

SOMMAIRE

SOMMAIRE	5
Abréviations :	8
Première partie : Généralités	9
1. Généralités.....	9
a. L'allaitement maternel.....	9
b. L'hospitalisation du nouveau-né en néonatalogie au CHU d'Angers	11
c. Les enjeux liés de l'allaitement lors de la séparation mère-enfant.....	13
2. L'accompagnement des mères allaitantes : un défi pour les équipes soignantes	14
a. Les moyens actuels d'accompagnement de ces mères	14
b. Les enjeux de cet accompagnement	15
Deuxième partie : Matériel et méthodes.....	16
1. Structure générale de l'étude	16
2. Modalités de la recherche	16
a. Population cible	16
b. Critère de non inclusion	17
c. lieu de l'étude, durée de l'étude (critères temporels et géographiques)	17
d. le premier contact	17
e. L'entretien	17
3. Méthode d'analyse des résultats.....	18
a. La retranscription et le codage	18
b. Rapprochements des différents verbatim et analyse.....	18
Troisième partie : Résultats	19
1. Description de la population étudiée	19
a. Population cible	19
b. Population étudiée	19
2. Description des conditions de réalisation de l'étude	20

a.	Lieu de l'entretien	20
b.	Durée de l'entretien	21
c.	Contexte de réalisation de l'entretien	21
3.	Vécu de la grossesse et de l'accouchement	21
a.	La préparation à la naissance.....	21
b.	Représentations de la patiente à propos de cet enfant attendu.....	22
c.	Anticipation de la naissance	23
d.	Le jour J : accompagnement des patientes	23
e.	La rencontre avec le nouveau-né : entre bonheur et sidération	24
4.	Place de l'allaitement maternel	25
a.	L'allaitement, une aventure à préparer ?	25
b.	L'initiation de la lactation	25
c.	Bénéfices de l'allaitement maternel pour la relation mère-enfant.....	26
5.	Attentes des mères durant leur hospitalisation	27
a.	Ecoute et bienveillance : la première mission du soignant.....	27
b.	Le rôle de conseil du soignant.....	28
c.	Souplesse et adaptabilité des services hospitaliers	28
d.	En pratique... ..	29
e.	Place des intervenants ne faisant pas partie de l'équipe soignante.....	29
6.	Rôle de l'entourage	30
a.	Jeune père : quelle attitude adopter ?	30
b.	La place de la famille, des amis.....	30
c.	Envisager le retour à domicile.....	31
d.	Les acteurs de la santé hors secteur hospitalier, un relai pour la femme	31
Quatrième partie : Discussion		32
1.	Synthèse de l'étude.....	32
2.	Limites et biais de l'étude	33
a.	Choix de la population	33
b.	Choix du type d'étude	33
3.	Propositions de réponse aux demandes des patientes.....	34
a.	Importance de l'information et du soutien dans la réussite de l'allaitement maternel	34

b. Le suivi de l'initiation de la lactation	34
c. La formation des professionnels de santé.....	35
d. L'anticipation du retour à domicile	35
Conclusion.....	36
Bibliographie	37
Annexes	38
Résumé	41

Abréviations :

AMP : Aide médicale à la procréation

ATCD : antécédents

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

IDE : Infirmière diplômée d'état

MAP : menace d'accouchement prématuré

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection maternelle et infantile

RCIU : Retard de croissance intra-utérin

RPM : Rupture Prématurée de Membranes

RSN : Réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble

SA : semaines d'aménorrhée

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

Première partie : Généralités

Au cours des différents stages effectués dans les services de grossesses pathologiques et de néonatalogie, l'allaitement maternel m'a semblé être une problématique majeure. Les enjeux liés à la séparation entre la mère et son nourrisson sont nombreux, tant sur un plan physiologique que psychologique ; l'alimentation de l'enfant par sa mère à travers la mise au sein m'a semblé être un facteur favorisant l'établissement du lien d'attachement, et facilitant les premiers contacts entre l'enfant hospitalisé et sa mère. Cependant, cette situation est éprouvante pour les parents, la famille, l'entourage. A l'aube de la vie professionnelle, l'étude du vécu et des besoins des mères allaitantes séparées de leur nourrisson m'a permis d'approfondir le rôle d'accompagnement et d'écoute de la sage-femme.

1. Généralités

a. L'allaitement maternel

- ***Définitions***

L'allaitement maternel est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé comme le mode de nutrition de référence pour les nouveau-nés ; un allaitement maternel exclusif est recommandé pendant les six premiers mois de vie de l'enfant, puis il devrait être poursuivi en parallèle de la diversification alimentaire jusqu'à l'âge de deux ans au moins, voire plus selon le désir de la mère. [1]

Le lait maternel est le meilleur aliment pour le bébé : riche en anticorps dès la naissance, il fournit toutes les calories et les nutriments dont l'enfant a besoin. Toujours selon l'OMS, les bénéfices parallèles seraient nombreux : l'allaitement maternel aiderait au développement sensitif et cognitif, il diminuerait la mortalité infantile imputable aux maladies courantes du nouveau-né ; au plus long cours, l'allaitement maternel diminuerait le risque de maladies métaboliques (diabète de type II, hypercholestérolémie,...) à l'âge adulte.

Les bénéfices de l'allaitement maternel pour la jeune mère sont eux aussi nombreux. A court terme, la stimulation des glandes mammaires provoque un pic d'ocytocine favorisant l'involution utérine ; l'allaitement maternel diminuerait par ailleurs le risque de dépression du post-partum. L'allaitement permet, lorsqu'il est bien conduit, d'espacer les naissances ; il aide la maman à retrouver son poids initial ; il serait un facteur protecteur contre les cancers du sein avant la ménopause et de l'ovaire et diminuerait le risque de diabète de type II. [1]

- ***Données épidémiologiques***

Malgré tous ces éléments, le taux d'allaitement maternel en France, bien qu'en augmentation progressive, reste l'un des plus faibles d'Europe : 60,2% des femmes allaitaient exclusivement à la sortie de maternité en 2010, 53,5% en Maine-et-Loire [2]. Il n'existe pas d'études récentes énonçant le taux d'allaitement maternel en service de néonatalogie ; cependant, on peut dire que 19 à 26% des prématurés de moins de 32 SA, qui forment une grande part de la population de ce service, sont allaités par leur mère [3]. Ce faible taux d'allaitement peut être expliqué par les difficultés logistiques et psychologiques liées à l'hospitalisation de l'enfant ; en effet, les contraintes pour le couple sont nombreuses : expression du lait puis transport selon des conditions strictes, démarches administratives pour obtenir des aides matérielles ou financières, inquiétude et stress liés à la séparation de l'enfant, parfois culpabilité de n'avoir pas su mener à une fin heureuse cette grossesse.

Ces dernières années, les progrès en médecine périnatale et l'avancée des connaissances dans ce domaine ont contribué à l'amélioration de la prise en charge des nouveau-nés prématurés ou nécessitant des soins pédiatriques spécifiques (retard de croissance intra-utérin, pathologie diagnostiquée en pré-partum,...). En 2010, 7% des bébés ont bénéficié à la naissance d'un transfert dans une unité de soins adaptée pour des raisons médicales, dont la première est la prématurité (6,6% des naissances vivantes) [4]. Veiller à la qualité de l'alimentation de ces enfants fragiles est essentiel afin de leur permettre un développement satisfaisant.

La promotion de l'allaitement maternel est de ce fait devenue une priorité en France. Le programme national nutrition santé 2011-2015 en fait un de ses axes en se fixant pour objectif de promouvoir l'allaitement maternel auprès des patientes et d'améliorer le système d'information et d'accompagnement proposé par les services hospitaliers. [5]

- ***Rappels sur la physiologie de la lactation***

Tout au long de la grossesse, le corps de la femme se modifie afin d'accueillir son nouveau-né dans les conditions optimales.

Dès le premier trimestre de gestation, les glandes mammaires se développent grâce aux œstrogènes qui favorisent le développement des canaux galactophores et à la progestérone qui provoque le développement des acini et l'hypertrophie des cellules sécrétoires et myoépithéliales. L'épithélium glandulaire va ainsi peu à peu remplacer le tissu adipeux jusqu'à sa quasi disparition à la fin des neufs mois de gestation, tout en augmentant progressivement le volume mammaire : c'est la mammogénèse.

Une petite activité sécrétoire débute dès le second trimestre de gestation, mais c'est principalement au cours du troisième trimestre que se met en place la lactogénèse – synthèse de lait - grâce à la différenciation des cellules épithéliales.

Pendant la grossesse, la sécrétion de lait est freinée par la progestérone principalement, et les œstrogènes dans une moindre mesure. La progestérone agit au niveau hypophysaire en bloquant la

sécrétion de prolactine et au niveau des glandes mammaires en empêchant la production de certaines protéines composant le lactose par inhibition de la prolactine. Cette phase de lactogénèse de stade I se poursuit jusqu'aux 2 ou 3 premiers jours de vie de l'enfant. L'enfant reçoit à ce moment-là une faible quantité de colostrum, premier lait riche en protéines et en cellules immunitaires, ce qui lui permet d'une part d'acquérir une technique de succion efficace, et d'autre part de recevoir tous les éléments nutritifs nécessaires à la protection des muqueuses digestives.

La chute du taux des hormones placentaires, essentiellement la progestérone, immédiatement après la naissance provoque au 2^{ème} ou 3^{ème} jour du post-partum l'apparition de la phase lactée. La production de lait va augmenter, et sa composition évoluer grâce à une modification de la perméabilité des capillaires entourant les cellules sécrétoires.

La prolactine est la principale hormone permettant la synthèse des constituants du lait. Elle est produite par l'antéhypophyse. Sa sécrétion est pulsatile (7 à 20 pics par jour) en complément du taux de base ; elle est favorisée par la stimulation aréolo-mamelonnaire. Cette hormone exerce un rétrocontrôle positif ou négatif sur ses propres récepteurs, ce qui justifie l'importance des stimulations précoces et répétées afin de favoriser la lactation.

Le rôle de l'ocytocine, synthétisée dans l'hypothalamus, est lui aussi essentiel : cette hormone permet l'éjection du lait. Sa sécrétion est pulsatile (4 à 10 pics par dix minutes), favorisée par la stimulation aréolo-mamelonnaire, et est très dépendante de l'état émotionnel de la maman : le stress, l'angoisse ou la contrariété peuvent diminuer voire stopper la production d'ocytocine. [6]

b. L'hospitalisation du nouveau-né en néonatalogie au CHU d'Angers

- ***En anté-natal***

Au cours de l'hospitalisation d'une parturiente dans le service de grossesses pathologiques, la naissance de son enfant est anticipée ainsi que l'allaitement maternel, lorsqu'il est souhaité par la mère. Selon l'imminence de la naissance, les risques encourus pour le fœtus et le terme de la grossesse, la patiente peut être amenée à rencontrer un pédiatre du service de néonatalogie au cours de son hospitalisation prénatale ; celui-ci évoque avec la patiente la prise en charge du nouveau-né de la naissance jusqu'à son hospitalisation dans le service de néonatalogie. De plus, une visite d'un box de néonatalogie ainsi qu'une rencontre avec une infirmière de ce service sont proposés à la future maman.

L'anticipation de la naissance et de la séparation de la dyade mère-enfant permet une meilleure appréhension des événements, en diminuant l'angoisse liée à l'inconnu. De plus, la jeune mère s'accommodera d'autant plus facilement au fonctionnement du service de néonatalogie qu'elle aura déjà pu prendre quelques marques.

- ***A la naissance***

Le temps de l'accouchement est d'une très grande importance pour la création du lien entre la mère et son bébé, ainsi que pour l'initiation de la lactation. En effet, la technique de succion est plus fréquemment acquise chez les bébés restés contre leur mère avant la première tétée, sans soins de routine [7]. Cette même étude montre que les nouveau-nés restés plus d'une heure en peau à peau à la naissance ont une succion efficace en un peu moins de 50 minutes en moyenne. Les recommandations actuelles préconisent donc, dans la mesure du possible, de favoriser le peau-à-peau dès la naissance et de réaliser la première tétée au cours de la première heure de vie.

On comprend donc que la séparation du nouveau-né de sa mère dès la naissance ne doit être effective que si elle s'avère nécessaire pour la santé de l'enfant ou de sa mère, et doit être accompagnée. La présentation de l'enfant à sa jeune maman, même quelques secondes, a un effet bénéfique sur le plan psychologique : elle lui permet de se réapproprier son bébé cette fois bien « réel » et de mieux assimiler les événements vécus.

Au CHU d'Angers, la présence du pédiatre est quasi systématique lorsque l'hospitalisation néonatale était envisagée dès avant la naissance (pathologie ou malformation fœtale diagnostiquée en anténatal, prématurité consentie, prématurité pronostiquée). Il prend en charge l'enfant dès sa naissance, le plus souvent accompagné du papa. Le nouveau-né est présenté à sa mère dans la mesure du possible : cela s'avère souvent irréalisable lorsque la naissance s'est faite par césarienne puisque la mère est encore au bloc opératoire lors des premiers soins du bébé. En revanche, si l'enfant est stable sur le plan cardio-respiratoire, il peut être envisagé de le présenter à sa mère si l'accouchement s'est fait par les voies naturelles.

- ***Dans le post-partum, durant l'hospitalisation de la mère***

Par la suite, l'enfant est transféré dans le service de néonatalogie par le pédiatre, accompagné du papa si celui-ci est présent et le souhaite. Une fois dans le service, les soins classiques sont effectués, et les premières explications données aux parents.

La première visite de la maman dans le box de son enfant en néonatalogie se fait le plus souvent dès la fin de la surveillance du post-partum immédiat. Selon l'état de l'enfant et le souhait des parents, une mise en peau-à-peau peut parfois être effectuée, voire une première mise au sein.

Durant l'hospitalisation de la patiente pour la surveillance des suites de couche, l'accès au service de néonatalogie lui est possible 24h/24h. Les patientes césarisées sont accompagnées par le personnel soignant lors des premières visites en raison de leur incapacité à se déplacer seules ; il est proposé aux patientes mobiles de les accompagner la première fois afin qu'elles ne soient pas seules dans cette démarche éprouvante – la rencontre avec le tout-petit hospitalisé – et les visites suivantes sont le plus fréquemment faites de façon autonome par la mère.

L'accouchée reçoit les soins quotidiens nécessaires par le personnel du service de grossesses pathologiques, ainsi que les conseils sur l'allaitement, l'utilisation du tire-lait, l'hygiène des seins, ou

tout autre conseil adapté à la situation de la patiente. Un entretien avec une psychologue peut lui être proposé, à sa demande ou à l'initiative du personnel soignant. En parallèle, le nouveau-né est pris en charge par l'équipe médicale et paramédicale du service de néonatalogie ; les parents reçoivent les informations sur l'état de santé de leur enfant, les soins qui lui sont apportés - auxquels ils peuvent être amenés à participer, ainsi que des conseils complémentaires sur l'initiation de la lactation. La patiente peut ainsi être accompagnée dans son allaitement indifféremment par les deux services ; il lui est proposé d'effectuer la stimulation mammaire dans l'un ou l'autre des services selon sa préférence au cours de la journée.

c. Les enjeux liés de l'allaitement lors de la séparation mère-enfant

- ***Sur le plan physiologique***

Comme vu lors des rappels sur la physiologie de la lactation, celle-ci est principalement sous contrôle hormonal grâce à la production de prolactine et d'ocytocine qui stimulent la production des éléments constitutifs du colostrum dans un premier temps, puis du lait maternel. La synthèse de ces deux hormones est directement liée à la stimulation aréolo-mamelonnaire.

De ce fait, la mise au sein très précoce et fréquente de l'enfant dès sa naissance est essentielle. La déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF énonçant les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement » préconise une mise au sein dans la première demi-heure de vie ainsi que l'entretien de la lactation même si les mères se trouvent séparées de leurs nourrissons [8]. Idéalement, il est souhaitable que l'expression du lait se fasse dans les six premières heures suivant la naissance chez les mères séparées de leur bébé. Malheureusement, ce délai est très rarement respecté : le caractère « non urgent » de la mise en place de l'allaitement pressenti par la patiente et les soignants, ainsi que le contexte émotionnel ne favorisent pas le souci de l'initiation précoce de la lactation.

Par ailleurs, la libération d'ocytocine est très dépendante des émotions de la femme. L'odeur, la vue, les pleurs du bébé ainsi que sa présence en peau-à-peau peuvent être à l'origine d'un pic d'ocytocine, favorisant un réflexe d'éjection de lait. A l'inverse, le stress, l'inquiétude ou la gêne sont des facteurs inhibiteurs de la libération d'ocytocine, et sont donc à éviter pour optimiser les chances de réussite de l'allaitement maternel. [9]

- ***Sur le plan psychologique***

Dans ce contexte d'hospitalisation néonatale, les parents sont bien souvent rongés par l'inquiétude, le stress, la culpabilité. Les préoccupations concernant la santé immédiate et à plus long terme de leur enfant peuvent être un frein à la rencontre de ce petit être. L'allaitement maternel va dans un premier temps permettre à la mère d'être active, impliquée dans le processus de soin qui s'instaure : elle est la mère nourricière, irremplaçable, qui subvient aux besoins de son bébé. L'allaitement lui donne un rôle, une place auprès de son enfant, parmi les nombreux soignants qui l'entourent (infirmières, médecins, et intervenants extérieurs).

Alors que l'hospitalisation du nouveau-né « dépossède » les parents de ce petit qu'ils ont attendu de longs mois, la mise en peau à peau contre le sein de la mère engendre une reconnaissance mutuelle de la femme et de son bébé grâce à l'odorat, à la voix, au toucher. Ce temps d'appropriation est nécessaire à l'établissement du lien mère-enfant. Il permet la poursuite du processus de maturation débuté au cours de la grossesse : la mère crée de nouveaux liens très intimes avec son enfant, son psychisme se réorganise afin de faire de son bébé sa préoccupation première. On comprend bien que l'absence physique du bébé auprès de sa mère pourrait bloquer ce processus de maturation et qu'à l'inverse la mise au sein ou en peau à peau précoce et répétée rassurera la mère dans son rôle et l'aidera à se positionner comme telle.

2. L'accompagnement des mères allaitantes : un défi pour les équipes soignantes

a. Les moyens actuels d'accompagnement de ces mères

La promotion de l'allaitement maternel est un problème de santé publique au vu des bénéfices qu'il apporte tant pour le nourrisson que pour sa mère : l'information puis le soutien des femmes en matière d'allaitement doit être une priorité pour nos maternités. Le rapport du Professeur Dominique Turc de juin 2010 [3] développe de nombreux moyens concrets destinés à augmenter la prévalence de l'allaitement maternel en France dans les années à venir.

Concernant la prise en charge en milieu hospitalier, il est souhaitable que les professionnels de santé au contact de mamans allaitantes reçoivent une formation appropriée. Le rapport du Professeur Turc indique qu'« il est de la responsabilité des professionnels de santé de donner une information claire, objective et loyale sur la pratique de l'allaitement et sur ses bénéfices. Il est également de leur responsabilité de contribuer concrètement à le rendre possible, chacun dans la fonction qu'il occupe. » De ce fait, l'équipe d'aides-soignantes service de grossesses pathologiques du CHU d'Angers a reçu à la fin de l'année 2013 une formation à l'utilisation d'un nouveau tire-lait pratique et simple d'utilisation. Les soignantes sont donc en mesure d'orienter et de conseiller les patientes, de leur donner les explications nécessaires pour le bon déroulement de leur allaitement.

Le service de néonatalogie du CHU d'Angers propose des soins de développement pour les nouveau-nés hospitalisés : climat calme et silencieux autour de l'enfant, de son rythme de sommeil, gestes doux et enveloppants, stimulation sensorielle adaptée à l'âge gestationnel théorique de l'enfant,... [10] Le respect de la physiologie du nouveau-né est tout à fait bénéfique pour son développement neurologique et sensoriel et par conséquent pour la réussite de l'allaitement. En parallèle, l'accompagnement des mères par les infirmières du service, y compris en ce qui concerne

l'allaitement, permet à la jeune maman d'être guidée et d'acquérir les gestes et attitudes adéquats avec son enfant : mise au sein, stimulations oro-faciales sont des soins qui peuvent être pratiqués par les mères.

Une conseillère en lactation, Pascale Conneau, travaille actuellement dans les services suites de couche et de néonatalogie afin d'accompagner les mères allaitantes dans le besoin. Généralement, une présentation est faite auprès des mères dont le nouveau-né est hospitalisé. La conseillère en lactation est amenée à rencontrer la femme allaitante afin de la guider lors des premières mises au sein, de la conseiller en cas de douleurs mamelonnaires, de l'accompagner dans l'utilisation du tire-lait et d'envisager avec elle l'allaitement une fois de retour à domicile. Tous ces conseils sont dispensés au cas par cas, à la demande de la patiente ou après observation par l'équipe soignante.

Les moyens humains et techniques actuellement mis en place au CHU d'Angers sont-ils suffisants pour accompagner ces mères en situation douloureuse ? Alors que la séparation de la dyade mère-enfant et l'état de santé du nourrisson peuvent parfois compliquer la mise en place de l'allaitement maternel, tout est-il mis en œuvre pour que ce type d'alimentation fonctionne ?

Dans ces conditions peu propices au bien-être de la patiente, l'équipe soignante répond-elle aux besoins des mères ? Le fait-elle de façon adaptée ? Les femmes ont-elles des demandes encore non cernées par les professionnels ?

b. Les enjeux de cet accompagnement

L'accompagnement optimal des mères et de leur enfant doit être un souci permanent dans les services hospitaliers concernés : alors que les conditions pour un allaitement maternel réussi ne sont pas réunies, il convient d'apporter écoute, soutien et réconfort aux familles confrontées à cette situation. En effet, il est essentiel que la femme soit rassurée dans ses compétences de mère et que le père trouve une place aux côtés de sa femme et de son enfant, afin de leur permettre de vivre le plus sereinement possible la naissance de cet enfant. Le rôle de la sage-femme auprès de ces femmes hospitalisées est évident : accompagnement, soutien à l'allaitement, rôle de conseil et d'écoute.

Notre étude s'est fixée pour objectif de cibler les besoins des mères allaitantes hospitalisées sans leur nouveau-né ainsi que de recueillir leur témoignage sur le vécu de cette naissance et suites de couche atypiques, afin de mieux connaître les problématiques auxquelles elles sont confrontées et de répondre de manière ajustée à leurs demandes.

Nous avons ainsi mis en place l'étude « Vécu et besoins des mères allaitantes séparées de leur nouveau-né ».

Deuxième partie : Matériel et méthodes

1. Structure générale de l'étude

Dans le but de répondre au mieux à cette problématique, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative permettant une grande liberté d'expression des mères et un large panel de sujets abordables en fonction du désir des patientes. Nous avons rencontré les mères au cours d'entretiens individuels semi-directifs : il s'agissait de laisser libre cours au discours de la patiente, tout en l'orientant afin de répondre à notre problématique. Les thèmes abordés étaient variés, allant de problématiques matérielles (besoins physiques des mères, organisation des services) à des thématiques beaucoup plus personnelles (vécu de la situation actuelle, souhaits d'accompagnement,...).

Afin de réaliser ce type d'entretien dans de bonnes conditions, notamment dans une relation de confiance entre la patiente et l'élève sage-femme, plusieurs étapes ont été nécessaires : la prise de contact dans un premier temps, puis le retour vers la patiente et l'abord pratique de l'étude avec elle dans un second temps (fixer le rendez-vous, évoquer concrètement les détails de l'étude), pour finir par l'entretien en lui-même.

Les entretiens ont été enregistrés en totalité sur un dictaphone pour permettre par la suite un traitement du verbatim.

2. Modalités de la recherche

a. Population cible

Notre étude concernait toutes les femmes allaitantes ayant accouché au CHU d'Angers et dont le nouveau-né, vivant et viable, était hospitalisé dans le service de néonatalogie, quels que soient le contexte d'accouchement et les raisons de l'hospitalisation néonatale.

Aucune sélection supplémentaire n'a été réalisée. Les patientes étaient libres de quitter l'étude à n'importe quel moment, y compris le jour même de l'entretien ou après la réalisation de celui-ci.

b. Critère de non inclusion

Il nous a semblé essentiel d'étudier l'accompagnement de la mère tout au long de son hospitalisation sans son bébé.

De ce fait, nous n'avons pas inclus dans l'étude les patientes transférées au CHU d'Angers pour un rapprochement mère-enfant. En effet, dans leur cas, l'étude du post-partum immédiat et de l'accompagnement effectué avant l'arrivée à Angers aurait été impossible du fait de la méconnaissance des protocoles et des habitudes de service du lieu d'accouchement et de l'inaccessibilité du dossier médical.

c. lieu de l'étude, durée de l'étude (critères temporels et géographiques)

Notre étude s'est déroulée du 14 janvier 2014 au 14 février 2014 au CHU d'Angers, dans les services de grossesse pathologique et de néonatalogie. Nous nous étions fixé un effectif à atteindre de six patientes, ce qui a été réalisé en un mois.

d. le premier contact

Dans un premier temps, nous avons rencontré les patientes dans leur chambre ou dans le service de néonatalogie afin de leur présenter l'étude. Nous avons dialogué sur l'utilité de cette recherche, donné des informations orales et écrites ainsi qu'un formulaire de consentement (Annexes 1 et 2). Cette première visite à la patiente a par ailleurs permis d'établir un climat de confiance : la mère a ainsi rencontré l'investigateur quelques jours avant l'entretien, et a pu déjà évoquer son accouchement, les premiers jours ou premières heures avec son bébé.

Après un délai de réflexion de 24 à 48h, l'investigateur a visité à nouveau la patiente afin d'obtenir son consentement pour la participation à cette étude. Cette deuxième rencontre a permis de fixer les date et heure de l'entretien, ainsi que de poursuivre l'établissement du climat de confiance.

e. L'entretien

L'entretien en lui-même a eu lieu, selon le souhait de la patiente, dans le service de grossesses pathologiques ou en néonatalogie, auprès du nouveau-né. Sa durée était prévue comme variable, d'environ 30 à 45 minutes, ajustables selon les contraintes de la patiente.

Au cours d'un entretien semi-directif, l'enquêteur adopte une attitude peu directive, laissant le participant s'exprimer librement à partir d'une liste de questions non exhaustives. Le principe de ce type d'entretien est d'organiser un échange à partir de thématiques ciblées par l'enquêteur. Un guide d'entretien, récapitulant les sujets à aborder, est mémorisé par l'enquêteur afin de lui permettre une grande disponibilité avec le participant. L'attitude non-directive au cours de l'entretien est fondée sur trois dimensions : l'empathie, l'acceptation inconditionnelle et la non-directivité. [11]

Pour notre étude, le guide d'entretien prévoyait d'aborder avec la patiente trois grandes thématiques, déclinées en sous-thèmes plus concrets :

- Les besoins psychoaffectifs : la place du conjoint, de l'entourage, du personnel soignant, les représentations que la mère se faisait de la naissance et de l'allaitement, le lien mère-enfant.
- Les besoins « physiques » liés à leur situation : les potentielles modifications des besoins physiologiques dues à l'allaitement maternel (sommeil et alimentation), l'organisation de leurs journées, les conseils souhaités pour l'hygiène et le soin des seins.
- Les besoins « théoriques », en terme de connaissances : la préparation à l'accouchement et ce qui s'y est vécu, la connaissance technique du tire-lait s'il a été mis en place, les conseils donnés par les professionnels, les attentes avant le retour à domicile.

3. Méthode d'analyse des résultats

a. La retranscription et le codage

Dans un premier temps, les entretiens ont été réécrits très fidèlement. Il était nécessaire de retranscrire tous les mots, onomatopées, afin de laisser transparaître les émotions et les temps de réflexion des patientes. Nous avons utilisé pour ce travail un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word 2007).

A partir de ces verbatim, nous avons effectué un codage : le découpage et le regroupement par sous-thèmes de chacun des thèmes a fait mis en avant une fréquence d'apparition de chacun des sous-thèmes ainsi qu'une direction, favorable ou défavorable, renseignant sur la tonalité affective du discours.

b. Rapprochements des différents verbatim et analyse

Une fois ce travail effectué, nous avons regroupé les propos des patientes par thématiques : c'est le travail de catégorisation. Les femmes n'ayant pas nécessairement toutes abordé les mêmes sujets, nous avons mis en parallèle les extraits d'entretiens traitant d'un même sous-thème.

Par la suite, nous avons analysé chacun des entretiens en interrogeant le sens de l'échange, ce qui nous a permis de mieux comprendre les besoins des mères durant leur séjour dans le service de grossesses pathologiques, et la façon dont elles vivent l'allaitement de leur enfant hospitalisé en néonatalogie.

Troisième partie : Résultats

1. Description de la population étudiée

a. Population cible

Au cours du mois d'investigation, neuf femmes entraient dans les critères d'inclusion de l'étude : il s'agissait de patientes ayant accouché au CHU d'Angers, dont le nouveau-né était hospitalisé en néonatalogie et qui souhaitaient l'allaiter.

Parmi elles, six patientes ont accepté de participer à notre étude.

Deux patientes ont refusé du fait de l'exigence de temps de l'étude : consacrer une heure pour un entretien avec une élève sage-femme leur paraissait incompatible avec l'organisation de leurs journées chargées (allers-retours en néonatalogie pour visiter leur enfant, soins pour elles-mêmes, visites des amis et de la famille,...).

Une patiente n'a pas souhaité participer à l'étude sans détailler les raisons de son refus.

b. Population étudiée

Nous avons donc recueilli le témoignage de six patientes. Toutes étaient primipares ; il s'agissait pour cinq patientes de grossesses singleton, et pour une patiente d'une grossesse gémellaire. Cette dernière patiente avait suivi un parcours d'aide médicale à la procréation et avait débuté cette grossesse au décours d'une seconde insémination intra-utérine avec sperme du conjoint. Pour les cinq autres patientes, il s'agissait de grossesses spontanées et désirées (arrêt volontaire des contraceptifs).

L'âge des mères était compris entre 23 et 35 ans, avec une moyenne de 28,8 ans. On ne retrouvait pas d'antécédents notables ou pouvant avoir une conséquence sur notre étude chez nos patientes, si ce n'est un syndrome des ovaires poly kystiques pour la patiente ayant suivi un parcours AMP, surajouté d'une hétérozygotie pour l'amyotrophie spinale infantile.

Toutes les patientes ont été hospitalisées dans le service de grossesses pathologiques du CHU d'Angers avant la naissance de leur enfant, pour une durée allant de moins de 12 heures à 12 jours. Trois patientes étaient suivies dans des maternités de niveaux I ou II de la région et ont bénéficié d'un transfert in utéro à Angers après diagnostic d'une pathologie nécessitant une prise en charge en maternité de niveau III.

Les motifs d'hospitalisation étaient variés :

- une patiente a été hospitalisée en cours de grossesse pour un retard de croissance isolé, elle a accouché spontanément à 39SA+ 5 jours
- une patiente a présenté une pré-éclampsie à 32SA+ 3 jours
- une patiente, enceinte de jumeaux, est entrée en début de travail spontané à 34SA+ 3 jours
- une patiente a présenté une rupture prématurée des membranes dans un contexte infectieux à 31SA+ 6 jours
- une patiente a été transférée pour cholestase compliquée d'une pré-éclampsie sévère avec retard de croissance intra-utérin et suspicion d'hémorragie fœto-maternelle au stade de 32SA+ 2 jours
- enfin, une patiente a présenté un retard de croissance intra-utérin et un anamnios à 28SA

Seule une patiente a bénéficié de la visite du pédiatre au cours de son hospitalisation. Pour les autres patientes, le principal facteur remettant en cause la visite du pédiatre était le délai court entre l'arrivée dans le service et la naissance.

Trois patientes, dont la parturiente gémellaire, ont accouché par voie basse sous analgésie péridurale, dont deux avec des instruments. Trois patientes ont accouché par césarienne ; deux ont bénéficié d'une rachianesthésie et une a eu une anesthésie générale en raison d'une hyperalgie sous rachianesthésie. Le pédiatre était présent pour chacune des naissances.

Au total, un nouveau-né a été hospitalisé dans le service de néonatalogie pour RCIU isolée; le motif d'hospitalisation des six autres enfants était la prématurité (consentie chez X patientes), compliquée pour deux par un RCIU, et pour les jumeaux par une hypertension.

Aux jours de réalisation des entretiens, le pronostic vital d'un enfant était encore en jeu, les jumeaux souffraient d'hypertension d'étiologie inconnue, l'état de santé de trois nourrissons était stable, tandis que le retour à domicile était envisagé dans les jours suivants pour un enfant.

2. Description des conditions de réalisation de l'étude

a. Lieu de l'entretien

Nous avons laissé à la patiente le choix du lieu de déroulement de l'entretien ; trois patientes ont été interrogées dans leur chambre individuelle dans le service de grossesses pathologiques, tandis que trois patientes ont souhaité effectuer l'entretien en néonatalogie auprès de leur enfant. Parmi ces dernières, deux mères ont donné le sein pendant l'entrevue.

b. Durée de l'entretien

La durée d'entretien était variable selon les patientes, allant de 18 à 38 minutes. Une seule mère a annoncé d'emblée avoir peu de temps à consacrer à l'étude du fait de visites programmés ensuite ; les autres patientes n'ont pas exprimé le désir d'écourter l'entretien.

c. Contexte de réalisation de l'entretien

Les entretiens ont été réalisés à des horaires très variables selon la disponibilité des femmes. Nous avons rencontré quatre mères dans la matinée, et deux au cours de l'après-midi. Les conditions d'entretien ont été propices aux échanges pour cinq des mères rencontrées : un environnement calme voire silencieux, absence de passage de personnel soignant, avec une bonne disponibilité des patientes. Pour une mère, la rencontre a malheureusement eu lieu alors qu'un problème logistique engendrait beaucoup de passage dans le service ainsi que dans le box de néonatalogie où avait lieu l'entretien.

3. Vécu de la grossesse et de l'accouchement

a. La préparation à la naissance

La grossesse, évènement central au cours de la vie d'une femme, d'un couple, est perçue de façon très personnelle par les parturientes. Parmi les six patientes rencontrées, cinq ont débuté une grossesse volontairement et spontanément ; Mme L. a eu recours à l'AMP afin de débiter la grossesse mais n'a pas évoqué ce parcours lors de l'entretien. L'attitude face à l'arrivée de ce fœtus était très différente selon les femmes : certaines étaient impatientes, et se projetaient déjà dans un avenir proche ou lointain, tandis que d'autres ont eu besoin de plus de temps pour assimiler cette nouvelle. C'est le cas de Mme G, qui a pourtant arrêté sa contraception en vue d'une grossesse : « Au bout de deux mois, je suis tombée enceinte donc euh... du coup c'était presque euh... j'étais presque pas prête en fait... ».

Les six patientes rencontrées étaient primipares, et envisageaient de faire une préparation à l'accouchement. Seules deux patientes ont participé à tous les cours, deux avaient commencé mais ont été stoppé dans le parcours à cause de l'hospitalisation ou de l'accouchement, et deux patientes étaient inscrites mais ont accouché avant la première séance. Les cours de préparation à l'accouchement étaient globalement perçus comme utiles, donnant des repères ; les patientes ont reçu des informations grâce à différents supports : exposé oral, littérature, films, témoignages.

En parallèle, certaines patientes se sont préparées à la naissance et à l'allaitement maternel par leurs propres moyens : « j'avais regardé sur internet sinon... je préférais » annonce Mme T., tandis que Mme G. a pour sa part suivi les émissions de télé-réalité Baby Boom (TF1 Production). Une

patiente a rejoint un groupe de partage de la Leche Ligue, et plusieurs d'entre elles ont demandé conseil à leur entourage : mère, sœurs, amies ayant allaité ou l'envisageant.

A la question « Pensez-vous qu'il soit important de se préparer ? », Mme T., qui a suivi une préparation à l'accouchement dans son intégralité, répondait « Ouai, je pense... Avec tout le monde en fait... Se documenter, regarder l'évolution de tout, de la grossesse, avec les sages-femmes... Je pense que c'est important, ouai ! »

b. Représentations de la patiente à propos de cet enfant attendu

Selon les patientes et le vécu de leurs grossesses, les représentations de la naissance, de l'allaitement ou de l'enfant en lui-même étaient très variés chez les six patientes rencontrées. Les cinq patientes ayant accouché prématurément avouent ne pas avoir imaginé dans un premier temps que la naissance pourrait se faire précocement ; certaines d'entre elles ont assimilé rapidement les faits et modifié leurs rêves pour les confronter à la réalité ; ce travail a pris plus de temps chez d'autres.

La primiparité de ces patientes influe beaucoup sur leurs représentations : Mme F. semblait être démunie : « je ne savais pas du tout à quoi m'attendre, je partais très naïve sur tout ça », tandis que Mme G. envisageait une grossesse physiologique : « je m'étais imaginé... ben voilà, hein, accoucher à terme, avec un gros bébé, l'allaiter,... ». Les rêves de début de grossesse semblent être oubliés devant la situation douloureuse de séparation du bébé : « J'avais imaginé des choses, mais enfin... Euh... On n'imagine pas qu'on va avoir un enfant prématuré... » (Mme T.).

Toutes les patientes ayant été hospitalisées au cours de la grossesse, plus ou moins longtemps avant la naissance, la prématurité voire l'hospitalisation de leur enfant avait été évoquée avec certaines mais ne permet pas pour autant de prendre conscience de la réalité. C'est le cas de Mme B : « c'était lointain, ouai... [...] Même si on savait quand même, voilà, parce que quand on vous dit « vous êtes allaitée » et qu'il y a un risque d'accouchement prématuré, je dirais : on y pense, mais on se dit toujours « oh non, bah non ! »... ».

L'allaitement quant à lui était un choix certain pour trois patientes ; deux femmes étaient en cours de réflexion, et une ne pensait pas allaiter mais a choisi ce mode d'alimentation du fait de la prématurité de son bébé. Les représentations de l'allaitement étaient ambiguës chez nos patientes : les témoignages de leurs amies ou famille ainsi que les cours à l'allaitement engendraient chez elles à la fois un désir d'allaiter et une appréhension, voir une peur d'échec chez certaines. Mme L, qui attendait des jumeaux, évoque de son côté l'aspect organisationnel « Au début je ne savais pas trop en fait, parce que je me suis dit avec deux ça va être peut-être un peu difficile... à gérer... Et puis bah je me suis dit de toute façon, pourquoi pas, j pense que aujourd'hui ça se fait beaucoup, 'pis je me suis dit « je tente », pis comme j'étais motivée bah du coup, j'ai dis : j'essaye ! » dit-elle en riant.

c. Anticipation de la naissance

En raison de l'hospitalisation en cours de grossesse de toutes les mamans ayant participé à l'étude, l'éventualité de l'hospitalisation néonatale avait été évoquée avec chacune des patientes. Seule une future mère avait rencontré le pédiatre au cours de son hospitalisation ; pour les autres ce sont les sages-femmes qui ont informé la patiente, donné des explications et répondu aux interrogations.

Pour certaines, cette anticipation a permis de se préparer aux événements ultérieurs et de vivre plus sereinement la séparation ; Mme F. avoue s'être « un petit peu faite à l'idée », ne pas avoir été « surprise à 100% quand le pédiatre [lui] a dit 'on va la garder' » lors de la naissance de sa fille. « Quand on m'a dit les problèmes de... mes problèmes vasculaires et tout ce qui pourrait se passer bah... [...] je m'attendais un peu que... bah un petit peu à ce que ça vienne vite quoi... » reconnaît Mme C., pour qui le choc de la séparation a été moins rude.

A l'inverse, Mme T. n'envisageait pas un accouchement imminent, elle avait « juste posé des questions quand même : si je devais accoucher, comment ça allait se passer pour l'allaitement mais je ne me suis pas attardé dessus ». « Voilà, je me suis préparée sur le coup ! » dit-elle. L'annonce de l'hospitalisation de son fils n'en a été que plus délicate.

« Moi la frustration que j'ai eu, c'est que je me sentais très bien en fait ; je savais que mon corps déconnaît, mais physiquement parlant je me sentais très très bien. Donc c'est assez euh... C'est assez perturbant en fait de savoir que ça ne va pas, et que malheureusement on ne peut rien y faire, et qu'on est obligé d'attendre. » évoque Mme G, pour qui le plus difficile au cours de son hospitalisation a été l'attente éprouvante d'un débouché le moins pénible possible pour son bébé et elle-même.

d. Le jour J : accompagnement des patientes

Une femme a accouché à terme d'une fille hospitalisée pour un retard de croissance intra-utérin : cette patiente a reçu les soins classiques dispensés à toute femme arrivant en travail aux urgences de la maternité. Le pédiatre était présent à la naissance et a hospitalisé l'enfant à une heure de vie du fait de son petit poids de naissance (2280g à 39SA + 5 jours).

Parmi les cinq patientes ayant accouché dans un contexte pathologique, quatre ont été très sensibles à l'écoute qu'elles ont reçu malgré les situations d'urgence, et à la qualité de l'accueil qui leur a été prodigué. « Quand on m'a dit que j'allais accoucher, je commençais déjà à péter un plomb, je dirai... 'Fin quand on n'est pas préparé, quand on s'inquiète déjà... pour soi mais c'est surtout qu'on s'inquiète surtout pour le bébé... Voilà quoi... J'ai vu 2-3 sages-femmes qu'étaient vraiment très compréhensives, à l'écoute et tout, et qui m'ont bien rassurée et autre » raconte Mme B., qui évoque l'« calme » et la « patience » des professionnels qui l'ont prise en charge.

Il n'en reste pas moins que l'annonce de la césarienne chez trois de nos patientes a provoqué des réactions contradictoires : Mme G, qui avait souffert de l'attente qu'elle qualifiait d' « hyper longue, hyper difficile », a vécu la naissance de son enfant comme « un soulagement », tandis que Mme B. a été bousculée : « Tout de suite maintenant, ça va bien se passer... On était passé du stade où j'attendais deux mois, après j'attendais deux semaines, et en fait maintenant j'accouchais tout de suite. Bon. Ça fait un peu beaucoup en fait, hein. Dans la chronologie, en l'espace de quelques heures, ça faisait beaucoup quoi », raconte-t-elle.

e. La rencontre avec le nouveau-né : entre bonheur et sidération

Les patientes étaient accompagnées de leur conjoint pour cinq d'entre elles ; seule un père travaillait le jour de l'accouchement et n'était donc pas présent. Un pédiatre était présent à chaque naissance et a pris en charge le bébé, accompagné du père lorsqu'il était présent.

Pour chaque patiente, cette naissance était chargée de sentiments ambivalents : joie, crainte, appréhension de voir un tout petit enfant, frustration de ne pouvoir le garder près de soi... Les moindres gestes ou regards sont relevés avec attention par les mamans, qui en ont parlé parfois avec émotion pendant les entretiens.

Notre patiente ayant accouché à terme a gardé sa fille contre elle une heure après l'accouchement et a effectué une première mise au sein dès la salle de naissance, à une heure de vie de l'enfant. Elle en garde un très bon souvenir, et insiste sur l'importance de ce moment « ça nous a permis de faire un peu connaissance » ; elle a eu « le temps d'apprécier », dit-elle, « de [se] dire : 'ça y'est, c'est ma fille' ».

Pour Mme B. et Mme G., la rencontre avec leur enfant s'est faite en quelques courtes minutes ; elles ont apprécié ce premier contact qui permet à une mère de reconnaître son enfant. Mme B. regrettait de ne pas avoir pu accoucher par les voies naturelles, mais appréciait tout de même l'anesthésie loco-régionale : « On crée quand même un lien même si on n'accouche pas normalement, on a au moins ce lien en se disant 'ben, oui il est sorti, le bébé est sorti de mon corps' » dit-elle en comparaison avec les femmes sous anesthésie générale.

La première confrontation avec sa fille de 810g a en revanche été difficile pour Mme C., césarisée à 29SA : « le coup de la voir, ça m'a fait mal au cœur, j'osais pas trop » dit-elle bouleversée. Le lien d'attachement se tissait petit à petit au moment de l'entretien, mais semblait encore fragile.

Mme L. a accouché de ses jumeaux par les voies naturelles au bloc opératoire. Elle avait été frustrée de ce premier instant écourté : « Aussitôt sortis, aussitôt ils les ont emmené, donc après euh... J'ai eu l'occasion de les voir au bloc deux minutes... les entrevoir quand j'étais sur la table, et puis après je les ai revus que le soir ici, quoi. ».

Enfin le fils de Mme T. est né par césarienne sous anesthésie générale en raison de l'inefficacité de la rachianesthésie. « Du coup c'est le papa qui a eu le premier contact avec Kayden... » raconte-t-elle avec le sourire, heureuse que son fils soit finalement en relative bonne santé.

4. Place de l'allaitement maternel

a. L'allaitement, une aventure à préparer ?

« Parce que je pense que quand on euh... quand on voit un petit bébé comme ça, on a tellement envie que... voilà, il grandisse, que voilà... Est-ce qu'on se force pas un petit peu du coup ? Je sais pas. » Telle était la réflexion de Mme G. à propos du choix d'allaiter. En effet, la précarité de l'état de santé son l'enfant a fini de convaincre cette patiente de lui donner le sein. Mme C. a elle aussi opté pour l'allaitement maternel du fait de la grande prématurité de sa fille : « Le lait maternel c'est mieux quoi. Parce que sinon c'était pas prévu que j'allaiter. [...] Je ne voulais pas allaiter, 'puis euh je voulais donner le biberon normal ! ». Un choix qu'elle ne regrette pas, bien qu'elle ne s'y soit absolument pas préparée.

Les quatre autres patientes avaient pour leur part choisi l'allaitement maternel, avant même la conception pour certaines. Les cours de préparation à l'accouchement, la lecture –internet, littérature, documentations fournies par les sages-femmes libérales – leur ont permis de se préparer à l'allaitement maternel d'un enfant en bonne santé, mais pas toujours à la situation à laquelle elles ont été confrontées : « A la finale je suis avec mon tire-lait et du coup ça n'a rien à voir avec ce que je penserai qu'il se passerait... » souriait Mme G. le jour de l'entretien. Alors que la séparation physique de la dyade mère-enfant et la fragilité de leur enfant rendent l'allaitement maternel moins évident, l'hospitalisation de leur enfant conforte ces mères dans leur choix d'allaiter.

Dès leur hospitalisation dans le service de grossesses pathologiques, la majorité des femmes (4 des 5 patientes hospitalisées juste avant la naissance) ont évoqué l'allaitement maternel avec le personnel. « A la maternité on nous remontre, tout ça, donc c'est vrai que c'est pas mal quoi... », « J'avais déjà posé quelques questions parce que ça me tenait vraiment à cœur de l'allaiter » racontaient les mamans lors des entretiens.

b. L'initiation de la lactation

La première mise au sein a été possible dans les trois premiers jours de vie chez quatre des sept enfants, parfois à la grande surprise de la mère. Le nouveau-né de 29SA n'a pas été mis au sein à cause de sa très grande prématurité, et les jumeaux nés après 34SA n'étaient pas encore stabilisés au jour de l'entretien : leur maman n'avait pas encore pu les prendre en peau-à-peau ni les mettre au sein.

Toutes les patientes ont bénéficié de la mise en place d'un tire-lait afin de favoriser la lactation avant que les bébés ne puissent téter de façon autonome. La fille de Mme F. ayant très rapidement tété efficacement, avec une prise de poids satisfaisante, cette patiente n'a utilisé le tire-lait que deux fois dans l'unique but de favoriser la montée laiteuse.

Cinq patientes utilisaient encore le tire-lait au jour de l'entretien. Alors que les recommandations internationales préconisent une première simulation dans les 6 premières heures de vie, aucune de nos patientes n'en a bénéficié, probablement du fait du caractère considéré comme « non urgent » de l'allaitement maternel. Elles ont en revanche toutes obtenu un tire-lait dans les 24h suivant l'accouchement. Quatre patientes ont reçu des conseils qu'elles ont jugés satisfaisants, tandis qu'une maman dit de ses premières simulations : « ça a été du live direct. Je me suis un petit peu débrouillée, j'ai lu ce qu'il y avait marqué, stimulation, expression. ». Aucune maman n'a été surprise par les sensations liées à la simulation ; une patiente juge ce geste douloureux, mais compte « s'habituer ».

La majorité des mamans ont obtenu très rapidement du colostrum lors des simulations. Une patiente a effectué quelques simulations non productives les premiers temps, mais elle ne s'en est pas inquiétée puisqu'elle avait reçu les informations sur cette éventualité par les professionnels de santé. Une maman évoque cependant le caractère rassurant de l'éjection de colostrum dès la première simulation : « ça m'aurait embêté de ne pas avoir de lait... » dit-elle.

En ce qui concerne les premiers jours du post-partum, il est recommandé de simuler les glandes mammaires 6 fois par jour afin de favoriser une initiation rapide et efficace de la lactation. Bien que ces recommandations semblent expliquées aux patientes, la réalité des faits est tout autre : « Elle m'avait dit qu'il fallait stimuler 3 fois ou 6 fois par jour, mais avec les visites les déplacements machin, je n'arrivais pas à stimuler 3 fois [hésitation] 'fin 6 fois ; j'ai fait le truc 2 fois » raconte Mme T.. Les contraintes matérielles et le besoin de repos ressenti par les patientes sont les deux arguments majeurs qui justifient cette absence de simulations fréquentes.

c. Bénéfices de l'allaitement maternel pour la relation mère-enfant

L'allaitement maternel, au-delà de l'aspect nourricier, permet l'établissement d'un lien privilégié entre la mère et son enfant hospitalisé.

Les femmes ayant participé à l'étude ont évoqué plusieurs aspects au cours des entretiens :

Le peau-à-peau, d'une part, permet aux parents de rendre concrète cette naissance atypique. L'utilisation des sens –odorat, toucher, vue – permet tant à la mère qu'au père d'établir un contact avec ce petit être perçu parfois comme distant du fait de son hospitalisation. « ça y'est, on est une famille [...] je ne sais même pas comment le décrire... » raconte Mme G., émue par le premier peau-à-peau.

La mise au sein, en second lieu, est un moment privilégié au cours duquel la maman subvient aux besoins de son enfant. Deux des entretiens se sont déroulés au cours d'une mise au sein : les mères étaient attentives à leur bébé, et celui-ci répondait par des regards, des gestes. « Ça m'a permis de créer un contact beaucoup plus vite que si j'avais pas all... 'fin en tout cas c'est ce que je pense, oui. Euh... j'ai vraiment une sensation de fusion avec elle. Là oui, vraiment c'était agréable. » raconte Mme F., dont la fille était nourrie exclusivement grâce à la mise au sein lors de l'entretien.

En l'absence de mise au sein, la mère attache une importance toute particulière au don de son lait pour son enfant. « C'est ma fille, c'est mon lait. Voilà ! » disait Mme G., « c'est moi qui lui donne mon lait pour qu'elle puisse grandir quoi. Donc euh, ça, ça fait du bien. ». Cette fonction de nourrissage permet à la maman de se sentir investie, d'être dans le soin actif auprès de son enfant, dans une situation où peu de choses sont maîtrisables pour elle. L'expression du lait est donc vécu par les mères comme un moyen de donner à leur enfant le meilleur d'elles-mêmes – « C'est meilleur que le lait bah... en magasin » rapporte Mme C. – et de remplir leur rôle de mères.

5. Attentes des mères durant leur hospitalisation

a. Ecoute et bienveillance : la première mission du soignant

« Au niveau conseil, relationnel au niveau du CHU, pfff ! » concluait Mme L. à la fin de l'entretien, impressionnée par la disponibilité, les compétences et l'écoute de tous les professionnels rencontrés au cours de son séjour à la maternité.

Le besoin d'écoute, d'empathie s'est révélé de façon très marquante au cours des entretiens. D'une part, l'établissement rapide du lien de confiance avec l'investigateur, les confidences faites au cours de l'entretien et la qualité de ces derniers révèle comme une évidence ce besoin d'écoute, de partager avec une personne extérieure toutes ces émotions vécues par le couple.

D'autre part, les six patientes ont évoqué de multiples fois l'écoute qu'elles ont reçu, l'attention qui leur a été portée, la disponibilité avec laquelle les professionnels les ont accompagnées. « Tout le personnel était super accueillant, super compréhensif et autre », « le personnel était très... très compétent et très à l'écoute, très disponible pour nous », « d'un calme et d'un... d'une patience »,... Les patientes en situation éprouvante ont été particulièrement sensibles à tous les détails révélant chez les soignants le souci du bien-être de la maman. Les femmes rencontrées n'ont noté aucune différence entre les professionnels des services de néonatalogie ou de grossesse pathologique. En revanche, dans ce dernier service, deux patientes ont parfois eu peur de déranger à cause de la charge de travail qu'elles ont perçu : « Bah elles sont déjà débordées alors heu... Bah je les vois pas beaucoup, mais encore heureux ! Manquerait plus qu'elles prenaient encore ce temps là euh !... » disait en riant Mme T., qui s'est par ailleurs sentie bien accompagnée. Mme B. a agit pour sa part selon son ressenti : « Je me dis que je les embête aussi dans leur travail [...] Elles me disaient 'ne vous inquiétez pas, il n'y a pas de souci...' ».

b. Le rôle de conseil du soignant

Comme l'a défini l'OMS dans son programme pour la promotion de l'allaitement maternel, la présence de professionnels formés au soutien de l'allaitement est essentielle dans tous les services de maternité. En effet, les femmes allaitantes sont très demandeuses de conseils, petites astuces et encouragement, particulièrement dans les situations éprouvantes telles que la séparation de son propre enfant.

Lors de nos entretiens, toutes les patientes ont mis en avant à la fois leur besoin d'être conseillées, rassurées, guidées dans leur allaitement, et le fait que les professionnels ont joué sur rôle tout au long de leur séjour, dans le service de néonatalogie comme dans celui de grossesses pathologiques. « On est accompagnés à la maternité, il y a du monde » expliquait Mme L., qui compte sur les petites astuces données par les professionnels pour s'occuper de ses jumeaux une fois de retour à domicile. Mme T. disait pour sa part avoir « beaucoup de questions », pour lesquelles elle a reçu des réponses : « elles sont attentives autant en haut que en bas [en néonatalogie et en grossesses pathologiques], des deux côtés... ».

Deux mamans ont particulièrement apprécié d'avoir des conseils dans les services du bébé et de la mère : elle y ont vu un bénéfice à l'hospitalisation de leur enfant. « J'ai deux fois plus de personnel en fait pour moi. Moi et mon bébé. » (Mme T.). La durée de séjour de l'enfant s'est avérée être rassurante elle aussi pour les mamans, le retour à domicile de la mère n'entraînant pas l'arrêt des conseils en allaitement – ce qui est le cas lorsque l'enfant sort de l'hôpital en même temps que sa mère.

c. Souplesse et adaptabilité des services hospitaliers

Quatre des patientes rencontrées ont évoqué au cours de l'entretien l'organisation des journées durant leur hospitalisation. Trois d'entre elles ont particulièrement apprécié la souplesse des soignantes : ces mères ont pu organiser les visites en néonatalogie selon leurs désirs et les horaires de soins de leur nouveau-né sans être pénalisées dans leur propre prise en charge. Elles ont apprécié que les horaires des soins quotidiens ne soient pas fixes mais puissent être décidés conjointement par la mère et le soignant, les repas réchauffés lorsqu'elles revenaient tard d'une visite à leur enfant, la réponse rapide lorsqu'elles ont été amenées à demander de l'aide ou encore la souplesse dans les horaires de soins du nourrisson.

Seule une patiente, bien qu'elle ait apprécié la disponibilité du personnel soignant, a trouvé difficile l'organisation de ses journées à l'hôpital : « C'est de l'organisation en fait, tout ça ! Avoir les visites, avoir les soins en haut [en grossesses pathologiques], avoir les soins ici pour lui [en néonatalogie] et profiter,... [...] fin c'est l'organisation un peu de tout ça qui est un peu difficile, quoi ! ».

d. En pratique...

Au cours de nos entretiens, nous avons abordé avec les patientes les besoins physiques auxquels elles pourraient être confrontées du fait de l'allaitement maternel d'un enfant hospitalisé.

En terme de sommeil, les six patientes n'ont pas évoqué de changements particuliers depuis la mise en place de l'allaitement ; les journées passées à l'hôpital se sont avérées reposantes pour une patiente, tandis que Mme L., qui se rejoint le service de néonatalogie pour toutes les tétées de sa fille, disait « dormir comme [elle] peut ».

Concernant l'alimentation de la mère allaitante, seule une patiente aurait souhaité avoir des repas plus complets ainsi qu'une collation dans l'après-midi. Elle complétait son discours en ajoutant que ses absences répétées en dehors de son service d'hospitalisation ne lui permettraient peut-être pas d'être présente pour un éventuel goûter. Une autre patiente avoue ne pas « prendre le temps d'avoir faim », prise dans les déplacements et les soins quotidiens pour elle et son bébé. Le souci permanent de son enfant et les heures passées en néonatalogie lui faisaient oublier la sensation de faim.

Une patiente redoutait de réveiller les patientes des chambres voisines en utilisant le tire-lait la nuit. Son inquiétude était sans doute infondée, mais il aurait été nécessaire de la rassurer dès le départ sur ce point, afin de lui permettre de tirer son lait si cela s'avérait utile.

e. Place des intervenants ne faisant pas partie de l'équipe soignante

Nombreux sont les professionnels rencontrés par les patientes au cours de leur hospitalisation : sages-femmes, aides-soignantes ou auxiliaires de puériculture, infirmières, infirmières puéricultrices, gynécologues-obstétriciens, pédiatres.

Deux des patientes rencontrées, habitant loin d'Angers, auraient souhaité rencontrer une assistante sociale afin d'organiser la période au cours de laquelle elles-mêmes seront sorties de l'hôpital mais l'enfant restera hospitalisé. Au CHU d'Angers, une assistante sociale est rattachée au service de néonatalogie ; nos patientes préoyaient donc de la rencontrer dans les jours suivant l'entretien.

De plus, il a été proposé à une de nos patientes de rencontrer la psychologue en raison du mauvais vécu de l'accouchement et de la difficulté à établir un lien avec son enfant. Au jour de l'entretien, la patiente refusait cette rencontre, bien qu'elle semble être potentiellement très bénéfique. Devant le grand besoin d'écoute et d'attention des mères rencontrées, nous sommes en droit de nous demander si l'intervention systématique d'une psychologue auprès des femmes vivant la séparation d'avec leur nourrisson ne serait pas judicieuse, et aiderait au bien-être des mères.

Enfin, une patiente avait déjà rencontré la référente en lactation détachée pour la maternité, Pascale Coneau ; une autre patiente, Mme B., était actuellement en demande afin d'obtenir des conseils généraux – « On m'avait dit qu'il y avait une référente allaitement qui passerait, que je n'ai jamais vu. » semblait-elle dire déçue.

6. Rôle de l'entourage

a. Jeune père : quelle attitude adopter ?

Bien que l'allaitement maternel, comme son nom l'indique, concerne la femme, le rôle du père auprès de l'enfant et de sa mère est indéniable.

Parmi nos six patientes, quatre ont reçu un soutien moral voire pratique de la part de leur conjoint. « Quand il est là, il m'aide vraiment à positionner [ma fille], à la placer, à la stimuler » raconte Mme F., qui avait discuté d'allaitement avec son conjoint bien avant la naissance de sa fille. Mme T., quant à elle, explique que la culture africaine de son conjoint faisait de l'allaitement maternel une évidence. C'est donc tout naturellement qu'elle a associé son conjoint à la mise en place du tire-lait : « quand j'ai eu mon 1^{er} biberon [de lait tiré], c'était hier soir - j'ai eu un biberon entier quand même - et bah je lui ai envoyé une photo ! ». Mme G. sourit de l'investissement de son conjoint, qu'elle n'aurait pas soupçonné : « Il s'intéresse un peu. [...] Depuis que j'ai commencé, il allait me laver la tétérèlle, il m'apporte les biberons, euh je pense qu'il s'implique plus que ce que je pensais. » se réjouit-elle. Pour ces quatre patientes, la communication autour de l'allaitement dès le début de la grossesse leur a permis d'être en accord, et d'obtenir le soutien dont elles ont besoin à ce jour.

Mme L., maman des jumeaux, n'était pas opposée à un investissement de son conjoint dans l'allaitement maternel : elle a souhaité dès le départ que ce type d'alimentation ne soit pas un frein à la présence du père auprès des enfants. Au jour de l'entretien, Mme L. confirme que l'utilisation du tire-lait lui convient bien puisqu'il permettra au papa de donner des biberons. Cependant, la patiente ne parle pas de son allaitement avec son conjoint : « Il me fait confiance » dit-elle.

Enfin, Mme C. ayant choisi d'allaiter en raison de la prématurité de son enfant, elle ne s'était pas préparée avec son conjoint à cette éventualité. Le jour de l'entretien, le conjoint de Mme C. est pour elle un soutien : il l'encourage et l'aide dans cette démarche d'allaitement.

b. La place de la famille, des amis

Traditionnellement, l'arrivée d'un bébé est fêtée par la famille et l'entourage ; lorsque le nouveau-né est hospitalisé, les proches sont souvent démunis et ne savent plus quelle attitude adopter vis-à-vis du couple. L'allaitement maternel peut être pour les mères l'occasion de renouer des liens : les femmes sont amenées à échanger conseils et bonnes astuces, et entourent ainsi la jeune maman.

Quatre des six patientes rencontrées ont trouvé un soutien dans leur famille proche : mère, sœur sont des références et de réels guides pour la femme qui se sent parfois seule dans son combat. « [Ma sœur] me donne énormément de conseils là-dessus, je peux l'appeler quand je veux. » raconte Mme G., tandis que Mme B. cite sa mère comme « le seul référent [qu'elle] ait ».

« C'est vrai que l'allaitement c'est bien mais ça peut être contraignant si on n'aime pas forcément trop se montrer vis-à-vis des autres donc euh... » évoque Mme L. ; c'est aussi une

problématique à laquelle est confrontée Mme F., qui estime ne pas toujours être comprise lorsqu'elle souhaite « faire passer les besoins du bébé en premier ». Ces patientes expriment le désir d'être entourées et soutenues dans leur choix d'allaiter.

c. Envisager le retour à domicile

Lors de son entretien, Mme T. évoquait avec appréhension son retour à domicile : « On s'imagine en fait qu'on va rentrer avec son bébé, ça va être comme ça, qu'il faut faire comme ça, euh... on s'imagine ça ! Et comment... 'Fin il ne va pas rentrer le mien... Comment ça va se goupiller tout ça ? Comment je vais m'organiser ?... ».

Bien que deux patientes seulement aient volontiers abordé le retour à domicile au cours de l'entretien, il semble être une problématique importante. En effet, parmi les patientes n'ayant pas évoqué ce sujet, une l'a évincé semble-t-il par peur s'y être trop tôt confrontée, tandis qu'une autre exprimait très clairement le souhait de rester hospitalisée : « Contrairement à d'autres mamans qui seraient pressées de rentrer quand elles ont pas leur petit, moi je crois que je veux rester là ! ».

Les mères séparées de leur nourrisson sont confrontées à un isolement important : le regard gêné de l'entourage, qui ne sait pas quelle attitude adopter, le berceau vide à la maison, le retour à un rythme de vie classique, sont autant d'éléments qui rappellent à la maman l'absence de son bébé. Il semble donc essentiel d'inciter les patientes à aborder ce sujet, bien que douloureux, afin d'anticiper tous ces éléments.

Enfin, les patientes rencontrées avaient reçu les conseils nécessaires à la poursuite de l'allaitement maternel : fréquence d'expression du lait, conditions de conservation et de transport, droits d'aménagement horaires pour la reprise du travail au plus long court.

d. Les acteurs de la santé hors secteur hospitalier, un relai pour la femme

Toutes les patientes ayant participé à l'étude étaient primipares ; résidant dans la région des Pays de la Loire, elles seront contactées par la PMI de leur secteur lors du retour à domicile et pourront être accompagnées dans leur allaitement si cela est nécessaire ou souhaité par la patiente.

Parmi les patientes rencontrées en entretien, quatre femmes avaient rencontré une sage-femme libérale pour leur préparation à l'accouchement. Toutes pensent pouvoir la contacter à nouveau pour des conseils sur l'allaitement maternel. L'une des sages-femmes a pris des nouvelles de sa patiente, établissant ainsi un climat de confiance et se rendant disponible.

Mme F. avait participé à un groupe de discussion avec la Leche Ligue, association pour la promotion de l'allaitement maternel ; elle envisage de poursuivre ce groupe de partage afin d'obtenir conseils et soutien de la part d'autres mères allaitantes.

Quatrième partie : Discussion

1. Synthèse de l'étude

Notre étude se fixait pour objectif de cibler les besoins des mères allaitantes hospitalisées sans leur nouveau-né ainsi que de recueillir leur témoignage sur le vécu de cette naissance et suites de couche atypiques, afin de mieux connaître les problématiques auxquelles elles sont confrontées et de répondre de manière ajustée à leurs demandes.

Au cours des six entretiens effectués, nous avons évoqué avec les mères différentes problématiques auxquelles elles sont confrontées. Il en ressort principalement que :

Les mères sont fortement en attente d'écoute, d'empathie et de compréhension de la part du personnel soignant. La place de la sage-femme, qui les côtoie tous les jours, est donc évidente auprès de ces jeunes mamans. Nous nous sommes de plus interrogés sur l'utilité d'une rencontre systématique avec un psychologue afin de permettre un retour sur les événements douloureux vécus.

L'allaitement maternel est un facteur favorisant grandement l'établissement du lien mère-enfant. Bien que la lactation soit un processus naturel, l'allaitement maternel est pour sa part à acquérir par la mère. Parmi les facteurs de réussite se trouvent l'information et le soutien reçu de la part de l'équipe soignante.

Bien que la majorité des femmes aient anticipé l'hospitalisation de leur enfant et aient donc eu le temps de se préparer, les besoins en termes de conseils et d'encouragements sont très importants. Les mères ont besoin d'être rassurées, confirmées dans leurs compétences de mères : le regard porté par les soignants sur les gestes de la maman permet donc de rassurer celle-ci.

Notre étude n'a pas mis en évidence d'attentes particulières envers les conjoints ; en revanche, leur présence semblait importante aux yeux de nos patientes, quel que soit son investissement dans le suivi de l'allaitement maternel.

Certaines patientes ont demandé à rencontrer une assistante sociale, ainsi que la référente en lactation du CHU. Nous pourrions donc être tout particulièrement vigilants à ce que les femmes ne soient pas isolées, particulièrement lors de leur sortie du service de grossesses pathologiques, mais qu'un accompagnement soit mis en place afin que la précarité de la situation ne soit pas un facteur d'isolement ou d'inquiétude supplémentaire.

2. Limites et biais de l'étude

a. Choix de la population

Le choix de la population étudiée a permis d'obtenir un large éventail de patientes : des femmes de 23 à 35 ans, de différents milieux sociaux-économiques, suivies pendant leur grossesse dans plusieurs maternités de la région des Pays de la Loire. De plus, la présence dans l'échantillon de grossesses singleton et d'une grossesse gémellaire a enrichi notre étude.

Cependant, quelques facteurs peuvent influencer les résultats obtenus :

Toutes les femmes étaient primipares. Ce constat est assez révélateur de la population accueillie dans le service de néonatalogie (majorité de mères primipares), mais ne permet pas d'étudier le vécu et les besoins des femmes ayant déjà allaité une première fois et vivant une séparation du nouveau-né pour une grossesse ultérieure.

De ce fait, toutes nos patientes vivaient une première grossesse et un premier allaitement : le vécu des événements survenus en est influencé. Leur capacité de prendre du recul tant vis-à-vis de ces événements que des conseils ou des explications données sur l'allaitement est diminuée.

Enfin, nous avons limité notre étude aux femmes ayant accouché au CHU d'Angers, c'est-à-dire dans l'établissement d'hospitalisation du nouveau-né. Il serait intéressant et complémentaire d'étudier le vécu et les besoins des mères allaitantes dont le nouveau-né est transféré dans un établissement différent de celui de sa mère.

b. Choix du type d'étude

Le choix de l'étude qualitative par entretiens semi-directifs a permis une grande liberté d'expression pour les femmes et l'établissement d'un climat de confiance propice aux confidences. La préparation de l'entretien par différentes visites à la mère, seule et dans le service de néonatalogie avec son enfant, ont renforcé ce climat de confiance.

Ce choix de type d'étude a cependant été à l'origine d'une sélection involontaire de patientes : seules les femmes disposées à consacrer une heure de leur temps, au cours de journées parfois bien remplies, ont accepté de participer à notre étude. Nous pouvons de plus supposer que les femmes non consentantes seraient moins satisfaites de la prise en charge reçue.

Le choix du lieu de l'entretien a influencé la disponibilité de la patiente et les thèmes approfondis avec elle : les mamans rencontrées auprès de leur nourrisson ont plus facilement parlé de leur allaitement, de leur relation au bébé et du vécu de la séparation ; tandis que les mères rencontrées dans le service de grossesses pathologiques, bien qu'évoquant leur enfant, étaient plus disposées à relater la naissance, leurs émotions et l'hospitalisation.

Pour une des six patientes rencontrées, le besoin d'accompagnement psychologique était tel que nous n'avons pas eu à cœur d'aborder toutes les thématiques du guide d'entretien. Par la suite, un dialogue avec l'équipe médicale de garde a confirmé le réel besoin d'accompagnement psychologique de cette patiente.

3. Propositions de réponse aux demandes des patientes

a. Importance de l'information et du soutien dans la réussite de l'allaitement maternel

Bien que la lactation soit un processus physiologique naturel, sa mise en place n'est ni naturelle ni instinctive mais nécessite un réel apprentissage. Alors que la femme est en période de vulnérabilité de par son état de grossesse puis de post-partum et du fait de la douleur de la séparation du nouveau-né, il est essentiel pour la réussite de l'allaitement maternel d'assurer un vrai soutien auprès de ces femmes en situation précaires.

Dans un premier temps, une réelle information sur ce type d'alimentation doit être délivrée aux mères, quelles que soient leurs convictions initiales, la pathologie présente chez la mère ou l'enfant, ou encore le terme d'accouchement. Cette recommandation d'information des patientes fait partie du Plan d'Action : Allaitement Maternel du Professeur Turc [3].

D'après notre étude, il semble justifié d'étendre l'information aux pères qui jouent un rôle majeur de soutien auprès des femmes concernées. Il est du devoir des professionnels d'inciter les pères à se soucier de la question de l'allaitement ; en effet, la jeune mère a besoin d'être rassurée, confortée dans son choix, et soutenue par ses proches.

Le rôle des professionnels durant le séjour de la mère dans le service de grossesses pathologiques est incontournable : disponibilité, écoute et empathie sont les maîtres-mots de l'attitude d'un professionnel compétent en soutien à l'allaitement. Notons que ce comportement vis-à-vis de notre patiente vulnérable est à mettre en place dès son arrivée dans le service – avant la naissance, donc - et jusqu'à son départ ; il ne sera donc pas limité aux quelques jours d'initiation de la lactation.

b. Le suivi de l'initiation de la lactation

Lors de la naissance d'un enfant par la suite hospitalisé, les parents sont le plus souvent dans un état d'anxiété, de stress ou de sidération important. Il est pourtant nécessaire pour la réussite de l'allaitement, et donc pour aider la femme à prendre ce rôle de mère nourricière, de commencer la stimulation avec le tire-lait dans les 6 heures suivant l'accouchement. Alors que les parents se soucient de l'état de santé de leur enfant, la responsabilité de cette initiation de la lactation revient donc à la sage-femme. « Le personnel soignant devrait offrir d'aider les mères à allaiter dans les 6 heures suivant l'accouchement et leur montrer comment extraire leur lait [...] Une assistance devrait être apportée aux mères dont les bébés sont placés dans des unités de soins spéciaux afin de leur montrer

comment faire démarrer puis entretenir la lactation par l'expression fréquente du lait » stipule les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » de l'OMS et de l'UNICEF. [8]

Par la suite, le rôle du personnel hospitalier sera d'orienter les femmes afin d'être soutenues dans leur allaitement : relai par la référente en lactation, les infirmières du service de néonatalogie, une sage-femme libérale... Des transmissions devront être effectuées afin d'accompagner au mieux la patiente dans son allaitement, tant sur un plan physiologique qu'émotionnel.

c. La formation des professionnels de santé

Afin de proposer aux parents un accompagnement adéquat, il convient de s'assurer de la formation initiale et continue des professionnels au contact des mères.

Le programme des études de sage-femme prévoit de « promouvoir l'allaitement et d'assurer son suivi », tout en laissant le champ libre aux écoles en ce qui concerne le type d'enseignement (cours théoriques, cours pratiques, débats, conférences) et sa durée. Nous pouvons donc conclure sur les inégalités en terme de formation des sages-femmes. Ces différences de formation peuvent aussi malheureusement être à l'origine de contradictions entre professionnels.

La formation continue des professionnels de maternité et de pédiatrie, obligatoire, devrait permettre une uniformisation des pratiques, une meilleure promotion de l'allaitement ainsi qu'un soutien effectif des mères allaitantes.

d. L'anticipation du retour à domicile

Les mères séparées de leur nourrisson sont confrontées à un isolement important : le regard gêné de l'entourage, qui ne sait pas quelle attitude adopter, le berceau vide à la maison, le retour à un rythme de vie classique, sont autant d'éléments qui rappellent à la maman l'absence de son bébé. De plus, leur état physiologique dans le post-partum rend vulnérable les femmes.

Outre le soutien apporté par les professionnels dans le cadre hospitalier, il est essentiel de proposer aux mères des relais extérieurs ; cela passe entre autre par l'évocation avec les mères du retour à domicile. Il est évident que la préoccupation première de ces patientes reste la santé de leur enfant ; cependant, l'anticipation des jours suivants permettra d'une part d'aider la mère à rester ancrée dans la réalité – qu'elle ne s'enferme pas dans une « bulle » avec son enfant – et d'autre part d'assurer un retour au quotidien moins brutal.

Conclusion

L'allaitement maternel est un enjeu de santé publique, dont l'un des principaux acteurs est la sage-femme, première interlocutrice des femmes enceintes.

Notre étude a permis de mettre en avant le vécu et les besoins des mères allaitantes vivant une situation particulière et éprouvantes : l'hospitalisation du nouveau-né en néonatalogie plonge le plus souvent les parents dans un désarroi important. Nous avons ainsi pu identifier quelques uns des besoins de ces femmes allaitantes ; le recueil de leur témoignage nous a aidé à comprendre les enjeux de l'accompagnement adéquat des couples vivant cette situation.

Nous avons vu que les étapes clés de la mise en place de l'allaitement se déroulent durant l'hospitalisation des mères pour la surveillance des suites de couche : il s'agit donc d'une période déterminante pour aider les femmes par l'écoute empathique, l'encouragement afin de les conforter dans leurs compétences à être mères.

Le code de déontologie des sages-femmes stipule à l'article R4127-325 que « dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assumer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques que requièrent la patiente et le nouveau-né. » [12].

Afin de prolonger ce travail, il serait intéressant d'étudier la continuité de l'accompagnement de l'allaitement proposé dans le secteur hospitalier et à domicile, en particulier entre les sages-femmes de ces deux milieux.

Bibliographie

[1] OMS, 10 faits sur l'allaitement maternel, Février 2014.

<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/fr/>

[2] Réseau « Sécurité Naissance-Naitre Ensemble » des Pays de la Loire, Périnatalité dans les Pays de la Loire, mise à jour juin 2012.

<http://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/p5/1n89paarb6b05c7a6bopkh8r4uuukn-org.pdf>

[3] « Plan d'action : Allaitement maternel », Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel, rapport du Professeur Dominique Turck, juin 2010

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf

[4] Réseau « Sécurité Naissance-Naitre Ensemble » des Pays de la Loire, Etudes et Résultats n°775, La situation périnatale en France en 2010, Octobre 2011

<http://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/l6/kd6gfwkh2fmpvb5dui6f15vq4iys6u-org.pdf>

[5] Programme national nutrition santé 2011-2015, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, juillet 2011

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf

[6] UVMaF : Université Virtuelle de Maïeutique Francophone, Physiologie de la lactation, 01/03/2011

<http://www.uvp5.univ-paris5.fr/mere-enfant/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-lactation.pdf>

[7] Effect of delivery room routines on success of breast-feed, 1990, Righard et Alade, Lancet

[8] Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel – Le rôle spécial des services liés à la maternité - "Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel", déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, Genève, 1989

[9] Royal College of Midwives. Pour un allaitement réussi. Physiologie de la lactation et soutien aux mères. Traduction française Paris MASSON, 1998. 99 p.

[10] CHRU Montpellier, Soins de développement en néonatalogie. Guide pratique à l'intention des soignants. Pr Picaud, Pr Cambonie, 2007

http://www.perinat-france.org/upload/grand-public/bebe/documents/nidcap_chu_MPL.pdf

[11] Investigation en santé publique : méthodes qualitatives – Principes et Outils. J. Kivits, B. Houbre, septembre 2010.

[12] Code de déontologie des sages-femmes, version 2012

www.legifrance.gouv.fr

Annexes

Annexe 1 : Lettre d'information au patient

Lettre d'information au patient

Mémoire d'élève sage-femme

Evaluation des besoins des mères allaitantes séparées de leur enfant, durant leur hospitalisation.

Investigateur : Marine Lenne, élève sage-femme 5^{ème} année,
marine.lenne@etud.univ-angers.fr

Ecole de Sages-Femmes d'Angers, 02.41.35.32.32.

Bonjour,

Etudiante sage-femme en 5^{ème} année, je réalise un mémoire ayant pour but d'évaluer les besoins des mères allaitantes durant leur séjour dans le service de grossesses pathologiques, lorsque leur nouveau-né est hospitalisé. Les thèmes abordés toucheront aux attentes des patientes sur le plan strictement matériel (l'organisation de la journée, les conseils attendus pour l'allaitement,...) et sur le plan relationnel (l'accompagnement de cette situation, la place de l'entourage,...).

Vous êtes invitée à participer à cette étude sur les besoins des mères allaitantes séparées de leur enfant. Vous trouverez ci-dessous les informations concernant son déroulement afin que vous puissiez faire un choix éclairé. Si certains points restaient cependant à éclaircir, n'hésitez pas à en parler afin de recevoir des informations complémentaires.

Pour réaliser cette étude, nous souhaitons recueillir les témoignages de mères allaitantes séparées de leur nouveau-né au cours d'un entretien d'une heure environ. La rencontre se fera dans la chambre d'hospitalisation – ou dans un bureau proche si la patiente se trouve dans une chambre double ; la date de l'entretien sera choisie par la patiente en fonction de sa disponibilité et de celle de l'étudiante sage-femme. La totalité de cet entretien sera enregistré sur dictaphone afin de permettre un travail d'analyse en aval. Les données seront ensuite informatisées dans le respect de la loi « informatique et liberté » et traitées anonymement.

Par le présent courrier, je sollicite votre accord pour réaliser cet entretien auprès de vous. Après recueil de votre consentement, je prendrais rendez-vous avec vous ; vous serez libre de refuser l'entretien.

Je reste à votre disposition pour répondre à vos questions ou vous donner de plus amples informations.

Je vous remercie par avance de votre soutien,

Marine Lenne, élève sage-femme en 5^{ème} année

Formulaire de consentement

Mémoire d'élève sage-femme

Evaluation des besoins des mères allaitantes séparées de leur enfant, durant leur hospitalisation.

Madame,

Vous avez été invitée à participer à une étude sur les besoins des mères allaitantes séparées de leur enfant durant leur hospitalisation. Cette étude permettra de mieux connaître les attentes des patientes afin d'offrir des réponses plus ajustées.

Le recueil du témoignage se fera au cours d'un entretien confidentiel et anonyme, enregistré dans le seul but d'analyser les échanges. Les données recueillies ne seront utilisées que dans le cadre du mémoire, par des professionnels soumis au secret médical.

Votre participation à cette étude est libre et volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à tout moment.

N'hésitez pas à me demander des informations complémentaires à tout moment.

Merci de votre participation,

Marine Lenne, élève sage-femme 5^{ème} année, marine.lenne@etud.univ-angers.fr

Madame, hospitalisée chambre n°
.....,

Accepte **OUI / NON** (rayer la mention inutile)

le principe d'un entretien avec l'étudiante Marine Lenne dans le cadre de son travail sur l'évaluation des besoins des mères allaitantes séparées de leur enfant durant leur hospitalisation.

Date :

Signature :

Evaluation des besoins des mères allaitantes séparées de leur enfant, durant leur hospitalisation.

Besoins physiques :

Sommeil (nombre d'heures, qualité du sommeil, horaires,...)

Alimentation (quantité, horaires, diversité,...)

Condition souhaitées par la mère pour tirer son lait (environnement,...)

Besoins de conseils pour l'hygiène et le soin des seins

Contraintes liées à l'organisation du service (horaires des passages, disponibilité du personnel,...)

Besoins en terme de connaissances, « matériels »:

Connaissance technique du tire-lait (déjà utilisé ? complexité ? temps nécessaire pour être à l'aise ?)

Connaissances de la physiologie de l'allaitement (préparation à la naissance, ATCD d'allaitement) ;

Accompagnement de la douleur lors de la mise en place du tire-lait (si besoin)

Conseils donnés par les professionnels (délai entre les premières stimulations et la naissance, nombre de stimulations, conservation du lait, aspect,...)/ conseil, coordination et complémentarité des professionnels des services de néonatalogie et grossesses pathologiques (lien avec l'enfant, transmissions entre les équipes,...)

Besoins/souhaits pour envisager le retour à domicile ?

Besoins psychoaffectifs :

Place du conjoint

Place du personnel soignant (attentes de la patiente : temps, compétences,...)

Comment la patiente imaginait-elle son allaitement au préalable?

Place de la sage-femme libérale, de l'anticipation de l'allaitement (prépa à la naissance)

Lien mère-enfant (allaitement maternel est-il ressenti comme un plus, ou indifférent ?)

Besoin d'aide dans la gestion du stress/inquiétude ? Par quels professionnels ?

Résumé

Vécu et besoins des mères allaitantes séparées de leur nouveau-né

Marine Lenne

L'allaitement maternel du nouveau-né hospitalisé est un enjeu majeur pour les équipes médicales en charge de la mère et de son enfant. L'un des principaux facteurs de réussite de l'allaitement consiste en l'accompagnement adéquat de la femme allaitante.

Notre étude s'est fixé pour objectif de cibler les principaux besoins de ces mères ainsi que de recueillir leur témoignage sur le vécu la naissance et des premiers jours afin de mieux connaître les problématiques auxquelles elles sont confrontées et de répondre de manière ajustée à leurs demandes. Nous avons pour cela réalisé six entretiens semi-directifs auprès de patientes ayant accouché au CHU d'Angers et dont le nouveau-né était hospitalisé, entre le 14/01/14 et le 14/02/14.

Nous avons mis en avant un réel besoin d'empathie, de conseil et d'encouragement des mères, ce qui correspond tout à fait aux compétences des sages-femmes.

Mots clés : *allaitement maternel, néonatalogie, accompagnement, initiation, lactation*

Abstract

Real-life experience and needs for the breast-feeding mothers separated from their newborn child

Marine Lenne

The breast-feeding of the hospitalized newborn child is a major stake for the medical teams in charge of the mother and of her child. One of the main success factors of the feeding consists of the adequate support of the breast-feeding mother.

Our study settled for objective to target the main needs for these mothers as well as to collect their testimony on the real-life experience the birth and first days to better identify her difficulties and to answer in a way fitted to their requests.

We realized for it six semi-directive interviews with patients having given birth in the CHU of Angers and the child of which was hospitalized, from 14/01/14 to 14/02/14.

We advanced a real need for empathy, for advice and for support of the mothers, what corresponds completely to the skills of the midwives.

Keywords : *breast-feeding, neonatology, support, initiation, lactation*