

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2013

N° 113

**THESE**

Pour le

**DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Marion LAILLET

née le 17/05/1986 à Fontainebleau

---

Présentée et soutenue publiquement le 5 décembre 2013

---

**ALLAITEMENT MATERNEL PROLONGE DANS LA TRAJECTOIRE DE VIE DES MERES**

**- ENQUETE PAR RECITS DE VIE -**

---

Présidente : Madame le Professeur GRAS-LE GUEN Christèle

Directeur de thèse : Docteur CANEVET Jean-Paul

# Remerciements aux membres du jury

---

**Madame le Professeur Christèle GRAS-LE GUEN**

Professeur des Universités et Professeur Hospitalier

Pédiatre

Je vous remercie d'avoir accepté la présidence de ce jury. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

**Monsieur le Professeur Jean-Christophe ROZE**

Professeur des Universités et Professeur Hospitalier

Pédiatre

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

**Monsieur le Professeur Gérard DABOUIS**

Professeur des Universités et Professeur Hospitalier

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

**Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT**

Professeur Associé

Médecin généraliste

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

**Monsieur le Docteur Jean-Paul CANEVET**

Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Médecin Généraliste

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail, à travers votre disponibilité, vos conseils précieux, avisés et passionnés pour ce sujet.

# Remerciements

---

Un grand merci aux Docteurs COTTREAU Cécile, DUTEAU Jean-Yves, FERAILLE Alexis, LOUNICI Karim, PRAUD Jean-Baptiste, SEGUIN Agnès, SURRAULT Anne, qui m'ont ouvert les portes de leurs cabinets, permis de rencontrer les mères de cette étude, et accompagnée avec bienveillance dans ma formation de médecin généraliste.

Merci au Docteur SARTHOU Laurent, de m'avoir fait connaître les consultations d'accompagnement à l'allaitement, et pour ses conseils.

Un grand merci également à toutes les mères qui ont accepté de participer à cette étude en offrant un peu de leur temps.

*Merci à mes parents, pour votre soutien sans faille qui me permet de réaliser mes rêves.*

*A ma petite sœur Perrine, qui m'accompagne également dans tous mes projets et en réalise de  
magnifiques.*

*A Alex, tu as su me supporter et m'épauler durant ces longues années d'étude ; avec tout mon amour.*

*A ma belle-famille, pour votre soutien bienveillant et vos encouragements.*

*A ma famille, ma grand-mère incroyable, à mes amis, pour le bonheur que vous me transmettez chaque  
jour.*

# Sommaire

---

I - INTRODUCTION .....	9
II – METHODE .....	13
1. Le type d'étude.....	14
2. Les objectifs.....	15
3. La population étudiée .....	16
3.1. Critères d'inclusion.....	16
3.2. Critères de non inclusion.....	16
3.3. Echantillon.....	16
4. Le déroulement de l'étude.....	17
4.1. Recrutement des mères.....	17
4.2. Prise de rendez-vous et présentation du sujet .....	17
4.3. Réalisation d'une proposition de trame d'entretien.....	18
4.4. Déroulement des entretiens .....	18
4.5. Retranscription des entretiens.....	19
5. Analyse des résultats.....	20
III – RESULTATS.....	21
1. La population étudiée .....	22
1.1. Age maternel.....	22
1.2. Nationalité.....	22
1.3. Lieu de résidence.....	23
1.4. Condition de vie des couples.....	23
1.5. Catégories socioprofessionnelles .....	23
1.5.1. Catégories socioprofessionnelles des mères.....	23
1.5.2. Catégories socioprofessionnelles des pères couplées à celles des mères.....	24
1.6. Parité .....	24
1.7. Nombre de grossesses et sexe des enfants.....	25
1.8. Ages des enfants, durées d'allaitement et délais entre l'entretien et la fin du dernier allaitement .....	25
1.9. Situations particulières.....	26

2.	Les entretiens .....	27
2.1.	Temporalité .....	27
2.2.	Lieu .....	27
2.3.	Sujets abordés .....	27
2.3.1.	L'évocation spontanée initiale .....	27
2.3.2.	Puis des explications plus poussées .....	28
3.	Analyse thématique transversale.....	29
3.1.	L'hypothèse d'un allaitement réparateur, symbolique d'un passé personnel et familial douloureux .....	29
3.1.1.	Origine de l'hypothèse .....	29
3.1.2.	Leur propre histoire de l'allaitement .....	30
3.1.3.	Des expériences de vie antérieures traumatisantes .....	31
3.1.4.	Des expériences maternelles antérieures difficiles.....	34
3.1.5.	La volonté de créer un lien privilégié familial .....	35
3.1.6.	La notion de don et de contre don.....	38
3.2.	L'hypothèse d'un allaitement cicatrisant, symbolique de grossesses et allaitements mal vécus .....	
3.2.1.	Des grossesses souvent émaillées de difficultés .....	39
3.2.2.	Des accouchements parfois mal vécus.....	42
3.3.	Le rôle du père.....	44
3.3.1.	Des pères soutenant les allaitements prolongés .....	44
3.3.2.	Ayant leur propre expérience de l'allaitement .....	44
3.3.3.	Et une famille impliquée également .....	44
3.3.4.	Parfois exclus de la relation avec l'enfant par les mères .....	45
3.4.	Le rôle des valeurs et croyances.....	46
3.4.1.	Les fondements du choix de l'allaitement prolongé .....	46
3.4.2.	Le rôle des modèles familiaux et de la transmission du savoir sur l'allaitement.....	47
3.4.3.	La place de la religion .....	48
3.4.4.	L'inscription de l'allaitement dans un mode de vie .....	49
3.4.5.	La place de l'image du corps .....	50
3.4.6.	La place du travail.....	50
3.4.7.	Des positionnements très contrastés vis-à-vis du militantisme pro allaitement.....	50

3.5.	La notion de plaisir .....	51
3.5.1.	Un sujet abordé spontanément .....	51
3.5.2.	Le vécu des sensations .....	51
3.5.3.	Des situations particulières .....	52
3.6.	Une affirmation contre les injonctions de la société .....	53
3.6.1.	L'indépendance par rapport aux industries pharmaceutiques .....	53
3.6.2.	L'indépendance par rapport aux industries alimentaires .....	54
3.6.3.	Des revendications par rapport au milieu médical .....	54
3.7.	Le renforcement narcissique de la mère.....	56
3.7.1.	Un rôle bénéfique pour la santé de l'enfant .....	56
3.7.2.	Un rôle bénéfique pour la santé de la mère .....	57
3.7.3.	Le lait comme source d'abondance.....	57
3.7.4.	Le lait comme mode d'alimentation irremplaçable .....	59
3.7.5.	Le lait, une chance d'avoir « le meilleur ».....	60
3.7.6.	La fonction pratique et économique.....	61
3.7.7.	Le rôle de modèle et de conseillère .....	61
IV –	DISCUSSION .....	65
1.	Validité interne .....	66
1.1.	La méthode.....	66
1.2.	Difficultés rencontrées .....	68
2.	Validité externe .....	69
2.1.	Le choix d'un allaitement réalisé au-delà de six mois et du récit de vie .....	69
2.2.	L'hypothèse d'une fonction symbolique de réparation du vécu familial.....	70
2.3.	L'hypothèse d'une fonction de cicatrisation par rapport au déroulement de la grossesse et/ou de l'accouchement .....	79
2.4.	Le rôle du père.....	83
2.5.	Le rôle des valeurs et croyances.....	86
2.6.	La notion de plaisir .....	89
2.7.	Une affirmation contre les injonctions de la société .....	93
2.8.	Le renforcement narcissique de la mère.....	94
V –	CONCLUSION .....	100
VI –	BIBLIOGRAPHIE.....	103

VII – ANNEXES.....	107
ANNEXE 1 : Présentation orale du sujet aux mères interviewées .....	108
ANNEXE 2 : Tableaux résumant les principales caractéristiques sociodémographiques des mères ....	109
ANNEXE 3 : « Frises synoptiques » des principaux évènements traumatiques racontés par les mères .....	110
ANNEXE 4 : Comparaison des discours pour ou contre l’allaitement maternel en fonction du type de pratique. D. JODELET (39).....	112
VIII – LES ENTRETIENS (sur le CD-ROM) .....	113

# LES ABREVIATIONS

---

AAP : Académie Américaine de Pédiatrie.

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

CSP : Catégories Socio Professionnelles.

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, et de l'Evaluation et des Statistiques.

FCS : Fausse-Couche Spontanée.

GEU : Grossesse Extra Utérine.

HAS : Haute Autorité de Santé.

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

INVS : Institut National de Veille Sanitaire.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PMA : Procréation Médicalement Assistée.

PNNS : Programme National Nutrition Santé.

RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin.

SPA : Spondylarthrite Ankylosante.

UNICEF: United Nations of International Children's Emergency Fund.

# I - INTRODUCTION

---

Tout a commencé un de mes premiers jours de stage dans le service de Pédiatrie de Châteaubriant, où une mère rendait visite à son petit garçon né prématurément. Elle l'allaitait sans difficulté, ainsi qu'une autre de ses filles, âgée d'environ deux ans. Elle racontait qu'elle produisait énormément de lait, le congelait, et l'utilisait pour cuisiner des plats pour toute sa famille. Si bien que le jour de son départ, elle nous a offert des crêpes fabriquées avec son lait pour nous remercier... Intriguée par ce phénomène auquel je n'avais jamais été confrontée, et devant la réaction virulente de rejet de mes collègues quant à ce cadeau, mais aussi quant à l'allaitement d'un enfant plus âgé en général, je me suis aperçue qu'il s'agissait d'un phénomène marginalisé et plutôt mal vu auprès des équipes, pourtant très impliquées dans l'allaitement maternel.

Cette expérience personnelle a été le point de départ d'une décision d'étudier ce qui est appelé l'allaitement maternel prolongé, c'est-à-dire réalisé au-delà des six mois de l'enfant. Cette limite est fixée arbitrairement compte tenu du fait qu'il n'existe pas de définition officielle de l'allaitement maternel prolongé et que cela est lié au référentiel social et culturel dans lequel on se trouve.

Ce travail s'inscrit également dans un ensemble de recherches d'une équipe nantaise portant sur le thème de la Périnatalité.

Dans le monde, l'allaitement maternel réalisé après 6 mois est la référence puisque l'OMS recommande de « commencer à allaiter les nourrissons dans l'heure qui suit la naissance, de continuer à les nourrir exclusivement au sein pendant six mois, et d'introduire en temps voulu des aliments complémentaires adéquats sûrs et correctement dispensés, tout en poursuivant l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de deux ans ou plus » (*résolution WHA 54.2 en 2001 (1) approuvée à nouveau dans la WHA 65 en 2012 (2)*). De nombreux autres organismes, référents en terme d'allaitement, tels que l'UNICEF (3), l'Académie Américaine de Pédiatrie (4), l'IHAB (5) expriment les mêmes recommandations, dans le cadre de la promotion de l'allaitement se développant depuis les années 1970.

En France, et malgré notre retard sur d'autres pays d'Europe notamment, plusieurs mesures tendent à promouvoir l'allaitement maternel prolongé. La HAS, en 2002 (6) puis 2006 (7), a renouvelé ses recommandations, basées sur celles de l'OMS. Le Programme National Nutrition Santé 2011-2015 (PNNS 3) (8) réaffirme des objectifs pour améliorer les connaissances sur les pratiques alimentaires et souligne l'importance de l'allaitement maternel. Les nouveaux objectifs, bien loin de l'allaitement maternel prolongé, visent une augmentation des taux d'allaitement à la naissance (15%), l'allongement de deux semaines de la durée médiane d'allaitement, et le recul d'un mois de l'âge médian d'introduction de tout autre aliment que le lait. Pour évaluer l'impact de ces mesures sur l'alimentation et l'état nutritionnel des enfants de leur naissance à leur un an et guider les politiques de santé publique, l'INVS pilote une étude nationale appelée *Epifane* (9), qui interroge les familles à la maternité, à un mois, quatre mois, huit mois et un an de l'enfant, et qui s'intéresse à la fréquence, à la durée de l'allaitement maternel, à l'utilisation des formules lactées du commerce et aux modalités de diversification alimentaire. 3366 couples mère-enfant ont été inclus dans 136 maternités françaises début 2012, et le recueil des données s'est effectué jusqu'à avril 2013 ; les résultats n'ont pas encore été révélés en ce qui concerne les allaitements de plus d'un mois.

Par ailleurs, l'étude *Epifane* permettra de fournir des chiffres récents sur l'allaitement maternel de plus de six mois, puisqu'actuellement aucun moyen fiable, généralisable et récent n'existe pour quantifier ce sujet émergent désormais plus tout à fait anecdotique en France. La dernière enquête de Périnatalité de 2010 (10) n'étudie que le taux d'allaitement maternel exclusif à la naissance (60,2%) et montre une progression intéressante et de grandes disparités géographiques. L'étude des certificats de santé du 8<sup>ème</sup> jour, 9<sup>ème</sup> mois et 24<sup>ème</sup> mois, réalisée en 2012 et à validité 2010 par la DREES (11), est renseignée de façon hétérogène donc non exploitable à l'échelle nationale. La Loire-Atlantique n'y a d'ailleurs pas participé. En ce qui concerne la Vendée, où se déroule l'étude, le taux de réponse n'est que

de 42% pour la durée de l'allaitement sur le certificat du 24<sup>ème</sup> mois. L'absence d'allaitement maternel à la naissance est évalué à 53,8% (43,0% en France), un allaitement de moins de six semaines à 7,8% (8,8%), entre six semaines et trois mois à 14,8% (14,1%), entre trois et six mois à 12,5% (15,4%), entre six et neuf mois à 6,1% (8,6%), entre neuf mois et un an à 2,5% (3,8%), et plus d'un an à 2,4% (6,4%).

Ainsi, l'allaitement maternel de plus de six mois est difficilement quantifiable en France et dans le monde, plutôt peu fréquent dans notre pays, malgré les recommandations et les nombreux bénéfices associés qui sont démontrés, et ce d'ailleurs proportionnellement à la durée de l'allaitement maternel exclusif et dans sa durée totale. L'allaitement maternel prolongé confère aux enfants une certaine protection vis-à-vis des maladies infectieuses (12)(13)(14)(15)(16), des facteurs de risque cardiovasculaires (17)(18), des phénomènes allergiques (19)(20)(21)(22)(23), du développement psychomoteur et affectif (24)(25)(26)(27)(28), voire de certains cancers et maladies auto-immunes (29), même si ces pathologies sont bien-sûr d'origine multifactorielle et que l'allaitement est difficile à isoler des autres déterminants. De la même manière, l'allaitement prolongé offre aux mères (30) des avantages sur les risques liés au post-partum, puis sur le risque cardiovasculaire et sur certains cancers pré-ménopausiques, en plus d'être un avantage pour la collectivité.

Mais pourquoi alors observe-t-on si peu de mères qui allaitent de façon prolongée ? Les messages publicitaires prônant les avantages des formules lactées commerciales, les habitudes familiales, la place du travail jouent certainement un rôle dans ce constat, tout comme le regard social associé porté sur cette pratique minoritaire. A ce propos par exemple, une étude réalisée par la Leche Ligue (31) sur 179 femmes, nous montre que 29% des mères qui allaitent à six mois souffrent d'une stigmatisation sociale négative, 44% à douze mois, et 61% à vingt quatre mois d'allaitement. Néanmoins, elles expriment que les effets positifs d'un allaitement long, tels que le lien fort mère-enfant, le bénéfice émotionnel, le gain de confiance en soi, le soutien conjugal, prévalent sur ces effets négatifs, et que les différentes critiques qui leur sont faites impactent peu leur comportement lié à l'allaitement.

L'ensemble de ces données hétérogènes entre recommandations et pratiques des femmes ou des professionnels conduit à s'interroger sur ce qui peut conduire une femme à nourrir son enfant largement au delà des durées moyennes d'allaitement en France : cette pratique minoritaire se heurte à la contradiction entre le discours médico-scientifique, qui fait la promotion de l'allaitement maternel, et le constat empirique des réactions défavorables des professionnels face aux allaitements prolongés.

Quels bénéfices trouvent les familles qui réalisent un allaitement plus long que leurs concitoyens ; quel vécu ont les mères ? Au sein de leur cellule familiale, de leur entourage, de la société, pourquoi et comment en vient-on à allaiter beaucoup plus longtemps que la moyenne, pourquoi et comment vivent-elles ce choix ? Est-ce un choix ? Dans le contexte économique, social, culturel actuel, peut-on identifier des points communs ou des différences chez ces mères ? Est-ce constitutif de leur identité, en lien avec leur passé, ou est-ce une affirmation par rapport à une norme en fonction de laquelle elles veulent se positionner ?

Pour contribuer à éclairer ces questions, une enquête a été menée. Ecartant tout objectif de mesure de déterminants, le choix a été fait d'une approche qualitative visant à mieux comprendre selon quelles logiques, étapes, processus, la pratique de l'allaitement prolongé, sa genèse et son vécu, s'inscrivent dans la trajectoire de vie des femmes.

L'idée initiale était d'essayer de quantifier ce phénomène en Vendée, d'établir un profil sociodémographique de ces familles, et de le comparer aux résultats de l'enquête de Périnatalité réalisée par l'INSERM en 2010 (10), ou bien aux derniers chiffres de l'état civil. Mais deux principaux problèmes se sont posés. D'une part, il s'agissait d'un sujet très peu étudié en France et les critères qu'il aurait été pertinent d'étudier n'auraient pas trouvé d'équivalent de comparaison à une échelle supérieure (nationale par exemple). D'autre part, et toujours en lien avec le faible effectif de mères concernées, il n'aurait pas été possible, à partir d'un petit échantillon, de généraliser ni extrapoler les résultats ; il aurait fallu recenser toutes les mères qui allaitent plus de six mois pour avoir des résultats fiables, et ce qui correspond à une étude de très grande envergure.

La technique du récit de vie, parfois utilisée en sociologie dans le cadre de démarches exploratoires, a été mise en œuvre auprès de onze mères ayant allaité plus de six mois, et habitant en Vendée. Ce travail s'inscrit dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins, et de contribution à une approche empathique, à distance des idées reçues, pour les soignants amenés à rencontrer et accompagner ces mères.

# II – METHODE

---

## 1. Le type d'étude

---

Il s'agit d'une étude rétrospective sur l'expérience vécue, basée sur les récits de vie de onze mères résidant en Vendée. L'ouvrage de Daniel BERTAUX intitulé « L'enquête et ses méthodes – Le récit de vie » (32) a été utilisé comme support méthodologique.

## 2. Les objectifs

---

L'objectif de ce travail est d'essayer d'approcher, par le récit de parcours de vie, certains déterminants, interactions et événements concernant des mères qui ont allaité plus de six mois, et qui permettent de comprendre une logique ou un sens possible de ce choix dans leur trajectoire de vie. En fonction du récit qu'elles font de leur positionnement, des sujets qu'elles choisissent d'aborder, d'évoquer, ou au contraire d'éviter, seront étudiées d'éventuelles récurrences ou différences ouvrant d'autres pistes de réflexion pour approfondir et mieux connaître ce sujet en Médecine Générale. Grâce aux récits de vie, l'objectif n'est pas de vérifier des hypothèses posées à priori, mais de comprendre le fonctionnement interne - tensions comprises – du cheminement d'un allaitement maternel prolongé, et d'élaborer un modèle de ce fonctionnement sous la forme d'un corps d'hypothèses plausibles.

### 3. La population étudiée

---

#### 3.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion pour les mères étaient :

- Avoir réalisé un allaitement maternel strictement supérieur à six mois, quelles qu'en soient les modalités.
- Résider en Vendée au moment des entretiens.
- Etre disponible une heure et donner son accord pour participer à un entretien individuel enregistré.

#### 3.2. Critères de non inclusion

Le critère de non inclusion pour les mères était :

- Existence d'un délai entre l'entretien et la fin du dernier allaitement maternel supérieur à cinq ans.

#### 3.3. Echantillon

L'échantillon a été constitué jusqu'à l'obtention du point de « saturation » du modèle, et en essayant de créer une diversité maximale parmi les mères.

## 4. Le déroulement de l'étude

---

### **4.1. Recrutement des mères**

Les onze mères ont été recrutées par l'intermédiaire de la patientèle de quatre médecins généralistes chez lesquels j'ai effectué un stage entre mai 2012 et mai 2013. Il s'agissait de cabinets de groupe, en milieux urbains et ruraux, tous situés en Vendée.

Quatre mères ont été recrutées grâce à la mémoire des médecins généralistes qui se souvenaient d'un allaitement « long » chez certaines de leurs patientes, et contactées pour la première fois par téléphone. Quatre autres mères ont été rencontrées directement, le sujet de l'allaitement étant abordé lors d'une consultation. Enfin, trois mères étaient des connaissances de patientes vues en consultation, qui ne correspondaient pas aux critères d'inclusion, mais qui ont donné les coordonnées d'amies ou de membres de leur famille qui ont ensuite été contactées par téléphone.

L'effet « boule de neige » décrit dans l'ouvrage de D. Bertaux, ou autrement dit « le bouche à oreilles », a très bien fonctionné puisque les mères proposaient régulièrement des contacts pour continuer l'étude. Néanmoins, ils n'ont pas été utilisés afin d'essayer de constituer un échantillon le plus hétérogène possible.

### **4.2. Prise de rendez-vous et présentation du sujet**

Les mères étaient contactées par téléphone, après une rencontre préalable pour quatre d'entre elles, et dès le premier contact pour sept d'entre elles. Il n'y a eu aucun refus ni réticence, ce qui aurait été respecté, et les mères étaient souvent enthousiastes.

Etait précisé qu'il s'agissait d'un travail de thèse en médecine générale, le nom de la personne ayant donné leurs coordonnées, et l'intérêt était porté sur elles en tant que mères ayant allaité plus de six mois. Les critères d'inclusion étaient vérifiés, ainsi que si elles acceptaient de raconter leur parcours en lien avec l'allaitement maternel, sans en dire plus, et en précisant qu'il s'agissait d'une forme de discussion sur l'allaitement. Une date rapprochée leur correspondant était définie, le lieu était laissé au choix – domicile ou cabinet médical – en ajoutant qu'il fallait prévoir environ une heure de disponibilité. Aucune difficulté n'a été rencontrée à cette étape.

### **4.3. Réalisation d'une proposition de trame d'entretien**

Conformément au concept de l'enquête ethnosociologique, aucune hypothèse figée n'a été formulée avant de débiter les entretiens. Certains thèmes avaient été regroupés, à aborder si les mères avaient besoin d'être relancées au cours de la discussion, et basés sur des réflexions personnelles ou des représentations collectives, regroupées dans un cahier de terrain.

La première trame de propositions de thèmes, liée à la phase exploratoire, abordait les sujets de :

- L'histoire personnelle de la mère.
- Le rôle du père dans la démarche d'allaitement.
- La place du travail dans la famille.
- Les appartenances sociales, ethniques, culturelles ou toutes autres.
- Le ressenti des mères par rapport à l'allaitement.

Puis, sont apparues certaines récurrences dans ces thèmes, au bout de très peu d'entretiens, et lors d'une phase suivante plus analytique, ces sujets ont été évoqués, non orientés, mais ils venaient pour la très grande majorité spontanément dans la discussion :

- L'existence dans l'histoire personnelle d'évènements marquants plutôt vécus négativement (décès, fait choquant ou tout autre évènement semblant important aux yeux de la mère).
- Le déroulement des grossesses et des accouchements.
- L'apport de l'allaitement pour la mère et ses enfants, le positionnement maternel associé.

### **4.4. Déroulement des entretiens**

Certaines vérifications préalables étaient réalisées : les mères devaient être disponibles une heure environ avant de commencer, et accepter l'enregistrement de la conversation, en rappelant les garanties de confidentialité, ce qu'elles ont toutes accepté. La conversation a été enregistrée avec un appareil « *Olympus – VN.2100PC* » afin de permettre une retranscription précise et une entière disponibilité.

Puis le fonctionnement était expliqué tel qu'il est présenté dans l'ANNEXE 1, de la même manière pour toutes les participantes, mémorisé mot pour mot. L'énoncé était bien compris puisque peu de questions ont été posées, et malgré parfois quelques appréhensions, les mères se lançaient librement sans difficulté. Selon les conseils prodigués dans l'ouvrage de D. BERTAUX (32), une écoute active était réalisée, sans coupure, en essayant de respecter les silences, et en observant d'éventuels mimiques et gestes, eux notés discrètement sur une feuille pendant l'entretien.

La fin de l'entretien survenait lorsque les mères pensaient avoir raconté suffisamment sur le sujet, et lorsque les derniers points étaient abordés ouvertement : « Pouvez-vous me raconter comment s'est passée votre enfance ? »... Le dictaphone n'était éteint qu'au moment de quitter la pièce puisque certaines informations viennent sur la fin de la discussion, de façon plus informelle.

#### **4.5. Retranscription des entretiens**

Les enregistrements ont été rendus anonymes et retranscrits, souvent le soir même ou dans les jours suivants, en laissant figurer les erreurs de langage, les hésitations, les bafouillages, ainsi que le contexte environnemental, notamment si la mère allaitait ou si une tierce personne intervenait ou était présente. Les rires, impliquant souvent une gêne ou autre, ont été pour la plupart retranscrits, ainsi que des gestes évocateurs.

## 5. Analyse des résultats

---

Déoulant des sujets abordés par les mères, les résultats sont présentés sous forme d'analyse thématique, basée sur les récurrences apparaissant dans les récits, et située entre interprétation et description approfondie, telle qu'elle est proposée dans l'ouvrage méthodologique de D. BERTAUX.

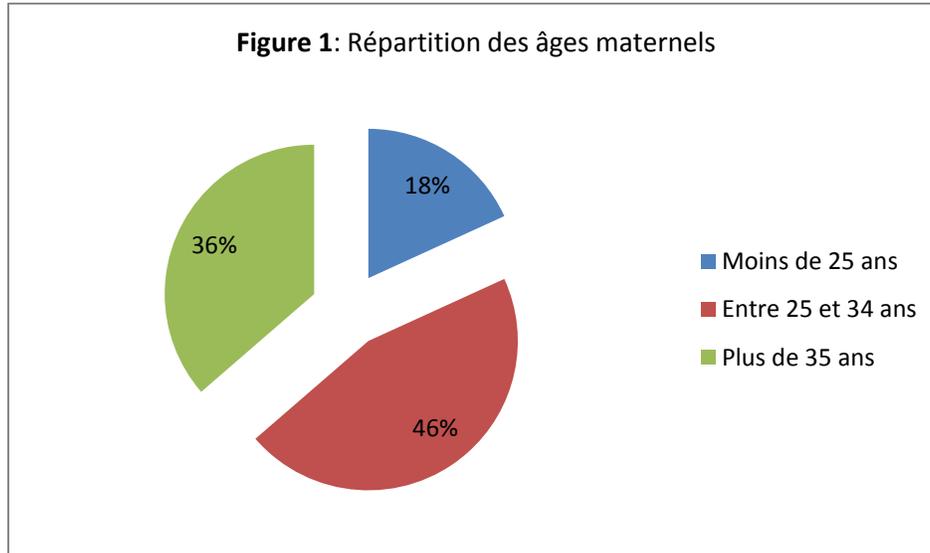
## III – RESULTATS

---

# 1. La population étudiée

---

## 1.1. Age maternel



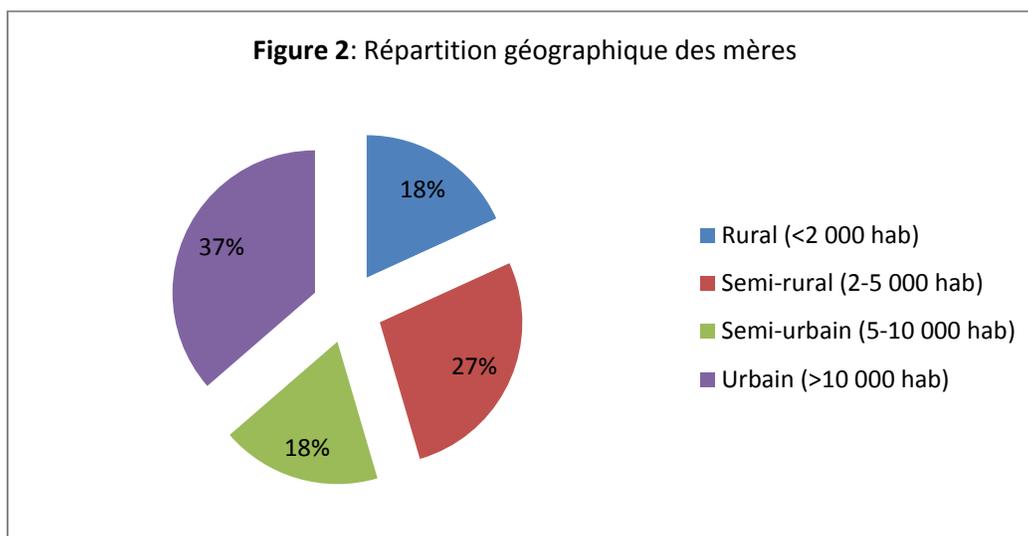
Les mères de cette étude ont entre 23 et 45 ans au moment de l'entretien.

Leur âge moyen est de 33 ans, et l'âge médian de 32 ans.

## 1.2. Nationalité

Toutes les mères sont de nationalité française, une (Mère 3) est d'origine indienne mais adoptée en France depuis son enfance.

### **1.3. Lieu de résidence**



### **1.4. Condition de vie des couples**

Dix mères vivent maritalement.

Une mère vit seule et a élevé seule ses enfants (*Mère 9*).

### **1.5. Catégories socioprofessionnelles**

#### **1.5.1. Catégories socioprofessionnelles des mères**

- Deux mères travaillent dans le domaine de l'éducation : une enseignante en faculté (CSP3) et une institutrice en congés maternité (CSP4).
- Deux mères sont de profession paramédicale : une aide-soignante en recherche d'emploi (CSP5), et une infirmière travaillant en intérimaire (CSP4).
- Deux mères sont employées dans le milieu social : une directrice d'une grande association française à titre de cadre supérieur (CSP3), et une animatrice socioculturelle ayant comme projet de devenir costumière, au chômage (CSP5).
- Une mère est opticienne (CSP5).
- Une mère est assistante maternelle (CSP5).
- Une mère travaille dans un bureau d'audits comme cadre supérieur (CSP3).

- Une mère est employée administrative dans le bâtiment, au chômage (CSP6).
- Une mère n'a pas fait d'études, elle a eu quelques petits emplois courts, elle est au chômage (CSP8).
- Ainsi, quatre mères sont en recherche d'emploi.
- Trois mères sont en congés maternité.

### 1.5.2. Catégories socioprofessionnelles des pères couplées à celles des mères

Selon les catégories socioprofessionnelles définies par l'INSEE (33), la répartition des parents est :

Catégories socioprofessionnelles	Nombre de mères	Nombre de pères
1 – Agriculteurs	-	1 (10%)
2 – Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	-	2 (20%)
3 – Professions libérales, cadres supérieurs	3 (27%)	3 (30%)
4 – Professions intermédiaires	2 (18%)	2 (20%)
5 - Employés	5 (46%)	2 (20%)
6 - Ouvriers	-	-
7 - Retraités	-	-
8 – Autres personnes sans activité professionnelle	1 (9%)	-

### 1.6. Parité

Une mère est fille unique.

Quatre mères sont issues d'une famille à deux enfants, une est l'aînée et deux sont les cadettes. Une autre mère est adoptée et possède une petite sœur adoptive, sans connaître le nombre de ses frères et sœurs biologiques.

Cinq mères sont issues d'une famille à trois enfants. Une est l'aînée, trois sont intermédiaires, et une cadette.

Une mère est la sixième d'une famille de sept enfants.

### **1.7. Nombre de grossesses et sexe des enfants**

Aucune mère n'était primipare.

Cinq mères ont eu deux grossesses au moment de l'entretien (*mères 2, 3, 7, 8, 9*).

Deux mères ont eu trois grossesses dont une en cours (*mères 5 et 10*).

Trois mères ont eu quatre grossesses dont une en cours (*mères 1, 4, 6*).

Une mère a eu onze grossesses, comportant quatre fausses couches et quatre grossesses extra-utérines (*mère 11*).

Parmi les enfants nés, il y a quatorze filles et quinze garçons.

### **1.8. Ages des enfants, durées d'allaitement et délais entre l'entretien et la fin du dernier allaitement**

Entretien	Ages des enfants	Durées d'allaitement respectives	Délais entre l'entretien et la fin du dernier allaitement
1	11ans ; 9ans ; 5ans	6mois, 1an, 3ans	2 ans
2	3ans ; 2 ans	11mois, 8mois	1 an et 4 mois
3	3ans ; 9mois	6mois, 9mois en cours	En cours
4	16ans ; 14ans ; 11ans ; 11mois	3mois, 1mois, 9mois, 11mois en cours	En cours
5	20ans ; 5,5ans ; 3ans	8mois, 33mois, 21mois	1 an et 3 mois
6	5ans ; 4ans ; 1an	8mois, 7mois, 8mois	4 mois
7	6ans ; 3,5ans	7mois, 10mois	2 ans et 8 mois
8	4,5ans ; 1,5an	2,5ans ; 1,5an en cours	En cours
9	14ans ; 5ans	3jours, 8mois	4ans et 4 mois
10	5ans ; 3,5ans	6,5mois, 4mois	3 ans et 1 mois
11	9ans ; 4ans ; 4ans	1mois ; 10,5mois	3 ans et 2 mois

La durée moyenne d'allaitement de tous les enfants est de 10,8 mois, pour une médiane de 8 mois, en sachant que trois allaitements étaient en cours au moment des entretiens.

Le délai moyen entre l'entretien et la fin du dernier allaitement est de 19 mois, pour une médiane de 16 mois.

### **1.9. Situations particulières**

La mère n°5 a réalisé un coallaitemment de 6 mois entre ses deux derniers enfants.

La mère n°11 a allaité des jumeaux (coallaitemment de 10,5 mois).

Les mères 9 et 10 ont un antécédent de spondylarthrite ankylosante.

## 2. Les entretiens

---

### 2.1. Temporalité

Les onze entretiens ont été réalisés entre le 8 février 2013 et le 12 avril 2013.

Leur durée était de 40 minutes à 1 heure 10, pour une durée moyenne de 56 minutes.

### 2.2. Lieu

Dix mères ont préféré que la rencontre se fasse à leur domicile, souvent l'entretien avait lieu dans le salon autour d'un thé, et une seule au cabinet médical (*mère 2*).

### 2.3. Sujets abordés

#### 2.3.1. L'évocation spontanée initiale

Lors de l'énoncé du même sujet à toutes les mères, celles-ci ont évoqué initialement en quelques mots des sujets qui se recoupent :

- Leur allaitement personnel, les difficultés qu'ont rencontré leur propre mère pour six mères (*1, 2, 5, 7, 8, 11*).
- Leur histoire personnelle, à savoir leur lourd passé ou leur origine (adoption) pour deux mères (*3 et 11*).

Ainsi, **huit** mères sur onze reviennent spontanément sur leur histoire et leur identité familiales.

- La *mère 4* évoque que l'allaitement était pour elle une évidence, permettant de créer un lien unique.
- La *mère 6* s'investit dans sa grossesse en cours.
- La *mère 10* reprend les durées d'allaitement respectives de ses enfants.

### 2.3.2. Puis des explications plus poussées

Dans un second temps, elles développent aussi spontanément des sujets du même ordre :

- Leur histoire de vie, leur enfance difficile liée au divorce de leurs parents, à des relations familiales perturbées pour **sept** mères (2, 3, 4, 5, 7, 8, 10).
- La *mère 1* parle des allaitements qu'elle a réalisés, comme étant une évidence, un moyen de créer un lien, un cordon avec ses enfants.
- La *mère 6* raconte les difficultés qu'elle a rencontrées lors de son premier allaitement vis-à-vis du corps médical.
- Les *mères 9 et 11* nous font part des difficultés qu'elles ont rencontrées lors de leurs grossesses, tantôt des grossesses non désirées pour la première, tantôt des difficultés à tomber enceinte, avec de nombreuses épreuves avant de pouvoir devenir maman pour la deuxième.

### 3. Analyse thématique transversale

---

#### **3.1. L'hypothèse d'un allaitement réparateur, symbolique d'un passé personnel et familial douloureux**

##### **3.1.1. Origine de l'hypothèse**

Comme présenté dans la partie précédente, il est possible d'observer qu'une majorité de mères semble faire spontanément et symboliquement un rapprochement entre leurs difficultés familiales anciennes et le sujet de l'étude, l'allaitement qu'elles ont ensuite réalisé, ou en tout cas, c'est le sujet qu'elles évoquent en premier lieu.

Dans la suite des récits, six mères évoquent implicitement ou explicitement la possible existence de ce lien :

*Mère 2 : « Et vous me parliez de votre naissance, est-ce que vous pouvez me raconter ? Mon père m'a dit que c'était abominable [...] Ca s'est vraiment mal passé, c'est pas un bon souvenir... Et ma mère n'a pas pu avoir d'autres enfants à cause de ça, mon père est parti... à cause de cet utérus mal cicatrisé voilà. Donc moi, je voulais éviter la césarienne bien-sûr ! ».*

*Mère 4 : « C'est super étrange car votre simple présentation me fait tilter et mettre en relation des choses sur lesquelles je ne m'étais jamais posé de questions [...] Alors quoi dire, moi je suis la dernière d'une famille de 2 enfants, avec une relation avec mes parents compliquée, [...] c'est peut-être ça qui a fait que je veux des liens très forts avec les miens [...] Donc oui, c'est peut-être pour ça tout ça, c'est même certain, l'allaitement c'est ce lien que je n'ai pas connu».*

*Mère 5 : « le handicap de mon premier fils [...] Enfin voilà ! Je ne sais pas, peut-être qu'il y a un lien avec l'allaitement, enfin non, je ne pense pas du tout... Peut-être que si inconsciemment... ».*

*Mère 6 : « Dans ma famille, on aime les bébés et allaiter [...] du coup, je ne sais pas si tout est lié, mais voilà ».*

*Mère 9 : « j'ai un passé très lourd. J'ai rien à cacher, mais des fois, ça peut mettre les personnes mal à l'aise, c'est juste ça. Donc pour moi, l'allaitement, c'était un moyen de... Je suis une maman célibataire [...] J'ai du mal à comprendre en quoi tout ça va vous servir pour l'allaitement en fait ? Et bien*

*je compare l'histoire des mamans, il m'est déjà arrivé d'être confrontée à des histoires difficiles, ne vous inquiétez pas. Ah, complètement, on ne refait pas les mêmes erreurs [...] c'est vrai que peut-être inconsciemment [...] du coup, j'ai vraiment tissé un lien avec lui pour oublier ».*

*Mère 10 : « Vous trierez ce que je vous dis en réécoutant ! [...]Voilà, quoi dire d'autre en rapport (à l'allaitement) ? Sur mon passé... »*

### 3.1.2. Leur propre histoire de l'allaitement

**Un climat moins favorable à l'allaitement à l'époque où leurs mères allaient** est une notion qui revient chez les mères 1, 2, 5 et 11, servant de justification et d'excuse au fait qu'elles n'aient pas été allaitées.

#### **Une mauvaise image familiale de l'allaitement avec beaucoup de difficultés :**

Trois mères n'ont pas du tout été allaitées (4, 5, 9).

Six mères ont été allaitées elles-mêmes avec difficultés et peu de temps (mères 1, 2, 6, 8, 10 et 11) : problèmes de crevasses, bouts de seins, naissance prématurée, pas de prise de poids, mais surtout pas de conseils ou mauvais conseils.

Une mère a bénéficié d'un allaitement long (mère 7 allaitée environ 8 mois), dont elle est fière et auquel elle attribue le fait qu'elle n'ait jamais été malade. Une autre, adoptée, ne sait pas si elle a été allaitée (mère 3).

**Pas de soutien de leur mère** pour leur propre allaitement pour les mères 1, 5, 8 et 11 avec même des tentatives de **découragement**, de **provocation, de mise en doute ou de culpabilisation, provoquant en miroir chez les mères une nuance de provocation, d'affirmation de soi contre leur famille et leurs pratiques.**

*Mère 1 : « Dans ma famille, au début tout s'est bien passé, bon, le problème c'est quand on prolonge bien-sûr, quand on passe un certain cap là, on nous dit « Ca serait bien que t'arrêtes, elle commence à être grande... » », ou sur le ton de la provocation : « elle me disait « Tu sais, on dit, les filles qui sont habillées court, faut pas montrer ses seins dans la rue » et donc je lui répondais Attendez [...] ce n'est pas une exhibition quand c'est bien fait... Donc c'est plus là-dessus que j'ai eu des réflexions et des petites tensions ».*

Mère 5 : « quand j'ai fait mon arrêt (cardiaque), ils m'ont dit « oui, c'est parce que tu as allaité trop longtemps, ça t'a fatigué... » ».

Mère 8 : « Ma 1<sup>ère</sup> est née à terme, elle est toute menue, alors que la 2<sup>ème</sup> est née avec un mois d'avance et elle est bouboule, elles n'ont pas du tout la même physionomie ; donc pour la 1<sup>ère</sup>, j'entendais « Tu es sûre que ton lait est bon ? Tu es sûre qu'il est assez riche ? », et pour la 2<sup>ème</sup> « Oulala, ton lait, il est trop riche ! » [...] Ma mère, souvent, c'est elle qui fait les réflexions, surtout que je suis l'ainée, c'était la 1<sup>ère</sup> fois pour l'allaitement, « tu es sûre que c'est bien pour ta fille, elle a quand même 2 ans... C'est pas très sain, tu vas peut-être lui créer des problèmes psychologiques... La relation que tu as avec ta fille, ce n'est pas très sain... » ».

Mère 11 : « Je sentais la pression quand même « C'est bien l., tu as allaité 3 mois, c'est bien, il faut peut-être que tu passes à autre chose, ils ont sûrement besoin d'avoir des compléments... » ».

### 3.1.3. Des expériences de vie antérieures traumatisantes

Différentes expériences de vie difficiles, de différentes natures, mais toutes très mal vécues, sont mises en avant par les mères et marquent des moments d'émotion dans les entretiens. Ces traumatismes sont le plus souvent abordés spontanément dans les récits de vie.

**Les divorces** : les mères 2, 6, 8, 10 et 11 nous font partager leur douleur face au divorce de leurs parents. La mère 2 raconte même que sa naissance est à l'origine de ce drame :

Mère 2 : « Ca s'est vraiment mal passé, c'est pas un bon souvenir [parlant de sa naissance]... Et ma mère n'a pas pu avoir d'autres enfants à cause de ça, mon père est parti... à cause de cet utérus mal cicatrisé voilà. Donc moi, je voulais éviter la césarienne bien-sûr ! »

**Le décès ou le handicap d'un enfant**. La mère 1 a perdu son premier enfant à cause d'un accident de cordon à la naissance. La mère 5 a découvert le lourd handicap de son fils aîné lors de son accouchement.

Mère 1 : « on a perdu un enfant avant d'avoir M., à la naissance à cause d'un accident de cordon, mais même pour lui, on était sûrs de vouloir l'allaiter [...] nous avons été très tristes bien sûr... »

**Les deuils d'un parent ou d'un ami**, survenant à une période clé de l'histoire des mères, et les touchant profondément, sont évoqués chez sept mères. Certaines font effectivement le lien avec leurs grossesses.

*Mère 4 : « ... Moi mon papa est mort il y a 3 ans, sachant qu'on avait coupé les ponts, je l'ai retrouvé un mois avant son décès, il est mort d'une leucémie fulgurante, dans des conditions atroces qui m'ont vraiment choquée, et c'est moi qui l'ai accompagné en fin de vie, et donc on s'est retrouvé comme ça, c'est trop dommage, mais j'avais coupé les ponts à cause de ma mère avec qui j'ai une relation très difficile. »*

*Mère 5 : « J'avais un frère qui à l'âge de 7 ans s'est fait renverser par une voiture, il a été dans le coma [...] Enfin, il s'est suicidé il y a 8 ans... Enfin, c'est un peu particulier, mais bon, il a assassiné ma mère, voilà, il l'a étouffée... ».*

*Mère 6 : « mon père est mort avant que mes enfants naissent, d'un cancer, d'un coup. Ca m'a fait un choc, c'est sûr ».*

*Mère 7 : « quelque chose qui m'a beaucoup marqué, c'était juste avant ma 1<sup>ère</sup> grossesse, j'ai une amie en Alsace, qui d'ailleurs ensuite a allaité plusieurs années, elle a perdu son bébé une semaine après la naissance. Ca fait relativiser... [...] ça m'a fait peur en fait [...] d'autant plus que c'était une petite fille et qu'ils l'avaient beaucoup investie dès le début de la grossesse. Du coup, nous on a voulu avoir une espèce de détachement en ne sachant pas le sexe des bébés, on voulait qu'il y ait cette distance au cas où... ».*

*Mère 8 : « mes parents ont divorcé quand j'avais 13 ans, ça m'a marqué, j'ai aussi perdu mon grand-père cette année-là, et ma grand-mère a eu un très grave cancer aussi, ça a été très difficile cette période ».*

**Les relations familiales perturbées** sont également très largement répandues, allant de simples discordances à des rancœurs très fortes, liées à des **secrets de famille** lourds et ayant nécessité une coupure totale de lien avec une partie de la famille (2, 3, 4, 5, 9, 10, 11). Par exemple, en ce qui concerne les secrets de famille, la mère 5 livre difficilement, après avoir vérifié que l'entretien était bien anonyme et après avoir jeté un coup d'œil gêné au dictaphone, que son frère a assassiné sa mère.

La mère 9 raconte : « pour comprendre un peu mon histoire, il y a un an, j'ai appris que ma sœur qui a 3 ans de plus que moi, n'est pas la fille biologique de mon père. Gros secret de famille qui a éclaté... Et c'est vrai que toujours, j'ai eu une sensation de préférence de ma mère vis-à-vis de ma sœur, je ne comprenais pas pourquoi, donc comme j'avais du caractère, je faisais plein de bêtises pour me faire

remarquer et qu'on s'intéresse à moi. Et l'année dernière, quand j'ai appris ça, j'ai compris certaines choses, je me suis dit qu'inconsciemment ma mère protégeait ma sœur, et au début, je me disais que c'était peut-être parce qu'elle l'avait allaitée et pas moi ».

**Et des notions de jalousie dans les familles quant à la parentalité** : la Mère 6 est jalouse de voir ses sœurs enceintes, puis allaitant leurs enfants ; la Mère 11 est aussi envieuse de sa sœur et de son frère qui eux ont des enfants facilement.

**Parfois, d'autres évènements personnels dramatiques**. La mère 5 a eu, ce qui se comprend largement, des difficultés à faire part de son histoire familiale très lourde, marquée par l'accident de son frère, son déséquilibre mental, l'alcoolisme de sa mère et le meurtre de celle-ci au sein de sa famille. Elle raconte aussi avoir fait un arrêt cardiaque, frôlant la mort de très près, alors qu'elle emmenait ses enfants à l'école. La mère 9 a également un passé qui paraît difficilement surmontable, délaissée par sa mère, ayant subi une agression grave à ses 13 ans, mère adolescente célibataire perdant son père et son frère pendant ses grossesses.

**Un sentiment d'abandon** est aussi rapporté chez huit mères au décours de leur **enfance** :

*Mère 3* : « je ne sais pas, à priori on m'aurait retrouvé dans une grotte... quelque chose comme ça, je n'en sais rien, on ne peut qu'imaginer... Je n'ai pas de prénom, pas de date de naissance... [...] Pas d'attache, pas de famille ».

*Mère 4* : « je n'étais pas une enfant désirée, voilà... Et une relation à ma mère... euh, pas de relation [...] une mère qui est juste une génitrice quoi [...] j'ai été un peu comme un œuf pondu tout seul, et après démerde toi, à coups de renforcements négatifs ... ».

*Mère 5* : « J'avais une mère qui était alcoolique, très peu présente [...], et quand j'étais enfant, mon père était très souvent malade... ».

*Mère 6* : « j'avais 10 semaines d'avance, j'étais aussi un petit bébé, mais en plus j'avais été mise toute seule en couveuse et en chambre chaude ».

*Mère 7* : « Ma mère ne nous a pas élevée, enfin... quand j'étais petite, c'est ma grand-mère qui m'a élevée, elle s'est bien occupée de moi car mes parents avaient un commerce et ils n'étaient jamais disponibles, donc ma grand-mère s'est beaucoup occupée de nous ».

Mère 9 : « c'est vrai que toujours, j'ai eu une sensation de préférence de ma mère vis-à-vis de ma sœur, je ne comprenais pas pourquoi [...] Avec mon père, on était très fusionnels, « mon papa, mon papa », parce que comme ma mère faisait une différence, je me réfugiais beaucoup auprès de mon papa, il m'a tout appris, le bricolage... Et il est parti j'avais 18 ans, il a eu un cancer ».

Mère 10 : « ma mère nous a élevé tous les deux toute seule », « puisqu'il s'était remarié, il a eu d'autres enfants ».

Mère 11 : « Mes parents ont divorcé quand j'avais 5 ans... Ca a été très douloureux, pas tout de suite, mais après. [...] elle nous a laissé à 2 reprises tous seuls, une fois chez ma grand-mère pendant 6 mois, ça je ne l'ai su qu'adulte, et une autre fois quand j'avais 10 ans, on avait été placés chez des gens pendant 6 mois aussi... ça, c'est des choses négatives... ».

#### 3.1.4. Des expériences maternelles antérieures difficiles

**Des grossesses** : La mère 9 n'a eu que des grossesses non désirées, tandis que la mère 11 a toujours connu des difficultés à avoir ses enfants.

**Des accouchements** : les mères 3, 9, et 11 ont toujours eu des césariennes qu'elles ont mal vécues ; la mère 4 a aussi toujours eu des accouchements difficiles et mal vécus, avec des péridurales qui ne fonctionnent pas, des ventouses, sa première fille qui a été réanimée à la naissance alors qu'elle accouchait seule sans son mari.

**Des allaitements** : Quatre mères (4, 6, 9, 11) ont connu des allaitements antérieurs qui se sont mal passés. La mère 4 a eu par exemple son deuxième enfant qui est né prématurément, avec de gros problèmes à sa naissance, son sevrage lui a été imposé dès les premiers jours. La mère 9 n'était pas prête à allaiter son premier enfant, mais elle s'y est sentie obligée par l'équipe médicale, le sevrage s'est donc mal passé au bout de 3 jours.

Mère 11 : « je partais, je faisais les biberons en pleurant, c'était horrible, j'ai vraiment mal vécu ce 1<sup>er</sup> allaitement ».

**Des dépressions** : trois mères ont fait des dépressions qu'elles relient à leurs grossesses. La mère 2 a fait une dépression post-natale après son premier enfant qu'elle avait énormément investi, la mère 9 parle de babyblues et de pleurs après son premier enfant aussi. La mère 11 a fait plusieurs dépressions avant et après ses accouchements, en lien avec ses difficultés à avoir des enfants.

**Des erreurs et des regrets** : Quatre mères expriment des regrets par rapport à des expériences maternelles antérieures, elles regrettent parfois de « ne pas avoir su à l'avance ».

*Mère 5* : « Notre premier enfant a un handicap, il est /.../, on ne l'a su que le jour de sa naissance. [...] Les choses marquantes de ma vie, en plus du handicap de mon fils, voilà... il est né avec une /.../ et on ne l'a su que le jour de la naissance... Enfin voilà ! ».

*Mère 9* : « Quand je suis sortie de la maternité, ma belle-sœur qui était déjà maman 2 fois, mais qui n'a pas allaité, quand elle a vu dans l'état dans lequel j'étais, elle n'a pas cherché à comprendre, elle a été en courses, elle a acheté tout ce qu'il fallait, et elle m'a passé au biberon avec ma sœur, enfin la petite au biberon, et ça a été un soulagement. Mais aussi un sentiment d'échec, beaucoup, qui a fait que quand j'ai eu N, j'ai décidé que ça serait l'allaitement, je ne voulais pas rester sur un esprit négatif [...] on ne refait pas les mêmes erreurs [...] C'est vrai que si je pouvais revenir en arrière, je changerais pas mal de choses avec ma fille ».

*Mère 10* : « Donc une 1<sup>ère</sup> grossesse très suivie, avec un accouchement en césarienne malheureusement, c'était ça aussi un petit peu dur (chuchoté), mais il n'y avait pas le choix [...] J'étais très déçue sur le coup... ».

*Mère 11* : « donc avec plein d'espoirs, et puis les grosses déceptions [...]. Donc ça s'est terminé par une césarienne, et alors là « pchit » (mains qui descendent), grosse déception, donc voilà. Ca a été vraiment très dur... ».

### 3.1.5. La volonté de créer un lien privilégié familial

**Une référence aux autres pays pour se justifier** : Les mères 1 et 8 justifient leur choix d'allaiter longtemps, tout comme probablement auprès de leurs familles, en citant les exemples africains et des pays nordiques, où l'allaitement prolongé est la norme, et où les femmes sont encouragées à le faire de façon unanime, soulignant également les progrès à faire en France.

**Surtout, la préoccupation de ne pas reproduire son histoire...** : Après nous avoir résumé leur histoire personnelle, leur enfance, quatre mères nous font part de leur volonté de ne surtout pas reproduire ce qu'elles ont vécu :

*Mère 3* : « il faut apprendre à vivre avec, si on reste avec un passé comme ça, c'est dur d'avancer après ».

Mère 4 : « la réussite de ma vie, ça sera si mes enfants à l'âge adulte ne reproduisent pas tout ça, s'ils ont envie de revenir et s'ils se sentent bien à la maison, parce que pour moi, c'est l'essentiel d'une vie, c'est l'inverse de ce que j'ai connu ».

Mère 9 : « malgré moi, même adulte, je reproduis les erreurs, et je refais subir à mes enfants ce que j'ai subi. »

Mère 10 : « Mon adolescence a été chaotique [...] Surtout qu'on me dit que pour ma 3<sup>ème</sup> grossesse, j'aurai peut-être une fille... Oulala, si elle est comme moi euh, ça va être dur ! »

### **... Et de rattraper le temps perdu :**

Mère 3 : « Je vois Eo, il est plus avec son père, parce que petit il a souvent été avec lui [...] Ils sont très fusionnels. Donc maintenant, j'ai ma fille (rires), moi aussi je veux une fusion avec ma fille ; je ne l'ai pas avec Eo, c'est pas grave, je l'aurais avec ma fille, c'est aussi un peu égoïste, mais après tout, ça marche bien, on partage toutes les deux ».

Mère 4 : « En ce qui concerne mes parents, on a reconstruit notre famille depuis, on repart à zéro, ça commence à partir de nous en fait [...] L'allaitement, c'est ce lien que je n'ai pas connu ».

Mère 8 : « Mes sœurs et moi, nous n'avons quasiment pas été allaitées, du coup, on rattrape le temps perdu (rires) ! »

Mère 11 : « après les fausses couches, je voulais garder les bébés pour moi, de toute façon, je ne pouvais pas partager avec lui ».

**Autojustifications : affirmation unanime et forte d'une satisfaction autour d'un lien privilégié** : Toutes les mères, sans exception, mettent en avant le lien créé grâce à l'allaitement avec leur enfant, en prononçant ce mot. Il s'agit toujours d'un lien privilégié, à la fois **affectif** profond, fusionnel, mais aussi un lien **palpable**, lié à la tendresse, à la douceur, aux câlins engendrés par le moment.

- La mère 5, qui exprime peu la notion de lien comparé aux autres mères et peu ses émotions de façon générale dans son récit, se dit malgré tout être une *mère koala* et fière de l'être.
- La mère 9 développe la notion de lien dans le sens *osmose*, *symbiose*, mais aussi *bulle*, *échappatoire*.

Certaines nuances sont observées :

- La mère 1 emploi rapidement dans son récit le terme de *cordons lactés* lorsqu'elle parle de l'allaitement.
- Les mères 2 et 4 ajoutent que ce lien fort peut aussi être à l'excès destructeur et trop fusionnel.

Mère 2 : « *ça nous a bouffé tous les deux, parce que c'était très intense cet allaitement* ».

Mère 4 : « *donc j'avais besoin de temps pour moi, je bossais beaucoup, la fusion ne m'allait plus. C'était affreux, parce que le pauvre bébé, du jour au lendemain, je lui ai imposé un autre mode de vie, mais voilà, c'est moi qui l'ai choisi, et ma fois, elle a subi le sevrage. Donc pour N., c'est l'inverse, c'est lui qui choisi, et c'est moi qui subi (rires)* ».

#### **Permettant de palier un manque de confiance en soi, voire de devenir mère :**

La mère 2, qui à travers le récit, nous montre qu'elle manque réellement de confiance en elle (« *Est-ce que je vais être capable ? [...] Est-ce que mon corps va être capable de garder un bébé ? [...] je manquais un peu de confiance avec mon premier enfant...*»), nous raconte que l'allaitement lui a permis d'exprimer ses sentiments, sa tendresse, de communiquer avec son enfant, et de trouver sa place de mère : « *Ca a permis un contact, je l'ai beaucoup porté en écharpe aussi, ça m'a permis d'entretenir un lien fort que moi naturellement j'avais du mal, par la communication et tout, à établir un lien, donc je me dis, ça a servi à ça* ».

La mère 9, qui a été une jeune mère célibataire, avec des grossesses non désirées, nous explique que l'allaitement lui a permis de trouver la fibre maternelle et également de devenir une bonne mère : « *Donc c'est vrai que ça a été compliqué quand j'ai eu L., il a fallu apprendre à être mère, tout en continuant de grandir, je pense que c'est l'allaitement qui a fait venir cette fibre maternelle, nourrir son enfant avec son propre corps, c'est là que j'ai compris que j'étais mère, c'est très symbolique ! [...] Mais l'allaitement maternel peut être un moyen pour une mère qui n'a pas un instinct maternel très développé, de créer cette osmose, ce lien avec son enfant* ».

Mère 11 : « *J'ai toujours été en échec, depuis toute petite [...] Donc l'allaitement, ça a contribué à faire mon petit bonhomme de chemin aussi, à admettre que j'étais aussi une personne à part entière, une mère, comme ça je m'occupais bien de mes enfants, j'avais tout mis en place pour que tout se passe bien... Voilà, responsable... Surtout des jumeaux* ».

**En conséquence, des sevrages vécus comme des déchirements** : Les mères 1, 3, 6, 8, 9, 10 et 11 expriment le sevrage de leur enfant comme vécu comme un réel « déchirement », en utilisant ce mot. Dans ce contexte, elles sont aussi très déçues lorsque leur enfant accepte de passer au biberon, et rassurées lorsqu'ils le refusent.

*Mère 1* : « N'empêche qu'on a le cœur serré quand on arrête ».

Les mères 6 et 10 nous racontent même qu'elles sont ou ont été enceintes pour pallier à ce déchirement :

*Mère 6* : « moi j'aime beaucoup allaiter, si je pouvais faire ça tout le temps (rires), et je déteste les sevrer. Pour l. je n'ai pas eu le choix mais j'étais hyper déçue, j'aurais bien continué au moins un an, j'espère que ça sera possible avec le prochain qui arrive ».

*Mère 10* : « il est passé facilement aux biberons avec mon lait, très facilement même, ça m'a un peu déçu (chuchoté), mais je pense qu'il doit y avoir d'autres mères comme ça, j'espérais que ça ne marche pas pour continuer encore un peu, [...]Donc vraiment, ça a été arrêté brutalement, en 3 semaines c'était fini définitif... Mais heureusement le 2<sup>ème</sup> était déjà en route, ça permettait de pouvoir ré-enchaîner peu de temps après comme ils ont 14 mois d'écart les aînés, ça faisait une belle consolation en fait, c'était vraiment ça ».

Plusieurs d'entre elles aussi associent le sevrage à la *coupure du lien* en ces termes (Mères 1, 8, 9, 10, 11).

### 3.1.6. La notion de don et de contre don

La *mère 9* nous raconte que ses enfants lui ont permis de tenir le coup, faisant le lien entre les deuils et le rôle de ses enfants ; son enfant la sauve, et en quelque sorte, elle paie sa dette en l'allaitant :

« ... Avec mon père, on était très fusionnels, [...] Et il est parti j'avais 18 ans, il a eu un cancer, donc c'est vrai que peut-être inconsciemment, je me suis raccrochée à ma fille quand elle est arrivée l'année d'après, quelque part... Et malheureusement, quand j'ai accouché de N. en décembre 2007, mon frère est décédé en février 2008, peu de temps après, et là pareil, en plus que l'allaitement se passait très très bien, du coup, j'ai vraiment tissé un lien avec lui pour oublier, mon fils m'a sauvée, enfin, je dis toujours que mes enfants m'ont sauvé la vie, c'était des épreuves trop difficiles à vivre, toutes ces pertes, je pense que j'aurais été capable de faire des bêtises, mais le fait d'avoir des enfants qui sont innocents et ont besoin de vous, ils n'ont pas demandé à être là, ils comptent sur vous, on n'a pas le choix... Donc je dis

*toujours que mes enfants m'ont sauvé la vie, et l'allaitement de N., c'était comme s'il m'enlevait la douleur, c'était un apaisement, un moment privilégié, une bulle... [...] Je pense qu'il m'a plus apporté que moi je ne lui ai apporté. Il m'a aidé à cicatriser. Ca a été un **pansement**, un vrai pansement. »*

La mère 10 souligne que son enfant et son allaitement lui ont permis de mieux s'accepter :  
*« Psychologiquement, ça m'a bien décomplexée par rapport à ma poitrine ; j'ai été complexée pendant deeee années, 85E passant au 100G en fin de grossesse, avec un allaitement derrière, du coup pouuu... Du coup, mine de rien, quand ça redevient normal, je ne me plains plus. Donc de ce côté-là, ça m'a vraiment aidé dans l'acceptation de mon corps et ainsi de suite »*

### **3.2. L'hypothèse d'un allaitement cicatrisant, symbolique de grossesses et allaitements mal vécus**

#### **3.2.1. Des grossesses souvent émaillées de difficultés**

##### **Des grossesses très désirées**

Hormis la mère 9 qui a eu deux grossesses « imprévues » comme elle l'explique, toutes les autres grossesses sont désirées.

Les mères 2 et 11 ont eu recours à la Procréation Médicalement Assistée. La première est tombée enceinte au bout d'un an et demi sous traitement hormonal. La situation de la mère 11 est particulière puisqu'elle a eu quatre grossesses extra-utérines, compliquées et mettant en jeu sa vie. Elle a ensuite eu deux fausses couches, puis recours à la PMA. Elle a à nouveau fait deux fausses couches et est tombée enceinte de jumeaux, bien sûr très désirés. Néanmoins, elle dit que cette grossesse n'est pas « naturelle ».

##### **Surmédicalisées**

Sept mères ont souffert de grossesses surmédicalisées à travers leurs récits (1, 6, 7, 8, 9, 10 et 11).

La mère 1 a été suivie de très près au sein du CHU de Nantes compte tenu du fait qu'elle ait perdu son premier enfant à la naissance à cause d'un accident de cordon, « *l'équipe médicale était omniprésente* ».

Le deuxième enfant de la mère 6 présentait un retard de croissance intra-utérin, avec une menace de déclenchement s'il ne prenait pas de poids, « à l'échographie on m'a dit « elle est au 3<sup>ème</sup> percentile, on va vous déclencher », je suis partie à la clinique, on m'a fait des piqûres pour activer la maturation des poumons. J'étais hyper stressée, j'ai été hospitalisée plusieurs jours, je suis ressortie, j'avais les échographies et monitoring tout le temps, elle grossissait en dents de scie, du coup c'était pas facile, beaucoup de stress... ».

Pour sa deuxième grossesse, la mère 7 a tout d'abord présenté très tôt des saignements qui lui faisaient craindre de perdre son bébé. Ensuite, elle a été exposée à un cas de varicelle, menaçant son enfant d'une atteinte grave. Sa première grossesse avait aussi été émaillée d'un diabète gestationnel très suivi médicalement.

Pour sa dernière grossesse, la mère 8 avait un risque élevé de trisomie 21. L'amniocentèse réalisée s'est compliquée d'une hémorragie avec une menace de perte du bébé à un terme avancé. Le risque de handicap a donc été présent durant toute sa grossesse, de ce fait très surveillée.

La mère 9 avait elle un placenta prævia complètement recouvrant, « une grossesse à risque donc, des séjours à l'hôpital tout le temps, ils m'ont stressée, c'était horrible », elle était même surnommée par l'équipe médicale « Mme placenta prævia » lors des staffs où elle passait pour un cas rare digne d'un intérêt obstétrical important.

La mère 10 a fait des nombreuses poussées inflammatoires de spondylarthrite ankylosante lors de ses grossesses, compliquées d'épisodes d'uvéites nécessitant des injections médicamenteuses intraoculaires douloureuses et une surveillance médicale tous les quatre jours à l'hôpital.

Compte tenu des lourds antécédents de grossesses extra-utérines et de fausses couches de la mère 11, elle a bien sûr été très surveillée, mais cela a été plutôt bien vécu, compensé par la joie d'être enceinte.

### **Sources d'angoisse, les grossesses « angoissantes »**

Ainsi, une majorité de mères a connu au moins une grossesse source d'angoisse et de stress.

*Mère 2* : « Donc c'était une grossesse très très très très désirée, euh, moi j'étais très angoissée au début de cette grossesse, j'avais peur de le perdre [...] Est-ce qu'on va être capable en fait ? Est-ce qu'on va être une bonne mère ? Donc ça passe par tous ces trucs là. Est-ce que mon corps va être capable de

garder un bébé ? J'ai passé une grossesse assez euh... Bon en plus avec le passif, une grossesse très désirée, les médicaments et tout ça, donc une grossesse assez euh, un peu stressée. Surtout au début, j'avais des saignements, j'avais un petit décollement de l'œuf, donc il fallait que je fasse attention... Oui, j'ai dû me détendre un peu au deuxième trimestre, mais en même temps, j'avais beaucoup de contractions, donc ça m'angoissait un peu. J'ai eu une période aussi aux alentours du 7<sup>ème</sup> mois où à mon examen on s'est rendu compte que j'avais le col un petit peu déformé et ouvert donc il fallait que je fasse attention, et re-période de stress jusqu'à la fin du 8<sup>ème</sup> mois ».

Mère 6 : « J'étais hyper stressée, j'ai été hospitalisées [...], du coup, c'était pas facile, beaucoup de stress, [...] J'avais un médecin qui me stressait, à 5 mois, elle grossissait moins, il m'a vraiment stressée... ».

Mère 7 : « La varicelle, ça nous a énormément stressé, on avait regardé sur internet les risques de la varicelle, c'était atroce apparemment ».

Mère 8 : « en fait E. avait un risque de trisomie à 1/27 [...] Tout le monde a paniqué, j'ai cru que je perdais le bébé [...]. Donc, j'ai eu une grossesse très angoissante avec ce risque de trisomie, on ne savait pas trop quoi faire, j'imaginai le pire, le handicap et tout ça... Bref ! ».

Mère 9 : « ils m'ont beaucoup stressée, c'était horrible [...] très compliqué, parce que l'inconnu... ».

### **Et d'effets secondaires, les grossesses « désagréables »**

La mère 3 a eu tous les effets secondaires de la grossesse : « Pour Ea, c'était une catastrophe, pareil, arrêtée encore plus tôt à 2 mois à cause des douleurs ligamentaires ; j'ai fait des sciatiques, des malaises, des vertiges, je vomissais toute la journée, c'était fatigant. Il n'y avait qu'allongée que ça allait. J'ai fait énormément de sciatique et de crampes ; et pourtant, je me suis mieux nourrie, mieux hydratée, j'ai fait beaucoup attention mais ça n'a pas servi à grand-chose ».

La mère 4 déteste être enceinte, mais « c'est le prix à payer pour avoir un bébé ». Elle a été très gênée par l'image de son corps liée à ses grossesses : « je le vivais mal par rapport à mon corps, on est une vraie baleine quoi, je n'étais pas du tout épanouie enceinte, j'étais malade, j'ai des problèmes de dos, je grossis énormément, c'est l'horreur, je suis une baleine, ça tire de partout, donc pour moi, c'est vraiment le sale moment à passer ».

La mère 10 a fait deux poussées de spondylarthrite ankylosante lors de ses deux premières grossesses, et était en train de faire une uvéite lors de l'entretien et donc de sa troisième grossesse.

### **Dont la fin est vécue comme un soulagement**

La mère 2 a eu des grossesses ponctuées de sources de stress, soulagée lorsque les accouchements arrivaient, mais eux-mêmes à l'origine d'un autre type d'angoisses.

Pour la mère 4 : *« autant je déteste être enceinte, autant l'allaitement pour moi c'est ce qu'il y a de plus beau ».*

La mère 3 a aussi vécu ses accouchements comme une délivrance à tous ses maux.

### **Ou parfois un déchirement, les grossesses « comblantes »**

Pour certaines au contraire, la grossesse est une source d'épanouissement, et l'accouchement est vécu comme un déchirement.

Mère 1 : *« on essaie l'allaitement, ça marche ou pas, mais pour voir ce que ça donne... pour prolonger le lien avec l'enfant en fait, parce que ça fait une coupure quand même (rires) assez violente (rires), entre le porter 9 mois dans son ventre, et puis d'un coup, plus d'attache, plus de cordon, bon, bien sûr il y a encore les câlins dans les bras, mais c'est pas pareil ».*

Les mères 6 et 11 nous font aussi part du bonheur et de l'épanouissement qu'elles vivent lorsqu'elles sont enceintes ; la première compte avoir une famille la plus nombreuse possible, et la deuxième aurait souhaité porter d'autres enfants, ce qui n'est malheureusement pas possible.

### **3.2.2. Des accouchements parfois mal vécus**

**Ayant nécessité le recours à une aide médicale** : Deux mères (2 et 4) regrettent que des ventouses aient été utiles lors d'un de leurs accouchements.

**Ou parfois à une césarienne** : Cinq mères regrettent aussi d'avoir eu des césariennes, culpabilisant de ne pas avoir pu accoucher « naturellement » par voie basse.

Mère 3 : *« La première césarienne on l'a très mal vécue, c'était pas programmé [...] On n'est pas préparé à se faire charcuter, parce que c'est exactement ça, et mon mari on lui a volé son accouchement entre guillemets, il n'a pas eu l'impression d'être père ».*

Mère\_5 : « Mes 3 grossesses se sont très bien passées, j'ai malheureusement eu des césariennes pour les 3, mais autrement, pas de soucis [...] J'aurais préféré accoucher normalement, mais c'est comme ça, je n'ai pas choisi... ».

Mère\_9 : « puis là aussi, très compliqué, parce que l'inconnu, s'endormir avec son bébé dans le ventre pour l'anesthésie, se réveiller sans, mais sans savoir s'il était vivant ou pas, parce qu'on a failli y passer tous les 2. [...] Et le 1<sup>er</sup> truc qu'ils ont fait, ils m'ont mis N. au sein, dès qu'il est arrivé, je n'étais pas en panique, j'étais sereine mais je pleurais sans fin, ça coulait tout seul, j'étais dans une profonde détresse, et j'ai entendu un monsieur qui a dit « mettez lui tout de suite au sein », et ça a été le fil conducteur qui m'a raccrochée à la réalité et à lui, en plus je partais avec la morphine, ce médecin a vraiment eu le déclic, il a dû voir que je partais, et tout de suite, je suis revenue, le 1<sup>er</sup> truc que j'ai vu, c'était mon fils à mon sein, là le monde tournait autour de moi, j'en n'avais plus rien à faire ».

Mère\_10 : « Donc une 1<sup>ère</sup> grossesse très suivie, avec un accouchement en césarienne malheureusement, c'était ça aussi un petit peu dur (chuchoté), mais il n'y avait pas le choix, au bout de 4h de travail, E. ne reposait pas du tout sur le col, donc césarienne en urgence, pas de dilatation... J'étais très déçue sur le coup... ».

Mère\_11 : « Donc ça s'est terminé par une césarienne, et alors là « pchit » (mains qui descendent), grosse déception, donc voilà. Ça a été vraiment très dur. [...] Et puis en salle de travail, j'ai vite compris que l'accouchement allait mal se passer, ça a vraiment été la dégringolade quoi, plus rien ne se passait comme je l'avais imaginé ! »

### **Le sentiment de culpabilité par rapport à une naissance prématurée ou un problème de santé du nouveau-né.**

Suite à un décollement de l'œuf, la mère\_2 est restée alitée toute sa grossesse, ne se permettant de reprendre quelques activités qu'au 8<sup>ème</sup> mois, « je me suis dit au 8<sup>ème</sup> mois « Maintenant, c'est bon, je n'ai plus besoin de faire attention », et donc je n'ai pas fait attention du tout ! Je pense que ça a contribué au fait qu'il naisse un petit peu trop tôt, c'est vrai que c'était un petit bébé, il pesait 2,6 kg et il mesurait 45 cm, et euh, il ouvrait à peine les yeux... C'était pas un petit bébé très compétent voilà, il a mis du temps à regarder, il restait tout petit, tout fragile ».

**Des premières expériences difficiles, puis d'autres beaucoup mieux vécues** : cinq mères ont une première grossesse ou un premier accouchement qui se sont mal passés à leurs yeux (3, 4, 7, 8, 11), mais les expériences suivantes se sont souvent beaucoup mieux passées, et surtout ont été beaucoup mieux vécues, car anticipées.

Enfin, certaines mères dépeignent des **tableaux très douloureux**, de souffrance majeure lors de leurs accouchements, avec des péridurales qui ne fonctionnent pas, ou mal, ou avec un mauvais accompagnement (mères 3, 4, 7, 8, 9, 11). Les autres ont eu recours à la péridurale, ou du moins en font l'éloge.

### **3.3. Le rôle du père**

#### **3.3.1. Des pères soutenant les allaitements prolongés**

La plupart de **pères soutiennent leur femme** dans l'allaitement (*Mères 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11*), voire même les défendent lorsque des réflexions leur sont faites sur la durée : « *quand parfois on avait des discussions avec des personnes de ma famille qui trouvaient mon allaitement trop long, lui me soutenait dans mes arguments...* » (*Mère 5*).

Un seul semble ne pas avoir été partisan de l'allaitement prolongé et a demandé à sa femme de l'écourter (*Mère 3*).

#### **3.3.2. Ayant leur propre expérience de l'allaitement**

Six pères **ont été allaités** (1, 5, 7, 8, 9, 10, 11) et quatre ne l'ont pas été (2, 3, 4, 6). Les durées d'allaitement sont toujours mal connues, il ne semble pas que cela soit un sujet abordé par les familles. Seulement deux pères (1 et 11) auraient été allaités « longtemps ».

#### **3.3.3. Et une famille impliquée également**

Six mères racontent qu'elles sont **soutenues par leur belle-famille** (1, 4, 6, 7, 8, 11) et notamment par leur belle-mère.

La *mère 5* a dû couper les ponts avec sa belle-famille qui était « trop proallaitement », contre les traitements médicamenteux, ce qui posait problème dans la prise en charge de leur enfant handicapé.

La mère 3 a elle été considérée comme une marginale, subissant des moqueries régulières : « *ils m'ont pris pour une originale [...], c'est aussi des réflexions « Tu es comme une vache laitière, tu vas peut-être arrêter car ton lait va finir par cailler ! » Carrément... C'est très lourd ! En plus, c'est une famille un peu bio, écolo, des agriculteurs, ils ont des vaches... Donc je leur ai dit que je ferais bien comme je voudrais, c'est vraiment désagréable quoi ! ».*

Deux pères sont en conflit avec leurs parents et n'ont plus contact avec eux (4, 5) ; un père a des parents gravement malades (2).

### **Deux belles mères ont connu des échecs dans leur projet d'allaitement, et formulent des regrets.**

*Mère 6* : « *Sinon, lui dans sa famille c'était compliqué [...] ça a été très dur, ma belle-mère elle a eu beaucoup de mal... Dans leur famille apparemment, il y a le problème des bouts de seins ! Il n'y a pas de bouts de seins dans leur famille, du coup, ça a été très dur, elle s'était pris la tête, en plus je crois qu'à cette époque-là, on disait tout de suite « si vous n'avez pas de bouts de seins, ça ne marchera pas ». Et du coup tous les autres, elles ne les a pas du tout allaité. Mais du coup, ça a rejailli sur ses autres belles filles ».*

*Mère 7* : « *Pour lui, sa mère avait voulu l'allaiter, sauf qu'ils lui ont fait une injection apparemment pour stopper l'allaitement, on ne lui avait pas dit qu'on lui avait coupé le lait, l'enfant pleurait... Elle avait été très déçue là-dessus car elle avait allaité les 2 premiers, et elle voulait le refaire, surtout que c'était le petit dernier qui a beaucoup d'écart d'âge avec ses sœurs ».*

### **3.3.4. Parfois exclus de la relation avec l'enfant par les mères**

Trois mères ont rapporté un **sentiment d'exclusion** des pères envers la relation avec leur enfant, ces dernières reconnaissant sans problème ce phénomène **qu'elles même cultivaient**.

*Mère 3* : « *Bon, après mon mari, ça l'embête, enfin non, ça ne l'embête pas trop, mais le fait que ça soit aussi long, ça l'embête, parce que lui avait cette impression de ne pas participer à son développement de bébé on va dire. Il me disait « le problème c'est qu'elle va passer... elle va être plus grande et j'aurais pas eu de bébé dans mes bras avec le biberon » ; le premier biberon, c'était le truc qu'il voulait faire, manque de chance, ils refusent tous les deux le biberon [...] Il était un peu déçu [...] Je vois Eo, il est plus avec son père, parce que petit il a souvent été avec [...] Ils sont très fusionnels. Donc*

*maintenant, j'ai ma fille (rires), moi aussi je veux une fusion avec ma fille ; je ne l'ai pas avec Eo, c'est pas grave, je l'aurais avec ma fille, c'est aussi un peu égoïste, mais après tout, ça marche bien ».*

Une impression de compétition, de rivalité semble se dessiner entre la mère et le père dans ce récit.

*Mère 4 : « quand il avait 3 mois, j'étais toute contente d'avoir tiré mon lait pour que son père puisse lui donner le biberon, mais je n'ai pas ressenti d'émerveillement, donc je ne l'ai pas refait car pour moi, ça me coûtait de tirer mon lait, je déteste ça, de le mettre dans un biberon, de donner une tétée au papa, il aurait fallut que je sente que pour lui c'était génial quoi, et je ne l'ai pas du tout senti, donc j'ai arrêté ! Maintenant l'allaitement, il s'en plaint quand même, quand je lui ai dit que vous veniez aujourd'hui, il m'a dit qu'il se sent exclu, il dit qu'il n'y a que moi qui peux faire ».*

*Mère 11 : « peut-être que j'étais égoïste aussi et je voulais garder mes bébés, de toute façon, je ne pouvais pas partager avec lui ».*

Dans ces deux autres extraits, il s'agit plutôt d'une « affaire » entre elles et l'enfant.

La mère 10 nous raconte que le père a largement trouvé sa place dans ce fonctionnement, profitant de nombreux autres moments avec ses enfants.

Les autres mères n'en parlent pas.

### **3.4. Le rôle des valeurs et croyances**

#### **3.4.1. Les fondements du choix de l'allaitement prolongé**

La décision d'allaiter ressort très souvent comme étant une **évidence**, ne nécessitant finalement pas de réflexion importante, puisqu'il s'agit avant tout de quelque chose de **naturel**. C'est aussi un choix personnel, relevant de l'instinct maternel. Même si cela n'est pas forcément explicité clairement, il semble que cette décision soit avant tout **celle de la mère**, qui a envie d'allaiter, se sent capable, et que les pères respectent ce choix déjà posé.

*Mère 1 : « Pour moi c'était une évidence, je ne me suis même pas posé de questions, c'était on essaie l'allaitement, ça marche ou pas, mais pour voir ce que ça donne [...] Donc voilà, je ne me suis jamais vraiment posé la question, c'était évident que ça allait être l'allaitement, on garde les choses*

*simples, naturelles, voilà. [...] Mon mari m'avait dit « tu fais ce que tu veux », de toute façon il respectait mon choix et ma décision car c'est moi qui allais allaiter (rires) ».*

*Mère 4 : « J'ai allaité mes 4 enfants, j'ai donc eu 4 enfants, et pour moi, c'était tellement une évidence, j'en avais tellement envie ».*

*Mère 5 : « Donc, j'ai été élevée au biberon ; mais par contre moi, je ne me posais pas la question d'allaiter, ça me paraissait naturel [...] pour moi, c'était logique qu'ils soient allaités. En fait, si on a du lait, c'est pour nourrir, c'est la nature, donc voilà, c'est comme ça ».*

*Mère 8 : « Pour moi, je me suis décidée tout de suite, pendant ma grossesse, c'était sûr, je voulais allaiter au moins 6 mois, et après je verrai, mais je partais au moins pour 6 mois. Je ne me voyais pas du tout nourrir mon enfant avec du lait de vache, ce n'était même pas concevable ».*

*Mère 10 : « Donc par rapport à l'allaitement, à vrai dire la question ne s'est pas posée, c'était tout naturel, je ne me suis pas torturée l'esprit, pour moi c'était quelque chose de... qui ne se programmait pas, c'était comme ça, pour moi, il n'y avait pas de questionnement. L'avantage que j'ai eu, c'est que mon conjoint est complètement pour aussi, ça ne le dérangeait pas qu'il y ait un allaitement en public, ça ne le dérangeait pas de ne pas participer à l'alimentation d'E. dès le départ, donc ça s'est fait super naturellement ».*

Seule la mère 2 semble avoir une autre démarche, dans le contexte des multiples sources d'angoisse liées à la grossesse et à la parentalité, l'allaitement est pour elle ce qui est de mieux pour son fils, le mieux vu par la société et le meilleur en terme de santé, selon différentes sources de recommandations officielles qu'elle a consulté préalablement.

#### **3.4.2. Le rôle des modèles familiaux et de la transmission du savoir sur l'allaitement**

Faisant un lien entre leur éventuel propre allaitement, ou en tout cas l'histoire familiale de l'allaitement, et celui qu'elles mettent en place plus ou moins facilement avec leurs enfants, les mères semblent affirmer une appartenance, une identité familiale par ce biais.

La mère 6 attribue sa sensibilisation à l'allaitement au fait que pendant toute son enfance, elle a vu tous les membres de sa famille allaiter, ses sœurs et sa mère lui prodiguant de nombreux conseils et ayant valeur de modèle pour elle.

La mère 7 souligne que sa famille pro-allaitement l'a accompagnée et conseillée tout au long de ses propres allaitements.

La mère 8 fait également ce lien, en racontant qu'étant l'aînée, et sa mère n'ayant jamais allaité, elle ne bénéficiait d'aucun conseil et était une sorte de cobaye pour le reste de sa famille.

De la même manière, la mère 11 souligne bien qu'elle a dû se former seule à l'allaitement vu qu'elle ne bénéficiait d'aucun conseil familial : *« Si j'avais eu une mère pro-allaitement, ça aurait été dans mon éducation en fait, c'est la transmission, elle m'a transmis plein d'autres choses, mais pas ça, c'était à moi de faire la démarche, de découvrir et d'aller prendre les informations, et de trouver les bonnes personnes qui me conseillent avant, et m'accompagnent après. En tous les cas, moi j'ai vraiment besoin de ça ».*

### 3.4.3. La place de la religion

Neuf mères sont **athées**, même si elles ont souvent connu une éducation religieuse catholique dans leur enfance et dans leur famille.

La mère 9 nuance le sujet en expliquant qu'elle est plutôt agnostique, c'est-à-dire athée, mais respectant les autres croyances, et se sentant plus proche du bouddhisme.

La mère 6 a elle un autre profil qu'elle aborde spontanément. La religion catholique est la base de ses représentations. Elle la pratique et l'enseigne à ses enfants comme socle de son éducation. Les représentations bibliques de la vierge allaitant son enfant jouent un rôle très important dans son choix : *« Sinon, j'ai trouvé toujours ça beau de voir une femme qui allaite son enfant, même dans les représentations bibliques de la vierge à l'enfant, ça me parle beaucoup, je trouve ça très beau, je ne sais pas si ça joue, mais pour moi c'est vraiment le rôle de la femme, on est quand même faite pour ça ».* La place de la famille est primordiale, elle la souhaite la plus nombreuse possible et utilise une contraception par la méthode de Billings, reproduisant le modèle de toute sa famille et belle famille. C'est d'ailleurs la seule mère qui utilise quasi systématiquement le terme « lactation » pour parler de

l'allaitement, ce terme pouvant trouver une origine dans la représentation religieuse du « *miracle de la lactation de Saint Bernard de Clairvaux*<sup>1</sup> » (34).

#### 3.4.4. L'inscription de l'allaitement dans un mode de vie

**L'allaitement maternel comme mode de vie** : deux mères soulignent que l'allaitement maternel pratiqué au-delà de 6 mois constitue un mode de vie à part entière, éloignant de cette pratique la notion de contrainte sociale, et lui donnant du sens.

*Mère 1* : « Du coup en ce qui concerne l'allaitement, il s'agit vraiment de convictions personnelles, mais pas du tout de convictions religieuses ! C'est plutôt un mode de vie qu'autre chose ».

*Mère 4* : « C'est vrai que l'allaitement, ça pourrait être tout un mode de vie, quand on a été l'été dernier en vacances dans une ferme bio céréalière, j'étais complètement épanouie, allongée dans l'herbe avec N qui tétait, on était en autarcie avec bébé ! Je me sentais bien. Ça serait le mode de vie idéal ».

**Le maternage** : neuf mères pratiquent des techniques de maternage : cosleeping, portage en écharpe essentiellement, mais aussi langage des signes pour bébé, hygiène naturelle.

**Une alimentation à base d'aliments biologiques, une forte sensibilité à l'écologie** : sept mères (1, 2, 4, 5, 7, 8, 10) font très attention à avoir une alimentation saine, à base d'aliments biologiques, issus de potagers souvent, qu'elles cuisinent toujours elles-mêmes. Deux autres (6, 9) disent ne pas avoir les moyens financiers d'acheter des aliments biologiques, mais cuisinent aussi tout par elles-mêmes. La



« La lactation de Saint Bernard », tableau d'Alonso Cano (1650)

Bernard de Fontaine, abbé de Clairvaux (1090 ou 1091-1153) est un moine français, réformateur de la vie religieuse. Il a été canonisé en 1174 et devient Saint Bernard de Clairvaux, en lien avec ce qui est appelé « **le miracle de la lactation de Saint Bernard de Clairvaux** ». Saint Bernard était en prière devant une statue de la Vierge, et au moment de prononcer « *Monstra te esse matrem* » (Montrez que vous êtes notre mère), la statue devint vivante et la vierge lança du lait dans sa bouche.

1

mère 8 réside dans une maison entièrement autonome en terme d'énergies, utilisant panneaux solaires, éoliennes, récupération d'eau, isolation par le bois...

### 3.4.5. La place de l'image du corps

La mère 4 vit très mal ses grossesses à cause de l'image « déformée » de son corps qu'elle supporte difficilement : *« je le vivais mal par rapport à mon corps, on est une vraie baleine quoi, je n'étais pas du tout épanouie enceinte, j'étais malade, j'ai des problèmes de dos, je grossis énormément, c'est l'horreur, je suis une baleine, ça tire de partout, donc pour moi, c'est vraiment le sale moment à passer, c'est le prix à payer pour avoir un bébé , voilà ».*

La mère 10 avait un complexe lié à sa forte poitrine pendant ses grossesses. Néanmoins, ses grossesses l'ont aidée dans l'acceptation de son corps, dans la mesure où elle retrouvait une poitrine moins importante après cette période, plus acceptable pour elle.

A l'inverse, les mères 1, 5, 6, 7, 8, 11 étaient épanouies durant leurs grossesses.

### 3.4.6. La place du travail

Les mères 7 et 10 accordent beaucoup d'importance à leur travail. La première a dû mettre en place toute une *organisation* (mot répété une dizaine de fois dans le récit de la mère 7) afin de conjuguer allaitement et travail, d'autant plus qu'elle évolue dans un milieu essentiellement masculin. La deuxième a stoppé son 2<sup>ème</sup> allaitement pour retrouver sa place dans la société via son travail : *« j'avais besoin de reprendre le boulot très vite, être active, faire des choses, et entre guillemets reprendre sa place dans la société, je fais partie d'une génération où on a besoin de ça, si je ne fais plus rien, je n'existe plus... J'ai repris à ses 4 mois, je n'ai pas essayé de continuer, c'était plus simple (parlant de son premier enfant, allaité moins longtemps que le deuxième)».*

### 3.4.7. Des positionnements très contrastés vis-à-vis du militantisme pro allaitement

En ce qui concerne les associations pro allaitement, et notamment la Leche Ligue, plusieurs positionnements existent.

Les mères 1, 5, 8 s'y sont référés, restant plutôt neutres.

La mère 2 explique qu'il s'agit d'un mouvement plutôt « extrémistes » dans ses idées et actions.

La mère 11 est elle impliquée, participant aux Grandes Tétées et écrivant des articles.

### **3.5. La notion de plaisir**

#### **3.5.1. Un sujet abordé spontanément**

La notion de plaisir est un sujet abordé spontanément chez neuf mères (1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11) donc peu soumis à la pudeur.

Les mères 6 et 9 abordent néanmoins ce sujet en se basant sur les pensées communes, « on dit que ça ferait du bien », comme pour se justifier ou s'effacer.

#### **3.5.2. Le vécu des sensations**

**Une source énoncée de plaisir** : cinq mères racontent ouvertement que l'allaitement leur procure du plaisir.

Mère 1 : « ça fait énormément de bien quand ça se passe enfin quoi, c'est sûr... Ses petites mains qui se promènent (imite les mains de son enfant sur sa poitrine), c'est génial ça, (rires)... Moi j'adorais ça en tout cas ».

Mère 4 : « Je trouve ça agréable [...], ça me donne des frissons quand il commence à téter ».

Mère 9 : « oui, un petit plaisir perceptible ».

Mère 10 : « Sinon pendant la tétée, il y avait des sensations, enfin des émotions... Ca a toujours été un plaisir, et un moment où on fait une pause avec son bébé, c'est un moment super serein, on ne pense à rien, j'étais concentrée entre guillemets sur ce qui se passait et le plaisir que ça pouvait procurer l'allaitement... ».

Mère 11 : « c'était très agréable ».

**Et de soulagement à l'origine d'une vive impatience** : Six mères font comprendre que la tension des seins devient souvent très importante, quasiment douloureuse, et que le seul moyen de se soulager, et probablement d'en tirer du plaisir, est d'allaiter son enfant.

Mère 1 : « quand j'attendais impatientement qu'il se réveille et que c'était l'heure, j'ai les seins très tendus, ça fait énormément de bien quand ça se passe enfin quoi ».

Mère 2 : « je lui proposais de retéter pour me soulager ».

Mère 3 : « j'avais les seins qui allaient exploser [...] alors là, soulagée, complètement vidée... ».

Mère 5 : « Quand il y a beaucoup de lait, quand il tète, ça soulage beaucoup, c'est sûr ».

Mère 6 : « ça fait beaucoup de bien quand on a les seins tendus et qu'on les vide, on se sent vraiment bien, ça ne m'a jamais fait mal en tout cas ».

Mère 7 : « sinon ensuite, c'est la délivrance une fois que le bébé a tété, ça fait du bien qu'il vide, les seins sont moins tendus, on est mieux ».

**Permettant un apaisement conjoint, un moment de calme** : les mères 3, 9, 10 relatent que les moments d'allaitement sont l'occasion de se reposer, de s'apaiser et de faire une pause dans leur journée.

**Un besoin irrépressible faisant parfois l'effet d'une drogue** : quatre mères décrivent un effet de « shoups » lors des tétées, toujours très agréables.

Mère 2 : « ça me faisait du bien aussi ; au début ça me shoutait complètement euh, oui c'était un moment très agréable, de toute façon je ne me serais pas acharné si ça avait été douloureux ».

Mère 6 : « c'était physique, ah oui, oui ».

Mère 9 : « j'aimerais retrouver ces petits moments d'allaitement où j'étais tranquille, apaisée, les oiseaux volaient et chantaient... Ca fait un peu droguée, mais c'est ça ! ».

Mère 11 : « j'étais sur un petit nuage, je planais, c'était une sensation très... c'était génial ! ».

**Une récompense des accouchements** : vécues par les mères 4 et 11.

### 3.5.3. Des situations particulières

- Les mères 5 et 6 aiment que leurs autres enfants les regardent allaiter et touchent leurs seins pendant l'allaitement.
- La mère 9, qui est une mère célibataire, décrit le corps et la musculature de son petit garçon à la période où elle l'allaitait comme ceux d'un homme : « N. n'a jamais eu un

*corps de bébé, il a des abdos, des pectoraux, il a un corps de petit homme ». Cette mère dit bien qu'il ne s'agit pas d'un acte « incestuel », en s'appuyant sur une anecdote : « je ne sais pas si vous êtes au courant, mais aux Etats Unis, les Puritains voulaient faire interdire l'allaitement parce qu'ils considèrent que c'est un geste malsain, limite obscène et considéré comme une incese, parce que comme la mère peut ressentir un certain plaisir à allaiter l'enfant, c'est assimilé à des choses... Je pense qu'ils vont un peu trop loin, parce que ça n'est pas un plaisir sexuel, c'est un plaisir de nourrir son enfant avec son propre corps, et si on va par là, il faudrait interdire l'accouchement quoi ! Au contraire, je trouve ça plus sain de nourrir son enfant avec son lait... Mais, c'est vrai qu'il y a ce petit plaisir imperceptible, c'est... je ne sais pas, c'est aussi un contexte, on est seul avec son enfant ».*

- La mère 8 parle de « suçon », et semble gênée de nous raconter une anecdote, comme si une rivalité existait entre sa fille et son mari : « ... C'est rigolo, parce qu'après que sa sœur soit née, elle m'a redemandé à téter [...] Mais elle a essayé plusieurs fois, et mon conjoint est pompier, donc c'était toujours quand il n'était pas là en fait, parfois il part 24h, et quand il était de garde, à chaque fois elle me demandait « Maman, je peux téter ? », et jamais quand il était là... et c'était dans quel sens selon vous ? Je pense qu'elle se disait que Papa allait dire quelque chose, elle n'osait pas sinon... ».
- Les mères 7 et 10 décrivent que le seul moyen de tirer leur lait ou d'avoir une montée de lait est d'avoir leur enfant à côté d'elles, comme une sorte de stimulation visuelle.
- Les mères 9 et 11 tirent satisfaction de l'allaitement par le fait qu'elles nourrissent leur enfant avec leur fluide corporel.

### **3.6. Une affirmation contre les injonctions de la société**

#### **3.6.1. L'indépendance par rapport aux industries pharmaceutiques**

La mère 8 nous fait part de son opposition aux vaccins et médicaments pour ses enfants, « tout ça c'est pour une histoire de gros sous et d'industries ».

### 3.6.2. L'indépendance par rapport aux industries alimentaires

Quatre mères (1, 3, 4, 8) semblent se positionner **contre les industries alimentaires** produisant les laits infantiles, mettant en avant la santé de leur enfant, et « faisant acte de résistance ».

*Mère 1* : « je pense que de toute façon tant que les grosses industries envahiront les télévisions et les maternités avec les laits industriels, ça continuera comme ça ».

*Mère 3* : « Le lait artificiel, c'est bourré de cochonneries... ».

*Mère 4* : « Parce que même, mon mari me dit qu'on a été élevé aux petits pots, on n'en est pas morts, mais je pense qu'aujourd'hui ils sont de moins bonne qualité avec toutes les pressions commerciales qui existent. Même le lait, je sais que dans le lait des grandes surfaces, ils donnent des copeaux de savon aux vaches, comme pour faire la lessive, parce qu'avec toutes les cochonneries qu'on leur donne, elles ont le pH de l'estomac tout bouzillé... ».

*Mère 8* : « je ne me voyais pas donner du lait de vache à mes enfants, avec tout ce qu'ils mettent dedans, ce n'était même pas concevable ».

Permettant des **économies financières** non négligeables, cet aspect étant souligné par les mères 1, 2, 3, 6, 7 et 9.

### 3.6.3. Des revendications par rapport au milieu médical

**Un corps médical très mauvais conseiller, à l'origine de nombreuses erreurs dans l'accompagnement de l'allaitement maternel prolongé** : une majorité de mères fait part de leur déception face au milieu médical. Il s'agit des conseils liés à l'instauration de l'allaitement, mais aussi en ce qui concerne la prolongation de l'allaitement ou la prise en charge des enfants allaités.

*Mère 3* : « il aurait fallu que je cherche pour avoir du soutien ».

*Mère 4* : « je me suis fait engueuler par le docteur [...] on s'est fait engueuler ».

*Mère 5* : « le médecin me disait de passer au biberon, mais moi je ne voulais pas [...] Les courbes des carnets de santé ne sont pas adaptées aux bébés allaités, il faut prendre les courbes de l'OMS [...], le médecin qu'on avait avant, c'était vraiment l'ancienne méthode avec le biberon [...] pour le co-

*allaitement, les médecins croyaient que mon lait ne serait pas assez enrichi par rapport à si ça n'avait pas été en co-allaitement, il a fallu que je tire mon lait pour leur montrer qu'il y avait encore le colostrum ».*

*Mère 6 : « En tout cas, si je peux me permettre une toute petite critique, pour ma première, on ne m'avait pas prévenue pour les lymphangites etc [...] Donc je trouve qu'il y a vraiment un manque d'information là-dessus. A la clinique aussi, le problème c'est qu'ils ont leur vue de l'allaitement [...] Je disais Oui-oui pour leur faire plaisir, mais on met des barrières dès la maternité. »*

*Mère 8 : « Le médecin voulait à tout prix que j'arrête [...] la PMI, c'était la catastrophe ».*

*Mère 9 : « Je ne me suis pas sentie soutenue par le corps médical ».*

**Mettant en place un cadre beaucoup trop rigide et strict** : les mères (1, 4, 7, 8) se plaignent souvent que le fonctionnement et les conseils délivrés en maternité ou par les professionnels de santé sont trop médicalisés, non personnalisés, et beaucoup trop rigides, quelle qu'en soit l'orientation.

**Parfois trop pro-allaitement** : certaines mères (2, 7, 9, 11) se sont senties oppressées à la maternité, la mère 9 s'est même sentie obligée d'allaiter son premier enfant « *elles m'ont forcées à l'allaitement* ».

**Ou bien absent, ne trouvant donc pas le bon équilibre entre les deux :**

*Mère 1 : « on est en train de disqualifier quelque chose qui devrait être naturel, bon après il peut y avoir des problèmes, donc c'est normal de médicaliser quand il y a besoin, mais il ne faut pas que ça tombe dans l'excès inverse [...] Le personnel s'est trouvé indisponible pour la mise au sein, il n'était pas là ! ».*

*Mère 3 : « il va falloir attendre quelques années pour retrouver un équilibre entre pas de soutien du tout, et trop de médicalisation ».*

*Mère 8 : « c'est qu'il y a zéro suivi en sortant de maternité, les mères sont laissées à l'abandon ».*

**Inapte à donner des conseils en terme d'allaitement maternel prolongé, ou ne mettant pas à l'aise les mères avec ce sujet, qui se tournent alors vers d'autres interlocuteurs.**

*Mère 1 : « Ce n'était pas le médecin qui m'en avait parlé, car avec le médecin on ne parlait pas trop d'allaitement, ça devait être ma première sage-femme [...] c'était le premier allaitement, donc le pédiatre me disait « Il va falloir commencer à diversifier, il va falloir arrêter »... Non, le corps médical ne*

*m'a pas soutenu, jusqu'au jour où j'ai revu cette sage-femme, elle a bien senti que j'étais angoissée par rapport à ça parce que je n'osais pas dire au pédiatre que j'allaitais encore ».*

*Mère 3 : « en discutant d'allaitement long, alors c'était pas avec les médecins, c'était avec ma sage-femme ».*

### **Les obligeant à transgresser les consignes qui leur sont données :**

*Mère 4 : « J'ai été une mauvaise élève parce que je me fichais un peu de ces recommandations ».*

*Mère 6 : « je disais Oui-oui pour leur faire plaisir ! »*

*Mère 7 : « ils ne pouvaient pas me retenir ».*

**Et ayant de nombreux progrès à faire dans l'accompagnement à l'allaitement**, nous interpellant comme messager de leur mécontentement (*mères 1, 2, 3, 5, 9*).

## **3.7. Le renforcement narcissique de la mère**

### **3.7.1. Un rôle bénéfique pour la santé de l'enfant**

**Une protection contre les maladies infectieuses avant l'entrée en collectivité.** Huit mères (*1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9*) remarquent que leurs enfants sont très peu malades, faisant facilement le lien avec l'allaitement dont ils ont « bénéficié ». Cette protection disparaît dès que les enfants entrent en collectivité, à la crèche ou à l'école.

**Parfois, l'effet néfaste de l'allaitement artificiel** ; la *mère 3*, lors de l'introduction de biberons de lait artificiel, a connu de gros problèmes digestifs avec son fils, ayant nécessité un passage aux urgences, qu'elle a bien sûr très mal vécu.

**Une protection contre les allergies** : cinq mères (*1, 2, 7, 8, 9*) soulignent aussi les bienfaits de leur lait en ce qui concerne l'immunité de leurs enfants qui n'ont aucun problème d'allergie.

**Une protection contre les coliques** : les mères *7, 8, 9* comparent leurs enfants à d'autres allaités artificiellement, et notent qu'ils n'ont jamais été confrontés à des problèmes de coliques ou digestifs autres.

**Le lait comme « trousse à pharmacie »** : deux mères (5 et 9) soignent tous les maux de leur enfant avec leur propre lait : les désinfections rhino-pharyngées, les yeux, les érythèmes fessiers, les irritations cutanées, elles réalisent des massages avec, des cataplasmes. Et rien ne semble être aussi efficace.

*Mère 9* : « le lait en lui-même, qui a des vertus antiseptiques, cicatrisantes et nourrissantes. Moi je l'utilisais pour tout, un rhume, l'érythème fessier du bébé... Mon lait a été ma pharmacie pendant 7 mois, les rhumes ne duraient qu'un jour ou 2, je diluais le lait avec du sérum phy et faisais les lavements de nez avec une seringue stérile, c'est radical et très efficace pour tout ! Il avait des fesses mâchées un moment, les crèmes médicales l'agressaient encore plus, du coup, j'ai fait des cataplasmes de lait maternel dilué, en 2 jours c'était fini ! Je pense qu'il faudrait faire des études là-dessus et qu'on pourrait soigner beaucoup de choses comme ça ».

**Un rôle sur le caractère des enfants** : les mères 1 et 3 suggèrent que l'allaitement maternel prolongé rend les enfants plus indépendants, autonomes et vifs d'esprit.

*Mère 3* : « Eo quand on lui explique quelque chose, à l'école par exemple, il comprend tout de suite quoi, il est vif ; je vois mes autres neveux, ils sont raplaplas c'est sûr, même si l'éducation participe... Ma nièce qui a deux ans, des fois on a envie de la secouer, il manque quelque chose quoi, est-ce que c'est dû ou pas, je ne sais pas, mais mes autres neveux, c'est pareil, on a l'impression qu'ils ne captent pas ! ».

### 3.7.2. Un rôle bénéfique pour la santé de la mère

**Une perte de poids facilitée** pour les mères 3, 7, 9.

**Moins de fatigue** ressentie par la mère 3 qui se compare à ses amies qui n'allaitent pas. La mère 6 dit également que les enfants allaités au biberon ne dorment pas mieux et ne pleurent pas moins que ceux qui sont allaités au sein.

**Le lait comme « trousse à pharmacie »** : en plus de leurs enfants, les mères 1, 3, 10 utilisent aussi leur lait pour se soigner, surtout pour tout ce qui est crevasses.

### 3.7.3. Le lait comme source d'abondance

**Une source au sens propre du mot**, comme un robinet que l'on ouvre ou que l'on ferme, dont le sens ressort plus subtilement dans les discussions :

Mère 7 : « Ca s'est arrêté tout seul, ça s'est tari, la source s'est tarie (rires) [...] sa mère avait voulu l'allaiter, sauf qu'ils lui ont fait une injection apparemment pour stopper l'allaitement, on ne lui avait pas dit qu'on lui avait coupé le lait ».

Mère 11 : « elle avait un médecin qui lui avait donné un médicament pour couper le lait ».

**Offrant une grande abondance de lait, ainsi qu'un fort réflexe d'éjection** : sept mères (1, 2, 3, 5, 6, 8, 9) sont fières de nous expliquer qu'elles avaient des très grandes quantités de lait, avec parfois des anecdotes liées à leur éjection plutôt puissante au début des tétées.

Mère 1 : « j'avais une montée de lait très importante, j'en avais congelé ».

Mère 2 : « il s'étouffait avec mon lait, je me souviens du lait qui giclait quand il enlevait la bouche quelques fois, il s'étouffait (rires) ».

Mère 3 : « tous se passait bien, trop bien même parce que j'avais trop de lait [...] on s'est aperçu que je pouvais allaiter 3 bébés comme Eo en quantité ! ».

Mère 5 : « j'avais un réflexe d'éjection fort, donc c'est pour ça qu'elle était vite comblée ».

Mère 6 : « Ca fait rire ma belle-famille, parce qu'en plus ma belle-mère n'avait pas beaucoup de lait, elle ne mettait pas de soutien-gorge d'allaitement, et un jour mon beau-père me disait que j'avais beaucoup de lait, et j'étais en train de l'allaiter, et je l'ai juste décroché un peu, et pchit, j'ai envoyé un jet à travers le salon, il n'en croyait pas ses yeux ! Du coup, ils sont très bienveillants, ils disent que c'est bien, c'est sympa et valorisant je trouve ».

Mère 8 : « je n'ai pas eu de soucis de quantités, en fait je pense qu'il m'en restait pendant toute la fin de ma grossesse ».

Mère 9 : « J'ai la chance aussi d'être très productive aussi ; L. et N. ont eu beaucoup de frères et sœurs de lait, je ne les connais pas, mais je sais que mon lait a bénéficié à beaucoup grâce au lactarium, pendant tout le long de l'allaitement, je congelais des poches au congélateur tous les 15 jours, il faut se renseigner, parce que ça sert à beaucoup d'enfants, et ça soulage aussi les mères ! [...] j'avais tellement de lait [...] Des fois, il y avait des jets qui partaient, il faut bien viser sinon il se prenait des jets dans l'œil... »

**Et permettant des dons à d'autres enfants** : la mère 9 a donc donné son surplus de lait au lactarium, donnant à ses enfants « *des frères et sœurs de lait* » ; les mères 1 et 3 ont, elles, congelé leur lait en vue d'en faire don aussi, mais le milieu médical *n'a pas su en profiter*, le lactarium ne s'est pas déplacé à leur domicile pour le chercher.

#### 3.7.4. Le lait comme mode d'alimentation irremplaçable

**Des enfants qui font un rejet de toute autre forme de lait, au soulagement de leurs mères** : les enfants des mères 3, 4, 5, 8 et 10 n'ont pas du tout supporté le passage aux biberons en parallèle de la diversification alimentaire, ce qui a « contraint » les mères à continuer l'allaitement, ou à passer directement aux produits laitiers solides, ce qui finalement les soulage et les valorise à travers leurs récits.

Par exemple, la mère 3 a essayé toutes les astuces pour essayer de donner du lait artificiel à sa fille : biberons, verres doseurs, verres de toutes les couleurs... La mère 4 a très mal vécu cette période puisque son fils a jeûné plusieurs jours lors de la tentative de transition vers un allaitement artificiel, malgré l'utilisation aussi de biberons, pipettes, cuillères, verres ; sans compter que c'était surtout la mère qui n'était pas prête au sevrage : « *la séparation était quelque chose pour moi de très anxiogène, et en plus il fallait arrêter l'allaitement, je n'étais pas prête, et forcément, ça ne l'a pas fait* ».

#### **Qui ont parfois des tétines ou des doudous, mais qui sont secondaires :**

*Mère 2* : « *le deuxième a trouvé son pouce et son doudou assez tôt, enfin son doudou c'est un t-shirt à moi déchiré en douze là (rires), du coup avec lui c'était vraiment alimentaire, il restait les câlins bien-sûr, alors qu'avec mon grand, j'étais, enfin c'était le doudou quoi hein. Maintenant il a une tétine, mais sa tétine il l'aura pris après la fin de l'allaitement en fait ; avant on avait essayé plusieurs fois pour qu'il fasse ses nuits, il en voulait pas, et puis ça s'est fait... Bon c'était un peu vexant bien-sûr, quand j'ai arrêté de l'allaiter, il a fallu trouver autre chose quoi, pour qu'il se console tout seul, donc la tétine ça a fonctionné, et puis le doudou, il s'est accroché à une peluche qui était dans son lit* ».

*Mère 5* : « *je pense qu'ils sont moins doudous que certains non allaités, si on les perd, on peut les remplacer, ce n'est pas un drame* ».

**Et qui ont besoin d'elles pour vivre**, l'assumant sans problème :

*Mère 4* : « il y a aussi le sentiment qu'il a besoin de moi, enfin, c'est plus qu'un sentiment, c'est réel et c'est chouette ».

*Mère 8* : « elles ne savent pas boire au biberon, de toute façon, elles ont besoin de moi ».

*Mère 9* : « ça m'a aussi apporté le fait de me sentir utile, quand on nourrit son enfant avec son propre lait ».

*Mère 11* : « c'est moi qui les nourrissais quoi, je pense que c'est une vraie satisfaction personnelle [...] ils n'ont besoin que de leur mère en fait ».

### 3.7.5. Le lait, une chance d'avoir « le meilleur »

Huit mères nous expliquent que par l'allaitement, **elles veulent donner le meilleur à leur enfant**, le meilleur départ possible dans leur vie, et une alimentation la plus saine et adaptée possible.

*Mère 1* : « et à priori c'est ce qu'il y a de plus adapté pour lui de toute façon, les laits maternisés n'arrivent pas à la hauteur ! ».

*Mère 4* : « je lui transmets du bien en lui donnant le sein, alors qu'en lui donnant un biberon, j'aurais juste l'impression de le nourrir, là c'est autre chose, j'ai l'impression de lui envoyer quelque chose de positif pour l'aider ».

*Mère 5* : « pour moi l'allaitement, c'est ce qu'il y a de meilleur, je voulais leur donner tout ».

*Mère 6* : « je suis convaincue que c'est meilleur pour l'enfant au niveau santé, je sais que ça leur apporte ce qu'il y a de mieux pour eux, et en plus ça me fait très plaisir ! ».

*Mère 7* : « je me dis qu'on leur a donné des chances [...] C'est toujours ça de bon pour commencer la vie, on leur a donné cette possibilité là ».

*Mère 8* : « moi je veux leur donner une bonne alimentation dès le début ».

*Mère 10* : « les garçons étaient très intrigués par l'allaitement, ma belle-sœur a accepté de leur montrer [...] ils ont vu qu'ils avaient eu le droit à ça [...] il n'y en a pas eu un délaissé ».

*Mère 11* : « ça n'apporte que du bien [...] il n'y a rien de mieux, le lait maternel, c'est fait pour les bébés, humains ! ».

### 3.7.6. La fonction pratique et économique

**Le côté pratique** est souligné par cinq mères (1, 3, 4, 6, 10), à savoir le fait de pouvoir allaiter n'importe où, n'importe quand, tandis que les autres mères doivent s'armer de valises lorsqu'elles sortent de chez elles.

La mère 7 est fière de l'organisation qu'elle a réussi à mettre en œuvre à son travail pour pouvoir poursuivre son allaitement.

**Le côté économique**, même si les mères insistent en disant qu'elles n'allaitent pas pour cet aspect précis, est quand même appréciable et remarqué par quatre mères (3, 6, 7, 9).

### 3.7.7. Le rôle de modèle et de conseillère

Toutes les mères rencontrées se sentent investies **d'une mission de conseillère, de modèle** en ce qui concerne l'allaitement maternel prolongé et l'allaitement en général. Elles prodiguent leurs conseils à différentes échelles, à toutes les personnes intéressées. A leur contact, certains membres de leurs familles ou amis regrettent même de ne pas avoir allaité. Il ressort bien que cette situation est très valorisante pour elles, et qu'elles prennent plaisir à aider d'autres mères. Il semble donc ressortir une fonction identitaire, de modèle, mais rayonnant uniquement au sein de leur réseau de connaissances, puisque les mères ne s'identifient pas aux militantes pro allaitement. Il ne s'agit pas d'être militante, missionnaire, au sens de se battre pour des idées, mais plutôt d'être un modèle pour leur entourage.

- **Envers les familles :**

Les familles des mères 1, 3, 6, 8, 9 et 11 sont admiratives de leur choix, et pour lesquelles elles servent de modèles ou de conseillères principales :

*Mère 1 : « j'ai une cousine aussi qui a eu des crevasses au bout de 15 jours, elle voulait vraiment allaiter, mais les médecins lui ont donné des médicaments pour arrêter la montée de lait, et hop, du jour au lendemain, c'était fini. Je me dis, elle aurait été bien accompagnée, entourée avec des gens qui lui auraient donné des conseils, peut-être qu'on aurait poursuivi dans cet allaitement beaucoup plus longtemps... Donc je l'ai conseillée là-dessus ».*

*Mère 3 : « de temps en temps, elles me demandent des conseils, « comment on fait ? », ça c'est très sympa, on a l'expérience de dire « Bah non, il faudrait que tu fasses comme ça, si tu veux je te prête*

mon cousin, je n'en ai plus besoin elle se place toute seule maintenant... ». C'est pas grand-chose, mais on conseille sur les positions et tous ça ».

Mère 6 : « Pour son 2<sup>ème</sup>, comme elle m'avait vu allaiter entre temps, ça lui donnait envie parce qu'en plus, [...] dans sa famille, il n'y avait pas d'exemple d'allaitement, à part moi, donc il faut être motivée quand même, et puis il faut être disponible [...] Je pense que ça a quand même donné envie à beaucoup de monde, comme ma belle-sœur, elle n'avait pas du tout envie d'allaiter son premier, mais elle avait envie d'essayer d'allaiter son deuxième. Pareil, mon autre belle-sœur qui va se marier, je pense qu'elle a envie d'allaiter. C'est vrai que quand on observe et qu'on voit que ça se passe bien, ça donne envie.

Mère 8 : « je vois ma petite sœur qui a sa petite de 9 mois, si je n'avais pas été là, ça ferait très longtemps qu'elle aurait arrêté son allaitement [...] Donc je l'ai beaucoup aidé, beaucoup conseillé, ça a débloqué certaines situations difficiles. Pareil, mon autre frangine, elle avait un préma donc il fallait qu'elle tire son lait, ce n'est pas simple et elle n'avait pas d'aide, heureusement que j'étais là, j'étais déjà passé, j'avais fait 2 ans et demi d'allaitement avec L., mes conseils, ça n'avait rien à voir ! Il y a quelques sages femmes qui s'y mettent, mais c'est pas pareil... Moi, je suis l'ainée et ma mère ne pouvait pas les conseiller ! ».

Mère 9 : « beaucoup d'admiration parce qu'ils me disaient, tu te débrouilles comme un chef ! ».

Mère 11 : « Ca, on le sait avec l'expérience, avec la maturité [...] je donne plein de petits conseils comme ça, si ça peut aider, il faut juste accompagner ».

- **Envers les amis**

Les mères 3, 7, 8, 9, 10, 11 conseillent de la même manière toutes leurs amies.

- **Envers le corps médical et les professionnels de santé, de la famille et des enfants**

Certaines mères (3, 5, 6, 7, 9, 11) conseillent même leur médecin, sage-femme... Elles ont donc profité de l'étude pour proposer leur aide, leurs contacts, leurs lectures, et la mère 9 fait dans ce contexte la promotion de l'allaitement à l'australienne, « l'essayer, c'est l'adopter ! ».

La mère 3 conseille sa sage-femme sur le discours qu'elle doit tenir envers d'autres patientes.

La mère 5 était un modèle pour son médecin, qui lui demandait des conseils sur l'allaitement, et la présentait à ses internes comme « une mère koala » : « quand il avait des étudiantes avec lui, il leur disait que j'étais une mère koala (rires), oui, une mère koala... Donc il prenait exemple ».

La mère 9 transmet ses connaissances en tant que représentant du corps médical : « il y a des choses à apprendre pour bien faire. J'en parle partout autour de moi, c'est la technique à l'australienne, bon il faut avoir une certaine forme de poitrine, les petites poitrines ou les seins fermes, il faut assoir le bébé à califourchon sur la cuisse face au sein, et l'enfant et la mère sont dans la position idéale parfaite, on est tous les 2 assis, le dos droit, donc meilleure digestion, meilleur maintien. N. n'a jamais eu de ventre de bébé, il a des abdos, des pectoraux, il a un corps de petit homme, une meilleure sangle abdominale, dorsale, digestion, il n'y a pas de point de douleur dans le dos pour la mère, et puis idéal partout : au volant de sa voiture, sans coussin, c'est vraiment très pratique, et c'est la sage femme qui m'en a parlé. Essayer c'est l'adopter ! Je le conseille à toutes les personnes qui n'ont pas les seins qui tombent. »

La mère 11 donne aussi des articles, des coordonnées de ses contacts. Elle a également été la **vedette** de la maternité, en tant que mère allaitant des jumeaux : « et il y avait une aide-soignante je crois, elle avait suivi cette formation, elle était jeune, et elle était impressionnée, j'avais aussi beaucoup de monde qui passait dans ma chambre pour voir comment je faisais, j'étais tellement motivée, j'étais heureuse, ça débordait, là je maîtrisais bien mes émotions ! Et du coup, elle m'avait prise en photo, elle me posait des questions, j'étais un peu la vedette quoi ! Un peu le modèle qu'on venait observer quoi (rires) ! ».

- **Envers des associations**

La mère 11, allaitant des jumeaux, a été sollicitée par la Lèche Ligue pour écrire un article sur sa situation, elle était fière d'aller aux réunions pour partager son expérience.

- **Envers des inconnus**

La mère 1 a conseillé et réalisé la mise au sein d'une inconnue à la maternité : « Et en fait, le personnel s'est trouvé indisponible pour la mise au sein, il n'était pas là ! Elle me dit, je suis embêtée, alors c'est moi qui lui ai fait la mise au sein de son petit. Je lui ai pris son bébé, je lui ai mis au sein, ce n'était peut-être pas parfait, mais je l'ai aidée ; le personnel savait qu'elle voulait allaiter, mais il n'y avait personne pour l'accompagner. C'est quelque chose qui me marquera je pense, parce que ce n'était pas mon rôle, mais je l'ai fait avec plaisir ; ça dénote vraiment d'un manque d'accompagnement, même s'ils étaient débordés

*ou qu'il y avait une urgence... Je ne sais pas si elle a poursuivi après car je n'ai pas gardé contact. Je lui ai positionné son bébé, en sachant que les premières tétées sont toujours délicates, on est un peu gauche, même quand on a déjà allaité et que c'est un deuxième ».*

La mère\_11 conseille qui le veut bien, des mères des enfants qu'elle garde, à toute personne demandeuse : « *J'adore donner des conseils, alors je ne saute jamais sur les gens pour leur parler de l'allaitement, mais s'ils me posent une question, bloublou (mime des mains), je déballe tout ! [...]* Donc j'aime bien faire profiter de mon expérience, j'essaie d'accompagner, mais je ne dis pas aux personnes ce qu'elles devraient faire ou ne pas faire, je leur dis de bien suivre leur instinct, et aller vers des gens qui ont envie de donner, pas de dire ce qu'elles doivent faire, il faut juste les accompagner ».

# IV – DISCUSSION

---

# 1. Validité interne

---

## 1.1. La méthode

En considérant comme biais, tout fait susceptible de diminuer la qualité de représentativité de la réalité, d'un élément choisi par le chercheur, nous pouvons noter que dans l'enquête par entretien, le chercheur lui-même est un inducteur de tel facteur. Il semble que les caractéristiques personnelles, telles le sexe, l'âge, l'apparence physique, les traits de personnalité, la classe sociale, viennent se confronter à celles du sujet interviewé avec lesquelles elles interagissent.

Certains biais peuvent ainsi être présents :

- **Le biais de « présentation »**: il semble tout d'abord évident que les apparences, ton de voix, attitudes, réactions aux réponses, commentaires effectués hors du contexte de l'entretien puissent influencer les réponses, et même si l'attention a été portée à être le plus « neutre » possible, cette notion reste subjective et interfère forcément dans toute relation, consciemment et inconsciemment.

Le fait de se présenter en tant qu'interne réalisant une thèse sur l'allaitement maternel peut laisser suggérer une position plutôt pro-allaitement - ou bien l'inverse en ce qui concerne les allaitements prolongés - et de la même manière influencer certaines réponses, même si finalement le but n'était pas de se positionner particulièrement.

Afin de minimiser cette variable, a été réalisée une présentation standard du sujet, exposée de façon strictement identique à toutes les mères. Le fait également de ne pas connaître, ou de très peu connaître les mères préalablement, peut également être favorable.

- **Le biais de recrutement** : une partie de la sélection des mères est basée sur la mémoire des médecins généralistes (quatre sur onze) et peut donc être arbitraire, se souvenaient-ils d'un certain « type » de patientes uniquement ?

L'objectif n'étant pas d'être représentatif d'une certaine population, mais plutôt d'avoir une population la plus diversifiée possible en ce qui concerne les critères pouvant faire varier les résultats, ceux-ci ont été recherchés dans la littérature. Ainsi, l'âge des mères, le nombre de

grossesses, leur milieu de vie, leur parité, leur niveau d'études, leurs emplois ainsi que ceux de leur mari, les durées des allaitements antérieurs ont été définis comme critères pouvant influencer les résultats, et donc un panel diversifié correspondant a été retenu. De la même manière, « l'effet boule de neige » n'a pas été mis à profit, afin d'essayer de varier au maximum les profils des mères.

- **Le biais d'information** : un rendez-vous fixé autour d'un thème général comme l'allaitement maternel entraîne une reconstitution de l'histoire pour les mères, ce qui est le propre du récit de vie. Afin d'essayer de minimiser les erreurs non intentionnelles des mères (les oublis, les confusions...), un délai maximal entre la fin du dernier allaitement et la réalisation de l'entretien de cinq ans a été fixé arbitrairement. Le délai moyen observé est alors de 19 mois, et le délai maximal de 4 ans et 4 mois, ce qui laisse néanmoins de nombreuses occasions d'occulter ou de modifier involontairement ses souvenirs.
- **Le biais de « lissage des réponses »** : certains sujets étant délicats à aborder (notion de plaisir, de valorisation des mères...), ou en tout cas pouvant être vécus comme délicats dans des histoires individuelles, ou entraînant de la gêne, certaines réponses ont pu être modifiées afin d'être plus avouables par exemple. Aucun jugement de valeur n'a été émis, une attitude d'écoute était adoptée, mais le ressenti conscient ou inconscient des mères ne peut pas être en tout point verbalisé ni maîtrisé.
- **Le biais d'évaluation** : rapidement, certaines récurrences sont apparues dans les récits, permettant d'isoler des sujets à essayer d'aborder en fin d'entretien, mais qui ont pu d'une certaine manière fermer un peu la discussion ou la limiter. Afin de limiter ce biais, l'enquêteur attendait que les mères n'aient plus de sujet de discussion spontané pour proposer une piste de réflexion, en formulant toujours des questions ouvertes : « Pouvez-vous me raconter tel moment de votre vie ? », et finissait toujours l'entretien par la question « Avez-vous autre chose à me dire ? » ; les entretiens étaient le plus ouverts possible.
- **Le biais de confusion** : de nombreux facteurs différemment intriqués modulent les sujets abordés, pouvant être tantôt cause, conséquence, facteur influençant mineur ou majeur, impliquant le ressenti et la subjectivité, et modifiant les résultats.

- **Le biais d'interprétation** : ainsi, aucune réponse standardisée n'était possible, l'interprétation des résultats prend en compte les paroles, les gestes, le tout dans une ambiance très subjective. Des résultats ont pu avoir une exploitation insuffisante, ou erronée, de toute façon variable d'un enquêteur à l'autre.

Les attentes du chercheur peuvent également influencer la manière d'entendre et d'interpréter un même récit.

### **1.2. Difficultés rencontrées**

- La réalisation de récits de vie, malgré des références précises comprenant des exemples, était une première expérience, suscitant un peu d'appréhension avant de débiter, puis un questionnement permanent lié à l'envie de les réaliser au mieux.
- En effet, une expérience préalable, en tant qu'observatrice ou réalisatrice, aurait pu être intéressante afin de conduire au mieux les entretiens, puis les interpréter, faire des liens entre différentes choses dites et non-dites, cela ne faisant pas partie de la formation ni de l'expérience personnelle de l'enquêteur.
- Il a semblé parfois difficile, après avoir écouté activement les mères, d'aborder dans un deuxième temps certains sujets sans orienter les réponses. Par exemple, le fait de demander quelle importance avait la nourriture pour elles semble tout de suite impliquer que l'alimentation devrait ou pourrait être importante, quelque soit la manière d'aborder cette question.
- Enfin, les mères étaient parfois un peu déstabilisées dans la mesure où elles ne s'attendaient pas à aborder certains passages difficiles de leur vie lors de cet entretien centré sur l'allaitement maternel, et même si cela s'est toujours bien passé, l'enquêteur n'avait pas forcément l'expérience pour savoir quoi dire et comment accompagner. Il s'agit d'un vécu personnel plus que d'un fait, puisque les mères étaient finalement à l'aise dans leur récit.

## 2. Validité externe

---

### 2.1. Le choix d'un allaitement réalisé au-delà de six mois et du récit de vie

M. SOULE (35) souligne combien la situation de l'allaitement est riche à étudier du point de vue des interactions mère-enfant, qu'il situe au nombre de trois. D'une part les interactions biologiques entre la mère et le bébé, d'autre part les interactions ethnologiques, et enfin les interactions fantasmatiques.

Dans ce contexte, il fait le constat du silence entourant l'allaitement dans la constitution des anamnèses et du peu d'écoute accordée aux récits des mères lorsque cette question apparaît. Il déplore ce qu'il considère comme étant une source d'information dont il peut être préjudiciable de se priver : *« Très révélateurs pourtant sont ces souvenirs modulés par les oublis, les reconstructions, la précision des souvenirs écrans, les rationalisations. »*

Il soumet à son lecteur quelques hypothèses pouvant expliquer ce silence surprenant de la part de professionnels qui travaillent la relation mère-enfant, liées à des « attitudes transféro-contre-transférentielles » suscitées généralement (défenses contre la culpabilité si le praticien est une femme qui n'a pas allaité, contre la peur de passer pour un médecin homme rétrograde ou au contraire voyeur...), et mettant en lumière toute la complexité de l'accompagnement de l'allaitement maternel.

M. DUBLINEAU, psychologue, a elle étudié cette question dans un travail de thèse intitulé *« L'allaitement maternel prolongé – Clinique du lien »* (36) , dont les résultats ont été souvent comparés à ce travail dans la partie suivante. Le contexte de son travail se situe également pour des allaitements dits prolongés au-delà de six mois, en lien avec un âge charnière selon des données historiques, médicales et surtout psychologiques. En effet, *« si les différentes théorisations psychanalytiques convergent dans la reconnaissance des changements survenant dans l'économie psychique de l'enfant au cours du second semestre, les données médicales confirment la nécessité de diversifier l'alimentation du bébé à partir de l'âge de six mois, et les données historiques font de l'arrivée des premières dents un indicateur du moment du sevrage »*.

Il semble qu'un allaitement réalisé au-delà des six mois de l'enfant s'inscrit dès lors comme un choix marginal au regard des pratiques sociales en vigueur, et est donc qualifié « d'allaitement maternel prolongé » dans ce travail.

## **2.2. L'hypothèse d'une fonction symbolique de réparation du vécu familial**

### **2.2.1. Leur propre expérience de l'allaitement**

Les résultats montrent que les mères interviewées ont plutôt une expérience négative de l'allaitement maternel dans leur famille, notamment à propos de leur propre allaitement. En effet, la grande majorité n'a pas été allaitée, ou bien sur une durée très courte, en lien avec de nombreuses difficultés rencontrées par leurs mères, recontextualisant, rationalisant et justifiant ce constat par le fait qu'il s'agissait d'une autre époque.

Cela semble en discordance avec certaines données de la littérature, reprenant la vision de J. LACAN (37), selon lesquelles la famille est un lieu de transmission : transmission de la culture, des traditions spirituelles, gardienne des rites et des coutumes. E. GOLDBETER-MERINFELD (38) expose également que l'une des fonctions essentielles de la famille est la transmission : transmission génétique bien-sûr, formes de transmissions du premier degré, car connues et exercées volontairement : savoirs, expériences, savoir-faire et savoir-être, mais également d'autres formes, plus implicites, façonnées par une histoire transgénérationnelle qui véhicule des valeurs, des mythes, des habitudes et rituels répétés de manière automatique sans que vienne à la conscience l'idée d'en questionner le sens.

En ce sens, D. JODELET et J. OHANA (39), dans un travail étudiant les représentations sociales de l'allaitement maternel (en France), montrent que le rôle de l'exemple de leur famille est primordiale pour trois quart des mères allaitantes, en opposition aux conseils donnés par les collègues, amies, autres mères, médecins, et ce qui correspond à des personnes en rupture avec le milieu familial ou qui cherchent à se démarquer de ses usages.

A. EKSTROM (40), dans une étude suédoise décrivant les soutiens à l'allaitement et vécus en lien avec la durée de l'allaitement, va dans ce sens. Il démontre que les multipares qui ont su qu'elles avaient été allaitées ont allaité plus longtemps (*6 mois vs 5 mois, p=0,006*), et que si elles savent qu'elles ont reçu un allaitement long, elles ont de meilleures relations avec leur mère, et bénéficient d'un meilleur soutien émotionnel de leur part. Celles qui ne savent pas décrivent des relations plus distantes avec leur

mère. Aucune différence n'est notée chez les primipares. La majorité a donc une expérience positive de leur propre allaitement par leur mère, mais ne pense qu'il y ait un impact sur l'allaitement de leurs enfants.

Ces données communément répandues laissent suggérer que l'allaitement maternel prolongé pourrait souvent être une pratique, une expérience héritées de son histoire familiale, un modèle, un rituel transmis par les générations précédentes comme mode d'alimentation des enfants que l'on reproduit, plutôt sans en questionner le sens, pour s'inscrire dans la lignée familiale. Or, les résultats montrent que dix mères sur onze choisissent d'aborder dans leur récit le fait qu'elles n'aient pas ou peu été allaitées, mettant ainsi en exergue la notion de **réparation** de leur histoire.

J. LIGHEZZOLO (41) décrit, à partir de sa pratique clinique, deux contextes dynamiques passés pouvant favoriser le choix d'une prolongation de l'allaitement, indépendamment de toute sensibilité à une éventuelle injonction médicale, et s'inscrivant dans le poids des transmissions intergénérationnelles.

Tout d'abord, il peut s'agir de l'existence de points de fixation importants consécutifs à un plaisir oral de succion vécu de manière prolongé et trop intense dans l'histoire infantile de la mère, sans qu'il n'ait été possible pour elle à l'époque d'être initiée aux plaisirs de l'échange à distance du corps à corps, par le biais du langage et des échanges ludiques. Dans ce cadre, la future mère risque de chercher à retrouver avec son enfant ce plaisir intense, auquel elle a dû se résoudre elle-même à renoncer trop tardivement, sans trouver à l'époque de substituts satisfaisants. La deuxième explication est l'existence d'une rupture traumatique précoce brutale dans ce domaine de l'allaitement. Cette rupture a pu prendre la forme d'un sevrage brutal chez la jeune femme alors qu'elle était enfant, voire l'absence d'allaitement au sein pour elle, même un temps court. Dans ce contexte, la future mère peut s'inscrire dans une répétition inconsciente avec son propre enfant, des modalités d'allaitement qu'elle a elle-même « subies ». Mais elle peut aussi dans ce même cas de figure avoir le désir inconscient de **réparer** le préjudice subi et essayer de retrouver une sécurité qu'elle n'avait pas elle-même connue dans le lien d'attachement. Elle peut alors à l'inverse entreprendre de prolonger l'allaitement sur une longue durée.

Ainsi, les mères de l'étude n'ont pas, ou peu, été allaitées, rendant cette notion de transmission des modèles familiaux d'un allaitement prolongé pas tout à fait applicable, sauf dans la mesure où l'on considère qu'il peut s'agir d'une réélaboration et d'une réappropriation de la maternalité, voire d'une réparation de son histoire. Certaines mères d'ailleurs soulignent ce manque, appuyant le fait que cette

situation a nécessité plus d'efforts de leur part pour réussir leur allaitement, compte tenu du fait que leur mère ne leur apportait pas ce soutien, ni cette transmission d'une pratique familiale.

Mais il ne semble pas qu'il s'agisse uniquement d'une absence de conseils et de soutien dans ce domaine, et même si quelques mères se sentent comprises par leur propre mère, d'autres décrivent à l'inverse des attitudes plutôt virulentes de découragement, vécues comme une source de doutes, de remises en question, de pressions, voire même des attitudes de culpabilisation et d'inquiétude sur l'état mental de l'enfant et de la mère, sous une forme infantilisante.

M. DUBLINEAU (36) décrit ce phénomène : *« Tout semble se jouer, d'abord et avant tout, entre mère et fille, dans cette dialectique première du devenir mère pour une femme qui n'en reste pas moins fille mais qui, dans l'expérience de la maternité, va être confrontée à la nécessité de réélaborer la figure maternelle. Transmettre la vie et transmettre son lait se fait alors en référence aux transmissions antérieures et s'exprime explicitement chez certaines parturientes. Cette transmission va se décliner dans ses aspects parfois bénéfiques, parfois plus conflictuels, entre mère et fille posant d'emblée l'allaitement comme une problématique maternelle féminine comprenant la polyphonie de sens que cette dualité peut laisser émerger ».*

Egalement à partir du récit d'une mère, elle propose qu'à travers l'allaitement, et plus spécifiquement l'allaitement prolongé, se cristalliseraient des enjeux entre mère et fille issus, entres autres, d'une frustration initiale. En laissant alors aux enfants « le choix » du moment du sevrage, certaines mères pourraient tenter dans un mécanisme d'identification projective de réparer les petites filles qu'elles ont été.

E. GOLDBETER-MERINFELD (38) aborde aussi cette attitude possiblement oppositionnelle aux pratiques familiales qu'elles ont connues : *« il relève que la transmission se passe dans des conditions optimales lorsqu'il y a eu réconciliation entre l'individuation avec et celle contre les parents, la première étant celle où enfant, on apprend progressivement à se différencier et à nommer ses propres sentiments, la deuxième où pour parfaire cette individuation, il paraît nécessaire de s'opposer aux modèles anciens. »*

Ainsi, il semble que l'allaitement maternel dans cette étude soit plutôt un moyen de réparer sa propre histoire de l'allaitement, voire plus largement de recréer ses propres modèles familiaux en opposition aux anciens. Ce processus passe par une réélaboration des figures d'attachement, et plus particulièrement, ce qui réveille une dualité avec leur mère, révélant possiblement des regrets ou une frustration dans ce domaine, et permettant la naissance, l'affirmation et l'individuation de nouvelles

mères. Plusieurs mères d'ailleurs évoquent ce phénomène par les termes : « Ne pas reproduire son histoire », « Rattraper le temps perdu », ou encore « l'allaitement prolongé comme moyen de devenir mère ».

### 2.2.2. Des expériences de vie antérieures traumatisantes

Comme le mettent en évidence les « frises synoptiques » réalisées dans l'ANNEXE 3 à partir des récits de vie, il semble que les événements marquants de la vie des mères qu'elles choisissent d'aborder, en lien avec l'allaitement, soient du registre d'éléments traumatiques, puisque ces derniers sont nombreux, récurrents, et précisément décrits dans tous les récits. Il s'agit plus du vécu subjectif d'un traumatisme que parfois d'évènements « abominables », même si leurs étonnants enchaînements semblent parfois relever de la fiction... Par exemple, on peut observer pour la mère 5 qu'un des « seuls » fait marquant raconté soit le divorce de ses parents lorsqu'elle avait 15 ans. Néanmoins, en replaçant cette personne dans son environnement, ses valeurs, notamment sa croyance catholique, on peut aisément comprendre que cela ait pu avoir été vécu comme un drame pour elle. En effet, on peut considérer que, de la même manière que les mécanismes en jeu dans la transmission intergénérationnelle décrits par MAIN, KAPLAN et CASSIDY (42), « *ce qui détermine les comportements (des parents) l'égard de leurs enfants, ce n'est pas tant leurs expériences passées, mais plutôt les représentations qu'ils en ont* », ainsi que *les solidarités familiales inconscientes associées*, véhiculées par trois formes de symbolisation (sensitivo-motrices, imagées et verbales), se complétant ou s'opposant, selon S. TISSERON (43).

Et comme il est décrit plus haut, plusieurs mères font elles mêmes le lien entre ces événements et leurs conduites associées, notamment cette décision d'allaitement maternel prolongé, mettant en exergue la notion de réparation, et d'inscription possiblement transgénérationnelle de ce choix dans les trajectoires de vie qu'elles choisissent de livrer.

Outre le poids des transmissions intergénérationnelles énoncé plus haut, J. LIGUEZZOLO (41) s'attache à chercher les facteurs multidimensionnels à l'origine du choix d'allaiter. Dans ce contexte, elle décrit un autre facteur possible : le poids des deuils non élaborés, avec des deuils de différents registres, celui de la perte d'une personne chère, et celui de la perte du statut de femme enceinte, avec tout ce que cela implique. Reprenant l'influence de M. HANUS (44), elle souligne l'influence possible d'un deuil récent ou à venir sur la genèse du désir de procréer et d'allaiter. La conception de l'enfant revêtirait alors « *une valeur d'agir maniaque à valence antidépressive* » : se tourner vers la vie pour

dénier la perte, et ne plus avoir à élaborer les affects douloureux qui lui sont rattachés. Selon l'auteur, ce facteur pourrait particulièrement contribuer à une prolongation du corps à corps, dans la mesure où toute séparation générerait pour la mère la réactivation de la perte non élaborée.

Un des points d'ancrage des recherches de M. DUBLINEAU (36) est de démontrer que l'allaitement maternel prolongé au-delà des six mois de l'enfant aurait une fonction de réparation au regard d'un traumatisme transmis dans le lien générationnel, il constituerait « *une tentative de symboliser un éprouvé marqué par la négativité* ». L'enfant fait l'objet d'une identification importante. Les éléments traumatisants de vie attestent alors de l'inscription transgénérationnelle du choix de la pratique de l'allaitement prolongé, celle-ci pouvant être considérée comme l'espace d'une cristallisation des enjeux de transmission et des avatars de ceux-ci. Selon l'auteur, les modalités de construction de cette transmission témoignent d'une part de l'acuité des faillites identitaires, et d'autre part, de la constitution d'un lien mère/enfant peu différencié. Elles sont mises en évidence par des « *catastrophes de symbolisation* » (liées à des ruptures dans le travail de la symbolisation et de la marque de ces ruptures dans l'histoire de ce travail, particulièrement dans l'histoire des transmissions entre générations) émergeant dans des protocoles de Rorschach, et constituent les marqueurs des ratés de cette transmission.

La référence constante à la transmission induit inévitablement la référence à l'histoire du sujet, à son histoire la plus intime, la plus enfouie, celle à laquelle il a consciemment accès mais concerne également l'histoire de ses ancêtres. La maternalité, à travers les processus de réaménagements intergénérationnels et transgénérationnels qu'elle induit, va venir réinterroger l'histoire familiale et personnelle de la mère, à l'origine d'une véritable « *crise d'identité* » débutant avant même la naissance de l'enfant.

Lors de certaines rencontres, M. DUBLINEAU remarque que des mères mettent en place des processus d'identification projective sur leur enfant, abordant la notion d'**abandon**, notion qui ressort souvent dans les récits. Ainsi, lorsque le parent souffre d'une défaillance des objets parentaux dans leur fonction de confirmation narcissique, il a l'expérience intime et le vécu d'avoir été abandonné, non aimé, et il est dans une attente de réparation de la part de son propre enfant. Il pourra vivre alors l'individuation et l'autonomisation de ce dernier comme une nouvelle expérience d'abandon.

E. GOLDBETER-MERINFELD (38) aborde également la notion de transmission consécutive à des traumatismes vécus. Tout d'abord, elle explique que les événements heureux ou malheureux marquent la toile familiale entière, y laissent des traces qui elles aussi, non seulement vont être transmises, mais vont aussi déteindre sur les modalités même de la transmission et sur les règles concernant la manière de la recevoir et de la traiter. Reprenant S. TISSERON, la transmission se fait parfois à travers des récits clairs et des rituels définis donnant lieu à des phénomènes intergénérationnels observables, ou au contraire, elle prend une forme plus indirecte, énigmatique, plutôt gestuelle. Cette dernière modalité se marque par des phénomènes transgénérationnels et a lieu notamment en cas de traumatismes vécus et non surmontés dans une génération précédente (concepts de *fantômes* et de *revenants* qui font des ricochets d'une génération à l'autre). P. BENGHOZI poursuit cette réflexion en distinguant deux objets de transmissions : la trace qui concerne le contenu psychique lié à un événement, et l'empreinte qui est constitué par le matériel psychique familial non révélé, qui n'a pas été métabolisé ni symbolisé, et se rapprochant des fantômes évoqués par S. TISSERON. Enfin, les thérapeutes AM. NICOLO et E. STRINATI relèvent que ce qui est transmis ne se réduit pas seulement au souvenir de l'événement traumatique ou au vécu fantasmatique lié au traumatisme, mais est surtout constitué des défenses transpersonnelles mises en œuvre pour s'en protéger et éviter les conséquences ou les répétitions. Elles considèrent que la dimension préverbale des interactions (que l'enfant ingère précocement, au sens figuré, et possiblement au sens propre dans notre cas) constitue une sorte de dépôt des expériences traumatiques transmises par un vecteur transgénérationnel, au niveau duquel on peut observer une partie des défenses transpersonnelles de la famille.

Pour aller plus loin et dans ce contexte, M. DUBLINEAU fait l'hypothèse que l'allaitement maternel prolongé serait un colmatage perversif contre les angoisses de dépression et d'effondrements psychotiques ; ces stratégies perverses consistant en la création et la maîtrise de la confusion des identités et en une séduction narcissique permettant au sujet d'éviter la séparation-individuation avec l'objet. Au-delà d'une problématique de séparation, ces mères s'inscriraient plutôt dans une problématique d'enveloppe, de limites.

Ainsi, il semble que les notions de réparation, de deuils, de sentiment d'abandon, récurrents dans notre échantillon aient déjà été décrites, souvent dans le cadre plus large de la transmission consécutive à des traumatismes vécus, faisant de l'allaitement maternel prolongé un élément possible des défenses transpersonnelles pouvant être mis en œuvre secondairement. Plusieurs mères expriment clairement le fait qu'elles ne veulent pas reproduire leur propre histoire. La signification que prend cette

pratique est à la fois consciente, une transmission du premier degré, car partiellement exprimée par certaines mères, mais aussi inscrite dans un processus transgénérationnel inconscient, résultant des événements de vie des mères, de leur famille et de la manière dont elles l'ont reçu, des représentations qu'elles en ont, et constituant l'héritage riche et complexe transmis à l'enfant allaité.

### 2.2.3. La volonté de créer un lien familial privilégié

Tout d'abord, certaines mères font références aux pratiques culturelles des pays d'Afrique ou scandinaves en ce qui concerne l'allaitement, pour justifier ce mode d'alimentation marginalisé en France, qu'elles ont réalisé. Néanmoins, il ne s'agit que d'une minorité de l'échantillon (deux mères).

A ce propos, M. DUBLINEAU (45) décrit trois registres colorant la qualité de la transmission générationnelle et des organisateurs inconscients de la groupalité psychique familiale, dont ce qu'elle nomme *la référence historique*. Elle décrit que la quête d'étayage culturel *exotique*, dans le registre de l'étranger au regard de leur propre expérience, interroge sur la capacité de ces mères à s'inscrire dans une lignée familiale. Selon certains auteurs, la filiation se construit sur la reconnaissance d'une inscription dans la chaîne des générations, sur la référence commune à un fondement mythique originaire qui assure la continuité narcissique. Chez ces mères, il y a dans la réalité la mise en acte d'une pseudo-rupture avec les générations précédentes. Il pourrait toutefois s'agir de rétablir une continuité là où il y a eu rupture : rupture historique, avec le déclin brutal et massif de l'allaitement maternel pour plusieurs générations en France, et rupture psychique, avec la transmission d'éléments non élaborés, issus d'une histoire marquée de non-dits, de deuils non faits. Faute d'avoir été élaborés par la ou par les générations précédentes, ces éléments bruts font irruption chez les héritiers, traversant leur espace psychique sans appropriation possible. Les résultats de ses recherches indiquent un déficit de la constitution d'une enveloppe généalogique propre et, dans le même temps, les investissements d'autres modes d'enveloppes se portent sur des références culturelles ou historiques. Dans ce contexte de pseudo-rupture avec les générations précédentes, la référence historique peut servir de support identificatoire, et traduire une fragilité identitaire.

Elle écrit (45) : « *Au-delà de la fragilité identitaire de ces mères, il nous paraît intéressant de mettre l'accent sur la remise au travail de l'inscription générationnelle mobilisée par le choix d'un allaitement prolongé : dans le prolongement d'un mouvement fusionnel entre la mère et l'enfant, dans une exclusion du père et une abrasion des différences de sexe et de génération, tente de se réparer la rupture inconsciente – et inaccessible – au sein du lien entre les générations* ».

En effet, outre la référence aux précédentes générations évoquée plus haut et aux autres cultures, les mères justifient à l'unanimité ce choix par la volonté de créer un lien fort, un « attachement » particulier avec leur enfant, à la fois affectif, mais aussi palpable.

Cette volonté semble faire écho à la théorie de l'attachement de J. BOWLBY (46), qui minimisait l'importance des pulsions dans le développement de l'enfant au profit de celle des relations. Il considérait le bébé comme un « être de relation » et insistait sur l'importance pour l'enfant tout petit d'être attaché à quelqu'un, sa « base de sécurité », ce qui constituerait un socle sur lequel il pourrait croître et s'autonomiser. L'attachement désigne le comportement de l'individu qui cherche à se rapprocher d'une personne particulière (sa figure d'attachement) dans les situations potentiellement dangereuses. Le processus d'attachement a donc essentiellement une fonction adaptative. Il constitue un besoin social primaire et comprend différentes phases de développement (47) :

- Avant deux mois : la phase de pré-attachement. Le bébé manifeste des comportements-signaux sans différencier les personnes.
- De deux à sept mois : étape d'attachement « en train de se faire ». L'enfant a recours à divers comportements visant à obtenir la proximité physique du parent. Il différencie les personnes, mais la substitution de la principale figure d'attachement est encore possible.
- A partir de sept mois : étape de l'établissement d'une relation d'attachement franche, et sélective envers une personne privilégiée ; la substitution n'est plus possible.
- Dès l'âge de trois-quatre ans : étape du « partenariat ajusté » (compréhension et influence de l'autre).

J. BOWLBY insiste particulièrement sur le fait que le besoin d'attachement est aussi important que celui de boire ou de manger.

Dans ce contexte, l'allaitement maternel prolongé peut être un des moyens de mettre en place ce lien sécurisant, notamment puisqu'il permet une proximité physique et une réponse à un besoin à l'âge où la figure d'attachement prend toute son importance.

Selon E. GOLDBETER MERINFELD (47), lorsqu'un individu apprend tôt qu'il est digne d'être aimé et que les adultes lui répondent et sont disponibles quand il en a besoin, il aura plus de chance d'établir des relations satisfaisantes avec d'autres partenaires et d'avoir l'envie et la capacité d'essayer de résoudre les problèmes relationnels et de gérer les émotions de telle manière qu'elles n'entrent pas en

escalade en dehors de son contrôle. La transmission des liens d'attachement des grands-parents aux parents et ensuite aux enfants ne dépendrait alors pas de la manière dont les parents éduquent.

Dans cette quête de rapprochement et de partage, certaines mères parlent de symbiose avec leur enfant, ce qui amène à nuancer cette notion d'attachement. En effet, selon M. DUBLINEAU (36), lorsque la symbiose est omniprésente, le lien n'existe plus dans la fusion, « *le fil qui relie deux êtres différents semble disparaître dans le magma d'une seule personne composée de la dyade mère-bébé fondue et confondue* ».

On peut observer que plusieurs mères décident de s'investir dans une nouvelle grossesse lorsque ce lien menace de se rompre lors du sevrage ; certaines font d'ailleurs le lien entre sevrage et nouvelle grossesse. M. DUBLINEAU décrit que dans l'évolution de ce lien, lorsque la maturation infantile vient mettre en péril l'équilibre mère/enfant et que *le cordon lacté* menace de se rompre, il n'est pas rare que la mère investisse une nouvelle grossesse évitant ainsi toute confrontation au manque. La fonction du lien charnel établi serait réduite à la satisfaction d'un auto-érotisme, l'enfant ne possédant pas un véritable statut d'objet mais plutôt un statut d'appendice narcissique. Il ne s'agit donc pas toujours d'un investissement adhésif à l'enfant dans sa spécificité. La perte inévitable de ce mode de relation à l'enfant, lorsque ce dernier se sevré réellement, se trouve en mesure d'être compensé par le réinvestissement d'un autre enfant. Il s'agit dès lors pour la mère de projeter non pas tant dans l'enfant que dans l'allaitement et dans ce qu'il figure de cette transfusion pulsionnelle, une partie de sa problématique interne. Le support de cet investissement adhésif n'est donc pas, comme on pourrait le supposer, l'enfant mais bien l'allaitement maternel. Ce dernier ne peut être dissocié de la présence d'un enfant qui ne serait alors qu'un vecteur indispensable à l'homéostasie psychique maternelle. Le risque de la séparation est un risque d'arrachement d'une partie du Moi.

Ainsi, les mères rationalisent et justifient la pratique de l'allaitement maternel prolongé en soulignant l'importance qu'elles trouvent à établir un **lien** familial fort, inaliénable, pouvant trouver ses sources dans d'autres continents, ainsi que dans la théorie de l'**attachement** de J. BOWLBY, en tant que besoin primaire nécessaire au bon développement de l'enfant, lien sécurisant et fondateur qu'elles n'ont pas forcément connu. Cette intentionnalité peut néanmoins parfois être nuancée avec précaution dans la mesure où elle peut évoquer une conduite d'éviction du manque et de la perte dans l'équilibre psychique maternel uniquement, mettant de côté celui de l'enfant, et sans en apprécier les conséquences. Quoiqu'il en soit, il est possible que cet ensemble de justifications avancé par les mères

résulte aussi du manque de confiance en elles dont certaines font part, manque de confiance en partie pallié par l'allaitement maternel justement.

### **2.3. L'hypothèse d'une fonction de cicatrisation par rapport au déroulement de la grossesse et/ou de l'accouchement**

Selon F. DOLTO (48), avec la coupure du cordon ombilical, le bébé renonce à l'état fusionnel avec la mère et accède au monde aérien. Cette étape du développement de l'enfant, décrite comme la phase de « *castration ombilicale* », n'est pas sans conséquences sur le vécu et le récit qu'en font les mères.

En effet, loin de dépeindre des tableaux de grossesses et accouchements idéaux, les mères trouvent important de revenir précisément sur les difficultés qu'elles ont rencontrées dans cette étape de leur vie, faisant donc un lien avec l'allaitement maternel qu'elles ont ensuite réalisé. Ainsi, les grossesses qu'elles choisissent de nous raconter sont des grossesses plutôt mal vécues, souvent très désirées, surmédicalisées, source d'angoisse, entraînant parfois de nombreux effets indésirables, dont la fin est vécue comme un soulagement, ou un déchirement. Les accouchements, eux, ont aussi souvent été émaillés de difficultés, interventions médicales au premier plan, et se sont parfois prolongés par des babyblues. Il est donc intéressant de se questionner sur la place et le sens de l'allaitement maternel dans ce contexte.

Une première grande théorie est que l'allaitement maternel prolongé est un moyen de **réparer** le vécu de la fin de l'état de grossesse, de l'accouchement, et qu'il a une fonction **antidépressive** maternelle.

Dans une étude s'intéressant aux représentations sociales de l'allaitement maternel, D. JODELET (39) recherche auprès des mères leurs raisons d'allaiter. Un des résultats spécifique de l'allaitement prolongé est en faveur de la satisfaction physique maternelle liée à un état considéré comme prolongeant la grossesse ou assurant une transition pour la séparation avec le corps du bébé.

Reprenant l'ouvrage sur l'érotique maternelle d'H. PARAT, R. PRAT (49) explique à son tour que s'il est classique de décrire l'accouchement comme une castration subie par la femme, en tout cas s'inscrivant dans le vécu de la castration, l'allaitement permet d'atténuer cette blessure et de compenser la perte réelle, en permettant de « *retrouver au-dehors quelque chose qui existait au-dedans* ». L'allaitement peut alors être l'incarnation d'une lutte contre les angoisses spécifiques d'indifférenciation

qui émergent au moment de la naissance, l'indifférenciation n'étant pas tant celle de la mère et de l'enfant que celle entre la mère elle-même et ses ascendants.

M. THIRION (50), se basant sur ce fantasme de réincorporation de l'enfant, de peau commune ou de prolongement physique entre la mère et l'enfant avant de pouvoir s'en détacher, montre par sa pratique que l'allaitement peut tout autant être la scène d'une intégration progressive de la séparation des corps après la naissance et, lorsqu'il est long, ne pas gêner ce processus, que celle d'un déni de cette séparation au profit d'un maintien fantasmatique de la fusion, d'une dépendance physique, d'un prolongement de la grossesse. L'allaitement long ne peut et ne doit alors pas être considéré comme pathologique en soi, mais doit être lu et mis en sens en fonction des problématiques des dyades mères-enfants. La notion de deuil est également abordée, dans la mesure où la mère est confrontée au deuil imaginaire de son gros ventre, du sentiment de complétude ressenti pendant la grossesse, l'allaitement servant à l'intégrer, ou à le dénier. En ce sens, J. LIGUEZZOLO (41) affirme qu'à l'accouchement, toutes les mères sont touchées par le deuil fantasmatique de la complétude phallique instaurée au niveau imaginaire par ce ventre qui grossit de plus en plus à mesure que la gestation avance.

D. BLIN, E. THOUËILLE et M. SOULE (51) abordent également la situation du post-partum. A travers certaines situations cliniques, ils décrivent que le sein plein, rempli, prend le relais du gros ventre, dont il est la métaphore qui permet de reporter au sevrage la perte et le manque redoutés au terme de la grossesse. Une des données cliniques ressortant est l'actualisation du fantasme de fusion et de retour intra-utérin. Le désir d'abolition de toute distance avec l'objet, qui est dans tout amour, prend la signification d'abolition magique de la naissance en tant que séparation et en tant que violence. L'allaitement semble, sous cet angle, au service du déni omnipotent de la dépression du post-partum, « avec parfois l'allure d'un triomphe maniaque (au sens des défenses maniaques décrites par M. KLEIN comme caractéristique, avec la réparation, de la position dépressive) ». Il a fonction de réparation de l'enfant, objet du désir inconscient de destruction, et fonction de réparation de la mère abandonnée par son enfant dès lors qu'il est né. L'allaitement maternel est alors un facteur positif de l'évolution de la relation de la mère et de l'enfant en tant qu'il permet « l'élaboration de la position dépressive, donc le dépassement des angoisses de persécution et des fantasmes de circulation de quelque chose de mauvais, que les avatars négatifs de l'allaitement actualisent si facilement ». Selon la structure psychologique de la mère, mais aussi selon les modalités de l'expérience, du vécu de la mère dans la situation, l'allaitement prendra la signification de déni omnipotent de la séparation, ou celle de réparation. En fonction de la prédominance de l'une ou l'autre de ces dimensions, le sevrage sera appréhendé

différemment : échec d'un mécanisme de défense, avec risque de dépression, ou possibilité de poursuivre sur d'autres modes avec créativité et sublimation. Résumant ces faits, J. SIKSOU parle de « *gestation extra-utérine* » en parlant de l'allaitement, qu'elle considère comme un second cordon, support concret à la représentation du lien entre la mère et l'enfant. Le lait fourni symbolise alors l'enveloppe qui se substitue à l'enveloppe liquidienne de la vie intra-utérine : « *enveloppe physique et psychique – enveloppe physique : au travers de la tenue du bébé, des soins corporels, des échanges de caresses, de regards, de sourires, de vocalises, d'odeurs, et enveloppe psychique : attention et rêveries maternelles* ».

M. DUBLINEAU (36) s'est aussi intéressée de près à la signification que peut prendre l'allaitement maternel prolongé, en lien avec la grossesse et l'accouchement, développant la notion de « **fantasme de kidnapping** ». Selon l'auteur, la séparation de l'accouchement ayant laissé place à une angoisse non élaborable, l'allaitement maternel prolongé pourrait permettre, en partie, de se réappropriier l'enfant et de poursuivre un lien fusionnel avec lui. Avec l'allaitement, il y aurait une sorte de déni de l'accouchement, de la séparation douloureuse vécue, et une illusion d'être toujours collée à l'enfant, d'avoir toujours l'enfant en soi. Le flux sanguin de la grossesse trouverait à se perpétuer à travers le flux lacté de l'allaitement, selon un système de vases communicants, posant la question du déni de toute limite. La mise en place d'un **cordon lacté** viendrait nier toute coupure du cordon ombilical et maintiendrait un lien symbiotique qui se trouvera, au moment du sevrage, nécessairement rompu entraînant dès lors le sentiment de perte et de rupture qui n'a pas pu s'élaborer au moment de la naissance de l'enfant.

De cette théorie sont attachées deux autres remarques, souvent observées dans les récits. Tout d'abord, elle implique que la figure médicale, au sens large, ait un visage de danger, puisqu'acteur de la séparation mère/enfant lors de la naissance, et donc soit vue comme un voleur potentiel d'enfant. La mère paraît utiliser, au moment de la naissance de son bébé, toute son énergie psychique à lutter contre la séparation vécue, en déplaçant cette question sur une figure persécutrice, souvent médicale.

D'autre part, M. DUBLINEAU décrit que *le fantasme de kidnapping* sera d'autant plus exacerbé que l'accouchement aura été vécu de façon traumatique. De manière générale, elle constate que le vécu traumatique d'un accouchement souvent difficile semble empêcher la mère de faire ce nécessaire travail de deuil de la grossesse. Ces conditions difficiles de naissance de l'enfant peuvent laisser une angoisse de perte majeure, non élaborable, amenant une conduite d'éviction de toute confrontation à la séparation. A travers des entretiens relatant d'accouchements par césarienne très mal vécus, elle décrit une réaction

défensive à l'hémorragie narcissique de l'accouchement, hémorragie due à la séparation, et majorée par la césarienne, créant une blessure qu'elle tente de réparer par un allaitement long. « *Se rejouerait dans le post-partum sur un mode actif ce qu'elle a vécu sur un mode passif pendant la césarienne [...] Il y a une collusion entre « sein » et « ventre » maternel. Vider le sein et le vide du ventre, combler le vide du ventre en remplissant le sein, en établissant un cordon lacté et en permettant d'éviter symboliquement la séparation* ». La mise en place d'un cordon lacté restaure alors la coupure du cordon ombilical, il est bien plus fiable car mieux maîtrisable. Lorsque les conditions de l'accouchement s'avèrent traumatiques, elle considère qu'il s'agit d'un facteur de risque important, à même de faire perdurer chez la mère le désir de faire perdurer l'état de fusion imaginaire, synonyme de sécurité, et ceci d'autant plus que cette dernière doute, de par son histoire passée, de sa capacité à exercer une fonction maternante sécurisante.

Ainsi, les récits révélant un lien avec les vécus de la grossesse et des accouchements, il semble possible de les considérer comme un des facteurs participant à la genèse de la pratique de l'allaitement maternel prolongé, sans que celle-ci soit entièrement un choix délibéré, mais bel et bien un mécanisme de défense mis en place par les mères. Dans un contexte de vécu traumatique de ces expériences de vie, dont la connotation est communément positive, l'établissement d'un cordon lacté serait un moyen inconscient de réparer cette nouvelle perte non élaborée, en évitant de vivre de façon trop rapprochée une nouvelle séparation, cette fois-ci maîtrisable et impulsée à distance par la mère. La moitié des mères décrivant des sevrages mal vécus, il est difficile de dire si les allaitements mis en place traduisent un mécanisme négatif de déni, de maintien fantasmatique d'une fusion, d'une dépendance physique prolongeant illusoirement la grossesse, ou bien positif, comme dépassement des angoisses, élaboration d'une situation difficile voire dépressive, ouvrant d'autres modalités de communication avec son enfant.

Quoiqu'il en soit, la place du milieu médical paraît tout à fait correspondre à la vision des auteurs, source de déception (et de reproches) plus que de persécution, entravant l'établissement d'un lien fusionnel avec l'enfant. La notion de « *fantasme de kidnapping* » est par ailleurs tout particulièrement illustrée par le récit d'une mère : « *[Parlant de sa première césarienne] On n'est pas préparé à se faire charcuter, parce que c'est exactement ça, et mon mari on lui a volé son accouchement entre guillemets, il n'a pas eu l'impression d'être père quand E. est né* » (mère 3).

## **2.4. Le rôle du père**

Le thème du rôle du conjoint n'est en général pas abordé spontanément dans les récits, ou bien mentionné très rapidement en fin de discussion, révélant une place vraiment secondaire des futurs pères dans la décision de réaliser un allaitement maternel prolongé. Ils occupent une fonction globalement soutenance envers les mères, parfois de défense contre les jugements et les critiques, mais semblent en grande partie exclus de cette relation privilégiée avec l'enfant, certaines mères formulant clairement qu'elles cultivaient ce clivage volontairement.

Une étude australienne menée par J. TOHOTOA (52) s'est intéressée à déterminer quel était la nature du soutien des pères lors d'un allaitement maternel prolongé, et d'explorer les stratégies efficaces de soutien que les pères peuvent utiliser pour se faire les défenseurs de l'allaitement. Dans un premier temps, les thèmes maternels abordés significativement sont les suivants : les pères font une différence et permettent de prolonger l'allaitement, une de leur fonction principale est d'anticiper les besoins maternels et de participer aux tâches ménagères, ils ont également une fonction d'encouragement des mères à faire de leur mieux, de reconnaissance de l'effort réalisé, et donc de soutien émotionnel. Du côté des pères, les thèmes sont les suivants : ils veulent être impliqués dans le processus de parentalité, et donc dans l'allaitement, mais reconnaissent ne pas être préparés, être moins bien formés que leur femme et manquer d'informations pertinentes pour être efficaces dans leur rôle parental. Ils souhaitent donc recevoir des informations pragmatiques, scientifiques, pour apprendre leur rôle de père dont ils parlent avec fierté. Ils souhaitent également être des défenseurs de l'allaitement, prendre un rôle de plaidoyer contre les familles et professionnels de santé qui ne comprennent pas cette pratique. Les résultats de cette étude soulignent donc l'importance d'un soutien pratique, affectif et physique pour les mères australiennes, ce qui ne semble pas ressortir franchement de l'étude.

Une étude suédoise menée par A. EKSTRÖM (40) a elle aussi étudié le rôle des conjoints dans l'allaitement. Il est mis en évidence que la durée de l'allaitement maternel est corrélée au temps passé avec le père après l'accouchement (juste après la délivrance), uniquement pour les primipares (3,5-7,3 heures) puisque chez les multipares (3,0-5,0), les pères partaient s'occuper des autres enfants.

Malgré ces données attestant du rôle primordial du père dans l'allaitement maternel, les récits semblent plutôt aller en faveur d'une décision unilatérale de la mère, les pères étant placés au second plan, dans un rôle malgré tout plutôt soutenant. D. JODELET, étudiant les représentations sociales de

l'allaitement maternel (39), met en évidence que la décision d'allaiter est un fait solitaire dans la mesure où le père intervient peu : il n'est mentionné que dans 30% des cas, et une participation active et encourageante de sa part n'apparaît que pour 13% d'entre eux seulement.

Selon J. LIGUEZZOLO (41), un des facteurs multidimensionnels à l'origine du choix d'allaiter est le poids de la relation de couple et la fonction paternelle de séparation. Il décrit, comme beaucoup d'auteurs, que l'arrivée du bébé oblige chacun des parents à reconstruire son identité sexuelle avec une partition nouvelle où ils ont respectivement à assurer leur nouvelle fonction de père et de mère, tout en conservant leur fonction d'amant(e) dans le cadre de leur vie de couple. Ainsi est soulignée l'importance de la fonction paternelle de séparation dans la construction de l'individuation du bébé et de son autonomisation future, passant par la possibilité de se détacher du sein maternel. Cette fonction ne peut être mise en œuvre que si le père de l'enfant demeure l'objet du désir maternel et conserve sa valeur d'attracteur génital. L'auteur décrit que si cette condition n'est pas respectée, la prolongation de l'allaitement au sein peut devenir synonyme de l'exclusion paternelle et traduire le maintien d'un lien serré entre la mère et l'enfant. Ce lien n'est plus (depuis la coupure du cordon) fusionnel (même s'il peut le demeurer au niveau imaginaire), mais le plus souvent anaclitique plutôt qu'incestueux. Dans ce contexte, l'injonction médicale à l'allaitement prolongé viendrait renforcer ce risque en fournissant à la femme un argument supplémentaire pour prolonger la relation de corps à corps avec son enfant, sans la médiatiser par le langage, et pour rechercher après de lui des satisfactions substitutives par rapport aux manques en provenance de son partenaire.

M. DUBLINEAU (36) explique également que les deux conditions pour que le père puisse avoir une **fonction de lien et de séparation** dans la dyade mère-enfant sont d'une part le passage par la parole de la mère, et d'autre part la reconnaissance du père, ces deux conditions étant nécessaires pour qu'un espace potentiel se libère. C'est seulement lorsque celui-ci existe que le père peut exercer sa fonction structurante de protecteur mais aussi de sérateur. Élément tiers, il vient par sa présence et par ce qu'il représente, rompre l'unité de cette dyade, marquer les limites de l'unité première : le retour en arrière, la fusion, l'inceste mère-enfant. Il vient signifier, dans la diversité des liens de la mère et à l'enfant, qu'il existe d'autres attachements, de nouveaux investissements, réintroduire les autres et le monde extérieur. Mais pour que cet espace paternel trouve sa place, existe et fonctionne, il faut que la mère le concède et que le père l'occupe. Il est voué à l'échec lorsque le père est totalement exclu, ou lorsqu'au contraire il se positionne comme protecteur de la dyade mère-enfant. En effet, les résultats de son étude semblent souvent montrer qu'au lieu d'être un représentant du monde extérieur vers lequel l'enfant

doit se tourner, le père peut transmettre que l'extérieur représente le danger contre lequel la famille doit se défendre ; il ne remplit pas non plus sa fonction de tiers séparateur, il lui barre la route et maintient l'enfant attaché à sa mère. Cette position de « mur » protecteur le place à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de la cellule familiale.

Cette description de tiers protecteur n'apparaît pas dans les récits, contrairement au tiers mis de côté, parfois exclu de la dyade mère-enfant. Les mères interviewées par M. DUBLINEAU expriment aussi le fait que l'allaitement maternel est un choix qui leur est propre, une « évidence » comme il est souvent question dans les récits de l'étude, dont il a peu été question dans les échanges avec leur compagnon avant la naissance de l'enfant. Pourtant, si sa mise en place n'est pas nécessairement sensible à la dynamique conjugale, il n'en est pas de même pour la suite. La mère sera nécessairement confrontée aux réactions du père de son enfant, que celles-ci soient en mesure d'être clairement exprimées ou non. Cependant, pour penser à lui, encore faut-il que le père soit en mesure d'investir de manière assez souple ses propres conflits internes qui se sont trouvés réactivés, tout autant que ceux de la mère, au moment de la naissance de l'enfant. Ainsi, les hommes expriment majoritairement le sentiment d'être exclus, mais la confrontation à la scène s'élabore, plus ou moins difficilement, en fonction de leurs propres aménagements défensifs. Pour certains, l'articulation suffisamment souple de leurs propres conflits internes va les autoriser à appréhender les choses sous un regard attendri. Pour d'autres, elle va susciter des mouvements d'envie les mettant en rivalité trop directement avec leur enfant et les amener dès lors à faire fortement pression pour que la mère arrête l'allaitement ; *« l'homme pourrait être, lui-même, en prise avec la reviviscence des angoisses de la symbiose maternelle et avoir été objet de désir pour sa mère »*.

S'il apparaît dans les récits que les pères semblent accepter, et donc élaborer ces situations d'allaitement, il n'en demeure pas moins que se pose la question de leur rôle dans le développement initial de l'enfant, puisqu'ils se retrouvent en partie exclus de la dynamique conjugale pour cette pratique. Certains diront que des évolutions sociales importantes ont eu lieu, concernant la structure familiale traditionnelle, paraissant avoir fragilisé la place des pères, mais comment peuvent-ils trouver alors cette place ?

E. GOLDBETER-MERINFELD (53), se basant sur différents auteurs, décrit la capacité du tout petit à vivre les relations triangulaires. Le moyen d'y parvenir est lié à l'établissement d'une communication entre les parents vis-à-vis de l'enfant la plus coordonnée et chaleureuse possible, ce qui lui permettra de développer au mieux ses capacités triangulaires. Cette communication entre les parents doit se préparer

activement pendant la grossesse. Reprenant R. MILJKOVITCH et B. PIERREHUMBERT (54), elle propose de s'interroger sur la spécificité du rôle du père (par rapport à la mère) à remplir cette fonction protectrice et sur sa capacité à materner, c'est-à-dire à pouvoir répondre avec autant de sensibilité que les mères aux besoins de leur enfant. Néanmoins, il faut se pencher sur les fonctions spécifiques du père, et non pas sur celles qui sont caractéristiques typiquement maternelles. Dans ce contexte, elle met en relief les capacités du père à jouer avec l'enfant et à contribuer ainsi à le sécuriser dans la découverte de l'inconnu. Elle souligne que les compétences paternelles qui aident l'enfant à prendre son indépendance font du père non seulement un tiers, mais aussi une figure d'attachement spécifique.

Ainsi, si dans l'étude il semble que la décision d'allaiter de façon prolongée soit un choix solitaire maternel en grande partie, il n'en demeure pas moins que le père doit par la suite et au mieux trouver sa place de modérateur et de séparateur de la dyade mère-enfant. Il ne doit pas être absent, au risque de cautionner la prolongation d'une relation fusionnelle, sans limite, dont il est totalement exclu, ni être un protecteur excessif de cette dyade, l'empêchant d'évoluer vers le monde extérieur, en étant malgré tout exclu également.

Cette place à prendre implique toute la complexité des aménagements propres défensifs paternels liés à sa propre histoire et à son nouveau statut de père et de parent. Elle doit notamment éveiller l'attention des soignants, dont l'objectif pourrait être de favoriser cette relation triangulaire, apportant à l'enfant une figure supplémentaire et *sécur*e d'attachement. Ainsi, il ressort que le rôle des soignants est de favoriser la communication et la parole au sein du couple sur ce sujet, de favoriser l'intervention des pères dans d'autres modes de communication. Il pourrait être également de former et d'apporter des informations supplémentaires aux pères, afin qu'ils puissent s'impliquer dans le processus de parentalité via l'allaitement réalisé par leur femme, et ainsi avoir une fonction de soutien fiable, solide, ayant une valeur gratifiante auprès de leur femme, et afin qu'ils puissent se frayer une place à eux aussi irremplaçable dans cette dyade devenant triade.

## **2.5. Le rôle des valeurs et croyances**

Au sein de l'échantillon diversifié réuni, un même profil de mères semble émerger : toutes les mères expliquent que la décision d'allaiter était comme une évidence, car naturelle, et donc il était peu utile d'y réfléchir longuement, soulignant par ailleurs le rôle des modèles familiaux, qu'elles n'ont pas eu. La majorité est athée, respectant toutes les religions, sensible à l'écologie, mangeant des aliments

biologiques ou préparés elles mêmes, et ont réalisé du maternage avec leurs enfants. Une minorité s'est référée ou impliquée dans une association pro-allaitement. Une minorité également accorde une importance prédominante à l'image de leur corps ou à leur travail.

Reprenant ses résultats, montrant que le choix de l'allaitement maternel est personnel, maternel, impliquant de façon inégale et peu active le rôle de l'entourage et quasiment pas celui du milieu médical, D. JODELET (39) affirme que l'allaitement maternel est une pratique qui n'apparaît ni « naturelle », c'est-à-dire obéissant à un besoin ou mécanisme non réfléchi, inné ou instinctif, ni « traditionnelle », c'est-à-dire socialement encouragée et guidée par des raisons et des recettes transmises dans le milieu d'appartenance. Opposant les mères réalisant pas ou peu d'allaitement maternel et celles réalisant un allaitement long, elle décrit « *deux noyaux de sens opposé* », reliant ces différentes pratiques de nourrissage à plusieurs conceptions du statut de la femme, à deux visions du rapport éducatif à l'enfant que viennent redoubler deux visions des rôles parentaux.

D'une part, chez les femmes qui toujours voient dans le travail un accomplissement personnel ou un moyen d'ascension et de participation sociale, se conjuguent le souci d'assurer l'autonomie de l'enfant par une socialisation précoce et une volonté égalitaire de partage des tâches au sein du couple. La socialisation précoce suppose la rupture de la relation fusionnelle de l'enfant à sa mère, en ce qu'elle a de biologique, d'animal, et appelle l'intervention des autres, en particulier celle du père qui nécessite la substitution du biberon au sein. Le travail justifie le refus d'allaitement comme une valeur, un choix de vie, comme moyen d'acquérir son indépendance, de s'accomplir personnellement, préoccupations qui ne concernent pas les allaitements prolongés (au-delà de six mois,  $Qui^2=0,05$ ). Quant à l'image sociale de la femme, les non-allaitantes craignent une déformation du corps, une atteinte à la vie sexuelle, la réduction à un statut d'animal ou à la seule fonction maternelle, inquiétudes absentes aussi dans les allaitements plus longs ( $Qui^2=0,10$ ).

A l'inverse, en ce qui concerne les mères réalisant un allaitement prolongé, l'auteur décrit une revendication, plus récente, d'une spécificité féminine qui se traduit par la volonté de vivre l'unicité d'une relation à l'enfant. L'allaitement prône alors la fusion mère/enfant et la spécificité de l'expérience féminine dont le père est exclu. Que l'on puisse, en allaitant, respecter une tradition, satisfaire à un devoir, une obligation ou une fonction dévolue à la femme, sont des idées qui motivent les allaitantes mais n'effleurent pas l'esprit des réfractaires. A l'inverse, la place du travail, de l'image sociale de la femme, les modèles d'éducation basés sur la socialisation de l'enfant et le partage des rôles dans le couple, sont des valeurs absentes chez les mères réalisant des allaitements au-delà de six mois.

Au-delà de la durée d'allaitement, les mères de l'étude semblent en effet s'inscrire dans ce deuxième profil, par les valeurs qu'elles expriment, sans revendications franches néanmoins, et se faisant peut-être représentantes de cette récente évolution du statut de la femme, prônant le plaisir de profiter de l'unicité avec son enfant, et possiblement à l'origine du regain actuel de l'allaitement maternel en France.

S. GOJARD (55) propose deux autres modèles sociaux de l'allaitement. Tout d'abord, « *le modèle populaire : une affaire de famille* ». Ce modèle est caractérisé par une durée longue, pouvant se terminer par un sevrage brutal ou par un allaitement mixte prolongé. Il se rencontre le plus souvent chez les femmes de milieu populaire, peu diplômées, et chez les femmes ayant passé leur enfance dans un pays d'Afrique ou d'Asie. Il repose sur une imitation familiale et/ou sur les conseils dispensés en PMI, surtout pour les femmes immigrées qui cherchent un mode d'intégration à la société française et sont particulièrement réceptives aux conseils qu'on leur donne. Dans ce modèle, l'allaitement est conçu comme un acte naturel, très fortement associé à la notion de plaisir, de la mère et de l'enfant. Le second modèle est « *le modèle savant, une affaire médicale* ». Cette fois, il correspond à une durée variable, souvent plus courte, et est surtout caractérisé par un sevrage très progressif. On le rencontre plus fréquemment chez les femmes diplômées de l'enseignement supérieur ou appartenant aux classes dominantes de la société. Il est associé à un discours normatif, très construit et argumenté, d'origine médicale ou paramédicale, reposant sur des arguments multiples. Ces arguments relèvent aussi bien de la santé de l'enfant que de la construction du lien mère-enfant, ou bien encore du plaisir, qui est présent comme dans le modèle populaire, mais n'est pas souvent le principal argument et n'est surtout jamais le seul. Une des caractéristiques de ce modèle est de nier les difficultés pratiques pouvant être rencontrées. Les femmes n'ont donc aucun mal à expliquer pourquoi elles allaitent. L'auteur précise qu'il est difficile de repérer un modèle pour les femmes appartenant aux classes moyennes compte tenu de leur hétérogénéité. Cette description ne s'adapte donc pas aux mères de l'étude.

Ainsi, le profil des mères de l'étude semble correspondre en de nombreux points à celui décrit par D. JODELET, l'allaitement maternel prolongé qu'elles réalisent étant un moyen de satisfaire une fonction dévolue à la femme, non pas au sens ancien, « traditionnel », « rabaisant » du statut de la femme, mais dans le cadre d'un **privilege**, d'une spécificité féminine dont elles sont fières, qu'elles revendiquent à bas mot, comme possibilité de vivre l'instant présent de l'échange et de la relation avec leur enfant.

## 2.6. La notion de plaisir

La grande majorité des mères interviewées parle ouvertement et sans pudeur du plaisir physique et moral que leur procure l'allaitement qu'elles ont choisi de prolonger, employant divers qualificatifs : « frissons », « plaisir perceptible », « sensations », « émotions », « moment très agréable »... dont l'acte d'allaiter, de « vidanger » les seins va jusqu'à procurer des sensations de « soulagement extrême », ou de « délivrance » à l'origine d'une grande impatience.

Dans son étude sur les représentations sociales de l'allaitement, D. JODELET (39) met en évidence qu'une des raisons significatives d'allaiter pour les mères est le plaisir sensuel, voire sexuel, éprouvé à donner le sein. Elle note également que, dans son échantillon, la référence au plaisir sensuel et sexuel, qui est inexistante chez les non-allaitantes, augmente chez les allaitantes avec la durée de la pratique.

Ainsi, la notion de plaisir semble indissociable de l'allaitement maternel, possiblement d'autant plus qu'il est long, et participant à la prolongation de cette pratique, mais elle est aussi et surtout teintée d'une connotation négative à l'origine d'un malaise aux yeux de la population générale, aux yeux du milieu soignant, mais aussi de nombreux auteurs.

H. PARAT (49), à ce propos, décrit ce qu'elle nomme la « **fantasmaticque des liquides** ». La mère « *dans son apport liquidien, transmet autant de fantasmes, de désirs, de défenses, que de lait* ». Le sein de la mère propose un lait, nourriture narcissique et nourriture érotique. Le lait ne se réduit pas rationnellement à ses strictes composantes physiologiques, comme si cette production féminine était pour toujours une humeur « inquiétante ». Un lait humeur au même titre que l'urine, le sang, le sperme, les larmes, la sueur... « *Un lait inquiétant qui transforme le sein en un sein turgescents et excréteur mettant au jour une femme phallique formant une invite chez l'homme, à l'angoisse de castration* ». Confrontée à l'intensité des expressions pulsionnelles de son nouveau-né, la mère doit renégocier tous ses aménagements défensifs. Cette fantasmaticque est confrontée à l'aménagement narcissique, à l'organisation de l'auto-érotisme, aux différenciations identitaires et sexuelles, ainsi qu'à l'intrication des courants tendres et érotiques de la libido, cette problématique pouvant être à l'origine du malaise entourant cette pratique.

M. DUBLINEAU aborde aussi ce sujet. Reprenant H. DEUTSCH (56), elle perçoit dans l'allaitement une situation riche en sensations sexuelles pour la mère, en raison d'une part des processus physiologiques qui sont en cause (lien réflexe entre la succion et la contraction du myomètre à l'origine

d'une excitation sexuelle), d'autre part, de l'érogénité des seins. Elle souligne que pour la mère, dans la relation qui s'établit avec l'enfant, il y a contradiction entre ses pulsions sexuelles et libidinales, pouvant être à l'origine d'un rejet et d'un dégoût pour l'enfant. Certaines mères, qu'elle nomme « *les femmes riches en amour maternel* », dominent les pulsions libidinales, elles ne sont pas effrayées par ces sensations sexuelles et sont en mesure de les intégrer « *dans la totalité de l'expérience l'occasion positive, consciemment et inconsciemment* ». L'allaitement est pour H. DEUTSCH l'occasion pour l'enfant de recevoir des messages sexuels inconscients ou conscients, en même temps qu'il se nourrit.

M. DUBLINEAU (36) est amenée à formuler l'hypothèse que dans le cadre de l'allaitement maternel prolongé, certaines mères auraient un fonctionnement de type « narcissique phallique », que l'enfant serait par ailleurs investi comme un prolongement phallique d'elles-mêmes. Elles vivraient une pseudo-hétéro-sexualité socialement bien adaptée. Sous couvert d'une préoccupation maternelle « normale », certaines de ces femmes s'adonneraient, en réalité, à la réalisation d'un inceste socialement critiqué, mais idéologiquement encouragé, « *le sein serait alors utilisé comme un véritable phallus, avec ses pouvoir d'érection, de pénétration, d'éjection et de jouissance, accompagné d'un déni sexuel [du sexe féminin]* ». Ainsi, selon l'auteur, tout autant l'exclusion du tiers dans la relation que l'érotisation massive de l'allaitement, engagent la relation mère-enfant dans une problématique de type incestuelle.

A travers plusieurs récits, elle analyse qu'il est parfois possible de repérer comment les défenses tombent pour mieux montrer que l'enfant est vécu comme un phallus de comblement, de complétude, qui outre le plaisir qu'il donne par sa présence, apporte également un plaisir érotique. Parfois, l'enfant occuperait une « *place de substitut de manque maternel* », permettant à celle-ci d'approcher une forme idéale d'elle, à laquelle quelque chose de la castration pourra être évité, l'enfant et la mère concourraient dès lors à en faire une « *femme comblée* ». L'enfant est donc placé dans le rapport à la castration, il représente le phallus maternel, il est pris dans son Moi idéal. Le sein est également pris dans un processus de phallicisation comme objet oral, objet de désir pour l'enfant et pour la mère. L'auteur propose l'hypothèse que ces femmes auraient surinvesti le sein en lien avec la frustration initiale de l'absence de cet organe. La rivalité à la mère se serait polarisée autour de ce signifiant et le sein prendrait alors une fonction purement maternelle, ne permettant pas le symbolisme féminin et sexuel de cet organe. L'allaitement de leur enfant viendrait réactualiser leurs propres conflits infantiles. En différant le moment de la séparation, ces femmes essaieraient d'éviter leur propre sevrage, leur propre castration ainsi que la position dépressive qui en résulterait avec son risque d'effondrement

narcissique. Ainsi, si la séduction narcissique est un mouvement indispensable à l'établissement du lien entre la mère et son enfant, elle devient plus problématique lorsqu'elle se trouve nouée, fermée, quand le tiers est exclu.

L'ouvrage coordonné par M. SOULE, D. BLIN et E. THOUVILLE (51) donne la parole à plusieurs auteurs sur ce sujet. Tout d'abord B. BRUSSET (57) part du principe que tout plaisir qui n'est pas strictement lié à la fonction d'autoconservation a d'emblée valeur érotique. Cette affirmation tire ses fondements dans la morale catholique traditionnelle, selon laquelle la morale dite naturelle distingue de manière identique le plaisir sexuel légitime parce qu'ordonné à une fin, au moins virtuelle, de procréation et le plaisir sexuel coupable dès lors qu'il est recherché pour lui-même.

Ensuite, H. PARAT (58) s'intéresse également à l'aspect maternel de la pratique. Elle décrit qu'il semblerait qu'il y ait un effet d'inhibition nécessaire de l'érogénéité du sein pour pouvoir vivre en l'allaitement une relation autre que perverse, mais une inhibition qui ne doit être que partielle pour ne pas devenir également pathologique, soit finalement un équilibre instable difficile à obtenir ; « *se profile là toute la question de l'inhibition des pulsions partielles, de la transformation d'un sexuel direct en un apport tendrement érotique, qui dès lors peut être psychiquement nourricier pour l'enfant* ». En effet, le lait maternel se fait vecteur de sa nourriture psychique ; or, pour être nourricier au sens plein du terme, pour être psychiquement nourricier, le sein maternel doit avoir été et être encore érotique.

Enfin, B. GOLSE (59) s'intéresse, du côté de l'enfant, à maintenir l'applicabilité des théories de l'étiage de S. FREUD, et de l'attachement de J. BOWLBY dans ce contexte, à la lumière des travaux récents sur les compétences néonatales et les interactions précoces. La théorie de l'étiage dit que la relation sexuelle, au sens large du terme, soit la relation d'amour et la relation de haine, vient se greffer secondairement sur la satisfaction des besoins vitaux de l'organisme. Autrement dit, la relation sexuelle, c'est-à-dire la vie de relation, vient se fonder et s'appuyer sur l'autoconservation dans une sorte de deuxième temps, puisque « secondairement » ne signifie pas ici accessoirement, mais seulement postérieurement. Ainsi, le bébé pourra assez rapidement rechercher ces plaisirs connexes (la voix de sa mère, son odeur, son toucher) pour eux-mêmes et indépendamment de la recherche de la satisfaction pulsionnelle centrale, c'est-à-dire d'une certaine manière rechercher la relation à autrui tout autant que la satisfaction de ses besoins corporels au sens strict. Cela permet de distinguer la situation de satisfaction pulsionnelle, étroitement centrée sur la satisfaction des besoins, de la situation de gratification pulsionnelle, qui englobe selon l'auteur non seulement la résolution des besoins auto conservatoires mais aussi l'obtention des plaisirs relationnels qui s'y attachent. Dans cette perspective, la

théorie de l'attachement décrit le plaisir de la relation comme dépendant d'un besoin tout aussi primaire que les divers besoins de l'autoconservation car tout aussi fondamental et immédiat.

D. JODELET (60) décrit que cette rencontre entre plaisir affirmé et identité féminine donne son plein sens au regain de l'allaitement maternel. Elle en déduit aussi qu'à tant sentir son plaisir, à tant médier celui de l'enfant, à tant sentir son pouvoir, un pouvoir sur l'enfant et qui exclut les hommes, l'acte peut devenir lourd à réaliser, à montrer, et se vivre sur le mode de la **culpabilité**, comme le décrivent certaines mères de l'étude qui se cachent dans les lieux publics pour allaiter leur enfant au fur et à mesure qu'il grandit.

L'acte d'allaiter de façon prolongée a plusieurs fois été comparé dans l'étude à l'effet procuré par une drogue, faisant une sorte de lien avec la **toxicomanie**. Certains auteurs précédemment cités y font aussi de rares allusions, mais pour d'autres applications. B. BRUSSET (57) décrit un fantasme de toxicomanie projeté sur le bébé, dans le sens où allaiter, c'est séduire l'enfant, lui apprendre un plaisir dont certaines mères craignent qu'il ne puisse plus se passer, lui donner des expériences qui vont contribuer à déterminer les modalités et les formes de son désir. La mère pressent qu'elle inscrit dans l'enfant, irréversiblement, quelque chose d'elle-même, de sa personnalité, de sa manière d'être et de faire, de sa propre sexualité. R. PRAT, reprenant H. PARAT (49) aborde la notion de dépendance uniquement dans ce qu'elle appelle les allaitements pathologiques : « *les pathologies de l'allaitement révèlent les défaillances de l'objet interne maternel, les organisations précaires des auto-érotismes, pouvant aboutir à des formes d'allaitement addictif où se révèle la nécessité d'un accrochage sensoriel à l'objet externe, l'enfant* ». Enfin, M. DUBLINEAU (36) reprend la description clinique d'une petite patiente suivie par S. LEOVICI à cinq et onze mois, celle-ci ne pouvant s'endormir qu'au sein de sa mère. Un élément ressortant de son analyse, outre les attitudes projectives et défensives de sa mère tentant de réparer les cicatrices de son histoire, est que du côté de l'enfant, il existe de fait une dépendance au sein, qui devient l'objet de sa toxicomanie, le sein lui appartient autant qu'à sa mère, elle y satisfait un érotisme brutal sans limite menaçant son processus d'individuation.

Ainsi, la notion de plaisir n'est pas citée exactement en ces termes par les mères de l'étude, mais elle est exprimée à travers différents synonymes ou anecdotes, révélant tout d'abord la part de culpabilité et de gêne qu'elle suscite. Il s'agit d'une nourriture érotique par le plaisir physique que procurent le toucher, le soulagement de la tétée, et par la satisfaction fantasmatique de nourrir son enfant avec un fluide corporel, telle la décrivent plusieurs mères. Tantôt stigmatisé comme l'expression pulsionnelle libidinale d'une sexualité maternelle « égoïste », l'allaitement maternel prolongé peut

également être conçu comme un moment partagé, s'inscrivant dans les plaisirs relationnels attachés au besoin auto-conservatoire de se nourrir, mais utile à la découverte des plaisirs associés dans la relation à autrui. Le sens qu'il prend au sein de la dyade et qui est projeté sur les personnes extérieures reste néanmoins difficile à apprécier et à maîtriser.

## **2.7. Une affirmation contre les injonctions de la société**

Le contexte de l'étude offre une possibilité aux mères allaitantes d'exprimer leur indépendance par rapport aux industries pharmaceutiques et alimentaires, ce dont elles ne semblent que peu se saisir ; par contre leurs revendications portent principalement sur la position du milieu médical, parfois incapable de leur donner des conseils, parfois trop « pro-allaitement », toujours inadaptée et les ayant obligées à se tourner vers d'autres interlocuteurs, déception dont elles font part pour la grande majorité.

Décrivant les éléments multifactoriels pouvant expliquer le regain de l'allaitement maternel en France, D. JODELET (60) décrit qu'en tant que pratique de santé, donner le sein peut faire figure de reconquête d'un besoin naturel de la mère et de l'enfant contre les méfaits de la société de consommation, les excès du pouvoir médical, les contraintes du travail. Dans un autre ouvrage (39), elle décrit justement la place que peuvent occuper les médecins et le milieu médical en général. Le support que peut représenter le milieu médical n'est reconnu que par un tiers des allaitantes, pratiquant surtout sur une durée courte ou moyenne (inférieure à six mois). Il apparaît souvent comme normatif, se traduisant par des pressions qui ne semblent pas toujours fondées aux yeux des interviewées. Celles-ci ne se privent pourtant pas de manifester une forte demande et souvent une forte insatisfaction par rapport au personnel médical et paramédical, durant leur séjour en maternité. Elles stigmatisent alors soit un manque de soutien dans les premiers jours après la naissance, soit des positions contradictoires au sein des équipes, soit une attitude ambivalente et paradoxale de la part du corps médical dont les conseils démentent les discours favorables à l'allaitement et qui paraissent souvent inspirés par des raisons idéologiques sur le rôle de la femme plutôt que médicales. Cette situation conduit les mères, qui se sentent dans une grande incertitude, à interpréter la réponse ou la non-réponse du personnel médical comme « une prescription implicite de non-allaitement au sein ». Le fait que le mode d'allaitement apparaisse comme le résultat d'une décision autonome et non d'une soumission passive à des usages répandus entraîne une attitude de tolérance vis-à-vis de la pratique adoptée par la femme elle-même et d'autres qu'elle : le choix est ramené à une affaire de convenance personnelle, le point de vue normatif s'efface. Pourtant, un sentiment aigu de culpabilité se manifeste d'une façon quasi générale : quand on

nourrit aussi bien au sein qu'au biberon, quand l'allaitement est court aussi bien que long. Selon l'auteur, ce sentiment est le symptôme de l'incertitude marquant une expérience féminine qui prend figure de nouveauté dans un contexte où les normes, déstabilisées, peuvent entrer en conflit, « *tout se passe comme si nous étions dans une période de bouleversement des modèles culturels et médicaux qui rend les femmes particulièrement insécures et fragiles, d'où d'ailleurs leur dépendance et leurs demandes insatisfaites à l'égard du milieu médical* ».

Ainsi, il semble que le milieu médical puisse être déstabilisé et effectivement en difficulté à répondre à toutes les interrogations de ces mères, de par le manque de connaissances et de pratique dans ce domaine, mais il apparaît que, quand bien même il serait en mesure de répondre à ces requêtes, celles-ci pourraient rester insatisfaites compte tenu des bouleversements, de l'ambivalence, et de la culpabilité les touchant.

## **2.8. Le renforcement narcissique de la mère**

Un des résultats unanime de cette étude est la fonction de gratification maternelle qu'engendrent les allaitements maternels prolongés mis en place, s'inscrivant dans un « *noyau de sens* », dans un ensemble de déterminants d'origine multifactorielle, et soulignant ainsi le rôle de renforcement narcissique de l'allaitement dans les trajectoires de vie de toutes les mères interviewées. Tantôt source d'abondance, tantôt remède à tous les maux, aliment irremplaçable et meilleur pour les enfants, le lait maternel offre un avantage incommensurable aux mères qui le produisent, aux enfants qui en bénéficient, ce dont les mères se font les messagères auprès de leur entourage au sens large, investies d'un rôle de conseillères.

Etudiant les raisons d'allaiter en fonction des durées, D. JODELET (39) s'intéresse à la signification des résultats, en nuancant les arguments détaillés par des mères non-allaitantes, allaitantes de courte (inférieure ou égale à un mois)/moyenne/longue (supérieure ou égale à six mois) durée. Les résultats sont présentés dans **l'ANNEXE 4**.

De façon globale, les mères réalisant un allaitement maternel « long » mettent en avant des raisons et considérations psychologiques dans 68%, médicales dans 17%, normatives dans 9% et pratiques dans 6%.

De façon plus détaillée, l'auteur reprend ces données, de répartition très inégale, afin de leur donner du sens. Tout d'abord, les considérations pratiques, sur lesquelles se sont toujours appuyés les défenseurs de l'allaitement maternel depuis le XVIIIème siècle, opposant sein et biberon sur un critère général de commodité, sont aujourd'hui peu saillantes, quelle que soit la pratique. Elles ne représentent que 5% des arguments incitant à l'allaitement maternel et 14% de ceux qui s'en détournent. Les raisons d'ordre médical, qui dominent actuellement dans les messages de prévention et recommandations présentent une physionomie révélatrice du rapport au savoir et au corps. Elles n'atteignent que 22% des arguments avancés pour ou contre l'allaitement maternel. Ce taux met bien en évidence que les préoccupations d'ordre biologique ne sont pas les plus décisives dans ce type « de conduite sanitaire ». De façon plus précise, il est observé que la sensibilité à ce type d'information baisse à mesure qu'augmente la durée de l'allaitement. De plus, cette différence quantitative prend un sens particulier en tenant compte du contenu des informations citées. Certaines concernent la comparaison du lait maternel et du lait maternisé en fonction de divers critères de qualité, d'apports nutritionnels, ou de naturalité. D'autres se rapportent à des propriétés couramment connues comme les propriétés immunologiques. Un troisième type regroupe des informations scientifiques peu diffusées comme la prévention des allergies, ou l'adaptation de la composition du lait maternel aux besoins du développement digestif et général du bébé. Or, une différence de signification ( $\chi^2=0.02$ ) apparaît entre les non-allaitantes et les allaitantes de courte durée d'une part, et celles qui pratiquent un allaitement plus ou moins prolongé d'autre part : les premières privilégient les deux premiers groupes d'informations comme si elles empruntaient au discours dominant dans la société ses aspects les plus banalisés concernant la supériorité du lait maternel sur le lait industriel. Les secondes accentuent les informations scientifiques, insistant par ailleurs sur le caractère naturel de lait maternel ou les bénéfices qu'il comporte pour la santé de la mère, comme si une pratique durable de l'allaitement, peu attentive aux propriétés les mieux établies du lait maternel, se fondait sur des préoccupations écologiques et une recherche d'informations scientifiques de pointe. Illustrant la diffusion des connaissances psychologiques et l'importance de la relation mère-enfant, les raisons psychologiques en faveur de l'allaitement au sein sont citées par 8 mères sur 10. Elles ont un accent différent sur la mère et l'enfant en fonction de la durée d'allaitement. Ainsi, plus l'allaitement se prolonge, plus l'attention se focalise sur le vécu de la mère ( $\chi^2=0.05$ ) au détriment de celui de l'enfant. Tout se passe comme si, chez les non-allaitantes la position maternelle n'était pas investie aussi fortement que chez les allaitantes de longue durée. Les allaitantes de courte durée mettent en avant à un moindre degré la relation que l'allaitement permet d'établir avec l'enfant, sur le plan de la filiation, de la communication et de l'échange (par le

contact physique, le toucher, les caresses, le regard, la voix). Celles qui allaitent plus de six mois mettent en avant de façon importante d'autres raisons qui en font le prix et la valeur : l'assurance d'apporter la bonne réponse aux demandes et besoins du bébé, le fait de se sentir utile, d'exprimer son amour ; c'est bien l'investissement psychologique et corporel de la fonction maternante qui fait basculer les femmes du côté d'une pratique suivie de l'allaitement au sein. Du côté de l'enfant, certains besoins assouvis sont uniquement mentionnés dans les allaitements dits longs. Ils renvoient à des états psychologiques que la mère va satisfaire directement (comme le besoin de réconfort, de sécurisation, d'amour) ou médiatiser (comme ceux d'une communication avec le monde). « *L'enfant-besoin est situé en regard de la mère-donatrice, vision laissant poindre un sentiment de toute puissance qui à la fois anime et culpabilise* ». Celles qui refusent d'allaiter ou y renoncent précocement évoque ce sentiment, qu'elles ne peuvent assumer, par peur de leur pouvoir de vie ou de mort sur l'enfant, par refus de le maintenir dans un état de dépendance ; à l'opposé, les allaitantes de longue durée ignorent ces arguments et sont les seules à évoquer comme obstacle à l'allaitement, la pudeur ou l'influence que peut avoir l'état moral de la mère sur la lactation et sur l'enfant ( $\chi^2=0,05$ ). Il en va de même pour la gratification morale que l'allaitement apporte aux mères : donner une image de soi positive à son entourage, se sentir fière de son geste, affirmer sa féminité, sont des motivations exclusivement revendiquées par les allaitantes de longue durée. Ainsi, les conceptions relatives aux aspects psychologiques de l'allaitement au sein et les positions de principe qui fondent les jugements qui le concernent, s'avèrent discriminantes du point de vue du choix et de la durée de la pratique. En particulier, les items qui concernent l'investissement et les gratifications psychologiques et morales de la fonction maternante, le pouvoir de la mère sur l'enfant, les conceptions éducatives, laissent apparaître un écart considérable, voire une polarisation entre les femmes réalisant un allaitement maternel de plus de six mois et les autres.

Dans un autre article, D. JODELET (60) évoque l'absence de pudeur dont font preuve certaines mères allaitantes, soulignant que la mère peut alors rappeler à son entourage la part qu'elle joue dans l'alimentation de son enfant, elle ressent une double fierté devant l'hommage rendu à la beauté du bébé et à la bonne mère.

S'axant plus sur la notion de narcissisme maternel, H. PARAT (58) décrit ce qu'elle nomme « le sein phallique ». Selon elle, la complétude de bien des femmes enceintes témoigne assez clairement de la valeur de « narcissisme-phallique » de l'enfant porté et permet de mieux comprendre le vécu de castration de la femme à la naissance de sentiment, sentiment de perte, de vide qui est souvent souligné. La femme perdrait à la naissance « ce pénis en elle » que représentait l'enfant, et dans ce

contexte, l'allaitement permettrait une atténuation de cette blessure, une compensation à cette perte fantasmatique que l'enfant réel ne peut totalement effacer, et que l'allaitement permettrait de retrouver « au-dehors » quelque chose qui existait « au-dedans ».

D. BLIN et S. M. CERUTTI (61) citent des extraits de paroles de mères pour expliquer que le lait attire le regard et flatte le narcissisme maternel, avoir du lait marque aussi la puissance, la possession ; l'avoir autorise le **don** ou l'implique plus ou moins. « *Donner son lait, c'est faire don de soi* », c'est introduire, incorporer du soi chez l'autre, c'est bon, ou c'est mauvais, c'est, disent les mères : « *naturel, si une mère a du lait, des seins, c'est bien pour le donner à son enfant ; l'instinct, une sorte de besoin organique en qualité de mammifère ; un devoir, donner de soi, c'est donner le meilleur à son bébé ; une prolongation de la grossesse ; une communion ; le lien mère-enfant même ; être irremplaçable ; être la seule à pouvoir faire cela pour son bébé... Une revanche, faire mieux que ma mère ; une compensation ; une réparation ; j'avais quelque chose à compenser car ma grossesse n'a pas été normale ; tellement facile, c'est là, pratique, à la bonne température ; il n'y a pas de boîte à acheter, pas de biberon à nettoyer...* », toutes ces phrases ayant aussi été mentionnées mot à mot par les mères de l'étude. Dans ce contexte, on peut aussi ajouter que donner, c'est marquer l'emprise sur l'autre, la dépendance de l'autre, dépendance d'un obligé, la reconnaissance va alors de soi.

Les auteurs font une rapide allusion au lait « comme **source** », plutôt dans le sens délétère, lorsque la mère transmet par son lait du mauvais à l'enfant, la nocivité de son propre lait l'empoisonne elle-même dans la mesure où parfois il va cesser de couler, connaître une *coupure* nette : « *Après un choc, le lait peut purement et simplement refuser de couler* », la source se tarit, assèchement ou rétention qui protège l'enfant du lait tourné ou avarié par les émotions. Le lait peut aussi prendre une valeur de **médicament** : il peut soigner et guérir tout autant. Le lait médicament se donne alors au bébé bien portant pour l'aider à grandir ; au bébé souffrant ou fragile, il se donne au même titre que le sang ou le sperme. Collecté et confié, le fluide précieux s'analyse, se traite, se garde et se contrôle au sein de banques, tels les lactariums. Le **lait donné** symbolise alors la générosité, le dévouement, l'abandon, l'oubli de soi. Il contribue à édifier le narcissisme maternel où il se focalise car, le narcissisme, à l'image de la production lactée, peut devenir excessif ou se réduire à néant ; il peut devenir narcissisme fructueux, constructif, nourricier, narcissisme nécessaire, ou revêtir l'aspect d'un narcissisme symptôme et prendre la forme d'une sorte de fierté mal située ; ou bien l'altruisme peut laisser subodorer une certaine revendication (« *J'ai donné 600 litres de lait aux prématurés* »)...

D. W. WINNICOTT (62) disait « *Un bébé, ça n'existe pas !* » Un bébé, en effet, ça n'existe pas sans une mère qui lui donne des soins ; « *Je ne dirai que quelques mots et je tenterai de décrire le sentiment d'accomplissement de la mère lorsque sa physiologie et son anatomie, qui avaient pu la gêner jusqu'alors, prennent subitement sens* ».

M. DUBLINEAU (36) aborde également cette notion de renforcement narcissique de la mère médié par l'allaitement maternel dans son hypothèse de fonctionnement maternel de type « narcissique phallique » précédemment exposé. Tout d'abord, à partir d'un de ses récits, elle donne comme exemple les doudous, ou objets transitionnels, qui sont souvent décrits de manière très péjorative (« *doudous serpillères* »), comme c'est le cas dans plusieurs récits de l'étude. Son analyse montre que la solitude figure sans doute les angoisses d'abandon contre lesquelles la mère se débat ; et l'allaitement viendrait répondre, en partie, à ce qui apparaît comme de la souffrance. Elle ne peut envisager la séparation comme une ouverture vers le monde extérieur, une ouverture à l'autre, associant séparation à solitude. Il semblerait alors que, hors d'elle, l'enfant est confronté au vide, à personne, à rien. La non-intégration de la permanence de l'objet, au sens de pouvoir garder en soi l'image de l'autre et d'être assuré de sa présence au moment des retrouvailles, empêcherait cette mère de penser qu'elle continue d'exister, pour ses enfants, en son absence. L'angoisse est aussi activée par la question de la perte de l'objet. Il semble que les investissements ne peuvent être multiples, l'enfant investit la mère ou le doudou, mais pas les deux. Lorsque c'est l'objet doudou qui est choisi par l'enfant, il se trouve soumis au risque permanent de sa perte. Dans ce contexte, le sein est alors un objet impossible à perdre, toujours propre, toujours chaud. Se séparer, c'est être seule, avec pour unique consolateur un objet « mauvais », entravant le narcissisme maternel, soumis à l'éventuelle perte, donc à l'inconstance. Ces difficultés maternelles à élaborer ce monde transitionnel peuvent alors se comprendre comme liées à leur propre vécu de séparation brutale d'une mère idéalisée entravant leur capacité à penser l'absence comme présence. Pour ces femmes, l'objet transitionnel provoquerait la séparation, serait une menace au statut maternel, une perte de contrôle entravant leur narcissisme, alors que D. W. WINNICOTT (63) le décrit comme un objet qui permet de supporter la séparation et d'effectuer la transition entre la première relation orale à la mère et « *la véritable relation d'objet* ».

Toujours à partir de récits, M. DUBLINEAU décrit qu'une des fonctions de l'allaitement est bien la restauration narcissique, à travers une certaine fierté exprimée, donner du bon lait « *délicieux* », un sentiment d'être utile, signifiant de fait la dimension narcissique de l'allaitement pour ces mères elles-mêmes ; « *la mère nourrit son enfant et l'enfant, en retour, nourrit narcissiquement la mère* ». Une mère

est celle qui, à travers la satisfaction des différents besoins, donne sens aux sensations et aux émotions corporelles du nourrisson. La manière dont elle s'en occupe donne corps au bébé grâce à la fonction d'interprétation de ses demandes. Reprenant H. DEUTSCH (56), elle explique que le souhait narcissique d'être aimée, si typique de la femme « féminine », se métamorphose chez la femme « maternelle » puisqu'il se trouve alors transféré du Moi sur l'enfant ; la citant : « *On peut cependant voir avec clarté qu'en dépit de cette transformation altruiste les éléments narcissiques restent intacts. Par exemple, l'amour de la mère pour l'enfant s'associe souvent à la conviction de lui être absolument et exclusivement indispensable ; chez la femme fortement narcissique, l'intensité de l'amour maternel décroît à mesure que les enfants s'affranchissent du besoin de leur mère* ».

Ainsi, s'appuyant sur des considérations psychologiques, liées aux retombées des connaissances psychanalytiques sur la dynamique des relations mère-enfant, et sur des connaissances médicales de pointe se démarquant des données banalisées accessibles au grand public, les mères, par le lait qu'elles produisent, créent une pratique durable, écologique, renforçant en tout point leur narcissisme. Pratique qui flatte par le regard des autres, image de générosité, de dévouement, d'abandon, voire d'altruisme qu'elle dégage, l'allaitement maternel prolongé donne également du sens à la vie de l'enfant, qui existe par les soins prodigués, mais également donne du sens à la position maternelle. Sans que cette fonction de gratification ne soit qu'une expression des angoisses maternelles, elle permet de donner confiance en soi et participe probablement à la prolongation d'un allaitement maternel réussi.

## V – CONCLUSION

---

Cette étude est née de l'observation des diverses contradictions existant entre le discours médico-scientifique, faisant la promotion de l'allaitement maternel bien au-delà de six mois, et les pratiques des femmes, le regard social associé, ou encore le constat empirique des réactions défavorables des professionnels face à ces allaitements dits prolongés.

Il s'agit d'un travail de médecine générale, qui a cherché à se distancier de ce contexte fréquent d'incompréhension des soignants, pour mieux comprendre la démarche des mères qui allaitent longtemps. Cette enquête s'inscrit dans une perspective de contribution à une approche empathique pour les médecins généralistes et autres soignants accompagnant ces femmes.

L'objectif était d'essayer d'approcher, par le récit de parcours de vie, certains déterminants, interactions et évènements concernant ces mères, qui permettent de comprendre une logique d'action et d'élaborer des hypothèses sur le sens possible de cette pratique dans leur trajectoire de vie.

Tout d'abord, il a été mis en évidence un ensemble de caractéristiques communes reliant ces mères. A travers les parcours de vie qu'elles choisissent de livrer, chargés d'évènements traumatiques, l'allaitement maternel mis en place semble s'inscrire dans un processus de défenses personnelles de

réparation de vécus abandonniques, de deuils, et plus généralement de vécus d'éléments qu'elles rapportent comme traumatisants. Ces mères assument le fait d'être indispensables à la survie de leur enfant, mettant souvent les pères de côté dans ce « choix » qu'elles inscrivent parfois dans un « mode de vie », et dans un contexte d'importante sensibilité à l'écologie. La satisfaction morale, souvent marquée d'un plaisir physique, conduit à prolonger une expérience réparatrice pour elles mêmes et pour l'enfant. Elle les pousse également à s'investir d'une mission, à valence de valorisation narcissique, de conseillère, de modèle, avec une fonction identitaire au sein de leur réseau de connaissances au sens large, mais sans lien avec le prosélytisme de certaines militantes pro allaitement. Les positionnements vis-à-vis du militantisme pro allaitement sont d'ailleurs très contrastés.

Parmi ces mères, un « profil dominant » semble émerger. Dans un contexte où les générations précédentes ne sont pas en mesure de partager des connaissances fondées sur une expérience personnelle (soulignant l'importance de la notion de transmission), mais surtout de conflits, de résistances et d'opposition aux modèles familiaux, l'allaitement maternel prolongé permet à ces mères de se construire, de s'affirmer contre leur famille et leurs pratiques, de réélaborer et de se réapproprier la maternalité telle qu'elles la conçoivent, leur permettant de devenir mère sans reproduire leur propre histoire. L'étude met en évidence des trajectoires de vie chargées de douleurs, de déceptions, de frustrations, souvent de grossesses mal vécues du fait de l'inquiétude ou de l'inconfort, d'accouchements difficiles, source de sentiment d'incompétence ou de culpabilité vis-à-vis de l'enfant qui n'a pas été subjectivement attendu dans des conditions idéales.

A l'inverse, quelques mères s'inscrivent dans une logique de reproduction de ce qui leur a été transmis, de respect des pratiques familiales transgénérationnelles, soulignant cette fois-ci l'importance des modèles familiaux, de la transmission du savoir sur l'allaitement par leur famille, au sein de laquelle elles sont acceptées et respectées. Les grossesses peuvent être qualifiées de « comblantes », trouvant un prolongement dans l'allaitement maternel.

Affirmation de soi pour ou contre ses modèles familiaux, l'allaitement maternel prolongé permet également une affirmation de soi contre les injonctions de la société, avec au premier plan le milieu médical dont la position, les discours, les conseils ne sont jamais adaptés selon les mères. Trop effacés ou trop interventionnistes, les médecins semblent ne pas trouver leur place. Outre des formations théoriques et surtout pratiques sur l'accompagnement de l'allaitement, il semblerait intéressant de

commencer par demander aux femmes si elles prolongent l'allaitement maternel, plusieurs n'osant même pas aborder ce sujet avec leur médecin de famille. Ensuite, une attitude empathique, de neutralité bienveillante, de respect et d'accompagnement de ces mères par des conseils simples pourrait leur permettre de ne pas se sentir jugées, de se sentir soutenues dans cette pratique qui ne paraît finalement pas uniquement résulter d'un choix entièrement conscient, mais plutôt d'un ensemble non critiquable de processus constituant leur trajectoire de vie et leur histoire.

Ces hypothèses soulèvent de nombreuses questions, telles que les rôles respectifs des déterminants décrits dans l'étude, le devenir, le vécu, voire les trajectoires de vie des enfants allaités, ouvrant des perspectives de recherche pour d'autres travaux.

## VI – BIBLIOGRAPHIE

---

1. OMS. Nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, résolution de la 54ème Assemblée Mondiale de la Santé. 2001 [Internet]. [cité 1 oct 2013]. Disponible sur: [http://www.who.int/nutrition/topics/WHA54.2\\_ycn\\_fr.pdf](http://www.who.int/nutrition/topics/WHA54.2_ycn_fr.pdf)
2. OMS. 65ème Assemblée Mondiale de la Santé. 2012 [Internet]. [cité 1 oct 2013]. Disponible sur: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65-REC1/A65\\_REC1-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-fr.pdf)
3. Unicef. L'Unicef milite pour l'allaitement maternel | Unicef France [Internet]. 2006 [cité 1 oct 2013]. Disponible sur: <http://www.unicef.fr/contenu/actualite-humanitaire-unicef/lunicef-milite-pour-lallaitement-maternel-2006-08-01>
4. Breastfeeding end the use of human milk. Am Acad Pediatr. mars 2012;129:827- 41.
5. Documents de référence Initiative Hôpital Ami des Bébé [Internet]. [cité 1 oct 2013]. Disponible sur: <http://amis-des-bebes.fr/documents-reference.php>
6. ANAES. Allaitement maternel. Mise en oeuvre et poursuite les premiers 6 mois de vie de l'enfant. 2002 [Internet]. [cité 1 oct 2013]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement\\_rap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf)
7. HAS. Favoriser l'allaitement maternel. Processus-Evaluation. 2006 [Internet]. [cité 1 oct 2013]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doc.chem.al\\_22-11-07.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doc.chem.al_22-11-07.pdf)
8. PNNS 3. Programme National Nutrition Santé 2011-2015 [Internet]. [cité 1 oct 2013]. Disponible sur: [http://www.mangerbouger.fr/IMG/pdf/PNNS\\_2011-2015.pdf](http://www.mangerbouger.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf)
9. Epifane : épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie / Enquêtes et études / Nutrition et santé / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 1 oct 2013]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Nutrition-et-sante/Enquetes-et-etudes/Epifane-epidemiologie-en-France-de-l-alimentation-et-de-l-etat-nutritionnel-des-enfants-pendant-leur-premiere-annee-de-vie>
10. INSERM. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [Internet]. [cité 1 oct 2013]. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf)
11. Les certificats de santé aux 8e jour, 9e mois et 24e mois - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 1 oct 2013]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-certificats-de-sante-aux-8e-jour-9e-mois-et-24e-mois,7333.html>
12. Bachrach V, Guo T, Platt R. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003;(157):237- 43.

13. Kramer M. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 months of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr.* 2003;(78):291- 5.
14. Oddy W, Sly P. Breastfeeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. *Arch Dis Child.* 2003;(88):224- 8.
15. WHO collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. *Lancet.* 2000;451- 5.
16. Liesbeth D, Jaddoe V. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics.* 2010;126(1).
17. Owen C, Whincup P, Gilg J. Effect of breastfeeding in infancy on blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. *BMU.* 2003;(327):1189- 92.
18. Singhal A, Cole T, Fewtrell M. Breastmilk feeding and lipoprotein profile in adolescents born preterm: follow-up of a prospective randomised study. *Lancet.* 2004;1571- 8.
19. Kull I, Wickman M, Lija G. Breastfeeding and allergic diseases in infants - a prospective birth cohort study. *Arch Dis Child.* 2002;(87):478- 81.
20. Gdalevich M, Mimouni D. Breastfeeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Am Acad Dermatol.* 2001;(45):520- 7.
21. Gdalevich M. Breastfeeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. *J Pediatr.* 2001;(139):261- 6.
22. Sears M, Greene J, Willan A. Long-term relation between breastfeeding and development of atopy and asthma in children and young adults: a longitudinal study. *Lancet.* 2002;(360):907- 10.
23. Phipatanakul W. The association of prolonged breastfeeding and allergic disease in poor urban children. *Pediatrics.* 2006;118:54.
24. Anderson J, Johnstone B, Remley D. Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 1999;(70):525- 35.
25. Mortensen E, Michaelsen K, Sanders S. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA.* 2002;(287):2365- 71.
26. Rey J. Breastfeeding and cognitive development. *Acta Paediatr Suppl.* 2003;(442):11- 8.
27. Siksou J. Allaitement. *Dict Int Psychanal.* Calmann-Levy. Paris; 2002. p. 41- 3.
28. Oddy W, Jianghong L. Breastfeeding duration and academic achievement at 10 years. *Pediatrics.* 2011;127:135- 7.
29. Davis M. Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence. *Pediatr Clin North Am.* 2001;(48):125- 41.
30. Thirion M. L'allaitement. Paris; 1999.

31. Kathleen A, Kendall-Tackett T, Sugarman M. The social consequences of long-term breastfeeding. *J Hum Lact.* sept 1995;179- 83.
32. Bertaux D. *L'enquête et ses méthodes, Le récit de vie.* 3ème édition. 2010.
33. INSEE - Population - Données harmonisées des recensements de la population de 1968 à 1999 - CSP [Internet]. [cité 14 oct 2013]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref\\_id=fd-rp19681999&page=fichiers\\_detail/rp19681999/doc/listvar/CSP.htm](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=fd-rp19681999&page=fichiers_detail/rp19681999/doc/listvar/CSP.htm)
34. Le miracle de la lactation de Saint Bernard de Clairvaux [Internet]. [cité 20 oct 2013]. Disponible sur: [http://fr.wikipedia.org/wiki/Bernard\\_de\\_Clairvaux](http://fr.wikipedia.org/wiki/Bernard_de_Clairvaux)
35. Soulé M. Le bébé allaité au sein. *Traité Psychopathol Bébé.* Paris; 1989. p. 605- 9.
36. Dublineau M. *L'allaitement maternel prolongé: clinique du lien [psychologie].* [Université Lumière]: Lyon 2; 2004.
37. Lacan J. *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu: essai d'analyse d'une fonction en psychologie.* Paris; 1984.
38. Goldbeter Merinfeld E. Générations et Transmission. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux.* 2007;1(38):5- 12.
39. Jodelet D, Ohana J. Représentations sociales de l'allaitement maternel: une pratique de santé entre nature et culture. *Santé Mal Comme Phénomènes Sociaux.* Delachaux et Niestlé. Lausanne; 2000. p. 139- 65.
40. Ekström A, Widström A-M. Breastfeeding support from partners and grandmothers: perceptions of Swedish women. *Birth* 304. 4 déc 2003;261- 6.
41. Lighezzolo-Alnot J. Allaitement prolongé et ratés du sevrage: réflexions psychodynamiques. *Clin Méditerranéennes.* 2005;2(72):265- 80.
42. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. *Grow Points Attach Theory Res.* Bretherton I. and Walters E. 1985. p. 66- 104.
43. Tisseron S. La mémoire familiale et sa transmission à l'épreuve des traumatismes. *Esprit Temps Champ Psy.* 2002;1(25):13- 24.
44. Hanus M. *La mort retrouvée.* Paris; 2000.
45. Dublineau M, Roman P. Allaitement maternel prolongé militant et constitution du lien générationnel - Apport de l'épreuve de Rorschach. *Press Divan Fam.* 2008;1(20):151- 69.
46. Bowlby J. *L'attachement.* Attach Perte Trad Française J Kalmanovitch. Paris; 1978.
47. Goldbeter Merinfeld E. Théorie de l'attachement et approche systémique. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux.* 2005;2(35):13- 28.

48. Dolto F. La nourriture des tout-petits et le sevrage. *Étapes Majeures Enfance*. Gallimard. Paris; 1994. p. 108- 15.
49. Prat R. L'érotique maternelle. *Psychanalyse de l'allaitement de Hélène Parat*. *Rev Française Psychanal*. 2002;66(1):277- 82.
50. Thirion M, Piloti V. Allaitement long et identité sexuée: état des lieux des discours en France. *Féminin Masc Bébé*. Eres. Paris; 2011. p. 67- 75.
51. Blin D, Thoueille E, Soulé M. L'allaitement maternel: une dynamique à bien comprendre. *A l'aube de la vie*. Paris; 2007.
52. Tohotoa J, Maycock B, Hauck Y. Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia. *Int Breastfeed J*. 2009;4- 15.
53. Goldbeter Merinfeld E. Attachement et intersubjectivité: premiers liens de l'enfant. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 2005;2(35):5- 12.
54. Miljkovitch R. L'attachement au cours de la vie. *Modèles internes opérants et narratifs*. Paris; 2001.
55. Gojard S. L'allaitement, une norme sociale. *Spirale*. 2003;3(27):133- 7.
56. Deutsch H. *La psychologie des femmes*. Paris; 1973.
57. Brusset B. Allaiter un bébé. *Allaitement Matern Une Dyn À Bien Compr*. Eres. Paris; 2007. p. 13- 30.
58. Parat H. Sein de femme, sein de mère: d'une difficile rencontre. *Allaitement Matern Une Dyn À Bien Compr*. Eres. Paris; 2007. p. 67- 86.
59. Golse B. Oralité et nourrissage: d'une bouche à l'autre. *Allaitement Matern Une Dyn À Bien Compr*. Eres. Paris; 2007. p. 31- 46.
60. Jodelet D. Le sein laitier: plaisir contre pudeur? *Communications*. 1987;46:229- 44.
61. Blin D, Cerutti SM. Mon lait est bon, mon lait n'est pas bon. *Le lait maternel: reflet des passions et des projections*. *Allaitement Matern Une Dyn À Bien Compr*. Eres. Paris; 2007. p. 87- 94.
62. Winnicott D. *L'enfant et sa famille: les premières relations*. Paris; 1957.
63. Winnicott D. *Jeu et réalité, l'espace potentiel*. Paris; 1971.

# VII – ANNEXES

---

## **ANNEXE 1 : Présentation orale du sujet aux mères interviewées**

---

### Avant l'entretien formel :

- s'assurer qu'elles ont bien 1h00 devant elles ;
- demander l'autorisation d'enregistrer la conversation avec le dictaphone, en expliquant le système de confidentialité.

### Présentation :

Je m'appelle Marion Laillet, je suis étudiante en 9<sup>ème</sup> année de médecine et je passe ma thèse cette année pour devenir médecin généraliste. Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté d'être enregistrée, et je vous garantis toute confidentialité, comme je vous l'ai expliqué. Le thème de ma thèse est l'allaitement maternel prolongé car c'est un sujet qui m'intéresse beaucoup et qui est peu étudié. Un allaitement prolongé, c'est un allaitement maternel qui dure plus de 6 mois selon l'Organisation Mondiale de la Santé. Ma méthode est d'interviewer des mères qui allaitent plus de 6 mois pour rechercher des points communs dans leur parcours de vie. Pour moi, un parcours de vie, c'est ce que vous allez pouvoir me raconter entre votre naissance, voire un peu avant si vous en avez entendu parler, et maintenant. Mon objectif est vraiment de vous laisser parler dans un premier temps, pour que vous puissiez me dire ce qui vous vient spontanément sans que je ne pose de questions, et ensuite dans un deuxième temps, je reviendrai sur certains points si j'ai des questions. Ne vous inquiétez pas, je vous guiderai si vous vous sentez en difficulté. Par exemple, vous pouvez me raconter votre parcours de vie de façon chronologique, ou alors me parler de différents thèmes comme votre enfance, votre grossesse, dans l'ordre que vous voulez, ça m'ira. J'espère que j'ai été claire ! Avez-vous des questions ? Je vous écoute...

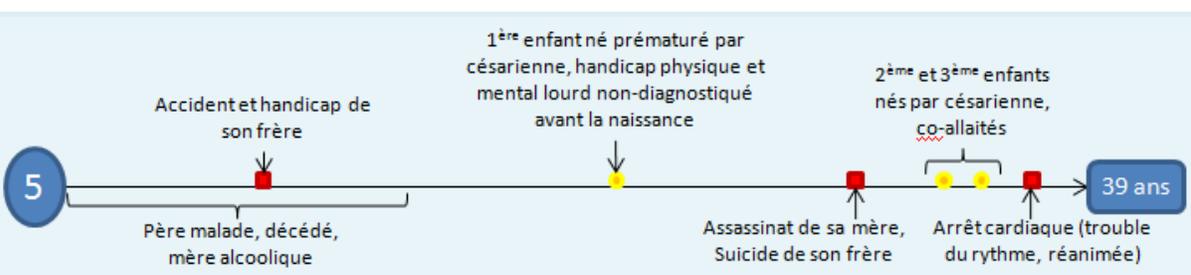
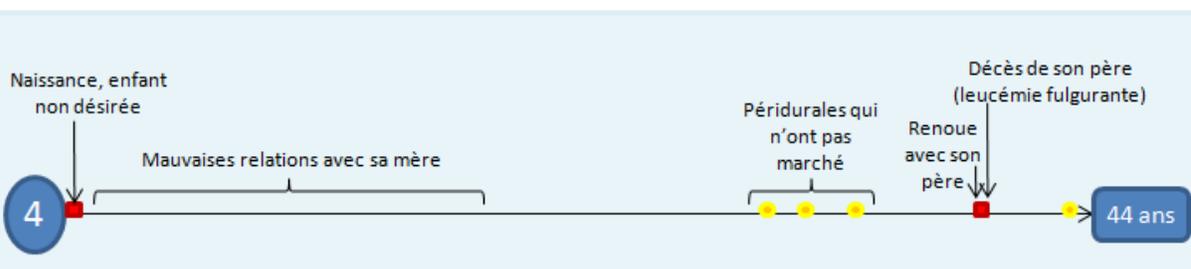
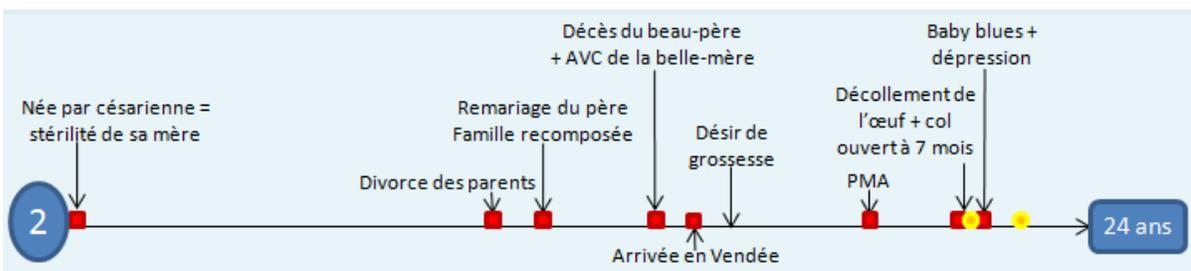
## ANNEXE 2 : Tableaux résumant les principales caractéristiques sociodémographiques des mères

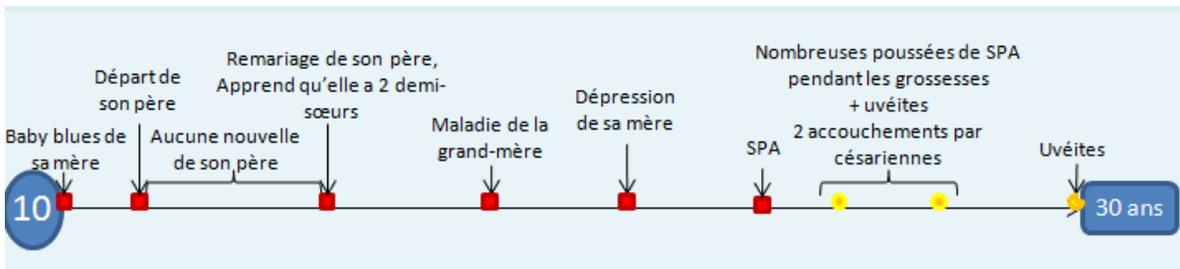
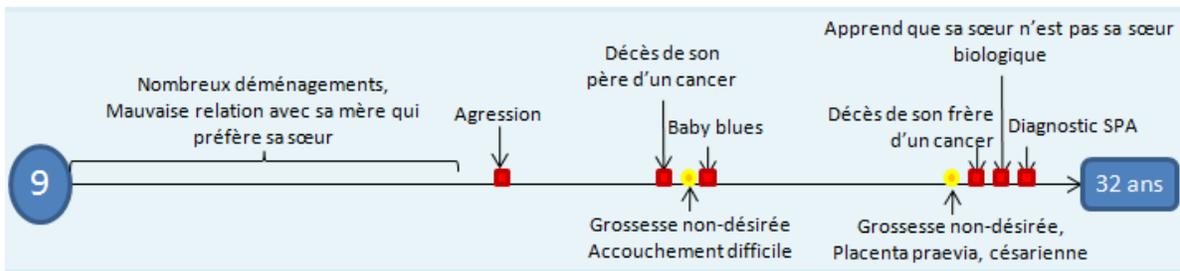
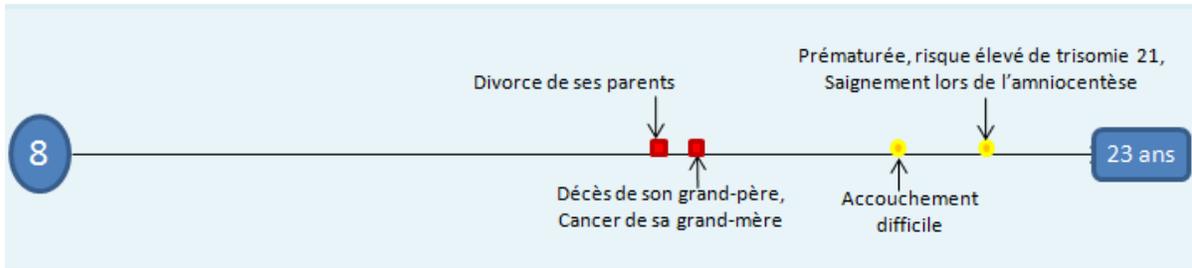
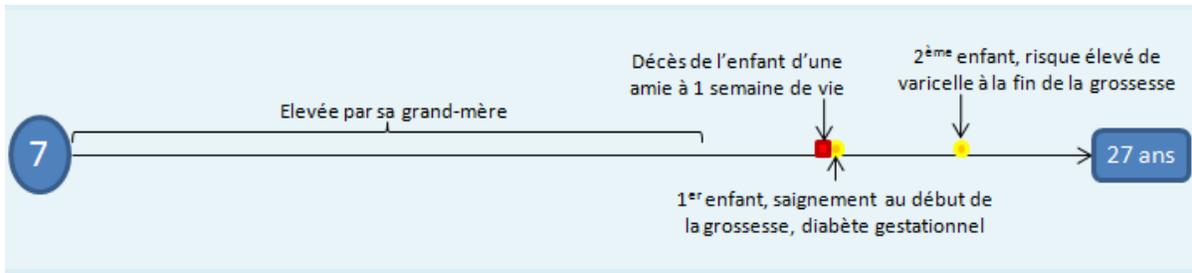
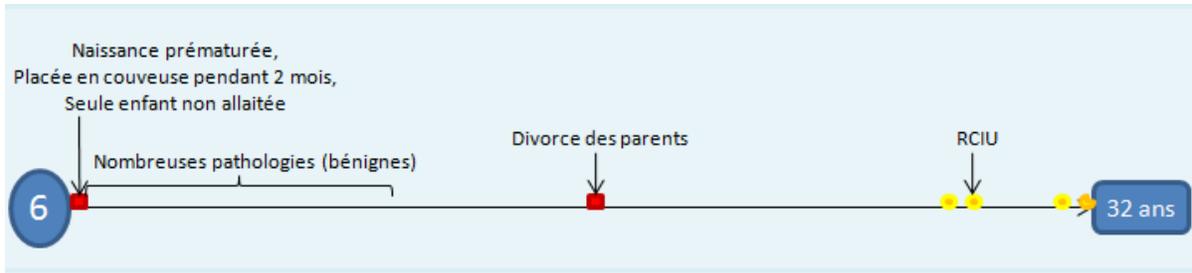
	Age maternel	Milieu	Nationalité	Emploi maternel	Emploi paternel
Mère 1	42 ans	Rural	F	Enseignante	Ingénieur agroalimentaire
Mère 2	24 ans	Rural	F	Aucun	Gérant imprimerie
Mère 3	28 ans	Rural	F (origine indienne)	Opticienne	Agriculteur
Mère 4	44 ans	Urbain	F	Directrice médico-sociale	Moniteur auto-école
Mère 5	39 ans	Rural	F	Aide soignante	Aide soignant
Mère 6	32 ans	Urbain	F	Institutrice	Comptable
Mère 7	27 ans	Urbain	F	Consultante (audits)	Consultant (marketing)
Mère 8	23 ans	Rural	F	Infirmière	Pompier
Mère 9	32 ans	Rural	F	En formation (bâtiment)	/
Mère 10	30 ans	Urbain	F	Animatrice socioculturelle	Danseur, technicien
Mère 11	45 ans	Rural	F	Assistante maternelle	Dans la finance

	Parité maternelle	Gestité/Parité	Âges des enfants	Durées d'allaitement	Délai entretien/fin allaitement
Mère 1	1 sur 2	G5P4	11a, 9a, 5a	6m, 1a, 3a	2 ans
Mère 2	1 sur 1	G2P2	3a, 2a	11m, 8m	1a 4m
Mère 3	1 sur 2	G2P2	3a, 9m	6m, 9m en cours	en cours
Mère 4	2 sur 2	G4P4	16a, 14a, 11a, 11m	3m, 1m, 9m, 11m en cours	en cours
Mère 5	2 sur 3	G3P3	20a, 5a, 3a	8m, 33m, 21m	1a 3m
Mère 6	6 sur 7	G4P3 enceinte	5a, 4a, 1a	8m, 7m, 8m	4m
Mère 7	2 sur 3	G2P2	6a, 3,5a	7m, 10m	2a 8m
Mère 8	1 sur 3	G2P2	4,5a; 1,5a	2,5a, 1,5 a en cours	en cours
Mère 9	2 sur 3	G2P2	14a, 5a	3j, 8m	4a 4m
Mère 10	2 sur 2	G3P2 enceinte	5a; 3;5a	6,5m; 4m	3a 1m
Mère 11	3 sur 3	G10P3	9a, 4a, 4a	1m, 10,5m	3a 2m

## ANNEXE 3 : « Frises synoptiques » des principaux événements traumatiques racontés par les mères

Mères :	Légende		Age actuel :
	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: red;">■</span> Événements ponctuels marquants exprimés par les mères</li> <li><span style="color: red;">—</span> Événements continus marquants exprimés par les mères</li> <li><span style="color: yellow;">●</span> Accouchement/naissance d'un enfant</li> <li><span style="color: orange;">●</span> Grossesse en cours durant le récit</li> </ul>		





**ANNEXE 4 : Comparaison des discours pour ou contre  
l'allaitement maternel en fonction du type de pratique. D.  
JODELET (39)**

Comparaison des discours pour ou contre l'allaitement maternel en fonction du type de pratique										
	Considérations pratiques		Considérations médicales		Considérations psychologiques		Considérations normatives		Effectif total N=100%	
	Pour %	Contre %	Pour %	Contre %	Pour %	Contre %	Pour %	Contre %	Pour	Contre
Non allaitement	4	13	37	5	55	18	4	64	51	84
Allaitement court ( < 1 mois)	8	18	27	33	58	18	9	31	67	65
Allaitement moyen	4	12	23	33	60	16	12	10	180	49
Allaitement long ( > 6 mois)	6	7	<b>17</b>	40	<b>68</b>	20	9	33	218	15
% sur l'ensemble	5	14	22	22	62	18	9	46	516	213

## VIII – LES ENTRETIENS (sur le CD-ROM)

---

**« Allaitement maternel prolongé dans la trajectoire de vie des mères****- Enquête par récits de vie- »**

---

**RESUME**

**CONTEXTE ET OBJECTIFS.** Dans un contexte de contradictions entre les discours médico-scientifiques et les pratiques des femmes ainsi que les réactions souvent défavorables des soignants, cette étude tente d'approcher certains déterminants, interactions, concernant les mères, permettant de comprendre une logique, un sens possible à la pratique d'un allaitement dit « prolongé » dans leur trajectoire de vie.

**METHODE.** Une enquête qualitative, sous forme de récits de vie, a été menée auprès de onze mères vendéennes. Les critères d'inclusion étaient : avoir réalisé un allaitement maternel strictement supérieur à six mois, résider en Vendée, être disponible une heure et accepter d'être enregistrée. Le critère de non-inclusion était l'existence d'un délai entre l'entretien et la fin du dernier allaitement supérieur à cinq ans. Une analyse thématique transversale a ensuite été réalisée.

**RESULTATS.** Tantôt affirmation de soi contre les injonctions de la société, contre les modèles familiaux, tantôt reproduction des trajectoires transgénérationnelles, l'allaitement maternel prolongé semble prendre une fonction symbolique de réparation, en lien avec des événements vécus de façon traumatique ; ainsi qu'une fonction de cicatrisation du vécu des grossesses et accouchements. Décision solitaire, les mères inscrivent ce choix dans un « mode de vie », avec une importante sensibilité à l'écologie. La satisfaction morale, associée à un plaisir physique, s'accompagne d'une mission de modèle, de conseillère, loin du militantisme pro-allaitement.

---

**MOTS-CLES**

Allaitement maternel, allaitement long, alimentation infantile, médecine générale, récit de vie.