérience de l'allaitement.</p> <p><b>Expérience positive :</b> la plupart de ces femmes décrivent une expérience positive de l'allaitement. Permettre de donner le meilleur lait de qualité et prendre soins de son bébé.</p> <p><b>Emotions diverses :</b> certaines apprécient certains aspects de l'allaitement mais d'autres sont moins appréciés. Comme l'incertitude sur la production suffisante du lait et le besoin de réassurance.</p> <p><b>Expérience négative :</b> quelques mères ont trouvé l'allaitement difficile et frustrant pour diverses raisons. L'inconfort, la douleur surtout durant les premières semaines. Beaucoup de femmes continuaient quand même juste pour les bénéfices pour la santé de leur enfant. Restriction de la liberté, contrainte de la disponibilité constante. Gêne et embarras d'allaiter en public. Regret, tristesse, frustration et culpabilité lorsqu'elles pensaient être capable d'allaiter leur bébé longtemps.</p> <p><b>Conclusions :</b></p> <p>Cette étude décrit l'expérience holistique et unique de l'allaitement du point de vue des mères. Les résultats soulignent que l'allaitement ne peut pas être vu uniquement comme un événement biologique qui requière seulement des connaissances physiologique. Pour soutenir l'allaitement, il est important d'incorporer les aspects psychosocial et émotionnels afin d'encourager et rassurer les mères. Les mères doivent être conscientes des défis communs de la réalité ne répondant pas aux attentes personnelles et sociales. Les difficultés sont courantes mais peuvent être surmontées avec des ressources.</p> <p><b>Limites de l'étude :</b></p> <p>Questionnaire et pas d'interview face à face donc moins d'interaction et de richesse des données. Non représentativité de la population en générale.</p>

**Etude 6:** Lucchini Raies, C., Márquez Doren, F., & Rivera Martínez, M. S. (2017). I want to breastfeed my baby: Unveiling the experiences of women who lived difficulties in their breastfeeding process. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(5), 622-628. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062017000500008>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude phénoménologique, exploratoire</p> <p><b>Niveau de preuve</b></p> <p>Niveau II</p> <p><b>Paradigme</b></p> <p>Naturaliste</p>	<p>12 mères avec des difficultés à allaiter venant dans un service ambulatoire. Femmes âgées de 18 ans à 41 ans. Enfants âgés de 4 à 6 mois.</p> <p>Les problèmes des mères étaient : crevasses, mycoses, engorgement et jumeaux. Pour l'enfant : mauvaise succion, perte de poids et difficulté à la prise du sein.</p> <p><b>Echantillonnage</b></p> <p>Echantillonnage par choix raisonné basé sur les connaissances spécifiques sur le phénomène.</p> <p><b>Critères d'inclusion et d'exclusion</b></p> <p>Mères ayant des problèmes à allaiter faisant partie d'un programme de suivi de croissance et développement de l'enfant dans un centre de soins ambulatoire appartenant à un réseau universitaire de santé.</p> <p>Saturation des données</p>	<p>Reconnaître les expériences vécues par les mères au cours de l'allaitement et la manière dont elles vivent et font face aux difficultés.</p> <p><b>Question de recherche</b></p> <p>Non-formulée</p>	<p>Expérience,</p> <p>Allaitement,</p> <p>Difficultés,</p> <p>Soins,</p> <p>Coping</p>	<p>Entretiens non-structurés approfondis enregistrés. Une question ouverte a été posée au début de l'entrevue : qu'est-ce que signifie pour vous les difficultés rencontrées pendant votre allaitement ?</p> <p>Durée de l'entretien : en moyenne 40 minutes.</p> <p>Tenue d'un journal réflexif (perceptions, pensées, points-clé notés après chaque entretien).</p> <p><b>Ethique :</b></p> <p>Approbation éthique du comité de recherche de l'école des soins.</p> <p>Le dossier contenant les interviews disposait d'un mot de passe et a été supprimé après l'analyse.</p> <p>Consentement écrit et oral obtenu pour chaque participante.</p>	<p>Entretiens enregistrés et transcrits en verbatim. Les chercheurs ont lu individuellement chaque entrevue pour identifier des thèmes et la catégorisation. Collaboration entre les chercheurs pour déterminer les thèmes définitifs.</p> <p>Notes réflexives de la part du chercheur durant l'entretien.</p> <p>Vérification des résultats par deux des participantes pour assurer la représentativité et la rigueur (member check).</p>	<p>Cinq catégories ont émergés des interviews face à cette expérience :</p> <p><b>Réaliser les difficultés auxquelles elles font face :</b> les mères expriment que les premières significations sont la reconnaissance d'en avoir.</p> <p><b>Impact émotionnel de ne pas être capable d'allaiter :</b> entraîne des mauvaises émotions en lien avec l'allaitement, de la détresse et de la frustration.</p> <p><b>Motivation pour surmonter les difficultés et demander de l'aide et du soutien pour recommencer à allaiter :</b> la motivation principale est la connaissance des bénéfices sur la santé de leur enfant.</p> <p><b>Soutien dans la récupération de l'allaitement :</b> le soutien provient des équipes de santé et d'une personne significative pour elles. Ce soutien est indispensable pour les faire se sentir capable de surmonter les difficultés.</p> <p><b>Transition du stress et de la détresse vers la gratification et l'autonomie :</b> quand les mères reçoivent un soutien adéquat elles arrivent à surmonter les épreuves.</p> <p><b>Conclusions :</b></p> <p>Cette étude souligne l'importance du soutien des professionnels mais également d'une personne significative. Il paraît donc nécessaire d'intégrer davantage le partenaire dans ce processus. Les contradictions entre les professionnels entraînent de la confusion.</p> <p><b>Limites de l'étude :</b></p> <p>Non mentionnées.</p>

### III. Pyramides des preuves

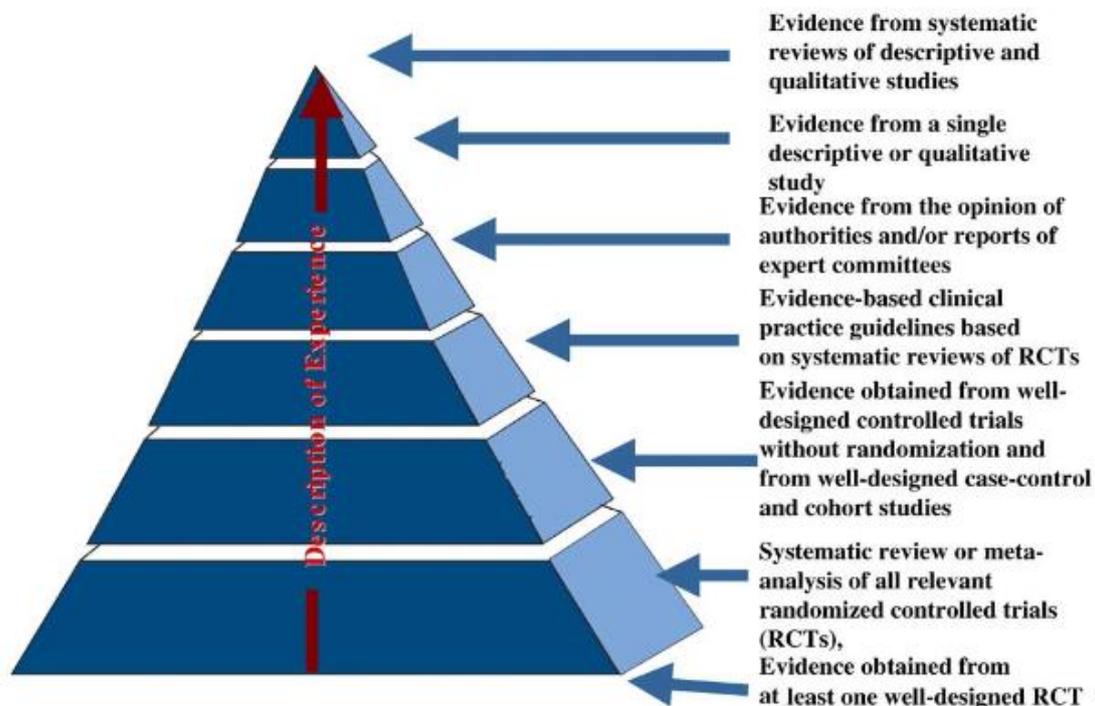


Figure 1. Tiré de Fineout-Overholt, Mazurek Melnyk & Schultz, 2005, p.339

#### IV. Les diverses positions de l'allaitement



Figure. 39.4. Position dite « en ballon de rugby ».



Figure. 39.5. Position dite « Madone ».



Figure. 39.6. Position allongée.

Figure 2. Tiré de Leloux, 2015, p.116-117

## V. Les dix conditions pour obtenir le label IHAB

### HOPITAUX AMIS DES BEBES : DOCUMENTS DE BASE

#### 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel

---

**Condition 1:**

Porter systématiquement à la connaissance de tout le corps médical et du personnel soignant des directives écrites pour favoriser l'allaitement maternel.

**Condition 2:**

Donner à tout le personnel soignant la possibilité de suivre régulièrement des cours de formation et de perfectionnement afin qu'il puisse mettre en œuvre ces directives.

**Condition 3:**

Informar toutes les femmes enceintes des avantages et de la pratique de l'allaitement maternel.

**Condition 4:**

Permettre aux mères d'avoir un contact peau à peau avec leur enfant immédiatement après la naissance. Offrir aux mères la possibilité de mettre leur nouveau-né au sein au cours des premières heures (1 à 2 heures) qui suivent l'accouchement.

**Condition 5:**

Fournir aux mères des instructions et de l'aide concernant l'allaitement. Expliquer aux mères comment maintenir la production de lait maternel si elles sont momentanément séparées de leur enfant. Accorder aux mères de nouveau-nés prématurés, malades ou handicapés qui ne sont pas encore en mesure de téter un appui particulier, de manière à favoriser plus tard l'allaitement maternel. Fournir aux mères qui n'allaitent pas des instructions concernant l'alimentation du nouveau-né.

**Condition 6:**

Ne donner aux nouveau-nés allaités ni boisson ni aliment supplémentaire sauf s'il y a une raison médicale.

**Condition 7:**

Garantir le rooming-in, c'est-à-dire permettre à la mère et à l'enfant de rester ensemble jour et nuit.

**Condition 8:**

Adapter l'allaitement maternel au rythme de l'enfant.

**Condition 9:**

Eviter l'usage de biberons, sucettes (lolettes) et tétérnelles durant les premiers jours suivant la naissance.

**Condition 10:**

L'établissement favorise et entretient une collaboration étroite avec les sages-femmes indépendantes, les conseillères en allaitement, les services de puériculture et les groupes de soutien à l'allaitement maternel. A leur sortie de l'hôpital, il adresse les mères à ces professionnels.

Figure 3. Tiré de Unicef, 2011