

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES



La nuit :
quand l'anxiété
pointe le bout de son nez...

Aude HOUNICHEREN

26 mai 2014

Formatrice Directrice de mémoire : Nora MERNIZ

IFSI des Diaconesses de Reuilly, PARIS 12^{ème}

Note aux lecteurs :

«Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur».

Remerciements :

Tout d'abord, je tiens à remercier tout particulièrement ma directrice de mémoire, Madame Nora Merniz qui m'a suivie et m'a guidée au fur et à mesure de ce travail de recherche ainsi que les documentalistes Madame Françoise Jardon et Myriam pour leur disponibilité, leur aide précieuse et leurs conseils, notamment en ce qui concerne la bibliographie.

Ensuite, je suis très reconnaissante envers ma référente pédagogique, Madame Colette Charrier ainsi qu'envers mes parents et mes amis, collègues de promotion, qui m'ont soutenu pendant ces trois années de formation et notamment pendant cette troisième année où ils m'ont beaucoup conseillée. Cela m'a permis de travailler toujours avec autant d'intérêt et de passion le thème de ce mémoire.

Enfin, j'ai une pensée pour l'ensemble des professionnels de terrain, appartenant au corps médical, paramédical ou social qui m'ont appris énormément lors des stages ou lors de mes expériences professionnelles et m'ont permis d'enrichir ce travail de recherche, notamment lors des enquêtes exploratoires effectuées pour mon mémoire.

Table des matières

I.	INTRODUCTION	4
II.	SITUATIONS D'APPEL	5
III.	CADRE DE RÉFÉRENCE, CONCEPTS.....	8
1.	L'anxiété.....	8
a.	Concepts et définitions	8
b.	Un besoin de sécurité.....	12
c.	Et l'infirmier dans tout ça ?	12
2.	La nuit	14
a.	Définition et symbole	14
b.	La nuit... on dort !.....	15
c.	Infirmière = veilleuse de nuit ?	15
3.	Les femmes en suites de couches	18
a.	Après la naissance	18
b.	« Devenir mère »	18
c.	La solitude de la nuit	19
IV.	ANALYSE DE L'ENQUÊTE EXPLORATOIRE.....	21
1.	Causes de l'anxiété	21
2.	Rôle infirmier en suites de couches ou quand la parole est un soin... ..	23
3.	Triade infirmier/ femme et son bébé et entourage : quid de l'autonomie ?	24
V.	HYPOTHÈSE DE RECHERCHE	26
VI.	CONCLUSION	28
VII.	BIBLIOGRAPHIE.....	31
VIII.	ANNEXE I.....	35
IX.	ANNEXE II.....	47
X.	ANNEXE III.....	57
XI.	ANNEXE IV.....	58
XII.	ANNEXE V	59
	Les phases du sommeil	59

I. INTRODUCTION

Depuis l'enfance, je suis intéressée par le domaine de la puériculture et de la petite enfance et plus particulièrement par les services comme la maternité ou la néonatalogie. Je me suis dirigée vers la formation en soins infirmiers afin de travailler dans ce type de services ou en pédiatrie et dans l'objectif d'effectuer la spécialisation d'infirmière puéricultrice juste après la formation initiale ou au cours de ma carrière, plus tard. Patiente, aimant la relation avec les nouveau-nés, les enfants et les familles, j'ai à cœur tout particulièrement de mettre en exergue mes qualités de future soignante dans les soins relationnels pour le bien-être de la personne.

Mon stage du semestre 4 a été scindé en deux temps, la deuxième partie s'effectuant en maternité, de nuit. De plus, lors des vacances d'été, je travaille pendant un mois en tant qu'auxiliaire de puériculture, de nuit, dans une maternité de niveau III de mon département. Cette expérience, agréable et enrichissante, a donné lieu à de nombreuses interrogations et recherches de ma part. C'est pourquoi, j'ai choisi de présenter trois situations d'appel se déroulant en maternité, qui m'ont questionnées et ont fait le fruit de ce travail de fin d'études.

II. SITUATIONS D'APPEL

Tout d'abord, ma première situation d'appel se situe le 13 mai 2013 en suites de couches d'une maternité de niveau I. La patiente que je prends en soins la nuit, en tant qu'étudiante infirmière de 2^{ème} année, M^{me} Sabine C, 37 ans, deuxième pare, a accouché par césarienne le 10 mai d'un garçon nommé Antoine, 3785 g, qu'elle allaite. Elle est en chambre individuelle et reçoit régulièrement les visites de son conjoint. À 22h30, il vient de partir. M^{me} C. sonne et reçoit la visite de l'infirmière vacataire en service cette nuit-là et de moi-même. Le faciès de la patiente nous apparaît comme inquiet, elle se tient debout, la main posée sur son sein droit. Après nous être présentées, elle nous fait part de son anxiété face à la bosse apparue au niveau de son sein droit et nous signifie qu'elle commence vraiment à être douloureuse. Catherine, l'infirmière, la rassure en lui disant qu'il suffit de donner ce sein lors de la prochaine tétée pour désengorger la bosse qui réduira d'elle-même et que la douleur s'atténuera à cet instant. J'explique que cette bosse n'est pas une malformation mais une réserve de lait qu'il faut évacuer pour éviter la persistance de la douleur et l'engorgement. À ce moment, M^{me} C. réalise qu'elle a oublié de donner le sein droit de toute la journée et comprend la cause de son souci. Nous rions toutes les trois ensemble de la soudaine inquiétude de la patiente alors qu'en réalité, il s'agit d'un problème bénin et récurrent. M^{me} C. s'en trouve rassurée, regarde son bébé qui dort toujours paisiblement et nous remercie de nos explications et de nos conseils : se masser le sein droit pour faciliter l'évacuation du lait de la bosse en attendant la prochaine tétée. Nous sommes repassé voir la jeune maman quelques heures après et avons pu constater que cette dernière n'était plus douloureuse et que la bosse avait presque complètement disparu. Il avait suffi de deux tétées au sein droit pour soulager la patiente et supprimer son anxiété nocturne. Cette action d'éducation thérapeutique s'est révélée, après réflexion de ma part, comme un soin relationnel pour répondre à l'anxiété de la jeune mère la nuit.

La deuxième situation d'appel se déroule le vendredi 26 juillet 2013, dans une maternité de niveau III où je travaille en tant qu'auxiliaire de puériculture.

Vers 00h, M^{me} M., une patiente de suites de couches âgée de 31 ans, sonne. Elle a accouché la veille d'un petit garçon de 3080 g prénommé Arthur. Primipare, elle a choisi d'allaiter son enfant. Quand je rentre dans la chambre, la patiente me regarde l'air inquiet, s'excuse de me déranger et m'explique qu'elle vient de constater que son bébé avait le hoquet depuis quelques minutes. Ses yeux me fixent, écarquillés, elle paraît désemparée, s'en remettant complètement à moi, ne sachant que faire et craignant que son bébé ait mal. Je lui réponds que je suis là pour répondre à ses questions, observe le nourrisson et explique à M^{me} M. qu'un bébé peut aussi avoir le hoquet comme les adultes, lui conseille de le prendre dans les bras, en position verticale, de lui tapoter légèrement le dos et d'attendre que le hoquet parte de lui-même. La jeune mère, étonnée, me répond qu'elle vient d'allaiter Arthur et que le hoquet est peut-être dû à sa tétée rapide et à un « trop-plein ». Constatant alors que l'anxiété de la patiente est toujours présente, je choisis de discuter un peu avec elle pour la rassurer. Je lui montre comment apaiser son bébé, surpris des manifestations de son propre corps, en le massant et en le prenant dans ses bras. De plus, je lui rappelle que le hoquet est un phénomène normal, non grave et que cela arrive chez de nombreux autres bébés de la maternité. Le hoquet du nourrisson se dissipe en deux ou trois minutes et M^{me} M. retrouve un visage plus souriant, apaisé même s'il est marqué par la fatigue, en cette deuxième nuit avec son bébé. Elle me remercie vivement, s'excuse de nouveau et me dit qu'elle sait désormais qu'il ne faut pas s'inquiéter face à la situation qu'elle vient de vivre. J'éteins alors la présence et repars à la nurserie, après avoir souhaité une bonne nuit à la patiente, afin de faire mes transmissions dans le dossier de soins.

La troisième situation qui m'a interpellée s'est déroulée vers 23h30 le 5 juin 2013, dans le service de suites de couches où je suis en stage en tant qu'étudiante infirmière de deuxième année. Après notre tour des chambres, M^{me} C., une patiente de 35 ans, requiert notre présence. Dès mon entrée dans la chambre où elle est, seule, elle me demande, affolée, si c'est grave qu'elle ait donné à Naël, son bébé, 33 ml au lieu des 30 ml conseillés par l'équipe à J2. Elle tient le biberon dans sa main, face à moi, est assise droite dans son lit tandis que son bébé dort paisiblement dans son berceau. M^{me} C a déjà une petite fille de 3 ans et a choisi l'allaitement artificiel pour ses deux enfants. Elle paraît inquiète, anxieuse, se sentant coupable de ne pas avoir respecté les dires de l'équipe soignante.

Je m'approche de la patiente, la rassure en lui disant qu'il n'y a rien de grave, que l'essentiel est que son bébé ait bien bu, qu'il ne risque absolument rien d'avoir pris 3 ml de plus que la dose recommandée et que 30 ml constitue un ordre d'idée repère pour les parents. M^{me} C. parle vite, se mord les lèvres, regarde fixement les graduations du biberon et se confond en excuses de ne pas avoir vérifié que Naël s'arrête de boire au moment prévu. Elle m'explique alors comment il a bu, ses attitudes, ses interactions avec elle et son conjoint en alternant des regards tendres à son bébé et inquiets à moi. Je reste un moment avec la patiente, consciente qu'elle a besoin de parler avec moi pour être sereine. En effet, nous dialoguons face à face, elle dans son lit et moi sur son fauteuil, pendant un bon quart d'heure. Puis la fatigue se fait sentir, ses yeux clignent plus souvent et M^{me} C. parle plus lentement, interrompue par quelques bâillements. Elle sourit en observant Naël qui dort et son visage reste souriant lorsqu'elle me remercie de l'avoir écoutée et rassurée. Ce fut très étonnant pour moi de constater que la jeune mère avait paniqué pendant la nuit pour un fait m'apparaissant comme sans conséquences notables et ne nécessitant aucune inquiétude. Néanmoins, l'anxiété importante qui la paralysait avait pu être dissipée par ma présence et par l'échange que nous avions eu en prenant le temps d'écouter la patiente et ses besoins.

III. CADRE DE RÉFÉRENCE, CONCEPTS

J'ai choisi de présenter plusieurs situations et non une seule du fait de la récurrence de l'anxiété que j'ai pu observer en suites de couches, la nuit, auprès des mères. En effet, cette inquiétude était présente quelque soient les situations suivantes : que les mères allaitent ou donnent le biberon, qu'elles soient primipares ou non ou encore qu'elles soient en chambre individuelle ou double. Les caractéristiques des patientes étaient différentes mais l'anxiété toujours perceptible, à des degrés divers, exprimée différemment selon chacune. Cette anxiété m'a interpellée et a suscité l'intérêt de mon travail de recherche. De ces situations a émergé une question de départ : En quoi la prise en soin la nuit en suites de couches est-elle principalement axée sur la prise en charge de l'anxiété chez les femmes accouchées? J'ai alors pu dégager les mots-clés qui sont l'anxiété, la prise en soins la nuit et les femmes en suites de couches.

1. L'anxiété

a. Concepts et définitions

Après avoir rédigé ma question de départ, je me suis demandé si ce terme d'anxiété était le plus approprié pour caractériser l'état d'esprit des femmes qui viennent d'accoucher. Je me suis alors demandé si d'autres concepts, peu ou prou synonymes, ne conviendraient pas mieux à mes situations d'appel. Ainsi, ai-je cherché différentes définitions, notamment celle de l'angoisse. L'anxiété et l'angoisse s'avèrent être deux concepts infirmiers très proches, souvent définis côte à côte. La différence principale entre ces deux termes consiste en le fait que l'anxiété renvoie davantage à un état psychique et l'angoisse à de manifestations physiques, faisant plutôt référence au domaine de la psychopathologie. En effet, l'anxiété est *«la réaction psychique à un stress légitime dont la cause est le plus souvent consciente»*.

L'anxiété à une faible intensité est nécessaire, car elle permet à l'individu de se préparer, de se tendre pour mieux réagir lors d'un travail ou d'une adaptation face à un problème¹.» tandis que l'angoisse correspond à *«l'association de symptômes somatiques (tremblements, sueurs, fréquence cardiaque accélérée, palpitations, oppression, pollakiurie, fatigabilité, etc.) et d'une peur intense qui envahit le sujet et dont la cause n'est pas toujours consciente².*» De plus, l'anxiété renvoie à une émotion courante, qui atteint les patientes mais aussi leur entourage et est ponctuelle alors que l'angoisse se révèle être un *«phénomène profond, chronique et majeur³.*» Cette dernière semble alors constituer le versant pathologique de l'anxiété, pouvant entraîner une détresse psychique et somatique de la personne en souffrant.

Dans ma première situation d'appel, l'anxiété de la patiente s'exprime par une manifestation douloureuse au niveau du sein. Dans la deuxième situation, la patiente est inquiète face à l'attitude de son bébé, qui a le hoquet, ne sachant comment y répondre. Enfin, dans la troisième situation, la patiente est en demande de présence auprès des soignants. Ceci dans le but de la rassurer quant aux soins prodigués à son bébé, puisqu'elle se demande si elle n'a pas fait une erreur conséquente en donnant plus de lait que la quantité recommandée pour un biberon. Ces trois situations m'ont interpellée et j'ai, de suite, défini le problème récurrent des patientes comme étant de l'anxiété. Cependant, chacune l'a exprimée de façon différente, axée sur elle-même ou sur le nourrisson mais attendant, pour ces trois dernières, une réassurance de la part de l'équipe soignante.

¹ DE BROCA Alain, *Deuils et endeuillés*, 2^{ème} édition, Masson, collection Médecine et psychothérapie, France, 2000, page 162.

² Idem. Loc.cit.

³ BEAULIEU, Marie-Bernadette. *L'accompagnement au quotidien, L'aide-soignant face aux souffrances et aux deuils*. France : Edition Masson. 2007. (collection Formation et pratique de l'aide-soignant).page 54

Les jeunes mères expriment leur crainte de commettre une erreur avec leur bébé, d'engendrer une mise en danger pour ce dernier et ont peur de ne pas suivre les recommandations données, tant par les soignants que par l'entourage et donc de ne pas remplir leur rôle de mère.

Selon Pierluigi Graziani, l'anxiété renvoie à «*l'imminence d'un danger indéterminé, à venir*⁴». Cette incertitude face à un avenir inconnu s'exprime, sur le versant psychologique, par des peurs, des insomnies, des mécanismes de défense comme le déni, la régression par exemple et sur le versant physique par des palpitations, des crispations, une transpiration abondante ou encore une logorrhée. De plus, l'anxiété comporte quatre stades : légère, modérée, grave et panique. Nous retiendrons pour ces situations les deux premiers stades, les deux suivants relevant davantage du registre psychopathologique. L'anxiété légère entraîne par exemple des troubles de la vigilance, de la concentration et des troubles du sommeil plus ou moins importants. L'anxiété modérée peut engendrer, elle, des changements au niveau du débit de parole, de la tonalité de la voix, des tremblements et des douleurs à type de crispations musculaires.

Par ailleurs, lors de mon premier entretien, l'infirmière travaillant en suites de couches, la nuit, a évoqué la notion d'inquiétude et d'appréhension pour définir l'état d'esprit des patientes. Ces deux termes, que j'avais évoqués dans mes situations sans les retenir pour des généralités, ont fait l'objet d'une recherche. Ainsi, l'inquiétude est-elle définie par Le Littré, tout d'abord comme «*manque de repos, agitation. L'inquiétude de ce malade a été très grande toute la nuit*⁵». J'ai alors remarqué que l'exemple donné par ce dictionnaire pour l'inquiétude correspondait complètement à mes situations évoquant un(e) malade et la nuit. Je me suis demandé si ce terme n'était pas plus approprié pour mon sujet.

⁴ GRAZIANI, Pierluigi. *Anxiété et troubles anxieux*. Edition Armand Colin 128, Paris, 2008, p17 cité par FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. *Les Concepts en Sciences Infirmières*. ARSI. France : Edition Mallet Conseil. Page 70.

⁵ « *Inquiétude* », *définition dans le dictionnaire Littré*. Disponible sur <http://www.littre.org/definition/inquiétude>

J'ai complété mes recherches avec le dictionnaire académique de 1986 où l'inquiétude est un état inconfortable lié à la notion d'appréhension, d'incertitude.

Par ailleurs, l'appréhension, quant à elle, a pour sens premier, au XII^{ème} siècle, la «*faculté de comprendre*⁶». Le sens du terme évolue pour aboutir à la «*crainte encore imprécise d'un risque ou d'un danger*⁷».

Par conséquent, j'en ai déduit que l'angoisse ne correspondait pas à mon sujet de mémoire mais que l'anxiété définissait de manière plus précise le psychisme des femmes en suites de couches. L'inquiétude comme l'appréhension, peu ou prou synonymes, sont des termes qui peuvent également caractériser l'état d'esprit des patientes.

⁶ *Appréhension, n.f.* Dictionnaire Académique 9^{ème} édition. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Disponible sur <http://www.cnrtl.fr/definition/academie9/apprehension>

⁷ Idem. Loc.cit.

b. Un besoin de sécurité

Toutes ces notions que sont l'anxiété, l'inquiétude ou encore l'appréhension renvoient à une idée de crainte, d'insécurité face à un danger potentiel. Les patientes sont donc en attente de réassurance, éprouvent un besoin de sécurité auquel l'équipe soignante doit répondre. En effet, l'infirmier doit assurer le confort et la sécurité de toute personne soignée comme le stipule l'article R.4311-5 du Code de la Santé Publique. Ce besoin de sécurité est un des besoins fondamentaux de l'être-humain, nécessaire pour son épanouissement personnel et son bien-être au sein de la société. Il constitue le deuxième besoin de la pyramide de Maslow⁸. Il est à noter que ce dernier nécessite un apaisement de la douleur, lien que je développerai par la suite, et une gestion des risques ainsi qu'une protection des dangers, tant physiques que psychiques. L'anxiété des patientes se manifeste comme un aveu d'impuissance, d'ignorance de leur part. M^{me} C., ne sait pas comment évacuer la bosse créée par l'engorgement au niveau de son sein. M^{me} M. ignore comment gérer le hoquet de son bébé et M^{me} C. se questionne sur la gravité d'avoir donné une dose légèrement supérieure à celle recommandée pour un biberon. Elles se réfèrent alors aux personnes qui ont ce savoir : les professionnels de santé présents au sein du service : infirmier(e), auxiliaire de puériculture ou sage-femme.

c. Et l'infirmier dans tout ça ?

Ainsi, pour répondre à ce besoin de sécurité manifesté par les femmes en suites de couches, l'infirmier(e) a pour rôle, tout d'abord, de prévenir, évaluer et soulager la douleur, comme le mentionne l'article R.4311-2 du Code de la Santé Publique. En effet, la douleur entraîne de l'anxiété. Si celle-ci est supprimée, elle entraîne une diminution voire une suppression de l'anxiété. L'objectif de l'infirmier(e) est de diminuer l'anxiété de la patiente en lui donnant les moyens de la maîtriser et en l'aidant à exprimer ses inquiétudes.

⁸ Cf annexe III et IV

Puis, dans un second temps, il convient d'informer, de conseiller, de rassurer la patiente, de signifier sa présence en tant que soignant, pour satisfaire le besoin de sécurité des femmes en suites de couches.

Être présent, respectueux, à l'écoute pour instaurer une relation de confiance, bienveillante, mais aussi compétent avec les patientes est fondamental pour apaiser leur anxiété. Ces postures infirmières seront développées lors de l'entretien avec l'infirmière de nuit travaillant en suites de couches.

2. La nuit

a. Définition et symbole

Tout d'abord, la nuit a toujours été définie en opposition au jour. Elle correspond à la face cachée de la journée de 24 heures, à l'espace de temps entre le coucher du soleil jusqu'à son lever, du crépuscule à l'aube. La nuit a fait l'objet de nombreux écrits, de nombreuses représentations depuis la mythologie grecque ou égyptienne. En effet, elle est incarnée par Nyx, la déesse grecque de la Nuit, la plus ancienne des divinités, mère de tous les maux ou difficultés de la vie, liée au sommeil, aux ténèbres, à la mort, à la colère, à la vengeance, à la violence, au destin, aux songes, à la misère, à la discorde, à la tromperie ou encore à la vieillesse. En outre, la nuit fait écho à l'obscurité, à l'éternité, à la couleur noire, symbole du négatif, de ce qui est nuisible, caché, triste. Cependant, la nuit n'a pas que des distinctions liées à son contraire, le jour. Elle porte conseil, selon l'adage, est source de repos et de rêves.

Ensuite, la nuit est mystérieuse, ce qui la rend inquiétante pour la plupart des gens, surtout des enfants dont elle constitue une phobie, lors des couchers et peut être le temps des cauchemars. Elle est le symbole de la fin du jour, de la lumière, de ce qui est visible et de l'arrivée des idées noires, sombres, le moment où les monstres de l'imaginaire surgissent et font peur. En outre, Jean-Philippe Pierron évoque «*le retour du refoulé*» lors de la vie nocturne des patients, moment où apparaît «*une pathologie de l'imagination débordante à combattre et à terrasser*⁹». Cette évasion de l'esprit à laquelle se prête le patient le laisse voir des images parfois terrifiantes, des figures floues, des formes méconnaissables.

Ainsi, la nuit est-elle le monde de ce qui est inconnu, non maîtrisable et cela entraîne une demande de réassurance afin d'éliminer tout danger pour la femme en suites de couches et pour son bébé.

⁹ PIERRON, Jean-Philippe. *Quand vient la nuit. Les imaginaires de la nuit à l'hôpital* issu de *Médecine Palliative*. France : Elsevier Masson. vol.9. n°3. juin 2010. 166 pages. Page 159.

Il me semble important de noter que la nuit, notre acuité visuelle diminue fortement, les bruits semblent s'amplifier, nos sens sont en émoi et ce que nous ne percevons pas, nous l'imaginons, avec un regard le plus souvent effrayant, et cela comme réflexe archaïque depuis l'enfance où nous souffrions de terreurs nocturnes et appelions nos parents, nos proches pour être rassurés. Dans le contexte de mes situations, l'infirmière remplit ce rôle d'adulte protecteur, de soutien afin d'accompagner les patientes pendant cette période.

b. La nuit...on dort !

Tout d'abord, en milieu hospitalier, en l'occurrence en suites de couches, l'activité du service est présente aussi bien la semaine que les jours fériés, le dimanche, le jour et la nuit. Cependant, l'activité humaine au cours d'une journée de 24h est construite selon des rythmes différents selon l'horloge biologique de chacun, appelés rythmes circadiens. Ces derniers sont biologiques et physiologiques. Ce sommeil se compose de 4 à 5 cycles d'une durée de 1h30 environ. Il débute par une phase de sommeil léger, détente progressive du corps et de l'esprit, se poursuit par un sommeil profond qui répare la fatigue musculaire puis se termine par une phase de sommeil paradoxal qui répare le stress, peut être le moment des rêves et favorise la mémoire. C'est pourquoi, chaque personne a besoin de sommeil, de repos et c'est cette période de la nuit qui lui est dévolue. Le rythme est ralenti la nuit, la température corporelle diminue. Certaines hormones sont sécrétées en début de nuit comme l'hormone de croissance tandis que d'autres, telles le cortisol, le sont au réveil. Les habitudes de confort se mettent en place au niveau de la tenue vestimentaire, des objets fétiches, des moyens pour se rassurer comme une musique douce, une veilleuse...

c. Infirmière = veilleuse de nuit ?

J'ai choisi, pour ce travail de recherche, d'évoquer le ressenti de la nuit uniquement du point de vue des patients sans aborder le travail de nuit vécu par les soignants.

La nuit, toutes les émotions, les inquiétudes, les questions, les soucis des femmes en suites de couches emmagasinés lors de la journée s'expriment. Les soignants se montrent plus disponibles que la journée pour écouter, rassurer et prodiguer des soins relationnels.

En effet, les soins techniques sont souvent réduits lors de la nuit, les tâches administratives également et les périodes de calme sont propices aux discussions soignants-patients et aux conseils. De plus, l'intimité induite par une réduction du nombre du personnel soignant rend plus facile l'expression des malaises, des sentiments de culpabilité, de non-savoir ou de tristesse des jeunes mères.

Selon Anne Perraut-Soliveres, *«le premier objectif de l'infirmière de nuit consiste donc en une mise en confiance des patients dont elle a la charge¹⁰»*. L'infirmière de nuit que j'ai rencontrée a, en effet, insisté sur l'importance de rassurer les femmes dès le début de la nuit, de prendre le temps d'instaurer une relation soignant-soigné de confiance afin de les apaiser sur toute cette période et de faciliter leur sommeil. Un manque de sommeil peut, en effet, engendrer des troubles métaboliques, de l'humeur, de la concentration, de la mémorisation, de l'alimentation ou encore une asthénie. En outre, le moyen d'alerte, pour avoir une communication, adopté entre patientes et soignants est l'utilisation de la sonnette. Les patientes sonnent pour obtenir la présence d'un soignant, être rassurées sur le fait que les infirmier(e)s sont présent(e)s la nuit, ne dorment pas et peuvent répondre à leurs besoins à tout moment, 24h sur 24. Ce besoin de sécurité, de protection, exprimé par les sonnettes, est un signe significatif de l'anxiété la nuit. Si les femmes ne sonnent pas, c'est qu'elles dorment et qu'elles ne sont pas anxieuses selon l'infirmière de suites de couches interrogée pour l'enquête que j'ai menée.

L'infirmier(e) doit veiller aux bonnes conditions d'endormissement pour les patientes. Ce sommeil doit être préparé, sécurisé, confortable, accompagné.

¹⁰ PERRAUT-SOLIVERES, Anne. *La nuit, les infirmières soignent autrement*, issu du dossier *Être infirmière de nuit*. CLAVAGNIER Isabelle (coordonnée par), (cadre formateur à l'IFSI de la Croix-Saint-Simon, Paris (75)). Paru dans *La Revue de l'Infirmière*. n°133. France : Elsevier Masson. septembre 2007. Page 17.

Il est important de respecter les rythmes de chacune des femmes en suites de couches, d'organiser les soins pour respecter les périodes de repos et celles d'éveil, d'essayer de maintenir, dans la mesure du possible, les habitudes, les rituels d'endormissement pour le bien-être des patientes telles que l'obscurité, le silence par exemple. Il s'agit alors de prévenir tout sentiment d'abandon, peur du vide et toute douleur, souvent majorée la nuit et qui a un effet synergique avec l'anxiété entraînant le mal-être du patient. De plus, les patients ont souvent peur de déranger les soignants la nuit, parfois croyant qu'ils se reposent. Il est donc important de se montrer disponible et à l'écoute afin que ceux-ci se sentent libres d'appeler quand ils ressentent le besoin.

Souvent plus autonome qu'en journée -les cadres de santé étant absents la nuit- l'infirmier(e) se sent plus libre d'organiser les soins comme il/elle le souhaite et d'établir sa planification en fonction du rythme de chacune des patientes en suites de couches et de son binôme auxiliaire de puériculture, en général.

Infirmière veilleuse ? Pourquoi ce terme, assez controversé, car il est évident que le rôle de l'infirmier(e) dépasse la simple surveillance ? Tout simplement car les travailleurs de nuit, marginalisés, vivant à l'inverse de la plupart de la société, dormant le jour, ont été l'objet de nombreux surnoms et interrogations de la part de la société comme «les nuiteux» ou encore «les veilleurs». Que se passe-t-il la nuit ? Les transmissions étant parfois évasives, plutôt floues, il plane un sentiment de mystère caché lors de la prise de service le matin pour l'équipe de jour qui relève ces veilleurs. L'infirmière n'a pas de chambre de garde, il/elle veille pendant toute la période nocturne et ne dort pas, contrairement aux internes par exemple qui sont réveillés en cas de besoin. L'impression la plus fréquente parmi les soignants de jour est que l'équipe de nuit se repose, ne fait que peu de soins et que les soignants sont des «planqués»....

3. Les femmes en suites de couches

a. Après la naissance

Les suites de couches correspondent à la période qui suit l'accouchement pendant six à huit semaines et se finit par le retour des règles appelé le retour de couches. Des troubles psychiques apparaissent fréquemment au troisième jour après la naissance du bébé, le baby-blues, que j'aborderai sans développer dans ce travail de recherche. La dépression post-partum et la psychose puerpérale, pathologies plus rares, ne seront pas analysées. J'ai choisi, en revanche, d'axer mon mémoire sur le vécu physiologique des suites de couches sans pathologie psychique. Après l'accouchement, la femme devenue mère est le plus souvent fatiguée. Elle est partagée entre un manque de sommeil et le besoin de se reposer mais aussi l'excitation due à son nouveau rôle de parent et à la joie d'accueillir le petit être qu'elle a conçu. Par ailleurs, des troubles physiques peuvent gêner la sérénité et l'épanouissement attendu chez une jeune mère comme les hémorroïdes, les varices, les œdèmes, les céphalées, les douleurs au niveau des seins, les tranchées, les troubles de l'élimination ou encore les douleurs pubiennes et périnéales.

b. « Devenir mère »

La parentalité est une phase du développement psycho-affectif qui correspond à un changement radical de vie, à une « crise » au centre de nombreux remaniements comme l'a remarquée Monique Bydlowski. En effet, la femme change de statut, d'identité, pour incarner le rôle de mère. Elle est investie d'une mission, d'une nouvelle responsabilité en tant que donneuse de soins et référente d'un petit être dépendant d'elle de façon permanente. D'adulte, de compagne, elle devient mère tandis que les deux membres du couple se transforment en parents. À ce moment, elle s'identifie à sa propre mère et aux autres mères au sein de la famille, cette « convocation générationnelle » engendre une gratitude envers celle qui lui a donné la vie. Désormais, la mère a conscience de la transmission dont elle a bénéficié tout au long de sa vie afin de perpétuer à son tour ce qu'elle a acquis au contact des matriarches. Elle s'inscrit dans un nouveau système organisationnel de « double-filiation ». Par ailleurs, la femme subit des modifications psychiques. En effet, le rôle de la mère et le bébé sont souvent idéalisés ; la maternité apparaît comme géniale ou, au contraire, inquiétante.

C'est pourquoi, la mère se rapproche des autres femmes qu'elle connaît et de sa propre mère, elle cherche à obtenir du confort et de la réassurance dans la régression, elle se sent plus vulnérable. De plus, la grossesse introduit un ralentissement temporel qui amène la femme à se centrer sur elle-même, à être à l'écoute de ses ressentis et son corps, elle a davantage accès à son inconscient car elle est plus fragile et plus vulnérable. Cependant, Donald Wood Winnicott décrit «*la préoccupation maternelle primaire*» comme un état où la mère est hypersensible, ultra disponible pour répondre de façon judicieuse aux besoins de son bébé et être une «mère suffisamment bonne». Elle oscille donc entre penser à elle et penser à l'enfant qu'elle porte. L'accouchement introduira un sentiment de vide, de perte du bébé qui faisait partie de son corps et qui, à présent, devient un être vivant à part entière dont il faut s'occuper 24h/24.

c. La solitude de la nuit

La nuit, la femme en suites de couches se retrouve seule avec son bébé avec lequel elle doit faire connaissance et dont elle doit s'occuper. Toutes les émotions contenues la journée émergent et submergent la jeune mère. La seule présence extérieure rassurante pouvant l'aider est l'équipe soignante. Les visites, en effet, ont eu lieu dans l'après-midi le plus souvent et la jeune mère a pu bénéficier des conseils de sa famille et de ses proches. La seule personne autorisée à être auprès de la patiente est le père du bébé. Néanmoins, le plus souvent, il est présent lors de la première nuit si l'accouchement est très récent mais rentre au domicile pour les nuits suivantes. La femme se sent délaissée, démunie, abandonnée, dans un environnement qui ne lui est pas familier, à l'hôpital, alité, comme une malade. Habitée à vivre selon son rythme nyctéméral, selon sa propre horloge biologique, elle doit désormais adapter sa vie au rythme imposé par le bébé qui mange toutes les trois heures environ, doit être changé, bercé etc. Le bébé est plus excité la nuit et demande davantage d'attention de la part de son donneur de soins, il a tendance à pleurer, fatigué par les visites de la journée, angoissé par le contexte nocturne et la peur d'être abandonné par sa mère qui a une odeur et des gestes rassurants pour lui. Par conséquent, la patiente doit assumer ses nouvelles responsabilités de mère, malgré la fatigue, les craintes éventuelles par rapport aux soins du bébé et l'excitation de la maternité.

La nuit majore la fatigue, la douleur, l'anxiété et le sentiment de solitude. La femme subit donc les inconvénients liés à la nuit et à la maternité.

IV. ANALYSE DE L'ENQUÊTE EXPLORATOIRE

Afin d'enrichir ce travail de recherche, il m'a paru intéressant de recueillir les ressentis et les représentations des professionnels de terrain concernant l'anxiété des femmes en suites de couches. J'ai choisi de rencontrer deux infirmières de suites de couches, une de jour et une autre de nuit afin d'avoir des informations sur l'ensemble de la journée et de pouvoir éventuellement analyser les différences entre ces deux périodes. Mon enquête exploratoire s'est composée de deux entretiens semi-directifs¹¹. Ces rencontres enregistrées ont duré entre 25 et 30 mn. La première professionnelle que j'ai rencontrée, au sein d'une maternité privée de niveau I, m'a apporté beaucoup d'informations complémentaires sur la prise en soin des femmes la nuit en suites de couches. En outre, la deuxième infirmière, travaillant dans une maternité publique de niveau III, de jour, m'a donné un autre aspect de l'état psychique des patientes et du rôle infirmier dans ce service.

1. Causes de l'anxiété

L'anxiété la nuit est multifactorielle. Tout d'abord, l'équipe de jour, connue des patientes quitte le service pour laisser la place à l'équipe de nuit, souvent méconnue de ces dernières et en nombre réduit. Les médecins et les cadres sont absents ou de garde et donc peu présents et peu visibles des patientes. Les visites sont restreintes à celle du père, l'activité est fortement diminuée et la patiente se retrouve seule, avec son bébé, dans une chambre qui n'est pas la sienne, entourée de personnes qu'elle ne connaît pas, que ce soient les autres patientes ou les soignants. Pour l'infirmière de jour, l'anxiété chez les femmes en suites de couches est majorée par un passé douloureux tel une fausse couche ou encore une grossesse difficile.

¹¹ Cf annexe I et II

La fin de la journée est propice à l'émergence des questionnements, des doutes liés aux dires des médecins de la visite du matin, aux conseils des mères de la famille ou encore à la douleur qui a été mise de côté lors des visites de l'après-midi.

L'excitation de la journée se transforme en inquiétude, en appréhension selon M^{me} M, infirmière de nuit, qui a évoqué l'importance de l'attitude du père et de l'entourage.

En effet ces derniers peuvent parfois être anxiogènes pour la mère si ceux-ci lui mettent « trop de pression » par rapport aux soins prodigués au bébé, notamment. Enfin, l'anxiété peut être induite par les troubles ou pathologies dont les nouveau-nés souffrent comme les ictères néonataux, les pertes de poids, les coliques, etc. qui entraînent un sentiment d'impuissance chez la mère, une inquiétude sur l'évolution des troubles, un sentiment de culpabilité parfois et des questions à l'équipe soignante. De plus, la primiparité est un facteur anxiogène chez les patientes qui passent du statut de femme à celui de mère, doivent apprendre à s'occuper d'un petit être humain et ajuster l'image de l'enfant imaginaire qu'elle ont façonné pendant toute leur grossesse à celle de l'enfant réel qui est face à elle et a des besoins et des attentes qu'elle ne sait pas forcément décrypter. En outre, de nombreuses femmes ont désormais un projet de naissance mais ce dernier ne peut pas toujours être réalisé selon les modalités techniques de la maternité, l'équipe soignante et le contexte médical de l'accouchement. La déception engendrée par le deuil d'un projet élaboré par la parturiente peut être à l'origine d'anxiété car celle-ci doit improviser et s'adapter à la réalité.

Pour résumer, j'ai découvert grâce à ces deux entretiens complémentaires que l'anxiété est parfois présente, parfois absente chez les femmes en suites de couches et a tendance à se manifester en fin de journée pour se poursuivre la nuit. Différemment exprimée selon chaque patiente, elle nécessite une présence soignante rassurante et des soins infirmiers relationnels individualisés comme être à l'écoute, informer ou éduquer en donnant des conseils.

2. Rôle infirmier en suites de couches ou quand la parole est un soin...

L'infirmier(e) travaillant la nuit en suites de couches a insisté sur l'importance de prendre le temps, lors de la prise de service et du tour du soir, d'écouter les demandes des patientes et de les rassurer afin qu'elles soient apaisées pour la nuit. Cette organisation du travail permet de réduire l'anxiété des patientes.

Le rôle de l'infirmier(e) est de rassurer, de donner des conseils, diminuer la douleur éventuelle, de favoriser les conditions nécessaires pour un sommeil réparateur en vérifiant par exemple si elle n'a pas besoin de quoi que ce soit pour l'aider à s'endormir. La soignante se doit d'expliquer à la patiente ce qu'elle ne comprend pas, de répondre à ses doutes, ses inquiétudes, ses interrogations. De plus, la deuxième soignante que j'ai rencontrée, a évoqué le besoin de conseils, de réassurance émanant des femmes en suites de couches. L'infirmier(e) montre, explique, même plusieurs fois, pour accompagner la patiente sur le chemin de l'autonomie et la préparer à la sortie avec son bébé en trois à cinq jours le plus souvent. Et avant tout, il/elle aide les patientes à avoir confiance en elles, il/elle utilise pour cela sa créativité et s'adapte aux éventuels antécédents de la personne avec laquelle il/elle communique et noue une relation. Il/elle aide, sans faire à la place de, dans le respect de chacune, des habitudes de vie, de l'hygiène, de la sécurité et des croyances des patientes. L'organisation des soins et la surveillance la nuit a pour objectif de respecter le sommeil des femmes et leur propre rythme, notamment pour les soins de confort et les soins relationnels. En effet, « *la temporalité est tout autre et le soignant se donne davantage de liberté sur les horaires des prescriptions, voulant avant tout respecter le sommeil du patient et regrouper les soins au maximum*¹² ». affirme Anne Perraut-Soliveres.

¹² PERRAUT-SOLIVERES, Anne. *Infirmières, le savoir de la nuit*. France : Presses Universitaires de France. 2001. 291 pages. (collection Partage du savoir). *Les profondeurs de la nuit*. Page 42.

3. Triade infirmier/ femme et son bébé et entourage : quid de l'autonomie ?

Les deux infirmières ont insisté, tout d'abord, sur le premier outil d'évaluation de l'anxiété des patientes : la sonnette. Pour ces deux professionnelles, une femme qui n'est pas anxieuse ne sonne pas. Si elles ont besoin de vérifier la présence soignante, de réassurance ou de conseils, elles sonnent.

Ce moyen de communication permet ainsi d'évaluer le degré d'autonomie des patientes, notamment pour leur capacité à effectuer les soins du bébé seule. Ce concept d'autonomie est apparu lors des entretiens de mon enquête exploratoire. Je n'avais en effet pas lié l'anxiété des patientes et la période de la nuit à une évaluation et une prise en soin du manque d'autonomie des mères. L'autonomie concerne également l'infirmier(e), qui travaille souvent en binôme avec une auxiliaire de puériculture et peut ainsi organiser les soins avec elle afin qu'ils soient intégrés dans le projet de soins de chaque patiente. La réduction du nombre de soignants et de la charge de travail administratif ou technique le plus souvent permet une organisation plus adaptée et plus individualisée pour les femmes en suites de couches. Ainsi, la prise en soin de l'anxiété constitue un problème infirmier prioritaire pour certaines patientes la nuit ou en fin de journée. Pour répondre à la demande d'aide, de soutien et de réassurance des patientes, « *le soignant cherchera avant tout à accompagner et soutenir le patient dans son questionnement plutôt que de lui répondre* ¹³ ». En effet, l'infirmier(e) cherche à instaurer avec chacune des femmes une relation de confiance basée sur l'empathie, l'écoute, l'authenticité et le non-jugement. Grâce à sa parole et à l'utilisation de son expérience, le soignant peut répondre aux besoins de chacune de façon singulière afin de l'aider à changer son vécu de l'hospitalisation et de la suite de couches si nécessaire.

¹³ MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 3e édition. France: Lamarre. 2013. 223 pages. (collection Soigner et accompagner). Page 57.

Cela permet d'amener chaque femme sur le chemin de l'autonomie et de lui permettre d'acquérir des compétences pour vivre les suites de couches de façon sereine et sécurisante pour elle et son bébé au moment du retour à domicile. Si l'équipe soignante considère que la patiente a encore besoin d'aide et de présence soignante au moment de la sortie, elle propose à la femme l'intervention d'une sage-femme à domicile, un suivi par un psychologue ou encore un relais PMI (Protection Maternelle et Infantile).

V. HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

À l'aide de ces recherches théoriques et des enquêtes de terrain, j'ai alors pu élaborer une question, évolution de mon interrogation de départ, qui pourrait faire l'objet d'un travail de recherche ultérieur. En effet, j'ai pu me rendre compte, notamment à la lueur des entretiens réalisés, que derrière l'anxiété des femmes en suites de couches la nuit émane le concept de l'autonomie des patientes. Les femmes qui sont autonomes ne sonnent pas, se promènent dans les couloirs et prodiguent de façon indépendante les soins au bébé comme me l'a expliquée la deuxième infirmière que j'ai rencontrée. L'anxiété est donc un critère pour évaluer le degré de dépendance des patientes prises en soins dans ce service. C'est également pour cela que les femmes qui ont besoin d'une présence soignante sont considérées comme dépendantes et sont aidées, dès leur retour à domicile par des professionnels de santé afin de réduire leur anxiété et d'augmenter leur autonomie. De plus, toutes les manifestations de l'anxiété en suites de couches la nuit sont caractéristiques d'une dépendance aux soignants. Les patientes posent des questions, demandent des antalgiques, pleurent et ont besoin de soutien et de réconfort. Le rôle de l'infirmier(e) est, par conséquent, de s'adapter aux besoins de chacune des mères et de les amener, avec un suivi individualisé, sur le chemin de l'autonomie avec leur entourage et leur bébé. Par ailleurs, l'autonomie laissée la nuit aux patientes suppose une relation de confiance soignant-soigné afin d'assurer la sécurité du bébé notamment. La professionnelle de nuit interrogée pour mon enquête a insisté sur l'importance de prendre le temps au début de la nuit de rassurer les patientes et de leur dire de sonner ou de venir au moindre problème ou dès qu'elles en ressentent le besoin. Cette relation de dépendance instaurée par le contexte de l'hospitalisation et le rapport soignant-soigné permet d'assurer la sécurité et le confort et des patientes et de leur entourage, notamment du père, rassuré par la présence et la disponibilité de l'infirmier(e). Ainsi, l'autonomie laissée aux femmes doit-elle être évaluée, discutée entre soignants et progressive. Chaque patiente souffre d'une perte d'autonomie physique inhérente à l'hospitalisation et à la période post-partum et psychologique liée à l'arrivée du bébé et aux nouvelles responsabilités incombées aux parents pour s'occuper du nouveau-né.

Ce problème infirmier est prioritaire, dépendant du contexte de vie socio-économique, des antécédents médicaux et chirurgicaux et de la présence de l'entourage auprès des patientes. Cette perte d'autonomie et ce besoin d'avoir recours à un tiers pour assurer son rôle de mère entraîne souvent un sentiment de culpabilité chez la mère, qui se rend compte qu'elle ne peut assurer seule les soins au bébé dans les premiers jours après la naissance. C'est pour cela que l'entourage comme la patiente attendent de l'expérience, des compétences chez les soignants afin d'assurer les soins et d'instaurer un contexte favorable au retour à domicile serein pour la famille. La gestion de l'autonomie des patientes suppose avant tout la création d'un lien soignant-soigné et repose sur le potentiel des soignants à leur donner les moyens de devenir autonomes et « des mères suffisamment bonnes » selon l'expression de D.W. Winnicott.

C'est pourquoi une nouvelle perspective apparaît, au crépuscule de ce travail de recherche, axée davantage sur l'autonomie des patients la nuit et la sécurité. Quelle autonomie laisser aux jeunes mères en suites de couches ? Comment répondre à la perte d'autonomie engendrée la nuit en suites de couches ? Comment inclure la prise en soin de la dépendance des patientes dans l'organisation du travail la nuit ? Peut-on parler de dépendance chez ces femmes qui ne sont pas malades ? Je pensais même élargir ces interrogations aux autres services prenant en soin des patients la nuit.

VI. CONCLUSION

Pour conclure, ce mémoire de fin d'études a fait l'objet d'un travail de recherche passionnant sur le sujet de l'anxiété des femmes en suites de couches la nuit. En effet, curieuse d'approfondir le domaine qui m'intéresse en tant que future infirmière, j'ai été très étonnée d'apprendre énormément sur ce sujet que je croyais connaître, d'analyser notamment les concepts et notions d'anxiété, de nuit et de femmes en suites de couches puis de découvrir un nouveau concept, la maternologie. Ce terme, créé par le Docteur Jean-Marie Delassus en 1985, que je n'ai pu analyser dans ce travail, je souhaiterais le développer lors de ma soutenance orale. La maternologie, inspirée de « la préoccupation maternelle primaire » de Donald Wood Winnicott, englobe l'ensemble des composantes psychiques autour de la maternité et de la périnatalité. Il caractérise la prise en soin adaptée à chaque femme, selon son vécu de la grossesse et de la naissance, son état psychologique et ses antécédents éventuels ainsi que la façon dont elle prodigue les soins à son bébé. Ce terme, devenu une nouvelle discipline, qui m'était complètement inconnu, a fait l'objet de recherches à la fin de mon travail et pourrait faire l'objet d'un travail plus approfondi ultérieurement. Je pense, en effet, que la prise en soin de la grossesse, de la maternité et la périnatalité ne peut se faire sans prendre en compte la dimension psychologique des patients et des soignants. C'est pourquoi je souhaiterais poursuivre ce mémoire de fin d'études par un travail de recherche sur l'anxiété des femmes en suites de couches mais sous un regard psychopathologique en développant le lien mère-bébé, le rôle des unités mère-bébé et l'importance de la triangulation en incluant le rôle du père.

Les enquêtes exploratoires, très enrichissantes, ont apporté un appui vécu et de l'authenticité à ce mémoire et m'ont permis de renforcer mes motivations pour travailler dans le secteur de la maternité et si possible de nuit. Les deux infirmières ont insisté sur l'importance de rassurer les patientes, de leur signifier notre présence soignante, de leur donner des conseils afin qu'elles soient plus sereines et plus aptes à s'occuper de leur bébé de manière autonome.

Les soins relationnels et éducatifs et préventifs étant ceux qui m'intéressent le plus, j'ai été ravie de pouvoir les analyser et les effectuer lors de mes stages ou exercices professionnels en maternité. Cela a renforcé mon choix d'orientation professionnelle pour travailler en maternité, auprès des mères et des bébés.

Par ailleurs, j'ai appris que la nuit n'était pas seulement angoissante de par sa symbolique mystérieuse mais aussi parce qu'elle apparaît au moment où les patientes se retrouvent seules. Cela m'a permis de comprendre pourquoi j'apprécie tout particulièrement le travail de nuit, moment où les soins techniques sont au minimum mais où les soins relationnels prennent toute leur ampleur et leur signification, moment également où les soignants peuvent créer avec les patients une relation plus intime, plus propice aux confidences.

«L'asile le plus sûr est le sein d'une mère.»

Jean-Pierre Claris de Florian, *La Mère, l'Enfant et les Sarigues, Fables*, 1792.



VII. BIBLIOGRAPHIE

-Cours à la Faculté de Médecine Paris Descartes et à l'IFSI :

- UE 1.1 : Psychologie, Sociologie, Anthropologie
- UE 1.3 : Législation, Éthique et Déontologie
- UE 2.2 : Cycles de la vie et grandes fonctions : cours Du Dr VERON, Olympe. « *Chronobiologie et sommeil* ». 13 décembre 2011.
- UE 2.6 : Processus psychopathologiques
- UE 3.3 : Rôles infirmiers, Organisation du travail et Interprofessionnalité
- UE 3.4 : Initiation à la démarche de recherche
- UE 4.2 : Soins relationnels
- UE 6.1 : Méthodes de travail et TIC
- UE 6.2 : Anglais

- Ouvrages :

PERRAUT-SOLIVERES, Anne. *Infirmières, le savoir de la nuit*. France : Presses Universitaires de France. 2001. 291 pages. (collection Partage du savoir).

Dixel dictionnaire. 2010. France : Le Robert. 2009. 2098 pages.

PERNOUD, Laurence. *J'attends un enfant*. France : Pierre Horay Editeur. 1985.455 pages.

RACAMIER, Paul-Claude ; CARRETIER, Louis et SENS, Charles. *La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum*. Évolution Psychiatrique. 1961, 4, 522-570.

Dr CHNEIWEISS, Laurent ; Dr ALBERT, Eric. *L'Anxiété*. Nouvelle Edition. Éditions Odile Jacob. 2004.182 pages. (collection santé au Quotidien).

PERSET, Claude. *L'après-accouchement*. France : Encre. 2010. 186 pages.

PETROGNANI, Annie. *Sous le signe d'Hypnos : Infirmière clinicienne la nuit*. France : la méridienne/Virginia Henderson coéditeurs.1994. 151 pages. (collection Sciences cliniques infirmières).

SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs). *L'infirmier(e) et les soins palliatifs*, « Prendre soin » : éthique et pratiques. Collège soins infirmiers. France : Masson. juin 1999. 237 pages. (collection Savoir et Pratique infirmière).

CHEVALIER, Jean ; GHEERBRANT, Alain. Dictionnaire des symboles : Mythes, rêves, coutumes, gestes, formes, figures, couleurs, nombres. France : Robert Laffont/Jupiter. octobre 2005. 1092 pages. (collection Bouquins).

DE BROCA, Alain. *Deuils et endeuillés*. 2^{ème} édition. France : Edition Masson. 2000. 186 pages. (collection Médecine et psychothérapie).

BEAULIEU, Marie-Bernadette. *L'accompagnement au quotidien, L'aide-soignant face aux souffrances et aux deuils*. France : Edition Masson. 2007. 101 pages. (collection Formation et pratique de l'aide-soignant).

FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana (sous la direction de). *Les concepts en Sciences Infirmières*. ARSI. 2^{ème} édition. France : Mallet Conseil. 328 pages.

DIEL, Paul. *La peur et l'angoisse*. France : Payot. 2004. 288 pages. (collection Petite bibliothèque Payot, n°78).

MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 3e édition. France: Lamarre. 2013. 223 pages. (collection Soigner et accompagner).

-Textes réglementaires :

Article R. 4311-2 et R. 4311-5 du Code de la Santé Publique. Profession infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession. Formation des Professions de Santé. 2011. Edition Berger-Levrault. 203 pages. Page 163 et page 164.

-Revue périodiques, magazines :

« Le travail de la nuit » issu de *Vie Sociale et Traitement*. France : Erès, n°82. juin 2004. 127 pages.

« La nuit » issu de *L'aide-soignante*. France : Elsevier. n°79. septembre 2006. ISSN 1166-3413. 33 pages.

PERRAUT-SOLIVERES, Anne. *La nuit, les infirmières soignent autrement*, issu du dossier *Être infirmière de nuit*. CLAVAGNIER Isabelle (coordonnée par), (cadre formateur à l'IFSI de la Croix-Saint-Simon, Paris (75)). Paru dans *La Revue de l'Infirmière*. n°133. France : Elsevier Masson. septembre 2007. Pages 13 à 27.

PIERRON, Jean-Philippe. *Quand vient la nuit. Les imaginaires de la nuit à l'hôpital* issu de *Médecine Palliative*. France : Elsevier Masson. vol.9. n°3. juin 2010. 166 pages. Pages 157 à 162.

Les Cahiers du Nouveau-né 1 et 2 : Naître et ensuite ? Textes principaux de DOLTO, Françoise ; GIRODET, Dominique ; et al. France : Éditions Stock. décembre 1982. 364 pages.

L'École des parents. n°563. Hors-série. Fédération Nationale des Écoles des Parents et des Éducateurs. France. mars 2007.

-Sites internet :

Nyx est la déesse grecque de la nuit [En ligne]. 2007-2013. Disponible sur <http://www.mythologie.ca/dieux/nyx.html>

Mythologie grecque et romaine. Nuit. [En ligne]. Disponible sur <http://www.dicoperso.com/term/adaeab1aca2,xhtml>

Nyx, Dieux grecs. Milotche media. [En ligne]. 2014. Disponible sur <http://cesdieux.com/nyx/>

Nyx. 7 novembre 2013. [En ligne]. Disponible sur <http://zimzimcarillon.canalblog.com/archives/2013/10/13/28204943.html>

« *Inquiétude* », définition dans le dictionnaire Littré. [En ligne]. Disponible sur <http://www.littre.org/definition/inquiétude>

Inquiétude, n.f. définition du Dictionnaire de l'Académie Française 9^{ème} édition. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. [En ligne]. 2012. Disponible sur <http://www.cnrtl.fr/definition/academie9/inquiétude>

-Autres :

Le travail de nuit des infirmiers : Effets sur les conditions de vie, les pratiques professionnelles et la qualité des soins. Synthèse documentaire réalisée par BETOUT, Cécile ; CARDI, Céline ; MORVANT, Emmanuelle ; PANISSIER, Stéphanie dans le cadre de la préparation au diplôme de chef de projet ingénierie, INTD (Institut National des Techniques de la Documentation). Sciences et Techniques de l'information et IFCS du CH Sainte-Anne. France. 22 mai 2007. 38 pages. [format Pdf]. Disponible sur : http://www.cnam.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=1295877015928

Recommandations pour la pratique clinique, Sortie précoce après accouchement-Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Service des recommandations professionnelles service évaluation technique ANAES. France. mai 2004. 31 pages. [format Pdf]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_accouchement_recos%20.pdf

RIVALEAU, Chantal. *Le travail de nuit*. [En ligne]. 12 juin 2003. 6 pages. Disponible sur : <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Le-travail-de-nuit.html>

PERRAUT-SOLIVERES, Anne. « *La nuit et l'institution, un mépris partagé* », paru dans *Gérontologie et société*. 1/ 2006 (n° 116), p. 95-107. [En ligne]. Disponible sur www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2006-1-page-95.htm.

DOI : 10.3917/g.s.116.0095

-Images :

William-Adolphe Bouguereau (1825-1905) - La Nuit (1883).jpg

Disponible sur [http://commons.wikimedia.org/wiki/File:William-Adolphe_Bouguereau_\(1825-1905\)_-_La_Nuit_\(1883\).jpg](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:William-Adolphe_Bouguereau_(1825-1905)_-_La_Nuit_(1883).jpg)

«*Cette reproduction photographique est donc également considérée comme élevée dans le domaine public.* »

Pyramide de Maslow. Document donné par une infirmière anesthésiste, Mlle Delphine Lemaître, ancienne étudiante en soins infirmiers, distribué par l'IFSI de la Croix-Rouge Française Les Peupliers Paris 13^{ème}) le 27 juin 2003.

Théorie dite de Maslow : les différents types de besoins. Document donné par une infirmière anesthésiste, Mlle Delphine Lemaître, ancienne étudiante en soins infirmiers, distribué par l'IFSI de la Croix-Rouge Française Les Peupliers Paris 13^{ème}) le 27 juin 2003.

Le petit train du sommeil, image tirée du cours du Dr VERON, Olympe. « *Chronobiologie et sommeil* ». 13 décembre 2011. diapositive 8.

GEDDES, Anne. *There's No One Way to Approach Motherhood*. 05/02/2013. Disponible sur http://www.huffingtonpost.com/anne-geddes/anne-geddes-photographer_b_3197572.html.

“*Copyright © 2014 TheHuffingtonPost.com, Inc. "The Huffington Post" is a registered trademark of TheHuffingtonPost.com, Inc. All rights reserved.*”

VIII. ANNEXE I

Entretien avec M^{me} M., infirmière en suites de couches, de nuit, au sein d'un hôpital privé à but non lucratif.

Entretien réalisé dans le poste de soins du service, le jeudi 13 mars, entre 20h30 et 21h.

Les propos de l'infirmière sont en noir et les miens en bleu et en italique.

« Bonsoir, alors ma première question est : est-ce que vous pouvez me décrire l'atmosphère la nuit, en suites de couches ?

L'atmosphère ?...mmm

Oui, l'atmosphère, l'ambiance qui règne au sein du service durant cette période de la nuit ?

Euh...donc en fait,... » [Interruption par l'entrée d'une soignante]

L'entretien reprend :

« Donc en fait, tout dépend des femmes, euh, c'est vrai que la première nuit, elles sont plus ou moins excitées après l'accouchement par les hormones, euh, c'est vrai que à J1, J2, parfois, il y a, comment ça s'appelle, le baby-blues, ce qui fait qu'elles ne se reconnaissent plus. La chute d'hormones fait qu'elles euh... mais que te dire de constructif euh... (L'infirmière réfléchit).

Est-ce que il existe une atmosphère particulière la nuit, ou pas ?

En fait, c'est nous-mêmes qui mettons l'ambiance, donc si on est revêches avec les patientes, et bien elles ont moins confiance en elles. Moi je fais en sorte que mes patientes aient confiance...

Donc est-ce que l'ambiance serait alors davantage soignant-dépendante en suites de couches ?

Oh oui ! Moi, j'estime que c'est nous qui créons l'atmosphère. Après, selon ce qu'on leur renvoie, elles nous donnent... [Hésitations, Mme M. cherche comment expliquer]. Les patientes sont plus angoissées d'une équipe sur l'autre. L'autre équipe n'est pas pareille que nous. Donc, on répond plus à leurs attentes. Quand elles nous demandent si on peut garder Bébé, on ne refuse pas. Cela les met dans une certaine confiance et on ne les oblige pas, si elles ne veulent pas, elles peuvent le garder. Donc c'est nous qui créons l'atmosphère, moi j'estime hein. Soit on les rassure, soit on les rabroue et on les met dans une certaine crainte. Après chaque patiente est personnelle, quoi, donc, euh, selon ses propres antécédents, c'est elle qui, selon ce qu'on lui renvoie, soit cela l'apaise, soit ça lui fait sortir ses peurs.

Oui.

Je ne sais pas si je répons bien à ce que tu...

Oui, oui, parfaitement ! Et qu'est-ce qu'expriment les patientes en suites de couches la nuit ? Est-ce qu'elles cherchent à faire transmettre quelque chose de particulier ou non ?

Mmm... Il y a le fait que le jour, il y a beaucoup de gens, elles sont très entourées. Il y a aussi beaucoup de visites donc elles sont plus excitées.

Oui.

Le soir, ça retombe. Et en fait elles s'aperçoivent que les visites, leur prennent de l'énergie, bien qu'elles soient contentes d'en avoir. Et après, le soir, elles sont fatiguées et elles comment te dire- elles appréhendent la nuit. Elles se retrouvent seules avec le bébé alors que le mari va repartir. Moi j'autorise à ce qu'il reste plus tard mais tu as des femmes qui sont désemparées quand leur mari part quoi. Même si on les rassure en leur disant qu'elles peuvent appeler, qu'il n'y a pas de souci, voilà, mais tu as certaines femmes qui sont tellement prises en charge par leur mari que, en fait, elles se sentent quelque part délaissées et elles se sentent aussi, par rapport au bébé, démunies.

Mmm, je vois.

Parce que parfois c'est le mari qui fait pas mal de choses par rapport au bébé.

D'accord, et y a-t-il d'autres facteurs qui rentrent en jeu dans cette appréhension de la nuit ?

Bah, je crois que c'est un tout. C'est-à-dire que c'est la chute d'hormones, le fait qu'elles ont eu beaucoup de visites, elles sont plus fatiguées, le fait que le mari parte, ça les déstabilise, le fait qu'elles ne connaissent pas ce petit bout et qu'il faut qu'elles fassent connaissance, ce n'est pas rien... C'est bien souvent la nuit et le soir, dès que les maris partent que les bébés ont des coliques. Dès J1, ils ont mal au ventre. Donc en fait, elles sont vite démunies. Si on ne les rassure pas en leur disant que c'est normal... Il y a des enfants qui hurlent une bonne partie de la nuit ! Jusqu'à trois ou quatre heures du matin ! Donc c'est à se claquer la tête au mur, quoi ! Parce que certaines, qui n'ont pas eu d'enfants dans leur entourage, elles sont démunies.

Et, est-ce que surgissent alors d'autres émotions telles que la colère, la surprise, le dégoût, la tristesse, par exemple ?

[Hésitation de Mme M.]

Je reformule alors ma question : est-ce que c'est peut-être alors un mélange d'émotions ?

Oui, c'est un mélange d'émotions. Alors la colère non. Tout dépend si Bébé est sage ou s'il a beaucoup de coliques mais elles sont plutôt démunies par rapport...

Oui, ...désemparées ?...

Voilà, oui. Euh, inquiètes parce qu'elles ne savent pas pourquoi il pleure. (*Chuchoté*) Euh, sinon je ne sais pas moi.

Et, par ailleurs, souvent on entend que les réflexes que les femmes ont le jour pour s'occuper de leur bébé, au moment où la nuit arrive, elles oublient un peu ceux qu'elles avaient, elles ne savent plus trop comment faire. Est-ce que vous le constatez ou non ?

Moi je pense que ce sont les pleurs des enfants qui les angoissent. Les pleurs des bébés, quand c'est récurrent, quand c'est longtemps et qu'elles ne savent pas quoi faire, surtout les primipares... Une fois qu'elles ont déjà eu un autre enfant, elles ont déjà eu l'expérience, donc elles ont moins d'appréhension... [Silence] Il y a aussi l'appréhension de l'allaitement. Il

y a certaines femmes qui ont eu un premier allaitement très mauvais, quoi, pas bien réussi, et qui s'entêtent à vouloir allaiter et en fait elles refont le même schéma, quoi...

Oui, je comprends ce que vous voulez dire.

Et avec beaucoup d'appréhension...De temps en temps, leur anatomie n'est pas facilitante, avec des bouts de seins ombiliqués, des bouts de seins plats, tout ça qui fait que...c'est pas facile quoi !

Et, du coup, est-ce qu'il y a des caractéristiques qui font que les patientes sont plus anxieuses ?

Que nous, on soit comme ci ou comme ça ?

Non, que elles...euh. La primiparité, l'allaitement...Existe-t-il des facteurs favorisant d'anxiété ?

C'est surtout, euh...Mais on est étonné de temps en temps car on dit tout le temps que c'est les premières paires mais, de temps en temps, il y a des deuxièmes paires qui sont comme si elles étaient premières paires. Elles ont tout oublié ! C'est vraiment perturbant, comme si elles n'avaient pas eu l'expérience du premier !

Oui.

Et c'est bizarre parce que, elles redemandent des trucs basiques...

Et il y a quelque chose qui fait que cela se passe comme ça avec telle patiente plutôt qu'une autre ou pas ?

Avec telle patiente plutôt qu'avec une autre ?

Oui.

[Mme M. réfléchit]. C'est un mélange de tout. C'est par rapport à l'éducation qu'elles ont...parce que maintenant...Avant on voyait par exemple les africaines qui n'avaient pas de souci du tout par rapport à l'allaitement, et maintenant, celles qui sont européanisées, et bien, de temps en temps, et bien...ça ne marche pas quoi !

Oui.

Elles n'ont plus la transmission qu'elles avaient, familiale et qui leur permettait d'être rassurées et elles sont quand même plus... Certaines femmes sont quand même isolées de leur famille quoi. Donc tout dépend du contexte social mais...

Et est-ce que vous sentez une évolution dans le ressenti des patientes... [Mme M. n'attend pas la fin de ma question.]

Bah si on les rassure, ça se passe beaucoup mieux. Si on essaie d'être présent, de répondre à leurs questions, de parfois même anticiper leurs questions pour les rassurer, euh, moi je, euh, fais en sorte que mes patientes, euh...et on le voit, hein ! Si on fait un bon tour, elles sont rassurées, elles sonnent moins. Ça prouve qu'elles sont plus à même à prendre en charge leur enfant. Elles m'appellent quand elles veulent, je suis disponible et...voilà quoi.

Est-ce qu'il y a des signes, autres que les sonnettes, qui montrent une évolution dans le vécu des patientes dans le service ?

Mmm... [longue hésitation] Bah soit elles sonnent, soient elles se déplacent dans la pouponnière pour montrer qu'elles sont démunies.

Montrer leur présence donc ?

Oui. Parce que, quand on passe dans les chambres, c'est beaucoup la façon dont on leur répond qui fait qu'elles ont confiance ou pas. Et après, elles osent nous poser des questions, elles osent nous rappeler pour qu'on les aide à les mettre au sein et tout ça quoi. Alors que parfois, euh...elles tombent sur certaines qui sont très vindicatives et elles n'osent pas, de toute la nuit, rappeler ! Et après, le matin, elles sont éreintées parce qu'elles n'ont pas su calmer le bébé.

Donc si je comprends bien, les sentiments des patientes sont essentiellement dus à ce que les soignants leur renvoient ?

Bah oui, soit on les apaise, soit on les angoisse. Si on leur dit [elle imite une soignante qui hausse le ton] 'Ma brave dame, comment vous allez faire chez vous, s'il pleure, il va bien falloir que vous vous débrouillez !'

Oui, en effet...

D'accord ? On en entend hein !

Oui, oui...je veux bien le croire.

Et si on leur dit, en plus, c'est normal, ne vous inquiétez pas, c'est des coliques, on leur donne des petits moyens, soit les langer, ne pas oublier de leur faire faire des rots... Tous les petits moyens qu'on peut ! Et rien que le fait de leur dire que c'est normal, qu'ils soient au biberon, qu'ils soient au sein, ils ont tous des coliques, ce sont les intestins qui se mettent en route, donc, voilà, quelque part après, ça les rassure. Le problème maintenant, c'est que les femmes, elles lisent beaucoup et elles idéalisent beaucoup l'allaitement, la relation avec leur enfant et parfois elles sont déçues que leur enfant ne corresponde pas à ce qu'elles ont lu.

Alors, justement, avez-vous constaté une évolution par rapport à il y a quelques années ?

Ah, oui !

Les femmes étaient-elles plus ou moins anxieuses avant ?

Bah le problème aussi, c'est que maintenant, les femmes, elles font carrière avant. Donc elles arrivent, ici, primipare à 38, 40 ans.

Oui.

Donc on n'a pas les mêmes réflexes, la même patience, à 20, 25 ou 30 ans qu'à 38 ou 40..tu vois, 45 même. D'accord ? Donc en fait, et parfois, quand elles n'ont pas eu du tout d'enfant dans leur entourage et qu'elles ont fait carrière comme ça et qu'elles ont lu beaucoup...voilà quoi ce n'est pas facile ! Ouh là, je ne vais pas avancer !... [Pendant l'entretien, Mme M. remplit les dossiers de soins.]

Donc l'âge aussi est un facteur à prendre en compte ?

Ça ne les rassure pas quoi, voilà. Et bon, euh, leur entourage hein. Tu as des belles-mères qui sont très présentes, faut qu'elle allaite. En fait c'est un tout quoi...

C'est multifactoriel ? C'est cela ?

Oui, il y a le contexte familial...parfois c'est le mari quoi. On est en train de le mettre au sein et il est là, à surveiller ! À mettre sa main sur le sein, pour...il y a des trucs qui sont un peu euh...On parle, c'est le mari qui répond ! J'ai encore eu ça hier soir ! Je pose une question à la femme sur elle, son état de santé et c'est lui qui répond. Donc c'est vrai qu'ils sont trop omniprésents, les hommes, ils ne savent pas rester à leur place.

Et y a-t-il un transfert d'émotions telles que l'anxiété entre l'entourage et la patiente ?

Eh bien, il y a des hommes qui apaisent, c'est pareil, il y a de tout, et tu as certaines femmes qui n'allaitent, que pour faire plaisir à leur entourage, quoi. Donc en fait, ça ne peut pas marcher parce qu'elles, au fond, elles n'ont pas envie et le bébé le ressent...

Oui, je vois ce que vous voulez dire.

Donc on se mord la queue quoi !

Dans mon mémoire, j'ai décidé de parler d'anxiété mais est-ce que vous trouvez qu'il existe un terme plus approprié tel qu'inquiétude, appréhension, angoisse, peur, un autre, je ne sais pas pour qualifier ce que ressentent certaines femmes... ?

Appréhension...

Oui, appréhension. D'accord.

[...Elle réfléchit] Elles sont inquiètes. Mmm, le soir, ..., c'est toute l'énergie de la journée qui part.

Oui, c'est vrai.

Et elles se trouvent seules face à elles-mêmes et face au petit bout. Donc, du coup, euh, c'est une autre dynamique qu'il faut qu'elles mettent en place pour créer la relation avec cet enfant.

D'accord. Donc, le contexte est-il prépondérant par rapport au fait que ce soit la nuit, en tant que tel ? Cela arriverait de même le jour ?

Bah, non, c'est vrai, il y a une partie de ça, si, si, c'est connu, les angoisses arrivent plus le soir qu'en journée mais il y a aussi la présence de tout le monde en journée qui fait que ça rassure. Elles ont plus de gens qui rentrent dans leur chambre le soir que la nuit. Donc forcément, c'est une appréhension...mais je ne sais pas, c'est relatif à chacune.

Oui, c'est très singulier, c'est cela que vous voulez dire ?

Oui, parce que certaines, ça les repose une fois que tout le monde est parti. Ca dépend des femmes, de leur potentiel à elles. C'est-à-dire que, si elles sont de nature inquiète déjà, et bien forcément, tout ce changement-là...la grossesse, c'est quand même centré sur elle, d'accord ?

Et oui.

Et on le voit avec les FIV, hein. Les FIV qui ont un parcours très long, et...où tout est tourné sur elles. Une fois qu'elles accouchent et que tout est tourné sur le bébé, et bien, elles ne vont pas bien. Donc euh...ce n'est pas qu'elles ne vont pas bien mais elles ont un peu de mal à passer le cap de...

Oui, des suites de couches, je vois.

Donc en fait tout dépend du contexte. Il y a le contexte, il y a la famille, l'éducation...[soupir]

Oui, c'est vraiment multifactoriel, quoi.

Oh oui.

Et y a-t-il plus de femmes apaisées ou de femmes anxieuses dans le service ?

Euh, la nuit ?

Oui.

Oh, apaisées, heureusement.

Apaisées... ?

Oh ouais. Quand même. Mais c'est par vagues, quoi...

Ça dépend des moments ?

Oui, ça dépend des moments. Mmm...non, euh, de toute façon il faut faire en sorte qu'elles soient apaisées hein, voilà quoi !

Oui, c'est le but.

Ca dépend si c'est des primipares ou des deuxièmes pares. Là, c'est mixe. Il y a euh, [Elle compte la primiparité en regardant la planification murale.] une, deux, trois, quatre, cinq et six. Et là, une, deux, trois, quatre, cinq, c'est pareil. Autant d'un côté et de l'autre. Et puis tout dépend aussi de comment elles ont vécu l'accouchement. Parfois, elles se sont mis tellement dans la tête qu'elles ne veulent pas de césarienne ou qu'elles veulent pas d'épisio ou qu'elles ne veulent pas ceci...parce qu'elles arrivent toutes maintenant, bien souvent, avec un projet de...

De naissance ?

De naissance. Donc du coup, faut que ça se passe comme elles l'ont projeté quoi. Donc, parfois, elles sont déçues. Et on leur fait passer F, la psychologue pour qu'elles puissent vider tout le mal vécu qu'elles ont eu.

Oui. D'accord...J'avais une dernière question : quel est le soin que vous pratiquez le plus pour essayer de répondre, justement, aux émotions des patientes la nuit ?

Le soin... [elle réfléchit].

Oui....Médicamenteux ou non médicamenteux, plutôt relationnel. L'activité de soin, ce que vous mettez en place...

Euh...

Est-ce qu'il y a quelque chose qui fonctionne plus que d'autres ?

Bah, moi, je n'attends pas qu'elles aient mal pour leur donner en systématique euh des anti-inflammatoires. Parce que parfois, elles n'osent pas appeler quand elles ont mal et, du coup, elles se retrouvent à avoir passé une nuit blanche car elles ont eu mal. Donc moi, je, d'emblée, je fais en sorte de pallier la douleur rapidement. Après, c'est elles...qu'elles prennent ou pas les antalgiques...la balle est dans leur camp.

Oui, je comprends.

Et moi, je fais en sorte qu'elles aient des médicaments pour calmer la douleur. SI elles ont moins mal, après elles peuvent plus se concentrer sur leur relation avec l'enfant et...euh...sinon je fais en sorte de leur montrer comment faire faire un rot, je suis plus dans la gestuelle, quoi. À montrer les choses, à leur dire comment faire, à leur...pour les rassurer, quoi.

Oui.

Pour qu'elles apprennent à mobiliser l'enfant, à le manier, à tout ça quoi. Pour...mais en fait, on fait avec les auxiliaires....

Oui, c'est important dans cette prise en soin de travailler...? [Elle me coupe]

Oui, on fait binôme. D'avoir le même discours oui. Parce que déjà le jour et la nuit, on n'a pas le même discours et ça peut se comprendre. Parfois on dit oui, on n'est pas assez unis. Mais on tombe sur telle femme, qui est entourée en journée, qui n'a pas les mêmes besoins, le bébé est épuisé la journée, il dort. Donc, ils n'ont pas le même problème que nous, la nuit, qui, le bébé est excité, la mère ne sait pas comment faire...elle est démunie parce que le mari n'est pas là...Donc on répond à telle question par rapport à ce qu'on trouve.

Oui.

Si on trouve qu'il y a une montée de lait et que les seins sont tendus, ce n'est pas comme si la journée, ils mettent en route le tire-lait, ils prennent le temps avec la mère de faire le dal¹⁴

¹⁴ Dispositif d'aide à la lactation

pour, comment ça s'appelle, expliquer la succion du bébé et tout ça...mais ça peut être une continuité mais pas forcément dans les mêmes façons de dire les choses. Voilà.

Plus sur la méthodologie ?

Oui, parce que on répond selon ce qu'on trouve, l'attitude du bébé, l'attitude de la mère et on agit en conséquence quoi.

Oui...Donc vous évoquiez un lien avec la douleur...

Bah elles sont moins disponibles.

Oui, c'est cela, d'accord.

Plus accaparées par leurs trucs à elles et du coup, euh...

Oui, moins disponibles pour prendre en soin leur bébé ?

Leur bébé. Oui.

D'accord.

Bon, ça va à peu près ?

Bah, oui, oui. Et du coup, est-ce qu'il existe quelque chose de particulier dans la relation avec les patientes qui se crée la nuit ?

Qu'est-ce qui se crée de particulier ?...euh

Oui. Dans la relation ?

Bah c'est surtout un lien de confiance, un lien de compétences. Elles voient si on est compétente ou pas, dans la façon dont on leur répond, notre assurance, notre façon de calmer le bébé, notre façon d'être. Être calme, voilà quoi, ça... Mais elles ont besoin de voir, d'un côté la compétence, et de l'autre côté, la patience. J'ai encore une patiente, hier, qui m'a dit 'Vous avez énormément de patience !' Et c'est vrai qu'il en faut ! Mais si on rentre dans leur émotivité, dans leur truc, on ne les aide pas. Donc il faut leur donner des moyens pour

qu'elles prennent en charge le bébé, qu'elles soient autonomes vite...Parce que maintenant elles partent tôt.

Oui, c'est vrai.

Trois jours, elles sont dehors, quoi ! Et les césariennes, quatre jours... Donc c'est vrai qu'il faut faire en sorte de leur apporter un maximum en peu de temps. Pour qu'elles acquièrent l'assurance, qu'elles créent le lien et, voilà quoi !

Eh bien, merci beaucoup, j'ai plein de réponses. Vous n'avez rien à ajouter ?

Non, non, de rien. Ce n'est pas évident. Après tu vas démêler ! Bon courage alors !

Merci beaucoup ! C'est très gentil d'avoir accepté l'entretien. »

[Fin de l'entretien.]

IX. ANNEXE II

Entretien avec M^{me} C., infirmière en suites de couches, dans une maternité de niveau III d'un hôpital public de la banlieue parisienne.

Entretien réalisé dans le poste de soins du service, le mardi 15 avril, entre 13h30 et 14h.

Les propos de l'infirmière sont en noir et les miens en bleu et en italique.

« Bonjour, alors ma première question est : est-ce que vous pourriez me décrire l'atmosphère, l'ambiance qui règne au sein du service, la journée, en suites de couches ?

Oh bah c'est une bonne ambiance. Alors, après, ça dépend aussi si tu es de jour ou si tu es de garde, parce que de jour, on est beaucoup plus nombreuses.

Quels sont les horaires des équipes de jour ?

Alors, de jour, c'est 6h45-13h30... enfin la relève arrive à 13h30 et nous, on termine à 14h20.

D'accord.

Mais tu as beaucoup plus de monde, puisque tu as une équipe sur bébé et une équipe sur maman donc parfois ça fait beaucoup de monde dans les chambres, tout ça... tu as en plus les médecins, les pédiatres alors que, de garde, tu es de 13h30 à 21h20. On n'est que deux, tu as l'infirmière et l'auxiliaire.

Ah oui, donc c'est une équipe plus réduite.

Voilà ! Réduite, oui. On fait le tour ensemble donc c'est plus sympa. Et puis, du coup, ça fait moins de monde dans les chambres pour les mamans.

Oui.

Mais sinon l'ambiance, elle est bonne.

Et, du coup, est-ce que cela a une influence sur le ressenti des patientes, le fait d'être en binôme l'après-midi par rapport au matin?

Bah, elles sont plus tranquilles, tu as moins d'intervenants qui passent. Parce que le matin, tu as l'infirmière qui passe, l'auxiliaire, la pédiatre, la sage-femme. S'il y a des soucis, tu peux avoir les internes qui passent aussi. Donc ça fait pas mal de monde ! Alors que l'après-midi, on fait le tour ensemble donc il n'y a que nous qui passons. Parfois, il y a la sage-femme mais c'est tout. Donc elles peuvent davantage se reposer. Après il y a les visites...

Oui. C'est sûr.

[Rires ensemble] Donc voilà !...

Et dans la relation avec les patientes, y a-t-il quelque chose de particulier qui se crée en suites de couches ou pas ?

Euh...bah je pense parce que, comme il y a les bébés...je trouve que c'est une bonne relation. Après, je n'ai pas fait d'autres services mais...oui c'est une bonne relation. Après, ça dépend des patientes aussi ! [Rires et sourire complice de l'infirmière.]

Qu'est-ce qui fait cette différence justement ?

Bah il y en a où tu as plus..., pas des affinités, mais tu sens que le contact passe mieux qu'avec d'autres. Donc tu vas plus rigoler avec certaines patientes qu'avec d'autres.

Oui, je vois.

Il y en a où tu vas voir qu'elles vont être un peu plus froides ou renfermées...tu vas euh...moins rigoler qu'avec d'autres patientes. Et déjà tu vois que les patientes rigolent donc ça te met un peu plus à l'aise !

Oui, c'est évident. Et est-ce qu'il existe des critères qui font que les patientes sont plus disposées à parler avec les soignants, sont plus détendues ou cela dépend de leur caractère de base ?

Je pense que c'est leur caractère.

Oui ?

Oui...je pense que ça doit dépendre...après euh...m.

D'accord. Et qu'est-ce qu'expriment les patientes en suites de couches au cours de la journée ?

Euh ... [elle réfléchit, semble trouver la question assez floue]

Leurs émotions, leurs demandes, y a-t-il des récurrences ?

Leurs demandes ?... Bah ça dépend, parfois elles peuvent être un peu...ce n'est pas le baby-blues mais elles peuvent être un peu déprimées. Ou quand un bébé ne tète pas, elles ont un peu le cafard on va dire. [Elle rit]

Oui.

Bon après on est là aussi pour les rassurer, pour les aider. Je pense que, ça, elles apprécient aussi. On est quand même assez disponibles pour ça donc euh...

Oui. Et le fait de se rendre disponible, de les rassurer, cela les apaise ?

Oui. De leur montrer, même si c'est plusieurs fois les mêmes choses, de leur montrer à chaque fois. Je pense que ça les apaise bien oui. Ça les aide pas mal oui.

Et sinon, quel est le soin que vous pratiquez le plus en suites de couches la journée, l'activité la plus fréquente, en tant qu'infirmière ?

Euh...bah après il y a tout ce qui est soin infirmier, les pansements, les distributions de médicaments. Tout ce qui est mise au sein, c'est plus les auxiliaires qui font ça. Même si parfois, on peut, nous aussi, les aider. Mais bon, c'est plus les pansements pour les césariennes, donner les traitements.

Et quel est le type de demande le plus fréquent émanant des patientes du point de vue du relationnel ?

Au niveau relationnel, bah on est pas mal à l'écoute mais euh...après il n'y a pas forcément de demandes... [Elle réfléchit].

Oui.

En fait, on va parler comme ça quand on est dans la chambre et tout mais après il n'y a pas forcément de demande particulière.

Et lorsque les patientes sonnent, quelle est la raison la plus fréquente ?

Euh...

Des demandes du point de vue du matériel ou du relationnel par exemple ?

Non c'est plus parce qu'il leur manque des trucs ou qu'elles veulent des conseils ou autre mais pas forcément pour parler avec toi. Ou elles viennent. Après nous on voit, on peut sentir qu'elles ont besoin de quelqu'un. Donc, dans ces cas-là, on passe le relais. On propose des psychologues ou on passe le relais à la sage-femme ou à d'autres personnes. Après elles ne sonnent pas spécialement pour ça en fait.

Oui ?

Oui.

Et justement, y en a-t-il beaucoup qui demandent à parler à un psychologue ou à une sage-femme par exemple ?

Non. Non, non...après tout dépend aussi, pas de leur suivi, mais de leur passé...mais en général non pas énormément.

Qu'est-ce que vous entendez comme type de « passé » ?

Si la grossesse a été difficile ou s'il y a eu des antécédents de fausses couches. Une fois il y avait une mère qui avait perdu un frère ou une sœur, donc elle ne voulait pas revivre un peu ça avec son enfant. C'était un cas particulier en fait.

Oui, en effet.

Ça reste rare.

Oui, heureusement ! Et est-ce qu'il vous arrive de percevoir de l'anxiété provenant des patientes ou c'est rare ?

C'est plus en fin de journée.

Oui ?

Oui. Quand les visites sont parties, on le voit, vers 19h, 20h, on passe dans les chambres et on le voit, la douleur revient, elles ont besoin de parler, tout ça. C'est plus à ce moment-là qu'on sent qu'elles ont besoin d'écoute.

Et comment vous le sentez, en l'occurrence, qu'elles ont besoin d'écoute ? Elles sonnent, elles se déplacent, ... ?

Elles sonnent...non elles sonnent souvent et euh, après dans la chambre, ça se sent !...Je ne sais pas comment dire... Non ça se voit, elles ne sont pas comme en début d'après-midi ou le matin...

Leur attitude est différente ?

Oui, voilà, leur attitude est différente.

D'accord. Et du coup, vous essayez d'y répondre de quelle manière à cette demande en fin de journée ?

On les écoute, on essaie de les rassurer. Et puis, après on voit aussi avec l'équipe de nuit comment ça se passe.

Oui. OK.

Oui, voilà...on les écoute surtout et on essaie de les rassurer.

Et cette anxiété de fin de journée, avez-vous constaté qu'elle se poursuit au long de la nuit, en se fiant aux transmissions de l'équipe de nuit ?

Oui, souvent oui. On le voit que ça se poursuit car elles dorment mal, elles laissent le bébé en crèche. Parfois le matin, elles te disent « je n'ai pas dormi parce qu'il y avait ça, etc. » Elles

saturent un peu quoi, c'est souvent en fin de journée oui. Alors que dans la journée ça va bien. On va les voir le matin, on va les voir l'après-midi, elles ont les visites, donc ça se passe bien. Et puis après, ce n'est pas une petite déprime mais...euh un peu d'angoisse, d'anxiété de se retrouver toutes seules.

Oui, je vois. Est-ce le fait d'être toute seule majore cette anxiété selon vous ?

Oui.

Bon, moi j'ai décidé de parler d'anxiété dans mon mémoire mais trouvez-vous qu'il existe un terme plus approprié pour caractériser le psychisme des femmes en suites de couches ?

Mmm... [Elle réfléchit].

Comme l'inquiétude, l'angoisse, l'appréhension, la crainte, par exemple ?

Euh... [Elle hésite]. Non, c'est ça, anxiété, angoisse, c'est ça... Je ne vois pas sinon. C'est vrai que c'est le fait de se retrouver seule. Après, à la maison, je ne sais pas si ça continue ou pas mais je pense. Parce que parfois, nous dit « Bah, à la maison il y aura le papa, les frères et sœurs s'il y en a, mais...c'est aussi un environnement qu'elles ne connaissent pas. Ce n'est pas leur maison, leur lit. Si elles dorment bien ici ou pas, ça peut jouer.

Oui, le sommeil a selon vous une influence sur l'anxiété des patientes si je comprends bien ?

Oui, en effet.

Et sinon, pour vous, qu'est-ce qu'une patiente en suites de couches ?

Euh...

Comment définiriez-vous une jeune mère dans ce service ? Est-ce qu'il y a quelque chose de particulier dans la prise en soin par rapport à celle d'une autre patiente dans un autre service ?

Mmm...euh...bah je pense qu'on va beaucoup aller vers elle, lui expliquer, l'aider pour tous les soins qu'il y a à faire auprès du bébé. Je pense que c'est plus de l'éducation qu'on va lui faire que des soins vraiment techniques comme on peut avoir dans d'autres services.

Oui, d'accord. Donc de l'éducation pour les soins au bébé, c'est bien cela ?

Oui, par rapport au bébé.

Et est-ce que vous constatez une différence entre les patientes de ce point de vue-là ? Y en a-t-il qui sont plus en difficulté, plus en attente de conseils ?

Oui. Bah déjà quand c'est une primi... quand il y a un premier bébé ou déjà plusieurs bébés on le voit. Celles qui ont eu d'autres enfants savent faire certains gestes. Elles nous disent « À la maison, je fais comme ça ! » et voilà. Alors que quand c'est un premier bébé, c'est vrai qu'elles sont plus angoissées, elles ne savent pas forcément faire les soins, pour les tétées, etc. On leur explique beaucoup plus que pour les femmes qui ont plusieurs enfants.

Oui, je comprends. Donc, selon vous, le fait d'être primipare a une influence sur l'anxiété en fin de journée, c'est cela ?

Oh, pas forcément.

Pas forcément ?

Non, non.

D'accord. Mais par contre elles sont plus en demande de conseils, c'est cela ?

Oui, voilà.

Et ces conseils, sont-ils différents selon chacune des patientes ou délivrez-vous le même discours à chacune, en attendant de voir comment elles les appliquent ?

En général, c'est pratiquement la même chose. On donne les mêmes conseils. Après, tout dépend des dames. Mais, non, en général, ce sont les mêmes conseils.

Avez-vous constaté une influence de la présence de l'entourage ou encore de l'âge des patientes sur cette anxiété ou non ?

Oui, quand la famille est là, les grands-mères, les sœurs, ça se voit, oui. Les grands-mères, les tantes, toutes les visites donnent leurs petites astuces !

Les femmes plutôt du coup ?

Ah oui, plutôt les femmes. Les hommes, en général, ils ne donnent pas de conseils ! [Rires].

Oui ?

Oui. Les femmes oui. Souvent ce sont les grands-mères ou les arrière-grands-mères, elles donnent leurs astuces : « Tu ne veux pas faire comme ci ? » Ca les aide ça. Et aussi, il y a les traditions, les religions....ça change aussi...

Oui, les familles qui sont plus présentes sont rassurantes ?

Oui, plus présentes. Elles leur donnent aussi des conseils qu'elles ont faits pour elles.

D'accord. Et est-ce que l'âge des patientes est un critère d'anxiété ou non ?

Non. Je pense pas, non.

D'accord. Et comment voyez-vous l'évolution de leur état d'anxiété, comment évaluez-vous vos actions de réassurance, l'efficacité de vos soins, de vos conseils auprès des femmes en suites de couches ? Juste avant qu'elles repartent chez elles, que leur éventuelle anxiété a bien été diminuée par votre présence, vos soins, etc.... ?

Si elles sont moins anxieuses quand elles partent ?

Oui.

Mmm...je ne sais pas si elles partent moins anxieuses...

Ah oui ?

Enfin...bah il y en a, oui, parce que le fait de faire les soins tout ça, d'être présente, ça les aide. Mais, est-ce quand elles rentrent à la maison, elles ne sont pas aussi angoissées par rapport à ce qui va se passer chez elle ?...je ne sais pas... Parce que les soins du bébé, devant nous, elles les font mais après, chez elles, comme c'est une autre organisation... Peut-être que le retour à domicile est aussi anxiogène oui. Se retrouver toutes seules....

Je remarque que vous me parlez beaucoup de sentiment de solitude de la part de ces patientes.

Bah oui, parce que là, quand il y a un problème, elles nous appellent. C'est pourquoi parfois on leur dit « Mais à la maison, comment vous allez faire ? » Il y a le mari, mais

Il n'y a pas d'infirmière.

Voilà, il n'y a pas de professionnel...donc après...

Oui. Euh, une dernière question concernant les émotions exprimées par les patientes au cours de la journée, quelles sont les plus fréquentes ? Quelle est l'attitude qu'elles adoptent le plus souvent ?

Elles sont plutôt joyeuses. Oui, oui, plutôt joyeuses. Après, souvent lorsqu'il y a des visites, elles se promènent, elles mènent leur petite vie en fait ! Elles se promènent dans les couloirs, elles sortent.

Donc, si je comprends bien, elles seraient plus autonomes dans la journée sauf en fin de journée où elles seraient plus dépendantes ? Ce facteur aussi rentre en compte dans leur anxiété potentielle ?

Oui. Si elles font leur petit train-train dans leur chambre, qu'elles se promènent. Nous on passe de temps en temps pour leur demander si ça va mais elles font leurs petits trucs de leur côté ! Et puis, elles ne sonnent pas forcément, elles sonnent si elles ont des besoins mais ce n'est pas tout le temps non plus...heureusement ! [Rires.]

Oui ! Donc c'est un moyen d'évaluation le fait qu'elles sonnent ou pas ?

Si elles ne sonnent pas c'est que ça va. Si on ne les voit pas c'est que ça va. Forcément on passe les voir mais oui. Quand elles sonnent beaucoup, c'est qu'elles ont besoin d'avoir quelqu'un près d'elles. Quand on passe et que l'on voit qu'elles parlent et qu'elles ne nous lâchent plus, on voit qu'elles ont besoin de parler. Donc on reste un petit peu plus, on essaie de rester un peu. Oui, elles sonnent, elles viennent nous parler, elles viennent nous voir, elles viennent nous trouver quoi.

D'accord.

Voilà !

Eh bien, cela complète bien et différemment aussi mon premier entretien. C'est très gentil de m'avoir consacré du temps. Merci beaucoup, j'ai plein d'infos !

Eh bien, de rien et bon courage pour la suite et peut-être à bientôt alors !

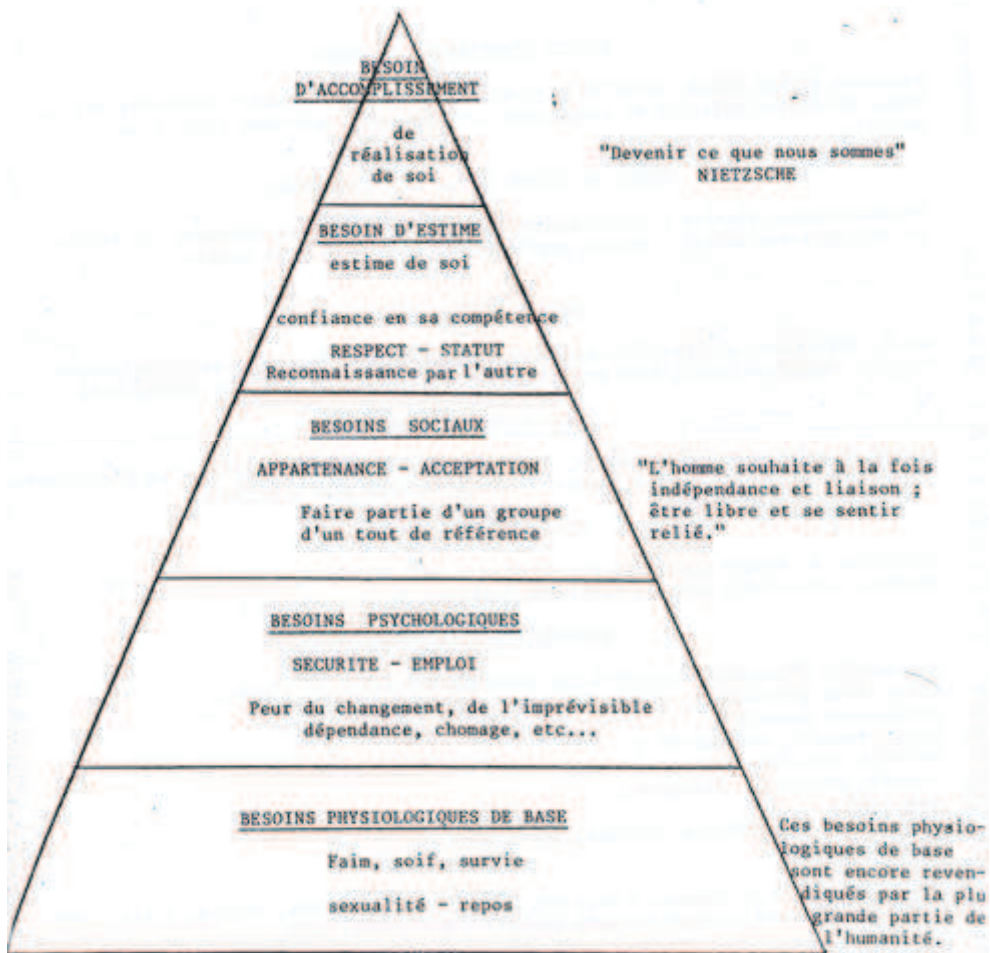
Oui, merci.

[Fin de l'entretien].

X. ANNEXE III

PYRAMIDE DE MASLOW

HIERARCHIE DES BESOINS



Pyramide de Maslow

Revue Hospitalière de France" Juin - Juillet 1973

Complétée à partir de l'article de NIZARD Georges "Santé Mentale du personnel et efficacité de l'entreprise" Management Mai 73 - P. 10

XI. ANNEXE IV

THEORIE DITE DE MASLOW : les différents types de BESOINS

BESOIN DE SE REALISER

croissance personnelle et maturation ; prise de conscience et réalisation de son potentiel ; augmentation de l'acquisition de connaissances ; adhésion plus profonde à ses valeurs, satisfaction sur le plan religieux et philosophique ; capacité de percevoir la réalité et de résoudre les problèmes augmentée ; créativité et souplesse des structures augmentées, capacité d'aller vers ce qui est nouveau, attrait pour ce qui est complexe.

BESOIN D'ESTIME DE SOI-MEME

sentiment d'être utile, valorisé ; se sentir adéquat, autonome ; atteindre ses buts, manifester maîtrise et compétence ; se percevoir soi-même comme très valable.

BESOIN D'ESTIME DE LA PART DES AUTRES

reconnaissance, dignité ; appréciation de la part des autres prouvant importance et influence sur autrui ; statut appréciable ; possibilité de dominer.

BESOIN D'APPARTENANCE

amour, affection, acceptation, approbation de la part d'autrui ; relations chaleureuses, communications ; être avec ceux qu'on aime, être avec des compagnons.

BESOIN DE PROPRIETE

besoin de maîtrise sur les choses, sur les événements ; d'impact sur les phénomènes, de pouvoir sur l'extérieur ; besoin de connaissances pour y arriver.

BESOIN DE SECURITE

protection du danger physique, des menaces psychologiques ; délivrance de la douleur ; stabilité, ordre ; prévision possible des événements ;

BESOINS PHYSIOLOGIQUES

circulation d'oxygène, équilibre des éléments minéraux, de l'eau ; équilibre alimentaire, élimination des déchets ; température normale ; repos, sommeil, relaxation ; activité, mobilisation ; confort, propreté, vêtements ; sexualité ; circulation de l'énergie, contact, stimulation.

Conférences : MASLOW (Abraham). - vers une psychologie de l'être.-Fayard, Paris, 1972.
et Conférence de Rosette POLETTI à l'ANPIIDE, 1979.

XII. ANNEXE V

Les phases du sommeil

